

Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Poznan University of Medical Sciences



Wydział Nauk o Zdrowiu
Faculty of Health Sciences



PIEŁĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

KWARTALNIK / QUARTERLY

**Nr 3 (69)
9/2018**

Indeksowane w / Indexed in:
Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego/
Ministry of Science and Higher Education – 6,0;
Index Copernicus Value (ICV) – 72,60



PIELĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

Skrót tytułu czasopisma/Abbreviated title:

Piel Pol.

Copyright © Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ISSN 0860-8466

eISSN 2450-0755

Korekta/Proofreading:

Barbara Grabowska-Fudala

Barbara Błażejczak

Korekta tekstów w j. ang./Language editor:

Agata Dolacińska-Śróda

Skład komputerowy/Desktop publishing:

Beata Łakomiak

Projekt okładki/Cover project:

Bartłomiej Wąsiel

Sprzedaż/Distribution and subscription:

Punkt Sprzedaży Wydawnictw Naukowych UMP

60-356 Poznań, ul. Przybyszewskiego 37a

tel. (phone)/fax: +48 61 854 74 14

e-mail: sprzedazwydawnictw@ump.edu.pl

Redakcja deklaruje, że wersja papierowa

„Pielęgniarstwa Polskiego” jest wersją pierwotną (referencyjną)

Editorial Staff declares that printed version

of 'Polish Nursing' is the original version (reference)

WYDAWNICTWO NAUKOWE UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO

IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU

60-812 Poznań, ul. Bukowska 70

tel./fax: 61 854 71 51

www.wydawnictwo.ump.edu.pl

Ark. wyd. 8,5. Ark. druk. 11,8.

Format A4. Zam. nr 158/18.

Druk ukończono we wrześniu 2018.



KOLEGIUM REDAKCYJNE

Redaktor Naczelny

dr hab. Krystyna Jaracz, prof. UM

Zastępcy Redaktora Naczelnego

dr hab. Krystyna Górna, prof. UM

dr hab. Danuta Dyk

dr hab. Małgorzata Kotwicka, prof. UM

Sekretarz Naukowy

dr n. med. Barbara Grabowska-Fudala

Sekretarz Redakcji

dr n. med. Barbara Grabowska-Fudala

RADA NAUKOWA

prof. Vincenzo Antonelli

dr hab. Grażyna Bączyk

prof. Merita Berisha

mgr Regina Bisikiewicz

prof. Antonio Cicchella

prof. Susumu Eguchi

dr hab. Aleksandra Gaworska-Krzemińska

dr Barbara Grabowska-Fudala

dr hab. Elżbieta Grochans

dr Aleksandra Gutysz-Wojnicka

prof. Lotte Kaba-Schönstein

doc. Helena Kadučáková

mag. Karin Klas

prof. Christina Koehlen

dr hab. Maria Kózka

dr Halyna Krytska

dr hab. Anna Ksykiewicz-Dorota

dr hab. Joanna Lewko

prof. Mária Machalová

dr hab. Ludmiła Marcinowicz

prof. dr hab. Ewa Nemcová

dr Jana Nemcová

prof. dr hab. Grażyna Nowak-Starz

dr hab. Beata Pięta prof. UM

prof. Hildebrand Ptak

prof. dr hab. Joanna Rosińczuk

Silvia Scelsi

prof. dr hab. Maria T. Szewczyk

prof. dr hab. Arkadii Shulhai

dr hab. Robert Ślusarz

dr Dorota Talarska

dr hab. Monika Urbaniak prof. UM

dr Frans Vergeer

dr hab. Ewa Wilczek-Rużyczka

dr Katarína Žiaková

LUISS Guido Carli di Roma (Włochy)

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

University of Prishtina (Kosowo)

European Association of Service Providers for

Persons with Disabilities (EASPD)

University of Bologna (Włochy)

Graduate School of Biomedical Sciences, Nagasaki University

(Japonia)

Gdański Uniwersytet Medyczny (Polska)

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

Pomorski Uniwersytet Medyczny (Polska)

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie (Polska)

Hochschule Esslingen (Niemcy)

Katolícka Univerzita v Ružomberku (Słowacja)

Studiengangsleitung Gesundheits- und Krankenpflege, IMC FH Krems (Austria)

Evangelische Hochschule Berlin (Niemcy)

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum (Polska)

Państwowy Uniwersytet Medyczny im. I. Ya. Horbaczewskiego

w Tarnopolu (Ukraina)

Uniwersytet Medyczny w Lublinie (Polska)

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku (Polska)

Prešovská Univerzita (Słowacja)

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku (Polska)

Comenius University in Bratislava (Słowacja)

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach (Polska)

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

Evangelische Hochschule Berlin (Niemcy)

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu (Polska)

Vice president of Aniasi, Director of nursing and health professions department,

Children's Hospital "G. Gaslini" Genoa (Włochy)

Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu (Polska)

Państwowy Uniwersytet Medyczny im. I. Ya. Horbaczewskiego

w Tarnopolu (Ukraina)

Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu (Polska)

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

Fontys Hogescholen (Holandia)

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza-Modrzewskiego (Polska)

Comenius University in Bratislava (Słowacja)

ADRES REDAKCJI

Pielęgniarstwo Polskie

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego

im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ul. Smoluchowskiego 11, 60-179 Poznań

tel.: 61 861 22 67, fax: 61 861 22 66

e-mail: pielęgniarstwopolskie@ump.edu.pl

www.pielęgniarstwo.ump.edu.pl



PIELĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

REDAKTORZY TEMATYCZNI

mgr Katarzyna Gołębiowska
dr Katarzyna Plagens-Rotman
dr Joanna Stanisławska
mgr Renata Szpalik

REDAKTOR STATYSTYCZNY

dr inż. Renata Rasińska

LISTA RECENZENTÓW

dr Agnieszka Bańkowska
dr hab. Grażyna Bączyk
dr Benedykt Bober
prof. Antonio Cicchella
dr Justyna Cwajda-Białasik
dr Józefa Czarnecka
dr Grażyna Czerwiak
dr hab. Joanna Gotlib
dr Grażyna Iwanowicz-Palus
doc. Helena Kadučáková
Douglas Kemerer
dr Ewa Kobos
dr Halina Król
dr Urszula Kwapisz
dr Włodzimierz Łojewski
prof. Mária Machalová
prof. Anders Møller Jensen
prof. dr hab. Henryk Mruk
dr Jana Nemcová
dr inż. Iwona Nowakowska
dr Jan Nowomiejski
dr Piotr Pagórski
prof. dr hab. Mariola Pawlaczyk
dr hab. Beata Pięta prof. UM
dr Wojciech Grzegorz Polak
Otilie Rung
dr Zofia Sienkiewicz
dr Beata Skokowska
dr Ewa Szykiewicz
dr Dorota Talarska
dr hab. Monika Urbaniak prof. UM
dr Aleksandra Zielińska
dr Katarína Žiaková
prof. Klaudia J. Ćwiękała-Lewis

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
NZOZ Nadmorskie Centrum Rehabilitacji (Polska)
University of Bologna (Włochy)
Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu (Polska)
Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach (Polska)
Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)
Uniwersytet Medyczny w Lublinie (Polska)
Katólická Univerzita v Ružomberku (Słowacja)
Nursing Clinical Instructor at York County School of Technology (USA)
Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Prešovská Univerzita (Słowacja)
VIA University College Denmark (Dania)
Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu (Polska)
Comenius University in Bratislava (Słowacja)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
University Medical Center Rotterdam (Holandia)
The University of Arizona College of Nursing (USA)
Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Comenius University in Bratislava (Słowacja)
Faculty at Health Sciences and Nursing, Phoenix University (USA)

PIEŁĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING



EDITORIAL BOARD

Editor-in-Chief

Krystyna Jaracz

Vice Editor-in-Chief

Krystyna Górna
Danuta Dyk
Małgorzata Kotwicka

EDITORIAL ADVISORY BOARD

Vincenzo Antonelli
Grażyna Bączyk
Merita Berisha
Regina Bisikiewicz

Antonio Cicchella
Susumu Eguchi

Aleksandra Gaworska-Krzemińska
Barbara Grabowska-Fudala
Elżbieta Grochans
Aleksandra Gutysz-Wojnicka
Lotte Kaba-Schönstein
Helena Kadučáková
Karin Klas
Christina Koehlen
Maria Kózka
Halyna Krytska
Anna Ksykiewicz-Dorota
Joanna Lewko
Mária Machalová
Ludmiła Marcinowicz
Ewa Mojs
Jana Nemcová
Grażyna Nowak-Starz
Beata Pięta
Hildebrand Ptak
Joanna Rosińczuk
Silvia Scelsi

Maria T. Szewczyk

Arkadii Shulhai
Robert Ślusarz

Dorota Talarska
Monika Urbaniak
Frans Vergeer
Ewa Wilczek-Rużyczka
Katarína Žiaková

Scientific Secretary

Barbara Grabowska-Fudala

Editorial Secretary

Barbara Grabowska-Fudala

LUISS Guido Carli di Roma (Italy)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
University of Prishtina (Kosowo)
European Association of Service Providers for Persons with Disabilities (EASPD)
University of Bologna (Italy)
Graduate School of Biomedical Sciences, Nagasaki University (Japan)
Medical University of Gdańsk (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Pomeranian Medical University in Szczecin (Poland)
University of Warmia and Mazury in Olsztyn (Poland)
Hochschule Esslingen (Germany)
Katolícka Univerzita v Ružomberku (Slovakia)
Studiengangsleitung Gesundheits- und Krankenpflege, IMC FH Krems (Austria)
Evangelische Hochschule Berlin (Germany)
Jagiellonian University Collegium Medicum (Poland)
Ternopil State Medical University (Ukraine)
Medical University of Lublin (Poland)
Medical University of Białystok (Poland)
Prešovská Univerzita (Slovakia)
Medical University of Białystok (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Comenius University in Bratislava (Slovakia)
Jan Kochanowski University in Kielce (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Evangelische Hochschule Berlin (Germany)
Wrocław Medical University (Poland)
Vice president of Aniasi, Director of nursing and health professions department, Children's Hospital "G. Gaslini" Genoa (Italy)
Nicolaus Copernicus University Ludwik Rydygier Collegium Medicum (Poland)
Ternopil State Medical University (Ukraine)
Nicolaus Copernicus University Ludwik Rydygier Collegium Medicum (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Fontys Hogescholen (Holland)
Andrzej Frycz Modrzewski Krakow University (Poland)
Comenius University in Bratislava (Slovakia)

EDITOR'S ADDRESS

Polish Nursing
The Faculty of Health Sciences
Poznan University of Medical Sciences
11 Smoluchowskiego Str., 60-179 Poznań, Poland
phone: +48 61 861 22 67, fax: +48 61 861 22 66
e-mail: pielegniarstwopolskie@ump.edu.pl
www.pielegniarstwo.ump.edu.pl



PIELĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

THEMATIC EDITORS

Katarzyna Gołębiowska
Katarzyna Plagens-Rotman
Joanna Stanisławska
Renata Szpaliak

Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)

STATISTICAL EDITOR

Renata Rasińska

THE LIST OF THE REVIEWERS

Agnieszka Bańkowska
Grażyna Bączyk
Benedykt Bober
Antonio Cicchella
Justyna Cwajda-Biaśasik
Józefa Czarnecka
Grażyna Czerwiak
Joanna Gotlib
Grażyna Iwanowicz-Palus
Helena Kadučáková
Douglas Kemerer
Ewa Kobos
Halina Król
Urszula Kwapisz
Włodzimierz Łojewski
Mária Machalová
Anders Møller Jensen
Henryk Mruk
Jana Nemcová
Iwona Nowakowska
Jan Nowomiejski
Piotr Pagórski
Mariola Pawlaczyk
Beata Pięta
Wojciech Grzegorz Polak
Otilie Rung
Zofia Sienkiewicz
Beata Skokowska
Ewa Szykiewicz
Doroła Talarska
Monika Urbaniak
Aleksandra Zielińska
Katarína Žiaková
Klaudia J. Cwiękała-Lewis

Nicolaus Copernicus University Collegium Medicum (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Seaside Rehabilitation Centre (Poland)
University of Bologna (Italy)
Collegium Medicum in Bydgoszcz Nicolaus Copernicus University in Toruń
Medical University of Warsaw (Poland)
Jan Kochanowski University in Kielce (Poland)
Medical University of Warsaw (Poland)
Medical University of Lublin (Poland)
Katólicka Univerzita v Ružomberku (Slovakia)
Nursing Clinical Instructor at York County School of Technology (USA)
Medical University of Warsaw (Poland)
Jan Kochanowski University in Kielce (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Prešovská Univerzita (Slovakia)
VIA University College Denmark (Denmark)
Poznan University of Economics (Poland)
Comenius University in Bratislava (Slovakia)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
University Medical Center Rotterdam (Holland)
The University of Arizona College of Nursing (USA)
Medical University of Warsaw (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Nicolaus Copernicus University Collegium Medicum (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Comenius University in Bratislava (Slovakia)
Faculty at Health Sciences and Nursing, Phoenix University (USA)

■ SPIS TREŚCI

Od redaktora 239

PRACE ORYGINALNE

Marta Ołpińska-Lischka, Janusz Maciaszek

Stopień nasilenia objawów okołomenopauzalnych a bezsenność u niemieckich kobiet 241

Łukasz Michał Nurkowski, Edyta Zbroch, Eliza Nurkowska

Analiza postępowania wobec pacjentów zgłaszających się do szpitalnego oddziału ratunkowego z powodu wysokich wartości ciśnienia tętniczego 247

Ewelina Kimszal, Bożena Kulesza-Brończyk

Edukacja młodzieży w zakresie metod planowania rodziny 255

Mirosław Smoleń, Edyta Monika Kędra

Plany zawodowe studentów kierunku Pielęgniarstwo Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu 262

Renata Jadwiga Łukasik, Elżbieta Jędrkiewicz

Czynniki wpływające na odczucia bólowe pacjentów po zabiegu hemikolektomii 269

Maria Kózka, Ewelina Gibadło, Marlena Padykuła

Uwarunkowania występowania zaburzeń funkcji poznawczych u pacjentów w wieku geriatrycznym hospitalizowanych w oddziale chorób wewnętrznych 277

PRACE POGLĄDOWE

Agnieszka Nowaczyk, Katarzyna Plagens-Rotman, Maria Połocka-Molińska

Poród martwego płodu – wpływ na psychikę kobiety 284

Ewelina Kimszal, Klaudia Kurowska

Jak zabieg mastektomii wpływa na kobiecą psychikę? 293

Karolina Janion, Katarzyna Walkiewicz, Angelika Copija, Ewa Nowakowska-Zajdel

Praktyczne zalecenia żywieniowe w trakcie chemioterapii u chorych na nowotwory przewodu pokarmowego 298

Dorota Ługowska, Alicja Wodecka-Paszko, Urszula Karna-Matyjaszek, Zofia Mariak

Stwardnienie rozsiane a narząd wzroku – co na ten temat powinna wiedzieć pielęgniarka? 305

Maria Połocka-Molińska, Anna Wiercioch, Katarzyna Plagens-Rotman

Poród po leczeniu niepłodności metodami naprotechnologii 310

INFORMACJE

Wskazówki dla autorów 319

■ CONTENTS

Editor's note	240
-------------------------	-----

ORIGINAL PAPERS

<i>Marta Ołpińska-Lischka, Janusz Maciaszek</i> Degree of perimenopause symptoms and insomnia in german women	241
--	-----

<i>Łukasz Michał Nurkowski, Edyta Zbroch, Eliza Nurkowska</i> Analysis of dealing with patients referring to the hospital rescue unit due to high blood pressure	247
---	-----

<i>Ewelina Kimszal, Bożena Kulesza-Brończyk</i> Educating young people about family planning methods	255
---	-----

<i>Mirostław Smoleń, Edyta Monika Kędra</i> Professional plans of nursing students of The Opole Medical School	262
---	-----

<i>Renata Jadwiga Łukasik, Elżbieta Jędrkiewicz</i> The factors affecting pain sensation in patients post hemicolectomy	269
--	-----

<i>Maria Kózka, Ewelina Gibadło, Marlena Padykuła</i> Determinants of cognitive disorders in elderly patients hospitalised at an <i>internal medicine ward</i>	277
---	-----

REVIEW PAPERS

<i>Agnieszka Nowaczyk, Katarzyna Plagens-Rotman, Maria Połocka-Molińska</i> Stillbirth and its influence on the women's psyche	284
---	-----

<i>Ewelina Kimszal, Klaudia Kurowska</i> How does mastectomy affect a woman's psyche?	293
--	-----

<i>Karolina Janion, Katarzyna Walkiewicz, Angelika Copija, Ewa Nowakowska-Zajdel</i> Practical nutritional recommendations during chemotherapy in patients with gastrointestinal neoplasms	298
---	-----

<i>Dorota Ługowska, Alicja Wodecka-Paszko, Urszula Karna-Matyjaszek, Zofia Mariak</i> Multiple sclerosis and the visual system –what should the nurse know about this?	305
---	-----

<i>Maria Połocka-Molińska, Anna Wiercioch, Katarzyna Plagens-Rotman</i> Delivery after infertility treatment methods of naprotechnology	310
--	-----

INFORMATION

Guidance for authors	319
--------------------------------	-----

■ OD REDAKTORA

Szanowni Czytelnicy,

w imieniu Komitetu Naukowego mamy przyjemność zarekomendować Państwu kolejny numer „Pielęgniarstwa Polskiego”, który zawiera sześć prac oryginalnych i pięć artykułów poglądowych. Prace te są poświęcone ważnym problemom klinicznym oraz różnym aspektom zawodu pielęgniarского i opieki pielęgniarской.

W szczególności chcemy zwrócić Państwa uwagę na trzy artykuły. Wszystkie poświęcone są zdrowiu kobiety. Pierwszy z nich, autorstwa Marty Ołpińskiej-Lischka i Janusza Maciaszka, przedstawia interesujące wyniki badań na temat związku pomiędzy objawami okołomenopauzalnymi i bezsennością u niemieckich kobiet. Dwie kolejne prace, obie poglądowe, omawiają problemy zdrowia psychicznego. Agnieszka Nowaczyk i wsp., autorki pierwszej z nich, analizują wpływ urodzenia martwego płodu na psychikę kobiety. Ewelina Kimszal i Klaudia Kurowska, autorki kolejnego rekomendowanego artykułu, przedstawiają zagadnienie mastektomii i jej wpływu na psychikę kobiety.

Mamy nadzieję, że te i wszystkie pozostałe prace wzbudzą zainteresowanie wśród personelu medycznego, badaczy, studentów kierunków medycznych i przedstawicieli innych, pokrewnych dziedzin.

Jednocześnie serdecznie zachęcamy Państwa do zgłaszania prac oryginalnych, poglądowych i opisów przypadku w celu ich publikacji w „Pielęgniarstwie Polskim”. Manuskrypty można przesyłać drogą elektroniczną poprzez panel redakcyjny dostępny na oficjalnej stronie internetowej czasopisma: <http://www.pielęgniarstwo.ump.edu.pl/>.

Życzymy Państwu przyjemnej lektury jesiennego wydania naszego czasopisma.

*Dr hab. Krystyna Jaracz, prof. UM
Redaktor Naczelna
Dr Barbara Grabowska-Fudala
Sekretarz Naukowy*

■ EDITOR'S NOTE

Dear Readers,

on behalf of the Scientific Committee, we are pleased to recommend you the next issue of the 'Polish Nursing'. It contains six original papers and five review papers. The papers are devoted to significant clinical problems and different aspects of nursing care and the nursing profession.

In particular, we would like to draw your attention to three articles, all addressing issues related to women's health. The first one, authored by Marta Ołpińska-Lischka and Janusz Maciaszek, presents results of an interesting study on relationships between perimenopause symptoms and insomnia among German women. The next two papers, both reviews, discuss important psychological problems. The first of them, authored by Agnieszka Nowaczyk and co-authors, addresses an influence of stillbirth on women's psyche. The second paper by Ewelina Kimszal and Klaudia Kurowska deals with mastectomy and its effect on a woman's psyche.

We hope that these three and all the remaining papers will find their readership among health professionals, researchers, students of medical universities, as well as representatives of other related fields.

At the same time, we would like to cordially encourage you to submit original articles, reviews and case reports for publication in the 'Polish Nursing'. Manuscripts can be submitted online, through the editorial system available at the official journal website at <http://www.pielęgniarstwo.ump.edu.pl/>.

We wish you a pleasant reading of the autumn issue of our journal.

*Assoc. Prof. Krystyna Jaracz, PhD
Editor in Chief
Barbara Grabowska-Fudala, PhD
Scientific Secretary*

STOPIEŃ NASILENIA OBJAWÓW OKOŁOMENOPAUZALNYCH A BEZSENNOŚĆ U NIEMIECKICH KOBIEC

DEGREE OF PERIMENOPAUSE SYMPTOMS AND INSOMNIA IN GERMAN WOMEN

Marta Ołpińska-Lischka, Janusz Maciaszek

Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2018.29>

STRESZCZENIE

Wprowadzenie. Premenopauza występuje około 40 roku życia i jest początkowym okresem klimakterium. Jedną z najczęściej pojawiających się dolegliwości klimakterycznych jest bezsenność.

Cel. Celem pracy była ocena stopnia występowania bezsenności związanej z nasileniem objawów okołomenopauzalnych wśród niemieckich kobiet.

Materiał i metody. Sondaż diagnostyczny przeprowadzono za pomocą dwóch kwestionariuszy. Stopień nasilenia objawów menopauzalnych oceniono przy użyciu skali *Menopausal Rating Scale* (MRS), natomiast bezsenność oceniana była za pomocą kwestionariusza *Regensburg Insomnia Scale* (RIS).

Wyniki. Uzyskany współczynnik rang Spearmana wskazuje na istotną współzależność między bezsennością a objawami psychicznymi ($R = 0,41$; $p = 0,0005$) i są to objawy, które są najbardziej nasilone w badanej grupie. Wykazano również niską korelację między objawami somatycznymi a bezsennością ($R = 0,34$; $p = 0,0046$). Nie stwierdzono zależności pomiędzy bezsennością a objawami urologicznymi.

Wnioski. Problem bezsenności zależy od wielu czynników. Nasze badania potwierdziły, że psychiczne i somatyczne objawy menopauzy mają związek z bezsennością.

SŁOWA KLUCZOWE: perimenopauza, zaburzenia snu, dolegliwości menopauzalne.

ABSTRACT

Introduction. Perimenopause occurs around the age of 40 and is the initial period of climacteric. One of the most common climacteric complaints is the appearance of insomnia.

Aim. The aim of the study was to assess the incidence of insomnia associated with perimenopausal symptoms among German women.

Material and methods. A diagnostic survey was conducted using two questionnaires. The severity of menopausal symptoms was assessed using the *Menopausal Rating Scale* (MRS) and insomnia was assessed using the *Regensburg Insomnia Scale* (RIS).

Results. The obtained Spearman coefficient shows a moderate correlation between insomnia and psychological symptoms ($R = 0.41$; $p = 0.0005$) and these are the symptoms that are most severe in the study group. The results also showed a low correlation between somatic symptoms and insomnia ($R = 0.34$; $p = 0.0046$). There was no relationship between insomnia and urological symptoms.

Conclusions. The problem of insomnia depends on many factors. Our research has confirmed that psychological and somatic symptoms of menopause are associated with insomnia.

KEYWORDS: perimenopause, sleep disorders, menopause symptoms.

Wprowadzenie

Menopauza jest naturalnym stanem fizjologicznym, ale może wymagać intensywnego nadzoru i opieki lekarskiej. Objawia się zazwyczaj u kobiet między 45. a 55. rokiem życia i oznacza ostatnie krwawienie miesięczne utrzymujące się od ponad roku [1]. Menopauzę dzieli się na następujące podokresy: premenopauza (okres przejściowy), perimenopauza (okres okołomenopauzalny), właściwą menopauzę i okres postmenopauzalny. Premenopauza występuje około 40. roku życia i jest początkowym okresem klimakterium. W czasie perimenopauzy często stwierdza się obniżenie poziomu estrogenu i progesteronu. Okres postmenopauzalny oznacza czas liczony od zaprzestania miesiączkowania [1, 2].

Jedną z najczęściej pojawiających się dolegliwości klimakterycznych to bezsenność. Bezsenność jest szczególnie powszechna u kobiet przechodzących z okresu premenopauzalnego do perimenopauzalnego [3]. Największy odsetek kobiet zgłaszających problemy ze snem to kobiety po 40. roku życia [4]. W okresie okołomenopauzalnym na bezsenność cierpi 40–60% kobiet [5]. Young i wsp. wykazali, że kobiety w okresie okołomenopauzalnym i postmenopauzalnym były dwa razy bardziej niezadowolone ze swojego snu niż kobiety przed menopauzą [6]. Prawdopodobnie główną przyczyną są tu zmiany hormonalne spowodowane spadkiem wydzielania progesteronu i estrogenu przez jajniki. Ponadto estrogen wpływa na sen REM

i skraca latencję I stadium snu. Progesteron ma wpływ na sen NREM, skracając latencję I stadium [7].

Nasilenie objawów klimakterycznych jest indywidualnie zróżnicowane i zdarza się, że niekiedy przemiany są niezauważalne. Często jednak zmiany hormonalne, które zachodzą w tym okresie, mają wpływ na sen, zaburzając go, co pogarsza jakość życia. W okresie menopauzy kobiety często są rozdrażnione, mają słabą koncentrację i wahania nastroju, a także deklarują problemy somatyczne. Czynniki klimatyczne, rasowe i kulturowe mogą wpływać na częstość i intensywność występowania objawów klimakterycznych [8].

Cel

Celem pracy była ocena stopnia występowania bezsenności związanej z nasileniem objawów okołomenopauzalnych wśród niemieckich kobiet.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono za pomocą kwestionariusza *online*, w którym wzięto udział 66 kobiet w okresie perimenopauzy pochodzących z Niemiec.

Sondaż diagnostyczny przeprowadzono za pomocą dwóch kwestionariuszy. Stopień nasilenia objawów menopauzalnych oceniono przy użyciu opracowanej przez Heinemann [9] *Menopausal Rating Scale* (MRS). Jest to narzędzie służące do określenia stopnia nasilenia objawów menopauzalnych. Skala umożliwia szybką ocenę diagnostyki klimakterycznego syndromu. Zaletą kwestionariusza jest fakt, że pacjentki mają więcej czasu na zrozumienie pytań i nie są negatywnie zaskoczone pytaniami, na które mogłyby odpowiedzieć nieprawdźliwie. Zauważono, że podczas wywiadu z lekarzem, kiedy padały pytania o dolegliwości związane ze stawami i mięśniami, pacjentki deklarowały częściej te dolegliwości niż podczas wypełniania ankiety [10].

Kwestionariusz zawiera 11 pytań dotyczących objawów menopauzy, a ich nasilenie oceniane jest na 5-stopniowej skali Likerta przy użyciu punktacji od 0 do 4. Punkt 0 oznacza brak objawów, 1 – objawy łagodne, 2 – umiarkowane, 3 – poważne, 4 – bardzo poważne. Maksymalny wynik to 44 punkty. Skala podzielona jest na trzy podskale: psychologiczną (nastój depresyjny, drażliwość, lęk, wyczerpanie fizyczne i umysłowe), somatyczno-vegetatywną (pocenie się, uderzenia gorąca, kłopoty z sercem, problemy ze snem, dyskomfort związany z mięśniami i stawami) i urologiczną (problemy seksualne, problemy z pęcherzem, suchość pochwy).

W celu zbadania bezsenności wykorzystano niemiecką skalę *Regensburg Insomnia Scale* (RIS). Narzędzie rejestruje psychologiczne objawy bezsenności, takie jak niepokój i myślenie związane ze snem oraz jakość snu, ilościowe parametry snu i zażywanie tabletek nasennych. W kwestionariuszu występuje 10 pytań, które odnoszą się do typowych objawów bezsenności. Maksymalna liczba punktów to 40. Zastosowanie tego narzędzia pozwala wykryć bezsenność pierwotną. Skala może być stosowana zarówno w codziennej praktyce klinicznej, jak i w badaniach naukowych [11].

Analizę statystyczną danych przeprowadzono, wykorzystując współczynnik korelacji rang Spearmana. Normalność rozkładów badanych parametrów weryfikowano testem Shapiro-Wilka, przyjmując poziom istotności statystycznej $p < 0,05$.

Wyniki

Średnia wieku badanych wynosiła 50 lat ($M = 51$, $SD = 3,74$). BMI u badanych kobiet wahał się od 19 do 41 kg/m^2 i średnio wynosił 29 kg/m^2 (**Tabela 1**).

Tabela 1. Charakterystyka grupy badanej
Table 1. Characteristics of the study group

Zmienna/ Variables	N	Śred- nia/ Mean	Media- na/ Median	Mini- mum/ Mini- mum	Maksi- mum/ Maxi- mum	Dolny kwartył/ Lower quartile	Górny kwartył/ Upper quartile	Odch. standard./ Standard deviation
Wiek/ Age	66	50,87	51	41	60	49	52	3,74
Masa ciała/ Height	66	80,80	78	54	120	68	93	16,70
Wysokość ciała/ Weight	66	167,45	168	156	180	163	172	6,18
BMI	66	29	27	19	41	25	33	5

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Wykazano, że najczęściej występującym objawem w stopniu poważnym (3 pkt w skali od 0 do 4) były dolegliwości związane ze snem ($x = 3,48$ pkt). Zdecydowana większość dolegliwości występowała na poziomie umiarkowanym (2 pkt), a w tym przedziale najczęściej odczuwalnymi objawami były dolegliwości związane z depresyjnym nastrojem ($x = 2,91$ pkt) oraz problemami seksualnymi ($x = 2,77$ pkt). Najrzadziej występującymi objawami były dolegliwości związane z sercem ($x = 2,14$). Szczegółowe wyniki zawarto w **tabeli 2**.

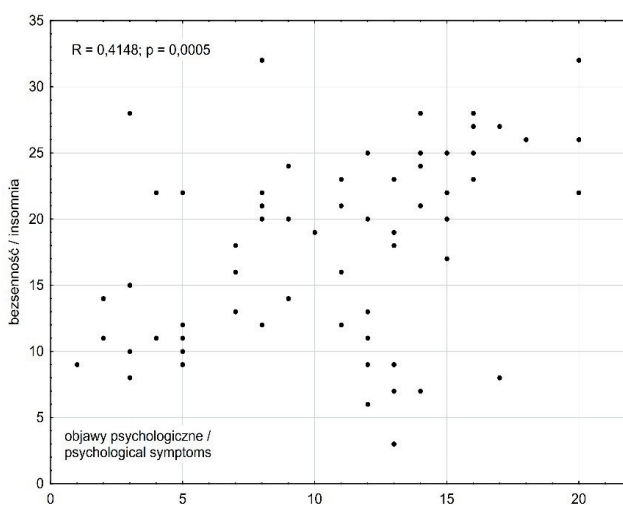
Tabela 2. Nasilenie występowania objawów menopauzalnych u kobiet z Niemiec
Table 2. Degree of perimenopause symptoms and insomnia in German women

Objawy/ Symptoms	N	Średnia/ Mean	M+/-SD	Minimum/ Minimum	Maksimum/ Maximum	Moda/ Mode	Liczność mody/Number of modal value	Poziom istotności/ Level of significance
1. Uderzenia gorąca, pocenie się/ Hot flashes, sweating	66	2,67	3,00+/-1,42	0	5	4	20	0,0002
2. Kłopoty z sercem/Heart discomfort	66	2,14	2,00+/-1,83	0	5	0	18	<0,0001
3. Problemy ze snem/Sleep problems	66	3,48	4,00+/-1,09	0	5	4	36	<0,0001
4. Nastrój depresyjny/ Depressive mood	66	2,91	3,00+/-1,53	0	5	4	19	0,0002
5. Drażliwość/Irritability	66	2,51	2,00+/-1,32	0	5	2	19	0,0029
6. Lęk/Anxiety	66	2,44	2,50+/-1,73	0	5	4	14	0,0001
7. Wyczerpanie fizyczne i umysłowe/ Physical and mental exhaustion	66	2,74	3,00+/-1,37	0	5	2	18	0,0011
8. Problemy seksualne/ Sexual problems	66	2,77	3,00+/-1,68	0	5	4	15	0,0001
9. Problemy z pęcherzem/ Bladder problems	66	2,47	3,00+/-1,77	0	5	4	14	<0,0001
10. Suchość pochwy/ Dryness of vagina	66	2,24	2,00+/-2,03	0	5	0	22	<0,0001
11. Dyskomfort związany ze stawami i mięśniami/Joint and muscular di- scomfort	66	2,74	3,00+/-1,55	0	5	3	17	0,0004

Źródło: opracowanie własne
 Source: author's own analysis

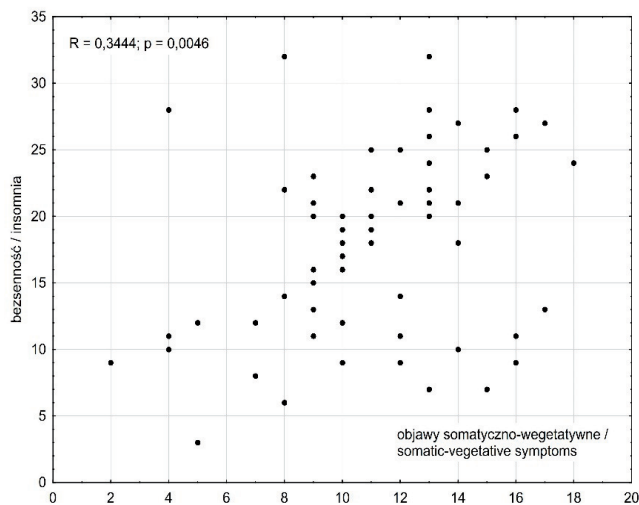
Uzyskany współczynnik rang Spearmana wskazuje na umiarkowaną, istotną współzależność między bezsennością a objawami psychicznymi ($R = 0,41$; $p = 0,0005$) i są to objawy, które są najbardziej nasilone w badanej grupie (**Rycina 1**). Wykazano również na niską, ale statystycznie istotną korelację między objawami somatycznymi a bezsennością ($R = 0,34$; $p = 0,0046$) (**Rycina 2**). Nie stwierdzono natomiast statystycznych zależności pomiędzy bezsennością a objawami urologicznymi (**Rycina 3**).

