Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku

Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu

1(2)/2017

Włocławek 2017

Rada naukowa
dr hab. Mariusz Wysokiński
dr hab. Joanna Rosińczuk
doc. PhDr. Helena Kudučáková
doc. PhDr. Zuzanna Hukáková
dr Ewa Barczykowska

Kolegium redakcyjne
dr Beata – redaktor naczelny
dr Robert Ślusarz; dr Mariola Głowacka – z-cy redaktora naczelnego
mgr Anna Antczak – sekretarz redakcji
dr Maciej Krzemiński; mgr Marta Lisowska – redaktorzy językowi

Lista recenzentów publikowana jest na stronie czasopisma:
http://www.wyd.edu.pl/index.php/innowacje-w-pielegniarstwie-i-naukach-i-zdrowiu/o-czasopismie

Projekt okładki
Kamil Zgodziński

Czasopismo jest wydawane na zasadach licencji niewyłącznej Creative Commons.

ISSN 2451-1846

© Copyright by Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku
Włocławek 2017

Redakcja czasopisma:
Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu
Instytut Nauk o Zdrowiu
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku
ul. Obrońców Wisły 1920 r. 21/25, 87-800 Włocławek

http://www.wyd.edu.pl/index.php/innowacje-w-pielegniarstwie-i-naukach-i-zdrowiu

Wersją pierwotną czasopisma jest wersja elektroniczna. Wersja papierowa jest dostępna w druku na żądanie

.

Spis treści

Od redakcji/Editorial 6

Artykuły oryginalne/Original

LEOKADIA REZMERSKA, ILONA DULSKA
Wiedza pielęgniarek i jej wykorzystanie w terapii bólu pooperacyjnego u pacjentów Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii 7

PAULA JANKOWSKA, MARZENA KIKOLSKA, MARTYNA KWIATKOWSKA, DOROTA KOCHMAN, MARIOLA GŁOWACKA
Poziom wiedzy na temat raka szyjki macicy wśród kobiet 22

MARIA KLARKOWSKA, ANNA ANTCZAK
Ocena jakości życia i zadowolenia ze zdrowia pacjentów z nadciśnieniem tętniczym 47

MARZENA HUMAŃSKA, KATARZYNA MICHALINA DUDEK
Analiza postaw młodzieży wobec transplantacji narządów 69

Opis przypadku/Case Report

MILENA MAŁGORZATA ŻUCHOWSKA, DOROTA KOCHMAN, MARIOLA GŁOWACKA
Problemy pielęgnacyjne pacjenta z wielochorobowością w przebiegu otyłości 87

Artykuły poglądowe/Review

WOJCIECH LEŚNIAK, PAWEŁ WITT
Higiena i pielęgnacja jamy ustnej u pacjentów z udarem mózgu 114

ISSN: 2451-1846

Od redakcji/Editorial

Szanowni Państwo,

Z przyjemnością przekazujemy Państwu kolejny numer międzynarodowego kwartalnika naukowego *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu (Innovations in Nursing and Health Sciences).* Dzięki bezpłatnemu dostępowi on-line mają Państwo okazję zapoznania się z interesującymi doniesieniami z zakresu nauk o zdrowiu, zawartymi w artykułach oryginalnych, pracy poglądowej i studium przypadku. Zapraszamy do nadsyłania tekstów i zgłaszania sugestii dotyczących publikacji.

Z poważaniem
Redakcja

Wiedza pielęgniarek i jej wykorzystanie w terapii bólu pooperacyjnego u pacjentów Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Nurses' knowledge and it's use in postoperative treatment of pain in patients of the Anaesthesiology and Intensive Therapy Ward

LEOKADIA REZMERSKA[1], ILONA DULSKA[2]

[1] Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku, Instytut Nauk o Zdrowiu
[2] Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2017.001
ISSN: 2451-1846

Streszczenie:

Wstęp. Ból pooperacyjny jest bólem ostrym o złożonej reakcji organizmu na uraz tkanek. Ból jest indywidualnym, subiektywnym doznaniem dlatego powoduje trudności w rzetelnej ocenie jego nasilenia. W codziennej praktyce szpitalnej stosowane są głównie odpowiednie skale oceny natężenia bólu, które są szybką, łatwą i czytelną formą jego oceny. Monitorowanie parametrów nasilenia bólu jest niezbędne do jego oceny i stanowi podstawę skutecznego leczenia. Postępowanie przeciwbólowe po zabiegach operacyjnych stanowi podstawowe działanie terapeutyczne w okresie pooperacyjnym. Wiedza, doświadczenie i kompleksowa opieka pooperacyjna realizowana przez pielęgniarkę zapewnia choremu zniesienie bólu, stresu pooperacyjnego oraz gwarantuje wysoką jakość świadczeń medycznych.
Cel. Celem badań była ocena poziomu wiedzy pielęgniarek i jej wykorzystania w terapii bólu pooperacyjnego u pacjentów Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Płocku. Grupę badaną stanowiło 81 pielęgniarek zatrudnionych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego. Jako narzędzie badawcze wykorzystano kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji.
Wyniki. Wykonane badania dowiodły, że pielęgniarki prezentują wysoki poziom wiedzy i jej wykorzystanie w zakresie terapii przeciwbólowej u pacjentów będących po operacji. Poziom ten zróżnicowany jest w zależności od czynników socjodemograficznych i zawodowych.
Wnioski. 1. Czynnikami wpływającymi na poziom wiedzy pielęgniarek i jej wykorzystanie w terapii bólu pooperacyjnego u pacjentów są: wykształcenie pielęgniarek, ogólny staż pracy pielęgniarek w zawodzie, staż pracy pielęgniarek w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii. 2. Czynnikami, które nie mają wpływu na poziom wiedzy pielęgniarek i jej wykorzystanie w terapii bólu pooperacyjnego u pacjentów są: wiek pielęgniarek i kwalifikacje zawodowe.
Słowa kluczowe: pielęgniarka, ból pooperacyjny, pacjent

Abstract:
Introduction. Postoperative pain is an acute pain of a complex reaction of the body to a tissue in jury. Pain is an individual, subjective experience and there fore makes it difficult obtain a reliable assessment of its severity. In every day hospital practice, appropriate scales of pain intensity are mainly applied, which are quick, easy and legible form of pain assessment. Monitoring of pain intensity parameters is essential for its evaluation and is the basis for effective treatment. Pain management after surgery is a basic post operative therapeutic activity. Knowledge, experience and comprehensive post-operative care performed by the nurse provide the patient with the relief of pain, post-operative stress as well as guarantees high quality of medical services.
Aim. The aim of the study was to assess the level of nurses' knowledge and its use in the treatment of post operative pain in patients of the Ward of Anaesthesiology and Intensive Therapy
Material and methods. The study was conducted at the Provincial Hospital in Plock. The study group contained 81 nurses employedat the Ward of Anesthesiology and Intensive Therapy. The study was carried out by the

diagnostic survey method. As a research tool, our own survey questionnaire was applied.
Results. Studies haves hown that nurses present a high level of knowledge and its use in the analgesic treatment of post operative patients. This level varies according to socio demographic and occupational factors.
Conclusions. 1. Factors influencing the level of nursing knowledge and its use in postoperative pain treatment in patients include: nurses' education, nurses' general occupational experience in nursing, nurses' occupational experience at the wards of Anesthesiology and Intensive Care. 2. Factors that do not affect nurses' knowledge and its use in the treatment of postoperative pain in patients include: nurses' age and their professional qualifications.

Keywords: nurse, postoperative pain, patient

Wstęp

Współczesna medycyna stwarza duże możliwości rozwiązywania problemów zdrowotnych poprzez zabiegi chirurgiczne. Każda ingerencja chirurgiczna wiąże się jednak z nieprzyjemnymi doznaniami zarówno dotyczącymi sfery fizycznej jak i psychicznej. Choremu towarzyszy wtedy lęk, strach, zdenerwowanie i przeświadczenie, że „musi boleć". A przecież ból pooperacyjny nie jest zjawiskiem pożądanym i cierpienie chorego na pewno nie musi mu towarzyszyć. Pacjent ma prawo do uzyskania pełnych informacji na temat bólu pooperacyjnego i wyboru metod jego leczenia. Bólu pooperacyjnego nie należy bagatelizować. Nieprawidłowo leczony staje się niejednokrotnie przyczyną wielu powikłań pooperacyjnych. Konsekwencje niedostatecznego uśmierzania bólu pooperacyjnego mają zarówno wymiar indywidualny, taki jak cierpienie pacjenta, jak również społeczny i ekonomiczny w związku z wydłużonym czasem hospitalizacji. Sprzyjają powstawaniu zespołów przetrwałego bólu pooperacyjnego i depresji układu immunologicznego. Konsekwencje te wiążą się z pogorszeniem procesów gojenia rany, wzrostem ryzyka zakażeń oraz zwiększonymi kosztami leczenia i rehabilitacji pacjenta. Amerykańskie Towarzystwo Leczenia Bólu uznało ból za piąty parametr życiowy, co świadczy o tym, jak istotną rzeczą w praktyce

klinicznej jest jego ocena i monitorowanie. Pomimo, że ból jest doznaniem wysoce subiektywnym, to jednak da się go zmierzyć i ocenić jego nasilenie [1].

Obecna specyfika pracy pielęgniarek w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii nakłada na pielęgniarki posiadanie wielokierunkowej i kompleksowej wiedzy, która powinna być systematycznie udokumentowana kształceniem specjalistycznym. Pielęgniarka jako członek zespołu terapeutycznego, w terapii bólu pooperacyjnego pełni kluczową rolę w ocenie pacjenta. To pielęgniarka spędza najwięcej czasu przy chorym i ma możliwość jego wnikliwej obserwacji. Od jej zdolności i umiejętnej, prawidłowej oceny intensywności i charakteru bólu zależy w głównej mierze prowadzenie odpowiedniej diagnostyki i leczenia bólu pooperacyjnego. Posiadanie wiedzy z zakresu terapii bólu pooperacyjnego na właściwym poziomie i jej trafne wykorzystanie w pracy zawodowej, daje pielęgniarkom możliwość profesjonalnego diagnozowania bólu pooperacyjnego i udziału w terapii przeciwbólowej.

Celem badań była ocena poziomu i zakresu wiedzy pielęgniarek oraz jej wykorzystania w terapii bólu pooperacyjnego u pacjentów Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w okresie od sierpnia do grudnia 2015 roku. W badaniach uczestniczyło 81 pielęgniarek pracujących w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Płocku. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (KB 398/2015). Dla wykonania badań wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego z użyciem kwestionariusza ankiety własnej konstrukcji zawierającego 21 pytań zamkniętych jednokrotnego wyboru. Do zbadania zależności statystycznej pomiędzy

analizowanymi cechami użyto testu chi kwadrat (χ^2) dla prób niezależnych. Obliczenia statystyczne wyników badań wykonano za pomocą pakietu statystycznego SPSS Statistica 21,0 z wykorzystaniem opracowanej dla potrzeb badań bazy danych programu Excel. Dla wszystkich analiz przyjęto współczynnik istotności na poziomie $p \leq 0,05$.

Wyniki

W badaniach uczestniczyło 81 pielęgniarek, w wieku od 25 do 60 lat. Pod względem wykształcenia w grupie osób badanych dominowało wykształcenie wyższe na poziomie licencjata pielęgniarstwa. Największą grupę stanowiły pielęgniarki ze stażem pracy 15-29 lat. Natomiast najliczniejszą grupą pod względem stażu pracy w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii była grupa pielęgniarek ze stażem 16-20 lat.

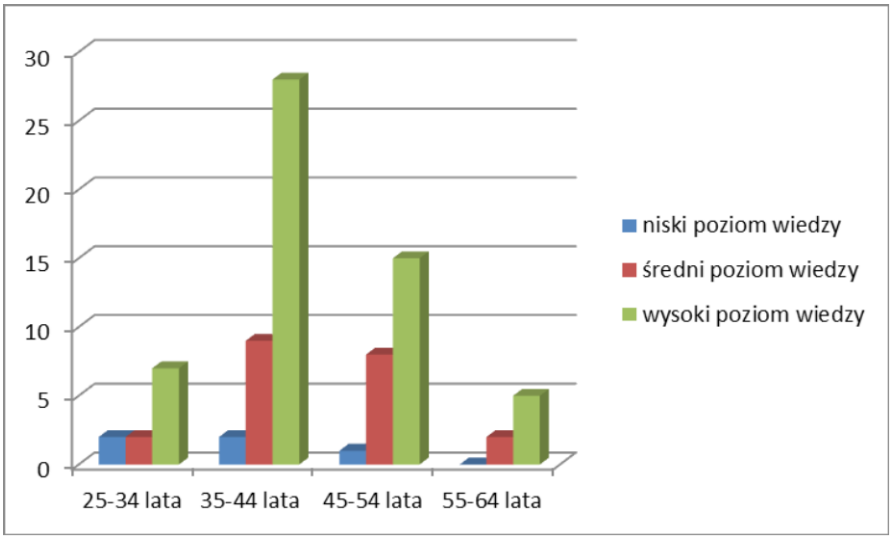
Tabela 1. Poziom wiedzy pielęgniarek na temat terapii bólu pooperacyjnego u pacjentów Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Poziom wiedzy pielęgniarek	n	%
niski poziom wiedzy	5	6,17%
średni poziom wiedzy	21	25,93%
wysoki poziom wiedzy	55	67,90%

Źródło: wynik badań własnych

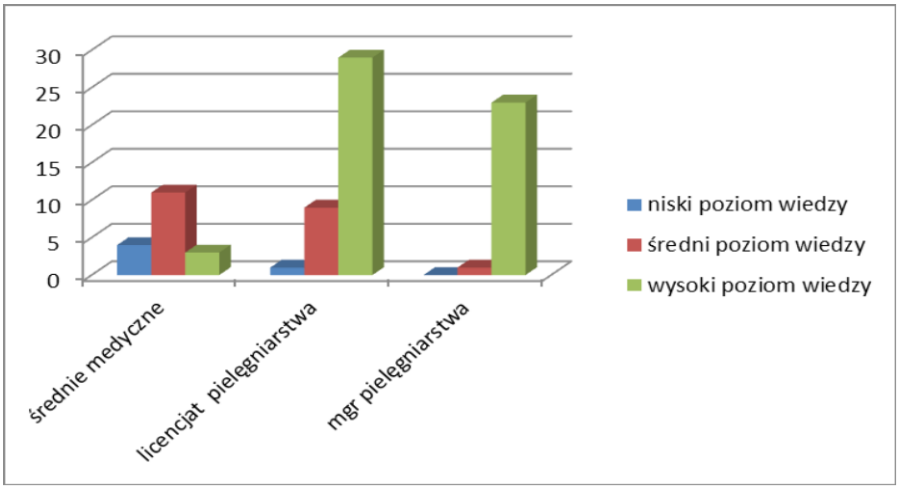
Z analizy przeprowadzonych badań wynika, iż 67,9% pielęgniarek wykazuje wysoki poziom wiedzy na temat terapii bólu pooperacyjnego u pacjentów Oddziału Anestezjologii i Intensywnej

Terapii. Niespełna 26% ankietowanych wykazuje średni poziom wiedzy, a jedynie 6% respondentek prezentuje niski poziom wiedzy.



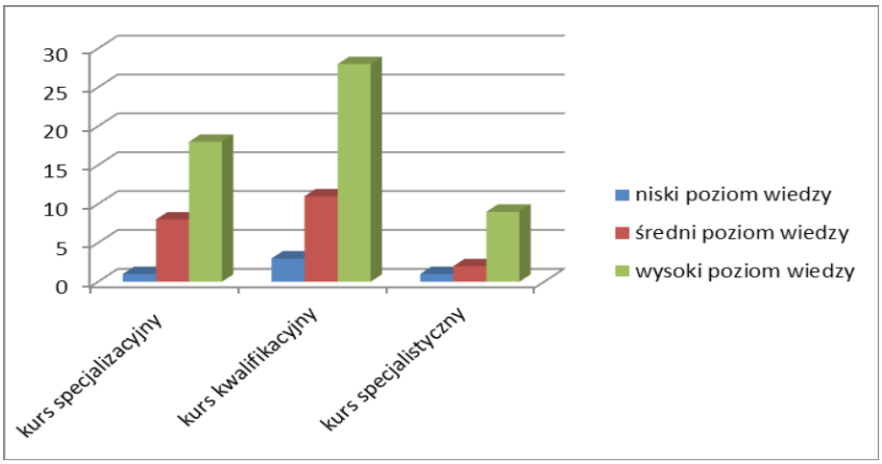
Rycina 1. Wiedza na temat terapii bólu pooperacyjnego u pacjentów Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii a wiek pielęgniarek.
Źródło: wynik badań własnych

Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy wiekiem ankietowanych a poziomem wiedzy na temat terapii bólu pooperacyjnego u pacjentów Oddziału i Anestezjologii i Intensywnej Terapii (χ^2=4,36, p=0,489). Zdecydowana większość respondentek bez względu na wiek wykazuje wysoki poziom wiedzy.



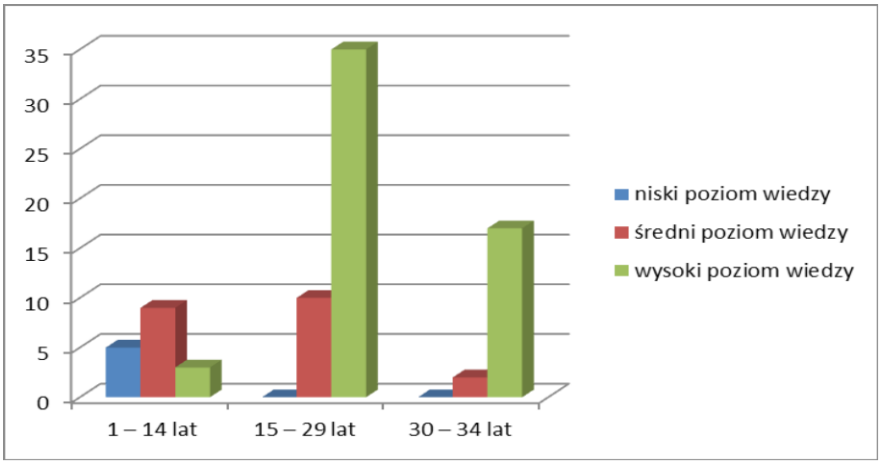
Rycina 2. Wiedza na temat terapii bólu pooperacyjnego u pacjentów Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii a wykształcenie pielęgniarek.
Źródło: wynik badań własnych

Analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy wykształceniem ankietowanych a poziomem wiedzy na temat terapii bólu pooperacyjnego u pacjentów Oddziału i Anestezjologii i Intensywnej Terapii (χ^2=32,87, p=0,020). Ponad 95% respondentek z wykształceniem wyższym wykazuje wysoki poziom wiedzy. Natomiast ponad 61% ankietowanych z wykształceniem średnim medycznym wykazuje średni poziom wiedzy.



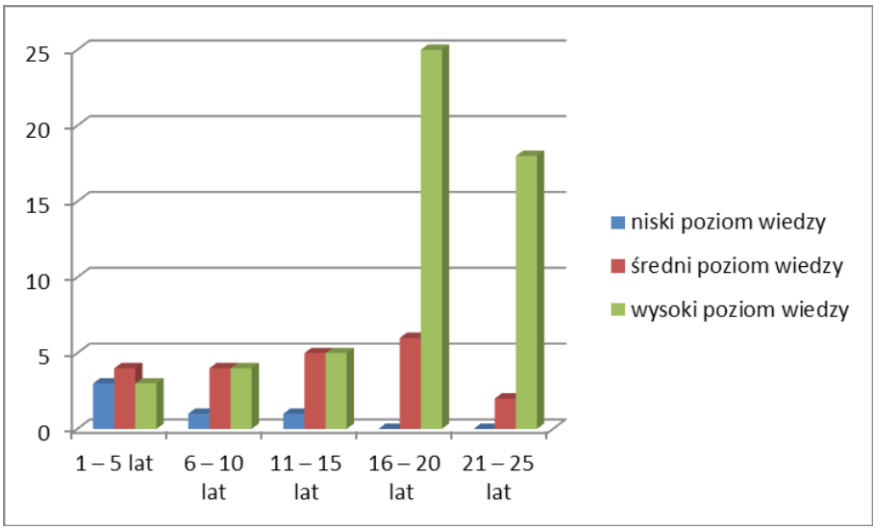
Rycina 3. Wiedza na temat terapii bólu pooperacyjnego u pacjentów Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii a posiadane kwalifikacje zawodowe pielęgniarek.
Źródło: wynik badań własnych

W analizie statystycznej nie zaobserwowano istotnej statystycznie zależności pomiędzy kwalifikacjami zawodowymi ankietowanych a poziomem wiedzy na temat terapii bólu pooperacyjnego u pacjentów Oddziału i Anestezjologii i Intensywnej Terapii (χ^2=1,07, p=0,410). Zdecydowana większość respondentek bez względu na posiadane kwalifikacje wykazuje wysoki poziom wiedzy.



Rycina 4. Liczbowy rozkład wiedzy pielęgniarek na temat terapii bólu pooperacyjnego u pacjentów Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii a posiadany staż pracy pielęgniarek w zawodzie.
Źródło: wynik badań własnych

Analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy stażem pracy w zawodzie ankietowanych a poziomem wiedzy na temat terapii bólu pooperacyjnego u pacjentów Oddziału i Anestezjologii i Intensywnej Terapii (χ^2=33,86, p=0,001). Ponad 89% respondentek pracujących w zawodzie 30-34 lata wykazuje wysoki poziom wiedzy. Natomiast ponad 52% ankietowanych pracujących w zawodzie 1-14 lat wykazuje średni poziom wiedzy.



Rycina 5. Liczbowy rozkład wiedzy pielęgniarek na temat terapii bólu pooperacyjnego u pacjentów Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii a posiadany staż pracy pielęgniarek w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.
Źródło: wynik badań własnych

Analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy stażem pracy pielęgniarek w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii a poziomem ich wiedzy na temat terapii bólu pooperacyjnego u pacjentów Oddziału i Anestezjologii i Intensywnej Terapii (χ^2=31,06, p=0,011). Ponad 90% ankietowanych pracujących w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii 21-25 lat wykazuje wysoki poziom wiedzy. Natomiast ponad 40% respondentek zatrudnionych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii 1-5 lat wykazuje średni poziom wiedzy.

Dyskusja

Pomimo dynamicznego rozwoju badań nad bólem pooperacyjnym, który umożliwił poznanie jego mechanizmów oraz wprowadzenia nowoczesnych metod i środków w leczeniu, ból pooperacyjny uśmierzany jest w niedostatecznym stopniu aż u około 70% pacjentów. Z wyników badań PATHOS przeprowadzonych w latach 2004-2005 w 746 największych szpitalach w Austrii, Belgii, Francji, Niemczech, Portugalii, Hiszpanii i Szwajcarii wynika, że leczenie bólu pooperacyjnego nie jest prowadzone w sposób optymalny [2]. Z wielu badań dotyczących leczenia bólu pooperacyjnego wynika, że powyższy temat stanowi ciągle ważny i złożony problem. Skuteczne ograniczenie bólu pooperacyjnego i dostępność jego leczenia wymaga zaangażowania organizacyjnego poszczególnych szpitali, zespołu medycznego i specjalistycznej wiedzy medycznej.

Pielęgniarka w zespole terapeutycznym odgrywa istotną rolę w opiece nad chorym po zabiegu operacyjnym; ma ona bezpośredni, stały kontakt z pacjentem. Jej wiedza i trafne rozpoznanie problemów pacjenta odgrywa decydującą rolę w terapii bólu pooperacyjnego.

Analiza wyników badań własnych wykazała, że 67,9% badanych pielęgniarek prawidłowo udzieliło odpowiedzi na pytania merytoryczne zawarte w ankiecie i wykazuje wysoki poziom wiedzy na temat bólu pooperacyjnego u pacjentów Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Niespełna 26% ankietowanych wykazuje średni poziom wiedzy, a jedynie 6% pielęgniarek wykazuje niski poziom wiedzy.

Wyniki badań własnych wykazują, że 87,7% badanych pielęgniarek informuje pacjentów o możliwościach i różnych metodach uśmierzania bólu pooperacyjnego, 66,7% ankietowanych dokonuje systematycznego pomiaru i monitowania bólu u pacjentów po zabiegach operacyjnych. Wśród badanej grupy pielęgniarek 86,4% prowadzi pisemną dokumentację postępowania przeciwbólowego

u pacjentów w okresie okołooperacyjnym. Natomiast, w badaniach M. Knap, B. Szyrmer, B. Kowalczyk-Sroka uzyskano następujące wyniki: 23% badanych pielęgniarek monitoruje ból u swoich chorych, jedynie 30% ankietowanych sporadycznie ocenia natężenia bólu, 45% respondentów prowadzi dokumentację oceny natężenia bólu [3].