Średnia otrzymanych wyników za pomocą kwestionariusza RIS pokazała, że sporadycznie pojawiającymi się problemami są nieprzespanie całej nocy ($x = 2,8$), zbyt wczesne budzenie się ($x = 2,68$) i budzenie się z powodu lekkich hałasów ($x = 2,65$). Zauważalną bezsenność stwierdzono u 51% kobiet, a wyraźną – u 20%. Analiza danych pokazała, że kobiety w wieku 49 lat odczuwały bezsenność wyraźną, podczas gdy u kobiet w wieku 50 lat te zaburzenia występowały w lżejszym stopniu. Nie stwierdzono natomiast wpływu czynników takich jak: wiek, wzrost, masa ciała, BMI na występowanie bezsenności.



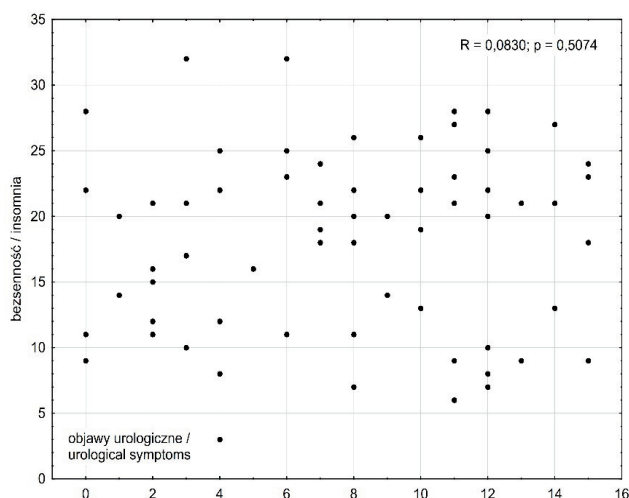
Rycina 1. Współzależność nasilenia bezsenności i objawów psychicznych kobiet w okresie perimenopauzalnym
Figure 1. Correlation of insomnia and psychological symptoms of women in perimenopause

Źródło: opracowanie własne
 Source: author's own analysis



Rycina 2. Współzależność nasilenia bezsenności i objawów somatyczno-vegetatywnych kobiet w okresie perimenopauzalnym
Figure 2. Correlation of insomnia and somatic-vegetative symptoms of women in perimenopause

Źródło: opracowanie własne
 Source: author's own analysis



Rycina 3. Współzależność nasilenia bezsenności i objawów urologicznych kobiet w okresie perimenopauzalnym
Figure 3. Correlation of insomnia and urological symptoms of women in perimenopause

Źródło: opracowanie własne
 Source: author's own analysis

Dyskusja

Według Wieder-Huszla objawy okołomenopauzalne stanowią preludeum do zagrożeń zdrowotnych i psychologicznych [12]. Okres menopauzy niesie za sobą pojawienie się objawów wypadowych, takich jak: wahania nastroju czy bezsenność, które są jednymi z najczęściej występujących dolegliwości (depresja 53%, zaburzenia snu 52%) [2].

Nasilenie bezsenności rośnie wraz z wiekiem. Okres okołomenopauzalny rozpoczyna się średnio w 49.–50.

roku życia [13], a zalecana długość snu dla osób dorosłych powinna wynosić od 6 do 8 godzin [14]. Średni wiek badanych kobiet wynosił 50,8 roku ($M = 51$; $SD = 3,74$). Odnotowano, że respondentki spały średnio 6 godzin i 30 minut. Choć przyjmuje się, że ważniejsza jest jakość snu niż jego długość [15], to krótszy czas snu niż zalecany może negatywnie wpływać na zdrowie i jakość życia.

Przeprowadzona analiza wykazała, że najczęstszymi objawami menopauzy były problemy związane ze snem. U ponad połowy kobiet ($n = 36$) objawy te występowały w bardzo poważnym stopniu (4 pkt). Bezsenność jest jednym z objawów, który w tym okresie pojawia się niezależnie od szerokości geograficznej, klimatycznej czy rasowej. Także u polskich kobiet w tym okresie była to jedna z najczęściej pojawiających się dolegliwości [16]. W licznych badaniach wykazano, że zaburzenia snu są silnie skorelowane z niskim poziomem estrogenów. Badania Saletu udowodniły, że przyjmowanie 50 mg estradiolu przez kobiety w okresie menopauzy przez okres 4 tygodni wyraźnie poprawia jakość ich snu [17]. Jednak wśród badanych przez nas kobiet nie przeprowadzono pomiarów biochemicznych pozwalających określić poziom tego hormonu i ewentualny jego wpływ na jakość snu.

Silny związek z zaburzeniami snu mają uderzenia gorąca, które również mogą być spowodowane zmianami hormonalnymi. Częstość odczuwania tego symptomu u badanych kobiet była na poziomie umiarkowanym ($x = 2,66$), a u około 20 badanych kobiet występowała ta dolegliwość w stopniu poważnym (4 pkt). Uderzenia gorąca są typową dolegliwością dla tego okresu życia kobiety. M.in. badania na polskich kobietach w okresie okołomenopauzalnym pozwoliły na stwierdzenie, że poty i uderzenia gorąca były jednymi z najczęściej pojawiających się dolegliwości [16]. Barnaś i wsp. stwierdzili, że uderzenia gorąca pojawiały się aż u 96% polskich kobiet [18]. Występowanie tego czynnika pogarsza nie tylko jakość snu, ale wpływa również negatywnie na relacje międzyludzkie.

W okresie menopauzy często występuje przyrost masy ciała. Średni wynik wskaźnika masy ciała sugerował u kobiet nadwagę ($x = 29 \text{ kg/m}^2$). Jednak szukając związku pomiędzy BMI a bezsennością, nie stwierdzono istotnej zależności, mimo że powszechnie uważa się, że podwyższony BMI może mieć związek z bezsennością. Redukcja masy ciała w okresie menopauzy nie jest łatwa ze względu na zaburzenia hormonalne i wolniejszy metabolizm kobiety w tym wieku. Pomimo to wydaje się, że kobiety powinny dążyć do kontroli masy ciała i ewentualnej zmiany nawyków żywieniowych, ponieważ mniejszy BMI może przyczynić się do obniżenia dolegliwości okołomenopauzalnych.

Występowanie depresji w okresie okołomenopauzalnym jest częste [19]. Łagodne stany depresyjne i niestabilność emocjonalna w okresie perimenopauzy mogą być wynikiem spadku poziomu hormonów, szczególnie estrogenów. Bardzo często przypisuje się spadkowi hormonów częste zmiany nastroju, natomiast mechanizm działania jest niejasny [20]. Także inne czynniki, takie jak: społeczny i ekonomiczny status, mogą być powodem niepokoju i lęku. Również to sprzyjać może pojawieniu się bezsenności. W naszym badaniu czynnik psychologiczny w największym stopniu współwystępował z bezsennością. W badaniach Barnaś i wsp. [18] wykazano istotną statystycznie zależność między jakością snu a natężeniem stanu depresyjnego. Własna analiza wykazała umiarkowane nasilenie występowania objawów depresyjnych. U jednej czwartej badanych kobiet stwierdzono nastrój depresyjny w bardzo poważnym stopniu (4 pkt.), natomiast w badaniach Barnaś i wsp. wykazano objawy depresyjne w stopniu umiarkowanie ciężkim u 3% kobiet [18]. Różnice takie mogły wynikać z faktu, że zastosowano inne narzędzie – skali Becka – które mierzy klasyczne objawy depresji. Plusem MRS jest natomiast zasygnalizowanie wstępnych symptomów, które w przyszłości mogą rozwinąć się w pełnoobjawową chorobę. Wydaje się, że MRS jest bardziej rzetelnym narzędziem od równie często stosowanego do badań dolegliwości menopauzalnych Indeksu Kuppermanna [21]. Do rutynowej kontroli MRS jest więc przydatnym narzędziem, pozwalającym na wstępną ocenę dolegliwości. Potrzebne jest natomiast uszczegółowienie badań, do których włączone zostaną narzędzia, pomocne w określeniu występowania rzeczywistej choroby i ewentualnym podjęciu terapii.

Konsekwencją zmian menopauzalnych są nie tylko zaburzenia ze strony psychicznej. Wynikiem zmian hormonalnych są również zaburzenia ze strony układu moczowo-płciowego, które w dużym stopniu mogą pogorszyć jakość życia. Wprawdzie nie wykazano związku między bezsennością a objawami urologicznymi, to jednak odnotowano istotność statystyczną we wszystkich objawach urologicznych w stopniu umiarkowanym (2 pkt) w badanej grupie. Większość badanych kobiet nie miała poważnych problemów z pęcherzem, więc można przypuszczać, że ten symptom nie prowadził do zakłóceń snu w ciągu nocy, które mogłyby być spowodowane nocnym wstawaniem z łóżka.

Charakterystyczne dla okresu klimakterium są również problemy seksualne. Są one spowodowane zmianami menopauzalnymi, w których dochodzi do obniżenia pożądania i spadku aktywności seksualnej. Spadek aktywności seksualnej może być również związany z gorszą oceną własnego ciała w tym okresie, co jest oczywistym wynikiem zmian hormonalnych [22]. Jedna

czwarta badanych kobiet doświadczała problemów seksualnych w stopniu poważnym (4 pkt), które dotyczyły zmian w pożądaniu seksualnym, seksualnej aktywności i satysfakcji. Również inne czynniki mogą nasilać opisywane tu problemy urologiczne i seksualne (uwarunkowania genetyczne, rasa, czynniki kulturowe, styl życia, przyjmowane leki i otyłość) [8].

Na sposób odczuwania objawów klimakterycznych składa się wiele czynników, co przekłada się na jakość życia i dobrostan w tym okresie, wpływając na postrzeganie menopauzy [23]. Nie bez znaczenia są również status finansowy, styl życia oraz pozycja społeczna [24]. W grupie polskich kobiet w okresie okołomenopauzalnym (Barnaś i wsp.) stwierdzono gorszy stan psychiczny u badanych z niższym statusem socjoekonomicznym [18]. Wyniki przeprowadzonych przez Czarnecką i wsp. badań pokazały, że mniej więcej połowa (46%) Polek w okresie menopauzy ocenia swój status materialny jako dobry [25]. Wprawdzie w niniejszej analizie nie zapytano kobiet o ich status ekonomiczny, ale pod tym względem oba kraje różnią się od siebie.

Wnioski

Przeprowadzone badania potwierdziły, że psychologiczne i somatyczne objawy menopauzy mają istotny związek z bezsennością. Nie jest do końca jasne, jakie są pierwotne mechanizmy bezsenności u kobiet w okresie okołomenopauzalnym. Bezsenność ma zapewne etiologię wieloczynnikową i jej konsekwencją mogą być różne stany patologiczne. Ponieważ bezsenność jest jednym z objawów menopauzy, który nasila się zazwyczaj w poważnym stopniu w tym trudnym okresie życia kobiety, zarówno bezsenność, jak i stopień występowania objawów menopauzalnych powinny być rutynowo kontrolowane, by móc odpowiednio wcześniej podjąć leczenie i uniknąć wielu niekorzystnych następstw psychologicznych, które mogą prowadzić do zaburzeń snu.

Piśmiennictwo

1. Wojnowska D, Juskiewicz-Borowiec M, Chodorowska G. Wpływ menopauzy na starzenie się skóry. *Post Dermatol Alergol.* 2006; 23(3): 149–156.
2. Kluszczyk W. Wpływ fitoestrogenów na problemy zdrowotne kobiet w okresie menopauzy ze szczególnym uwzględnieniem produktów i preparatów i soi. *Farmaceut Prz Nauk.* 2007; 4: 21–26.
3. Joffe H, Soares C, Cohen L. Assessment and treatment of hot flushes and menopausal mood disturbance. *Psychiatr Clin North Am.* 2003; 26: 563–580.
4. Kripke D, Simmons R, Garfinkel M, Hammond E. Short and long sleep and sleeping pills. *Arch Gen Psychiatry.* 1979; 36: 103–116.
5. Kravitz H, Ganz P, Bromberger J, Powell L, Sutton-Tyrrell K, Meyer P. Sleep difficulty in women at midlife: a community survey of sleep and the menopausal transition. *Menopause.* 2003; 10: 19–28.

6. Young T, Rabago D, Zgierska A, Austin D, Laurel F. Objective and subjective sleep quality in premenopausal, perimenopausal, and postmenopausal women in the Wisconsin Sleep Cohort Study. *Sleep*. 2003; 26: 667–672.
7. Krupka-Matuszczyk I. Zaburzenia snu u kobiet. *Sen*. 2008; 8(2): 73–77.
8. Wróbel R, Keremska A, Kołodziej B, Barnaś E. Ocena częstości występowania objawów nietrzymania moczu w populacji kobiet po 40. roku życia. *Prz Med Uniw Rzeszow*. 2013; 1: 40–49.
9. Heinemann K, Assmann A, Möhner S, Schneider HP, Heinemann L. Reliability of the Menopause Rating Scale (MRS): Investigation in the German population. *Zentralbl Gynakol*. 2002; 124(3): 161–163.
10. Hauser G, Potthoff P, Rosemeier P, Schneider H. Die Selbstbeurteilung – Skala für klimakterische Beschwerden (Menopause Rating Scale II). *Journal für Menopause*. 1999; 6(4): 12–15.
11. Crönlein T, Langguth B, Popp R, Lukesch H, Pieh C, Hajak G, Geisler P. Regensburg Insomnia Scale (RIS): a new short rating scale for the assessment of psychological symptoms and sleep in insomnia; Study design: development and validation of a new short self-rating scale in a sample of 218 patients suffering from insomnia and 94 healthy controls. *Health Qual Life Outcomes*. 2013; 11: 65.
12. Wieder-Huszla S, Grześkowiak H, Jurczak A, Pilch D, Stanisławska M, Szkup-Jabłońska M, Augustyniuk K, Grochans E. Style radzenia sobie ze stresem kobiet w okresie okołomenopauzalnym z uwzględnieniem intensywności objawów wypadowych. *Probl Piel*. 2014; 22(1): 82–90.
13. Jones G, Sutton A. Quality of life in obese postmenopausal women. *Menopause Int*. 2008; 14(1): 26–38.
14. Romanowska-Tołoczko A. Styl życia studentów oceniany w kontekście zachowań zdrowotnych. *Hygeia Public Health*. 2011; 46(1): 89–93.
15. Derman S. Menopause and sleep disorders. *Menopause – treatment and cancer*. Nobel Tip Kitapevleri. 2001; 137–148.
16. Nowakowska I, Rasińska R, Głowacka M. Analiza związku objawów okołomenopauzalnych z funkcjonowaniem zawodowym i poczuciem satysfakcji z życia – subiektywne ostrzeżenie zależności przez kobiety w wieku 40+. *Medycyna Pracy*. 2015; 66(3): 351–358.
17. Saletu B. Sleep, vigilance and cognition in postmenopausal women: placebo-controlled studies with 2 mg estradiol valerate, with and without 3 mg dienogest. *Climacteric*. 2003; 6(2): 37.
18. Barnaś E, Krupińska A, Kraśnianin E, Raś R. Funkcjonowanie psychospołeczne i zawodowe kobiet w okresie okołomenopauzalnym. *Prz Menopauz*. 2012; 4: 296–304.
19. Freeman E, Sammel M, Lin H, Nelson D. Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women with no history of depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2006; 63(4): 375–382.
20. Baker A, Simpson S, Dawson D. Sleep disruption and mood changes associated with menopause. *J Psychosom Res*. 1997; 43(4): 359–369.
21. Schneider H, Heinemann L, Rosemeier H. The Menopause Rating Scale (MRS): Comparison with Kupperman index and quality of life scale SF-36. *Climacteric*. 2000; 3: 50–58.
22. Bielawska-Batorowicz E, Królikowska M. Poczucie własnej atrakcyjności seksualnej u kobiet w okresie menopauzy. *Prz Menopauz*. 2003; 3: 67–72.
23. Stachoń A. Ocena odczuwania wybranych objawów w zależności od fazy klimakterium i charakteru menopauzy. *Prz Menopauz*. 2013; 4: 315–320.
24. Genazzani A, Gambacciani M, Simoncini T. Menopause and aging, quality of life and sexuality. *Climacteric*. 2007; 10: 88–96.
25. Czarnecka M, Mojs E, Wilczak M. Objawy menopauzy a satysfakcja z życia i samoocena wśród kobiet. *Prz Menopauz*. 2012; 6: 468–473.

Artykuł przyjęty do redakcji: 27.10.2017.

Artykuł przyjęty do publikacji: 23.02.2018.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Janusz Maciaszek

ul. Królowej Jadwigi 27/39

61-871 Poznań

tel.: 61 835 52 14

e-mail: jmaciaszek@awf.poznan.pl

Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu



ANALIZA POSTĘPOWANIA WOBEC PACJENTÓW ZGŁASZAJĄCYCH SIĘ NA SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY Z POWODU WYSOKICH WARTOŚCI CIŚNIENIA TĘTNICZEGO

ANALYSIS OF DEALING WITH PATIENTS REFERRING TO THE HOSPITAL RESCUE UNIT DUE TO HIGH BLOOD PRESSURE

Łukasz Michał Nurkowski^{1,2,3}, Edyta Zbroch^{1,2}, Eliza Nurkowska^{1,3}

¹Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

²II Klinika Nefrologii z Oddziałem Leczenia Nadciśnienia Tętniczego i Pododdziałem Dializoterapii Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

³Szpitalny Oddział Ratunkowy, Wojewódzki Szpital Zespolony im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2018.30>

STRESZCZENIE

Wstęp. Nadciśnienie tętnicze oraz jego dewastacyjny wpływ na organizm, prowadzący do wystąpienia ogólnoustrojowych powikłań, od dawna stanowi istotny problem medyczny i społeczny. Przewlekłe występowanie nadciśnienia tętniczego obarcza osobę chorą szerokim wachlarzem następstw, m.in. w postaci ograniczenia sprawności i wysokiej śmiertelności.

Cel. Głównym celem badania była analiza przyczyn występowania wysokich wartości ciśnienia tętniczego oraz postępowania terapeutycznego wśród chorych zgłaszających się z powyższego powodu na Szpitalny Oddział Ratunkowy. Na podstawie zebranych danych określono strukturę demograficzną badanych względem wieku i płci, a także opisano modyfikowalne i niemodyfikowalne czynniki ryzyka, predysponujące do występowania nadciśnienia tętniczego w badanej grupie pacjentów.

Materiał i metody. Grupę badaną stanowiło 300 pacjentów, hospitalizowanych na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym SP ZOZ Szpitala Wojewódzkiego im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku, z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego. Analizy postępowania wśród badanej populacji dokonano na podstawie dokumentacji medycznej, znajdującej się w bazie danych systemu informatycznego szpitala.

Wyniki. Najwięcej pacjentów przyjętych na Szpitalny Oddział Ratunkowy z powodu wysokich wartości ciśnienia tętniczego skierowano na oddziały internistyczne – 148 osób (49,33%) oraz na oddział kardiologii – 72 chorych (24%). Do domu zostało wypisanych 19% chorych.

Wnioski. Najliczniejszą grupę wśród badanej populacji stanowiły osoby pomiędzy 51. a 60. r.ż. – 60 osób (56%). Wśród czynników ryzyka u chorych z nadciśnieniem tętniczym pierwotnym najczęściej występowały nadmierna masa ciała, a także nikotynizm i nadużywanie alkoholu.

SŁOWA KLUCZOWE: nadciśnienie tętnicze, szpitalny oddział ratunkowy, postępowanie lecznicze, wysokie ciśnienie tętnicze.

ABSTRACT

Introduction. Hypertension and its devastating effect leading to many systemic complications have been an important medical and social problem for a long time. The chronic character of hypertension leads to the impaired physical fitness and high mortality.

Aim. The main goal of the study was to analyze the reasons for high blood pressure and therapeutic management among patients who reported for the above reason to the hospital emergency department. Based on the collected data, the demographic structure of the subjects in terms of age and gender was determined, as well as modifiable and non-modifiable factors of risk factors predisposing to the occurrence of hypertension.

Material and methods. The study group consisted of 300 patients admitted to the Hospital Emergency Department of the Regional Hospital of J. Śniadecki ZOZ. in Białystok with the diagnosis of hypertension. The analysis of dealing with study patients was made according to the medical documentation from the hospital computer system database.

Results. The highest number of patients admitted to the Hospital Emergency Department due to high blood pressure was transferred to the internal medicine departments – 148 persons (49.33%) and to the cardiological department – 72 patients (24%). 19% were released.

Conclusions. The largest group among the surveyed population were people between 51 and 60 years of age – 60 people (56%). Among the risk factors in patients with primary hypertension, excessive body mass, nicotine and alcohol abuse were most common.

KEYS WORD: hypertension, hospital emergency department, treatment, high blood pressure.

Wprowadzenie

Nadciśnienie tętnicze zwane jest również chorobą nadciśnieniową lub hipertensją. Jest to przewlekłe schorzenie układu krążenia, w którym ciśnienie tętnicze jest stale bądź okresowo podwyższone, przekracza granicę wartości przyjętych za prawidłowe, co stwierdza się w minimum trzech różnych pomiarach [1–5].

W zależności od przyczyny wyróżnia się dwie postaci nadciśnienia tętniczego – pierwotne i wtórne. Etiologia pierwotnego nadciśnienia tętniczego nie jest do końca znana. Czynniki prowadzące do rozwoju pierwotnej postaci nadciśnienia tętniczego mogą być związane z podłożem genetycznym, wysokim współczynnikiem BMI (ang. *body mass index*), nadmiernym spożyciem soli kuchennej (sodu) i wpływem czynników zewnętrznych, jak np. stres. Uznaje się, że jedną z uchwytanych przyczyn nadciśnienia tętniczego pierwotnego są zaburzenia krążenia nerkowego, w wyniku których w krwiobiegu pozostaje nadmiar sodu, co z kolei prowadzi do wzrostu ciśnienia tętniczego.

Nadciśnienie tętnicze wtórne rozwija się w przebiegu dysfunkcji poszczególnych narządów oraz progresji chorób współistniejących. Wtórna postać nadciśnienia tętniczego jest łatwiejsza do zdiagnozowania oraz leczenia. Nadciśnienie tętnicze wtórne należy podejrzewać u każdego chorego z niżej wymienionymi schorzeniami. Z kolei zmiany anatomiczne narządów ułatwiają postawienie trafnego rozpoznania, a co się z tym wiąże – dalszego skutecznego leczenia. Do najczęstszych przyczyn nadciśnienia tętniczego wtórnego należą choroby nerek, choroby narządów wydzielania wewnętrznego, zespół bezdechu sennego, choroby neurologiczne, niepożądanе działanie leków oraz wady serca i dużych naczyń.

Bez względu na rodzaj nadciśnienia tętniczego jego objawy są podobne, m.in. zawroty głowy i szumy uszne, zwiększona pobudliwość psychoruchowa, uczucie bólu w klatce piersiowej, zaburzenia rytmu serca odczuwane jako kołatanie serca.

Czynniki ryzyka rozwoju nadciśnienia tętniczego pierwotnego dzieli się na modyfikowalne i niemodyfikowalne. Do modyfikowalnych czynników ryzyka zaliczane są nadmierne spożywanie soli kuchennej (sodu), brak aktywności fizycznej, wysoki BMI, palenie tytoniu, nadmierne spożywanie alkoholu i stresujący tryb życia. Do niemodyfikowalnych czynników ryzyka należą wiek, płeć, rasa czarna i uwarunkowania genetyczne.

Przewlekłe występowanie wysokich wartości ciśnienia tętniczego prowadzi do poważnych powikłań, w tym zagrażających życiu. Najbardziej narażone na uszkodzenie są tu duże naczynia, ośrodkowy układ nerwowy (OUN), serce, nerki i narząd wzroku.

Do najpoważniejszych i najczęstszych powikłań nieleczonego nadciśnienia tętniczego należą niewydolność serca, ostry zespół wieńcowy, w tym zawał mięśnia sercowego, miażdżyca, uszkodzenie siatkówki, tętniaki dużych naczyń, udar mózgu, przewlekła choroba nerek.

Nadciśnienie tętnicze najczęściej diagnozuje się w trakcie przypadkowego, kontrolnego pomiaru ciśnienia tętniczego u lekarza POZ (podstawowej opieki zdrowotnej) lub podczas cyklicznych badań okresowych. Najliczniejszą grupę chorujących na nadciśnienie tętnicze stanowią pacjenci w wieku 35–60 lat. Większość pacjentów jest nieświadoma własnej choroby z uwagi na bezobjawowy jej przebieg [1–5].

W Polsce problem nadciśnienia tętniczego dotyczy około 30% dorosłej populacji. Według najnowszych prognoz w 2035 roku co drugi dorosły Polak będzie chorował na nadciśnienie tętnicze [3–5].

Postępowanie w stanach nagłych nadciśnienia tętniczego

Stany nagłe w przebiegu nadciśnienia tętniczego obejmują sytuacje gwałtownego podwyższenia ciśnienia tętniczego, któremu towarzyszą ostre powikłania, stanowiące bezpośrednie zagrożenie życia bądź prowadzące do groźnych następstw. Są to stany kliniczne, w których pomoc medyczna jest potrzebna w trybie natychmiastowym, a leki hipotensyjne należy podać pozajelitowo. Pomoc ta powinna być udzielana w warunkach oddziałów ratunkowych lub oddziałów intensywnej terapii. Wstępne obniżenie ciśnienia tętniczego powinno nastąpić w ciągu kilku minut, natomiast docelowe na przestrzeni kilku godzin [6–8]. Stany pilne w nadciśnieniu tętniczym z reguły nie wymagają hospitalizacji, a normotensję można tu osiągnąć w ciągu 24–48 godzin od nagłego wzrostu ciśnienia poprzez zastosowanie terapii doustnej [5, 7, 8].

Leczenie w stanach nagłych nadciśnienia tętniczego

W leczeniu stanów nagłych nadciśnienia tętniczego znaczenie ma tzw. średnie ciśnienie tętnicze – MAP (ang. *mean arterial pressure*). W przypadku gdy MAP jest wyższy niż 180 mmHg, mechanizmy autoregulacji krążenia mózgowego przestają działać, czego efektem jest nagły wzrost ciśnienia śródczaszkowego. Zjawisko to prowadzi do rozwoju encefalopatii nadciśnieniowej, której cechami charakterystycznymi są zaburzenia świadomości, dezorientacja, ból głowy, a także objawy neurologiczne – włączając w to zagrażający życiu obrzęk mózgu [6, 8]. W leczeniu nadciśnienia tętniczego z encefalopatią preferowane są leki dożylnie, działające ośrodkowo, a także leki uspokajające.

W przypadku gdy wysokie ciśnienie tętnicze występuje w przebiegu udaru niedokrwionego mózgu, należy rozważyć dożylnie leczenie hipotensyjne, gdy ciśnienie tętnicze przekracza wartości 220/210 mmHg bądź gdy MAP wynosi więcej niż 140 mmHg przez okres dłuższy niż 30 minut. Zalecane leki to emolol, urapidyl i labetalol. Nikardypina i nimodypina również skutecznie obniżają tu wartości ciśnienia tętniczego. Leczenie hipotensyjne uznaje się za skuteczne, gdy w pierwszym okresie udaru niedokrwionego mózgu ciśnienie tętnicze ulegnie redukcji o 10–15% w stosunku do ciśnienia wyjściowego [6, 8]. W przypadku kontynuowania leczenia rekomendowane jest osiągnięcie wartości ciśnienia tętniczego nie niższych niż 180/105 mmHg u chorych z rozpoznaniem wcześniej nadciśnieniem tętniczym bądź 160/110 mmHg u pacjentów z ciśnieniem tętniczym prawidłowym przed udarem [6–8].

W sytuacji gdy życie i zdrowie pacjenta są zagrożone przez nadmiar krążących katecholamin, np. w guzie chromochłonnym czy przełomie adrenergicznym po zażyciu kokainy lub amfetaminy, należy zastosować dożylny wlew labetalolu z β -adrenolitykiem. Podawanie diuretyków pętlowych jest tu niewskazane, gdyż mogą prowadzić do hipowolemii.

Jeżeli doszło do niewydolności nerek, doraźnie zaleca się stosowanie hydrałazyny, labetalolu, urapidylu, fenoldopanu, nikardypiny lub diuretyku pętlowego [6, 8].

Założenia i cel pracy

Szacuje się, że nadciśnienie tętnicze jest przyczyną około 6% wszystkich zgonów w populacji dorosłej na świecie. Jest odpowiedzialne za 39% przypadków niewydolności krążenia w męskiej populacji, natomiast w żeńskiej aż za 59%. Nadciśnienie tętnicze od dawna stanowi ważny problemem medyczny i społeczny ze względu na szerokie następstwa w postaci ograniczenia sprawności i wysokiej śmiertelności chorych. Około 50% pacjentów, u których zdiagnozowano nadciśnienie tętnicze, jest zmuszonych do zmiany bądź ograniczenia wykonywanego zawodu.

Cel pracy

Głównym celem badania była analiza przyczyn występowania wysokich wartości ciśnienia tętniczego oraz postępowania terapeutycznego wśród chorych zgłaszających się z powyższego powodu na szpitalny oddział ratunkowy. Na podstawie zebranych danych określono strukturę demograficzną badanych względem wieku

i płci, a także opisano modyfikowalne i niemodyfikowalne czynniki ryzyka, predysponujące do występowania nadciśnienia tętniczego w badanej grupie pacjentów.

Materiał i metody

Grupę badaną stanowiło 300 pacjentów, którzy byli hospitalizowani na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym SP ZOZ Szpitala Wojewódzkiego im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku, z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego. Badania miały charakter retrospektywnej analizy postępowania z pacjentem po wstępnej diagnostyce. Dokonana została analiza dokumentacji medycznej, znajdującej się w bazie danych systemu informacyjnego szpitala (historia choroby, wykonane pomiary BP (ang. *blood pressure* – ciśnienie tętnicze), HR (ang. *heart rate* – czynność serca) oraz dostępne karty informacyjne) pod kątem występowania czynników ryzyka nadciśnienia tętniczego oraz chorób współistniejących, m.in. zespołu wieńcowego lub podejrzenia udaru.