Wyniki badań własnych poddano również porównaniu z badaniami G. Bączyk, M. Ochmańskiej i S. Stępień, wykonanymi w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Urazowej Samodzielnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Świebodzinie w 2006 roku. Badania te przeprowadzono wśród 100 chorych przy użyciu Skali Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem. Zgodnie z założeniami autorów tej skali ogólna ocena jakości opieki pielęgniarskiej zawiera się w przedziale 14-70 punktów, gdzie minimalny wynik, który wyznacza właściwy poziom opieki pielęgniarskiej, nie powinien być mniejszy niż 63 punkty oraz 4,5 punktu w poszczególnych stwierdzeniach. Wyniki powyższych badań oceniają jakość opieki pielęgniarskiej dotyczącej bólu pooperacyjnego w punktacji ogólnej 60,84, czyli na średnim poziomie. Pacjenci uznali zastosowane metody leczenia bólu pooperacyjnego za skuteczne i ocenili je bardzo wysoko. Najwyższe oceny uzyskały podskale dotyczące zaufania i środowiska. Autorzy badań podkreślili pilną potrzebę ukierunkowania działań pielęgniarek i lekarzy na ilościową ocenę bólu przez personel, informowanie chorego o możliwościach leczenia bólu pooperacyjnego oraz współdecydowania chorego o metodzie leczenia bólu [4].

W badaniach własnych poddano analizie wiedzę pielęgniarek dotyczącą depresji oddechowej jako najpoważniejszego z objawów niepożądanych po podaniu opioidów. W wynikach z tego zakresu uzyskano 78,8% odpowiedzi prawidłowych. Dobrze opanowana wiedza dotyczącą objawów działań niepożądanych po podaniu opioidów dotyczyła także pielęgniarek biorących udział w badaniach przeprowadzonych przez M. Knap, B. Szyrmer, B. Kowalczyk-Sroka, gdzie aż 93% ankietowanych wskazało prawidłową odpowiedź [3].

Autorzy powyższych badań, aby ocenić wiedzę pielęgniarek na temat terapii bólu pooperacyjnego poddali analizie ich udział w szkoleniach. Stwierdzono, że tylko 50% badanych uczestniczyło w szkoleniach wewnątrzszpitalnych o tematyce leczenia bólu. Takie same wyniki uzyskano podczas badań własnych, gdzie 50,6% pielęgniarek potwierdziło regularne uczestniczenie w szkoleniach dotyczących leczenia bólu pooperacyjnego, a 53% badanych potwierdziło, że w ich miejscu pracy prowadzone są szkolenia dotyczące leczenia bólu pooperacyjnego. Powyższe wyniki wskazują na niewystarczający udział pielęgniarek w szkoleniach. Problematykę szkolenia pielęgniarek odnajdujemy także w badaniach M. Knap i R. Szebla. Autorzy tych badań podkreślili również niewystarczający udział personelu medycznego w szkoleniach dotyczących leczenia bólu pooperacyjnego, a także potrzebę szkolenia na poziomie kursów specjalistycznych, nadających pielęgniarkom uprawnienia do podawania leków różnymi drogami np. do przestrzeni zewnątrzoponowej [5].

Podczas badań własnych, stwierdzono, że 77,8% respondentów jest zdania, iż w przypadku niewystarczającej analgezji w postaci niesteroidowych leków przeciwzapalnych i paracetamolu powinno się podać dożylnie opioid metodą PCA czyli analgezji stosowanej przez pacjenta. Przeciwko tej metodzie jest 16,0% badanych, a 6,2% nie ma zdania na ten temat. Powyższe badania porównano z badaniami M. Knap i R. Szebla, gdzie jedynie 7% badanych stosuje analgezję sterowaną przez pacjenta, 24% badanych podaje leki w sposób systematyczny, a 23% podaje leki wtedy gdy chory skarży się na ból [5].

Badania własne porównano również z badaniami A. Raszki, A. Karabanowicz, M. Harata dotyczącymi zastosowania leczenia przeciwbólowego metodą PCA. Badania tego zespołu zostały przeprowadzone w Klinice Neurochirurgii Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką w Bydgoszczy w 2010 roku a brało w nich udział 40 pacjentów. Z badań tych wynika, że zastosowanie leczenia

przeciwbólowego sterowanego przez pacjenta za pomocą zaprogramowanej pompy infuzyjnej umożliwia dostosowanie dawki leku do indywidualnych potrzeb pacjenta, zminimalizowanie niewystarczającego działania przeciwbólowego oraz wyeliminowanie działań ubocznych związanych z przedawkowaniem leku. System PCA pozwala osiągnąć skuteczną analgezję oraz zmniejszyć czas leczenia przeciwbólowego. Większość badanych - 52,5%- miało bardzo dobre odczucia po zastosowaniu pompy infuzyjnej z systemem PCA, 45% dobre odczucia, nieznaczna część respondentów, bo tylko 2,5% źle znosiło takie leczenie. Badani pacjenci wskazali na pozytywne aspekty korzystania z systemu PCA takie jak; brak bólu, wygoda, dobre samopoczucie, możliwość korzystania z dodatkowych dawek leku przeciwbólowego, niezależność [6].

Wnioski

1. Czynnikami wpływającymi na zakres wiedzy pielęgniarek i jej wykorzystanie w terapii bólu pooperacyjnego u pacjentów Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii są: wykształcenie pielęgniarek, ogólny staż pracy w zawodzie, staż pracy w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.
2. Czynnikami, które nie mają wpływu na zakres wiedzy pielęgniarek i jej wykorzystanie w terapii bólu pooperacyjnego u pacjentów Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii są: wiek pielęgniarek i kwalifikacje zawodowe.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Dla zapewnienia wysokiej jakości opieki pielęgniarskiej niezbędne jest systematyczne podnoszenie poziomu wiedzy i doskonalenie kwalifikacji zawodowych pielęgniarek w zakresie terapii bólu pooperacyjnego. Zalecenie to szczególnie dotyczy starszej grupy wiekowej pielęgniarek, jak również posiadających wykształcenie średnie medyczne oraz z krótkim stażem pracy

w zawodzie i krótkim stażem pracy w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Bibliografia/Bibliography:

1. Kapała W.: Ocena i leczenie bólu pooperacyjnego i pourazowego – ujęcie kliniczne i pielęgniarskie [w:] Bączyk G., Kapała W. (red.): Podstawy kliniczne oraz pielęgnowanie chorych w okresie przed- i pooperacyjnym w chirurgii ogólnej, ortopedii i traumatologii. Wyd. Uniwersytet Medyczny. Poznań 2012:240.
2. Wordliczek J.: O praktyce walki z bólem. Rynek Zdrowia. 2009;2:4.
3. Knap M., Szyrmer B., Kowalczyk-Sroka B.: Poziom wiedzy pielęgniarek z oddziałów zabiegowych na temat terapii bólu pooperacyjnego. Problemy Pielęgniarstwa. 2010;18(2):130.
4. Bączyk G., Ochmańska M., Stępień S.: Subiektywna ocena jakości opieki pielęgniarskiej w zakresie bólu pooperacyjnego u chorych leczonych chirurgicznie. Problemy Pielęgniarstwa. 2009;17:175-176.
5. Knap M., Szebla R.: Rola pielęgniarek w zespołach leczenia bólu jako profesjonalnej terapii bólu pooperacyjnego. Studia Medyczne. 2011;22:42.
6. Raszka A., Karabanowicz A., Harat M.: Metoda PCA w zwalczaniu bólu w pierwszej dobie po operacji kręgosłupa. Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne. 2013;2,61-62.

Poziom wiedzy na temat raka szyjki macicy wśród kobiet

The level of knowledge on cervical cancer among women

PAULA JANKOWSKA[1], MARZENA KIKOLSKA[1], MARTYNA KWIATKOWSKA[1], DOROTA KOCHMAN[2], MARIOLA GŁOWACKA[2]

[1] Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu PWSZ w Płocku
[2] Wydział Nauk o Zdrowiu PWSZ w Płocku

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2017.002
ISSN: 2451-1846

Streszczenie:

Wstęp. Umieralność na raka szyjki macicy w Polsce stanowi jeden z głównych problemów onkologicznych.
Cel. Ocena wiedzy kobiet na temat czynników ryzyka rozwoju raka szyjki macicy oraz możliwości zapobiegania nowotworowi poprzez badania profilaktyczne**.**
Materiał i metody. Badanie zostało przeprowadzone w Internecie. W badaniu wzięło udział 135 kobiet. Posłużono się narzędziem badawczym – kwestionariuszem ankiety, zawierającym 20 pytań dotyczących przedmiotu badań. Informacje zebrane w 135 kwestionariuszach ankiet poddano analizie. Na podstawie uzyskanych informacji zostały stworzone tabele statystyczne i wykresy obrazujące rozkłady analizowanych cech. Badane kobiety wyraziły zgodę i chęć udziału w badaniach oraz zostały poinformowane o anonimowości badania.
Wyniki. W przeprowadzonym badaniu 74% kobiet uważa, że badanie cytologiczne jest najlepszą metodą pozwalającą wykryć wszelkie nieprawidłowości. Najwięcej badanych, które tak zadeklarowało było w wieku 21-30 i 41-50. Aż 39% kobiet nigdy nie było badanych pod kątem

wczesnego wykrywania raka szyjki macicy i 12% nie pamięta kiedy miało to badanie. Niecała połowa (42%) miała w ciągu ostatnich 3 lat pobierany wymaz cytologiczny a około 7% kobiet miało wciągu ostatnich 3-5 lat. Połowa kobiet wie z jaką częstotliwością należy wykonywać cytologię, niestety druga połowa nie wie tego. Jako źródło informacji odnośnie raka szyjki macicy wskazywano lekarza lub położną(26%), połowa badanych kobiet (52%) czerpała wiedzę we własnym zakresie zaś pozostałe (22%) zadeklarowało, że w ogóle nie interesuje się tematyką związaną z samym nowotworem i profilaktyką.

Wnioski. Z przeprowadzonych badań wynika, że wiedza kobiet na temat profilaktyki raka szyjki macicy jest niezadawalająca. Brak wiedzy charakteryzował młodsze kobiety poniżej 20 roku życia. Zaledwie 42% badanych kobiet poddaje się profilaktycznym badaniom szyjki macicy. Akcje promujące zapobieganie nowotworowi są rzadko przeprowadzane oraz zbyt mało nagłaśniane w wyniku czego mały odsetek kobiet jest świadomy o przeprowadzanej akcji.

Słowa kluczowe: rak szyjki macicy, czynniki ryzyka, badania profilaktyczne

Abstract:

Introduction. Mortality in cervical cancer in Poland is one of the major oncological problems.

Aim. Evaluation of women's knowledge about the risk factors for cervical cancer and the possibility of preventing cancer through preventive examinations.

Material and methods. The study was carried out online. 135 women participated in the study. The research tool applied - the survey questionnaire containing 20 questions concerning the subject of the study. Information gathered in 135 survey questionnaires was analyzed. Based on the information obtained, statistical tables and graphs showing the distribution of the analyzed features were prepared. The women surveyed gave their consent and willingness to participate in the study and were informed of the anonymity of the study.

Results. In the study, 74% of women think that cytology is the best way to detectany abnormalities. The highest number of respondents who declared this were aged 21-30 and 41-50. As many as 39% of women had never been examined for the early detection of cervical cancer and 12% do not

remember when the study took place. Less than half (42%) had a cytology caleradication performed in the last 3 years and approximately 7% of the women had it done within the last 3-5 years. Half of women know what frequency of cytology performance should be, unfortunately the other half are not awareofit. The doctor or the midwife (26%) were referred to as a source of information concerning cervical cancer, half of the women surveyed(52%) relied on their own knowledge, where as the remaining 22% declared that they were not interested in the issue related to the cancer it self and its prevention.

Conclusions. The studies show hatwomen's knowledge about cervical cancer prevention is unsatisfactory. Lack of knowledge was typical for younger women under 20 years of age. Only 42% of the women under go prophylactic cervical screening. Actions promoting cancer prevention are rarely performed and have insufficient publicity due to which a small percentage of women are aware of the action being performed.
Keywords: cervical cancer, risk factors, preventive examinations

Wstęp

Umieralność na raka szyjki macicy w Polsce wciąż stanowi jeden z głównych problemów onkologicznych, gdyż dziennie umiera 5 kobiet. Rocznie w Polsce na raka szyjki macicy dochodzi do zachorowań 4000 kobiet, natomiast 200 z nich umiera. Najwięcej chorujących pochodzi z przedziału wiekowego 45-59 lat. Główną przyczyną zmian jest zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego HPV o wysokim charakterze onkogennym np. HPV 16,18. Dodatkowymi czynnikami wywołującymi chorobę są: wczesne rozpoczęcie życia płciowego < 18 rokiem życia, posiadanie wielu partnerów seksualnych, szczególnie partnerów „wysokiego ryzyka", stosowanie doustnej antykoncepcji hormonalnej, złe warunki socjoekonomiczne, niski poziom higieny osobistej, duża liczba porodów, palenie tytoniu [1].

Wczesne stadium raka szyjki macicy przebiega bezobjawowo. Dlatego szczególne znaczenie mają badania przesiewowe. W późniejszej fazie choroby pojawiają się krwawienia kontaktowe.

Możemy wyróżnić następujące objawy: obrzęk kończyn, bolesne stosunki, trudności w oddawaniu moczu i stolca, obfite upławy, krwawienia międzymiesiączkowe, krwawienia po menopauzie, krwawienia pomiesiączkowe, ból w podbrzuszu oraz okolicy lędźwiowo- krzyżowej. Według przeprowadzonych badań naukowcy doszli do wniosku, że łój napletkowy, czyli wydzielina gruczołów napletka może wywierać działanie rakotwórcze w okolicy szyjki macicy oraz jej ujścia [2].

Badania przesiewowe polegają na pobraniu rozmazów cytologicznych z ujścia zewnętrznego szyjki macicy. Dzięki temu możemy rozpoznać zmiany przedrakowe oraz wcześnie wykryć nowotwór. Badania powinny być wykonywane w okresie co 3-5 lat w grupie wiekowej 30-60 lat. Niska cena pojedynczego badania w powiązaniu z jego skutecznością może ocalić nie jedno życie. Badanie cytologiczne odbywa się przy pomocy wziernika. Lekarz pobiera materiał komórkowy z szyjki macicy pacjentki [2]. Badania przesiewowe muszą spełniać pewne warunki: powinny być wykonywane w sposób ciągły, istnieje uzasadnienie konieczności ich wykonania, badanie przesiewowe dało wynik pozytywny, wykrycie choroby jest możliwe w fazie wczesnoobjawowej i przedklinicznej. Aby badanie było skuteczne musi być maksymalnie swoiste i czułe. W Polsce realizowane są Ogólnopolskie Programy Aktywnej Profilaktyki Raka Szyjki Macicy od 2004 roku. Realizowany jest on przez NFZ wobec wszystkich kobiet w wieku 25-59 lat. Pod uwagę brany jest wiek oraz wcześniejsze leczenie onkologiczne z powodu raka szyjki macicy. Program składa się z trzyetapowej procedury obejmującej: I etap - rejestrację w SIMP, pobranie wymazu do badania cytologicznego, metody zapobiegania nowotworowi; II etap - ocenę wymazu; III etap - pogłębioną diagnostykę w przypadku nieprawidłowego wyniku cytologii [3].

Profilaktyka pierwotna jest pierwszym etapem w zapobieganiu rozwojowi choroby przez eliminowanie zewnętrznych czynników ryzyka. Profilaktyka wtórna jest drugim

etapem i polega na wczesnym wykrywaniu raka szyjki macicy. Choroba jest wyleczalna w znacznym stopniu, kiedy nie daje znacznych objawów. Profilaktyka trzeciorzędowa nazywana późną ma miejsce w stadium klinicznym. Polega na zmniejszeniu skutków choroby oraz inwalidztwa, jakie może spowodować rak.

Szczepionka przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego zapobiega zakażeniom wirusem HPV typu 6, 11, 16 i 18. Typ wirusa 16, 18 jest odpowiedzialny za raka szyjki macicy. Zgodnie z decyzją Komisji Europejskiej szczepionka jest wskazana dla dzieci w wieku od 9 do 15 lat oraz kobiet w wieku od 16 do 26 lat w celu zapobiegania powstaniu kłykcin kończystych spowodowanych wirusem HPV, zmianom przedrakowym szyjki macicy [4].

W leczeniu raka szyjki macicy stosuje się trzy metody: chemioterapię, radioterapię, chirurgię. Pierwsza metoda określana jest leczeniem systemowym, a pozostałe dwie - leczeniem miejscowym. W początkowym stadium choroby (0 i IA-1) stosowana jest konizacja, czyli chirurgiczne usunięcie stożka szyjki macicy. Od stopnia IA-2 do II-A stosowana jest histerektomia całkowita lub częściowa, która polega na usunięciu zmienionych chorobowo obszarów. Kolejnym przykładem leczenia jest histerektomia radykalna polegająca na całkowitym usunięciu macicy, górnej części pochwy oraz przyległych węzłów chłonnych. Rak szyjki macicy w stadium przedinwazyjnym daje pomyślne rokowanie, jest wyleczalny prawie całkowicie. Nowotwór w II stadium choroby daje 50% szans na wyleczenie. Śmiertelność wzrasta wraz ze stopniem raka szyjki macicy [4].

Celem pracy była próba oceny stanu wiedzy kobiet na temat raka szyjki macicy.

Materiał i metody

Badanie zostało przeprowadzone w okresie od listopada 2016 roku do stycznia 2017 roku wśród 135 kobiet. Respondentki zostały podzielone na cztery grupy wiekowe. Najliczniejszą grupę stanowiły

ankietowane w wieku do 20 lat – 35% ogółu badanych. Drugą grupą pod względem liczebności były respondentki z przedziału 31 – 40 lat – 26%. Ankietowanych w wieku 41 – 50 było niewiele mniej – 24%. Najmniej liczną grupę stanowiły kobiety z przedziału 21 – 30 lat – 15%. Z analizy zebranych informacji wynika, iż prawie połowa – 47% - badanych kobiet posiada wykształcenie średnie – 64 osoby. Z kolei 39 osób posiada wykształcenie zawodowe, co odpowiada 29% ankietowanych. Wykształcenie wyższe dotyczy 20 badanych – 15%, natomiast podstawowe 12 osób – 9%. Zdecydowana większość respondentek podała jako miejsce swojego zamieszkania miasto – 83 kobiety - 61%, 52 ankietowane mieszkało na wsi – 39% (Tabela 1).

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy.

Zmienne	Przedziały zmiennych	N	%
Wiek	Poniżej 20	48	35
	21 – 30	20	15
	31 – 40	35	26
	41 – 50	32	24
Wykształcenie	Podstawowe	12	9
	Zawodowe	39	29
	Średnie	64	47
	Wyższe	20	15
Miejsce zamieszkania	Miasto	83	61
	Wieś	52	39
Razem		135	100

Źródło: wynik badań własnych

Wyniki

Wskazując najważniejsze badanie pozwalające wykryć wczesne zmiany na szyjce macicy, ankietowane miały do wyboru:

badanie krwi, wymaz z pochwy, USG ginekologiczne, cytologia. Niecałe trzy czwarte kobiet (74%) zna najważniejsze badanie pozwalające wykryć wczesne zmiany na szyjce macicy. Respondentki udzieliły następujących odpowiedzi:

- Badanie krwi: najmniej kobiet uważa, iż badanie krwi pozwala wykryć wczesne zmiany na szyjce macicy - 3% badanych w wieku poniżej 20 roku życia.
- Wymaz z pochwy: 18% kobiet, w tym najwięcej w wieku poniżej 20 roku życia - 38%, następnie w wieku 31-40 - 17%, a w wieku 21-30 i 41-50 - 0%.
- USG ginekologiczne: wskazało 5% kobiet, w tym najwięcej w wieku poniżej 20 roku życia - 8%, następnie w wieku 31- 40 - 6%, a w 21-30 i 41-50 - 0%.
- Cytologia: jest uważana za najważniejsze badanie za pomocą, którego można wykryć raka szyjki macicy – wymieniło to badanie 74% kobiet, w tym najwięcej w wieku 21-30 i 41-50 po 100%, następnie 31-40 - 74%, zaś najmniej w wieku poniżej 20 roku życia - 46% (Tabela 2).

Tabela 2. Badanie profilaktyczne pozwalające wykryć zmiany na szyjce macicy w opinii badanych.

Pyt. Najważniejszym badaniem pozwalającym wykryć wczesne zmiany na szyjce macicy jest										
	Razem		Poniżej 20		21-30		31-40		41-50	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Badanie krwi	4	3	4	8	0	0	0	0	0	0
Wymaz z pochwy	24	18	18	38	0	0	6	17	0	0
USG ginekologiczne	7	5	4	8	0	0	2	6	0	0
Cytologia	100	74	22	46	20	100	27	77	32	100

Źródło: wynik badań własnych

Jak wynika z analizy wyników 39% kobiet nigdy nie badało się pod kątem wczesnego wykrywania raka szyjki macicy, a 12% nie pamięta, kiedy takie badanie zostało wykonane. Blisko połowa respondentek (42%) podała, że w ciągu ostatnich 3 lat miało pobierany wymaz cytologiczny, a około 7% kobiet - w ciągu ostatnich 3-5 lat (Tabela 3).

Tabela 3. Częstość wymazów cytologicznych wśród badanych.

Pyt. Kiedy Pani ostatnio miała pobierany wymaz cytologiczny?										
	Razem		Poniżej 20		21-30		31-40		41-50	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
W ciągu ostatnich 3 lat	56	42	10	21	8	40	20	57	18	56
3 – 5 lat temu	10	7	0	0	0	0	0	0	10	31
Miałam, ale nie pamiętam kiedy	16	12	2	4	2	10	8	23	4	13
Nie miałam nigdy	53	39	36	75	10	50	7	20	0	0

Źródło: wynik badań własnych

W przedziałach wiekowych:

- poniżej 20 lat: 71% kobiet uważa, iż należy wykonywać cytologię co 3 lata, zaś 29% z nich sądzi, iż częściej niż co 3 lata,
- 21-30 lat: 60% kobiet uważa, iż należy wykonywać cytologię co 3 lata, zaś 29% z nich uważa, że częściej niż co 3 lata,
- 31-40 lat: 37% kobiet twierdzi, że należy wykonywać cytologię co 3 lata, zaś 37% z nich sądzi, iż częściej niż co 3 lata, a 26% - rzadziej niż co 3 lata,
- 41-50 lat: 25% kobiet uważa, iż należy wykonywać cytologię co 3 lata, 56% twierdzi, że częściej niż co 3 lata, 19% - rzadziej niż co 3 lata (Tabela 4).

Tabela 4. Częstość wykonywania cytologii wśród badanych.

Pyt. Cytologię należy wykonywać										
	Razem		Poniżej 20		21-30		31-40		41-50	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Co 3 lata	67	50	34	71	12	60	13	37	8	25
Częściej niż co 3 lata	53	39	14	29	8	40	13	37	18	56
Rzadziej niż co 3 lata	15	11	0	0	0	0	9	26	6	19

Źródło: wynik badań własnych

Prawie wszystkie kobiety tj. 96% twierdzą, że wiedzą, jak przebiega badanie cytologiczne.

W przedziałach wiekowych:

- poniżej 20 lat: 88% respondentek sądzi, iż przy pomocy wziernika lekarz pobiera materiał komórkowy z szyjki macicy pacjentki, zaś 8% - rozpoznanie stwierdzane jest na podstawie składu moczu kobiety, a 4% badanych uważa, iż wykonuje się rentgen macicy z użyciem kontrastu,
- 21-30 lat: 100% badanych sądzi, iż przy pomocy wziernika lekarz pobiera materiał komórkowy z szyjki macicy pacjentki,
- 31-40 lat: 88% respondentek sądzi, iż przy pomocy wziernika lekarz pobiera materiał komórkowy z szyjki macicy pacjentki,
- 41-50 lat: 88% badanych uważa, że przy pomocy wziernika lekarz pobiera materiał komórkowy z szyjki macicy pacjentki (Tabela 5).

Tabela 5. Przebieg badania cytologicznego w opinii badanych.

Pyt. Jak wygląda badanie cytologiczne?										
	Razem		Poniżej 20		21-30		31-40		41-50	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%

przy pomocy wziernika lekarz pobiera materiał komórkowy z szyjki macicy pacjentki	129	96	42	88	20	100	35	100	32	100
rozpoznanie stwierdzamy na podstawie składu moczu kobiety	4	3	4	8	0	0	0	0	0	0
wykonuje się rentgen macicy z użyciem kontrastu	2	1	2	4	0	0	0	0	0	0

Źródło: wynik badań własnych

Badanie cytologiczne z własnej inicjatywy wykonuje 39% respondentek. Około jedna czwarta zgłasza się na badanie na polecenie lekarza (23%) i położnej (3%). Niestety aż 35% kobiet nie poddaje się badaniu.