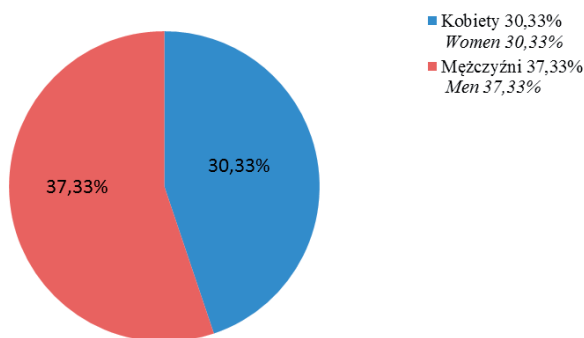
Jako kryteria włączenia pacjentów do badania przyjęto okres hospitalizacji od 01 lutego 2017 do 30 kwietnia 2017 roku oraz rozpoznanie główne lub chorobę współistniejącą (analiza nazwy jednostki chorobowej oraz kodu ICD10). Zebrane dane poddano statystycznej analizie ilościowej i jakościowej za pomocą programów Microsoft Excell 2015. Zanim przystąpiono do badań, uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku Nr R-I-002/338/2016.

Wyniki

Badaniem objęto 300 pacjentów hospitalizowanych z powodu nadciśnienia tętniczego na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym SP ZOZ Szpitala Wojewódzkiego im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku. W badanej grupie znalazło się 150 (50%) kobiet i 150 mężczyzn.

Średnia wieku pacjentów to $57,34 \pm 15,58$ roku. Średnia wieku mężczyzn wynosiła $56,86 \pm 30,37$ roku i była o punkt procentowy niższa niż średnia wieku kobiet – $57,83 \pm 30,93$ roku. Najliczniejsza była grupa pacjentów w wieku 51–60 lat – 60 osób (56%), natomiast najmniej liczną grupę chorych stanowili pacjenci w wieku 81–90 lat – 15 osób (5%). Na SOR zgłosiły się 72 osoby (24%) w wieku 71–80 lat, 58 pacjentów (19,33%) pomiędzy 71. a 80. r.ż., 38 chorych (13,33%) w wieku 31–40 lat, a także 17 osób (5,66%) pomiędzy 21. a 30. r.ż.

Nadciśnienie tętnicze pierwotne zdiagnozowano u 112 mężczyzn (37,33%) i 91 kobiet (30,33%) (**Rycina 1**).



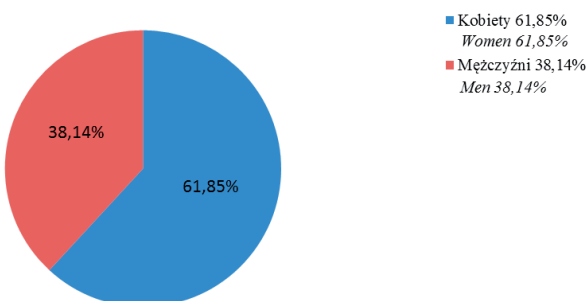
Rycina 1. Podział pacjentów hospitalizowanych z nadciśnieniem tętniczym pierwotnym ze względu na płeć

Figure 1. Division of patients hospitalized with primary hypertension based on gender

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Średnia wieku pacjentów hospitalizowanych z nadciśnieniem tętniczym pierwotnym wynosiła $59,12 \pm 15,05$ roku, średnia wieku mężczyzn $59,43 \pm 13,96$ roku, a średnia wieku kobiet – $58,74 \pm 16,35$ roku.

Wśród 97 pacjentów hospitalizowanych z nadciśnieniem tętniczym wtórnym znalazło się 60 kobiet (61,85%) i 37 mężczyzn (38,14%) (**Rycina 2**).



Rycina 2. Podział pacjentów hospitalizowanych z nadciśnieniem tętniczym wtórnym ze względu na płeć

Figure 2. Division of patients hospitalized with secondary hypertension based on gender

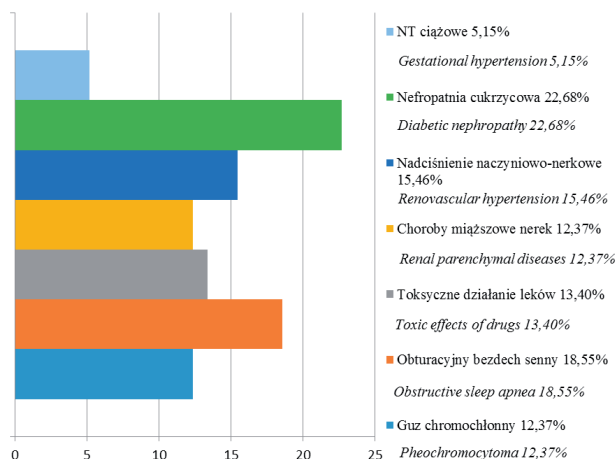
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Średni wiek pacjentów hospitalizowanych z nadciśnieniem tętniczym wtórnym wyniósł $53,61 \pm 15,99$ roku. Najmłodszy pacjent był w wieku 27 lat, najstarszy w wieku 82 lat. Średni wiek mężczyzn wyniósł $59,35 \pm 16,43$ roku, a średni wiek kobiet – $50 \pm 14,64$ roku.

Ogółem średnia wieku pacjentów przyjętych na SOR z powodu NT znajdowała się na poziomie $57,34 \pm 15,58$ roku. Średnia wieku mężczyzn wynosiła $56,86 \pm 14,61$ roku i była o punkt procentowy niższa niż średnia wieku kobiet – $57,83 \pm 16,32$ roku. Najlicniejsza była grupa pacjentów w wieku 51–60 lat – 60 osób (56%), natomiast najmniej liczną grupę chorych stanowili pacjenci w wieku 81–90 lat – 15 osób (5%). Na SOR zgło-

siły się 72 osoby (24%) w wieku 71–80 lat, 58 pacjentów (19,33%) pomiędzy 71. a 80. r.ż., 38 chorych (13,33%) w wieku 31–40 lat, a także 17 osób (5,66%) pomiędzy 21. a 30. r.ż.

U 22 chorych (22,68%) nadciśnienie tętnicze wtórne spowodowane było nefropatią cukrzycową, obturacyjny bezdech senny powodował nadciśnienie tętnicze u 18 osób (18,55%), u 15 (15,46%) przyczyną nadciśnienia tętniczego wtórnego było nadciśnienie naczyniowo-nerkowe, toksyczne działanie leków skutkowało nadciśnieniem tętniczym wtórnym u 13 pacjentów (13,4%), u 12 osób (12,37%) podejrzewano guz chromochłonny, u kolejnych 12 pacjentów (12,37%) – inne choroby miąższowe nerek, a u 5 kobiet (5,15%) nadciśnienie tętnicze wtórne spowodowane było ciążą (**Rycina 3**).

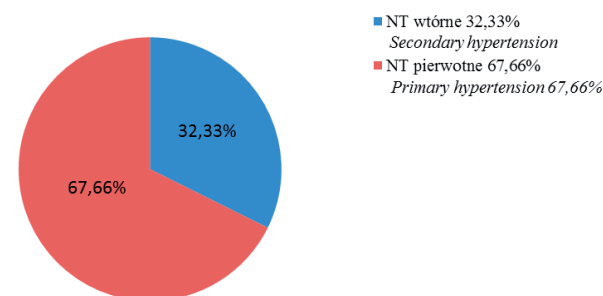


Rycina 3. Podział pacjentów ze względu na przyczynę występowania nadciśnienia tętniczego wtórnego

Figure 3. Division of patients due to the cause of secondary hypertension

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

W badanej grupie nadciśnienie tętnicze pierwotne zdiagnozowano u 203 osób (67,66%), a nadciśnienie tętnicze wtórne – u 97 osób (32,33%) (**Rycina 4**).

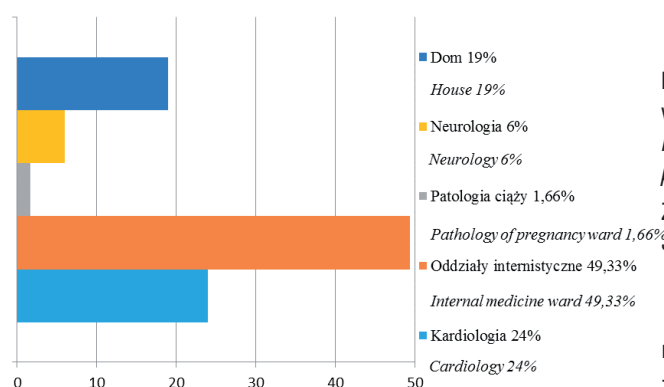


Rycina 4. Podział pacjentów ze względu na rodzaj nadciśnienia

Figure 4. Division of patients due to the type of hypertension

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Najwięcej pacjentów przyjętych na SOR z powodu wysokich wartości ciśnienia tętniczego skierowano na oddziały internistyczne – 148 osób (49,33%), 72 chorych (24%) przekazano na oddziały kardiologiczne, 57 pacjentów (19%) wypisano do domu, 18 osób (6%) kontynuowało leczenie na oddziale neurologii, a 5 pacjentek (1,66%) z nadciśnieniem tętniczym ciążowym przekazano na oddział patologii ciąży (**Rycina 5**).



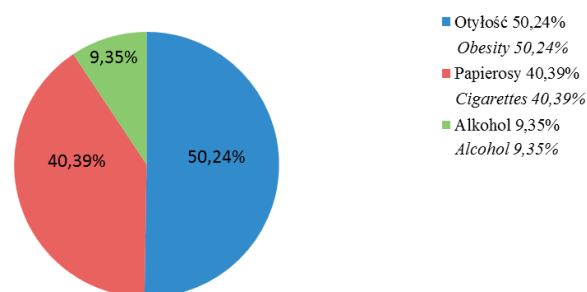
Rycina 5. Podział pacjentów ze względu na podjęte postępowanie terapeutyczno-lecznicze

Figure 5. Division of patients due to the therapeutic treatment

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Wśród 203 pacjentów z nadciśnieniem tętniczym pierwotnym 102 osoby (50,24%) były otyłe, 82 osoby (40,39%) były palaczami tytoniu, a 19 osób (9,35%) nadużywało alkoholu (**Rycina 6**).



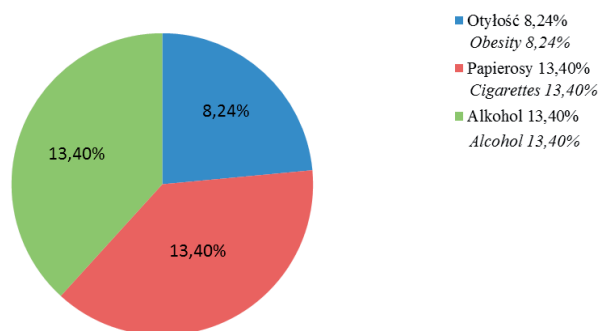
Rycina 6. Podział pacjentów z nadciśnieniem tętniczym pierwotnym ze względu na obecność czynników ryzyka

Figure 6. Division of patients with primary hypertension due to the presence of risk factors

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Wśród pacjentów z nadciśnieniem tętniczym wtórnym 8 osób (8,24%) było otyłych, 13 (13,40%) paliło papierosy, a 13 (13,40%) nadużywało alkoholu (**Rycina 7**).



Rycina 7. Podział pacjentów z nadciśnieniem tętniczym wtórnym ze względu na obecność czynników ryzyka

Figure 7. Division of patients with secondary hypertension due to the presence of risk factors

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Przeprowadzone badanie pozwoliło na wyłonienie modyfikowalnych i niemodyfikowalnych czynników ryzyka związanych z występowaniem nadciśnienia tętniczego.

Do niemodyfikowalnych czynników ryzyka, które można było oszacować w wyniku przeprowadzonego badania, możemy zaliczyć wiek oraz płeć. Z naszego badania dowiadujemy się, że NT pierwotne rozpoznano u 112 mężczyzn (37,33%) oraz 91 kobiet (30,33%). Średnia wieku badanych to odpowiednio dla mężczyzn $59,43 \pm 13,96$ roku i dla kobiet $58,74 \pm 16,35$ roku. Natomiast NT wtórne rozpoznano u 37 mężczyzn (38,14%) oraz 60 kobiet (61,85%). Średnia wieku badanych to odpowiednio dla mężczyzn $59,35 \pm 16,43$ roku i dla kobiet $50 \pm 14,64$ roku.

Do modyfikowalnych czynników ryzyka związanych z występowaniem NT, które można było oszacować w rezultacie przeprowadzonego badania, zaliczamy otyłość, spożywanie alkoholu oraz palenie tytoniu. W wyniku przeprowadzonego badania dowiadujemy się, iż spośród 203 pacjentów z NT pierwotnym 102 osoby (50,24%) były otyłe, 82 osoby (40,39%) były palaczami tytoniu, a 19 osób (9,35%) nadużywało alkoholu. Natomiast wśród pacjentów z nadciśnieniem tętniczym wtórnym 8 osób (8,24%) było otyłych, 13 (13,40%) paliło papierosy, a 13 (13,40%) nadużywało alkoholu.

Dyskusja

Choroby układu sercowo-naczyniowego, a zwłaszcza nadciśnienie tętnicze, są najczęstszym powodem wizyt lekarskich, hospitalizacji i przedwczesnych zgonów osób w wieku 35–65 lat. Ze wszystkich schorzeń kardiologicznych to właśnie nadciśnienie tętnicze wiąże się z największym zagrożeniem zdrowotnym, społecznym i ekonomicznym [9, 14, 20].

Przeprowadzone badanie objęło 300 pacjentów hospitalizowanych z powodu nadciśnienia tętniczego na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym SP ZOZ Szpitala Wojewódzkiego im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku w okresie 3 miesięcy 2016 roku. W badanej grupie znalazło się 150 (50%) kobiet i 150 (50%) mężczyzn, najliczniejsza okazała się grupa pacjentów pomiędzy 51. a 60. r.ż. – 60 osób (56%), natomiast najmniej liczną grupę chorych stanowili pacjenci w wieku 81–90 lat – 15 osób (5%). Średnia wieku mężczyzn wyniosła $56,86 \pm 30,37$ roku i była o punkt procentowy niższa niż średnia wieku kobiet – $57,83 \pm 30,93$ roku. Nadciśnienie tętnicze pierwotne zdiagnozowano u 112 mężczyzn (37,33%) i 91 kobiet (30,33%), natomiast NT wtórne stwierdzono u 97 pacjentów, w grupie tej znalazło się 60 kobiet (61,85%) i 37 mężczyzn (38,14%).

Najczęstszym powodem nadciśnienia tętniczego wtórnego była nefropatia cukrzycowa (22,68%) a najrzadziej występowało NT ciążowe (5,15%). W badanej grupie nadciśnienie tętnicze pierwotne zdiagnozowano u 203 osób (67,66%), a nadciśnienie tętnicze wtórne – u 97 osób. Wśród badanych 203 pacjentów z nadciśnieniem tętniczym pierwotnym 102 osoby (50,24%) były otyłe, 82 osoby (40,39%) były palaczami tytoniu, a 19 osób (9,35%) nadużywało alkoholu, natomiast wśród pacjentów z NT wtórnym 8 osób (8,24%) było otyłych, 13 (13,40%) paliło papierosy, a 13 (13,40%) nadużywało alkoholu.

Najwięcej pacjentów przyjętych na SOR z powodu wysokich wartości ciśnienia tętniczego skierowano na oddziały internistyczne – 148 osób (49,33%), a najmniej bo 5 pacjentek (1,66%), z nadciśnieniem tętniczym ciążowym przekazano na oddział patologii ciąży.

Przeprowadzone badanie pozwoliło na wyłonienie modyfikowalnych i niemodyfikowalnych czynników ryzyka związanych z występowaniem nadciśnienia tętniczego. Jak się dowiadujemy, występuje wysoka zależność pomiędzy zaawansowanym wiekiem, otyłością, stosowaniem używek a występowaniem nadciśnienia tętniczego, w szczególności pierwotnego. Należy mieć na uwadze, iż czynniki istotnie predysponujące do wystąpienia NT mają charakter modyfikowalny i w związku z tym to od nas i naszego stylu życia zależy, czy znajdziemy się kiedykolwiek w grupie ryzyka.

Częstość występowania nadciśnienia tętniczego w Polsce w grupie osób w wieku 18–30 lat szacowana jest na około 5%, w grupie wiekowej 31–40 lat – na 15%, a w wieku 45–60 lat nadciśnienie tętnicze występuje u około 45% populacji. Natomiast u chorych powyżej 65. roku życia ryzyko zachorowania na NT wynosi już około 60% [10, 11].

W badaniach prowadzonych w Klinice Kardiologii Inwazyjnej w Białymstoku wśród pacjentów hospitalizo-

wanych z powodu zawału mięśnia sercowego odsetek osób z nadciśnieniem tętniczym z powiatu białostockiego wyniósł 61,6%, a dla populacji miasta Białostok – 57,2% [12, 13]. W badaniach własnych populacja pacjentów w wieku 51–60 lat była dominująca – 56%. Zaś pomiędzy 21. a 30. r.ż. znalazło się 5,66% badanej populacji. Grupa chorych powyżej 61. r.ż. z wysokim ciśnieniem tętniczym stanowiła 48,33% badanej populacji. Uzyskane wyniki zgodne są z tezą, iż ryzyko zachorowania na nadciśnienie tętnicze rośnie wraz z wiekiem [10, 11].

W badaniach Pokornej-Kałowak [12] 31% osób z nadciśnieniem tętniczym chorowało na cukrzycę, 34% uzależnione było od nikotyny, a u 59% pacjentów leczono jednocześnie zaburzenia lipidowe [12]. Inne badania wskazują, że otyłość jest najistotniejszym czynnikiem predysponującym do rozwoju nadciśnienia tętniczego. Ocenia się, iż blisko 50% przypadków NT w populacji rasy białej związane jest z nadmierną masą ciała [10, 12].

Według WHO NT stanowi jedną z głównych przyczyn zgonów na całym świecie. Kearney na podstawie przeprowadzonych badań w 40 krajach na całym świecie oszacował, iż częstość występowania NT w 2000 roku była na poziomie 26,4% (972 mln osób) i przewiduje że w 2025 roku wzrośnie do 29,2% (1650 mln osób). Naukowcy z WHO twierdzą, że wyższe wartości ciśnienia tętniczego prowadzą globalnie aż do 13% wszystkich zgonów. NT w połączeniu z hipercholesterolemią, otyłością, paleniem papierosów i cukrzycą to najistotniejsze czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. Należy zaznaczyć, iż w skali światowej spośród chorób niezakaźnych (ang. *non-communicable diseases* – NCD) schorzenia sercowo-naczyniowe odpowiadają za 49% (17 mln) zgonów rocznie. Tworzy to znaczny problem nie tylko w aspekcie medycznym, ale także ekonomicznym i społecznym.

Natomiast naukowcy Collins i MacMahon dowiedli, że leczenie nadciśnienia tętniczego oraz obniżenie ciśnienia rozkurczowego o 5–6 mmHg redukuje ryzyko udaru mózgu o 38%, a powikłań chorób sercowo-naczyniowych – o 16%. Badanie INTERSTROKE opublikowane w 2010 roku, które przeprowadzono w 22 krajach na całym świecie dowiodło, że nadciśnienie tętnicze jest kluczowym modyfikowalnym czynnikiem ryzyka związanym z udarem mózgu.

Aktualnie w dostępnym piśmiennictwie brak jest precyzyjnych i wiarygodnych analiz częstości występowania nadciśnienia tętniczego w krajach Europy i Stanach Zjednoczonych.

Program NATPOL PLUS w Polsce z 2002 roku i *Study for Evaluation of Prevalence of Hypertension and Cardiovascular Risk in Adults in Romania* (SEPHAR) w Rumunii z 2005 roku umożliwiły wiarygodne porów-

nanie sytuacji epidemiologicznej pomiędzy dwoma krajami europejskimi. Otrzymane wyniki po dokładnym przeanalizowaniu pod względem struktury populacji podstawowej WHO ukazują, że rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego oraz jego kontrola i wykrywanie u osób w przedziale wiekowym pomiędzy 18. a 64. rokiem życia nie różniły się istotnie w obu krajach. Aktualnie przeprowadzane są analizy porównawcze badań SEPCHAR 2013 w Rumunii i NATPOL 2011 w Polsce, niestety ich wyniki jeszcze nie są znane.

Jak wynika z badań przeprowadzonych w ramach NATPOL PLUS 2002 w roku, rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego w Polsce jest zbieżne z tym, które występuje w Rumunii, Czechach i Portugalii, natomiast jest ono o 8–9% wyższe niż we Włoszech lub Turcji. W Stanach Zjednoczonych odsetek osób z nadciśnieniem tętniczym był nieznacznie mniejszy niż w Polsce (około 3%).

Jak dowiadujemy się z porównania badań NHANES z 2011–2012 roku przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych i NATPOL PLUS 2011 w Polsce, świadomość istnienia chorób sercowo-naczyniowych jest wyższa w USA, natomiast mniejszy > 10% odsetek osób leczonych z tego powodu w wieku > 18. roku życia był w Polsce. Powyższe porównanie ukazało duży potencjał do poprawy sytuacji epidemiologicznej w Polsce. Możemy się cieszyć z faktu, iż w ostatnich latach kontrola ciśnienia tętniczego w Polsce uległa poprawie, albowiem fakt ten korzystnie wpłynął na jego wczesne leczenie [14, 20].

Wnioski

Na podstawie uzyskanych wyników oraz przeprowadzonej analizy statystycznej sformułowano następujące wnioski:

1. Najliczniejszą grupą pacjentów zgłaszających się na SOR z powodu wysokich wartości ciśnienia tętniczego były osoby pomiędzy 51. a 60. r.ż. – 60 osób, natomiast najmniej liczną grupę stanowili pacjenci w wieku 81–90 lat – 15. Średnia wieku pacjentów wyniosła $57,34 \pm 15,58$ roku.
2. Najwięcej pacjentów przyjętych na SOR z powodu wysokich wartości ciśnienia tętniczego skierowano na oddziały internistyczne – 148 osób, najmniejsza grupa pacjentów została skierowana do dalszego leczenia na oddziałach patologii ciąży i neurologii.
3. Wśród czynników ryzyka u chorych z nadciśnieniem tętniczym pierwotnym najczęściej występowały nadmierna masa ciała, nikotynizm, jak również nadużywanie alkoholu. Najczęstszymi przyczynami NT wtórnego były nefropatia cukrzycowa i obturacyjny bezdech senny.

Piśmiennictwo

1. Głąbska D, Włodarek D. Dieta a nadciśnienie tętnicze. *Kardiologia*. 2016; 1: 46–50.
2. Kozłowska L. Nadciśnienie tętnicze. W: Włodarek D, Lange E, Kozłowska L et al (red.) *Dietoterapia*. Warszawa: PZWL; 2014.
3. World Health Organization. *Prevention of cardiovascular disease: guidelines for assessment and management of Cardiovascular risk*; 2007.
4. Szczeklik A. *Choroby wewnętrzne*. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2010. 377–398.
5. Pilecki T. Nadciśnienie tętnicze. W: Pączek L, Mucha K, Foronczewicz B (red.) *Choroby wewnętrzne. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa i położnictwa*. Warszawa: PZWL; 2015. 44–57.
6. Amraoui F, van Montfrans GA, van den Born BJ. Value of retinal examination in hypertensive encephalopathy. *J Hum Hypertens*. 2010; 24: 274–279.
7. Reinus C, Shavit L, Slotki I. Severe renal failure and microangiopathic hemolysis induced by malignant hypertension – case series and review of literature. *Clin Nephrol*. 2010; 73: 147–152.
8. Bramlage P, Bohn M, Volpe M. A global perspective on blood pressure treatment and control in a referred cohort of hypertensive patients. *J Clin Hypertens*. 2010; 12: 666–677.
9. Cudnoch-Jędrzejewska A, Januszewicz A, Narkiewicz K, Prejbisz A. *Hipertensjologia. Patogeneza, diagnostyka i leczenie nadciśnienia tętniczego*. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2015.
10. The SPRINT Research Group. A Randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control. *N Engl J Med*. 2015; 373: 2103–2211.
11. Więczkowska H, Bryl W, Hoffmann K. Nadciśnienie tętnicze – choroba trudna i kosztowna. *Forum Zab Metabol*. 2011; 2(2): 132–136.
12. Pokorna-Katwak D. Pacjent z nadciśnieniem tętniczym w wieku podeszłym – wpływ choroby i prowadzonego leczenia na samopoczucie chorego. *Psychogeriatr Pol*. 2008; 5(1): 37–46.
13. Bachórzewska-Gajewska H, Dobrzycki S, Kobus G, Kochański K, Krajewski J, Kuźma Ł, Małyszko J. Ocena częstości występowania nadwagi i otyłości u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. *Nadciśn Tętn*. 2013; 17(1): 23–29.
14. Bandoz P, Szpakowski P, Zdrojewski T et al. Rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce. Wyniki badania NATPOL PLUS. *Kardiologia*. 2004; 61(5): 5–26.
15. Teliga-Czajkowska J, Czajkowski K. Nadciśnienie tętnicze a ciąża. W: Januszewicz A, Sieradzki J, Więcek A (red.) *Nadciśnienie tętnicze i diabetologia w pytaniach i odpowiedziach*. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2009. 207–221.
16. Kearney P, Whelton M, Reynolds K et al. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet*. 2007; 365: 217–223.
17. Gaciong Z, Narkiewicz K, Tykarski A. Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym – 2015 rok. *Wytyczne Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego. Nadciśn Tętn Prakt*. 2015; 1: 1–70.
18. Paczkowska A. *Badania farmakoekonomiczne – subiektywna ocena jakości życia oraz analiza kosztów leczenia nadciśnienia tętniczego w Polsce. Rozprawa na stopień doktora nauk farmaceutycznych wykonana w Katedrze i Zakładzie Farmakoekonomiki i Farmacji Społecznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*. Poznań 2014.

19. Szczęch R, Bieniaszewski L, Furmański J et al. Ocena częstości, świadomości i skuteczności leczenia nadciśnienia tętniczego wśród uczestników akcji „Mierz ciśnienie raz w roku”. *Nadciśn Tętn.* 2000; 4: 27–37.
20. Zdrojewski T, Drygas W, Naruszewicz M. Nadciśnienie tętnicze w populacji ogólnej – rozpowszechnienie i kontrola nadciśnienia tętniczego w Polsce – porównanie z wybranymi krajami w Polsce i na świecie. *Hipertensjologia.* 2015; 1–11.
21. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens.* 2013; 31: 1281–1357.
22. Collins R, MacMahon S. Blood pressure, antihypertensive drug treatment and the risks of stroke and of coronary heart disease. *Br Med Bull.* 1994; 50: 272–298.
23. Brixius K, Lichtenthal A, Middeke M. Nitric oxide, erectile dysfunction and beta-blocker treatment (MR NOED STUDY): Benefit of nebivolol versus metoprolol in hypertensive men. *Clin Exp Pharmacol Physiol.* 2007; 34: 327–331.
24. Carter BL, James PA, Oparil S. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eight Joint National Committee. *JAMA.* 2014; 311: 507–520.
25. Fagard R, Narkiewicz K, Mancia G. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J.* 2013; 34: 2159–2219.
26. Dadelszen P, Magee LA, Rey E. Less-tight versus tight control of hypertension in pregnancy. *Nat Eng J Med.* 2015; 375: 407–417.
27. Appel LJ. Dietary factors. Hypertension. W: Caballero B, Allen L, Prentie A (red.). *Encyclopedia of human nutrition.* Oxford: Academic Press; 2005. 506–513.
28. He FJ, MacGregor G. How far should salt intake be reduced? *Hypertension.* 2013; 42: 1093–1099.
29. Aburto N, Hanson S, Gutierrez H. Effect of increased potassium intake on cardiovascular risk factors and disease: systematic review and meta-analyses. *BMJ.* 2013; 346: 1138.
30. Esmailzadeh A, Salehi-Abargouei A, Sannei P. Influence of Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet on blood pressure: a systematic review and meta-analysis on randomized controlled trials. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2014; 12, 24: 1253–1261.
31. Kontogianni MD, Panagiotakos DB. Dietary patterns and stroke: a systematic review and re-meta-analysis. *Malurtas.* 2014; 1/79: 41–47.
32. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens.* 2013; 31: 1281–1357.
33. Kearney P, Whelton M, Reynolds K et al. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet.* 2007; 365: 217–223.

Artykuł przyjęty do redakcji: 20.11.2017

Artykuł przyjęty do publikacji: 09.03.2018

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Łukasz Michał Nurkowski
ul. Marii Skłodowskiej-Curie 24A
15-276 Białystok
tel.: 85 831 78 72
e-mail: nefrologia2@umb.edu.pl
II Klinika Nefrologii z Oddziałem Leczenia Nadciśnienia Tętniczego i Pododdziałem Dializoterapii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku



EDUKACJA MŁODZIEŻY W ZAKRESIE METOD PLANOWANIA RODZINY

EDUCATING YOUNG PEOPLE ABOUT FAMILY PLANNING METHODS

Ewelina Kimszal¹, Bożena Kulesza-Brończyk²

¹ studentka studiów doktoranckich, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

² Zakład Położnictwa, Ginekologii i Opieki Położniczo-Ginekologicznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2018.31>

STRESZCZENIE

Wstęp. Inicjacja seksualna to wejście w kolejny etap dojrzałości, a także wstęp w dorosłe życie. Rodzice i szkoła to główne instytucje, które powinny spełniać funkcje wychowawcze. Bezpieczna i dobra instytucja szkoły, która może pochwalić się skutecznością dydaktyczną i wychowawczą, powinna być oparta na partnerskiej współpracy i wzajemnym zrozumieniu nauczycieli i rodziców.

Cel. Głównym celem pracy było uzyskanie odpowiedzi na pytanie, czy rodzice i osoby prowadzące zajęcia w szkole edukują młodzież w zakresie metod planowania rodziny.

Materiał i metodyka. W badaniu wzięło udział 260 osób w wieku 16–19 lat uczących się w liceum i technikum. Metodą badawczą zastosowaną w pracy był sondaż diagnostyczny, a narzędziem badawczym była autorska, anonimowa ankieta do samodzielnego wypełnienia.

Wyniki. Młodzież z liceum i technikum nie czuje potrzeby rozmowy z rodzicami na temat antykoncepcji, a w domach jednej piątej uczniów nie rozmawia się na takie tematy. Ponad połowa respondentów odpowiedziała, że zajęcia w szkole były nudne i źle prowadzone.

Wnioski. Przeprowadzone badania umożliwiły wyciągnięcie wniosku, że rodzice oraz uczniowie nie potrafią rozmawiać ze sobą na temat metod planowania rodziny oraz że zajęcia z wychowania do życia w rodzinie były źle prowadzone.

SŁOWA KLUCZOWE: antykoncepcja, młodzież, wiedza, edukacja, rodzice, szkoła.

ABSTRACT

Introduction. Sexual initiation is the next step in adulthood and adulthood. Parents and schools are the main institutions that should perform educational functions. A safe and good school institution that can boast of didactic and educational effectiveness should be based on partnership and mutual understanding between teachers and parents.

Aim. The main purpose of the paper was to show whether parents and classmates in the school educate young people about family planning methods.

Material and methods. The study involved 260 people studying at the high school and technical college aged 16–19. The research method used in the study was a diagnostic survey and an author's research tool was, an anonymous self-fulfillment survey.

Results. Teens from the high school and technical college do not feel the need to talk to their parents about contraception, and one in five students does not talk to them at home. More than half of the respondents said that school activities were boring and badly conducted.

Conclusions. The study led to the conclusion that parents and students were not able to talk about family planning methods and that 'family education' was badly conducted.

KEYS WORD: contraception, youth, knowledge, education, parents, school.

Wstęp

Inicjacja seksualna to wejście w kolejny etap dojrzałości, a także wstęp w dorosłe życie [1]. Rozpoczęcie życia seksualnego związane jest z macierzyństwem, zakładaniem rodziny, planowaniem potomstwa, dojrzałością fizyczną, a co najważniejsze – z dojrzałością emocjonalną. Można zaobserwować, że wśród młodzieży, która rozpoczęła współżycie, są nastolatki niekorzystający ze środków antykoncepcyjnych, co często związane jest z brakiem edukacji seksualnej w szkole, własnymi przekonaniem lub wiarą [2].