W przedziałach wiekowych:

- poniżej 20 lat: 8% kobiet uważa, iż inicjatorem badań cytologicznych jest lekarz, 4% -położna, 21% respondentek jest inicjatorkami badania, 21% kobiet wcale się nie bada,
- 21-30lat: 40% kobiet uważa, iż inicjatorem badań cytologicznych są same kobiety, 60% ankietowanych wcale się nie poddaje się badaniu,
- 31-40 lat: 49% kobiet uważa, iż inicjatorem badań cytologicznych jest lekarz, 40% ankietowanych twierdzi, że same kobiety są inicjatorkami badania, 11% kobiet wcale się nie uczestniczy w badaniach,
- 41-50 lat: 31% kobiet uważa, iż inicjatorem badań cytologicznych jest lekarz, 7% - położna, 62% ankietowanych twierdzi, że same

kobiety są inicjatorkami badania (Tabela 6).

Tabela 6. Inicjator badań cytologicznych w opinii badanych.

Pyt. Z czyjej inicjatywy wykonuje Pani badanie cytologiczne?										
	Razem		Poniżej 20		21-30		31-40		41-50	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lekarza	31	23	4	8	0	0	17	49	10	31
Położnej	4	3	2	4	0	0	0	0	2	7
Własnej	52	39	10	21	8	40	14	40	20	62
Nie badam się	48	35	32	67	12	60	4	11	0	0

Źródło: wynik badań własnych

Niecałe trzy czwarte kobiet (74%) wie, że wykonując regularne badania można uniknąć nowotworu szyjki macicy.
W przedziałach wiekowych:

- poniżej 20 lat: 71% kobiet uważa, iż wykonując regularne badania można uniknąć raka szyjki macicy, a 29% nie posiada takiej wiedzy,
- 21-30 lat: 80% kobiet uważa, iż wykonując regularne badania można uniknąć raka szyjki macicy, a 20% z nich nie potwierdza tego stwierdzenia,
- 31-40 lat: 80% kobiet uważa, iż wykonując regularne badania można uniknąć raka szyjki macicy, a 20% z nich nie podziela tego zdania,
- 41-50 lat: 69% kobiet uważa, iż wykonując regularne badania można uniknąć raka szyjki macicy, a 31% z nich uważa, że tak nie jest (Tabela 7).

Tabela 7. Profilaktyka raka szyjki macicy w opinii badanych.

Pyt. Czy wykonując regularne badania można uniknąć raka szyjki macicy?					
	Razem	Poniżej 20	21-30	31-40	41-50

	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tak	100	74	34	71	16	80	28	80	22	69
Nie	21	16	0	0	4	20	7	20	10	31
Nie wiem	14	10	14	29	0	0	0	0	0	0

Źródło: wynik badań własnych

Większość kobiet (89%) twierdzi, że wie jakiej grupy kobiet częściej dotyczy nowotwór.

W przedziałach wiekowych:

- poniżej 20 lat: 79% ankietowanych uważa, iż rak szyjki macicy częściej występuje u kobiet mających wielu partnerów, a 21% - podaje, że dotyczy to mężatek,
- 21 – 30 lat: 100% badanych uważa, iż rak szyjki macicy częściej występuje u kobiet posiadających wielu partnerów,
- 31-40 lat: 100% respondentek uważa, iż rak szyjki macicy częściej występuje u kobiet mających wielu partnerów,
- 41-50 lat: 82% badanych sądzi, że rak szyjki macicy częściej występuje u kobiet mających wielu partnerów, a 12% badanych podaje, że dotyczy to mężatek, a 6% sądzi, że taka sytuacja dotyczy kobiet, które nie podjęły aktywności seksualnej (Tabela 8).

Tabela 8. Opinia badanych dotycząca grupy kobiet z ryzykiem wystąpienia raka szyjki macicy.

Pyt. Rak szyjki macicy częściej występuje u:										
	Razem		Poniżej 20		21-30		31-40		41-50	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Kobiet mających wielu partnerów	119	89	38	79	20	100	35	100	26	82
Mężatek	14	10	10	21	0	0	0	0	4	12

Kobiet, które nie podjęły aktywności seksualnej	2	1	0	0	0	0	0	0	2	6

Źródło: wynik badań własnych

Ponad połowa kobiet (54%)twierdzi, że zna główną przyczynę raka szyjki macicy.

W przedziałach wiekowych:

- poniżej 20 lat: 58% kobiet sądzi, że główną przyczyną raka szyjki macicy są czynniki genetyczne, zaś 42% - wskazuje na wirusa HPV,
- 21-30 lat: 10% kobiet sądzi, że główną przyczyną raka szyjki macicy są czynniki genetyczne, zaś 90% ankietowanych podaje wirusa HPV,
- 31-40 lat: 34% kobiet sądzi, że główną przyczyną raka szyjki macicy są czynniki genetyczne, zaś 66% podaje wirusa HPV,
- 41-50 lat: 63% kobiet twierdzi, że główną przyczyną raka szyjki macicy są czynniki genetyczne, zaś 37% podaje wirusa HPV (Tabela 9).

Tabela 9. Przyczyna raka szyjki macicy w opinii badanych.

Pyt. Główną przyczyną raka szyjki macicy jest:										
	Razem		Poniżej 20		21-30		31-40		41-50	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
alkohol	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
czynniki genetyczne	62	46	28	58	2	10	12	34	20	63
wirus HPV	73	54	20	42	18	90	23	66	12	37

Źródło: wynik badań własnych

Ponad trzy czwarte kobiet (76%) twierdzi, że umie wskazać prawidłowy objaw raka szyjki macicy.
W przedziałach wiekowych:

- poniżej 20 lat: 54% kobiet uważa, iż typowym objawem raka szyjki macicy jest krwawienie z pochwy, 38% - częstomocz zaś 8% badanych -bóle kończyn dolnych,
- 21-30 lat: 60% kobiet uważa, iż typowym objawem raka szyjki macicy jest krwawienie z pochwy, 10% - częstomocz, 30% respondentek - bóle kończyn dolnych,
- 31-40 lat: 94% kobiet uważa, iż typowym objawem raka szyjki macicy jest krwawienie z pochwy, 6% badanych podaje, że bóle kończyn dolnych,
- 41-50 lat: 100% kobiet uważa, iż typowym objawem raka szyjki macicy jest krwawienie z pochwy (Tabela 10).

Tabela 10. Objawy raka szyjki macicy w opinii badanych.

Pyt. Typowy objaw raka szyjki macicy:										
	Razem		Poniżej 20		21-30		31-40		41-50	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
krwawienie z pochwy	103	76	26	54	12	60	33	94	32	100
bóle kończyn dolnych	12	9	4	8	6	30	2	6	0	0
częstomocz	20	15	18	38	2	10	0	0	0	0

Źródło: wynik badań własnych

Prawie wszystkie kobiety wiedzą (99%) twierdzą, że wiedzą, w jaki sposób można zarazić się wirusem brodawczaka ludzkiego.
W przedziałach wiekowych:

- poniżej 20 lat: 96% kobiet uważa, iż wirusem brodawczaka ludzkiego można zarazić się poprzez współżycie seksualne, zaś 4% podaje, że poprzez picie z jednego kubka,
- 21-30 lat: 100% kobiet uważa, iż wirusem brodawczaka ludzkiego można zarazić się poprzez współżycie seksualne,
- 31-40 lat: 100% kobiet uważa, iż wirusem brodawczaka ludzkiego można zarazić się poprzez współżycie seksualne,
- 41-50 lat: 100% kobiet uważa, iż wirusem brodawczaka ludzkiego można zarazić się poprzez współżycie seksualne (Tabela 11).

Tabela 11. Zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego w opinii badanych.

Pyt. Wirusem brodawczaka ludzkiego można zarazić się przez:										
	Razem		Poniżej 20		21-30		31-40		41-50	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
rozmowę z zakażonym	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
współżycie seksualne	133	99	46	96	20	100	35	100	32	100
picie z jednego kubka	2	1	2	4	0	0	0	0	0	0

Źródło: wynik badań własnych

Blisko trzy czwarte kobiet (73%) uważa, że zna najlepszą metodę uniknięcia kontaktu z wirusem wywołującym nowotwór szyjki macicy.

W przedziałach wiekowych:

- poniżej 20 lat: 82% kobiet uważa, iż najlepszą metodą uniknięcia

kontaktu z wirusem jest jak najpóźniejsze rozpoczęcie współżycia płciowego, 9% podaje, że jest to wieloletnie stosowanie antykoncepcji hormonalnej, 9% - współżycie z mężczyzną nieobrzezanym,

- 21-30 lat: 80% kobiet uważa, iż najlepszą metodą uniknięcia kontaktu z wirusem jest jak najpóźniejsze rozpoczęcie współżycia płciowego, 20% podaje, że jest to wieloletnie stosowanie antykoncepcji hormonalnej,
- 31-40 lat: 63% kobiet uważa, iż najlepszą metodą uniknięcia kontaktu z wirusem jest jak najpóźniejsze rozpoczęcie współżycia płciowego, 37% podaje, że jest to wieloletnie stosowanie antykoncepcji hormonalnej,
- 41-50 lat: 63% kobiet uważa, iż najlepszą metodą uniknięcia kontaktu z wirusem jest jak najpóźniejsze rozpoczęcie współżycia płciowego, 37% twierdzi, że jest to wieloletnie stosowanie antykoncepcji hormonalnej (Tabela 12).

Tabela12. Metoda uniknięcia kontaktu z wirusem brodawczaka ludzkiego w opinii badanych.

Pyt. Najlepszą metodą uniknięcia kontaktu z wirusem jest:										
	Razem		Poniżej 20		21-30		31-40		41-50	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
jak najpóźniejsze rozpoczęcie współżycia płciowego	98	73	40	82	16	80	22	63	20	63
wieloletnie stosowanie antykoncepcji hormonalnej	33	24	4	9	4	20	13	37	12	37
współżycie z	4	3	4	9	0	0	0	0	0	0

mężczyzną nieobrzezanym										

Źródło: wynik badań własnych

Większość kobiet tj. 88% twierdzi, że potrafi wskazać jedną z metod leczenia wczesnych postaci nowotworu.

W przedziałach wiekowych:

- poniżej 20 lat: 79% kobiet uważa, że jedną z metod leczenia wczesnych postaci raka szyjki macicy jest histerektomia, 4%,- rentgen, a 17%, że jest to kolonoskopia,
- 21 – 30 lat: 100% kobiet uważa, że jedną z metod leczenia wczesnych postaci raka szyjki macicy jest histerektomia,
- 31 – 40 lat: 94% kobiet twierdzi, że jedną z metod leczenia wczesnych postaci raka szyjki macicy jest histerektomia, a 6% że jest to kolonoskopia,
- 41 – 50 lat: 88% kobiet uważa, że jedną z metod leczenia wczesnych postaci raka szyjki macicy jest histerektomia, 8% - rentgen, a 6% - kolonoskopia (Tabela 13).

Tabela 13. Metoda leczenia wczesnej postaci raka szyjki macicy w opinii badanych.

Pyt. Jedną z metod leczenia wczesnych postaci raka szyjki macicy jest:										
	Razem		Poniżej 20		21-30		31-40		41-50	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Rentgen	4	3	2	4	0	0	0	0	2	6
histerektomia	119	88	38	79	20	100	33	94	28	88
kolonoskopia	12	9	8	17	0	0	2	6	2	6

Źródło: wynik badań własnych

Prawie wszystkie kobiety (97%) twierdzą, że wiedzą w jakim wieku najczęściej rozwija się rak szyjki macicy.
W przedziałach wiekowych:

- poniżej 20 lat: 92% kobiet uważa, iż rak szyjki macicy najczęściej rozwija się u kobiet pomiędzy 30 a 59 rokiem życia, natomiast 8%, że w wieku 10-20 lat,
- 21 – 30 lat: 100% kobiet uważa, iż rak szyjki macicy najczęściej rozwija się u kobiet pomiędzy 30 a 59 rokiem życia,
- 31 – 40 lat:100% kobiet uważa, iż rak szyjki macicy najczęściej rozwija się u kobiet pomiędzy 30 a 59 rokiem życia,
- 41 – 50 lat: 100% kobiet uważa, iż rak szyjki macicy najczęściej rozwija się u kobiet pomiędzy 30 a 59 rokiem życia (Tabela 14).

Tabela 14. Przedział wieku, w którym rozwija się rak szyjki macicy w opinii badanych.

Pyt. Najczęściej rak szyjki macicy rozwija się u kobiet pomiędzy:										
	Razem		Poniżej 20		21-30		31-40		41-50	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
10-20	4	3	4	8	0	0	0	0	0	0
30-59	131	97	44	92	20	100	35	100	32	100
70-85	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Źródło: wynik badań własnych

Zdecydowana większość kobiet (85%) uważa, że zna skuteczną metody ochrony przed zachorowaniem na nowotwór szyjki macicy.
W przedziałach wiekowych:

- poniżej 20 lat: 67% kobiet uważa, że skuteczna ochrona przed zachorowaniem na raka szyjki macicy to szczepienie, 29% - wskazuje na korzystanie z witamin, natomiast 4%, że jest to odpowiednia dieta,
- 21 – 30 lat: 100% kobiet uważa, że skuteczna ochrona przed

zachorowaniem na raka szyjki macicy to szczepienie,

- 31 – 40 lat: 94% kobiet uważa, że skuteczna ochrona przed zachorowaniem na raka szyjki macicy to szczepienie, a 6% podaje, że jest to odpowiednia dieta,
- 41 – 50 lat: 94% kobiet uważa, że skuteczna ochrona przed zachorowaniem na raka szyjki macicy to szczepienie, a 6% podaje, że jest to odpowiednia dieta (Tabela 15).

Tabela 15. Ochrona przed rakiem szyjki macicy w opinii badanych.

Pyt. Skuteczna ochrona przed zachorowaniem na raka szyjki macicy to lat:										
	Razem		Poniżej 20		21-30		31-40		41-50	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Witaminy	2	1	2	29	0	0	0	0	0	0
odpowiednia dieta	18	14	14	4	0	0	2	6	2	6
Szczepienie	115	85	32	67	20	100	33	94	30	94

Źródło: wynik badań własnych

Większość kobiet (87%) podaje, że wie, które kobiety mogą korzystać ze szczepionki przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego.

W przedziałach wiekowych:

- poniżej 20 lat: 83% kobiet uważa, że zaszczepić mogą się dziewczęta od 11-12 roku życia jeszcze przed inicjacją seksualną i kobiety aktywne seksualnie, natomiast 17% ankietowanych podaje, że dotyczy to tylko kobiet po 50 roku życia,
- 21 – 30 lat: 100% kobiet uważa, że zaszczepić mogą się dziewczęta od 11-12 roku życia jeszcze przed inicjacją seksualną i kobiety aktywne seksualnie,
- 31 – 40 lat:77% kobiet uważa, że zaszczepić mogą się dziewczęta od 11-12 roku życia jeszcze przed inicjacją seksualną i kobiety

aktywne seksualnie, natomiast 23% badanych podaje, że mogą uczynić to tylko kobiety po 50 roku życia,

– 41 – 50 lat:94% kobiet uważa, że zaszczepić mogą się dziewczęta od 11-12 roku życia jeszcze przed inicjacją seksualną i kobiety aktywne seksualnie, natomiast 6% respondentek podaje, że mogą poddać się szczepieniu tylko kobiety po 50 roku życia (Tabela16).

Tabela 16. Korzystanie ze szczepień przeciwko brodawczakowi ludzkiemu w opinii badanych.

Pyt. Kto może się zaszczepić?										
	Razem		Poniżej 20		21-30		31-40		41-50	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
tylko kobiety po 50 roku życia	18	13	8	17	0	0	8	23	2	6
kobiety w ciąży	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
dziewczęta od 11-12 roku życia jeszcze przed inicjacją seksualną, kobiety aktywne seksualnie	117	87	40	83	20	100	27	77	30	94

Źródło: wynik badań własnych

Blisko jedna czwarta badanych kobiet tj. 36% wie, do kogo jest kierowany Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy.

W przedziałach wiekowych:

– poniżej 20 lat: 34% kobiet uważa, że program jest adresowany do kobiet między 25 a 59 rokiem życia, 58% twierdzi, że obejmuje wszystkie kobiety, zaś 8% badanych uważa, że jest kierowany do

nastolatek,

- 21 – 30 lat: 50% kobiet uważa, że Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy adresowany jest do kobiet między 25 a 59 rokiem życia, 50% badanych uważa, że obejmuje on wszystkie kobiety,
- 31 – 40 lat: 51% kobiet uważa, że program adresowany jest do kobiet między 25 a 59 rokiem życia, 49% badanych podaje, że obejmuje on wszystkie kobiety,
- 41 – 50 lat: 12% kobiet uważa, że Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy adresowany jest do kobiet między 25 a 59 rokiem życia, 88% ankietowanych twierdzi, że obejmuje wszystkie kobiety, zaś 8% - że jest on kierowany do nastolatek (Tabela 17).

Tabela 17. Adresatki Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy w opinii badanych.

Pyt. Do kogo adresowany jest Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy?										
	Razem		Poniżej 20		21-30		31-40		41-50	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
do nastolatek	4	3	4	8	0	0	0	0	0	0
kobiety między 25 a 59 rokiem życia	48	36	16	34	10	50	18	51	4	12
obejmuje wszystkie kobiety	83	61	28	58	10	50	17	49	28	88

Źródło: wynik badań własnych

Ponad połowa badanych (52%) poszukuje wiedzy na temat raka szyjki macicy we własnym zakresie, około jedna czwarta kobiet

zdobywa informacje u lekarza lub położnej (26%), zaś aż 22% respondentek w ogóle nie interesuje się tematyką związaną z samym nowotworem i profilaktyką.

W przedziałach wiekowych:

- poniżej 20 lat: 58% kobiet poszukuje wiedzy na temat raka szyjki macicy i profilaktyki we własnym zakresie, 0% od lekarza ginekologa, 1% od położnej, natomiast aż 41% kobiet nie interesuje się tym zagadnieniem,
- 21 – 30 lat: 80% kobiet poszukuje informacji na temat raka szyjki macicy i profilaktyki we własnym zakresie, 0% od lekarza ginekologa, 0% od położnej, natomiast aż 20% kobiet nie interesuje się tym tematem,
- 31 – 40 lat: 46% kobiet poszukuje wiedzy na temat raka szyjki macicy i profilaktyki we własnym zakresie, 49% od lekarza ginekologa, 0% od położnej, natomiast 5% kobiet nie interesuje się tym zagadnieniem,
- 41 – 50 lat: 44% kobiet poszukuje informacji na temat raka szyjki macicy i profilaktyki we własnym zakresie, 44% od lekarza ginekologa, 0% od położnej, natomiast 12% kobiet nie interesuje się tym tematem (Tabela 18).

Tabela 18. Źródła wiedzy na temat raka szyjki macicy i profilaktyki w opinii badanych.

Pyt. Skąd czerpie Pani wiedzę na temat raka szyjki macicy?/profilaktyki?										
	Razem		Poniżej 20		21-30		31-40		41-50	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lekarz ginekolog	33	25	0	0	0	0	17	49	14	44
Położna	2	1	2	1	0	0	0	0	0	0
We własnym zakresie	70	52	24	58	16	80	16	46	14	44

Nie interesuje się tym	30	22	20	41	4	20	2	5	4	12

Źródło: wynik badań własnych

Dyskusja

Rak szyjki macicy stanowi około 6,5% wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe wśród polskich kobiet; jest szóstym rakiem, co do czystości zachorowań, ósmym co do częstości zgonów. Większość zmian przedrakowych występuje w wieku 20-34 lat, rak inwazyjny dotyczy kobiet w wieku 40-50 lat. Jego typy onkogenne to 16 i 18. Postać przedinwazyjna nie daje objawów dlatego ważne jest wykonywanie badań ginekologicznych w połączeniu z cytodiagnostyką w różnych odstępach czasowych. Dzięki temu można szybko wykryć patologie i zacząć odpowiednie leczenie. Leczenie stanów przedrakowych i raka szyjki macicy jest skuteczne w zależności od stopnia zawansowania choroby. Zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) ma główne znaczenie w rozwoju raka szyjki macicy [5]. Palenie papierosów, stosowanie doustnej antykoncepcji, duża ilość porodów oraz inne choroby przenoszone drogą płciową sprzyjają wystąpieniu infekcji wirusem HPV. Wczesne rozpoczęcie współżycia, duża ilość partnerów seksualnych jest kolejnym czynnikiem, który może spowodować rozwój raka szyjki macicy. Stany zapalne np. upławy przypominają wczesne objawy choroby. Cytologia w połączeniu ze szczepionką przeciwko wirusowi HPV pozwala uniknąć śmiertelnego zagrożenia. Badania profilaktyczne są najbardziej skuteczną metodą wykrywającą patologie zachodzące w organizmie kobiety [6]. W celu rozpoznania zmian nowotworowych należy wykonać cytologię, następnie kolonoskopię i biopsję celowaną [3].

Edukacja zdrowotna ma ogromne znaczenie w profilaktyce raka szyjki macicy. Zmierza ona do wczesnego wykrycia choroby, uzyskania informacji na temat stanu zdrowia i podjęcia wczesnych

działań leczniczo- terapeutycznych. Zachowania zdrowotne wpływają na aktualny stan zdrowia i stanowią istotne ogniwo stylu życia [3].

Wnioski

- Stan wiedzy na temat raka szyjki macicy jest najniższy jest w grupie kobiet poniżej 20 roku życia.
- Stosunkowo niski odsetek kobiet (zaledwie 42%) poddaje się profilaktycznym badaniom szyjki macicy, co stwarza ryzyko poważnych konsekwencji zdrowotnych.
- Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że stan wiedzy na temat raka szyjki macicy jest niezadawalający.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

1. Z uwagi na niski poziom wiedzy młodych kobiet nt. profilaktyki raka szyjki macicy konieczne jest objęcie tej grupy intensywnymi działaniami z zakresu edukacji zdrowotnej.
2. Tematyka związana z profilaktyką raka szyjki macicy powinna być popularyzowana w mediach, w czasie spotkań z młodzieżą szkolną.
3. Niezbędne jest zachęcanie rodziców do stosowania szczepień przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego wobec dziewczynek w kontekście zmniejszenia ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy w dorosłym życiu..

Bibliografia/Bibliographa:

1. Sawaryn D., Wróbel A. Poziom wiedzy młodych dziewcząt na temat raka szyjki macicy. Medycyna Rodzinna.2011;2 lat: 35-42.

2. Jeziorski A., Kordek R., i wsp. Onkologia lat: podręcznik dla pielęgniarek. Warszawa lat: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2015.

3. Podolska M., Kozłowska U., Edukacja zdrowotna i świadomość zdrowotna w profilaktyce raka szyjki macicy.Psychoonkologia,2013; (2) lat: 71–78.

4. Wronkowski Z., Brużniewicz Sz., Rak szyjki macicy. Polski Komitet Zwalczania Raka. Warszawa lat: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2008.

5. Nowicki A., Borowa I., Maruszak M. Zachowania zdrowotne kobiet w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania stanów przedrakowych i raka szyjki macicy. Ginekologia Polska,2008;(12) lat: 840-849.

6. Antos E., Łyszkowska A., Rak szyjki macicy - nigdy dość o profilaktyce i diagnostyce. Magazyn Pielęgniarki i Położnej,2014; 1-2 lat: 46-48.

7. Baran W., Kornacka K., Szela S. Ocena wiedzy kobiet z Podkarpacia na temat profilaktyki raka szyjki macicy. Wydawnictwo UR,2013.;(3) lat: 311-318.

Ocena jakości życia i zadowolenia ze zdrowia pacjentów z nadciśnieniem tętniczym

Assessment of the quality of life and health satisfaction of patients with hypertension

MARIA KLARKOWSKA[1], ANNA ANTCZAK[2,3]

[1] NZOZ Centrum Medyczne „NAD BRDĄ" w Bydgoszczy
[2] Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu,
[3] Instytut Nauk o Zdrowiu, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2017.003
ISSN: 2451-1846

Streszczenie:

Wstęp. W aspekcie nauk medycznych definicje jakości życia sprowadzają się głównie na korelacji zdrowie-choroba, jednak mimo dużego zainteresowania tą kategorią, nie udało się wypracować uniwersalnej definicji, przyjmowanej przez całe środowisko medyczne. Nadciśnienie tętnicze to choroba cywilizacyjna, która szczególnie dotyka mieszkańców krajów wysoko rozwiniętych. Wyniki badań epidemiologicznych jednoznacznie wskazują, że nadciśnienie tętnicze jest jednym z najważniejszych czynników ryzyka wystąpienia chorób układu sercowo-naczyniowego. Czynniki ryzyka postępu nadciśnienia tętniczego to zarówno czynniki modyfikowalne, takie jak styl życia pacjenta, czynniki środowiskowe, a także czynniki nie modyfikowalne, jak cechy jednostki wrodzone, które stanowią ryzyko podatności na pewne choroby lub zaburzenia w stanie zdrowia. Dla celów analizy założono, że płeć, wiek chorego, miejsca zamieszkania, czas trwania choroby oraz wskaźnik BMI mogą wykazywać istotną korelację z subiektywną oceną jakości życia.

Cel. Celem pracy jest zbadanie oceny jakości życia pacjentów na nadciśnienie tętnicze w środowisku oraz ich zadowolenia ze stanu swojego zdrowia, analizując wybrane czynniki ryzyka.

Materiał i metody. Badaniem objęto 100 pacjentów Zakładu Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne „Nad Brdą" w Bydgoszczy, ze zdiagnozowanym nadciśnieniem tętniczym. Pomiaru jakości życia pacjentów dokonano przy użyciu polskiej wersji kwestionariusza WHOQOL-BREF. Natomiast w celu poznania czynników socjo-demograficznych chorych do badania włączono ankietę własną. Analizę statystyczną przeprowadzono przy użyciu programu Statistica 10.0. Przyjęto poziom istotności $p \leq 0,05$.

Wyniki. Największa grupa ankietowanych oceniła jakość swojego życia pozytywnie – 64,0% (ocena dobra i bardzo dobra), najmniej negatywnie – 4,0%. Zadowolenie ze zdrowia, najwięcej badanych oceniło przeciętnie – 48,0% , natomiast najmniej negatywnie – 13,0%. Nieznacznie wyższą ocenę jakości życia (ze względu na mniejsze odchylenie standardowe) odnotowano w grupie kobiet. W aspekcie oceny wpływu wieku respondentów na jakość życia, najwyższe oceny zaobserwowano w wieku 51-60 lat oraz 41-50 lat, a najniższe w wieku do 40 lat. Zadowolenie ze zdrowia najwyżej ocenili ankietowani w wieku do 40 lat oraz 51-60 lat, najniżej w wieku powyżej 60 lat. Nie odnotowano istotnych statystycznie różnic pomiędzy mieszkańcami wsi i miasta, dotyczących zarówno jakości życia jak i zadowolenia ze zdrowia. Czas chorowania na nadciśnienie tętnicze, nie pozostawał w istotnej statystycznie korelacji z wynikami zarówno jakości życia jak i zadowolenia ze zdrowia ($p>0,05$), we wszystkich ocenianych grupach wynik był pozytywny. Natomiast wskaźnik BMI pozostawał w istotnej statystycznie, niskiej korelacji z wynikami zadowolenia ze zdrowia ($p<0,05$).

Wnioski. 1. Pacjenci z nadciśnieniem tętniczym oceniają jakość swojego życia jako dobrą. Natomiast stan zdrowia oceniają jako przeciętny. 2. Nie stwierdzono różnicy w jakości życia pacjentów z nadciśnieniem tętniczym ze względu na płeć. 3. Respondenci powyżej 60. roku życia wskazują na niższe zadowolenie ze zdrowia oraz jakości życia niż inne grupy wiekowe. 4. Mieszkańcy miasta i wsi nie wykazują istotnej różnicy w zakresie oceny jakości życia. 5. Osoby chorujące na nadciśnienie tętnicze powyżej 20 lat słabiej niż inne grupy oceniają jakość życia. 6. Pacjenci z nadciśnieniem tętniczym wykazują tendencję do występowania nadwagi. Pacjenci

z nadwagą oraz otyłością niżej oceniają jakość życia od osób z prawidłowym BMI.

Słowa kluczowe: nadciśnienie tętnicze, jakość życia, zadowolenie ze zdrowia

Abstract:

Introduction. As far as medical sciences are concerned, the definitions of the quality of life are mainly related to the correlation between health and the disease, but despite the great interest in this category, the universal definition adopted by the whole medical community has failed. Hypertension is a civilization disease which affects in particular residents of highly developed countries. Epidemiological findings clearly indicate that hypertension is one of the most important risk factors for cardiovascular disease. Risk factors for the progression of hypertension include both modifiable factors such as the patient's life style, environmental factors, as well as non-modifiable ones such as innate features that present a risk of susceptibility to certain diseases or disorders in health. For the purposes of the analysis, it was assumed that the gender, age of the patient, place of residence, duration of illness and BMI index may have a significant correlation with the subjective quality of life assessment.
Aim. The aim of the study is to evaluate the quality of life of patients with hypertension in the environment and their satisfaction with their health condition by analyzing selected risk factors.
Material and methods. The study included 100 patients of the Medical Center "Nad Brdą" in Bydgoszcz, diagnosed with hypertension. The quality of life was measure dusing the Polish version of the WHOQOL-BREF questionnaire. Whereas in order to know the socio-demographic factors of the patients, our own questionnaire was included. Statistical analysis was performed by means of Statistica 10.0. The significance level $p \leq 0.05$ has been adopted.
Results. The largest group of respondents assessed the quality of their lives positively - 64.0% (good and very good), the least negative - 4.0%. Satisfaction with health, the majority of respondents assessed as average - 48.0%, whereas the least negative - 13.0%. A slightly higher quality of life assessment (due to lower standard deviation) was observed in the group

of women. As regards the impact of respondents' age on the quality of life, the highest scores were observed in the agegroupsranging51-60 years and 41-50 years, and the lowest in the age group under 40 years. Satisfaction with health was highest among respondents aged 40 and 51-60 years, the lowest in the age group over 60 years. There were no statistically significant differences observed between rural and urban residents regarding both the quality of life and satisfaction with health. The duration of suffering from hypertension was not in statistically significant correlation with both the quality of life and satisfaction with health ($p > 0.05$) in all groups surveyed the result was positive. The BMI index however, was in statistically significant, low correlation with life satisfaction results ($p < 0.05$).

Conclusions. 1. Patients with hypertension assess the quality of their lives as good. Where as their health condition is assessed as average. 2. There was no difference observed in the quality of life of patients with hypertension according to gender. 3. Respondents over the age of 60 indicate lower satisfaction with health and the quality of life than other age groups. 4. City and village residents do not show any significant difference in the quality of life assessment. 5. Patients with hypertension lasting over 20 years evaluate the quality of life lower than other age groups. 6. Patients with hypertension tend to be overweight. Over weight patients and those with obesity assess the quality of life lower than the respondents with correct BMI.

Keywords: hypertension, quality of life, satisfaction with health

Wstęp

Jakość życia w aspekcie badawczym i naukowym zyskuje w ostatnich latach coraz większe zainteresowanie. Opiera się ono na całościowym, a jednocześnie zindywidualizowanym podejściu do pacjenta. Badacze jako cel nadrzędny stawiają sobie poznanie subiektywnych odczuć pacjenta, wpływu choroby na jego dobrostan, jak również krytyczna ocena stosowanej terapii. Obecnie, we współczesnej medycynie uważa się, że uzyskanie informacji od jednostki najbardziej zainteresowanej przebiegiem leczenia i najlepiej odczuwającym jego skutki – czyli pacjenta, pozwoli uzyskać optymalny dla danej sytuacji zdrowotnej program terapii. Jakość życia staje się

pojęciem wielowymiarowym i interdyscyplinarnym, mimo to nie wypracowano dotychczas jednoznacznej definicji jakości życia, a różne dziedziny nauk, a nawet różni autorzy w obrębie jednej dyscypliny inaczej opisują to pojęcie. Istnieje więc wiele definicji oraz różnych metod próbujących zmierzyć tę trudną do uchwycenia wartość.

Rozważając aspekt medyczny jakość życia definiuje się w korelacji zdrowie-choroba, jednak mimo dużego zainteresowania tą kategorią, nie udało się wypracować uniwersalnej definicji, przyjmowanej przez całe środowisko medyczne. W 1994 roku Światowa Organizacja Zdrowia po raz pierwszy zdefiniowała jakość życia jako postrzeganie przez człowieka jego życiowej sytuacji, w zależności od oczekiwań i celów. Według koncepcji WHO jakość życia obejmuje funkcjonowanie w podstawowych sferach życia – fizycznej, psychicznej, społecznej oraz samooceny zdrowia. WHO wskazuje, że jakość życia to nie tylko subiektywna ocena danej jednostki w kontekście oczekiwań i standardów kulturowych i społecznych, ale także ogólny stan zdrowia fizycznego, rozwój emocjonalny oraz możliwość samoopieki i samorealizacji [1].

Nadciśnienie tętnicze to choroba cywilizacyjna, która szczególnie dotyka mieszkańców krajów wysoko rozwiniętych. Według wyników badań epidemiologicznych jednoznacznie nadciśnienie tętnicze jest jednym z najważniejszych czynników ryzyka wystąpienia chorób układu sercowo-naczyniowego. Stanowią one jedną z głównych przyczyn zgonów, chorobowości i niepełnosprawności w całej Europie oraz w Stanach Zjednoczonych. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia na świecie na nadciśnienie tętnicze choruje prawie miliard osób, a w danych szacunkowych wskazuje się, że w 2025 roku liczba ta przekroczy 1,5 miliarda [2].

Nadciśnieniem tętniczym nazywany jest zespół objawów klinicznych towarzyszący podwyższonemu ciśnieniu krwi powyżej normy ustalonej według wieku i płci. Za nadciśnienie uznaje się stan, gdy nieprawidłowość dotyczy tylko ciśnienia skurczowego lub tylko rozkurczowego, bądź też obydwu równocześnie [3]. W przypadku

znacznej większości pacjentów, bo u ponad 90%, nadciśnienie tętnicze ma charakter pierwotny. Zaburzenie regulacji ciśnienia krwi jest uwarunkowane przez wiele czynników, a jego rozwojowi sprzyjają zarówno czynniki niemodyfikowalne, jak i czynniki modyfikowalne. Z reguły ujawnia się dopiero po 30. roku życia, częściej u kobiet, u których charakteryzuje się mniejszą skłonnością do powikłań narządowych. Przez pierwsze lata jego przebieg jest bezobjawowy, rozwija się bez żadnych dolegliwości, przyspieszając jednak zmiany miażdżycowe w naczyniach wieńcowych i kilkakrotnie zwiększając ryzyko zawału mięśnia serca [4].

Czynniki ryzyka postępu nadciśnienia tętniczego to zarówno styl życia pacjenta, czynniki środowiskowe, a także czynniki genetyczne, które stanowią ryzyko podatności na pewne choroby lub zaburzenia w stanie zdrowia. Istnieje duży zakres czynników ryzyka, na które pacjent nie ma wpływu, jak i te które może modyfikować poprzez zmianę stylu życia [5].

Obserwując badania epidemiologiczne nadciśnienie tętnicze to choroba, która dotyka w Polsce około jedną trzecią społeczeństwa, a także jest jednym z największych czynników ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych [6]. Z racji tego, iż problem ten dotyka tak dużej części populacji, istotna wydaje się ocena dobrostanu pacjentów dotkniętych tym schorzeniem.

Celem pracy jest zbadanie oceny jakości życia pacjentów z nadciśnieniem tętniczym oraz ich zadowolenie ze stanu swojego zdrowia.

Dla celów analizy założono, że płeć, wiek chorego, miejsca zamieszkania, czas trwania choroby oraz wskaźnik BMI mogą wykazywać istotną korelację z subiektywną oceną jakości życia.

Materiał i metody

Badaniem objęto 100 pacjentów Zakładu Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne „Nad Brdą" w Bydgoszczy, ze zdiagnozowanym nadciśnieniem tętniczym. Ponad połowę badanych pacjentów stanowiły kobiety – 64%, co trzeci badany był mężczyzną. Do badania

rekrutowani byli pacjenci niezależnie od wieku. Średnia wieku badanych wyniosła 59 lat. Najliczniejszą grupę stanowili badani w wieku powyżej 60 roku życia – 40% oraz w wieku 51-60 lat – 35%. Najmniej liczną grupą były osoby w wieku do 30 lat – 2%. Zdecydowana większość pacjentów zamieszkuje w mieście – 76%. Zaledwie co piąty badany to mieszkaniec wsi. Badaną próbę przeanalizowano pod kątem czasu występowania nadciśnienia tętniczego. Najwięcej badanych wskazało, że choruje na nadciśnienie tętnicze poniżej 5 lat – 37,0%, najmniej powyżej 20 lat – 18,0%. Najliczniejszą grupę stanowią badani z nadwagą – 40,0% oraz wartością prawidłową – 27,0%. Wśród respondentów można również wyróżnić stosunkowo liczną grupę z I stopniem otyłości - 20,0%. Natomiast najmniej licznym zbiorem są chorzy z III stopniem otyłości – 3,0%. Do celów dalszej analizy ze względu na liczebność, badani z III stopniem otyłości, zakwalifikowani zostaną do grupy z II stopniem otyłości. Średni wskaźnik BMI badanych wyniósł 28,42. To wskaźnik nadwagi. Odchylenie standardowe stanowiło ponad 18,9% wartości średniej, co świadczy o przeciętnym zróżnicowaniu BMI.

Pomiaru jakości życia pacjentów dokonano przy użyciu polskiej wersji kwestionariusza WHOQOL-BREF. Natomiast w celu poznania czynników socjo-demograficznych chorych do badania włączono ankietę własną. Analizę statystyczną przeprowadzono przy użyciu programu Statistica 10.0. Przyjęto poziom istotności $p \leq 0,05$.

Wyniki

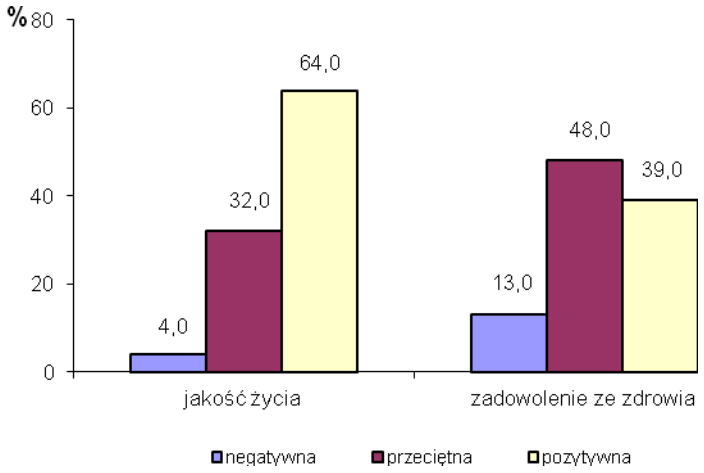
Przedstawione wyniki opracowano na podstawie badań własnych i dokonano korelacji w zależności od badanych czynników socjodemograficznych.

Tabela 1. Jakość życia i zadowolenie ze zdrowia w opinii badanych.

ocena skali	jakość życia	zadowolenie ze zdrowia

	liczba	%	liczba	%
bardzo zła (1 pkt.)	2	2,0	3	3,0
zła (2 pkt.)	2	2,0	10	10,0
ani dobra ani zła (3 pkt.)	32	32,0	48	48,0
dobra (4 pkt.)	55	55,0	36	36,0
bardzo dobra (5 pkt.)	9	9,0	3	3,0
razem	100	100,0	100	100,0

Źródło: wynik badań własnych



Rycina1. Rozkład oceny jakości życia i zadowolenia ze zdrowia badanych.

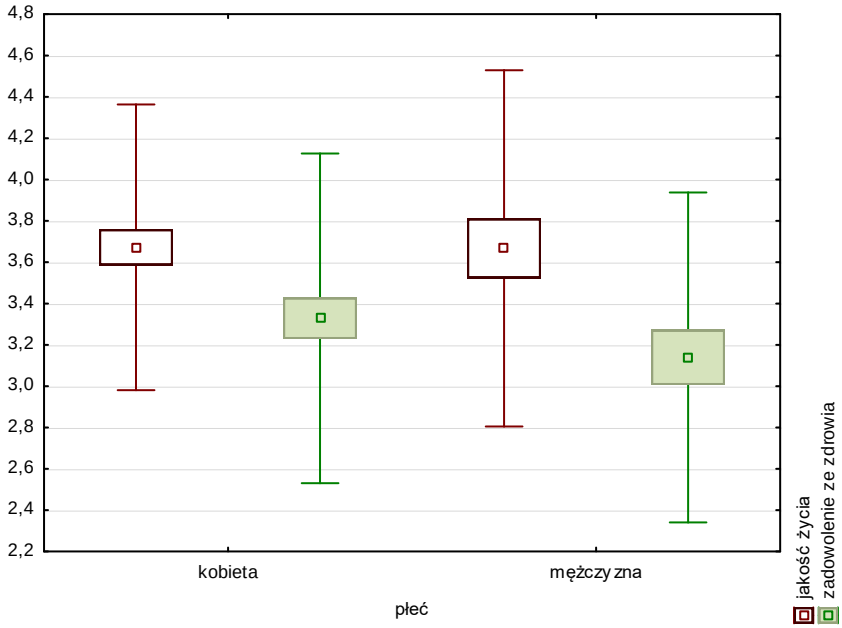
Źródło: wynik badań własnych

Najwięcej badanych uznało, że jakość ich życia jest dobra – 55,0% lub ani dobra ani zła – 32,0%. Natomiast najmniej wskazało, że zła lub bardzo zła – po 2,0%. Oceniając zdrowie, najwięcej badanych wskazało na ocenę ani dobra ani zła – 48,0% lub dobra – 36,0%. Najmniej

wskazało na ocenę bardzo złą i bardzo dobrą – po 3,0%. Średnia ocena jakości życia wyniosła – 3,67 punktu - to wynik pozytywny. Zadowolenie ze zdrowia oceniono niżej – średnia 3,26 punktu - to wynik przeciętny.

Podsumowując, największa grupa ankietowanych oceniła jakość swojego życia pozytywnie – 64,0% (ocena dobra i bardzo dobra), najmniej negatywnie – 4,0%. Zadowolenie ze zdrowia, najwięcej badanych oceniło przeciętnie – 48,0% , natomiast najmniej negatywnie – 13,0%.

Ze względu na poziom istotności (p>0,05), nie odnotowano istotnych statystycznie różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami, dotyczących zarówno jakości życia jak i zadowolenia ze zdrowia.



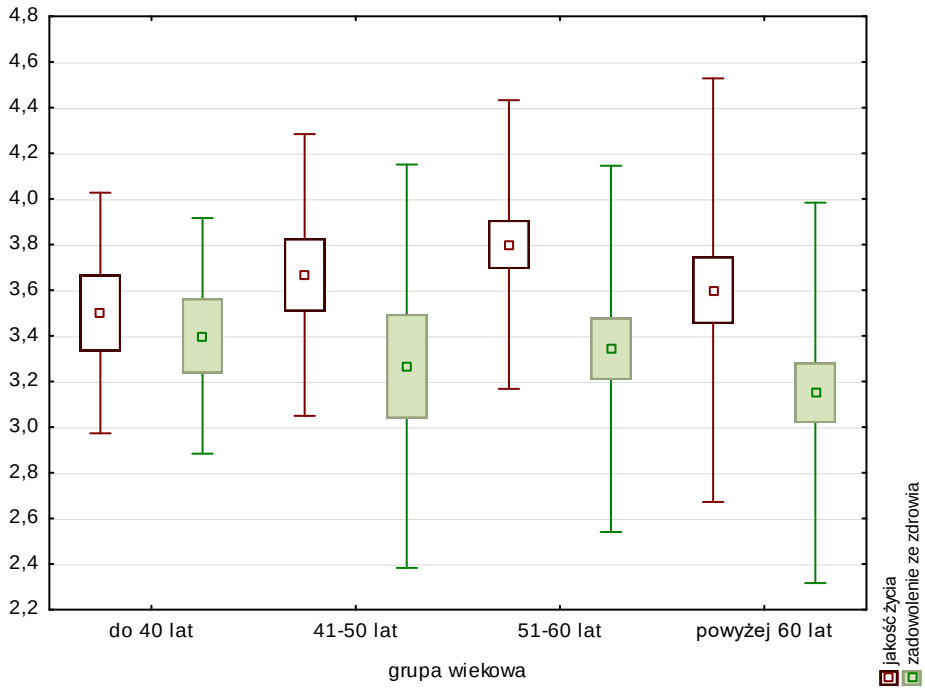
Rycina 2. Rozkład wyników oceny jakości życia badanych w grupach płci.

Źródło: wynik badań własnych

Nieznacznie wyższą ocenę jakości życia (ze względu na mniejsze odchylenie standardowe) odnotowano w grupie kobiet. Podobnie w przypadku oceny zadowolenia ze zdrowia, gdzie kobiety uzyskały nieco wyższy wynik. Wynik jakości życia w obu grupach pozytywny, zadowolenia ze zdrowia przeciętny.

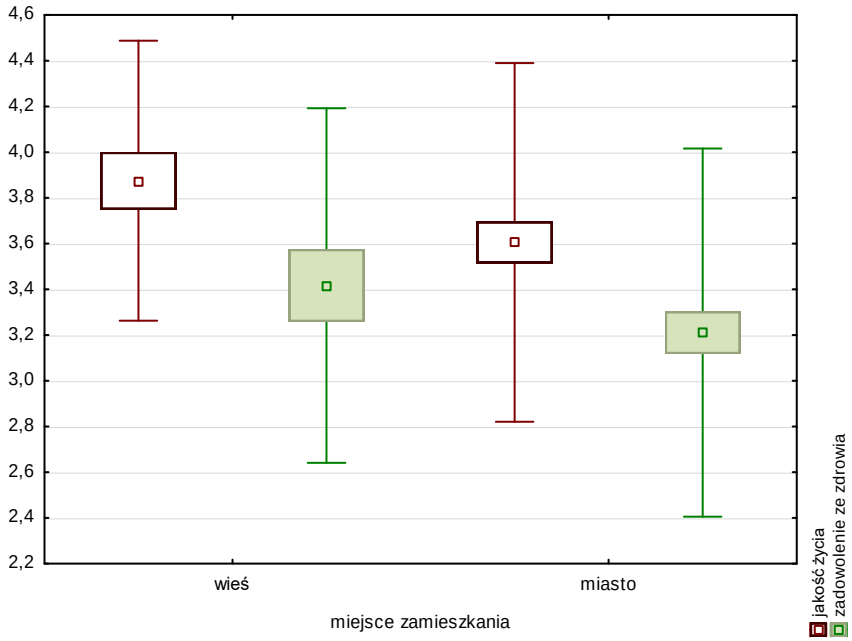
Grupy wiekowe nie pozostawały w istotnej statystycznie korelacji z wynikami zarówno jakości życia jak i zadowolenia ze zdrowia ($p>0,05$).

W aspekcie oceny wpływu wieku respondentów na jakość życia, najwyższe oceny zaobserwowano w wieku 51-60 lat oraz 41-50 lat, a najniższe w wieku do 40 lat. Wynik wyniki wszystkich grup wiekowych pozytywne. Zadowolenie ze zdrowia najwyżej ocenili ankietowani w wieku do 40 lat oraz 51-60 lat, najniżej w wieku powyżej 60 lat. We wszystkich grupach wyniki przeciętne z wyjątkiem grupy do 40 lat – pozytywny na granicy przeciętnego.



Rycina 3. Rozkład wyników średnich oceny jakości życia badanych w grupach wiekowych.
Źródło: wynik badań własnych

Odpowiedzi dotyczące jakości życia oraz zadowolenia ze zdrowia odniesiono również do miejsca zamieszkania badanych. Jednakże względu na poziom istotności ($p>0,05$), nie odnotowano istotnych statystycznie różnic pomiędzy mieszkańcami wsi i miasta, dotyczących zarówno jakości życia jak i zadowolenia ze zdrowia.



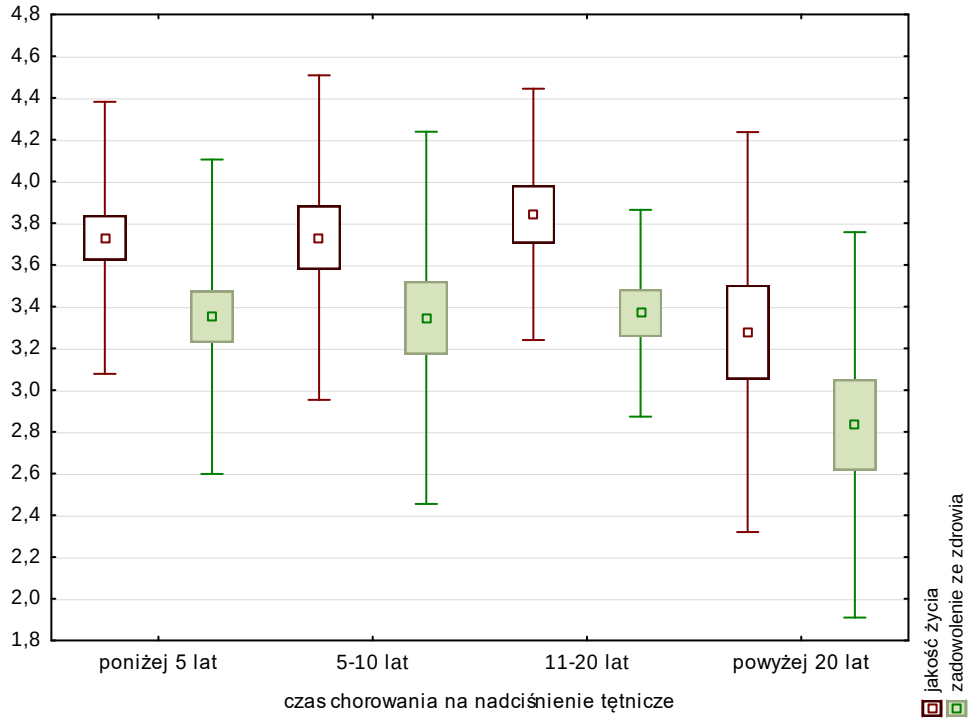
Rycina 4. Rozkład wyników oceny jakości życia badanych w grupach miejsca zamieszkania.
Źródło: wynik badań własnych

Nieznacznie wyższą zarówno jakość życia oraz zadowolenie ze zdrowia prezentowali mieszkańcy wsi. Wszystkie wyniki pozytywne z wyjątkiem zadowolenie ze zdrowia w grupie mieszkańców miasta – przeciętne.