Z takim problemem borykają się zarówno nastolatki, rodzice, jak również nauczyciele. Wszystkim tym osobom bardzo trudno określić, czy posiadane informacje są związane z rzetelną wiedzą naukową, czy może jednak zabarwione są indywidualnymi przekonaniem, mitami, obawami, stereotypowym spojrzeniem. Aby postarać się rozwiązać przedstawiony problem, potrzebny jest dostęp do wiedzy i informacji zarówno w skali makrospołecznej (kampanie społeczne, książki, social media, podręczniki, programy edukacyjne), jak i mikrospołecznej, do której należą zjawiska w sferze indywi-

dualnych kontaktów pomiędzy rodzicem a dzieckiem, pomiędzy rówieśnikami, a także pomiędzy uczniem a nauczycielem [3].

Głównym źródłem wychowania seksualnego jest rodzina. Dzieci na przykładzie zachowań rodziców kształtują swoje pierwsze, często decydujące wyobrażenia o miłości między kobietą i mężczyzną. Z kolei planowanie rodziny, nazywane również wychowaniem do życia w rodzinie opiera się głównie na tradycyjnym podejściu do płci, uznaniu wartości stosunków płciowych jedynie w obrębie miłości małżeńskiej, jak również na idei propagowania wśród jednostek tylko naturalnych metod zapobiegania ciąży. Autorzy związani głównie z nurtem myśli katolickiej na przykładzie 20-letnich doświadczeń pochodzących z krajów zachodnich w edukacji seksualnej upatrują negatywnych konsekwencji dla prawidłowego funkcjonowania społeczeństw ludzkich: stałego wzrostu ciąży, zachorowań na choroby weneryczne i inne, zakażeń i dystrofii noworodków, licznych aborcji nastolatek, obniżającego się wieku inicjacji seksualnej [4].

Dlatego tak ważna jest edukacja seksualna i przekazywanie rzetelnej wiedzy. Wprowadzenie i używanie poprawnego słownictwa określającego odpowiednie terminy sfery seksualnej stanowią niezbędny element tego procesu. Im wyższy poziom wiedzy, która dostosowana jest do wieku, tym mniej lęków i obaw na poszczególnych etapach rozwoju dziecka. Przewidując, jak będą przebiegać poszczególne etapy naszego życia, możemy często się do nich przygotować i się z nimi „oswoić”. Dodatkowo pozyskując odpowiednią wiedzę, jesteśmy bardziej świadomi naszej seksualności, co za tym idzie – zwiększamy szanse na dokonywanie mądrych wyborów w naszym życiu. Kwestie te są szczególnie istotne w toku całego naszego życia, dotyczą one okresu dzieciństwa i dojrzewania. Podejmując określone formy aktywności, losowy wybór pewnych zdarzeń życiowych, zgodnych z własnymi standardami wartości, stwarza się warunki do zdobywania takich, a nie innych doświadczeń – człowiek jest twórcą samego siebie [5].

Rodzice poznając szkołę i nauczycieli i stopniowo angażując ich do określonych zadań, wzmacniają często efekt wychowawczy, który dokonali w domu. Sytuacje takie pomagają w lepszym rozumieniu własnego dziecka i jego sytuacji przez obie strony. Dzięki temu dziecko zaczyna utwierdzać się w przekonaniu, że zainteresowanie nim, a również jego postępowaniem jest autentyczne i trwałe. Współpraca szkoły z rodzicami służyć ma ściślej współdziałaniu w budowaniu wiedzy na temat seksualności dziecka, jak również wiedzy na temat metod planowania rodziny.

Rodzice i szkoła to główne instytucje, które powinny spełniać funkcje wychowawcze. Jednak należy pa-

miętać, że szkoła pełni funkcję jedynie wspomagającą rodziców. Dobra współpraca z rodzicami ułatwić może osiągnięcie pożądanych efektów wychowawczych, a także ma znaczący wpływ na satysfakcjonujące osiągnięcia dydaktyczne. W każdej współpracy istotnymi czynnikami są: odpowiedni klimat, poczucie bezpieczeństwa i sprawstwa oraz ważność przedsięwzięcia. Bardzo ważnym elementem jest bezpieczeństwo, które powinno być potraktowane jak misja, za którą odpowiedzialni są w równej mierze rodzice, jak i szkoła. Bezpieczna i dobra instytucja szkoły, która może pochwalić się skutecznością dydaktyczną i wychowawczą, powinna być oparta na partnerskiej współpracy i wzajemnym zrozumieniu nauczycieli i rodziców. Do takiego rozwiązania modelowego powinniśmy nieustannie dążyć, aby nauczyć dziecko jak najwięcej na temat metod planowania rodziny.

Cel pracy

Główne cele pracy to uzyskanie odpowiedzi na pytanie, czy występują trudności w dostępie do informacji na temat metod planowania rodziny oraz ukazanie inicjatywy rodziców i nauczycieli w rozpoczęciu rozmowy z dzieckiem na temat antykoncepcji.

Materiał i metody

Badanie ankietowe przeprowadzono po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego. Metodą badawczą zastosowaną w pracy był sondaż diagnostyczny, a narzędziem badawczym była autorska, anonimowa ankieta do samodzielnego wypełnienia. W badaniu wzięto udział 260 osób (130 osób z liceum i 130 osób z technikum) w wieku 16–19 lat.

Badania zostały przeprowadzone w dwóch suwalskich szkołach: II Liceum Ogólnokształcącym im. Zygmunta Podhorskiego oraz w Zespole Szkół nr 6 im. Karola Brzostowskiego w okresie: wrzesień–listopad 2015 roku.

Analiza statystyczna

Do analizy statystycznej wykorzystany został program Statistica 10.0 (licencja Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku). Cechy ilościowe przedstawiono w postaci średniej arytmetycznej i odchylenia standardowego. Do oceny różnic pomiędzy grupami z rozkładem nie-normalnym dla prób powiązanych użyto testu nieparametrycznego U Manna-Whitneya oraz testu t-Studenta przy rozkładzie normalnym. Założono poziom istotności $\alpha = 0,05$. Za istotne statystycznie uznawano wyniki, gdy wyliczone prawdopodobieństwo testowe p spełniało nierówność $p < 0,05$.

Wyniki

Przedstawiona praca stanowi fragment przeprowadzonych na terenie Suwałk i województwa podlaskiego badań dotyczących edukacji młodzieży w zakresie metod planowania rodziny. Prezentuje ona wyniki dotyczące trudności w dostępie do informacji odnoszącej się do metod planowania rodziny oraz ukazuje inicjatywę rodziców i nauczycieli w rozpoczęciu rozmowy z dzieckiem na ten temat. W pracy przedstawiono wybrane elementy analizy uzyskanych wyników.

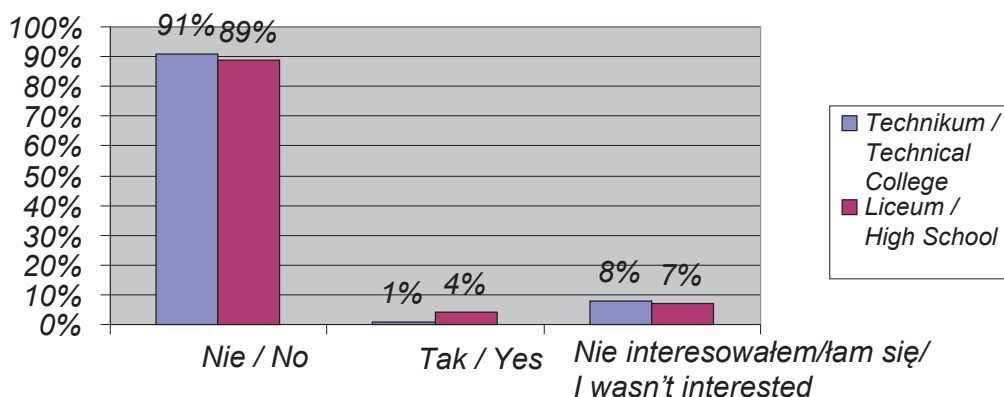
Wśród ankietowanej młodzieży można zauważyć przewagę mężczyzn (60%) nad kobietami (40%), najlicniejszą grupę badanych stanowiły osoby w wieku 18–19 lat (86%). Wśród badanej grupy uczniów 172 osób (66%) mieszka w mieście i 88 uczniów (34%) na wsi. W grupie respondentów 231 (89%) mieszka z rodzicami, a 29 uczniów (11%) poza domem.

Młodzież z technikum i liceum zgodnie potwierdza, że dostęp do informacji na temat metod antykoncepcji nie jest trudny (91% z technikum, 89% z liceum). Nie stwierdzono istotnie statystycznie różnicy ($p = 0,66$) pomiędzy rodzajem szkoły a trudnością w dostępie do informacji w zakresie metod antykoncepcji. Przedstawione wyniki mogą świadczyć o tym, że dzięki rozwojowi techniki łatwiej i prościej uzyskać informacje na temat antykoncepcji. Wiąże się to niestety również z tym, że młodzież może częściej spotkać się z nieprawdziwymi informacjami, które mogą być powielane przez rówieśników na różnego rodzaju portalach internetowych lub

w innych mało wiarygodnych źródłach, wprowadzając młodego człowieka w błąd (**Rycina 1**).

Na pytanie o źródła, z jakich respondent najczęściej czerpie wiedzę na temat metod planowania rodziny, największa liczba osób odpowiedziała, że informacje uzyskała z Internetu (76% osób z liceum i 62% z technikum wybrało tę odpowiedź). Nie stwierdzono istotnie statystycznej ($p = 0,91$) różnicy pomiędzy źródłami wiedzy, z której młodzież czerpała wiedzę na temat metod planowania rodziny, a rodzajem szkoły. Najbardziej wybieraną przez respondentów spośród proponowanych możliwości odpowiedzią była rozmowa z pracownikami ochrony zdrowia – lekarza wybrało 15% osób z liceum i 12% z technikum, a położną po 2% w obu grupach. Ciekawym porównaniem do tego pytania było kolejne, ponieważ poproszono uczniów, aby wybrali z podanych możliwości źródło wiedzy, jakiemu najbardziej ufają i w ich opinii potrafi ono dostarczyć wystarczających informacji na temat metod planowania rodziny. Choć pracownicy medyczni zajmowali w poprzednim pytaniu ostatnie miejsce i nie byli brani pod uwagę w procesie uzyskiwania wiedzy na temat antykoncepcji, w kolejnym pytaniu właśnie ta opcja była najczęściej zaznaczana przez respondentów – z liceum tę odpowiedź wybrało 77 uczniów (67%), natomiast osoby z technikum w równy sposób ufają lekarzowi i Internetowi (44%). W tym pytaniu stwierdzono istotną statystycznie ($p = 0,001$) różnicę pomiędzy źródłami najbardziej godnymi zaufania i dostarczającymi wystarczających informacji na temat metod planowania rodziny a rodzajem szkoły.

Czy według Ciebie dostęp do informacji na temat metod planowania rodziny był trudny? / In your opinion, access to information on methods of contraception was difficult?



Rycina 1. Opinia młodzieży z technikum i liceum na temat trudności w dostępie do informacji w zakresie metod antykoncepcji
Figure 1. Opinion of the youth from the technical college and the high school on the difficulty in accessing information on methods of contraception

Źródło: badania własne

Source: author's own material

Ważnym elementem w edukacji młodzieży są zajęcia z wychowania do życia w rodzinie. Analiza danych wykazała, że nie stwierdzono istotnej statystycznie ($p = 0,82$) różnicy w opinii uczniów na temat zajęć z wychowania do życia w rodzinie a rodzajem szkoły. Według dwóch grup respondentów zajęcia te były nudne i źle prowadzone. Co piąta osoba z technikum uważa, że na zajęciach z wychowania do życia w rodzinie nie do końca wszystko było właściwie i praktycznie wytłumaczone, a z liceum tę samą odpowiedź zaznaczyło 31%. Najmniejsza liczba osób zapytanych o to „Czy uważasz, że zajęcia z wychowania do życia w rodzinie dostatecznie zapoznały Cię z tematem metod planowania rodziny i będziesz mógł tę wiedzę wykorzystać w przyszłości?” odpowiedziały, że zajęcia były ciekawe i odpowiedziały na wszystkie nurtujące pytania (8% z liceum i 24% z technikum).

Aby zobrazować trudności w edukacji młodzieży w zakresie metod planowania rodziny, dokonano również analizy kontaktów pomiędzy respondentami, a rodzicami. Na pytanie „Czy kiedykolwiek rodzice rozmawiali z Tobą na temat antykoncepcji?” młodzież najczęściej odpowiadała, że nie czuje potrzeby rozmowy z rodzicami na temat antykoncepcji. Jednak u prawie 30% rodzice sami jako pierwsi zaproponowali rozmowę z dzieckiem. U 22% osób z technikum i 19% z liceum w domu nie rozmawia się na takie tematy. Po 5% uczniów z każdej szkoły musiało samo wyjść z inicjatywą rozmowy z rodzicem, a 5% z liceum i 2% z technikum chciałoby porozmawiać na temat metod antykoncepcji z rodzicami, ale się wstydzi (**Rycina 2**).

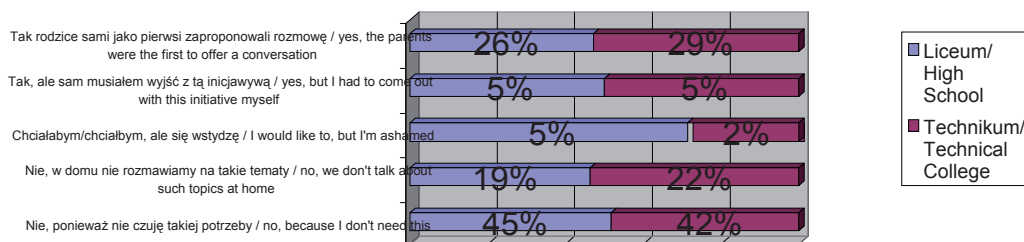
Dyskusja

Z przeprowadzonych badań wynika, że wśród respondentów było więcej mężczyzn (60%), a najliczniejszą grupę ankietowanych stanowili 18–19-latkowie (86%). Ponad połowa respondentów pochodzi z miasta i zdecydowana większość mieszka w domu z rodziną. Grupa badanych uczniów rozkładała się po równo: 50% uczy się w liceum ogólnokształcącym, a 50% w technikum.

Ciąża nastoletnia to poważny problem społeczny. Posiadanie dzieci w młodym wieku może zaszkodzić zdrowiu psychicznemu i fizycznemu młodych kobiet, ograniczyć ich wykształcenie i perspektywy zawodowe oraz zwiększyć ryzyko życia w ubóstwie i izolacji społecznej [6, 7].

Na określone zachowania seksualne młodzieży mają wpływ źródła wiedzy, z których czerpie ona informacje na temat metod planowania rodziny. Z przeprowadzonych badań wynika, że największa liczba nastolatków w wieku 16-19 lat z obu typów szkół czerpie wiedzę z Internetu (76% osób z liceum i 62% z technikum). Kolejnym źródłem informacji w obu grupach są koleżanki i koledzy. Wyniki rozkładały się podobnie, bo 44% z technikum i 47% z liceum czerpie wiedzę od znajomych. Na trzecim miejscu znalazła się szkoła, 55% respondentów z liceum oraz 21% z technikum uzyskuje wiedzę na temat antykoncepcji z tego źródła. Rodzice stanowili to źródło w przypadku 34% ankietowanych z liceum i 14% z technikum; Z telewizji wiedzę tę czerpało 24% respondentów z liceum, a 13% z technikum, z książek – 16% z liceum i 5% z technikum, z czasopism

Czy kiedykolwiek rodzice rozmawiali z Tobą na temat antykoncepcji? / Have parents ever talked to you about contraception?



Rycina 2. Rozmowa rodziców z młodzieżą na temat metod antykoncepcji w poszczególnych szkołach

Figure 2. Talk of parents and youth about methods of contraception in individual schools

Źródło: badania własne

Source: author's own material

medycznych 6% z technikum i 4% z liceum. Rozmowę z lekarzem na temat metod planowania rodziny wybrało 15% z liceum i 12% z technikum, a z położną – po 2% w obu grupach. Nikt nie podał innych źródeł, z których czerpał wiedzę na temat metod planowania rodziny. Według Bień i Stadnickiej [8] 74% młodzieży korzysta najczęściej z Internetu i jest to główne i największe źródło informacji. Podobnie jak w prezentowanej pracy 40% nastolatków uzyskuje także wiedzę na temat antykoncepcji od rówieśników. Taki sam odsetek respondentów czerpie wiedzę ze szkoły, a rodzice stanowią źródło wiedzy dla 21% ankietowanych (wynik podobny do uzyskanego w badaniu własnym). Nastolatkowie biorący udział w badaniach Bień i Stadnickiej zdobywają wiedzę w 33% z telewizji i w 32% z czasopism. Natomiast pracownicy służby zdrowia są na ostatnim miejscu i stanowią źródło wiedzy dla 16%. Rozkład procentowy odpowiedzi w obu badanych grupach jest bardzo podobny, z zastrzeżeniem, że w badaniach Bień i Stadnickiej młodzież częściej wybierała czasopisma jako źródło wiedzy niż nastolatkowie z zaprezentowanej grupy badawczej [8]. Większość nastolatków szuka informacji w Internecie, rozmawia na temat problemów dotyczących życia seksualnego z rówieśnikami oraz uzyskuje wiedzę w szkole [9].

Na pytanie o to, jakie źródła według respondentów są najbardziej godne zaufania i dostarczają wystarczających informacji na temat metod planowania rodziny, większość respondentów odpowiedziała, że ufa lekarzowi (67% z liceum i 44% z technikum). Zastanawiające jest, że lekarz i ochrona zdrowia zajmowały ostatnie miejsce w odpowiedziach na pytanie o źródła wiedzy, z której nastolatkowie czerpią wiedzę i nie byli brani też pod uwagę w procesie uzyskiwania wiedzy na temat antykoncepcji. Kolejnymi źródłami najlepiej ocenianymi przez młodzież z liceum byli rodzice (39%) i szkoła (24%). Młodzież z technikum nadal stwierdza, że Internet (44%) jest źródłem, któremu równie ufają jak lekarzowi (44%). Według Pacewicz-Biegańskiej [10] trzema głównymi i najpopularniejszymi źródłami wiedzy powinni być lekarz, rodzice oraz szkoła. Porównując obie szkoły zauważono, że uczniowie liceum wymieniają lepsze źródła godne zaufania niż osoby z technikum. Poza lekarzem wymienia młodzież z technikum Internet, koleżanki i kolegów (24%) i rodziców (24%) jako najbardziej godne źródła zaufania i dostarczające wystarczających informacji na temat metod planowania rodziny. Telewizja stanowiła najniższy procent wyboru w obu grupach i wyniosła 8% dla technikum i 3% dla liceum. Żadna z osób nie podała innych źródeł, które są godne zaufania i dostarczają wystarczającej wiedzy na temat metod planowania rodziny.

Przedstawione wyniki mogą świadczyć o tym, że dzięki rozwojowi techniki łatwiej i prościej uzyskać informa-

cje na temat antykoncepcji. Wiąże się to niestety również z tym, że młodzież może częściej spotkać się z nieprawdziwymi informacjami, które mogą być powielane przez rówieśników na różnego rodzaju portalach internetowych lub w innych mało wiarygodnych źródłach wprowadzając młodego człowieka w błąd.

Według badań CBOS z 2007 roku im rodzice są lepiej wykształceni i im większa jest miejscowość, tym częściej występuje opinia wśród społeczeństwa, że troska o wychowanie seksualne dzieci głównie spoczywa na rodzicach. Pogląd taki reprezentują częściej osoby na stanowiskach kierowniczych, inteligencja, pracownicy umysłowi niższego szczebla i fizyczno-umysłowi, a także respondenci nieuczestniczący w praktykach religijnych; opinię tę częściej mają kobiety, niż mężczyźni. Największą grupą osób, która uważa, że edukacja seksualna powinna być dzielona pomiędzy rodzicami a szkołą, są rolnicy (87%), badani pracujący na własny rachunek (70%), mieszkańcy wsi (63%) i najmniejszych miast (68%) [10]. Z badań własnych wynika, że w domach 22% osób z technikum i 19% z liceum nie rozmawia się na temat antykoncepcji. Po 5% respondentów z każdej szkoły musiało samo wyjść z inicjatywą rozmowy z rodzicem, a 5% z liceum i 2% z technikum chciałoby porozmawiać na ten temat, ale się wstydzi. W raporcie Grupy Edukatorów Seksualnych Ponton „Skąd wiesz? Jak wygląda edukacja seksualna w polskich domach” 53% nastolatków odpowiedziało, że nie dostało żadnych informacji na temat antykoncepcji. A 20% osób nie ma osoby w rodzinie, z którą może porozmawiać o seksualności [11]. Z przeprowadzonych badań wynika, że tylko w grupie jednej trzeciej respondentów rodzice sami jako pierwsi zaproponowali rozmowę z dzieckiem. Jak wynika z raportu Grupy Edukatorów Seksualnych Ponton wielu nastolatków opowiada, że rodzice często pomijają kwestię edukacji o antykoncepcji. Często sprowadza się ona wyłącznie do wręczenia synowi prezerwatywy przed wyjściem na imprezę [12]. Dlatego może młodzież z obu typów szkół w badaniu własnym w ponad 40% przypadków zaznaczyła odpowiedź, że nie czuje potrzeby rozmowy na temat antykoncepcji z rodzicami. Budowanie przez rodziców nieprzyjemnej atmosfery w domu, jeśli chodzi o temat antykoncepcji czy seksualności, może doprowadzić do wielu poważnych skutków psychoseksualnych u dzieci.

Młodzież potwierdziła, że większość rodziców nie zajęła się bezpośrednio problemem antykoncepcji. Badania przeprowadzone przez Akers, Schwarz, Borrero i Corbie-Smith potwierdzają, że rodzice unikali rozmowy na temat współżycia, sądząc że niesie ona za sobą konsekwencje w postaci możliwości wystąpienia ciąży oraz chorób przenoszonych drogą płciową. W szczególności nastoletnie kobiety wymieniały antykoncepcję

jako temat, o którym chciałyby rozmawiać z rodzicami. Młodzież uważała również, że ma prawo do dostępu do informacji na temat antykoncepcji i że rodzice powinni być gotowi, aby je przekazać [13]. Nastolatki potrzebują innej antykoncepcji niż dorośli, ponieważ skuteczność i zastosowanie są również różne [14]. Zaznaczyć także należy, że dzieci urodzone przez nastolatki są znacznie bardziej narażone na różne negatywne skutki w późniejszym życiu. Dzieci urodzone przez nastoletnich rodziców znacznie częściej stają się nastoletnimi rodzicami [15].

Na zajęciach szkolnych o antykoncepcji mówi się niewiele i często w sposób zideologizowany. Nauczyciele nie uświadamiają młodzieży, że odpowiedzialność za zapobieganie niechcianej ciąży leży po obu stronach. Wiele dziewcząt uważa, że kwestia antykoncepcji zależy tylko i wyłącznie od nich, a także młode kobiety nie potrafią wyegzekwować od partnera prezerwatywy. Skoro młodzież w większości przypadków ani od rodziców, ani od szkoły nie może liczyć na wiedzę dotyczącą antykoncepcji, nasuwa się pytanie, skąd mają czerpać podstawowe i niezbędne informacje na ten temat. Raport ten przedstawił Ponton z Wakacyjnego Telefonu Zaufania – co roku najwięcej pytań nastolatków dotyczy antykoncepcji [16]. Z prezentowanych badań wynika, że ponad 50% licealistów i osób z technikum stwierdziło, że zajęcia z wychowania do życia w rodzinie były nudne i źle prowadzone. A ponad 20% młodzieży z obu typów szkół uważa, że na zajęciach nie do końca wszystko było właściwie i praktycznie wytłumaczone. Wyłącznie 24% osób z technikum zgodziło się, że zajęcia były ciekawe i dały odpowiedzi na wszystkie nurtujące pytania; z tym samym stwierdzeniem w liceum zgodziło się 8% osób. Pomimo tego, że 90% nastolatków z obu szkół biorących udział w badaniu uważa zgodnie, że dostęp do informacji na temat antykoncepcji nie jest trudny, nie powinniśmy zostawiać tak młodych ludzi samych w poszukiwaniu informacji na temat metod planowania rodziny. Przykładem tego może być przeprowadzone w Baltimore, USA badanie, wśród młodzieży ze szkół średnich. Okazało się, że u nastolatków objętych programem liczba ciąż spadła o 30% w ciągu 28 miesięcy, gdy w porównywalnych szkołach, które nie były objęte programem, wskaźnik wzrósł o 58%. Młodzież korzystająca z 3-letniego programu obejmującego edukację, poradnictwo i dostęp do środków antykoncepcyjnych rozpoczynała współżycie seksualne średnio 7 miesięcy później niż rówieśnicy [16]. Badania przeprowadzone w USA, Wielkiej Brytanii, Meksyku i w Południowej Ameryce również potwierdziły, że młodzież, która zostaje objęta specjalnym programem edukacyjnym z zakresu antykoncepcji i metod planowania rodziny, ma lepsze wyniki

z zakresu antykoncepcji, w porównaniu do rówieśników, którzy nie mają dostępu do takiego programu [17].

Potwierdza się tendencja obniżania wieku inicjacji seksualnej oraz słabszej edukacji seksualnej młodych ludzi. Według Lewickiej [18] polscy nastolatki mają niską wiedzę na temat antykoncepcji. Nie zdobywają jej w szkole, ponieważ znajomość biologii i fizjologii układu rozrodczego jest niewystarczająca. W domu rodzice także nie potrafią w należyty sposób wytłumaczyć wszystkich zagadnień związanych z antykoncepcją. Wiedza internetowa to zlepek mitów oraz zabobonów [18]. Klejewski i wsp. [19] w swoich badaniach stwierdzają, że poziom licealistów jest przeciętny.

Wnioski

Przeprowadzone badania umożliwiły wyciągnięcie następujących wniosków:

1. Młodzież z technikum i liceum zgodnie potwierdza, że dostęp do informacji na temat metod antykoncepcji nie jest trudny.
2. Najlepiej ocenianym przez respondentów źródłem wiedzy na temat metod planowania rodziny jest Internet, natomiast źródłami godnymi zaufania i dostarczającymi wystarczającej wiedzy na temat metod planowania rodziny wskazanymi przez młodzież z liceum są: lekarz, rodzice i szkoła, natomiast przez młodzież z technikum: lekarz i Internet.
3. W Polsce rodzice nie rozmawiają z dziećmi na temat antykoncepcji.
4. Uczniowie twierdzą, że zajęcia z wychowania do życia w rodzinie były nudne i źle prowadzone.

Piśmiennictwo

1. Izdebski Z, Jaczewski A. Tajemnice inicjacji seksualnej. Warszawa: Wydawnictwo DZG UNIPAR; 2002. 12.
2. Jarząbek G et al. Biomechanizmy seksualności dziewcząt. *Ginekol Wieku Rozw.* 2009; 17(2): 269–274.
3. Waszyńska K, Groth J, Kowalczyk R. Kontrowersje wokół współczesnej edukacji seksualnej. Teoria i (nie)rzeczywistość. *Studia Eduk.* 2013; 24: 165–166.
4. Wejbert-Wąsiewicz E, Pęczkowska E. Problemy edukacji seksualnej w Polsce. *Prz Socjol.* 2009; 58, 3: 173–192.
5. Tyszkowa M. Rozwój psychiczny jako proces strukturalizacji i restrukturalizacji doświadczenia. W: Tyszkowa M (red.). *Rozwój psychiczny człowieka w ciągu życia.* Warszawa: PWN; 1988. 72, 75.
6. Public Health Outcomes Framework 2013–2016. Policy paper; gov.UK.
7. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N et al. Pregnancy and child-birth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG.* 2014; 40–48.
8. Bień A, Stadnicka S. Zachowania seksualne młodzieży oraz stosowane metody zapobiegania ciąży. *Eur J Med Technol.* 2015; 1, 6: 52–62.
9. Grunbaum JA, Kann L, Kinchen S. Youth risk behavior surveillance – United States, 2003. *MMWR Surveill Summ.*

- 2004; 53: 1–96. Erratum in MMWR. 2005; 53: 536. Erratum in MMWR. 2005; 54: 608.
10. Pacewicz-Biegańska J. Przemiany seksualności nastolatków. *Prz Pedagog.* 2013, 2: 108–118.
 11. CBOS. O wychowaniu seksualnym młodzieży. Warszawa: CBOS; 2007. 1–13, www.cbos.pl (data dostępu: 09.04.2016).
 12. Raport Grupy Edukatorów Seksualnych Ponton. Skąd wiesz? Jak wygląda edukacja seksualna w polskich domach. 2011: 1–29.
 13. Akers AY, Schwarz EB, Borrero S, Corbie-Smith G. Family discussions about contraception and family planning: a qualitative exploration of black parent and adolescent perspectives. *Perspect Sex Reprod Health.* 2010; 42(3): 160–167.
 14. Davtayan C. Contraception for adolescents. *West J Med.* 2000; 172(3): 166–117.
 15. Malamitsi-Puchner A, Boutsikou T. Adolescent pregnancy and perinatal outcome. *Pediatr Endocrinol Rev.* 2006; 3 Suppl 1: 170–171.
 16. Edukacja seksualna w szkole. Federacja na rzecz kobiet i planowania rodziny, http://www.federa.org.pl/dokumenty_pdf/publikacje/edukacja-seksualna-wszkole.pdf (data dostępu: 10.04.2016).
 17. Lopez LM, Bernholc A, Chen M, Tolley EE. School-based interventions for improving contraceptive use in adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016; Issue 6. Art. No. CD01224.
 18. Karpińska K. Co polscy nastolatki wiedzą o antykoncepcji? (Dostępne w Internecie:) <http://natemat.pl/103903,co-polscy-nastolatki-wiedza-o-antykoncepcji> (data dostępu: 11.04.2016).
 19. Klejewski A, Rozynek AA, Urbaniak T. Ocena wiedzy uczniów szkół średnich na temat dostępnych metod i środków antykoncepcyjnych oraz ich skuteczności. *Prz Lek.* 2014; 71, 11: 634–638.

Artykuł przyjęty do redakcji: 18.11.2017

Artykuł przyjęty do publikacji: 23.03.2018

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Ewelina Kimszal

ul. Marii Skłodowskiej-Curie 7

15-001 Białystok

tel.: 85 748 55 28

e-mail: ewelinakimszal@gmail.com

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku



PLANY ZAWODOWE STUDENTÓW KIERUNKU PIELEŃNIARSTWO PAŃSTWOWEJ MEDYCZNEJ WYŻSZEJ SZKOŁY ZAWODOWEJ W OPOLU

PROFESSIONAL PLANS OF NURSING STUDENTS OF THE OPOLE MEDICAL SCHOOL

Mirosław Smoleń¹, Edyta Monika Kędra²

¹ SP ZOZ w Głubczycach

² Wydział Nauk Medycznych, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2018.32>

STRESZCZENIE

Wstęp. Proces globalizacji, przeobrażenia społeczno-gospodarcze, deficyt kadry medycznej w innych krajach, możliwość podjęcia pracy zawodowej dla pielęgniarek/pielęgniarzy poza obszarem Rzeczypospolitej Polskiej zauważalnie determinują plany zawodowe studentów kierunku: pielęgniarstwo Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu.

Cel. Poznanie planów zawodowych studentów studiów pierwszego stopnia na kierunku: pielęgniarstwo kształcących się w Państwowej Medycznej Wyższej Szkole Zawodowej w Opolu w roku akademickim 2016/2017.

Materiał i metody. Badaniem objęto 181 studentów kierunku pielęgniarstwo PMWSZ w Opolu. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z techniką ankiety, do której opracowano autorski kwestionariusz ankiety.

Wyniki. Podjęcie pracy w wyuczonym zawodzie planuje 92,3% respondentów. Natomiast 32,9% ankietowanych studentów planuje podjąć pracę w wyuczonym zawodzie poza granicami Polski.

Wnioski. Migracja zawodowa jest mocno akcentowanym scenariuszem przyszłej kariery zawodowej studentów pielęgniarstwa, a gwarancja lepszego uposażenia jest dominującym czynnikiem wpływającym na podjęcie takiej decyzji.

SŁOWA KLUCZOWE: pielęgniarka/pielęgniarz, zawód, plany zawodowe.

ABSTRACT

Introduction. The process of globalization, socio-economic transformations, the shortage of medical staff in other countries, the possibility of taking up a job for nurses outside the territory of the Republic of Poland visually determine professional plans of nursing students of the Opole Medical School in the academic year 2016/2017.

Objective. Getting acquainted with professional plans of first cycle students in the field of nursing education at the Opole Medical School (Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa) in Opole.

Material and methods. The study covered 181 undergraduate nursing students in Opole. The method of the diagnostic survey was used with the survey technique, to which the author's questionnaire was developed.

Results. 92.3% of respondents plan to work in a trained profession while 32.9% of the surveyed students plan to undertake work in a profession outside Poland.

Conclusions. Vocational migration is a strongly emphasized scenario for the future career of nursing students, and the guarantee of a better payment is a dominant factor influencing this decision.

KEYS WORD: nurse, occupation, occupational plans.

Wprowadzenie

Zgodnie z „Ustawą z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej” [1] oraz „Ustawą z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych” [2] każda/y aktywna/y zawodowo pielęgniarka/pielęgniarz i położna po uzyskaniu prawa wykonywania zawodu jest obowiązkowo zarejestrowana/y w Centralnym Rejestrze Pielęgniarek i Położnych (CRPiP). Rejestr ten prowadzony jest przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych (NIPiP) w formie elektronicznej z zabezpieczeniem przed dostępem osób niepożądanych. Informacje

zawarte w ww. rejestrze są wprowadzane przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych (OIPiP). Każdy członek samorządu pielęgniarek i położnych zobowiązany jest aktualizować dane zawarte w CRPiP. O wszystkich zmianach dotyczących swojego statusu zawodowego powinien informować właściwą (z racji przynależności) Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych. Należy zaznaczyć, że aktualizacja danych zawartych w rejestrze jest kwestią niezmiernie ważną. Prawidłowość funkcjonowania tego systemu i jego wiarygodność opierają się na ciągłej aktualizacji danych w nim zawartych.

Na podstawie przygotowanego przez NRPIP Raportu [3, 4] można stwierdzić, iż z roku na rok sukcesywnie wrasta liczba absolwentów kierunku: pielęgniarstwo uzyskujących po raz pierwszy prawo wykonywania zawodu. Wśród wszystkich absolwentów tego kierunku na przestrzeni ostatnich 10 lat tylko 37,77% uzyskuje prawo wykonywania zawodu. Nie jest to imponujący odsetek, jeśli weźmie się pod uwagę faktyczne zapotrzebowanie na kadrę pielęgniarską (**Tabela 1**).

Tabela 1. Absolwenci kierunku: pielęgniarstwo uzyskujący po raz pierwszy prawo wykonywania zawodu

Table 1. Graduates of nursing, first obtaining the right to practice

Rok akademicki/ Academic year	Razem absolwenci I i II stopnia/ Total graduates of first and second degree	Liczba pielęgniarek uzyskujących prawo wykonywania zawodu po raz pierwszy/ The number of nurses who have been registered for the first time	Stosunek liczby absolwentów do liczby osób uzyskujących prawo wykonywania zawodu w %/Ratio of graduates to the number of persons receiving the right to pursue the profession in %
2006/2007	5672	2070	36,50
2007/2008	7246	2330	32,16
2008/2009	10304	2583	25,07
2009/2010	9630	2437	25,31
2010/2011	2481	2069	83,39
2011/2012	-	-	-
2012/2013	-	-	-
2013/2014	9576	3077	32,13
2014/2015	11500	3433	29,85
2015/2016	b.d.	3344	-
Razem/ Together	56409	21343	37,77

Źródło/Source: [3, 4]

Dzięki wspomnianemu CRPIP można również obserwować liczbę aktywnych zawodowo pielęgniarek/pielęgniarczy oraz średnią ich wieku. O ile dają się zauważyć nieznaczne tendencje wzrostowe w liczbie zatrudnianego personelu pielęgniarskiego (z 268 015 w 2008 roku do 288 395 w 2016 roku), o tyle drugi wskaźnik, jakim jest średnia wieku personelu pielęgniarskiego, nie jest już tak optymistyczny (z 44,19 lat w 2008 roku do 50,79 w 2016 roku) [4]. Pokazuje to, że w tej grupie zawodowej dominują osoby, które za kilkanaście lat osiągną wiek emerytalny, a nie są one zastępowane nowymi i młodszymi kadrami. Ponadto zawód dotychczas uważany za sfeminizowany obecnie cieszy się coraz większą popularnością wśród mężczyzn, na co wskazują poniższe dane (**Tabela 2**).

Tabela 2. Liczba pielęgniarek zarejestrowanych w Centralnym Rejestrze Pielęgniarek i Położnych w latach 2008–2016

Table 2. Number of nurses registered in the Central Registry of Nurses and Midwives 2008–2016

Stan na 31.12.2016 r./ As of December 31	Liczba pielęgniarek/ Number of nurses		Razem/ Together	Średnia wieku/ The average age
	kobiety/ women	mężczyźni/ men		
2008	263 259	4756	268 015	44,19
2009	266 655	4569	271 224	44,48
2010	269 503	4678	274 181	45,28
2011	270 781	4494	275 275	46,05
2012	273 666	4830	278 496	46,94
2013	275 075	4964	280 039	48,69
2014	277 334	5188	282 522	48,43
2015	279 861	5515	285 376	50,13
2016	282 547	5848	288 395	50,79

Źródło/Source: [4]

Potwierdzeniem niekorzystnych zmian demograficznych (wiek) w grupie polskich pielęgniarek/pielęgniarczy są dane dotyczące struktury wiekowej tej grupy zawodowej. Na ich podstawie daje się zauważyć, że dominują pielęgniarki/pielęgniarczy w przedziale wiekowym 46–50 lat (17,77%) oraz 41–45 lat (16,48%). Natomiast najmniej liczną grupę stanowią pielęgniarki/pielęgniarczy w wieku 21–25 lat (1,75%), ale także odsetek personelu z przedziałów wiekowych 26–30 lat oraz 31–35 lat jest niewielki (odpowiednio 3,78% i 4,01%) (**Tabela 3**) [4].

Tabela 3. Struktura wiekowa pielęgniarek zarejestrowanych w Centralnym Rejestrze Pielęgniarek i Położnych

Table 3. Age structure of nurses registered in the Central Registry of Nurses and Midwives

Wiek w latach/ Age in years	Liczba pielęgniarek/pielęgniarczy/ Number of nurses	Odsetek/ Percentage
21–25	5060	1,75
26–30	10 908	3,78
31–35	11 574	4,01
36–40	12 773	4,43
41–45	47 516	16,48
46–50	51 255	17,77
51–55	46 803	16,23
56–60	46 237	16,03
61–65	33 355	11,57
pow. 65	22 914	7,95
Razem/Together	288 395	100

Źródło/Source: [4]

W odniesieniu do wyżej prezentowanych danych należałoby się również przyjrzeć obecnemu wskaźnikowi liczby pielęgniarek/pielęgniarzy zatrudnionych na 1 tys. mieszkańców w Polsce na tle pozostałych krajów świata. Nie jest on imponujący, gdyż wynosi 5,4. W porównaniu z innymi krajami jest to bardzo niski wskaźnik. Patrząc na kraje europejskie, takie jak choćby Szwajcaria (16 pielęgniarek/1 tys. mieszkańców) czy sąsiadujące z Polską Czechy (8,1 pielęgniarki/1 tys. mieszkańców), widać, że nie jesteśmy w tej kwestii w czołówce. Jedynie Hiszpania ma wskaźnik porównywalny do Polski – 5,5 pielęgniarki/1 tys. mieszkańców [3]. Również prognozy na przyszłość w zakresie zatrudnienia pielęgniarek/pielęgniarzy w Polsce do 2030 roku nie są optymistyczne, co pokazują dane zawarte w tabeli 4.

Tabela 4. Prognozowane wskaźniki dla zatrudnionych pielęgniarek do 2030 roku w Polsce

Table 4. Predicted indicators for employed nurses up to 2030 in Poland

Rok/ Year	Liczba zatrudnionych pielęgniarek/pielęgniarzy Number of employed nurses	Wskaźnik zatrudnienia pielęgniarek/pielęgniarzy na 1 tys. mieszkańców/ Nurses employment rate per 1 thou. residents
2016	217 226	5,66
2020	192 110	5,04
2025	169 179	4,48
2030	141 729	3,81

Źródło/Source: [4]

Cel pracy

Poznanie planów zawodowych studentów studiów pierwszego stopnia na kierunku: pielęgniarstwo kształcących się w Państwowej Medycznej Wyższej Szkole Zawodowej w Opolu w roku akademickim 2016/2017.

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone w okresie dwóch miesięcy 2016 roku wśród 181 studentów wszystkich roczników, studiujących na kierunku: pielęgniarstwo pierwszego stopnia w Państwowej Medycznej Wyższej Szkole Zawodowej (PMWSZ) w Opolu. Przed ich rozpoczęciem badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej PMWSZ w Opolu. Otrzymane wyniki posłużyły jednemu z autorów tego opracowania do przygotowania pracy dyplomowej magisterskiej [5].

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z użyciem autorskiego kwestionariusza ankiety. Analiza ilościowa otrzymanych wyników została przeprowadzona w MS Office 2013, a jakościowa – w programie statystycznym R (wersja 3.3.1), programie PSPP (wersja 0.10.4) z zastosowaniem dwóch testów

statystycznych: Fishera oraz chi-kwadrat, dla których przyjęto za poziom istotności $p < 0,05$.

Najliczniejszą grupą respondentów były kobiety – 89,0% ($n = 161$). Mężczyźni to zaledwie 11,0% ($n = 20$) wszystkich przebadanych osób. Przeważającą większość stanowili studenci pomiędzy 18. a 24. r. ż. ($n = 156$; 86,2%), następnie osoby pomiędzy 25. a 30. r.ż. ($n = 13$; 7,2%) i pomiędzy 31. a 35. r.ż. ($n = 12$; 6,6%). Wśród badanych 45,2% ($n = 80$) to studenci pierwszego roku studiów, 27,1% ($n = 48$) – drugiego roku studiów, 27,7% ($n = 49$) – trzeciego roku.

Wyniki

Po ukończeniu studiów na kierunku: pielęgniarstwo pierwszego stopnia połowa badanych ma zamiar szukać pracy w wyuczonym zawodzie ($n = 90$; 50,0%). Nieco mniej osób ($n = 74$; 41,1%) ma zamiar kontynuować naukę. Jest też grupa respondentów, która zamierza zmienić zawód ($n = 11$; 6,1%), kontynuować pracę, którą dotychczas wykonuje bądź kontynuować naukę lub pracę (odpowiednio po $n=2$; 1,1%). Najmniej osób stwierdziło, że po zakończeniu tego etapu kształcenia ma zamiar odpoczywać ($n=1$; 0,6%).

Dla największego odsetka badanych osób najistotniejsze w karierze zawodowej są: długotrwałe zatrudnienie ($n = 79$; 43,9%), rozwój własnych zainteresowań ($n = 64$; 35,6%) oraz wysokie zarobki ($n = 27$; 15%). Natomiast najmniej istotne okazały się: możliwość awansu ($n = 6$; 3,3%), rozwinięte zaplecze socjalne ($n = 2$; 1,1%) oraz inne elementy kariery zawodowej ($n = 2$; 1,1%).

Aż 92,3% ($n = 167$) badanych studentów planuje po ukończeniu studiów pracę w wyuczonym zawodzie. Niezdecydowanych jest 6,1% ($n = 11$), a kategoryczne „nie” zaznaczyło 1,7% ($n = 3$) badanych. Zdecydowana większość badanych studentów pielęgniarstwa ($n = 151$; 90,4%), którzy deklarowali podjęcie pracy w wyuczonym zawodzie po ukończeniu studiów, planuje dalsze podnoszenie swoich kwalifikacji poprzez uczestnictwo w szkoleniach i kursach kwalifikacyjnych, specjalizacjach. Niezdecydowanych w tym aspekcie było 8,4% ($n = 14$) studentów, a jedynie 1,2% ($n = 2$) badanych zaznaczyło odpowiedź „nie”.

Przeważająca większość osób planujących pracę w zawodzie ($n = 147$; 88,6%) chciałaby być zatrudniona na umowę o pracę, a o umowie kontraktowej myśli 7,8% ($n = 13$) badanych. Możliwość pracy w ramach indywidualnej praktyki pielęgniarskiej rozważa 3,6% ($n = 6$) studentów z tej grupy. Lecznictwo stacjonarne jest wymarzoną miejscem pracy dla 84,4% ($n = 141$) badanych, natomiast przychodnia mogłaby być miejscem pracy dla 13,2% ($n = 22$) osób, a dom pomocy społecznej dla 2,4% ($n = 4$) badanych.

Pracę w wyuczonym zawodzie za granicą RP planuje podjąć 32,9% (n = 55) badanych. Przez 41,3% (n = 69) studentów nie jest to rozwiązanie brane pod uwagę, a nieco ponad jedna czwarta badanych nie podjęła jeszcze decyzji o wyjeździe czy pozostaniu w kraju (n = 43; 25,7%).

Zapytano również studentów o czynniki, jakie byłyby dla nich istotne w podjęciu decyzji o pracy poza granicami RP. Na pierwszym miejscu czynnikiem tym było lepsze uposażenie (n = 40; 72,7%) oraz większy prestiż zawodowy (n = 37; 67,3%).

Tabela 5. Czynniki istotne dla respondentów przy podjęciu pracy w wyuczonym zawodzie poza granicami RP *

Table 5. Factors relevant for respondents when undertaking work in a profession outside the Polish borders *

Jakie czynniki dla Pani/Pana są istotne dla podjęcia pracy w wyuczonym zawodzie poza granicami RP?/ What factors are important for you to work in a profession outside Poland?	n	%
Lepsze uposażenie/Better salaries	40	72,7
Większa prestiż zawodowy/Greater professional prestige	37	67,3
Chęć sprawdzenia się/Willing to check it out	20	36,4
Zmiana środowiska/Change of environment	23	41,8
Chęć nawiązania nowych kontaktów/The desire to make new contacts	17	30,9
Bliższe kontakty z rodziną przebywającą poza granicami RP/Closer contact with family outside of Poland	5	9,1

* respondenci mogli udzielić więcej niż jednej odpowiedzi/respondents could give more than one answer

Źródło/Source: [5]

Wymienione wyżej czynniki (**Tabela 1**) zostały również poddane przez respondentów ocenie pod kątem ich ważności/istotności (**Tabela 2**).

Tabela 6. Ważność/istotność poszczególnych czynników decydujących o podjęciu pracy w wyuczonym zawodzie poza granicami RP

Table 6. Validity/significance of individual factors deciding to undertake work in a profession outside the Polish borders

Czynniki istotne dla badanych do podjęcia pracy w wyuczonym zawodzie poza granicami RP/Factors important for the respondents to work in a learned profession outside the Polish borders	Zdecydowanie nieistotne/Definitely not important	Raczej nieistotne/Rather unimportant	Trudno powiedzieć/Hard to say	Raczej istotne/Rather important	Zdecydowanie istotne/Definitely important
Lepsze uposażenie/Better salaries	3,80%	1,90%	7,50%	18,90%	67,90%

Większa prestiż zawodowy/Greater professional prestige	3,80%	3,80%	7,80%	17,30%	67,30%
Chęć sprawdzenia się/Willing to check it out	3,90%	13,70%	17,60%	37,30%	27,50%
Zmiana środowiska/Change of environment	7,70%	9,60%	21,20%	19,20%	42,30%
Chęć nawiązania nowych kontaktów/The desire to make new contacts	7,80%	13,70%	15,70%	39,30%	23,50%
Bliższe kontakty z rodziną przebywającą poza granicami RP/Closer contact with family outside of Poland	48,10%	21,20%	15,40%	5,80%	9,50%

Źródło/Source: [5]

W przypadku większości badanych planujących podjęcie pracy za granicą znaczna poprawa uposażenia zatrudnionych w kraju pielęgniarek/pielęgniarzy wpłynęłaby na decyzję o podjęciu pracy w RP (n = 42; 79,2%). Jedynie 9,4% (n = 5) badanych było przeciwnego zdania, a 11,3% (n = 6) nie zastanawiało się nad tym.

Zapytano również badanych, jakie czynniki wpływają na ich decyzję o niepodjęciu pracy w wyuczonym zawodzie poza granicami RP (**Tabela 3**). Najczęściej wskazywanymi były więzi rodzinne (n = 52; 75,4%) oraz dobre samopoczucie związane z zamieszkiwaniem w Polsce (n = 39; 56,5%).

Tabela 7. Czynniki wpływające na decyzję o niepodjęciu przez respondentów pracy w wyuczonym zawodzie poza granicami RP *

Table 7. Factors influencing the respondents' decision not to take up work in a profession outside the Polish borders *

Jakie czynniki powodują, że Pani/Pan nie decyduje się na podjęcie pracy w wyuczonym zawodzie poza granicami RP?/ What factors cause you not to decide to take up work in a trained occupation abroad?	n	%
Lęk, obawa czy sobie poradzę/Anxiety, fear or cope	30	43,5
Dobrze czuję się tylko w RP/I feel good only in Poland	39	56,5
Bariera językowa/Language barrier	38	55,1
Obawy przed emigracją/Fears of emigration	29	42
Więzi rodzinne/Family relationships	52	75,4
Inne/Other	5	7,2

* respondenci mogli udzielić więcej niż jednej odpowiedzi/respondents could give more than one answer

Źródło/Source: [5]

Nasilenie ważności/istotności tych czynników prezentuje **tabela 4**.

Tabela 8. Ważność/istotność poszczególnych czynników decydujących o niepodjęciu pracy w wyuczonym zawodzie poza granicami RP
Table 8. Validity/significance of individual factors deciding not to work in a profession outside the Polish borders

Czynniki istotne/ ważne przy niepodję- mowaniu decyzji o pracy w wyuczonym zawodzie poza granicami RP/ <i>Factors important/important when not deciding to work in a profession outside the Polish borders</i>	Zdecy- dowanie nieistotne/ <i>Definitely not impor- tant</i>	Raczej nieistotne/ <i>Rather unimpor- tant</i>	Trudno powie- dzieć/ <i>Hard to say</i>	Raczej istotne/ <i>Rather important</i>	Zdecy- dowanie istotne/ <i>Definitely important</i>
Lęk, obawa czy sobie poradzę/ <i>Anxiety, fear or cope</i>	25,40%	13,40%	25,40%	20,90%	14,90%
Dobrze czuję się tyl- ko w RP/ <i>I feel good only in Poland</i>	13,20%	11,90%	13,20%	27,90%	33,80%
Bariera językowa/ <i>Language barrier</i>	14,50%	21,70%	17,40%	20,30%	26,10%
Obawy przed emigracją/ <i>Fears of emigration</i>	10,30%	22,10%	27,90%	25,00%	14,70%
Więzi rodzinne/ <i>Fami- ly relationships</i>	8,70%	2,90%	8,70%	13,00%	66,70%
Inne/ <i>Other</i>	44,40%	11,20%	0,00%	22,20%	22,20%

Źródło/Source: [5]

Przyjęto również założenie, że oczekiwania badanych po skończeniu studiów związane są ze sferą ekonomiczną i są zależne od płci badanych. Otrzymany wynik przeprowadzonej analizy za pomocą testu chi-kwadrat ($\chi^2 = 0,110$; $df = 1$; $p = 0,740$) zaprzeczył temu założeniu.

Kolejnym założeniem było stwierdzenie, iż na poziomie deklaracyjnym większość badanych chce podjąć zatrudnienie w wyuczonym zawodzie, a deklaracje te są niezależne od wieku i płci badanych. Założenie to zostało podzielone na dwie pary zmiennych odpowiedź na pytanie: „Czy po skończeniu studiów na kierunku pielęgniarstwo w PMWSZ w Opolu planuje Pani/Pan podjąć pracę w zawodzie wyuczonym? a wiek odpowiadających ($p = 0,028$) oraz „czy po skończeniu studiów na kierunku pielęgniarstwo w PMWSZ w Opolu planuje Pani/Pan podjąć pracę w zawodzie wyuczonym” a płeć ($p = 0,040$). W odniesieniu do pierwszej pary zmiennych odsetek deklaracji pozytywnych w porównywanych grupach był zbliżony (studenci w wieku 18–24 lata – 92,3% ($n = 144$), studenci w wieku 25–35 lat – 92,0% ($n = 23$)). Ponadto kobiety częściej niż mężczyźni deklarowały chęć podjęcia pracy w wyuczonym zawodzie. Odsetek odpowiedzi twierdzących wśród kobiet wynosił 93,2% ($n = 150$), natomiast wśród mężczyzn 85% ($n = 17$). Otrzymane wyniki anali-

zy tych zmiennych cząstkowych również nie potwierdziły przyjętego założenia ogólnego.

Biorąc pod uwagę fakt, iż młodzi ludzie chętniej myślą o podjęciu zatrudnienia poza granicami Polski, a doniesienia medialne zwracają uwagę na odpływ naszych kadr pielęgniarskich do pracy na Zachód Europy, założono, że większość badanych planuje podjąć zatrudnienie w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza poza granicami RP, a decyzja ta jest uzależniona od wieku i płci badanych. W stwierdzeniu tym wyodrębniono następujące pary zmiennych: zamiar podjęcia pracy w wyuczonym zawodzie poza granicami RP a wiek (w przedziałach) oraz zamiar podjęcia pracy w wyuczonym zawodzie poza granicami RP a płeć badanych. W toku analizy pierwszej pary zmiennych uzyskany wynik analizy ($\chi^2 = 7,080$, $df = 2$, $p = 0,029$) pozwolił to cząstkowe założenie przyjąć, a w odniesieniu do drugiej pary zmiennych wynik analizy ($p = 0,687$) kazał odrzucić to założenie. Wśród studentów w wieku 23–35 lat zdecydowanie częstsze były deklaracje o braku zamiaru poszukiwania pracy poza granicami RP (65,2% ($n = 15$)) niż wśród badanych w wieku od 18 do 24 lat ($n = 54$; 37,5%). Osoby młodsze częściej deklarowały natomiast, że jeszcze nie podjęły decyzji ($n = 41$; 28,5%) w stosunku do 8,7% ($n = 2$). Tym samym całe przyjęte założenie szczegółowe nie zostało potwierdzone.

Ostatnie przyjęte założenie mówi, iż czynniki ekonomiczne i większy prestiż zawodowy są głównymi przyczynami, dla których badani bez względu na wiek i płeć chcą podjąć zatrudnienie w wyuczonym zawodzie poza granicami RP, natomiast więzi rodzinne i niechęć do migracji wpływa na podjęcie decyzji o chęci zatrudnienia w Polsce. Założenie to zostało podzielone na osiem hipotez cząstkowych, które poddano analizie statystycznej:

- wskazywanie na lepsze wyposażenie jako przyczynę podjęcia zatrudnienia w wyuczonym zawodzie poza granicami RP nie jest uzależnione od wieku – $p = 0,795$; nie potwierdzono występowania zależności pomiędzy zmiennymi;
- wskazywanie na lepsze wyposażenie jako przyczynę podjęcia zatrudnienia w wyuczonym zawodzie poza granicami RP nie jest uzależnione od płci – $p = 0,154$; nie potwierdzono występowania zależności pomiędzy zmiennymi;
- wskazywanie na większy prestiż zawodowy jako przyczynę podjęcia zatrudnienia w wyuczonym zawodzie poza granicami RP nie jest uzależnione od wieku – $p = 0,512$; nie potwierdzono występowania zależności pomiędzy zmiennymi;
- wskazywanie na większy prestiż zawodowy jako przyczynę podjęcia zatrudnienia w wyuczonym zawodzie poza granicami RP nie jest uzależnio-

- ne od płci – $p = 0,389$; nie potwierdzono występowania zależności pomiędzy zmiennymi;
- wskazywanie na obawę przed emigracją jako przyczynę niepodejmowania zatrudnienia w wyuczonym zawodzie poza granicami RP nie jest uzależnione od wieku – $p = 0,420$; nie potwierdzono występowania zależności pomiędzy zmiennymi;
 - wskazywanie na obawę przed emigracją jako przyczynę niepodejmowania zatrudnienia w wyuczonym zawodzie poza granicami RP nie jest uzależnione od płci – $p = 1,000$; nie potwierdzono występowania zależności pomiędzy zmiennymi;
 - wskazywanie na więzi rodzinne jako przyczynę niepodejmowania zatrudnienia w wyuczonym zawodzie poza granicami RP nie jest uzależnione od wieku – $p = 0,422$; nie potwierdzono występowania zależności pomiędzy zmiennymi;
 - wskazywanie na więzi rodzinne jako przyczynę niepodejmowania zatrudnienia w wyuczonym zawodzie poza granicami RP nie jest uzależnione od płci – $p = 0,101$; nie potwierdzono występowania zależności pomiędzy zmiennymi.

Wyniki analiz częściowych założeń pozwalają w konsekwencji uznać, iż przyjęte założenie szczegółowe jest prawdziwe.

Dyskusja

W obszarze rynku pracy w ostatnich 2–3 dekadach dokonywało się wiele zmian, które wymagały dużej mobilności u potencjalnych pracowników. Nie dotyczyło to m.in. rynku usług medycznych; wymuszono raczej dokonanie wielu zmian w samym systemie ochrony zdrowia, natomiast sami jego pracownicy nadal mieli szansę utrzymania swojego zatrudnienia. Uznać można, iż jest to jeden z nielicznych sektorów gospodarki narażony w niewielkim stopniu na zjawisko bezrobocia, co potwierdza ciągłe zapotrzebowanie na kadry medyczne, zwłaszcza młode, wykształcone, chętne do podjęcia pracy w wyuczonym zawodzie [6]. Wraz ze wstąpieniem Polski do Unii Europejskiej otworzyły się rynki pracy dla szeregu zawodów, również medycznych. Deficyt kadry pielęgniarskiej w krajach wysoko rozwiniętych i zdecydowanie lepsze uposażenie to zachęta dla przedstawicieli tego zawodu, którzy chcą migrować za granicę w poszukiwaniu atrakcyjniejszej oferty pracy [7].

Prezentowane wyniki badań zwracają uwagę na motywy zewnętrzne, jakimi kierowali się badani studenci w planowaniu swojej kariery zawodowej, a zwłaszcza na perspektywę łatwego znalezienia pracy poza granicami RP, która była ważna dla 75,1% ($n = 136$) studentów. Istotnym wydaje się również drugi element, korelujący z wcześniej opisanym, a mianowicie chęć podjęcia pracy w wyuczonym zawodzie poza granicami Polski po ukoń-

czeniu kształcenia na poziomie studiów pierwszego stopnia. Okazuje się, że aż 32,9% ($n = 55$) badanych ma właśnie takie plany. Można sądzić, iż jest to niewielki odsetek badanych, bo jednak dla 41,3% ($n = 69$) badanych studentów praca za granicą nie wchodzi w grę, a ponad jedna czwarta badanych ($n = 43$; 25,7%) nie podjęła jeszcze decyzji o ewentualnym wyjeździe lub pozostaniu w kraju. W grupie czynników przemawiających za decyzją podjęcia pracy poza granicami Polski badani studenci wskazują na: lepsze uposażenie (czynnik istotny dla podjęcia pracy poza granicami Polski dla 72,7% ($n = 40$) ankietowanych i zdecydowanie istotny dla 67,9% ($n = 36$) badanych), większy prestiż zawodowy (ważny dla 67,3% ($n = 37$) badanych i zdecydowanie ważny dla 67,3% ($n = 35$)). Jedynie dla 9,1% ($n = 5$) respondentów ważne są bliższe kontakty z rodziną przebywającą poza granicami RP.

Porównując otrzymane wyniki badań własnych z wynikami badań Kropiwnickiej i wsp. (chęć wyjazdu za granicę deklaruje 29,4% studentów, a jako czynnik wpływający na tę decyzję 80,9% ankietowanych podaje większe zarobki) [8], daje się zauważyć ich zbieżność. Podobnie w badaniach Walas i wsp. wykazano, że znaczna grupa przyszłych pielęgniarek/pielęgniarzy wiąże swe plany zawodowe z pracą poza Polską (26,05%). Z tego 8,4% badanych jest zdecydowanych „na pewno” wyjechać do pracy za granicę, a pozostali wyrażają taką chęć. Tylko 10,92% studentów chce bezwarunkowo pracować w Polsce, a ponad połowa uzależnia to do poprawy sytuacji w ochronie zdrowia [9]. Również wyniki badań przeprowadzonych przez Biuro Karier i Projektów PWSZ w Tarnowie m.in. wśród studentów ostatniego roku studiów na kierunku: pielęgniarstwo pokazują, iż chęć podjęcia pracy za granicą (25% badanych) stanowiła przyczynę, dla której badani nie chcieli kontynuować swojego kształcenia na kolejnym poziomie [10].

Badani studenci PMWSZ w Opolu, zwłaszcza ci, którzy deklarowali poszukiwanie pracy w wyuczonym zawodzie poza Polską, deklarowali, że znaczna poprawa uposażenia zatrudnionych w kraju pielęgniarek/pielęgniarzy wpłynęłaby na zmianę ich decyzji (79,2% ($n = 42$) badanych), jedynie 9,4% ($n = 5$) trwałoby przy niej nadal. Pozostałe 11,3% ($n = 6$) badanych nie zastanawiało się nad taką możliwością.

Poza studentami deklarującymi chęć podjęcia pracy w zawodzie poza granicami Polski byli również ci, którzy nie brali takiej możliwości pod uwagę. Wśród przyczyn warunkujących tę decyzję najczęściej wskazywano na więzi rodzinne (istotne dla 75,4% ($n = 52$) badanych i zdecydowanie istotne dla 66,7% ($n = 46$) badanych) oraz dobre samopoczucie tylko w Polsce (istotne dla 56,5% ($n = 39$) respondentów, zdecydowanie istotne dla

33,8% (n = 23) badanych). W badaniach Kropiwnickiej i wsp. respondenci jako czynnik zniechęcający do wyjazdu za granicę w celach zarobkowych wskazywali więzi rodzinne (76,7% ankietowanych) [8].

Wnioski

1. Migracja zawodowa badanych studentów kierunku: pielęgniarstwo jest mocno akcentowanym scenariuszem przyszłej kariery zawodowej.
2. Gwarant lepszego uposażenia jest dominującym czynnikiem, który powoduje, że młodzi ludzie biorą pod uwagę taką alternatywę rozwoju zawodowego.
3. Należy podjąć szereg działań, mających na celu ograniczenie exodusu przyszłych pielęgniarek/pielęgniarzy.

Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. Dz.U.11.174.1039.
2. Ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych. Dz.U.11.174.1038.
3. Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych: Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych. Warszawa: Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych; 2015.
4. Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych: Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych. Warszawa: Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych; 2017.
5. Smoleń M. Motywy podjęcia kształcenia na kierunku pielęgniarstwo i plany zawodowe studentów PMWSZ w Opolu w świetle prowadzonych badań. Niepublikowana praca magisterska na kierunku pielęgniarstwo studia II stopnia, Opole: PMWSZ w Opolu; 2017.
6. Cisińska A, Cisińska G. Motywy wyboru studiów pielęgniarskich na przykładzie Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Probl Piel. 2014; 22(4): 433–438.
7. Ustymowicz E, Bogusz R. Plany zawodowe i migracyjne studentów położnictwa. Med Ogólna Nauki Zdr. 2014; 20(1): 82–87.
8. Kropiwnicka E, Orzechowska A, Cholewska M, Krajewska-Kutak E. Determinanty wyboru zawodu pielęgniarki, poziom aspiracji oraz plany na przyszłość studentów kierunku lekarskiego i pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Probl Piel. 2011; 19(1): 70–80.
9. Walas L, Adamska-Koźmicka I, Czekirda M, Sadurska A, Wysokiński M, Fidecki W. Zajęcia praktyczne w opinii studentów na przykładzie studiów I stopnia kierunku pielęgniarstwo Akademii Medycznej w Lublinie. Probl Piel. 2007; 15 (2–3): 168–171.
10. Plany studentów ostatniego roku studiów PWSZ w Tarnowie dotyczące dalszej kariery zawodowej – rok akademicki 2013/2014. Podsumowanie ankiet, www.docplayer.pl/25897658-Biuro-karier-i-projektow-pwsz-w-tarnowie.html (stan na dzień 12.07.2017).