Czas chorowania na nadciśnienie tętnicze nie pozostawał w istotnej statystycznie korelacji z wynikami zarówno jakości życia, jak i zadowolenia ze zdrowia ($p>0,05$). Wynik zadowolenia ze zdrowia był na granicy istotności.

Najwyżej jakość życia ocenili badani chorujący 11-20 lat oraz poniżej 5 lat (mniejsze odchylenie standardowe) i 5-10 lat. We wszystkich grupach wynik pozytywny. Najniżej jakość życia oceniły osoby chorujący powyżej 20 lat – wynik przeciętny.

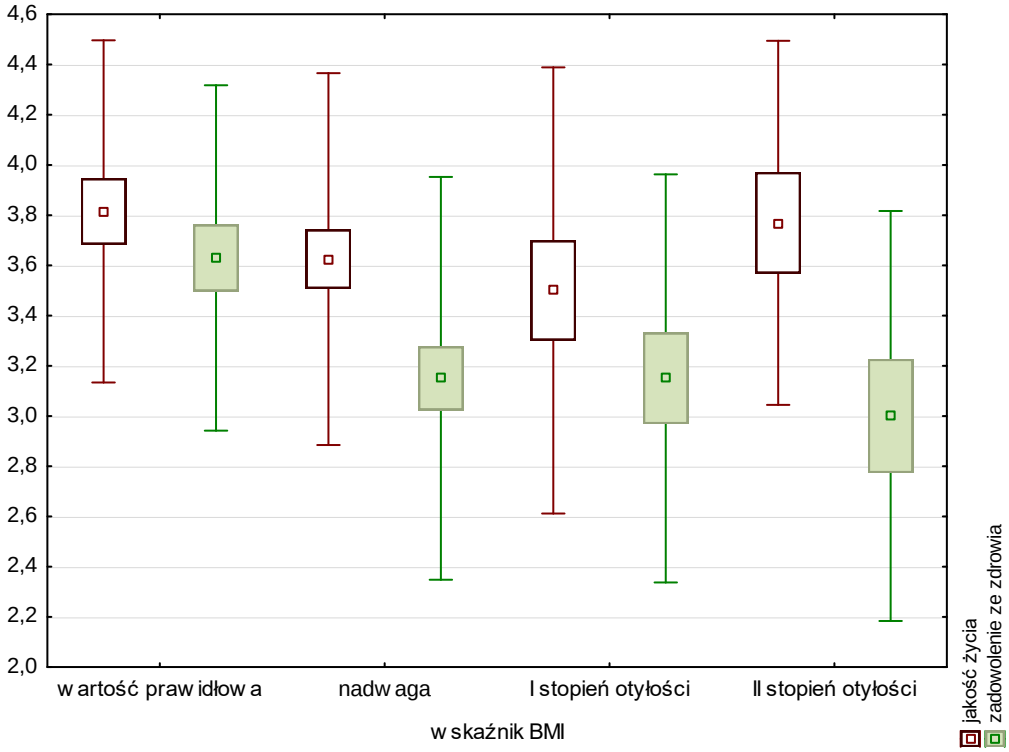
Zadowolenie ze zdrowia najwyżej ocenili badani chorujący poniżej 5 lat (mniejsze odchylenie standardowe) i 5-10 lat. Najniższej oceny dokonywali osoby chorujące powyżej 20 lat. We wszystkich grupach wyniki przeciętne.



Rycina 5. Rozkład wyników średnich oceny jakości życia badanych ze względu na czas chorowania.
Źródło: wynik badań własnych

Wskaźnik BMI pozostawał w istotnej statystycznie, niskiej korelacji z wynikami zadowolenia ze zdrowia ($p<0,05$). Najwyżej jakość życia ocenili badani z wartością prawidłową oraz II stopniem otyłości. Najniżej badani z I stopniem otyłości. We wszystkich grupach

wynik pozytywny. Zadowolenie ze zdrowia najwyżej ocenili badani z wartością prawidłową BMI oraz z nadwagą (mniejsze odchylenie standardowe). Najniżej z kolei respondenci z II stopniem otyłości. Wynik w grupie wartości prawidłowej BMI pozytywny, w pozostałych grupach przeciętny.



Rycina 6. Rozkład wyników średnich oceny jakości życia badanych w grupach wskaźnika BMI.
Źródło: wynik badań własnych

Dyskusja

Współczesna medycyna nie tylko maksymalizuje starania na rzecz wydłużenia trwania życia, ale również przywrócenia jego stanu

sprzed choroby. Tak więc badania nad jakością życia mają obecnie doniosłe znaczenie, pozwalają bowiem uchwycić subiektywne odczucia pacjenta dotyczące nie tylko stanu zdrowia, ale również innych aspektów życia. W 1994 r. WHO określiła, iż jakość życia obejmuje funkcjonowanie człowieka w czterech obszarach: fizycznym, psychicznym, społecznym oraz samooceny zdrowia [7]. Problem ten należy więc widzieć w szerszej perspektywie, biorąc pod uwagę możliwości pacjenta w zakresie samorealizacji i samoopieki, patrząc na chorego w sposób holistyczny, zarówno od strony samopoczucia fizycznego oraz psychicznego, jak i sfery społecznej, duchowej i socjalnej. W tym kontekście w obszar dociekań nad jakością życia doskonale wpisuje się skala WHOQOL-BREF, która umożliwia badanie pacjentów pod kątem czterech dziedzin życia: fizycznej, psychologicznej, relacji społecznych i środowiska.

Z badań nad jakością życia wynika, iż jest to problem złożony, składający się z wielu aspektów. Tak więc w trakcie procesu badawczego należy mieć na uwadze wiele współistniejących ze sobą czynników [8, 9, 1].

Badacze zajmujący się wpływem starzenia się na jakość życia podkreślają, iż jest to problem złożony, uwarunkowany w znacznym stopniu warunkami genetycznymi, stylem życia i dostępem do opieki medycznej, na co z kolei wpływ mają uwarunkowania społeczno-ekonomiczne [10]. Badania nad jakością życia osób starszych wykazały, iż ulega ona znacznemu obniżeniu w podeszłym wieku [11]. Wyniki analiz M. Muszalik jednoznacznie wskazują, iż wraz z wiekiem narastają dolegliwości bólowe, spada energia życiowa, a także nasilają się problemy ze snem i poczucie społecznego wyobcowania [12].

Mając na uwadze doniesienia wielu autorów postawiono hipotezę, iż subiektywna ocena jakości życia obniża się wraz z wiekiem. Została ona potwierdzona tylko częściowo, bowiem o ile w dziedzinach fizycznej i socjalnej można zauważyć wyraźny spadek zadowolenia skorelowany z wiekiem, to dziedzinę psychologiczną najlepiej ocenili badani w wieku 51 – 60 lat. Natomiast dziedzina

środowiskowa uzyskała najlepsze wyniki w grupie 41 – 50 lat. Osoby najmłodsze, w wieku do 40 lat, plasują się zazwyczaj na drugim miejscu pod względem oceny jakości życia. Najmniejsze zadowolenie, we wszystkich aspektach życia prezentują chorzy po 60. roku życia. Może być to związane nie tylko z pogarszającym się stanem zdrowia, ale również z zaprzestaniem aktywności zawodowej, a co za tym idzie pogorszeniem sytuacji ekonomicznej.

Badania własne potwierdziły natomiast hipotezę o negatywnym wpływie zarówno występowania innych schorzeń jak i długości czasu trwania choroby nadciśnieniowej na jakość życia. Osoby chorujące na nadciśnienie od ponad 20 lat najniżej wśród badanej populacji oceniają jakość życia we wszystkich badanych dziedzinach. Pacjenci cierpiący również na inne schorzenia ocenili niżej jakość życia w każdej z badanych sfer, jednak szczególnie widoczne różnice można zauważyć w dziedzinie fizycznej oraz psychologicznej.

Wyniki te zbieżne są z doniesieniami innych autorów. Jak wynika z badań Stachowskiej i in. czas trwania choroby jest czynnikiem silnie różnicującym jakość życia, a obniżeniu ulega szczególnie jakość w wymiarze zdrowia psychicznego [13]. Natomiast inni badacze zwracają uwagę, iż jakość życia u chorych na nadciśnienie jest silnie skorelowana z występowaniem innych chorób oraz powikłań nadciśnienia [14, 15]. Stąd też tak bardzo istotne wydaje się być wczesne wykrywanie i zapobieganie chorobom wywołanym przez nadciśnienie, jak zawał mięśnia sercowego czy udar mózgu.

Z doniesień wynika, iż nadwaga i otyłość sprzyjają rozwojowi nadciśnienia tętniczego [16]. BMI pacjenta ma ścisły związek z wysokością ciśnienia tętniczego, a największym czynnikiem ryzyka jest tzw. otyłość brzuszna. W zaleceniach Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego czytamy, że obwód pasa przekraczający 88 cm u kobiet i 102 cm u mężczyzn stanowi samodzielny czynnik ryzyka nadciśnienia [17]. Stąd też postawiono hipotezę o częstym występowaniu nadwagi i otyłości u chorych z nadciśnieniem.

W badanej populacji 40% stanowią osoby z nadwagą, 20% chorzy z I stopniem otyłości i 10% pacjenci z II stopniem otyłości. W sumie aż 70% ankietowanych ma podwyższony wskaźnik BMI, co potwierdza założoną hipotezę.

W badaniu potwierdzono, że nadwaga i otyłość są nie tylko czynnikami ryzyka wystąpienia nadciśnienia, ale również wpływają na jakość życia. W dziedzinie fizycznej niższa jakość życia osób z nadwagą i otyłością w porównaniu z pacjentami z prawidłowym BMI jest widoczna szczególnie w odniesieniu do takich czynników jak: mobilność, wypoczynek i sen oraz zdolność do pracy. W dziedzinie psychologicznej badani z prawidłową wagą lepiej oceniają swój wygląd zewnętrzny, mają wyższą samoocenę oraz są bardziej zadowoleni ze swoich zdolności do koncentracji i uczenia się. W dziedzinie socjalnej istnieje niska korelacja jakości życia względem wskaźnika BMI, jednak chorzy z nadwagą i otyłością znacznie niżej oceniają swoją aktywność seksualną oraz nieznacznie niżej związki z partnerami. Również w dziedzinie socjalnej jakość życia oceniana jest lepiej przez osoby z niższym BMI, w szczególności w odniesieniu do środowiska domowego i transportu. Wyniki te wydają się potwierdzać doniosłość edukacji pacjentów w zakresie normalizacji masy ciała. Nadwaga i otyłość nie tylko sprzyjają rozwojowi nadciśnienia i jego powikłań, ale również wpływają na wszystkie aspekty życia chorego, obniżając jego jakość.

W literaturze przedmiotu możemy znaleźć liczne doniesienia na temat różnic w ocenie jakości życia ze względu na płeć pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. W badaniach M. Stachowskiej i in. kobiety gorzej oceniły swój dobrostan w niemal wszystkich aspektach [18]. Natomiast B. Tobiasz-Adamczyk wskazuje, iż kobiety gorzej od mężczyzn radzą sobie zarówno z fizycznymi, jak i psychospołecznymi skutkami chorób układu krążenia [19]. Dowiedziono, że kobiety zgłaszają więcej problemów fizycznych i psychologicznych niż mężczyźni, co spowodowane jest często zaburzeniami snu

i przeciążeniem obowiązkami domowymi, co przekłada się na niższą jakość życia [20].

Natomiast z przeprowadzonych badań wynika, iż nie występują istotne różnice pomiędzy oceną jakości życia i zadowolenia ze zdrowia pomiędzy kobietami, a mężczyznami. Biorąc pod uwagę samoocenę zdrowia kobiety uzyskały nieco wyższy wynik, natomiast średnie wyniki jakości życia są u obu płci tożsame. Jedynie dziedzina socjalna (związki osobiste, aktywność seksualna, wsparcie społeczne) została nieco lepiej oceniona przez mężczyzn. Jednak w żadnym aspekcie różnice nie są istotne statystycznie, co może wskazywać na zmiany w ocenie swojego życia przez kobiety na przestrzeni ostatnich lat i wymaga weryfikacji poprzez dalsze badania.

W analizie nie doszukano się istotnych różnic w odniesieniu do miejsca zamieszkania. Zarówno mieszkańcy wsi, jak i miasta pozytywnie ocenili jakość życia. W aspekcie fizycznym i socjalnym nieznacznie wyższą samoocenę mają osoby mieszkające w mieście, natomiast ze sfery psychologicznej i środowiskowej bardziej zadowoleni są pacjenci zamieszkujący obszary wiejskie. Do tych wyników należy odnosić się jednak z dużą ostrożnością, bowiem mieszkańcem wsi nie musi być osoba prowadząca gospodarstwo rolne. Z analiz demograficznych wynika, iż coraz większa grupa osób wyprowadza się z miasta do gmin podmiejskich, natomiast ich styl życia nie odbiega od osób mieszkających w zabudowie jednorodzinnej na przedmieściach. Zgodnie z danymi Urzędu Miasta Bydgoszczy od 2012 r. w mieście co roku ubywa ok. 2 tysięcy mieszkańców, przy prawie równoważnej ilości zgonów i narodzin [21].

Reasumując, w wyniku przeprowadzonych badań potwierdzono większość postawionych hipotez. Pacjenci z nadciśnieniem tętniczym oceniają jakość życia jako dobrą, nie są jednak zadowoleni ze swojego stanu zdrowia. Badani powyżej 60. roku życia niżej niż inne grupy wiekowe oceniają swoje zadowolenie ze zdrowia oraz jakość życia, szczególnie w dziedzinach: fizycznej, psychologicznej i socjalnej. Jakość życia chorych z nadciśnieniem

tętniczym jest silnie skorelowana z czasem trwania choroby oraz występowaniem innych schorzeń. Chorzy z nadciśnieniem tętniczym charakteryzują się podwyższonym wskaźnikiem BMI. Pacjenci z nadwagą i otyłością gorzej oceniają jakość życia od chorych z prawidłową masą ciała. Na jakość życia pacjentów nie mają natomiast wpływu zmienne takie społeczno-demograficzne, jak płeć i miejsce zamieszkania. Badania ujawniły także potrzebę edukacji pacjentów w zakresie niefarmakologicznych metod leczenia nadciśnienia.

Wnioski

1. Pacjenci z nadciśnieniem tętniczym oceniają jakość swojego życia jako dobrą. Natomiast stan zdrowia oceniają jako przeciętny.
2. Nie stwierdzono różnicy w jakości życia pacjentów z nadciśnieniem tętniczym ze względu na płeć.
3. Respondenci powyżej 60. roku życia wskazują na niższe zadowolenie ze zdrowia oraz jakości życia niż inne grupy wiekowe.
4. Mieszkańcy miasta i wsi nie wykazują istotnej różnicy w zakresie oceny jakości życia.
5. Osoby chorujące na nadciśnienie tętnicze powyżej 20 lat słabiej niż inne grupy oceniają jakość życia.
6. Pacjenci z nadciśnieniem tętniczym wykazują tendencję do występowania nadwagi. Pacjenci z nadwagą oraz otyłością niżej oceniają jakość życia od osób z prawidłowym BMI.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Wraz z rozwojem cywilizacji zwiększa się liczba pacjentów z nadciśnieniem tętniczym, jednocześnie wymusza to na personelu pielęgniarskim pogłębiania wiedzy na temat stylu życia i nawyków pacjentów. Czynniki ryzyka mają bezpośredni wpływ na przebieg oraz rozwój choroby, wprowadzoną terapię, ale także na stan

psychiczny pacjenta. Wynikiem tego jest konieczność prowadzenia edukacji dla pacjenta i jego rodziny w kierunku zmiany stylu życia, co przekłada się na leczenie samej choroby, ale także podniesienie jakości życia pacjenta przy jej występowaniu.

Bibliografia/Bibliography:

1. Muszalik M. Metody badania jakości życia związanej ze zdrowiem w: Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej. Kornelia Kędziora-Kornatowska, M. Muszalik, E. Skolmowska (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010: 343-348.

2. Kearny P.M. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. Lancet. 2005; 365: 217-223.

3. Tykarski A., Grodzicki T. Zalecenia ESH / ESC 2007 dotyczące leczenia nadciśnienia tętniczego – co nowego? Próba komentarza na temat zmian i ich zasadności. Nadciśnienie tętnicze. Pismo P. T. N. T. 2007; XI (4): 261 – 303.

4. Januszewicz A. Nadciśnienie tętnicze - zarys patogenezy diagnostyki i leczenia. Wydawnictwo Medyczne Termedia, Poznań 2003: 87-95.

5. Hedner T., Kjeldsen S. E., Narkiewicz K. Nadciśnienie Tętnicze 2009, Wydanie 3. Wydawnictwo Medyczne Via Medica, Gdańsk 2009: 2-24.

6. Kawecka - Jaszcz K. i in. Rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego w zależności od płci w świetle badań epidemiologicznych w Polsce. Nadciśnienie Tętnicze 2007. 11 (5): 377 – 383.

7. Światowa Organizacja Zdrowia Study Protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). Quality of Life Res., 1993, 2: 153-159.

8. Daszykowska J. Jakość życia w koncepcjach związanych ze zdrowiem. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego. 2006; 2: 122–128.

9.Kowalik S. Pomiar jakości życia – kontrowersje teoretyczne. W: Pomiar i poczucie jakości życia u aktywnych zawodowo i bezrobotnych. Bańka A, Derbis R. (red.), UAM i WSP, Poznań-Częstochowa 1995.

10. Wojszel B. Uwarunkowania zdrowotne jakości życia oraz ocena stanu zdrowia ludzi starych. Gerontol. Pol. 1996, 4 (3): 28 – 34.

11. Jopkiewicz A. Samoocena zdrowia, jakości życia i zaradności życiowej osób starszych. Rocznik Lubuski 2014, 40 (2): 261 – 273.

12. Muszalik M. Kędziora-Kornatowska K. Jakość życia przewlekle chorych pacjentów w starszym wieku. Gerontologia Polska 2006, 14 (4): 185 – 189.

13. Stachowska M. i in., Jakość życia pacjentów chorujących na nadciśnienie tętnicze. Hygeia Public Health 2014. 49 (4): 813 – 819.

14. Zygmuntowicz M., Chudek J., Olszanecka - Gilnianowicz M. Jakość życia osób z nadciśnieniem tętniczym. Endokrynologia, otyłość i zaburzenia przemiany materii 2011, 7 (3): 179 – 185.

15. Woźniacka i in. Ocena jakości życia pacjentów chorujących na nadciśnienie tętnicze według ankiety SF-36. Nadciśnienie Tętnicze 2008, 12 (2): 109 – 117.

16. Januszewicz W., Sznajderman M., Nadciśnienie tętnicze. PZWL. Warszawa 1993: 150 – 151.

17. Widecka K., Grodzicki T., Narkiewicz K., Tykarski A., Dziwura J. Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym — 2011 rok Wytyczne Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego. Nadciśnienie Tętnicze, 2011; 15 (2): 211-235.

18. Stachowska M. i in., Jakość życia pacjentów chorujących na nadciśnienie tętnicze. Hygeia Public Health 2014. 49 (4): 813 – 819.

19. Kaplan M.N. Nadciśnienie tętnicze. Januszewicz A. (red). Lublin 2006: 138, 200.

20. Klocek M., Kawecka-Jaszcz K., Jakość życia osób z nadciśnieniem tętniczym. w: Jakość życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego. Metody pomiaru i znaczenie kliniczne. Kawecka-Jaszcz K., Klocek M., Tobiasz-Adamczyk B. (red.) Wydawnictwo Medyczne Termedia, Poznań 2006: 119 - 149.

21. Urząd Miasta Bydgoszczy. Bydgoszcz w liczbach. http://www.bydgoszcz.pl/miasto/statystyka/Bydgoszcz_w_liczbach.aspx 20 luty 2017.

Analiza postaw młodzieży wobec transplantacji narządów

Analysis of attitudes of young people towards organs transplantation

MARZENA HUMAŃSKA[1], KATARZYNA MICHALINA DUDEK[1]

[1] Pracownia Podstaw Umiejętności Klinicznych i Symulacji Medycznej, CM im. L. Rydygiera w Bydgoszczy UMK w Toruniu

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2017.004
ISSN: 2451-1846

Streszczenie:

Wstęp. Transplantacja jest to zabieg operacyjny, polegający na przeszczepieniu osobie chorej narządu/ów, tkanek lub komórek pobranych od innej osoby lub zwierzęcia. Zapotrzebowanie na przeszczepy ma nadal tendencję wzrostową, natomiast podaż narządów jest wciąż niewystarczająca. Istotnym problemem na całym świecie jest pozyskiwanie możliwych dawców. Obecnie poglądy etyczne oraz przekonania religijne dotyczące transplantacji narządów budzą wiele kontrowersji i dyskusji.
Cel. Celem badań była analiza postaw młodzieży w zakresie transplantacji narządów.
Materiał i metody. Badania zostały przeprowadzone w Zespole Szkół Ponadgimnazjalnych nr 1 im. Jana Pawła II w Inowrocławiu oraz w Zespole Szkół Ponadgimnazjalnych im. Jana Pawła II w Kościelcu. Grupę badawczą

stanowiło 120 osób. Do analizy badań wykorzystano ankietę własnej konstrukcji. Zastosowano parametryczne i nieparametryczne testy istotności w celu weryfikacji postawionych hipotez. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Collegium Medicum im. Rydygiera w Bydgoszczy UMK w Toruniu (KB/347/2011).

Wyniki. Analizowane badania ukazują istotną różnice między częstością odpowiedzi „Tak" i „Nie". Z przeprowadzonych badań wynika iż, 90,0 % respondentów akceptuje pobieranie narządów od osób zmarłych oraz 93,3 % wśród badanych w sytuacji zagrożenia życia i konieczności wykonania przeszczepu przyjęłaby cudzy narząd. Ankietowani w 70,8 % byliby gotowi do bycia dawcą tkanki lub narządu parzystego za życia. Natomiast 75% z nich zgodziłaby się, aby po ich śmierci pobrano jakiś narząd w celu przeszczepienia go innej osobie. W ocenie badanych 80,8 % uważa, że wiedza społeczeństwa na temat transplantacji nie jest wystarczająca, a 88,3 % uważa, iż większa świadomość społeczeństwa na temat transplantacji może mieć wpływ na liczbę przeszczepów.

Wnioski. 1. Badana młodzież osobiście akceptuje pobranie narządów od osób zmarłych.2. Młodzież uważa, że w sytuacji zagrożenia życia i konieczności wykonania przeszczepu przyjęłaby cudzy narząd. 3. Badana młodzież byłaby gotowa do bycia dawcą tkanki lub narządu parzystego za życia. 4. Młodzież zgodziłaby się, aby po ich śmierci pobrano od nich jakiś narząd w celu przeszczepienia go innej osobie. 5. Młodzież uważa, że wiedza społeczeństwa na temat transplantacji nie jest wystarczająca. 6. Badana młodzież uważa, że większa świadomość społeczeństwa na temat transplantacji może mieć wpływ na liczbę przeszczepów.
Słowa kluczowe: Transplantacja, postawa, narząd, dawca

Abstract:

Introduction. Transplantation is a surgical procedure during which the ill person receives as in form of transplant theorgan(s), tissues or cells taken from another person or animal. The demand for transplants has been continuously on the rise; still the supply of organs is insufficient. An important world problem is to attract potential donors. Currently, ethical

views and religious beliefs relating to organ transplantation have triggered a lot of controversy and provoked numerous debates.

Aim. The aim of the study was to analyze the stance of young people on organ transplantation procedures.

Material and methods. The study was conducted at the School Complex No. 1 named after Pope John Paul II [Zespół Szkół Ponadgimnazjalnych nr 1 im. Jana Pawła II],in Inowrocław, and the Complex of Secondary Schools named after Pope John Paul II [Zespół Szkół Ponadgimnazjalnych im. Jana Pawła II] in Kościelec. The group researched upon consisted of 120 people. A questionnaire developed by the paper's author was used for the purpose of collecting data and their respective analysis. Furthermore, parametric and non-parametric tests of significance were conducted in order to verify the already supported hypotheses. The survey had been primarily approved of by the Bioethics Committee of the Medical College named after L. Rydygiera in Bydgoszcz, and the Nicolaus Copernicus University in Torun.