Plany studentów ostatniego roku studiów PWSZ w Tarnowie dotyczące dalszej kariery zawodowej – rok akademicki 2013/2014. Podsumowanie ankiet. www.docplayer.pl/25897658-Biuro-karier-i-projektow-pwsz-w-tarnowie.html [stan na dzień 12.07.2017 r.]

Artykuł przyjęty do redakcji: 12.07.2017.

Artykuł przyjęty do publikacji: 04.06.2018.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Edyta Kędra
ul. Katowicka 68
45-060 Opole
tel.: 77 442 35 28
e-mail: edyta.kedra@wp.pl
Wydział Nauk Medycznych, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA ODCZUCIA BÓLOWE PACJENTÓW PO ZABIEGU HEMIKOLEKTOMII

THE FACTORS AFFECTING PAIN SENSATION IN PATIENTS POST HEMICOLECTOMY

Renata Jadwiga Łukasik¹, Elżbieta Jędrkiewicz²

¹Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu
Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej

²Beskidzkie Centrum Onkologii, Szpital Miejski w Bielsku-Białej

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2018.33>

STRESZCZENIE

Wstęp. Ból pooperacyjny spowodowany jest chirurgicznym, śródoperacyjnym uszkodzeniem tkanek. Istnieje szereg metod oceny bólu pooperacyjnego, np. skala wzrokowo-analogowa, skala słowna, skala oceny liczbowej, skala bólu na podstawie rysunków twarzy, *Prince Henry Pain Scale* i Skala Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym. Znieczulenie jest odwracalnym obniżeniem czucia bólu, uzyskanym przy użyciu metod farmakologicznych i fizycznych. Znieczulenie ogólne to farmakologiczne, kontrolowane i w pełni odwracalne zniesienie świadomości, wywołanie niepamięci następczej, zniwelowanie odczuwania bólu i zmniejszenie napięcia lub całkowite zwiótczenie mięśni.

Cel. Celem badań była ocena wpływu różnych czynników na odczucia bólowe u pacjentów po zabiegu hemikolektomii, w pierwszej dobie po zabiegu operacyjnym.

Materiał i metody. W badaniu wykorzystano: Skalę Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym, Kwestionariusz Zadowolenia Pacjenta z Jakości Opieki Pielęgniarskiej oraz kwestionariusz własnej konstrukcji do zebrania danych społeczno-demograficznych. Badanie zostało przeprowadzone wśród 80 pacjentów po zabiegu hemikolektomii hospitalizowanych na oddziale chirurgicznym Miejskiego Szpitala – Beskidzkiego Centrum Onkologii im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej, w pierwszej dobie po zabiegu.

Wyniki. Stwierdzono mniejszy stopień odczuwania bólu po zabiegu hemikolektomii lewostronnej, najsilniejszy ból w okresie pooperacyjnym odczuwali pacjenci po hemikolektomii prawostronnej poszerzonej. Stwierdzono brak związku między metodą zabiegu operacyjnego, rodzajami znieczulenia a bólem występującym w pierwszej dobie po zabiegu. Zaobserwowano najlepszą skuteczność leczenia przeciwbólowego u pacjentów znieczulonych ogólnie dotchawczo w połączeniu ze znieczuleniem zewnątrzoponowym. Pod względem niskiej ilości spożywanych leków analgetycznych po zabiegu operacyjnym najdogodniejszym znieczuleniem było znieczulenie dotchawcze połączone ze znieczuleniem metodą Tap Block. Stwierdzono średni poziom ogólnej oceny jakości opieki pielęgniarskiej w zakresie niwelowania bólu w badanej grupie chorych.

ABSTRACT

Introduction. Postoperative pain results from the surgical damage to the tissue. There are several methods of assessing such pain, e.g. the Visual Analogue Scale (VAS), Verbal Rating Scale (VRS), Numeric Rating Scale (NRS), Faces Pain Scale (FPS), Prince Henry Pain Scale (PHPS), or the Scale of Clinical Quality Indicators in Postoperative Pain Management. Anaesthesia is a reversible reduction in pain sensation with the use of pharmacological and physical means. General anaesthesia is a pharmacological, controlled and fully reversible induction of the state of unconsciousness and amnesia anterogarda, elimination of pain sensation and reduction of muscular tone or complete muscle relaxation.

Aim. The aim of the research was to assess the impact of various factors on pain sensation in patients after hemicolectomy in the first 24 hours after the procedure.

Material and methods. In the research, the Scale of Clinical Quality Indicators in Postoperative Pain Management, the Patient Satisfaction with the Nursing Care Quality Questionnaire and a proprietary questionnaire for collecting social and demographic data were used. The research covered 80 patients after hemicolectomy at the Surgical Ward of the Bielsko-Biała City Hospital and Oncology Centre, 24 hours after the procedure.

Results. A smaller degree of pain sensation was determined after left hemicolectomy. The strongest pain in the postoperative period applied to extended right hemicolectomy patients. It was found out that there was no relationship between the method of surgery or type of anaesthesia and the pain present in the first 24 hours after the procedure. The best effectiveness of anaesthetic treatment was observed in patients with general intratracheal anaesthesia in connection with epidural anaesthesia. Intratracheal anaesthesia along with the Tap Block method was the most convenient with regard to the low quantity of analgesics administered after the surgical procedure. The general assessment of nursing care quality with regard to pain alleviation was average according to the researched group of patients.

Wnioski. 1. Ogólna ocena jakości opieki pielęgniarskiej w zakresie niwelowania bólu pooperacyjnego w opinii pacjentów była na poziomie średnim, co wskazuje na potrzebę monitorowania jej i stałego udoskonalania. 2. Na stopień odczuwania bólu po zabiegu operacyjnym miały wpływ przeszłość chorobowa pacjenta oraz kategoria kwalifikacji do zabiegu w skali ASA. 3. Najmniej leków przeciwbólowych po zabiegu hemikolektomii przyjmowali pacjenci znieczuleni dotchawczo w połączeniu z metodą Tap Block. 4. Pacjenci znieczuleni dotchawczo z dodatkowym znieczuleniem zewnątrzoponowym ocenili najwyższą skuteczność leczenia przeciwbólowego.

SŁOWA KLUCZOWE: znieczulenie, ból, hemikolektomia.

Conclusions. 1. The general assessment of the quality of nursing care with regard to postoperative pain management was average in the opinion of the patients, which reflects the need for its monitoring and continuous improvement. 2. The level of postoperative pain sensation was affected by the medical history of a patient and the category of qualification for the procedure in the ASA scale. 3. The smallest quantity of analgesics after hemicolectomy was administered to the patients with intratracheal anaesthesia relating to the Tap Block method. 4. The patients with general intratracheal anaesthesia in connection with epidural anaesthesia assessed the effectiveness of pain treatment as the highest.

KEYS WORD: anaesthesia, pain, hemicolectomy.

Wstęp

Zjawisko odczuwania bólu od wieków pozostaje w zakresie zainteresowania nauk medycznych i psychologicznych. Sposoby uśmierzania bólu i samo jego pojęcie były opisywane już w czasach starożytnych [1]. Według Międzynarodowego Towarzystwa Badań Bólu zjawisko bólu określa się jako nieprzyjemne doznanie, zarówno czuciowe, jak i emocjonalne, kojarzone z potencjalnym lub rzeczywistym uszkodzeniem tkanek [2]. Wordliczek określa ból jako doznanie czuciowe związane z występowaniem bodźca, którego obecność może powodować uszkodzenie tkanek, jak i spostrzeżenie psychiczne zachodzących wokół zjawisk, ukształtowanych na podstawie doświadczeń i uwarunkowań biopsychospołecznych [3]. National Institutes of Health Consensus Development Conference uznało, że ból to przede wszystkim odczucie subiektywne, zauważane bezpośrednio tylko przez osobę, która ten ból odczuwa [4]. Zjawisko bólu nie ma granic, więc jeśli chory skarża się na nieprzyjemne odczucia, nawet jeśli nie ma wykładników stanu zapalnego i procesu chorobowego, nie powinno się bagatelizować zgłaszanego problemu. Ból rozumiany jest nie tylko jako problem somatyczny i psychiczny, ale także dotyczący sfery duszy, będącej zjawiskiem emocjonalnym, którego nie można zmierzyć [5]. Wordliczek podaje, że ból pooperacyjny spowodowany jest chirurgicznym, śródoperacyjnym uszkodzeniem tkanek, zazwyczaj jego natężenie i zasięg uzależnione są od rozległości zabiegu, traumatyzacji tkanek, kierunku cięcia skórno i techniki analgezji. Pojawia się w czasie, gdy przestaje działać śródoperacyjna analgeza. Za źródło bólu pooperacyjnego uznaje się uszkodzone tkanki powierzchowne, czyli skórę i tkankę podskórną, jak również struktury znajdujące się głębiej – mięśnie, powięź czy więzadła. W przypadku rozległej operacji bólowi somatycznemu towarzyszy ból trzewny, który jest skutkiem skurczu mięśni gładkich. Główne założenia znieczulenia to zniesienie bólu, świadomości, odruchów i – jeśli jest to konieczne – zwiótczenie mięśni szkieletowych [6]. Niebezpieczeń-

stwo wystąpienia zdarzeń niepożądanych związanych z zabiegiem wynika ze stanu zdrowia pacjenta, rodzaju operacji i trybu kwalifikacji do zabiegu operacyjnego. Anestezjolog ocenia stan pacjenta za pomocą najczęściej stosowanej skali American Society of Anaesthesiology (ASA), która obejmuje 5 grup pacjentów, począwszy od pacjentów zdrowych zaklasyfikowanych do kategorii ASA I, skończywszy na pacjentach w stanie krytycznym zakwalifikowanych do kategorii ASA V [7]. „Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20 grudnia 2012 roku w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezyjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą” określa 4 rodzaje trybów kwalifikacji do operacji: natychmiastowy, pilny, przyspieszony i planowy. Ryzyko jest większe, gdy operacja jest w trybie innym niż planowy [8]. Jedną z nowszych metod znieczulenia jest metoda TapBlock; opiera się ona na zablokowaniu nerwów czuciowych, które zaopatrują skórę, mięśnie i w dużej mierze także otrzewną przedniej ściany brzucha. Użycie metody TapBlock w połączeniu ze znieczuleniem ogólnym w znaczący sposób zmniejsza nieprzyjemne odczucia bólowe po zabiegach na jamie brzusznej [9].

Hemikolektomia oznacza częściowe wycięcie jelita grubego; wskazaniem do wykonania zabiegu są nowotwory jelita grubego, które stanowią w Polsce około 11% ogółu nowotworów u mężczyzn i 9% u kobiet. Znajdują się one na drugim miejscu wśród zachorowań na nowotwory ogółu społeczeństwa oraz stanowią drugą główną przyczynę śmiertelności z powodu nowotworów u mężczyzn oraz u kobiet [10, 11]. Roczna liczba zachorowań w Polsce wynosi 16 tysięcy. Nowotworem jelita grubego można zapobiec poprzez stosowanie odpowiedniej diety, unikanie czynników ryzyka i uczestniczenie w badaniach przesiewowych. W 2000 roku wprowadzono w Polsce program badań przesiewowych wczesnego wykrywania raka jelita grubego. Natomiast od 2005 roku jest on realizowany jako Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych [11].

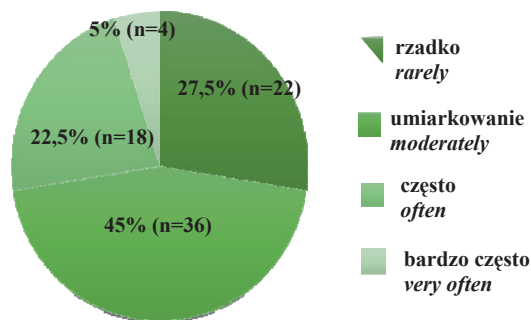
Cel pracy

Celem badań była ocena wpływu różnych czynników na odczucia bólowe u pacjentów po zabiegu hemikolektomii, w pierwszej dobie po zabiegu operacyjnym.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w Beskidzkim Centrum Onkologii im. Jana Pawła II w Bielsku- Białej, w terminie od października 2016 roku do kwietnia 2017 roku, w grupie 80 losowo wybranych pacjentów, którzy przeszli zabieg hemikolektomii, w pierwszej dobie po zabiegu, u których występował ból pooperacyjny. Badania były prowadzone za zgodą pacjentów, którzy zostali poinformowani o celu i formie prowadzonych badań. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę dyrekcji szpitala. W grupie 80 pacjentów znajdowało się 61,25% (n = 49) mężczyzn i 38,75% (n = 31) kobiet. Średnia wieku w grupie badanej 66,7 roku (SD 1,6). Najmłodszy pacjent miał 45 lat, a najstarszy – 83 lata. Zdecydowana większość badanych pacjentów pochodziła z miasta, stanowiąc blisko 69% (n = 55) badanych. Pacjenci mieszkający na wsi stanowili tylko 31,25% badanych (n = 25). Wśród badanych 42,5% (n = 34) posiadała wykształcenie średnie, 25% (n = 20) skończyło studia wyższe, 23,75% (n = 19) to byli pacjenci o podstawowym wykształceniu, a 8,75% (n = 7) to odsetek pacjentów o wykształceniu zawodowym. Spośród 43 pacjentów z przeszłością chirurgiczną u 21% (n = 17) osób wykonano 1 zabieg, 2 zabiegi chirurgiczne przeszło 18% (n = 14) badanych pacjentów, 3 zabiegi operacyjne wykonano u 11% (n = 9) badanych pacjentów. Najbardziej obciążeni chirurgicznie pacjenci przeszli aż 4 zabiegi operacyjne, stanowiąc 3% (n = 2) badanych, i 5 zabiegów, stanowiąc 1% (n = 1) badanych pacjentów. U 100% (n = 80) badanych pacjentów zabieg operacyjny wykonano w znieczuleniu ogólnemu dotchawiczym, przy czym 37% (n = 30) poddanych zostało wyłącznie znieczuleniu dotchawiczemu. Większość z pacjentów stanowiących 62,5% (n = 50) za ich zgodą została poddana dodatkowemu znieczuleniu. Spośród 62,5% (n = 50) pacjentów 39% (n = 31) dodatkowo otrzymało znieczulenie zewnątrzoponowe, natomiast pozostałe 24% (n = 19) pacjentów zostało znieczulonych metodą Tap Block. W grupie 80 badanych pacjentów 10% (n = 8) zostało zakwalifikowanych do kategorii ASA I, co świadczy o tym, że 8 pacjentów było zdrowych, z wyjątkiem schorzenia, które było przyczyną operacji, 66% (n = 53) badanych otrzymało kategorię ASA II – wynik ten oznacza, że u pacjentów zakwalifikowanych do leczenia operacyjnego rozwijała się niezbyt nasilona choroba układowa. Pacjenci z kategorią ASA III, którym towarzyszyła ciężka choroba ograniczająca wydolność, ale niezagrażająca życiu, stanowili 24% (n = 19) ba-

danych. W opinii badanych pacjentów 100% (n = 80) potrzebowało leczenia przeciwbólowego w okresie pooperacyjnym, 45% (n = 36) badanych prosiło o leki przeciwbólowe z umiarkowaną częstością w ciągu 24 godzin po zabiegu operacyjnym. Bardzo często o leki przeciwbólowe prosiło 22,5% (n = 18) badanych pacjentów, natomiast rzadko 27,5% (n = 22) badanych pacjentów, 5% (n = 4) badanych potrzebowało leków przeciwbólowych bardzo często (**Rycina 1**).



Rycina 1. Częstość przyjmowania leków przeciwbólowych w opinii badanych pacjentów, w ciągu 24 godzin po zabiegu

Figure 1. Frequency of analgesics administration in the opinion of the patients within 24 hours post the surgery

Źródło: opracowanie własne

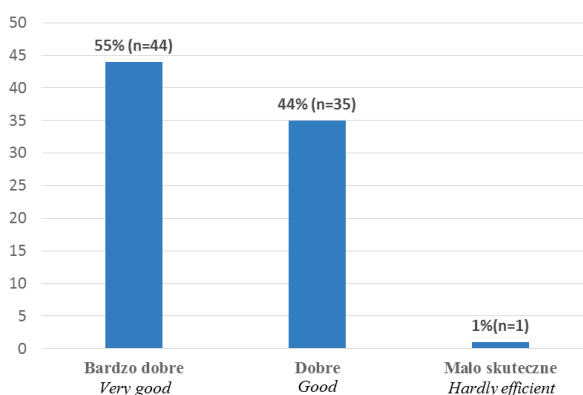
Source: author's own analysis

Badanie pacjentów obejmowało wypełnienie kwestionariusza osobowego oraz kwestionariusza klinicznych wskaźników jakości postępowania z bólem pooperacyjnym w ocenie pacjentów. Zebrano informacje dotyczące pacjentów w zakresie przebytych operacji, subiektywnej oceny bólu występującego w ciągu 24 godzin po zabiegu. Pytania dotyczyły również częstości przyjmowania leków przeciwbólowych, drogi ich podawania oraz skuteczności i zadowolenia z leczenia przeciwbólowego. Ankieter, korzystając z dokumentacji medycznej, wypełniał kwestionariusz osobowy pacjenta, odpowiadając na pytania dotyczące rodzaju wykonanego zabiegu u pacjenta, daty operacji, metody wykonania zabiegu. Ponadto pytania dotyczyły rodzaju zastosowanego znieczulenia, czasu trwania znieczulenia i oceny w skali ASA, czyli skali oceniającej stopień obciążenia chorobowego badanych pacjentów. Następnie każdy z pacjentów wypełnił kwestionariusz klinicznych wskaźników jakości postępowania z bólem pooperacyjnym w ocenie pacjentów. Kwestionariusz Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym jest narzędziem badawczym, mającym na celu ocenę jakości opieki pielęgniarskiej po operacji. Oczekiwana minimalna punktacja powinna być wyższa niż 63 punkty. Odczucia bólowe pacjentów w pierwszej dobie po zabiegu zostały również ocenione w 3

niezależnych pytaniach na skali 10-stopniowej, gdzie 0 oznacza brak bólu, natomiast 10 oznacza najsilniejszy ból. Zebrane dane wprowadzono do arkusza kalkulacyjnego Microsoft Office Excel 2016, a następnie do pakietu statystycznego Statistica v.10.0 w celu ich analizy. Istotność statystyczną przyjęto dla wartości $p < 0,05$.

Wyniki

W ocenie skuteczności leczenia przeciwbólowego 55% ($n = 44$) badanych pacjentów uznało, że było ono bardzo skuteczne, a występujący ból po zabiegu operacyjnym ustąpił, 44% ($n = 35$) badanych uznało, że leczenie przeciwbólowe było dobre, 1 osoba (1%; $n = 1$) określiła leczenie przeciwbólowe jako mało skuteczne (Rycina 2).



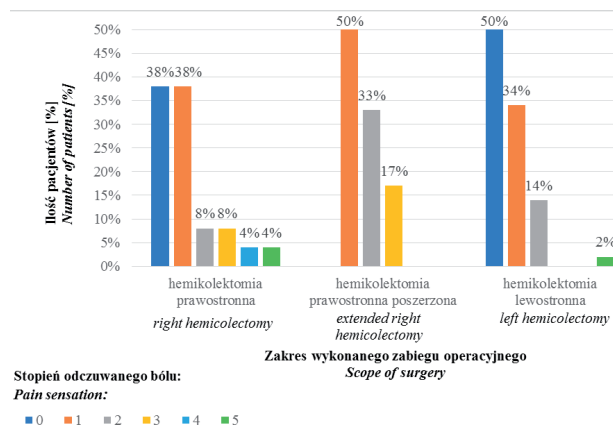
Rycina 2. Skuteczność leczenia przeciwbólowego w ocenie badanych pacjentów

Figure 2. Efficiency of pain management in the opinion of patients

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Najmniejszy ból pooperacyjny 0 (w skali od 0 do 10) odczuwali pacjenci po zabiegu hemikolektomii lewostronnej – 50% ($n = 25$), po zabiegu hemikolektomii prawostronnej takich pacjentów było 38% ($n = 9$). Najwyższy stopień odczuwania bólu u pacjentów był na poziomie 5 punktów, mieli go pacjenci po zabiegu hemikolektomii prawostronnej – 4% ($n = 1$) badanej grupy oraz pacjenci po hemikolektomii lewostronnej – 2% ($n = 1$) (Rycina 3).

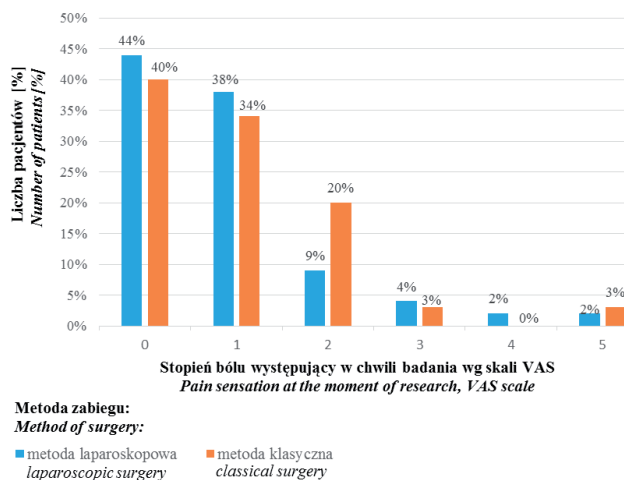
Stopień odczuwania bólu przez pacjentów po zabiegu hemikolektomii oceniany wg VAS jest podobny dla metody laparoskopowej i klasycznej (0 stopni – 44% pacjenci operowani laparoskopowo, a 40% w przypadku metody klasycznej). Na podstawie analizy statystycznej nie stwierdzono istotnego statystycznie związku między metodą zabiegu (metoda laparoskopowa lub klasyczna) a bólem występującym w chwili badania u pacjenta po hemikolektomii (Rycina 4).



Rycina 3. Zależność między odczuwaniem bólu występującego po zabiegu operacyjnym a zakresem wykonanego zabiegu

Figure 3. Dependence between pain sensation post surgery and the scope of surgery

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis



Rycina 4. Zależność pomiędzy występowaniem bólu w chwili badania a metodą przeprowadzonego zabiegu operacyjnego

Figure 4. Dependence between pain sensation at the moment of research and the method of surgery

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Średnia punktacja odczuwanego bólu w chwili badania w opinii pacjentów, u których zastosowano znieczulenie ogólne dotchawicze, wynosiła 0,8 punktu, u pacjentów dodatkowo znieczulonych zewnątrzoponowo średnia ta wynosiła 1,2 punktu, natomiast z dodatkowym znieczuleniem typu Tap Block średnia bólu w chwili badania wynosiła 0,6 punktu. U badanych pacjentów znieczulonych w trakcie zabiegu tylko znieczuleniem ogólnym dotchawiczym granice oceny bólu w chwili badania wynosiły od 0 do 4, pacjenci dodatkowo znieczuleni zewnątrzoponowo określali swój ból na po-

ziomie od 0 do 5 punktów. Najmniejsze wahania – od 0 do 2 punktów – w punktacji oceny bólu w chwili badania w stosunku do znieczulenia mieli pacjenci dodatkowo znieczuleni metodą Tap Block. Stwierdzono, że nie ma istotnych statystycznie różnic między rozkładami zmiennej bólu występującego w chwili badania a stosowaniem różnych rodzajów znieczulenia ($p = 0,1590$) (Tabela 1).

Tabela 1. Zależność między odczuwaniem bólu występującego w chwili badania a rodzajem zastosowanego znieczulenia operacyjnego
Table 1. Dependence between pain sensation at the moment of research and the type of anaesthesia applied in surgery

Zmienna/ Variable	Znieczulenie/ Anaesthesia	N- ważnych/ N-valid	%	Śred- nia/ mean	Media- na/ median	Min.- Maks./ Min-max	SD	p**
Ból w chwili badania/ Pain sensation at the moment of research	Ogólne dotchawicze/ General intratracheal	30	37,5%	0,8	1	0-4	1	$p=0,1590$
	Ogólne dotchawicze i zewnątrzoponowe/ General intratracheal and epidural	31	38,75%	1,2	1	0-5	1,3	
	Ogólne dotchawicze i Tap Block/ General intratracheal and Tap Block	19	23,75%	0,6	0	0-2	0,8	

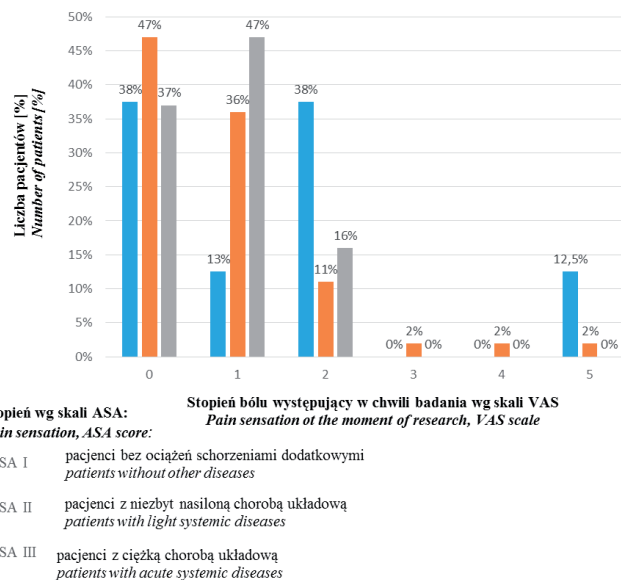
**z testu Kruskala Wallisa/Kruskal-Wallis test

Źródło: opracowanie własne
 Source: author's own analysis

Pacjenci zaliczani przed zabiegiem operacyjnym do grupy II według skali ASA (skala oceny ryzyka operacyjnego) stanowiący 66,25% ($n = 53$) badanych pacjentów odczuwali ból w stopniu najniższym, 47% ($n = 25$) badanych, zakwalifikowanych do ASA II, stwierdziło, że ich poziom bólu lokował się na poziomie 0 punktu, a 36% ($n = 19$) badanych określiło swój poziom bólu na 1 punkt (Rycina 5).

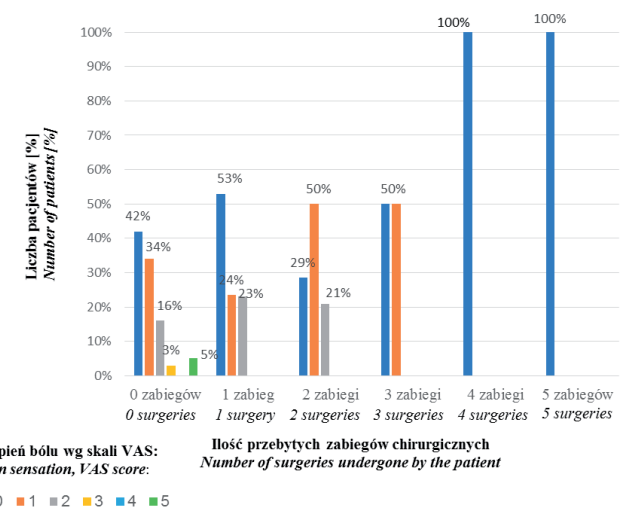
Analiza dotycząca liczby zabiegów operacyjnych u badanych pacjentów i częstości występowania bólu pooperacyjnego po hemikolektomii wykazała porównywalne wartości co do odczuwania najmniejszych wartości bólowych i tak kolejno: pacjenci bez przeszłości chirurgicznej ocenili ból na poziomie 0 punktu – 42% ($n = 16$) i 1 punktu 34% ($n = 13$); pacjenci po 1 zabiegu operacyjnym – 0 punktu – 53% ($n = 9$) 1 punktu – 23,5% ($n = 4$); badani po 2 zabiegach operacyjnych 0 punktu – 28,5% ($n = 4$), 1 punktu – 50% ($n = 7$). Najsilniejszy ból odczuwali pacjenci, którzy wcześniej nie przeszli żad-

nego zabiegu i – 5,2% ($n = 2$) z nich określiło swój ból na poziomie 5 punktów (Rycina 6).



Rycina 5. Zależność pomiędzy bólem występującym w chwili badania a punktacją w skali ASA
Figure 5. Dependence between pain sensation at the moment of research and ASA score

Źródło: opracowanie własne
 Source: author's own analysis

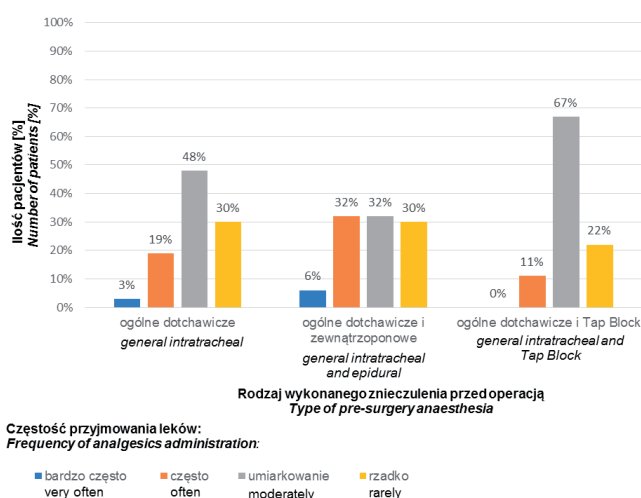


Rycina 6. Zależność pomiędzy bólem występującym w ciągu 24 godzin po zabiegu operacyjnym a ilością przeżytych zabiegów chirurgicznych
Figure 6. Dependence between pain sensation within 24 hours post surgery and the number of surgeries undergone by the patient

Źródło: opracowanie własne
 Source: author's own analysis

Umiarkowane przyjmowanie leków przeciwbólowych przez pacjentów po zabiegu operacyjnym występowało

bez względu na rodzaj znieczulenia w porównywalnym procencie (48% (n = 15) – znieczulenie dotchawicze, 32% (n = 10) przy znieczuleniu dodatkowym zewnątrzoponowym oraz 67% (n = 12) przy znieczuleniu regionalnym typu Tap Block). Pacjenci deklarowali częste (32%; n = 10) i bardzo częste (6%; n = 2) przyjmowanie leków przeciwbólowych po znieczuleniu dotchawiczym połączonym ze znieczuleniem zewnątrzoponowym. Częste (19%; n = 6) i bardzo częste (2%; n = 1) przyjmowanie leków analgetycznych miało miejsce także przy znieczuleniu ogólnym dotchawiczym. Analiza danych pokazała, że pod względem małej ilości stosowania leków przeciwbólowych najdogodniejszym znieczuleniem było znieczulenie dotchawicze połączone ze znieczuleniem metodą Tap Block. W pierwszej dobie po zabiegu operacyjnym 29% (n = 9) pacjentów znieczulonych tą metodą stwierdziło, że przyjmowali leki przeciwbólowe rzadko, natomiast umiarkowanie analgetyki zażywało 32% (n = 10) badanych (**Rycina 7**).



Rycina 7. Zależność między przyjmowaniem leków przeciwbólowych po zabiegu operacyjnym a rodzajem wykonanego znieczulenia przed operacją

Figure 7. Dependence between analgesics administration post surgery and the type of pre-surgery anaesthesia

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Oceniono jakość opieki pielęgniarskiej według Skali Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym; w ocenie grupy 80 pacjentów średni wynik ogólny dla całości skali wyniósł 60,17 punktu. Wynik nie osiągnął pożądanej wartości 63 punktów. W zakresie poszczególnych podskali tylko jedna osiągnęła minimalną pożądaną punktację. Była to podskala komunikowania się, gdzie najniższa pożądana liczba punktów wynosiła 13,5.