Results. The study results indicate that 90.0% of respondents approve oforgansprocurement from deceased people; what is more, the 93.3% of respondentsif placed in life-threatening situation and theneed of transplantation - would agree to receive someone else's organ.70.8% of respondents would be willing to be donors of any tissue or an even organ during their life. At the same time 75% of survey participants would agree to have their organ substracted after their death so that it might be transplanted to any other alive person in need. According to 80% of respondents, the knowledge on transplantation held by society members is not enough. 88.3% of respondents, however, believe that any bigger public awareness of transplantation may affect the quantity of transplantations.

Conclusions. 1. The young people accept organ donation from deceased people;2. The young people claim that in life-threatening situations and if in need of transplantation they would approve of having another person's organ transplanted into their body; 3. The researched young people would be willing, during their life, to be donors of any tissue or any even organ;4. Young people agree to have, after their death, their organs transplanted to another person; 5. Young people believe that public knowledge of transplantation is not enough; 6. The researched young people believe that bigger public awareness of transplantation may affect the quantity of transplantations.

Keywords: Transplantation, attitude, organ, donor

Wstęp

Transplantacja od łacińskiego słowa „transplantare" co oznacza szczepić, przesadzać, przenosić. Jest to zabieg operacyjny, który polega na przeszczepieniu osobie chorej narządu/ów, tkanek lub komórek pobranych od innej osoby lub zwierzęcia. Przeszczepianie wykorzystuje się w celach leczniczych i diagnostycznych, ale także naukowych i dydaktycznych. Podejmuje się ryzyko nie przyjęcia się danego organu, mimo, że tego typu zabiegi są skomplikowane oraz pracochłonne. Może okazać się, że wszczepiony organ może być potraktowany jako ciało obce i organizm będzie próbował go zwalczyć (odrzucenie przeszczepu) [1,2].

Przeszczep to narząd lub tkanka, który jest pobrany od dawcy w celu zastąpienia brakującego lub uszkodzonego organu, tkanki poprzez chirurgiczne przeszczepienie do organizmu biorcy. Niektóre narządy i tkanki są konserwowane a potem przechowywane w tak zwanych bankach [3,4,5].

Badając temat przeszczepów należy wyjaśnić podstawowe pojęcia, które ściśle związane są z transplantacją. Dawca jest to osoba żywa lub zmarła od której pobiera się narząd, tkankę lub komórki w celu przeszczepienia go innej osobie. Biorca jest to osoba, której wszczepia się potrzebujący narząd, tkanki lub przetacza się krew od dawcy [6,7].

Zapotrzebowanie na przeszczepy ma nadal tendencję wzrostową, natomiast podaż narządów jest wciąż niewystarczająca. Istotnym problemem na całym świecie jest pozyskiwanie możliwych dawców. Względy kulturowe, organizacyjne oraz medialne przyczyniły się do zmniejszenia liczby donacji w kilku ostatnich latach. Transplantacja narządów jest metodą, która ratuje ludzkie życie. Chory potrzebuje zdrowego narządu, aby mógł dalej cieszyć się życiem [8,9,3].

Obecnie poglądy etyczne oraz przekonania religijne dotyczące transplantacji narządów budzą wiele kontrowersji i dyskusji [10].

Medycyna transplantacyjna jest wyjątkową formą leczenia, zdobywająca coraz szersze grono badaczy. Stanowi jedną z wielu specjalności medycznych, która związana jest z licznymi problemami natury etycznej i moralnej [11]. Przyszłość rozwoju transplantologii w znacznej mierze zależy od poziomu akceptacji społecznej oraz gotowości pomocy drugiemu człowiekowi.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w Zespole Szkół Ponadgimnazjalnych nr 1 im. Jana Pawła II w Inowrocławiu oraz w Zespole Szkół Ponadgimnazjalnych im. Jana Pawła II w Kościelcu.

Ankietowani zostali tylko uczniowie, którzy wyrazili pisemną zgodę na udziałach w tych badaniach. Każdy respondent został poinformowany o celu badań oraz ich naukowym charakterze.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Collegium Medicum im L. Rydygiera w Bydgoszczy UMK w Toruniu (KB/347/2011).

Analizę statystyczną przeprowadzono przy użyciu programu statystycznego SPSS Statistics oraz Excel. Zastosowano parametryczne i nieparametryczne testy istotności w celu weryfikacji postawionych hipotez.

Wyniki

Badanym zaproponowano wybór jednej odpowiedzi z następujących: „Tak", „Raczej tak", „Nie", „Raczej nie" oraz „Nie wiem". Odpowiedzi „Tak" i „Raczej tak" oraz „Nie" i „Raczej nie" były zgrupowane jako odpowiedzi stwierdzające i odrzucające. Następnie policzono liczebności i procenty tych odpowiedzi. Zastosowano parametryczny test dla dwóch frakcji w celu porównania procentów (częstości) występowania odpowiedzi pozytywnych i negatywnych (pomijając odpowiedzi „Nie wiem"). Wartość krytyczna przy poziomie istotności p=0.05 wynosi 1.96.

Tabela 1. Ocena badanych dotycząca akceptacji pobrania narządów od osób zmarłych w celu leczenia i ratowania życia osobom chorym.

Czy Pan(i) osobiście akceptuje pobieranie narządów od osób zmarłych, w celu leczenia i ratowania życia osobom chorym?		*n*	%
Tak i raczej tak		108	90.0%
Nie i raczej nie		5	4.2%
Nie wiem		7	5.8%
Test dla 2-ch frakcji	*u*	13.3	
	p	<0.0001	

Źródło: wynik badań własnych

Tabela 1 obrazuje analizę postawy młodzieży wobec transplantacji narządów. Z analizy wynika że akceptacja młodzieży wobec transplantacji narządów jest istotna statystycznie, ponieważ poziom $p < 0,0001$.

Z danych wynika iż 90,0 % respondentów akceptuje pobieranie narządów od osób zmarłych, 4,2 % osób jest przeciwna wobec pobierania narządów od osób zmarłych, a 5,8% osób nie ma zdania na ten temat.

Analizując wyniki testowania można stwierdzić, że zdecydowana większość uczniów osobiście akceptuje pobieranie narządów od osób zmarłych w celu leczenia i ratowania życia osobom chorym.

Tabela 2. Ocena badanych dotycząca przyjęcia cudzego narządu w sytuacji zagrożenia życia i konieczności wykonania przeszczepu.

Czy w sytuacji zagrożenia życia i konieczności wykonania przeszczepu przyjąłby(przyjęłaby) Pan(i) cudzy narząd?		*n*	%
Tak i raczej tak		112	93.3%
Nie i raczej nie		3	2.5%
Nie wiem		5	4.2%
Test dla 2-ch frakcji	*u*	14.1	
	p	<0.0001	

Źródło: wynik badań własnych

Tabela 2 obrazuje ocenę zachowania respondentów wobec transplantacji narządów. Z powyższej analizy wynika, że młodzież w sytuacji zagrożenia życia i konieczności wykonania przeszczepu przyjęłaby cudzy narząd. Są to dane istotne statystycznie, ponieważ poziom $p < 0,0001$.

Z danych wynika, iż 93,3 % ankietowanych w sytuacji zagrożenia życia i konieczności wykonania przeszczepu przyjęłaby cudzy narząd , 2,5 % osób nie przyjęłaby cudzego narządu w sytuacji zagrożenia życia, a 4,2% osób nie wie jak postąpiłaby w danej sytuacji. Wykonując analizę wyników testowania można stwierdzić, że zdecydowana większość uczniów w sytuacji zagrożenia życia i konieczności wykonania przeszczepu przyjęłaby cudzy narząd.

Tabela 3. Ocena dotycząca gotowości badanych do bycia dawcą tkanki lub narządu parzystego za życia.

Czy był(a)by Pan(i) gotowy(a) do bycia dawcą tkanki lub narządu parzystego za życia?		n	%
Tak i raczej tak		85	70.8%
Nie i raczej nie		3	2.5%
Nie wiem		32	26.7%
Test dla 2-ch frakcji	*u*	11.0	
	p	<0.0001	

Źródło: wynik badań własnych

Tabela 3 obrazuje analizę z której wynika, że większość ankietowanych byłaby gotowa do bycia dawcą tkanki lub narządu parzystego za życia . To dane istotne statystycznie, ponieważ poziom $p < 0,0001$.

Przeprowadzone badania wskazują, iż 70,8 % ankietowanych byłaby gotowa do bycia dawcą tkanki lub narządu parzystego za życia, 2,5 % osób nie byłaby gotowa do bycia dawcą tkanki lub narządu parzystego za życia, a 26,7% osób nie wie jak postąpiłaby w danej sytuacji.

Natomiast między częstościami odpowiedzi „Tak" i „Nie" została wykryta istotna różnica. Analizując wyniki testowania można stwierdzić, że zdecydowana większość uczniów byłaby gotowa do bycia dawcą tkanki lub narządu parzystego za życia.

Tabela 4. Ocena dotycząca zgody ankietowanych na pobranie narządów po śmierci.

Czy zgodził(a)by się Pan(i), aby po Pana(i) śmierci pobrano od Pana(i) jakiś narząd w celu jego przeszczepienia?		*n*	%
Tak i raczej tak		90	75.0%
Nie i raczej nie		7	5.8%
Nie wiem		23	19.2%
Test dla 2-ch frakcji	*u*	10.9	
	p	<0.0001	

Źródło: wynik badań własnych

Tabela 4 obrazuje analizę z której wynika, że większość ankietowanych zgodziłaby się, aby po ich śmierci pobrano jakiś narząd w celu przeszczepienia go innej osobie. To dane istotne statystycznie, ponieważ poziom $p < 0,0001$.

Z przedstawionych w tabeli danych wynika, iż 75,0% respondentów zgodziłaby się, aby po ich śmierci pobrano jakiś narząd w celu przeszczepienia go innej osobie, 5,8 % osób nie zgodziłaby się, aby po ich śmierci pobrano jakiś narząd w celu przeszczepienia go innej osobie, a 19,2% osób nie wie jak postąpiłaby w danej sytuacji.

Na podstawie wyników testowania można stwierdzić, że zdecydowana większość ankietowanych zgodziłaby się, aby po ich śmierci pobrano jakiś narząd w celu przeszczepienia go innej osobie.

Tabela 5. Ocena respondentów dotycząca wiedzy społeczeństwa na temat transplantacji.

Czy według Pana(i) wiedza społeczeństwa na temat transplantacji jest wystarczająca?		*n*	%
Tak i raczej tak		13	10.8%
Nie i raczej nie		97	80.8%
Nie wiem		10	8.3%
Test dla 2-ch frakcji	*U*	11.0	
	P	<0.0001	

Źródło: wynik badań własnych

Tabela 5 obrazuje analizę z której wynika, że większość ankietowanych uważa, iż wiedza społeczeństwa na temat transplantacji nie jest wystarczająca. To dane istotne statystycznie, ponieważ poziom $p < 0,0001$.

Przedstawione wyniki wskazują, iż 80,8 % ankietowanych uważa, że wiedza społeczeństwa na temat transplantacji nie jest wystarczająca, 10,8 % osób uważa, że wiedza społeczeństwa jest wystarczająca, a 8,3 % osób nie wie czy wiedza społeczeństwa jest wystarczająca.

Poddając analizie przeprowadzone badania można stwierdzić, że zdecydowana większość ankietowanych uważa, że wiedza społeczeństwa na temat transplantacji nie jest wystarczająca.

Tabela 6. Ocena ankietowanych dotycząca wpływu świadomości społeczeństwa na temat transplantacji na liczbę przeszczepów.

Czy uważa Pan(i), że większa świadomość społeczeństwa na temat transplantacji może mieć wpływ na liczbę przeszczepów?		*n*	%
Tak i raczej tak		106	88.3%
Nie i raczej nie		6	5.0%
Nie wiem		8	6.7%
Test dla 2-ch frakcji	*U*	12.9	
	P	<0.0001	

Źródło: wynik badań własnych

Tabela 6 obrazuje analizę z której wynika, że młodzież uważa, iż większa świadomość społeczeństwa na temat transplantacji może mieć wpływ na liczbę przeszczepów. To dane istotne statystycznie, ponieważ poziom p < 0,0001.

Na podstawie badań stwierdza się, iż 88,3 % ankietowanych uważa, iż większa świadomość społeczeństwa na temat transplantacji może mieć wpływ na liczbę przeszczepów, 5,0 % osób uważa, że większa świadomość społeczeństwa na temat transplantacji nie może mieć wpływu na liczbę przeszczepów, a 6,7 % osób nie wie czy większa świadomość społeczeństwa na temat transplantacji może mieć wpływ na liczbę przeszczepów.

Między częstościami odpowiedzi „Tak" i „Nie" została wykryta istotna różnica. Analizując wyniki testowania można stwierdzić, że zdecydowana większość badanych uważa, że większa świadomość społeczeństwa na temat transplantacji może mieć wpływ na liczbę przeszczepów

Dyskusja

W badaniach własnych wykazano, iż ankietowani akceptują pobranie narządów od osób zmarłych. Taką akceptację zadeklarowało aż 90% respondentów. Przeprowadzone badania własne potwierdzają także inni autorzy. Z raportu badań ISPSOS opracowany przez Kośmider – Cichomską A. wynika, iż zdecydowana większość Polaków czyli 78% w wieku 15 lat i więcej w sposób jednoznaczny lub z pewnym wahaniem, akceptuje pobieranie narządów od zmarłych w celu leczenia i ratowania życia osobom chorym. Studenci uczelni medycznych w 82% odpowiedzieli, że zdecydowanie akceptują pobieranie narządów od osób zmarłych, trochę mniej czyli w 82% potwierdzili to lekarze, następnie 65% pielęgniarki oraz 64% studenci uczelni pozamedycznych. Najmniejszy odsetek odnotowano w próbie ogólnopolskiej - 39%. Zarówno lekarze jak i studenci medycyny w większości w sposób jednoznaczny i zdecydowany opowiadają się za pobieraniem narządów od osób zmarłych i wyróżniają się pod tym względem na tle pozostałych badanych grup [12].

Praca badawcza Makary-Studzińskiej M. i wsp. wskazuje na to, iż ideę transplantacji narządów popiera więcej pielęgniarek z wyższym wykształceniem, niż z wykształceniem średnim. Pielęgniarek akceptujących tą ideę z wykształceniem licencjackim i średnim było 86% i 80%. Z kolei pielęgniarki z wykształceniem średnim w 22% były przeciwne tej kwestii [13].

W badaniach przeprowadzonych przez Pietruszkę M oraz Falkowską - Pijagin E. wykazano, iż większość pielęgniarek i lekarzy tj. 96% osobiście akceptuje pobieranie narządów od osób zmarłych w celu ratowania zdrowia i życia osób chorych [14].

Z danych Centrum Badań Opinii Społecznej (wyniki opracowania Derczyńskiego W.) wskazują, iż 87% polskiego społeczeństwa akceptuje przeszczepianie narządów pobranych od osób zmarłych i uważa to za słuszne, w tym 62% osób potwierdziło to w sposób zdecydowany. Tylko niewielka grupa badanych -7% - nie aprobuje tej metody leczenia [15]. Także w pracy Majchowicz

B. i Sadowskiej L. mieszkańcy Podkarpacia w 80% akceptują pobieranie narządów od osób zmarłych [16]. Według badań Szczepańskiego S. i Pawlicy B. mieszkańcy województwa śląskiego akceptują pobieranie narządów od osób zmarłych - 86% ogółu badanych (53% zdecydowanie tak, 33% raczej tak) [17]. Gorzkiewicz B. i wsp. badali postawy młodzieży dotyczące transplantacji w zależności od typów studiów. Stopień akceptacji był zróżnicowany. Najwyższym stopniem akceptacji pobierania narządów wykazali się studenci kierunków medycznych. Gorzkiewicz B. i wsp. odnotowali, iż poziom akceptacji jest wyższy wśród ludzi młodych i lepiej wykształconych [18]. Z badań Borkowskiej B. i Falkowskiej – Pijagin E. wynika, że 56% ankietowanych uważa za słuszne pobieranie od osób zmarłych w celu ratowania życia lub przywracania zdrowia, a 29% respondentów częściowo popiera te metodę leczenia [19].

Badania własne oraz innych autorów potwierdzają, że w społeczeństwie z biegiem lat wzrasta akceptacja wobec transplantacji narządów. Analizując przeprowadzone badania można stwierdzić, iż w sytuacji zagrożenia swojego życia i konieczności wykonania przeszczepu, młodzież przyjęłaby cudzy narząd. Z opracowań Borkowskiej B. i Falkowskiej – Pijagin E. wynika, że 89% respondentów w sytuacji zagrożenia życia i konieczności dokonania przeszczepu, przyjęłaby narząd w celu ratowania swojego życia, w tym 21% wyraziłaby zgodę na przyjęcie narządu tylko od osoby spokrewnionej [19].

Można także stwierdzić, że młodzież zna cenę życia ludzkiego i akceptuje chęć przyjęcia narządu od innego, niespokrewnionego dawcy. Przeprowadzone badania wykazały, iż ankietowani byliby gotowi do bycia dawcą tkanki lub narządu parzystego za życia. W ocenie badań Gorzkiewicz B. i wsp. odnotowano, że aż 97% respondentów byłaby gotowa oddać nerkę za życia osobie spokrewnionej lub bliskiej. Odnotowano także, że oddanie nerki budzi najmniej emocji [18]. Z tych wyników Borkowskiej B. i Falkowskiej – Pijagin E. można odczytać, że ponad połowa respondentów tj. 53%

w pełni akceptuje pobierania i przeszczepianie tkanek i narządów za życia, a częściowo popiera 34% badanych [19]. Praca badawcza Makary-Studzińskiej M. i wsp. wykazała, że w grupie respondentek, które zgodziły się na oddanie swoich narządów po śmierci, w sytuacji oddania narządu za życia chęć oddania wyraziło 100% badanych osób, z czego 44% tylko osobie bliskiej [13]. W analizie przeprowadzonych badań przez Pietruszkę M. oraz Falkowską - Pijagin E. w 56% osoby ankietowane byłyby gotowe oddać swój narząd za życia [14]. Wg analizy Szczepańskiego S. i Pawlicy B. wśród ankietowanych mieszkańców województwa śląskiego 60% zadeklarowało pomoc osobie z najbliższej rodziny, 38% przyjacielowi a 29% obcej osobie [17].

Badania własne wykazały, iż ankietowani zgodziliby się, aby po ich śmierci pobrano od nich jakiś narząd w celu przeszczepienia go innej osobie. Z badań Borkowskiej B. i Falkowskiej – Pijagin E. wynika, że trzy czwarte respondentów tj. 75% wyraziłoby zgodę na oddanie narządów [19]. Także w pracy Majchowicz B. i Sadowskiej L. ponad 80% ankietowanych akceptowało pobieranie narządów po śmierci i deklarowało donacje własnych [16]. Z danych Centrum Badań Opinii Społecznej (opracowanie Derczyńskiego W.) wynika, że 74% Polaków wyraziłoby zgodę na pobranie od nich narządów po śmierci w celu przeszczepienia osobom potrzebującym [15]. Z badań Makary-Studzińskiej M. i wsp. wynika, iż 73% respondentek jest zdecydowana na oddanie narządów po śmierci [13]. W badaniach przeprowadzonych przez Pietruszkę M oraz Falkowską - Pijagin E. 76% osób badanych byłaby gotowa do oddania swoich narządów po śmierci [14].

W niniejszej pracy wykazano także, iż młodzież uważa, że wiedza społeczeństwa na temat transplantacji nie jest wystarczająca. Z opracowanych badań Borkowskiej B. i Falkowskiej – Pijagin E. wynika, że aż 89% ankietowanych uważa, iż społeczeństwo mało wie na temat przeszczepów. Z opinii respondentów wiedza społeczeństwa na temat transplantacji narządów jest niska [19].

Badania własne wykazały, iż w ocenie uczniów większa świadomość społeczeństwa na temat transplantacji może mieć wpływ na liczbę przeszczepów. W badaniach Borkowskiej B. i Falkowskiej – Pijagin E. 92% respondentów uważa, iż większa świadomość społeczeństwa na temat transplantacji narządów, może mieć wpływ na liczbę przeszczepów, a 81% badanych uważa, że kształtowanie świadomości społecznej sprzyja postawie dawcy [19].

Wnioski

1. Badana młodzież akceptuje pobranie narządów od osób zmarłych.
2. Młodzież uważa, że w sytuacji zagrożenia życia i konieczności wykonania przeszczepu przyjęłaby cudzy narząd.
3. Badana młodzież byłaby gotowa do bycia dawcą tkanki lub narządu parzystego za życia.
4. Młodzież zgodziłaby się, aby po ich śmierci pobrano od nich jakiś narząd w celu przeszczepienia go innej osobie.
5. Młodzież uważa, że wiedza społeczeństwa na temat transplantacji nie jest wystarczająca.
6. Badana młodzież uważa, że większa świadomość społeczeństwa na temat transplantacji może mieć wpływ na liczbę przeszczepów.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Jakość opieki świadczona w placówkach medycznych wykonujących zabiegi transplantacyjne wynika między innymi z kwalifikacji kadry, w tym zespołu pielęgniarek, który posiada umiejętności rozmowy z rodziną i pacjentami o przeszczepie, dając wyraz zindywidualizowanego podejścia do problemów podopiecznych.

Bibliografia/Bibliography:

1. Tokarczyk R.: Prawa narodzin, życia i śmierci. Podstawy biojurysprudencji. Wydawnictwo Oficyna a Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o. Warszawa 2009, 214-232.

2. Guzik-Makaruk E.M.: Transplantacja organów, tkanek i komórek w ujęciu prawnym i kryminologicznym. Wydawnictwo Termida 2. Białystok 2008, 25-66.

3.http://www.zdrowie.abc.com.pl/czytaj/-/artykul/cywilnoprawny-aspekt-transplantacji-organow, 28.02.2017, godz. 17.15.

4. http://www.zgapa.pl/zgapedia/Transplantacja.html, 28.02.2017, godz. 23.15.

5. http://www.transplantacja.org.pl/pytania.php, 28.02.2017, godz.23.25.

6. http://sjp.pwn.pl/szukaj/przeszczep, 28.02.2017, godz. 23.40.

7. http://www.iss.it/binary/ecet/cont/slownik.1194360764.pdf,28.02.2017, godz. 22.50.

8. Kruszyński Z.: Intensywna terapia stanu astmatycznego. Przygotowanie dawcy narządów. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2009. 55-59.

9. Olszewski W.L. Międzygatunkowe przeszczepianie tkanek i narządów (ksenotransplantacje) problemy biologiczne i kliniczne. W: Transplantologia kliniczna. Rowiński W., Wałaszewski J., Pączek L. (red). Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2004. 276.

10. Musielak M., Baum E.: Zabiegi transplantacyjne w perspektywie etycznej i społecznej. W: Transplantologia w zarysie. Dyszkiewicz W., Jemielity M., Wiktorowicz K (red). Wydawnictwo Naukowe Akademii Medycznej w Poznaniu. Poznań 2009. 231-252.

11. Rowiński W., Wałaszewski J., Safjan D.: Problemy etyczno-obyczajowe przeszczepiania narządów. W: Transplantologia kliniczna. Rowiński W., Wałaszewski J., Pączek L (red). Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2004. 307-312.

12. Kośmider – Cichomska A.: Postawy wobec przeszczepu narządów. Raport z badań. IPSOS. Warszawa 2002. 4-56.

13. Makruk – Studzińska M., Kowalska A.J., Jakubowska K.: Poziom wiedzy oraz opinie pielęgniarek na temat transplantacji organów. Medycyna Ogólna i Nauk o Zdrowiu, 2012, 18,1, 31-36.

14. Pietruszka M., Falkowska – Pijagin.: Zjawisko transplantacji w opinii środowiska medycznego Szpitala Ogólnego w Kolnie. Zeszyty Naukowe nr 40. Łomża 2009. 21-36.

15. Dereczyński W.: Opinie o przeszczepianiu narządów. Komunikat z badań. Warszawa BS/161/2005. 2-10.

16. Majchrowicz B., Sadowska L.: Problemy społeczne w świetle badań poziomu akceptacji transplantacji narządów i tkanek wśród mieszkańców Podkarpacia. Onkol. Pol. 2012, 15, 1, 9-16.

17.http://drugieserce.jaw.pl/aktualnosci/?dar-zycia-i-jego-spoleczny-kontekst,8, 28.02.2017, godz. 20.20.

18. Gorzkowicz B., Majewski W., Tracz E i wsp.: Opinia na temat dawstwa narządów wśród studentów uczelni wyższych Szczecina. Problemy Pielęgniarstwa 2010, 18, 2, 111–116.

19. Borkowska B., Falkowska – Pijagin E.: Zagadnienia transplantologii w Społecznej świadomości mieszkańców Ostrołęki. Zeszyty Naukowe nr 40. Łomża 2009. 5-20.

Opis przypadku/Case report

Problemy pielęgnacyjne pacjenta z wielochorobowością w przebiegu otyłości

Nursing problems of the patient with multichorism in the treatment of obesity

MILENA MAŁGORZATA ŻUCHOWSKA[1], DOROTA KOCHMAN[2], MARIOLA GŁOWACKA[2]

[1]Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu PWSZ w Płocku

[2] Wydział Nauk o Zdrowiu PWSZ w Płocku

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2017.005

ISSN: 2451-1846

Streszczenie:

Nadmierna masa ciała uznana jest za chorobę przewlekłą, która stanowi jedno z największych zagrożeń życia i zdrowia. Otyłość ma negatywny wpływ na organizm, a ludzie, których ona dotyczy narażeni są na rozwój groźnych schorzeń takich jak: cukrzyca, choroba wieńcowa, nadciśnienie tętnicze i udary mózgu, choroby pęcherzyka żółciowego, niektóre rodzaje raka oraz liczne problemy psychospołeczne. Odstąpienie od leczenia otyłości prowadzi nawet do śmierci. Ludzie otyli potrzebują wielokierunkowych działań interdyscyplinarnego zespołu terapeutycznego, w których aktywnie uczestniczy pielęgniarka.

W pracy przedstawiono opis indywidualnego przypadku i plan opieki wobec 46- letniego pacjenta z otyłością i wieloma chorobami współistniejącymi.

Słowa kluczowe: otyłość, choroby przewlekłe, samo opieka

Abstract:

Excess body weight is considered to be a chronic disease, which is one of the greatest life and health risks. Obesity has a negative impact on the body, and the people affected by it are exposed to the development of serious diseases including diabetes, coronary artery disease, hypertension and brain strokes, gall bladder disease, certain types of cancer as well as to numerous psychosocial problems. Givining up obesity treatment might lead even to death. Obese people need multidirectional interdisciplinary therapeutic team in which a nurse is actively involved.

The paper presents an individual case study and a care plan for a 46-year-old patient with obesity and numerous co-morbidities.

Keywords: obesity, chronic diseases, self-care

Otyłością nazywamy zwiększenie masy ciała u kobiet o 30%, u mężczyzn natomiast o 20%. Może być wywołana przez wiele czynników patofizjologicznych, związanych z leczeniem, uwarunkowaniami osobistymi, środowiskowymi a także rozwojowymi. Wyróżnia się otyłość pierwotną i wtórną, a także otyłość gynoidalną, androidalną i ogólną [1,2].

W Polsce aż 16% populacji boryka się z otyłością. Jest ona jedną z najczęściej występujących i zarazem najbardziej niepokojących chorób cywilizacyjnych. Stanowi problem globalny, który dotyczy z roku na rok coraz większego odsetka ludzi. Jeszcze niedawno problem ten dotyczył jedynie osób w średnim wieku, teraz zaś pojawia się w każdej grupie wiekowej. Epidemia otyłości została największym problemem zdrowia publicznego, co wiąże się ze wzrostem zachorowalności na schorzenia będące następstwami nadmiaru tkanki tłuszczowej. Nadmierna masa ciała jest globalnym problemem, z którym spotykają się w codziennej pracy lekarze specjaliści, a także lekarze pierwszego kontaktu. Otyłość prowadzi do rozwoju się wielu groźnych powikłań w stanie zdrowia. Jej leczenie

wymaga kompleksowego podejścia, uwzględniającego dietę, aktywność fizyczną, często farmakoterapię, a także aspekt psychologiczny [3, 4].

Celem niniejszej pracy jest określenie problemów pielęgnacyjnych i sposobów ich rozwiązania przez pielęgniarkę u pacjenta, który boryka się wielochorobowością jako konsekwencją otyłości.

Prezentacja przypadku

Pacjent R.Ż lat 46, wdowiec obecnie na rencie z rozpoznaniem lekarskim: Cukrzyca typ 2, choroba wieńcowa, miażdżyca, nadciśnienie tętnicze, depresja, otyłość.

Poniżej zaprezentowano dane pochodzące z badania podmiotowego i przedmiotowego pacjentki.

Arkusz indywidualnego opisu przypadku

Imię i nazwisko (inicjały): R Ż	
Data urodzenia: 3.06.1970r	*Stan cywilny:* wdowiec
Aktywność zawodowa: rencista	*Wykonywany zawód:* kierowca
Data zbierania wywiadu: 04.04.2016r	

HISTORIA CHOROBY	*STAN OGÓLNY*
Rozpoznanie lekarskie: Cukrzyca typ II, Choroba wieńcowa, miażdżyca, nadciśnienie tętnicze, depresja	*Temperatura:* 36,7° C
Przyjmowane leki: Siofor 1000, Polocart, Nebilet,	*Tętno:* 90ud/min Regularne uderzenia, napięcie

Glibetic, Prestarium, Preductal MR, Nitromint, Amlozek 10mg, Galvus, Atoris, Magnes, Gasec, Polhumin N, Serwenon 0,01,	prawidłowe
Przebyte choroby: 1980r- ospa 2005r i 2012r- zawały 2006r- stan przed zawałowy	*Oddechy:* 17 oddechów/ min
Pobyty w szpitalu: 1977r- porażenie prądem 2005r i 2012r- angioplastyka 2006r- koronarografia 2013r- by pass 2005r i 2012r- zawały 2006r- stan przed zawałowy	*Ciśnienie tętnicze:* 138/88 *Glikemia przed posiłkiem:* 164 mg/dl –9,1mmol/l
Przebyte zabiegi operacyjne: 2005r i 2012r- angioplastyka 2006r- koronarografia 2013r- by pass	*Masa ciała:* 110kg
Przebyte urazy/wypadki: 1977r- porażenie prądem 1999r, 2002r, 2006r- wypadki samochodowe 2009r- wypadek z piłą spalinową	*Wzrost:* 170cm *BMI:* 38,06 II stopień otyłości *WHR:* 105cm otyłość brzuszna

Wyniki badań laboratoryjnych

- Biochemia: *kreatynina- 68[µmol/L], *sód- 147.0[mmol/L], *Potas- 4.53[mmol/L], *Glukoza- 10.9[mmol/L], *Cholesterol całkowity- 4.61[mmol/L], *Cholesterol HDL-0.72[mmol/L], *Triglicerydy- 2.34[mmol/L], * Cholesterol LDL- 2.83[mmol/L],
- Hematologia: Morfologia krwi: *leukocytoza(WBC)- 10.0[G/L], *erytrocyty(RBC)- 5.1[T/L], *płytki krwi- 138[tys/µl], *limfocyty- 1.4[tys/µl], *Neutrofile- 78.7[%], *Neutrofile- 7.5[tys/µl], *HGB(hemoglobina)- 14.9[g/dl], *HCT(hematokryt)- 45.5[%], *PLT(trombocyty)- 192.0[G/L],
- Immunochemia: *Troponina T-hs -9[ngL], *Antygen HBs- ujemny, *Antygen HCV-ujemny

WYWIAD RODZINNY
Członkowie rodziny: córka i syn *Ważne wydarzenia w rodzinie – ostatnie lata:* śmierć żony *Choroby występujące w rodzinie:* nowotwory, nadciśnienie, cukrzyca, choroby serca *Hobby/ zainteresowania:* motoryzacja *Formy spędzania czasu wolnego:* spacery z psem *Nałogi w rodzinie:* tytoń *Błędy żywieniowe – jakościowe i ilościowe:* dużo *Ograniczenia/przeciążenia psychicznego/fizyczne:* Stres i nerwica *Ograniczone kontakty/brak wsparcia społecznego:* prawidłowe kontakty i wsparcie

WYWIAD ŚRODOWISKOWY
Miejsce zamieszkania: miasto

Rodzaj zajmowanego lokalu mieszkalnego: dom jednorodzinny

Ilość zajmowanych pomieszczeń: 12

Ilość osób mieszkających wspólnie: 3

Stan higieniczno – sanitarny mieszkania: dobre

System pracy: -

Ilość godzin spędzonych w pracy/szkole: -

Zagrożenia zdrowia

w domu: stres

w pracy/szkole: -

Komunikacja: prawidłowa

Higiena osobista: dobra

Aktywność fizyczna: prawidłowa

Wydalanie: prawidłowe

Odżywianie: dieta cukrzycowa i ubogo energetyczna

Sen/zasypianie: zaburzone

BADANIE FIZYKALNE przeprowadzone dnia 04.04.2016r

Stan biologiczny podopiecznego

SKÓRA						
napięcie	temperatura	zabarwienie	wilgotność	stan higieniczny	inne objawy	stan rany pooperacyjnej*
prawidłowe	36,7	marmurkowa	sucha	prawidłowy	brak	Nie dotyczy

*dotyczy pacjentów po zabiegu operacyjnym

UKŁAD ODDECHOWY				
liczba oddechów	typ oddechu	kaszel	inne objawy	wyroby medyczne
17	pogłębiony	napadowy	brak	Brak

UKŁAD KRĄŻENIA						
ciśnienie	tętno	sinica	obrzęki	duszność	inne	Saturacja
138/88 unormowane dzięki lekom	90 Dobrze wyczuwalne	brak	brak	napadowa	by-passy	96%

UKŁAD POKARMOWY					
uzębienie	łaknienie	stolec	dieta	inne objawy	sposób odżywiania
ubytki	wzmożone	prawidłowy	cukrzycowa	brak	Doustny

UKŁAD MOCZOWY			
objętość	jakość	inne objawy	wyroby medyczne
Wielomocz 2500ml	słomkowy	brak	Brak

UKŁAD PŁCIOWY		
cykl płciowy	inne objawy	inne cechy*
prawidłowy	brak	Nie dotyczy

*dotyczy dzieci i młodzieży

UKŁAD NERWOWY			
świadomość wg skali Glasgow	niedowłady/ drżenia	Mowa	inne objawy
W pełni świadomy 15p	brak	prawidłowa	Brak

NARZĄDY RUCHU					
sposób poruszania	zakres ruchów	sylwetka	inne objawy	wyroby medyczne	ryzyko upadku wg skali Tinetti
samodzielnie	pełny	prawidłowa	brak	brak	28p brak ryzyka upadków

NARZĄDY ZMYSŁÓW UKŁAD ENDOKRYNOLOGICZNY						
wzrok	słuch	smak	czucie	układ hormonalny	inne objawy	wyroby medyczne

zaburzony nadwzroczność	prawidłowy	prawidłowy	prawidłowe	prawidłowy	brak	Okulary

Stan psychiczny i społeczny podopiecznego

sen	nastrój	inne objawy	ocena wg skali GDS*
zaburzony	zaburzony	brak	nNie dotyczy

*dotyczy seniorów

pamięć	myślenie	stosunek do światła	nastawienie do własnej sytuacji	inne objawy	ocena funkcji poznawczych wg skal
prawidłowa	prawidłowe	prawidłowy	obojętne	brak	Prawidłowa

Stan wiedzy i umiejętności do samoopieki i samopielęgnacji

wiedza	umiejętności	motywacja	odczuwane problemy	wydolność samoopieki/ samopielęgnacji	stan odżywiania wg skali MNA

prawidłowa	wystarczające	dobra	brak	Bartel (PADL) 100p Stan pacjenta lekki	Lawtona (ADL) 6p Osoba sprawna	30p otyłość II stopnia

ocena ryzyka odleżyn wg skali D. Norton	natężenie odczuwalnego bólu wg skali	charakter bólu	lokalizacja	stopień odleżyn wg skali Torrance´a
20pkt małe ryzyko	skala numeryczna (NRS) 6-7 stopień	Napadowy	Serce, dłonie, stopy	Nie dotyczy

Diagnoza pielęgniarska

Pacjent jest 46-letnim wdowcem. Mieszka z córką i synem w domu jednorodzinnym. Cztery lata temu przeżył śmierć żony. Od małego dziecka miał nadwagę, lecz uprawiał sporty. Przepracował 25 lat na różnych stanowiskach. Choruje na cukrzycę typu 2, chorobę wieńcową, miażdżycę, nadciśnienie tętnicze i depresję. Pacjent przebył dwukrotnie angioplastykę naczyń, koronarografię i operację wszczepienia by-passów, a także przebył już dwa zawały mięśnia sercowego. Z wywiadu z rodziną wynika, iż przed chorobą pacjent był

radosnym i spełniającym się człowiekiem. Chory jest pod stałą kontrolą poradni kardiologicznej, diabetologicznej i psychiatrycznej. W obecnej chwili pacjent przebywa w domu pod opieką rodziny. Parametry życiowe są codziennie kontrolowane i utrzymywane w granicach normy, dzięki zaleconym lekom. Pacjent spożywa nadmierne ilości pokarmu, co spowodowało wzrost masy ciała.

Proponowany model opieki:

W pracy wykorzystano model opieki według Doroty Orem - system wspierająco- edukacyjny. Odnosi się on do pacjentów, którzy wymagają wsparcia i edukacji z uwagi na niedostatki wiedzy, umiejętności dotyczące choroby lub brak motywacji do ich realizacji. Głównymi metodami jakimi D. Orem zaleca posługiwać się w owym systemie są edukacja, kształtowanie umiejętności, udzielanie wsparcia, nauka samoopieki terapeutycznej i przekazywanie wiedzy. Wybór odpowiedniego systemu pozwala na prawidłowe zaspakajanie potrzeb pacjenta w zakresie opieki [5].

Tabela 1. Plan opieki pielęgniarskiej.

Problem pielęgnacyjny: Otyłość spowodowana nieprawidłowym odżywianiem.		
Cel planowanych działań pielęgniarskich: Obniżenie masy ciała oraz zmniejszenie powikłań wynikających z otyłości.		
Planowane interwencje pielęgniarskie:	*Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej:*	*Ocena realizowanych działań pielęgniarskich:*
➢ Zastosowanie diety ubogo-energetycznej, ➢ Ograniczenie spożycia tłuszczów i węglowodanów, ➢ Postępowanie dietetyczne zapewniające uzyskanie deficytu energetycznego przez	➢ Celem diety ubogiej energetycznie jest zredukowanie masy ciała. ➢ Nadmiar energii w spożywanym pokarmie powoduje większy przyrost masy ciała. ➢ Dieta redukcyjna	➢ Chory stosuje się do diety redukcyjnej. ➢ Masa ciała ulega stopniowej lecz powolnej redukcji.

zastosowanie diety dostarczającej 1300kcal, ➢ Regularne spożywanie posiłków: często i w małych ilościach (4-5 razy dziennie). ➢ Zwiększenie aktywności fizycznej (spacery, ćwiczenia) ➢ Zastosowanie działań psychoterapeutycznych.	dostarcza zalecanej ilości białka, witamin i składników mineralnych, wedle wymogów organizmu. ➢ Podział posiłków na 4- 5 dziennie zapewnia organizmowi zużywanie energii, w trakcie wykonywania różnych czynności, co zapobiega odkładaniu się tłuszczu. ➢ Zwiększona aktywność fizyczna ułatwia szybszą utratę energii eliminuje zaburzenia metaboliczne, obniża wydzielanie insuliny, zapobiega obniżeniu przemiany materii po redukcji masy ciała oraz efektowi jo-jo. ➢ Nadmierne zajadanie stresu czy smutku prowadzi do zwiększenia masy ciała. Unikanie stresu i smutku, a także szybka reakcja prowadzi do redukcji masy ciała [2].	
Problem pielęgnacyjny:		

Zagrożenie wystąpieniem powikłań sercowo – naczyniowych, spowodowane obecnością czynników ryzyka.		
Cel planowanych działań pielęgniarskich: Przygotowanie chorego i jego rodziny do modyfikacji czynników ryzyka.		
Planowane interwencje pielęgniarskie:	*Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej:*	*Ocena realizowanych działań pielęgniarskich:*
➢ Edukacja chorego i rodziny na temat anatomii i fizjologii mięśnia sercowego oraz naczyń wieńcowych, a także eliminacji czynników ryzyka. ➢ Obniżenie ciśnienia tętniczego przez zmniejszenie masy ciała i wyzbycie się nałogów. ➢ Zmniejszenie podaży soli i tłuszczów. ➢ Dopasowanie ćwiczeń fizycznych dostosowanych do wydajności pacjenta. ➢ Przyjmowanie zaleconych leków. ➢ Codzienna kontrola RR, HR, glikemii,	➢ Prawidłowa i kompletna edukacja członków rodziny pozwala na wyeliminowanie czynników ryzyka z życia chorego, a także szybką interwencje w razie zagrożenia. ➢ Odpowiednio dobrana dieta do organizmu i dobrze dopasowane do indywidualnej osobowości ćwiczenia, przyczyniają się do nieuniknionej redukcji tkanki tłuszczowej. ➢ Zażywanie o odpowiednich godzinach w odpowiedniej ilości leków według zaleceń lekarskich przyczynia się w dużym stopniu do unormowania stanu zdrowia i parametrów życiowych. ➢ Codzienna kontrola zaleconych parametrów	➢ Rodzina i chory zostali przeszkoleni z zagrożeń i czynników ryzyka towarzyszącym chorobom.

	życiowych np.: RR, HR, glikemii pozwala na szybkie zlokalizowanie ryzyka prowadzącego do zwału mięśnia sercowego [6].	
Problem pielęgnacyjny: Dyskomfort z powodu duszności wysiłkowej.		
Cel planowanych działań pielęgniarskich: Zmniejszenie duszności powysiłkowej i ułatwienie oddychania.		
Planowane interwencje pielęgniarskie:	*Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej:*	*Ocena realizowanych działań pielęgniarskich:*
➢ Określenie stopnia i przyczyn nasilenia duszności: czas trwania, pora występowania, okoliczności wysiłku powodujące zmęczenie. ➢ Zapewnienie prawidłowego mikroklimatu w pokoju. ➢ Odpowiednie ułożenie ułatwiające oddychanie. ➢ Ograniczenie wysiłku poprzez pomoc w zaspokajaniu potrzeb. ➢ Przyjmowanie leków zgodnie z zaleceniami lekarza. ➢ Gimnastyka oddechowa: Pogłębienie wdechu i wydechu, nauka oddychania torem brzusznym. ➢ Zmniejszenie	➢ Zbadanie i określenie przyczyn duszności i okoliczności pomogą dopasować odpowiedni trening dla chorego, który nie wywoła u niego duszności. ➢ Odpowiednie ułożenie i mikroklimat przyczyniają się do polepszenia oddychania. ➢ Zminimalizowanie wysiłku i dopasowanie odpowiedniej aktywności fizycznej, a także pomoc w czynnościach dnia codziennego zmniejsza ryzyko wystąpienia duszności wysiłkowej. ➢ Gimnastyka	➢ Parametry oddychania w normie.

negatywnych emocji poprzez zapewnienie wsparcia psychicznego.	oddechowa zmniejsza ryzyko występowania duszności i poprawia jakość i ilość oddechów. ➢ Negatywne myśli i emocje pogarszają wymianę gazową, dlatego tez wsparcie rodziny ma duży wpływ na polepszenie stanu chorego [6].	
Problem pielęgnacyjny: Deficyt wiedzy i umiejętności w zakresie samokontroli ciśnienia tętniczego i interpretacji uzyskanych wyników.		
Cel planowanych działań pielęgniarskich: Nauczenie pacjenta samodzielnego mierzenia ciśnienia i interpretacji wyników.		
Planowane interwencje pielęgniarskie:	*Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej:*	*Ocena realizowanych działań pielęgniarskich:*
➢ Ocena umiejętności pacjenta i rodziny w zakresie samodzielnego wykonywania pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, ➢ Zapoznanie pacjenta z celem i zasadami pomiaru ciśnienia tętniczego, ➢ Przekazanie pacjentowi i rodzinie informacji na temat czynników i zasad warunkujących poprawność pomiaru krwi, pomoc w wyborze	➢ Prawidłowe zapoznanie chorego i rodziny z zasadami pomiaru ciśnienia krwi i pomoc w doborze aparatu jest bardzo ważne, od tego zależy samokontrola pacjenta w domu. ➢ Nauka rozpoznawania odpowiednich wartości ciśnienia oraz przełomów ciśnieniowych	➢ Chory regularnie mierzy i zapisuje pomiary ciśnienia tętniczego krwi. ➢ Potrafi rozróżniać prawidłowe wartości od przełomów ciśnieniowych .

aparatu do pomiaru ciśnienia. ➢ wykonanie pokazu pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, ➢ Ustalenie z pacjentem indywidualnych wartości docelowych ciśnienia tętniczego. ➢ Motywacja pacjenta do systematycznego zapisywania wyników pomiarów w dzienniczku samokontroli. ➢ Nauczenie pacjenta rozpoznawania objawów przełomu nadciśnieniowego. ➢ zmniejszenie niepokoju i lęku poprzez obecność bliskich	odgrywa bardzo ważna rolę podczas niezbędnej systematycznej kontroli RR. Chory otrzymując wynik wie czy ciśnienie jest prawidłowe czy nieprawidłowe i ma szanse zareagować. ➢ Zapisywanie pomiarów w dzienniku samokontroli mogą pacjenci przekazać lekarzowi do analizy dobowych pomiarów. ➢ Wyniki badania wychodzą niewiarygodne gdy chory jest w stresie, niepokoju lub lęku, dlatego bardzo ważna jest obecność i wsparcie bliskich [6].	
Problem pielęgnacyjny: Bóle kończyn dolnych, mięśni łydek, skurcze podczas chodzenia.		
Cel planowanych działań pielęgniarskich: Zniwelowanie bólu kończyn dolnych.		
Planowane interwencje pielęgniarskie:	*Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej:*	*Ocena realizowanych działań pielęgniarskich:*
➢ Zlecenie diety bogatej w magnez, wapń , potas. ➢ Zastosowanie okładów	➢ Wzbogacenie diety w magnez, wapń, potas i niezbędne składniki	➢ Chory wie jak poradzić sobie z problemem bolących nóg i jak

wilgotnych i ciepłych. ➢ Rozmasowanie bolesnych mięśni. ➢ Propozycja ograniczenia kofeiny.	wyeliminuje doskwierające dolegliwości skurczowe i poprawi komfort życia. ➢ Zrezygnowanie z nałogów wpłynie pozytywnie na braki magnezu, wapnia i potasu, gdyż kofeina wypłukuje potrzebne składniki z organizmu. ➢ Rozmasowanie mięśni sprawia, że mięśnie się rozluźniają, wiec skurcze puszczają i ból mija [6].	je wyeliminować.
Problem pielęgnacyjny: Ryzyko powikłań ze względu na brak umiejętności pielęgnacji stóp.		
Cel planowanych działań pielęgniarskich: Nabycie umiejętności pielęgnacji stóp.		
Planowane interwencje pielęgniarskie:	*Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej:*	*Ocena realizowanych działań pielęgniarskich:*
➢ zapoznanie pacjenta z zasadami codziennej pielęgnacji stóp. ➢ wyjaśnienie konieczności codziennej kontroli stóp, systematycznego nawilżania skóry ➢ nauczenie właściwego zaopatrywania ran.	➢ Stopy powinno się myć pod bieżącą wodą o temperaturze pokojowej, następnie dokładnie osuszyć i skrócić paznokcie, a także nawilżać skórę. ➢ Gdy powstaje	➢ Chory zdobył umiejętności pielęgnacyjne stóp

➢ zapoznanie z zasadami doboru obuwia i wkładek do butów.	niewielka rana nie należy stosować plastrów na uszkodzoną skórę. ➢ Przy wyborze obuwia należy wybierać buty z naturalnej skóry, o zaokrąglonych przodach, a wkładki wybierać silikonowe, węglowe, ortopedyczne lub skórzane [7].	
Problem pielęgnacyjny: Ryzyko wystąpienia powikłań cukrzycowych w związku z brakiem wiedzy na temat diety cukrzycowej.		
Cel planowanych działań pielęgniarskich: Nabycie wiedzy na temat diety cukrzycowej.		
Planowane interwencje pielęgniarskie:	*Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej:*	*Ocena realizowanych działań pielęgniarskich:*
➢ dostarczenie przykładowych zestawów menu w diecie cukrzycowej ➢ przekazanie listy produktów przeciwwskazanych, dopuszczalnych w ograniczonych ilościach i zalecanych w cukrzycy ➢ nauczenie chorego planowania dawek insuliny i dostosowywania ich do posiłków, aktywności	➢ Stosowanie się do przykładowych jadłospisów i korzystanie z listy produktów zalecanych w cukrzycy jest główna profilaktyką cukrzycową. ➢ Edukacja chorego na temat samokontroli cukru i planowania dawek insuliny w zależności od posiłków, aktywności i	➢ Chory stosuje się do diety cukrzycowej ➢ Potrafi posługiwać się glukometrem i planować podanie insuliny

fizycznej oraz stężenia cukru we krwi ➢ zapoznanie z przeciwwskazanymi i zalecanymi technikami przyrządzania potraw.	stężenia cukru jest bardzo ważna, gdyż błędnie podana insulina może spowodować zagrożenie życia [7].	
Problem pielęgnacyjny: Ryzyko nasilenia się objawów depresji		
Cel planowanych działań pielęgniarskich: Zniwelowanie objawów depresji.		
Planowane interwencje pielęgniarskie:	*Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej:*	*Ocena realizowanych działań pielęgniarskich:*
➢ Obserwacja chorego, ➢ Konsultacja z psychologiem, ➢ Wsparcie od rodziny ➢ Poczucie bezpieczeństwa w domu ➢ Mobilizacja do zażywania leków według zlecenia lekarza. ➢ Organizacja zajęć mających na celu zajęcie chorego czymś przyjemnym.	➢ Codzienna obserwacja chorego przez rodzinę w domu pozwoli na szybka diagnozę zaburzeń psychicznych i odpowiednią reakcje. ➢ Wsparcie i obecność rodziny chorego jest kluczowa dla skuteczności terapii. ➢ Systematyczne wizyty u psychologa lub psychiatry pozwalają na odpowiednie dobranie leków i polepszenie stanu zdrowia psychicznego. ➢ Oderwanie chorego od problemów życia codziennego i zajęcie czymś przyjemnym pomaga w zminimalizowaniu zachowań depresyjnych [2].	➢ Depresja w znacznym stopniu ustąpiła.