Dyskusja

Priorytetowym celem leczenia bólu jest tworzenie odczucia komfortu, zminimalizowanie ryzyka powikłań

możliwych do wystąpienia po operacji oraz przyspieszenie powrotu do zdrowia. Jaracz i wsp. potwierdzają, że najsilniejsze dolegliwości bólowe występują w zerowej i pierwszej dobie po zabiegu i określane są jako średnio lub silnie nasilone [12]. W badaniach własnych u 100% pacjentów stwierdzono występowanie bólu o różnym stopniu nasilenia w ciągu pierwszych 24 godzin po zabiegu. Pacjenci pytani o ból po 24 godzinach od zabiegu określali go na najniższym poziomie 0,9 punktu w skali od 0 do 10. Natomiast średnia punktacja najwyższego poziomu bólu występującego w ciągu 24 godzin po zabiegu wynosiła 3,15 punktu, 42,5% pacjentów podało, że w chwili prowadzenia badań nie odczuwało bólu, a 36,25% odczuwało go na poziomie 1 punktu. W badaniach Łebkowskiego i wsp., którzy opierali się na 18-miesięcznej obserwacji 103 pacjentów operowanych w latach 2003–2005, obecność bólu pooperacyjnego stwierdzono u 33% pacjentów, w tym u 13,6% chorych miał on charakter stały, ale ustępował w drugiej dobie pooperacyjnej [13]. Podobne wyniki otrzymano w badaniach prowadzonych przez Raszke i wsp. przeprowadzonych w Klinice Neurochirurgii 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką w Bydgoszczy, w grupie 40-osobowej. Zastosowano ocenę natężenia bólu na podstawie VAS. Okazało się, że po 2 godzinach po zabiegu operacyjnym najwięcej pacjentów zgłaszało ból na poziomie 8 w VAS, po kolejnych 2 godzinach otrzymane wartości spadły do 5, a po 12 godzinach wartość ta wynosiła tylko 2 [14]. Badania Verghese i wsp. pokazały, że aż 93,75% respondentów, postępując się skalą od 1 do 10, udzieliło pozytywnej odpowiedzi dotyczącej kontroli przez personel medyczny poziomu bólu. Przewoźnik i Kapała, prowadząc badania, stwierdzili, że poziom odczuwanego bólu zależy od czynników takich jak: lokalizacja zabiegu i jego rozległość, stopień traumatyzacji tkanek, rodzaj cięcia chirurgicznego oraz skłonności osobnicze pacjentów [15]. Natomiast analiza oceny bólu dokonana przez Grochans i wsp. pokazała, że elementy takie jak metoda i rodzaj zabiegu oraz rodzaj zastosowanego znieczulenia nie mają istotnego wpływu na odczuwanie bólu po zabiegach chirurgicznych [16]. Badania własne pokazały, że nie ma istotnego statystycznie związku między metodą i rodzajem zabiegu a bólem występującym po 24 godzinach od zabiegu operacyjnego ($p > 0,05$). Badania również pokazały, że brak związku pomiędzy występującym bólem a zastosowanym rodzajem znieczulenia. Stale wzrasta świadomość społeczeństwa na temat tego, jak powinno wyglądać skuteczne leczenie przeciwbólowe. Poziom właściwej opieki i realizacji leczenia przeciwbólowego zależy w dużej mierze od zakresu kompetencji pielęgniarki. Badania własne pokazały, że jakość opieki pielęgniarskiej w opinii pacjentów została oceniona na ponad średnim

poziomie (średnia 60,17 punktu w zakresie skali 14–70 punktów). W badaniach Jaracz i wsp. punktacja poziomu opieki w opinii pacjentów wyniosła 58,51 [12, 17]. W zakresie komunikowania się badani ocenili poziom opieki na 13,52 punktu i jest to wynik świadczący o prawidłowej opiece pielęgniarskiej. Najwyżej ocenione zostało pytanie dotyczące poinformowania pacjenta o sposobie leczenia bólu, średnia wyniosła 4,53 punktu. Kołodziej i wsp. również w swoich badaniach potwierdzili, że 80% badanych zostało w sposób wystarczający poinformowanych o metodzie leczenia bólu pooperacyjnego [18]. Natomiast inne wyniki uzyskali w badaniach Jaracz i wsp., wskazując na niski poziom informacji na temat bólu pooperacyjnego udzielanych pacjentowi przed operacją (średnia 2,83 punktu) [18]. Podobne wyniki jak Jaracz i wsp. uzyskali Bączyk i wsp., wykazując niski stopień poinformowania pacjentów o sposobie leczenia bólu pooperacyjnego przed zabiegiem operacyjnym (średnia 3,69 punktu) [19]. Analiza badań własnych dotyczących wyników w danych podskali Skali Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym w opinii pacjentów wykazała, że w podskali: działanie respondenci najwyżej oceniają stwierdzenie dotyczące pomiaru nasilenia dolegliwości bólowych za pomocą skali bólu przez personel pielęgniarski (4,63 punktu). Oznacza to, że pielęgniarki dokonywały systematycznie pomiaru nasilenia dolegliwości bólowych po zabiegu operacyjnym. Inne wyniki dotyczące pytania 7 zostały uzyskane zarówno przez Jaracz i wsp. (średnia 2,59 punktu) [17], jak i przez Bączyk i wsp. (średnia 2,74 punktu) [19]. Analiza badań własnych dotyczących pytań zawartych w podskali: zaufanie, gdzie uzyskano ocenę (17,86 punktu) zbliżoną do pożądaną, potwierdziła, że poziom opieki w kwestii zaufania do personelu pielęgniarskiego był zadowalający. Badania prowadzone przez innych autorów także wykazały minimalną pożądaną punktację w tej podskali – Jaracz i wsp. 18,5 punktu [17], Bączyk i wsp. 18,9 punktu [19]. W podskali: środowisko respondenci wysoko ocenili zapewnienie komfortowych warunków szpitalnych, zapewnienie ciszy i spokoju (średnia 4,10 punktu). Wyniki uzyskane przez Jaracz i wsp. (średnia 4,68 punktu) i Bączyk i wsp. (średnia 4,59 punktu) również pokazały wysoką wartość oceny tego pytania. Wyniki badań własnych pokazały, że najniżej ocenianym w tej podskali było stwierdzenie dotyczące przyjaznego pokoju (średnia 3,41 punktu) oraz wystarczającej liczby pielęgniarek na dyżurze (średnia 3,59 punktu). Na podstawie swych badań Jankowiak stwierdził, że odpowiednia obsada pielęgniarska, zapewnia kompleksową opiekę nad pacjentem, co staje się wyznacznikiem podwyższenia jakości usług pielęgniarskich. Poczucie zadowolenia ze sposobu uśmie-

rzania bólu pooperacyjnego w opinii respondentów na 10-stopniowej skali wynosiło średnio 9,59 punktu (SD 0,63). Najwyższa liczba punktów przyznawanych przez badanych wynosiła 10, a najniższa – 5. Zbliżone wartości w swoich badaniach uzyskali inni autorzy: Bączyk i wsp. – 9,31 punktu, nieco niższy wynik 8,64 punktu Jaracz i wsp. Wysokie poczucie zadowolenia ze sposobu uśmierzenia bólu pooperacyjnego oznacza dużą skuteczność zastosowanej terapii przeciwbólowej [17, 19].

Wnioski

1. Ogólna ocena jakości opieki pielęgniarskiej w zakresie niwelowania bólu pooperacyjnego w opinii pacjentów była na poziomie średnim, co wskazuje na potrzebę monitorowania jej i stałego udoskonalania.
2. Na stopień odczuwania bólu po zabiegu operacyjnym miały wpływ przeszłość chorobowa pacjenta oraz kategoria kwalifikacji do zabiegu w skali ASA.
3. Najmniej leków przeciwbólowych po zabiegu hemikolektomii przyjmowali pacjenci znieczuleni dotchawiczo w połączeniu z metodą Tap Block.
4. Pacjenci znieczuleni dotchawiczo z dodatkowym znieczuleniem zewnątrzoponowym ocenili najwyższą skuteczność leczenia przeciwbólowego.

Piśmiennictwo

1. Hilger M. O bólu do bólu niedokończona rozmowa. Warszawa: PZWL; 2008.
2. Duke J, Andres J, Kamiński B. Sekrety anestezjologii. Wrocław: Elsevier Urban&Partner; 2008.
3. Widliczek J. Patofizjologia bólu. W: Dobrogowski J, Wordliczek J (red.). Medycyna bólu. Warszawa: PZWL; 2009. 17–38.
4. Guzowska M. Kontrolowanie bólu pooperacyjnego jako element pracy pielęgniarek w Stanach Zjednoczonych. Zdr Publ. 2010; 111: 133–134.
5. Skurzak A, Iwanowicz-Palus G. Zwalczanie bólu w chorobie nowotworowej. Mag Pielęg Położ. 2002; 9: 10–11, 20.
6. Kański A. Anestetyki i inne środki stosowane w anestezjologii. W: Meyzner-Zawadzka E (red.). Anestezjologia kliniczna z elementami intensywnej terapii i leczenia bólu. Warszawa: PZWL; 2009. 121–218.
7. Trojanowska I. Przygotowanie chorego do znieczulenia. W: Wołowicka L, Dyk D (red.). Anestezjologia i intensywna opieka. Klinika i pielęgniarstwo. Podręcznik dla studiów medycznych. Warszawa: PZWL; 2008. 39–52.
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 roku w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą, http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/anestezjologia_20121221_rozpo.pdf (data dostępu: 11.11.2016).
9. Abdallah F, Chan V, Brull R. Transversus Abdominus Plane Block. A systematic review. Reg Anes Pain Med. 2012; 37: 193–209.

10. Tarnowski W, Kamiński P, Bielecki K. Wyniki leczenia raka jelita grubego u chorych w wieku powyżej 80. roku życia. *Pol Prz Chir.* 2010; 82: 720–732.
11. Kubiak A, Kycler W, Trojanowski M. Epidemiologia i profilaktyka raka jelita grubego w Polsce. *Probl Hig Epidemiol.* 2014; 95(3): 636–642.
12. Dobrogowski J, Mauzer-Zawadzka E, Drobnik L et al. Uśmierzenie bólu pooperacyjnego – zalecenia 2008. *Ból.* 2008; 9: 9–19.
13. Łebkowski Ł, Biątek P, Uryszek M et al. Ocena ryzyka powstania bólu pooperacyjnego w operacjach naprawczych przepukliny pachwinowej metodą Lichtensteina. *Chir Pol.* 2007; 9: 218–222.
14. Raszka A, Karabanowicz A, Harat M. Metoda PCA w zwalczaniu bólu w pierwszej dobie po operacji kręgosłupa. *PNN.* 2013; 2: 57–62.
15. Diaz G, Flood P. Strategies for effective postoperative pain management. *Minerva Anesthesiol.* 2006; 72(3): 145–150.
16. Grohman E, Herca V, Kuczyńska M et al. Subiektywna ocena bólu pooperacyjnego u pacjentów po wybranych zabiegach chirurgicznych. *Piel Chir Angiol.* 2011; 2: 82–87.
17. Jaracz K, Wdowczyk K, Górna K. Ocena jakości opieki w aspekcie bólu pooperacyjnego z zastosowaniem polskiej wersji skali klinicznych wskaźników jakości postępowania z bólem pooperacyjnym. *Piel Pol.* 2007; 1(19): 9–14.
18. Kołodziej W, Karpel E. Ból pooperacyjny na oddziale chirurgicznym w ocenie ankietowanych – badania z zastosowaniem kwestionariusza McGilla-Melzacka – doniesienia wstępne. *Probl Piel.* 2008; 16(3): 231–236.
19. Bączyk G, Ochmańska M, Stępień S. Subiektywna jakość opieki pielęgniarskiej w zakresie bólu pooperacyjnego u chorych leczonych chirurgicznie. *Probl Piel.* 2009; 17: 173–177.

Artykuł przyjęty do redakcji: 27.09.2017.

Artykuł przyjęty do publikacji: 04.06. 2018

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Renata Łukasik

ul. Willowa 2

43-300 Bielsko-Biała

tel. kom.: 607 037 674

e-mail: rlukasik@ath.bielsko.pl

Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu,

Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej

UWARUNKOWANIA WYSTĘPOWANIA ZABURZEŃ FUNKCJI POZNAWCZYCH U PACJENTÓW W WIEKU GERIATRYCZNYM HOSPITALIZOWANYCH NA ODDZIALE CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH

DETERMINANTS OF COGNITIVE DISORDERS IN ELDERLY PATIENTS HOSPITALISED AT AN INTERNAL MEDICINE WARD

Maria Kózka¹, Ewelina Gibadło², Marlena Padykuła¹

¹Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum

²absolwentka studiów drugiego stopnia, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum; Oddział Kliniczny Chorób Serca i Naczyń z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2018.34>

STRESZCZENIE

Wstęp. Zaburzenia funkcji poznawczych są częstym problemem osób starszych. Poznanie uwarunkowań występowania zaburzeń poznawczych u osób starszych może mieć istotne znaczenie w zapewnieniu im optymalnej opieki podczas hospitalizacji.

Cel. Cele badań to ocena wpływu hospitalizacji na funkcje poznawcze pacjentów w starszym wieku oraz poznanie uwarunkowań występowania zaburzeń funkcji poznawczych u pacjentów w wieku geriatrycznym hospitalizowanych na oddziale chorób wewnętrznych.

Materiał i metody. Badaniem objęto 60 pacjentów w wieku powyżej 65 lat. Do zebrania danych zastosowano Test Upośledzenia Funkcji Poznawczych (MMSE), Skalę Aktywności Dnia Codziennego (ADL), Skalę Czynności Złożonych (IADL), Geriatryczną Skalę Oceny Depresji (GDS), Skalę Wsparcia Społecznego SSL12-I oraz kwestionariusz autorski.

Wyniki. Badania wykazały występowanie zaburzeń funkcji poznawczych o różnym nasileniu u pacjentów zarówno przy przyjęciu (53%) na oddziały jak i przy wypisie (48%) z oddziału. Analiza statystyczna nie wykazała zmian funkcji poznawczych w czasie pobytu w szpitalu ($p = 0,482$). Zaburzenia funkcji poznawczych występowały u badanych częściej wraz z obniżoną sprawnością funkcjonalną ($p < 0,001$), dłuższym czasem hospitalizacji ($p < 0,05$), obniżonym wsparciem społecznym (wsparcie w życiu codziennym $p = 0,03$; wymiar dawania wsparcia $p = 0,012$) i nasileniem objawów depresji (przy przyjęciu $p = 0,03$; przy wypisie $p < 0,01$). Wykazano, że poziom funkcjonowania poznawczego obniża się wraz z wiekiem badanego ($p < 0,001$) i jest istotnie niższy u badanych z wykształceniem zawodowym ($p = 0,022$), owdowiatach ($p = 0,003$) i zamieszkujących wieś (przy przyjęciu $p = 0,011$; przy wypisie $p = 0,002$).

Wnioski. Zaburzenia funkcji poznawczych o różnym nasileniu przy przyjęciu i przy wypisie występowały u połowy badanych. Poziom funkcjonowania poznawczego w czasie pobytu w szpitalu nie uległ znaczącej zmianie u większości chorych. Występowanie zaburzeń poznawczych u osób starszych jest uwarunkowane

ABSTRACT

Introduction. Cognitive impairment is a common problem for the elderly. Thus, recognizing conditions for the occurrence of cognitive impairment in elderly patients may be vital in ensuring they receive optimal care during hospitalization.

Aim. The aim of study was to evaluate the influence of hospitalization on the cognition of elderly patients, and recognize the conditions for the occurrence of cognitive impairment in geriatric patients hospitalized at the Internal Medicine Ward.

Material and method. The study included 60 patients above 65 years of age. Mini-mental State Examination (MMSE), Activities of Daily Living (ADL) Scale, Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale, Geriatric Depression Scale (GDS), SSL 12-I Social Support List, and an original questionnaire were used to collect data.

Results. The study showed occurrence of cognitive impairment with different levels of intensity both upon admission (53%) and discharge (48%) from the ward. Statistical analysis did not show a change in cognition during hospitalization ($p = 0.482$). Cognitive impairment occurred in patients more often when their functional performance decreased ($p < 0.001$), the period of hospitalization was longer ($p < 0.05$), social support was lower (support in daily life $p = 0.03$; support provision $p = 0.012$), and depression symptoms worsened (upon admission $p = 0.03$; upon discharge $p < 0.01$). It was showed that cognition lowered with patient's age ($p < 0.001$), and was significantly lower in patients who completed vocational education ($p = 0.022$), became widowed ($p = 0.003$), and lived in the countryside (upon admission $p = 0.011$; upon discharge $p = 0.002$).

Conclusions. Cognitive impairment with different levels of intensity occurred in a half of patients upon admission and discharge. The level of cognition during hospitalization did not change significantly in majority of patients. The occurrence of cognitive impairment in the elderly is conditioned by sociodemographic factors, the level of functional performance, the period of hospitalization, the level of social support, and occurrence of depression.

zmiennymi socjodemograficznymi, poziomem sprawności funkcjonalnej, czasem hospitalizacji, poziomem wsparcia społecznego i występowaniem depresji. Całościowa ocena geriatryczna jest ważna dla zapewnienia jakości opieki nad pacjentem w wieku podeszłym.

SŁOWA KLUCZOWE: zaburzenia funkcji poznawczych, pacjent geriatryczny, hospitalizacja.

KEYWORDS: cognitive impairment, geriatric patient, hospitalization.

Wstęp

Problem starzenia się społeczeństwa dotyczy obecnie nie tylko Polski, lecz wszystkich państw świata. Prognozy demograficzne wskazują, że w ciągu najbliższych dziesięcioleci starzenie się społeczeństw utrzyma swój postępujący charakter, co przyczyni się do znacznego wzrostu liczby osób w wieku podeszłym [1]. Konsekwencją starzenia się jest wzrost procentowy udziału osób starszych wśród pacjentów hospitalizowanych na oddziałach zachowawczych [2]. Na podstawie danych Śląskiego Centrum Zdrowia Publicznego ocenia się, że liczba chorych po 65. roku życia zgłaszających się do lekarza będzie systematycznie wzrastać i pod koniec 2020 roku stanowić oni będą co najmniej 50% pacjentów [3]. Starzenie się organizmu człowieka jest okresem, w którym stopniowemu pogorszeniu ulegają funkcje wszystkich układów i narządów, w tym także funkcje poznawcze [4–6].

Funkcjami poznawczymi nazywamy procesy określające zdolność mózgu do pozyskiwania informacji, przetwarzania ich i posługiwania się nimi. Funkcje poznawcze umożliwiają uczenie się, interpretację rzeczywistości, są podstawą działania człowieka. Na funkcjonowanie poznawcze człowieka składa się szereg procesów intelektualnych tj.: pamięć krótkoterminowa oraz długoterminowa, procesy językowe (czytanie, pisanie, mowa), myślenie abstrakcyjne, funkcje wzrokowo-przestrzenne, konstrukcyjne i wykonawcze, procesy spostrzegania i percepcji bodźców ze środowiska zewnętrznego [4–7]. Do zaburzeń funkcji poznawczych należą łagodne zaburzenia funkcji poznawczych (ang. *mild cognitive impairment* – MCI) oraz otępienie [4, 5].

Zaburzenia w obrębie funkcjonowania poznawczego mają zasadniczy wpływ na życie codzienne osób starszych. Negatywnie wpływają na jakość życia zarówno ich samych, jak ich rodzinę oraz inne osoby sprawujące nad nimi opiekę [4–6].

U osób starszych hospitalizacja z powodu zaostrzeń choroby lub stanów zagrażających życiu powoduje obniżenie sprawności funkcji poznawczych, szczególnie osłabienie procesów uwagi, szybkości przetwarzania informacji, pamięci świeżej, pamięci operacyjnej i funk-

cji wykonawczych. Za pogorszenie sprawności umysłowej mogą odpowiadać układowe zapalenie, hipoksemia, hipotensja, dysregulacja gospodarki glukozą, zaburzenia wodno-elektrolitowe, zastosowanie leków przeciwbólowych, uspokajających, przebyty zabieg operacyjny [8, 9]. Dodatkowymi czynnikami związanymi z hospitalizacją mającymi wpływ na upośledzenie funkcji poznawczych są zmiana miejsca pobytu ze znanego otoczenia na nieznaną, brak samodzielności w zakresie samoopieki spowodowany chorobą, ból, zaburzenia snu, liczne procedury diagnostyczne i lecznicze [10].

Cel pracy

Cele pracy to ocena wpływu hospitalizacji na funkcje poznawcze pacjentów w starszym wieku oraz poznanie uwarunkowań występowania zaburzeń funkcji poznawczych u pacjentów w wieku geriatrycznym hospitalizowanych na oddziale chorób wewnętrznych.

Materiał i metody

Badaniem objęto 60 pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu Specjalistycznym im. Józefa Dietla w Krakowie na Oddziale Chorób Wewnętrznych. Do badań włączono osoby, które ukończyły 65 lat, przebywały na oddziale co najmniej 7 dni, wyraziły zgodę na udział w badaniach i były zdolne do wypełnienia narzędzi badawczych. Kryterium wyłączenia z badań stanowiło rozpoznanie zespołu otępiennego odnotowanego w dokumentacji medycznej pacjenta. Do zebrania danych wykorzystano Krótką Skalę Oceny Stanu Umysłowego (MMSE), Skalę Aktywności Dnia Codziennego (ADL), Skalę Czynności Złożonych (IADL), Geriatryczną Skalę Oceny Depresji według Yesavage'a (GDS), Skalę Wsparcia Społecznego dla osób starszych (SSL12-I) oraz kwestionariusz autorski dotyczący danych socjodemograficznych, czasu pobytu i trybu przyjęcia do szpitala. Badanie skalą MMSE było przeprowadzane dwukrotnie: w pierwszym i w ostatnim dniu hospitalizacji.

W badaniu wzięło udział 36 kobiet (60%) i 24 mężczyzn (40%). Średni wiek badanych wynosił 77,18 roku (SD = 7,67) i wahał się od 65 do 95 lat. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby w przedziale wiekowym 65–70

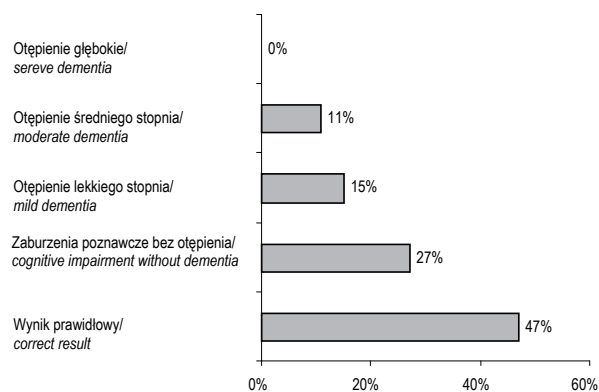
lat i 80–85 lat, natomiast najmniej liczną grupę stanowiły osoby w wieku 90–95 lat. Wykształcenie badanych było zróżnicowane, przeważały osoby z wykształceniem średnim (30%). Zdecydowana większość badanych (83%) była na emeryturze. Najwięcej spośród badanych stanowiły osoby owdowiałe (45%), w związku małżeńskim pozostawało 33% badanych. Ponad połowa badanych mieszkała w mieście (62%). Największa grupa badanych (37%) mieszkała z dziećmi, 35% mieszkało samotnie, 22% badanych to osoby mieszkające ze współmałżonkiem bez dzieci, natomiast najmniej osób (6%) mieszkało ze współmałżonkiem i z dziećmi. Przeważająca liczba badanych (68%) cierpiała na trzy schorzenia lub więcej schorzeń, 23% spośród badanych cierpiała na dwa schorzenia, 9% – na jedno schorzenie. W trybie nagłym zostało przyjętych do szpitala 58% badanych. Średni czas pobytu pacjenta w szpitalu wynosił 10,93 dnia (SD = 3,98) i wahał się od 7 do 22 dni.

Obliczenia statystyczne wykonano za pomocą pakietu statystycznego R 3.1.3., przyjmując poziom istotności < 0,05. Normalność rozkładu badanej zmiennej w obydwu grupach sprawdzono, korzystając z testu Shapiro-Wilka. W przypadku rozkładów normalnych różnice pomiędzy grupami analizowano za pomocą testu t-Studenta lub analizy wariancji ANOVA. W przypadku gdy rozkłady nie są normalne, różnice pomiędzy grupami analizowano za pomocą testu Manna-Whitneya lub Kruskala-Wallisa. Porównanie wyników przy przyjęciu i przy wypisie wykonano testem t-Studenta dla par związanych. Do oceny korelacji pomiędzy dwiema zmiennymi ilościowymi zastosowano współczynnik korelacji Pearsona lub Spearmana.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego (Nr KBE-T/224/B/2014 z dnia 25 września 2014 roku).

Wyniki

Przy przyjęciu na oddział zaburzenia funkcji poznawczych stwierdzono u ponad połowy badanych (53%), w tym zaburzenia poznawcze bez otępienia u 27%, otępienie lekkiego stopnia u 15% i otępienie średniego stopnia u 11% badanych (**Rycina 1**). W dniu wypisu zaburzenia funkcji poznawczych stwierdzono u 48% badanych, w tym zaburzenia poznawcze bez otępienia u 23% badanych, otępienie lekkiego stopnia u 13% i otępienie średniego stopnia u 12% (**Rycina 2**). Analiza statystyczna wyników uzyskanych przez badanych w skali MMSE w dniu przyjęcia i w dniu wypisu nie wykazała istotności statystycznej ($p = 0,482$), co oznacza, że funkcjonowanie poznawcze w czasie hospitalizacji nie uległo zmianie.

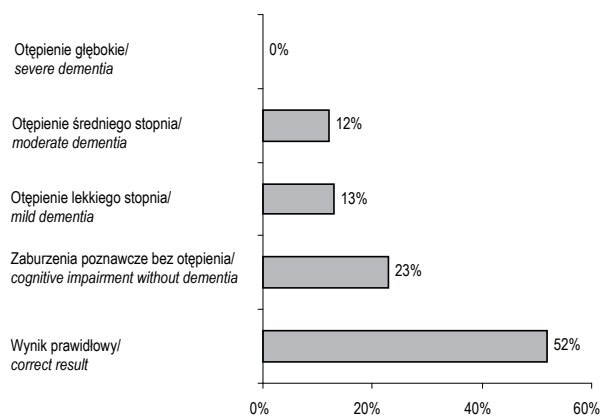


Rycina 1. Wyniki skali MMSE przy przyjęciu

Figure 1. MMSE results upon admission

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis



Rycina 2. Wyniki skali MMSE przy wypisie

Figure 2. MMSE results upon discharge

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Analiza statystyczna pomiędzy danymi socjo-demograficznymi a wynikami skali MMSE wykazała zależność kilku zmiennych (m.in. wieku, poziomu wykształcenia, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego i zamieszkania) z występowaniem zaburzeń funkcji poznawczych. Badania wykazały, że wiek wpływa istotnie na wyniki osiągnięte w skali MMSE ($p < 0,001$). Oznacza to, że z wiekiem częstość występowania zaburzeń poznawczych wzrasta. Wyniki pokazują, że badani z wykształceniem zawodowym osiągnęli niższe wyniki w skali MMSE niż pacjenci z wykształceniem wyższym. Badani mieszkający w mieście osiągnęli wyższe wyniki w skali MMSE oraz rzadziej u nich występowały zaburzenia poznawcze niż w grupie badanych mieszkających na wsi. Porównując wyniki MMSE w zależności od stanu cywilnego i zamieszkania badanych wykazano, że wyższe wyniki i wyższy poziom funkcjonowania poznawczego uzyskali badani będący w związku małżeńskim, a tak-

że mieszkający samotnie lub w małżeństwie bez dzieci. Nie stwierdzono natomiast związku pomiędzy poziomem funkcjonowania poznawczego a płcią, źródłem utrzymania oraz trybem przyjęcia do szpitala. Zależności przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Zależności pomiędzy wynikami skali MMSE a danymi socjodemograficznymi badanych

Table 1. Relationships between MMSE results and sociodemographic data of the examined patients

MMSE	Zmienna/ Variable	Średnia/ Average	SD	Mediana/ Median	Min/ Min	Maks/ Max	p
Przy przyjęciu/ On admis- sion	Kobiety/ Women Mężczyźni/ Men	25,08 24,75	4,25 4,37	26 26	12 15	30 30	0,867
Przy wypisie/ At discharge	Kobiety/ Women Mężczyźni/ Men	25,14 24,29	4,81 5,35	27 26,5	11 12	30 30	0,564
Przy przyjęciu/ On admis- sion	Podstawowe/ Elementary Zawodowe/ vocational Średnie/ Secondary Wyższe/ Tertiary	22,85 24,47 25,89 26,21	4,65 3,23 3,39 5,35	22 26 27 28	16 17 15 12	30 29 30 30	0,022
Przy wypisie/ At discharge	Podstawowe/ Elementary Zawodowe/ Vocational Średnie/ Secondary Wyższe/ Tertiary	22,62 23,67 26,11 26,36	5,22 5,01 3,34 5,97	25 25 27 29	14 12 16 11	30 29 30 30	0,02
Przy przyjęciu/ On admis- sion	Miasto/City Wieś/Village	25,76 23,65	4,37 3,82	27 24	12 16	30 29	0,011
Przy wypisie/ At discharge	Miasto/City Wieś/Village	25,7 23,35	5,02 4,73	28 25	11 14	30 29	0,02
Przy przyjęciu/ On admis- sion	Emerytura lub renta/ Pension or disability benefits Emerytura i praca/ Pension and disability benefits	24,63 26,78	4,41 2,86	26 27	12 22	30 30	0,186
Przy wypisie/ At discharge	Emerytura lub renta/ Pension or disability benefits Emerytura i praca/ Pension and disability benefits	24,39 27,11	5,18 3,14	26 28	11 21	30 30	0,097

Przy przyjęciu/ On admis- sion	Wolny/a/ Single Żonaty/ Mężatka/ married Rozwiedzio- n/a/Divorced Wdowiec/ wdowa/ Widowed	26,67 26,4 27,75 22,89	1,41 3,98 1,26 4,54	27 27,5 28 24	24 15 26 12	29 30 29 30	0,003
Przy wypisie/ At discharge	Wolny/a/ Single Żonaty/ mężatka/ Married Rozwiedziony- a/divorced Wdowiec/ wdowa/ Widowed	27,33 26,6 27,75 22,19	1,5 3,91 0,96 5,63	28 28 27,5 24	25 16 27 11	29 30 29 29	0,003
Przy przyjęciu/ On admis- sion	Samotnie/ Alone Z dziećmi/ With children W małżeń- stwie bez dzieci/ In a marriage without children W małżeń- stwie z dziećmi/ in a marriage with children	26,05 22,86 26,31 26,25	3,75 4,06 4,87 1,71	27 24 28 26,5	12 16 15 24	29 30 30 28	0,003
Przy wypisie/ At discharge	Samotnie/ Alone Z dziećmi/ With children W małżeń- stwie bez dzieci/ Married without children W małżeń- stwie z dziećmi/ Married with children	26,14 22,09 26,69 26,5	4,22 5,26 4,77 1,73	28 24 29 26	11 12 16 25	29 29 30 29	0,002
Przy przyjęciu/ On admis- sion	Nagły/ Sudden Planowy/ Planned	25,77 23,8	3,43 5,07	27 26	16 12	30 30	0,141
Przy wypisie/ At discharge	Nagły/ Sudden Planowy/ Planned	25,66 23,6	4,31 5,72	27 26	12 11	30 30	0,221

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Przeprowadzone analizy statystyczne wykazały istnienie dodatniej korelacji pomiędzy występowaniem zaburzeń funkcji poznawczych a sprawnością funkcjonalną badanych ocenioną wg skali ADL ($p < 0,001$) i IADL ($p < 0,001$). Analiza potwierdziła, że badani pre-

zentujący lepszą sprawność funkcjonalną w zakresie podstawowych i złożonych czynności dnia codziennego rzadziej przejawiali zaburzenia funkcji poznawczych (wyższy wynik MMSE).