Problem pielęgnacyjny: Niepokój i lęk związany z poczuciem zagrożenia życia.		
Cel planowanych działań pielęgniarskich: Zmniejszenie niepokoju i lęku, zapewnienie choremu poczucia bezpieczeństwa.		
Planowane interwencje pielęgniarskie:	*Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej:*	*Ocena realizowanych działań pielęgniarskich:*
➢ informowanie chorego o wszystkich planowanych i wykonywanych czynnościach leczniczych, ➢ pozbycie obaw i wątpliwości chorego związanych ze stanem zdrowia ➢ zapewnienie chorego o stałej obserwacji i nadzorze nad stanem jego zdrowia, lekarzy specjalistów ➢ pomoc rodziny w wykonywaniu niektórych czynności, ➢ obserwacja stanu psychicznego chorego: reakcji na chorobę, akceptacji. ➢ Motywacja do przyjmowania leków uspokajających zgodnie ze zleceniem lekarza.	➢ Poinformowanie pacjenta o planowanych czynnościach pomaga w zmniejszeniu obaw i wątpliwości, ➢ Stały, regularny nadzór i kontrole stanu zdrowia dają poczucie bezpieczeństwa, a także pozwalają na ocenę stanu zdrowia psychicznego. ➢ Przyjmowanie leków według zlecenia niweluje objawy chorobowe ➢ Pomoc rodziny eliminuje częste zagrożenia zdrowotne i życiowe [7].	➢ Wyeliminowano niepokój i lęku związanego z zagrożeniami życia.

Wskazówki pielęgniarskie dla pacjenta i rodziny

- przestrzeganie diety cukrzycowej i ubogoenergetycznej,
- posiłki 4-5 razy dziennie w małych ilościach,
- uprawianie sportu dostosowanego do wydajności organizmu,
- zachęcanie do preferowania zasad zdrowego trybu życia,
- rezygnacja z tytoniu,
- systematyczne przyjmowanie leków według zaleceń lekarzy,
- regularne wizyty kontrolne u lekarzy specjalistów,
- dokładna pielęgnacja ciała, w szczególności stóp,
- wygodne i odpowiednie ubrania, szczególnie obuwie,
- dbanie o higienę ciała i dobre osuszanie skóry,
- wsparcie rodziny i pomoc w czynnościach dnia codziennego,
- samokontrola ciśnienia tętniczego krwi i glikemii,
- zachęcanie do podejmowania działań na rzecz redukcji stresu [6].

Dyskusja

W pacy przedstawiono plan pielęgnowania pacjenta, którego głównym celem jest poprawa funkcjonowania i jakości życia w przebiegu wielochorobowości i otyłości.

Otyłość jest to jedna z groźniejszych chorób cywilizacyjnych. Zaburzenie homeostazy przemiany energetycznej powoduje dostarczanie nadmiernej ilości energii w stosunku do zaopatrzenia organizmu. Konsekwencją jest większe odkładanie nadmiernej energii w postaci tkanki tłuszczowej i zwiększenie masy ciała powyżej wartości prawidłowych ustalonych dla danego wieku, płci i rasy. U dorosłych za otyłość uważa się gdy tkanka tłuszczowa stanowi więcej niż: u kobiet 30% i u mężczyzn 20% całkowitej masy ciała [2,7].

Otyłość ma negatywny wpływ na funkcjonowanie organizmu, co możemy zaobserwować podczas powstawania chorób układu krążenia, układu pokarmowego, układu oddechowego, układu nerwowego, układu kostno–stawowego oraz układu wydzielniczego. Ludzie otyli są narażeni na zwiększone ryzyko rozwoju wielu

groźnych schorzeń, takich jak cukrzyca, choroba wieńcowa, nadciśnienie tętnicze, udary mózgu, choroby pęcherzyka żółciowego, niektóre rodzaje raka oraz pojawienia się problemów psychospołecznych [1]. Leczenie otyłości jest procesem złożonym, na który składa się:

-zastosowanie diety w celu zmniejszenia spożycia pokarmów wysokoenergetycznych,

-zwiększona aktywność fizyczna w celu zwiększenia wydatkowania energii,

-terapia behawioralna w celu zmiany stylu życia na sprzyjający utrzymaniu równowagi bilansu energetycznego [8].

Profilaktyka otyłości, jak i leczenie ma obecnie charakter objawowy, ponieważ jest u wielu schorzeniem wielogenowym, modyfikowanym przez wpływy środowiskowe. Jest także uzależniona od wielu czynników i nie można jednoznacznie określić stanu patofizjologicznego, co utrudnia wybór terapii do leczenia objawowego [4].

Najczęstszymi chorobami związanymi z otyłością są:

- Cukrzyca typu 2 - stanowi 90% przypadków cukrzycy w tym 80 - 90% pacjentów to osoby otyłe. Spadek wagi nawet o 5-10% prowadzi do obniżenia poziomu cukru we krwi i pozwala zmniejszyć dawki leków przeciwcukrzycowych i insuliny.
- Nadciśnienie tętnicze - wzrost masy ciała o 20% powoduje ośmiokrotny wzrost częstości występowania nadciśnienia.
- Hiperlipidemia - czyli podwyższenie poziomu cholesterolu i trójglicerydów we krwi. Poza poziomem całkowitego cholesterolu ważny dla ryzyka chorób serca jest też stosunek pomiędzy "dobrym" cholesterolem- HDL i "złym" cholesterolem - LDL. Owe połączenie jest niekorzystne u osób otyłych.
- Udar mózgowy - ryzyko jego wystąpienia u osób otyłych jest dwukrotnie większe.
- Niewydolność serca - ryzyko tej choroby u otyłych jest większe 1,9 razy.

- Choroba niedokrwienna serca (choroba wieńcowa) - 40% przypadków tej choroby jest związane z BMI powyżej 25. Prawdopodobieństwo, że osoba otyła będzie miała chorobę wieńcową jest 1,5 razy większe niż u osoby z prawidłową wagą. Otyłość pogarsza także przebieg rehabilitacji pozawałowej.
- Kamica pęcherzyka żółciowego - schorzenia pęcherzyka u osób otyłych występują sześciokrotnie częściej niż u szczupłych.
- Zmiany zwyrodnieniowe stawów - stawy podlegające nadmiernym obciążeniom szybciej ulegają uszkodzeniu, prowadzi to do zespołów bólowych, np. kręgosłupa, stawów kolanowych.
- Nowotwory - u otyłych częściej niż u szczupłych występują nowotwory macicy, sutka, pęcherzyka żółciowego, jelita grubego, prostaty.
- Zaburzenia oddychania w czasie snu - objawiające się m.in. zespołem hipowentylacji bądź bezdechu sennego.
- Żylaki kończyn dolnych - u osoby otyłej gorsze są warunki odpływu krwi z kończyn dolnych. Prowadzi to do nadmiernego wypełnienia krwią żył a w konsekwencji - do powstawania żylaków.
- Zaburzenia hormonalne i powikłania ciąży - częściej występują u otyłych kobiet.
- Zespół polimetaboliczny - zespół ogólnoustrojowych zaburzeń, na które składają się: otyłość wisceralna, upośledzona tolerancja glukozy, zwiększone stężenie insuliny, oporność na insulinę, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, choroba niedokrwienna serca [4].

U pacjenta przedstawionego w pracy rozpoznano również depresję. Depresją nazywamy zespół objawów obejmujących sferę emocjonalną, zachowanie i funkcjonowanie poznawcze. Długotrwale utrzymujące się przygnębienie powoduje obniżenie zdolności przezywania przyjemności, pesymistyczne myślenie, obniżenie aktywności życiowej, zaburzenia życia popędowego. Roczna

zachorowalność na zaburzenia depresyjne oceniana jest na około 3% [9].

Depresja jest zaburzeniem nastroju. Jednak poza objawami związanymi z nastrojem obserwuje się również zniekształcenie myślenia, problemy z motywacją oraz objawy fizyczne. Najczęściej leczenie depresji zawiera kombinację leków przeciwdepresyjnego i budowanie pozytywnej motywacji [10].

W prezentowanym przypadku pacjenta poza redukcją otyłości czy profilaktyką powikłań chorób przewlekłych, konieczne jest podtrzymanie i stymulowanie zdolności do osobistego rozwoju i radości z życia. Wielokierunkowe postępowanie pielęgniarskie powinno zmierzać nie tylko w kierunku łagodzenia dolegliwości związanych z chorobą, ale także poprawy funkcjonowania pacjenta, co za tym idzie, poprawy jakości życia.

Wnioski

– Pacjenci z otyłością zmagają się z wieloma chorobami przewlekłymi, które nie leczone prowadzą nawet do śmierci.

1. Angażowanie rodziny w opiekę i wspieranie pacjenta z wielochorobowością i otyłością sprzyja budowaniu jego motywacji w radzeniu sobie z chorobą, poprawie jego sprawności funkcjonalnej i jakości życia.

Bibliografia/Bibliography:

1. Jung A. Otyłość - choroba cywilizacyjna. Pediatr. Med. Rodz, 2014;10,3: 226–232.

2. Kózka M., Płaszewska- Żywko L. Diagnozy i interwencje pielęgniarskie. Podręcznik dla studiów medycznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.

3. Brzeziński M., Jankowski M., Kamińska B. Skuteczność wybranych medycznych i pozamedycznych metod prewencji i ograniczenia występowania nadwagi i otyłości. Endokrynologia, otyłość i zaburzenia odżywiania. 2012; 8, 4.

4. Tatoń J., Czech A., Bernas M. Otyłość. Zespół Metaboliczny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.

5. Kózka M., Płaszewska- Żywko L. Modele opieki pielęgniarskiej nad chorym dorosłym. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.

6. Kaszuba D., Nowicka A. Pielęgniarstwo kardiologiczne. Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 2011.

7. Szczeklik A., Choroby wewnętrzne. Medyczna Praktyka, Kraków 2011.

8. Jarosz M., Kłosiewicz- Latoszek L. Otyłość - zapobieganie i leczenie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.

9. Bilikiewicz A., Landowski L., Radziwiłłowicz B. Psychiatria. Repetytorium Wydanie 2. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.

10. Krupki- Matuszczyk J., Matuszczyka M., Psychiatria. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa. Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice 2007.

Artykuły poglądowe/Review

Higiena i pielęgnacja jamy ustnej u pacjentów z udarem mózgu

Hygiene and dental care of oral cavity in case of cerebral stroke patients

WOJCIECH LEŚNIAK[1,2], PAWEŁ WITT[3,4]

[1]Kliniczny Oddział Chirurgii Czaszkowo – Szczękowo – Twarzowej Kliniki Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej, Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa
[2]Miejskie Hospicjum Płockie, Płock
[3]Oddział Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Opieki Pooperacyjnej, Samodzielny Publiczny Dziecięcy Szpital Kliniczny, Warszawa
[4]Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego Collegium Medicum UMK

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2017.006
ISSN: 2451-1846

Streszczenie:

Udar mózgu stanowi druga po zawałach przyczynę zgonów na świecie. Zmaganie się z licznymi dolegliwościami, często bezpośrednio zagrażającemu życiu chorego, powoduje marginalizację potrzeb stomatologicznych pacjenta po udarze. Tymczasem stanowi to ważny element prewencji wtórnej udaru. Celem pracy jest przybliżenie specyfiki higieny jamy ustnej u pacjentów po udarze mózgu przebywających w warunkach szpitalnych.

Słowa kluczowe: udar mózgu, kserostomia, higiena jamy ustnej

Abstract:

The cerebral stroke constitutes the second, following myocardial infraction, cause of death in the world. The patient's struggling with numerous ailments,

pretty often the life-threatening ones, results in marginalization of their needs in terms of dental needs. Nonetheless, the dental hygiene should be perceived as a significant constituent of thesecondary prevention of cerebral stroke.
This paper aims to focus on the issue ofhygiene and dental care of oral cavityin case of patients who underwent cerebral stroke and are still staying in hospital.

Keywords: stroke, xerosthomia, oral cavity care

Wstęp

Udar mózgu stanowi drugą po zawałach serca przyczynę zgonów na świecie, szacunkowo co dziesiąty człowiek umrze z jego powodu. Połowa pacjentów, którzy przeżyją ostrą fazę udaru nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji i będzie wymagała pomocy osób trzecich. W Polsce orzeczenie o niepełnosprawności z tego tytułu otrzymuje blisko 2,5 tysiąca osób rocznie[1]. Oprócz profesjonalnej opieki pielęgniarskiej, a także pomocy ze strony lekarzy neurologów, pacjenci wymagają intensywnej rehabilitacji ruchowej, pomocy logopedy, wsparcia psychologicznego. Wśród rozlicznych problemów z jakimi musi zmierzyć się pacjent jak i zespół opiekujący się nim, są również dolegliwości związane z jamą ustną. W większości szpitali nie ma możliwości uzyskania pomocy ze strony higienistek stomatologicznych czy też lekarzy dentystów, dlatego celem pracy jest przybliżenie specyfiki higieny jamy ustnej wśród tej grupy chorych.

Udary mózgowe dzielimy na niedokrwienne, krwotoczne oraz przejściowy incydent niedokrwienny mózgu. Etiologia niedokrwienna stanowi ok 80-85% wszystkich udarów mózgowych, polega na trwającym ponad dobę niedokrwieniu tkanki mózgowej spowodowanym zakrzepem w tętnicy mózgowej bądź też przemieszczeniem materiału zatorowego z innych regionów. Udary krwotoczne stanowią ok 15-20%, wiążą się z krwawieniem śródczaszkowym i mają gwałtowniejszy i cięższy przebieg. Przejściowy atak niedokrwienny mózgu to zaburzenia o objawach podobnych do udaru, lecz mające charakter czasowy i ustępują przed upływem doby[1,2]. Opieka nad pacjentem wymaga podejścia

wielodyscyplinarnego, obejmująca w zależności od potrzeb leczenie na oddziale intensywnej terapii, następnie w opiece długoterminowej współpracę neurologów, geriatrów, urologów, okulistów, pielęgniarek, opiekunów osób niepełnosprawnych, rehabilitantów, logopedów, psychologów i psychiatrów. W zespole zajmującym się pacjentem udarowym powinno znaleźć się również miejsce dla higienistek i lekarzy dentystów [1,2,3]. Niestety w warunkach polskich, możliwość konsultacji na ogół istnieje tylko w ośrodkach, w których znajdują się oddziały chirurgii szczękowo-twarzowej i dotyczą głównie usunięcia zębopochodnych ognisk infekcji.

Leczenie fazy ostrej udaru często wymaga intubacji i leczenia na oddziale intensywnej terapii[2]. Właściwa higiena jamy ustnej w tym okresie ma duże znaczenie, gdyż flora bakteryjna bytująca w jamie ustnej może być źródłem zakażenia i prowadzić u osób zaintubowanych do respiratorowego zapalenia płuc. Sprzyja temu zaburzenie klirensu rzęskowego, blokowanie odruchu kaszlowego, zaś odsysanie wydzieliny z drzewa oskrzelowego może przenosić bezpośrednio patogeny z jamy ustnej do płuc [4]. Rurka intubacyjna uniemożliwia zamknięcie ust co sprzyja wysychaniu błony śluzowej jamy ustnej [2]. Diuretyki pętlowe, benzodiazepiny, niektóre leki przeciwpsychotyczne dodatkowo zaburzają produkcję śliny, upośledzając naturalne mechanizmy oczyszczania jamy ustnej [2, 4]. Sprzyja to powstawaniu owrzodzeń w obrębie jamy ustnej, odleżyn od sondy i rurki intubacyjnej, powstają nowe wrota zakażenia [2]. Mechaniczne oczyszczanie jamy ustnej, przynajmniej dwa razy dziennie, z wykorzystaniem szczoteczki i pasty do zębów zawierającej fluor, wsparte stosowaniem dwa-trzy razy dziennie wolnych od alkoholu płukanek zawierających chlorheksydynę oraz zmianą pozycji rurki intubacyjnej podczas toalety jamy ustnej mogą zmniejszyć ryzyko tych dolegliwości [2,4]. Powyższe zasady są obowiązujące również u pacjentów przebywających na oddziałach neurologicznych i rehabilitacji neurologicznej. Zaburzenia ruchomości języka i mięśni mimicznych twarzy, suchość jamy ustnej, sprzyjają zaleganiu resztek

pokarmowych. Sprzyja to rozwojowi próchnicy oraz odkładaniu płytki nazębnej i rozwijaniu się zapalenia przyzębia [2,3]. Dodatkowo stosowanie leków hipotensyjnych z rodziny blokerów kanału wapniowego oraz leków przeciwpadaczkowych może nasilać przerost dziąseł i nasilać procesy zapalne w obrębie przyzębia [5]. Dlatego w opiece nad pacjentem po udarze, także z mniejszym upośledzeniem ruchowym, ważna jest pomoc w mechanicznym oczyszczaniu zębów i błony śluzowej jamy ustnej z resztek pokarmowych, w miarę możliwości nie tylko szczoteczką ale również z użyciem nitki dentystycznej lub irygatora. Korzystne jest stosowanie płukanek zawierających fluor. Do rozważenia pozostaje zalecenie kontroli stomatologicznej pacjenta przy wypisie ze szpitala. Wizyty w poradni stomatologicznej początkowo powinny odbywać się raz na kwartał [2]. Warto o tym przypomnieć pacjentowi i osobom, które będą się opiekowały nim po opuszczeniu szpitala.

Kserostomia jest kolejnym objawem, który towarzyszy pacjentom po udarze. Poza wyżej wymienionymi zaleceniami należy pamiętać o odpowiednim nawodnieniu (minimum 2 litry płynów na dobę). Środki nawilżające należy stosować w zależności od potrzeb co 2-4 godziny. Najprostrzym sposobem jest wywar siemienia lnianego. Inne środki niefarmakologiczne to substancje do żucia takie jak suszone owoce, mrożone plastry ananasa, kostki lodu, bezcukrowe cukierki o smaku miętowym, gumy do żucia [2,6,7,8]. Na rynku farmakologicznym dostępne są także tabletki do ssania, zawierające 2-5% kwas cytrynowy oraz żele i spraye zawierające karboksymetylocelulozę i mucynę, działające powlekająco i nasilające wydzielanie śliny. Korzystne działanie może mieć także roztwór pilokarpiny [2,4,8]. Na zlecenie lekarskie można ja podawać w postaci 0,1% płukanki do pędzlowania jamy ustnej w roztworze: 15-20 kropli na szklankę wody, 2% roztwór 5 kropli doustnie 3xdziennie, 3x10mg doustnie bądź tez 10mg 1xdziennie podskórnie[6]. Należy jednak zwrócić uwagę na jej liczne działania niepożądane, które znacznie ograniczają zastosowanie tego leku do sytuacji wyjątkowo nasilonych

dolegliwości[7]. Działanie ślinopędne wykazuje także neostygmina, która można podawać 3x15mg doustnie bądź 0,25mg jednorazowo podskórnie lub domięśniowo, betanechol w dawce 3x25mg doustnie. Pomocne w zniesieniu dolegliwości mogą być także preparaty ambroksolu, bromheksytyny, N-acetylocysteina, karbocysteina, erdostelina i cewimelina [6,7]. W tym miejscu należy zwrócić uwagę, ze zalecane w różnych opracowaniach wyżej wymienione preparaty często nie maja rejestracji w Polsce.

Kserostomia wraz z upośledzeniem mechanicznego oczyszczania jamy ustnej sprzyja zakażeniom w obrębie jamy ustnej, przy czym najczęściej spotykanym patogenem jest Candida albicans . Regularne oczyszczanie jamy ustnej, wraz z płukaniem bądź pędzlowaniem roztworami zawierającymi chlorheksydynę stanowi podstawę w zapobieganiu, jak i leczeniu tej infekcji[9]. Dodatkowo, w przypadku zapalenia kątów ust warto rozważyć podanie w kremie lub maści preparatów wielowitaminowych. W tym jednak przypadku należy przypomnieć, iż zapalenie kątów ust może być spowodowane zaleganiem śliny – z powodu braku lub źle dopasowanych uzupełnień protetycznych. W powyższym przypadku zabiegi pielęgnacyjne mają charakter objawowy. Do rozważenia pozostaje poinformowanie pacjenta o tym przy opuszczeniu przez niego oddziału, aby kontynuował leczenie w poradni stomatologicznej. Bardziej zaawansowane stany zapalne jamy ustnej wymagają pędzlowania jamy ustnej zawiesiną nystatyny 2 400 000 IU 3–5 razy dziennie. Jeżeli konieczne staje się leczenie ogólne, lekarz może zlecić stosowanie flukonazolu 100–200 mg 1. dnia, następnie 50–100 mg/dobę przez 7–14 dni lub itrakonazolu 100–200 mg/dobę przez taki sam czas. W skrajnych przypadkach, gdy rozwija się drożdżyca układowa, można zastosować amfoterycynę B w dawce 0,25– 1,5 mg/kg m.c. dożylnie [8].

U osób z objawami dementywnymi po udarze obserwuje się samookaleczenie wynikające z bezwiednych parafunkcji jak przygryzanie warg, błony śluzowej policzka, bruksizmu. W okresie

pobytu chorego w szpitalu, gdzie nie jesteśmy w stanie wyeliminować węzłów urazowych ani wykonać silikonowej płytki relaksacyjnej, postępowanie siłą rzeczy ogranicza się do leczenia objawowego nadżerek. W sytuacji gdy okaleczenia są częste i rozległe należy rozważyć zastosowanie toksyny botulinowej celem relaksacji mięśni [10].

Wnioski

Udary mózgu stanowią jedną z głównych przyczyn niepełnosprawności, a opieka nad pacjentami nimi dotkniętymi stanowi wyzwanie dla pielęgniarek, lekarzy i rzeszy specjalistów z innych dziedzin medycyny, fizjoterapii i psychologii. Zmaganie się z licznymi dolegliwościami, często bezpośrednio zagrażającemu życiu chorego, powoduje marginalizację potrzeb stomatologicznych pacjenta po udarze. Ich uwzględnienie sprzyja prewencji wtórnej udaru, może zapobiec rozwojowi powikłań związanych z wczesnym i późnym okresem poudarowym, poprawia także jego komfort życia. Nie mogąc zaradzić na wszystkie problemy pacjenta należy dążyć do ich zmniejszenia oraz zalecić pacjentowi, o ile to możliwe, dalsze leczenie pod opieka poradni stomatologicznej.

Bibliografia/Bibliography:

1. Sierpiński R. Długoterminowy monitoring rytmu serca: diagnostyka udarów mózgu – nowe możliwości. Rynek Zdrowia. 2015;6: 64.

2. Mannen J. Oral Health and Stroke. Dimension of Dental Hygiene. 2012;10(7):50-52.

3. Straka M., Trapezanlidis M. Periodontitis and stroke. Neuroendocrinology Letters. 2013;34(3):200-106.

4. Mędrzycka-Dąbrowska W., Dąbrowski S., Basiński A. Aktualne zalecenia w pielęgnacji jamy ustnej u pacjentów zaintubowanych i wentylowanych mechanicznie – przegląd piśmiennictwa. Anestezjologia i Ratownictwo. 2012;6:221-230.

5. Kowalski J. Lekopochodny przerost dziąseł – przegląd literatury. Nowa Stomatologia. 2010;4:180-182.

6. Łabij-Reduta B., Żółtko J., Borawski J., Naumnik B. Suchość jamy ustnej pacjentów przewlekle dializowanych znaczenie, diagnostyka, leczenie. Nefrologia i Dializoterapia Polska. 2015;19(1):50-54.

7. Villa A., Connel Ch., Abati S. Diagnosis and management of xerostomia and hyposalvation. Therapeutics and Clinical Risk Management. 2015;11:45-51.

8. Leśniak W., Doboszyńska A. Problemy stomatologiczne pacjentów z uogólnioną choroba nowotworowa. Medycyna Paliatywna. 2011;2:76-80.

9. Eun-Kyong K., Sung-Ho J., Youn-Hee Ch., Kyeong-Soo L., Young-Jae K., Sung-Ho K., Hee-Kyung L. Effect of an Oral Hygienic Care Program for Stroke Patients in the Intensive Care Unit. Yonsei Medical Journal. 2014; 55(1):240-246.

10. Kallas M.S., da Silva Santos P.S., da Costa Pereira Jales S.M., Parsons H.A. Dental Management of Oral Self-Injury in a Stroke Patient: Case Report and Literature Review. Palliative Care and Medicine. 2013;3(5):163.