W przeprowadzonym badaniu oceniono zależność między stopniem wsparcia społecznego a występowaniem zaburzeń funkcji poznawczych u pacjentów geriatrycznych. Stwierdzono, że im wyższy wynik skali SSL-12I w wymiarze wsparcia w codziennym życiu oraz w wymiarze dawania wsparcia, tym wyższy wynik MMSE uzyskali badani przy wypisie ($p = 0,03$; $p = 0,012$). Oznacza to, że u badanych, którzy otrzymywali duże wsparcie w codziennym życiu oraz dawali duże wsparcie innym, rzadziej występowały zaburzenia poznawcze. Nie stwierdzono istnienia korelacji pomiędzy wynikami uzyskiwanymi przez badanych w skali SSL 12-I w wymiarze wsparcia w sytuacjach trudnych i skali MMSE.

Na podstawie analizy danych z przeprowadzonego badania potwierdzono występowanie istotnej statystycznie zależności między występowaniem objawów depresji a występowaniem zaburzeń funkcji poznawczych (przy przyjęciu $p = 0,003$; przy wypisie $p < 0,001$). Im większe nasilenie objawów depresji (wyższy wynik GDS), tym gorszy poziom funkcjonowania poznawczego (niższy wynik MMSE).

Z analizy badań wynika, że czas hospitalizacji koreluje z wynikiem MMSE przy przyjęciu i przy wypisie ($p < 0,05$). Badani, którzy dłużej przebywali w szpitalu, zdecydowanie częściej prezentowali zaburzenia funkcji poznawczych. Zależność przedstawiono w **tabeli 2**.

Tabela 2. Zależność pomiędzy wynikami skali MMSE a długością hospitalizacji

Table 2. Relationships between MMSE results and length of hospitalization

MMSE	Korelacja z czasem hospitalizacji/ Correlation with time of hospitalization			
	Współczynnik korelacji/ Correlation coefficient	p	Kierunek zależności/ Direction of dependence	Siła zależności/ Strength of dependence
Przy przyjęciu/ On admission	-0,442	<0,001	ujemny/ negative	średnia/ average
Przy wypisie/ At discharge	-0,509	<0,001	ujemny/ negative	silna/ strong

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Dyskusja

Granica wieku podeszłego została określona jako ukończenie 65. roku życia. Okres starości charakteryzuje się odmiennym przebiegiem procesu starzenia dla każdej

osoby, współwystępowaniem różnych chorób, wielolekowością. W grupie osób starszych często występują problemy o kilku podłożach równocześnie: organicznym, psychologicznym, społecznym i poznawczym [11–13]. Wczesne wykrycie zaburzeń z zakresu funkcjonowania poznawczego daje szansę na spowolnienie toczącego się procesu, dzięki czemu istnieje możliwość zachowania samodzielności pacjentów geriatrycznych [6].

W badaniach własnych wykazano występowanie zaburzeń poznawczych u 53% badanych przy przyjęciu oraz 48% przy wypisie. Autorki w innych swoich badaniach uzyskały podobne wyniki – zaburzenia funkcji poznawczych występowały u 69% badanych, w tym u 58% o charakterze łagodnym i u 11% o typie otępienia lekkiego stopnia [14]. W badaniach Treder i wsp. zaburzenia funkcji poznawczych w grupie 79 osób zdrowych występowały u 73% badanych [15]. Przy wypisie więcej pacjentów uzyskało wynik prawidłowy, natomiast mniej pacjentów uzyskało wynik wskazujący na zaburzenia poznawcze bez otępienia oraz otępienie lekkiego stopnia. Może to sugerować, iż stan zdrowia przy przyjęciu i powód hospitalizacji wpływały na osiąganie niższych wyników w skali MMSE, a kompleksowa opieka i leczenie podczas hospitalizacji poprawiają w nieznacznym stopniu funkcjonowanie fizyczne i poznawcze. Analiza statystyczna jednak nie wykazała istotności statystycznej między wynikami przy przyjęciu i przy wypisie, tak więc poziom funkcjonowania poznawczego w czasie pobytu w szpitalu nie uległ znaczącej zmianie u większości chorych. Brak stwierdzenia tej zależności może wynikać z faktu, że respondenci stanowili małą grupę. Zasadne wydaje się przeprowadzenie badań wśród większej liczby pacjentów.

W ramach przeprowadzonych badań wykonano analizę zależności między występowaniem zaburzeń funkcji poznawczych a czasem hospitalizacji. Wykazano, że czas hospitalizacji istotnie statystycznie koreluje z funkcjami poznawczymi, tzn. im dłuższy czas hospitalizacji, tym gorsza sprawność poznawcza. Wyniki te potwierdzają przeprowadzone przez Wilsona i wsp. badania, w których autorzy wykazali, że dłuższy pobyt w szpitalu wiązał się ze spadkiem zdolności poznawczych w porównaniu z czasem przed hospitalizacją [16].

Badania własne wykazały silny związek pomiędzy wiekiem a występowaniem zaburzeń poznawczych. Wraz z wiekiem zwiększała się częstość występowania zaburzeń poznawczych. W badaniach przeprowadzonych przez Pniewską i wsp. wykazano związek między wiekiem pacjenta a wynikami testów do oceny funkcjonowania poznawczego – im starszy wiek badanych, tym gorsze funkcjonowanie poznawcze [17]. Wyniki badań Tomaszewskiej i wsp. również potwierdzają ten związek [18]. Proces starzenia związany jest z osłabieniem pro-

cesów pamięciowych, spowolnieniem przetwarzania informacji, zmniejszoną uwagą, utrudnieniem wykonywania zadań celowych [4].

W badaniach własnych zaobserwowano istnienie zależności pomiędzy miejscem zamieszkania a występowaniem zaburzeń funkcji poznawczych. Zaburzenia funkcji kognitywnych częściej występowały u osób mieszkających na wsi. Badania przeprowadzone przez Kurzawę i wsp. wykazały, że u osób mieszkających w środowisku wiejskim upośledzenie funkcji poznawczych występuje częściej [19]. Zależność potwierdzają również badania Kowalskiej i wsp., – osoby mieszkające w mieście osiągały więcej punktów w skali MMSE w porównaniu do osób zamieszkujących wieś [20]. Może to wynikać z faktu, iż osoby zamieszkujące wieś częściej deklarują wykształcenie niższe i średnie oraz mniej czasu poświęcają na rehabilitację procesów poznawczych niż mieszkańcy miast. Analizując uzyskane wyniki, stwierdzono, że z występowaniem zaburzeń w zakresie funkcjonowania poznawczego koreluje poziom wykształcenia. Zarówno przy przyjęciu, jak i przy wypisie zaburzenia otępienne częściej występowały u osób z niższym wykształceniem. Podobną zależność wykazały Kurzawa [19] oraz Pniewska [17].

W badaniach własnych analiza statystyczna nie wykazała związku pomiędzy zaburzeniami funkcji poznawczych a płcią. Odmienne wyniki uzyskali w swych badaniach Paúl i wsp., którzy wykazali, że upośledzenie funkcji poznawczych jest wyższe u kobiet [21]. Podobną zależność uzyskali Bidzan i wsp. Ich badania wykazały większą częstość występowania zaburzeń otępiennych wśród kobiet [22]. Brak stwierdzenia zależności między płcią a występowaniem zaburzeń poznawczych w badaniach własnych może wynikać z faktu, że respondenci stanowili małą grupę.

Czynnikiem, który wykazuje zależność z poziomem funkcjonowania poznawczego jest sprawność w zakresie podstawowych i złożonych czynności dnia codziennego. Badania własne wykazały, że osoby samodzielne w zakresie podstawowych i złożonych czynności dnia codziennego rzadziej przejawiają zaburzenia poznawcze. Związek stanu funkcjonalnego z zaburzeniami funkcji poznawczych potwierdzają w swych badaniach Sauvaget [23], Kowalska [20] oraz Rogers i Jarrot [24].

Kolejnym czynnikiem pogarszającym aktywność poznawczą osób starszych jest poziom wsparcia społecznego. Analiza badań własnych wykazała, że zaburzenia funkcji kognitywnych występowały rzadziej u osób osiągających wyższy poziom wsparcia w codziennym życiu oraz lepiej oceniający własną wartość jako dawcy wsparcia. Natomiast poziom wsparcia w sytuacjach trudnych nie wpływał istotnie statystycznie na funkcjonowanie poznawcze. Zależność potwierdzają badania

Shu-Chuan i Yea-Ying. Wyniki ich badań dowiodły, że osoby, które odczuwały wysoki poziom wsparcia ze strony otoczenia, prezentowały wyższy poziom w zakresie funkcji kognitywnych niż osoby, które nie odczuwały wsparcia [25]. U osób w starszym wieku otrzymywanie wsparcia w codziennym życiu oraz dawanie wsparcia innym wydaje się bardzo ważne, umacnia więzi rodzinne i społeczne, wzmacnia poczucie własnej wartości, wpływa na samoocenę i jakość życia [14].

Współwystępowanie zaburzeń kognitywnych i depresyjnych jest częstym problemem u ludzi w podeszłym wieku – powoduje pogorszenie jakości życia, codziennego funkcjonowania, przebiegu współwystępujących chorób somatycznych, zwiększenie śmiertelności. Różnicowanie tych zaburzeń jest trudne, gdyż z jednej strony zaburzenia funkcji poznawczych mogą dominować w obrazie depresji, a z drugiej strony objawy depresji mogą przykrywać zaburzenia poznawcze [26]. Związek objawów depresyjnych ze sprawnością w zakresie funkcji kognitywnych podkreśla wielu autorów. W wyniku analizy statystycznej badań własnych potwierdzono powyższe zależności – zaburzenia poznawcze częściej występowały u osób z objawami depresyjnymi (wyniki skali GDS). Badania Puto, Ocetkiewicz i Zawiszy oceniające wpływ objawów depresji i funkcji poznawczych na subiektywną ocenę jakości życia pacjentów po 80. roku życia wykazały, że nasilenie objawów depresji powodowało wzrost upośledzenia funkcjonowania poznawczego [27].

Starzenie się organizmu wpływa na wszystkie układy, również na układ nerwowy, i na procesy poznawcze. Tempo oraz stopień zaburzeń funkcji poznawczych występujących u osób starszych zależy od wielu czynników, m.in. diety [28, 29], odczuwanego bólu [30], stosowanego leczenia przeciwbólowego, szczególnie dotyczy to morfiny i tramadolu [31, 32], występujących zaburzeń wodno-elektrolitowych, niedociśnienia, hipoksemii [8, 28].

Wnioski

1. Połowa badanych miała zaburzenia funkcji poznawczych o różnym nasileniu przy przyjęciu i przy wypisie.
2. Poziom funkcjonowania poznawczego w czasie pobytu w szpitalu nie uległ znaczącej zmianie u większości chorych. Przy wypisie więcej pacjentów uzyskało wynik prawidłowy, natomiast mniej pacjentów uzyskało wynik wskazujący na zaburzenia poznawcze bez otępienia oraz otępienie lekkiego stopnia.
3. Czas hospitalizacji istotnie koreluje z poziomem funkcjonowania poznawczego. Dłuższy czas hospitalizacji wpływa negatywnie na sprawność funkcji poznawczych.

- Wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy występowaniem zaburzeń funkcji poznawczych a danymi socjodemograficznymi (m.in. wiekiem, poziomem wykształcenia, miejscem zamieszkania, stanem cywilnym), stopniem sprawności funkcjonalnej, występowaniem objawów depresji oraz poziomem wsparcia społecznego w zakresie wsparcia w życiu codziennym oraz oceny własnej wartości jako dawcy wsparcia.

Piśmiennictwo

- Ostryżek A. Ocena jakości życia osób w podeszłym wieku rehabilitowanych w oddziale opieki długoterminowej. *Probl Hig Epidemiol.* 2010; 4: 659–666.
- Szmytkowska I, Doboszyńska A, Serafiński J, Cezak A. Przyczyny hospitalizacji chorych z zaburzeniami gospodarki węglowodanowej (ZGW). *Geriatrics Pol.* 2005; 1: 12–17.
- Majer R, Pietrzak J, Rejda M et al. Hospitalizacja – wiek podeszły. Katowice: Śląskie Centrum Zdrowia Publicznego; 2007.
- Kowalska J, Szczepańska-Gieracha J, Rymaszewska J. Zaburzenia funkcji poznawczych i zespoły otępienne – problem fizjoterapii geriatrycznej. *Fizjoterapia.* 2010; 18(2): 73–80.
- Kolan M. Zaburzenia funkcji poznawczych a choroby niedokrwienne mózgu. W: Nowakowski P (red.). *Neurokognitywistyka w patologii i zdrowiu.* Szczecin: PUM; 2009–2011.
- Derkacz M, Chmiel-Perzyńska I, Kowal A. TYM TEST – nowe narzędzie diagnostyczne w ocenie funkcji poznawczych – badanie mieszkańców opieki społecznej. *Curr Probl Psychiatri.* 2011; 12(2): 152–159.
- Talarowska M, Florkowski A, Macander M, Gałęcki P. Grypa i infekcje grypopochodne a funkcje poznawcze. *Neuropsychiatr Neuropsychol.* 2010; 5, 3–4: 149–154.
- Ehlenbach WJ, Hough CL, Crane PK et al. Association between acute care and critical illness hospitalization and cognitive function in older adults. *JAMA.* 2010; 303(8): 763–770.
- Otremba I. Czynniki predysponujące do rozwinięcia się zespołu majaczeniowego u chorych hospitalizowanych na oddziale geriatrycznym. *Probl Piel.* 2015; 23(1): 46–50.
- Bidzan L. Otępienie czołowo-skroniowe. Problemy diagnostyczne i terapeutyczne. *Geriatrics.* 2012; 6: 41–45.
- Tobis S et al. Wieloprofesjonalność opieki w geriatric. *Now Lek.* 2013; 1: 51–55.
- Wieczorowska-Tobis K. Specyfika pacjenta starszego. W: Wieczorowska-Tobis K, Kostka T, Borowicz AM. *Fizjoterapia w geriatric.* Warszawa: PZWL; 2011. 18–27.
- Jajor J et al. Specyfika rehabilitacji ruchowej osób starszych. *Now Lek.* 2013; 1: 89–96.
- Padykuła M, Kózka M. Zaburzenia funkcji poznawczych u pacjentów w wieku geriatrycznym hospitalizowanych na oddziale zachowawczym. *Probl Piel.* 2015; 23(3): 300–305.
- Woźniak J et al. Ocena sprawności ogólnej, funkcjonowania codziennego oraz jakości życia u chorych w podeszłym wieku z podejrzeniem zespołu otępiennego. *Psychogeriatr Pol.* 2012; 9(4): 149–160.
- Wilson RS, Hebert LE, Scherr PA, Dong X, Leurgens SE, Evans DA. Cognitive decline after hospitalization in a community population of older persons. *Neurology.* 2012; 78(13): 950–956.
- Pniewska J et al. Styl życia a funkcjonowanie poznawcze osób starszych. *Doniesienie wstępne. Now Lek.* 2012; 81(1): 10–15.
- Tomaszewska M et al. Test Stroopa – wartość diagnostyczna w psychiatrii. *Neuropsychiatr Neuropsychol.* 2010; 1: 35–41.
- Kurzawa J, Zozulińska D, Wierusz-Wysocka B. Ocena występowania zaburzeń funkcji poznawczych u chorych na cukrzycę. *Diabetol Prakt.* 2004; 5.
- Kowalska J, Szczepańska-Gieracha J, Piątek J. Zaburzenia poznawcze i emocjonalne a długość pobytu osób starszych w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym o Profilu Rehabilitacyjnym. *Psychogeriatr Pol.* 2010; 7.
- Paúl C et al. Cognitive impairment in old people living in the community. *Arch Gerontol Geriatr.* 2010; 51(2): 121–124.
- Hausz-Piskorz B, Buczkowski K. Diagnostyka i leczenie choroby Alzheimera w warunkach praktyki lekarza rodzinnego. *Forum Med Rodz.* 2013; 4: 198–207.
- Sauvaget C et al. Dementia as a predictor of functional disability: a four-year follow-up study. *Gerontology.* 2002; 4: 226–233.
- Rogers S, Jarrot S. Cognitive impairment and effects on upper body strength of adults with dementia. *J Aging Physic Activity.* 2008; 16: 61–68.
- Shu-Chuan J, Yea-Ying L. Influence of social support on cognitive function in the elderly. *BMC Health Services Research.* 2003; 3: 9.
- Zwyrtek E, Rymaszewska J. Różnicowanie zaburzeń otępiennych i depresyjnych u osób w podeszłym wieku. *Lekarz POZ.* 2016; 2(1): 30–36.
- Puto G, Ocetkiewicz T, Zawisza T. Wpływ depresji i funkcji poznawczych na subiektywną ocenę jakości życia pacjentów z chorobą niedokrwinną serca po 80. roku życia. *Gerontol Pol.* 2007; 3: 90–96.
- Pniewska J, Jaracz K, Górna K, Suwalska A. Czynniki protekcyjne funkcji poznawczych w procesie starzenia się – przegląd piśmiennictwa. *Neuropsychiatr Neuropsychol.* 2011; 6, 3–4: 166–171.
- Kesse-Guyot E, Peanu S, Ferry M et al. Thirteen-year prospective study between fish consumption, long-chain n-3 fatty acids intakes and cognitive function. *J Nutr Health Aging.* 2011. 15: 115–120.
- Wieczorowska-Tobis K, Rajaska-Neumann A. Ból jako przyczyna zaburzeń funkcji poznawczych u starszych pacjentów. *Geriatrics.* 2010; 4: 292–294.
- Modlińska A. Tramadol – metabolizm; wpływ na funkcje poznawcze. *Psychoonkol.* 2007; 12: 12–18.
- Buss T. Wpływ morfiny na funkcje poznawcze u pacjentów z bólem przewlekłym. *Psychoonkol.* 2007; 12; 1: 19–23.

Artykuł przyjęty do redakcji: 03.10.2017.

Artykuł przyjęty do publikacji: 15.06.2018.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Marlena Padykuła
ul. Mikołaja Kopernika 25
31-005 Kraków
tel.: 12 421 41 60
e-mail: marlena.padykula@uj.edu.pl
Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa
i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum



PORÓD MARTWEGO PŁODU – WPŁYW NA PSYCHIKĘ KOBIECY

STILLBIRTH AND ITS INFLUENCE ON THE WOMEN'S PSYCHE

Agnieszka Nowaczyk¹, Katarzyna Plagens-Rotman², Maria Połocka-Molińska²

¹ Szpital Miejski im. Franciszka Raszei w Poznaniu

² Zakład Praktycznej Nauki Położnictwa, Katedra Zdrowia Matki i Dziecka
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2018.35>

STRESZCZENIE

Ciąża obumarła to wewnątrzmaciczna śmierć płodu, u którego nie stwierdza się czynności serca, ruchów oddechowych, tętnienia pępowiny ani żadnych objawów życia. Według definicji WHO (ang. World Health Organization) poród przedwczesny od poronienia wyróżnia bariera 22. tygodnia – 154 dni. W razie wątpliwości co do wieku ciążowego czynnikiem decydującym o rozpoznaniu jest masa płodu – 500 g. Aby rozpoznać zgon wewnątrzmaciczny, koniecznym jest przeprowadzenie badania USG potwierdzonego przez dwie niezależne osoby. Niezaprzeczalnym jest fakt, że wydarzenie to ma długofalowy wpływ na psychikę kobiety. Badania wskazują, że u 20% rozwija się depresja poporodowa, a kolejne 20% doznaje objawów stresu pourazowego.

Jest to wydarzenie, które porównuje się do reakcji na katastrofę. Rodzice doświadczają wówczas reakcji na poziomie poznawczym i intelektualnym.

Wyróżnia się fazy dynamiki emocji oraz fazy żałoby, które kolejno są przeżywane, by dokonać się proces zdrowienia i nowa orientacja.

SŁOWA KLUCZOWE: ciąża, poronienie, żałoba, zdrowie psychiczne.

ABSTRACT

Foetal death is defined as the intrauterine foetal death (IUFD), in which there is no heart activity, breath movements, pulsation of the umbilical cord and no signs of life.

According to WHO, a praterm delivery differs from a miscarriage by the barrier of the 22nd week (154 days). In case of doubts as to a gestational age, it is the weight of the foetus (500 grams) on the basis of which it is decided whether it is a miscarriage or the intrauterine foetal death.

In developing countries, the proportion of foetal deaths is higher than in the rest of the world. Among factors which negatively influence such a state of affairs are age, obesity, the first pregnancy, an eventful perinatal history, bleeding or infections. In order to diagnose the intrauterine foetal death it is necessary to conduct the ultrasound examination supported by two independent people. It is undeniable that this situation has got a long-term effect on the woman's psyche. Research shows that 20% of women affected by the intrauterine foetal death suffer from postpartum depression and another 20% experience symptoms of a posttraumatic distress syndrome.

This experience can be compared to the reaction to a catastrophe. In this case, parents experience reactions on the cognitive as well as intellectual levels.

There are different phases of emotion dynamics as well as mourning stages which are sequentially experienced in order to fully recover.

KEY WORDS: pregnancy, miscarriage, grieving, mental health.

Wstęp

Ciąża to zdarzenie nie tylko medyczne, ma ono wymiar zarówno psychologiczny jak i społeczny. Współczesne położnictwo mimo nowych technologii, opieki lekarskiej, częstych badań laboratoryjnych i wzrastającej wciąż świadomości pacjentek nie jest pozbawione sytuacji trudnych i tragicznych, takich jak na przykład wewnątrzmaciczne obumarcie płodu. Istnieją różne czynniki predysponujące do obumarcia płodu, jednak wiele przypadków nadal pozostaje niewyjaśnionych. Ponadto

zdarzenie to może prowadzić do wielu powikłań. Skutkuje u kobiety szeregiem reakcji emocjonalnych, często deficytami w funkcjonowaniu psychicznym. Dominującymi emocjami są szok, zaprzeczenie, gniew, poczucie winy, bezradność i bezsilność, która jest współmierna do znaczenia jakie zostało nadane utraconej ciąży [1].

Sytuacja śmierci jest trudna zarówno dla rodziców, jak i dla personelu medycznego. Stanowi wyzwanie w opiece, ponieważ każda pacjentka ma inne potrzeby i różne formy wsparcia przynoszą jej ulgę. Konieczna

jest opieka interdyscyplinarna w zespole terapeutycznym. Należy wykazać się dużą empatią i zrozumieniem dla potrzeb matki nienarodzonego dziecka. Ważne jest to, by ta niezwykle trudna sytuacja przestała być tematem tabu. Należy poznać mechanizmy obronne osobowości nieświadomie stosowane przez pacjentki, oraz następujące po sobie fazy żałoby, a także możliwości ulżenia w cierpieniu położnicy. Nieodzowne są takt i wyrozumiałość, umiejętność słuchania i bycia [2].

Strata płodu/dziecka może być dla kobiet tragiczna w skutkach, w perspektywie zarówno teraźniejszej, jak i przyszłej, w postaci znaczących zaburzeń w funkcjonowaniu psychicznym i fizycznym. Jednak jest to prawidłowa reakcja ludzi dotkniętych stratą najbliższej osoby. Istotna w tym momencie staje się interdyscyplinarna, specjalistyczna pomoc, która może zapobiec dalszym urazom wynikającym z niewłaściwego, niegodnego człowieka zachowania [3].

Celem pracy jest wskazanie wpływu traumy związanej z porodem martwego płodu na psychikę kobiety i jej partnera/ojca dziecka oraz roli personelu medycznego w komunikacji z pacjentem.

Utrata dziecka z perspektywy kobiety

Istnieją różne perspektywy postrzegania i odczuwania straty dziecka, szczególnie w okresie prenatalnym, z tego względu, iż płód, który nie zdążył się narodzić, bez względu na długość trwania ciąży, jest uznawany przez rodziców za konkretną osobę. W związku z takim podejściem zostają oni pozbawieni roli, której nie zdążyli jeszcze dotąd podjąć. Szczególnie problematyczne jest to, że po dziecku nie pozostają żadne pamiątki, wspólne wspomnienia, a opłakiwanie i żałoba dotyczy głównie tego, co się nie wydarzyło.

W perspektywie społecznej kobieta przyjmująca rolę matki jest postrzegana jako spełniona, o wyższym statusie. Można więc wysnuć wniosek, że urodzenie dziecka wpływa na wzrost prestiżu kobiety w społeczeństwie – jest ona postrzegana jako osoba, która zrealizowała społecznie akceptowane i pożądane zadanie. Niezaprzeczalnym jest również fakt, że powołanie do życia potomka powoduje wzmocnienie więzi małżeńskiej i przeżywania jej w pełni. Dodatkowo daje to także możliwość spełnienia własnych potrzeb bliskości i zaspokojenia lęku przed samotnością.

Gdy przyjrzymy się bliżej perspektywie kobiety ciężarnej, w której rozwija się życie, zauważamy, że jej myśli skupione są wokół następujących procesów:

- proces włączania (wcielania) – akceptacja faktu, że jej ciało będzie miejscem rozwoju poczętego dziecka;
- proces różnicowania – polega on na tym, że kobieta musi zrozumieć, że rozwijające się dziec-

ko to odrębny człowiek, a nie część jej samej. Ważne jest również to, by kobieta była świadoma separacji, tego, że przyjdzie moment, w którym dziecko będzie musiało być oddzielone od niej samej. Jednak należy podkreślić, że nie jest to tylko moment porodu, kolejne etapy tego procesu to: odstawienie od piersi, pójście do przedszkola, szkoły, usamodzielnienie, założenie własnej rodziny i wiele innych.

Zdarzają się jednak sytuacje, gdy wszystkie te procesy zostają zahamowane – w obliczu zagrożenia ciąży (zagrożenie porodem przedwczesnym, rozpoznanie nieprawidłowego rozwoju płodu) – bądź zatrzymane (poronienie, zgon wewnątrzmaciczny, śmierć noworodka). Trzeba zdawać sobie sprawę, że może mieć ona długotrwałe konsekwencje nie tylko dla matki, ale również dla całej rodziny. Po traumie związanej z doświadczeniem porodu martwego płodu u 22–55% kobiet diagnozuje się depresję, lęk i ataki paniki (22–41%), zaburzenia kompulsywne oraz zespół stresu pourazowego (ang. *post-traumatic stress disorders* – PTSD;) [4]. Jakość opieki nad matką po stracie ma znaczący wpływ na proces przeżywania żałoby oraz stan psychiczny pacjentki w ciągu kilku następnych lat [5, 6].

Reakcja na utratę dziecka w okresie przed urodzeniem

Nie ma wątpliwości, że strata dziecka bądź wyobrażeń o jego prawidłowym rozwoju jest wydarzeniem traumatycznym dla jego rodziców – porównuje się je do reakcji na katastrofę. W języku medycznym trauma oznacza uszkodzenie tkanek, w psychologicznym natomiast od czasów Zygmunta Freuda używa się tego terminu w sensie metaforycznym, by ukazać, że umysł i psychika człowieka również może zostać zraniona – uszkodzona poprzez trudne wydarzenia [7]. Rodzice doświadczają reakcji na poziomie poznawczym oraz intelektualnym. Ich uczucia i emocje mają również swoją dynamikę, są zmienne i przebiegają w kilku możliwych do rozróżnienia fazach.

- Faza szoku i dezorganizacji zachowania – następuje bezpośrednio po uzyskaniu informacji o danym wydarzeniu. Zauważalne są desperackie próby zaprzeczania faktom po to by odciąć się od przekazanej informacji. Konsekwencjami tego są trudności w koncentracji, skupieniu uwagi oraz ograniczona zdolność do zapamiętywania. Dodatkowo dochodzą problemy somatyczne: utrata łaknienia, trudności ze snem, przemęczenie, osłabienie organizmu. Bardzo bolesna jest również utrata wiary w dobro świata. Rodzice nie mają już do nikogo zaufania, ponieważ wydarzyła się tragedia, której nie

oczekiwali. Szok sprawia, że pacjentki są albo nadmiernie pobudzone, albo bierne – ich emocje są jakby zamrożone. Lecz kiedy ten stan minie, najczęściej następuje faza zaprzeczania [8].

- Faza reakcji emocjonalnych – rodzice doświadczają wielu skrajnych emocji: bezradności, gniewu, lęku, żalu, smutku, poczucia winy bądź obwiniania personelu medycznego, napięcia. Aby zredukować powstające napięcie, rodzice podświadomie korzystają z mechanizmów obronnych osobowości: zaprzeczania, wyparcia, regresji, racjonalizacji. Faza ta prowadzi do stopniowego oswojenia się z tym, co się wydarzyło. W tym okresie jest czas na tży, przeżywanie i rozpamiętywanie swojego bólu, gniewu czy poczucia pustki. To bardzo ważny moment, jeśli się tego nie przeżyje, nie będzie możliwe przejście do kolejnej fazy żałoby. Statystycznie intensywna faza żalu trwa około miesiąca. U niektórych występuje również tzw. objaw pustych ramion, szczególnie wśród kobiet, które doświadczyły straty w końcowym okresie ciąży – wówczas kobietom może się wydawać, że słyszą płacz swojego dziecka, doskwiera im również ból, często zlokalizowany w okolicy ramion – czują wówczas swędzenie bądź unoszony ciężar. W fazie zaprzeczania niejednokrotnie przeżywany jest również kryzys religijny. Często kobiety obwiniają Boga za to, co im się przydarzyło, inne natomiast stają się bardziej religijne i szukają ukojenia w częstszych praktykach religijnych, modlitwach etc. [8].
- Faza wychodzenia z kryzysu i nowej orientacji – rodzice uczą się żyć z tym traumatycznym doświadczeniem. Niejednokrotnie druga i trzecia faza nie są osiągalne dla par. Należy podkreślić też, że każdy stratę przeżywa inaczej, jednak istnieją wyraźne różnice między przeżywaniem żałoby przez kobiety i przez mężczyzn. Sposób intuicyjny, skupiony na emocjach charakteryzuje kobiety, natomiast sposób instrumentalny, który jest nastawiony na wzmożoną aktywność i zadaniowość – mężczyźni. Mężczyzna przeżywa żałobę szerzej z tego względu, że zмага się dodatkowo z intensywnymi emocjami żony i czuje się w tej sytuacji bezradny, co osłabia poczucie sprawczości. Kobiety natomiast, nie wiedząc, jakie są różnice w przeżywaniu żałoby pomiędzy płciami, myślą, że są w tym smutku i żalu zupełnie same, niezrozumiane i pozostawione. Proces zdrowienia stanowi stopniową redukcję bolesnych symptomów. Badacze wskazują, że oczekiwany czas zdrowienia to około 6–12 mie-

sięcy, inni zaś, że może to zająć około 2 lat. Jednak to jedynie orientacyjna wartość, ponieważ w każdym przypadku jest to kwestia indywidualna [7].

Jest to nie tylko bezpośrednie doświadczenie straty dziecka, ale również: planów, marzeń, przyszłości z nim związanej, poczucia kontroli/sensu, ale też własnej wartości. Niektórzy bagatelizują tę stratę, starają się racjonalizować, mówiąc: „Teraz bym sobie nie poradziła jako matka”, „To pewnie nie był odpowiedni moment na macierzyństwo”, „Może lepiej”. Wówczas nie pozwalają sobie na należyte przeżycie żałoby [9]. Inne źródła podają następujące objawy psychologiczne, które charakteryzują pacjentkę po stracie: zaburzenia afektywne, problemy ze stworzeniem więzi emocjonalnej z następnym dzieckiem, utrzymująca się żałoba, nadmierne poczucie winy, nierealistyczne oczekiwania wobec siebie i innych, ciągłe odtwarzanie tragedii, nadużywanie alkoholu, nietrwałość związków oraz choroby psychosomatyczne [14].

Skutki stresu związanego ze stratą dziecka w obrazie „ja” kobiety

Zmiany dokonują się na trzech głównych obszarach:

- samoocena oraz poczucie sprawczości – spada wiara we własne siły i w powodzenie. Zaniziona jest satysfakcja z życia i jego komfort;
- wzrost chęci do macierzyństwa, koncentracja na tym, by ponownie zostać matką, wzrost częstości wyobrażeń na temat tego, jakie będzie jej dziecko, a jakie mogłoby być;
- wiara – pojawiają się zwątpienie i niechęć, z drugiej zaś strony to trudne wydarzenie może się przyczynić do wzrostu pokory i zaufania, że takie były wyroki narzucone z góry.

Wg Sanders wyróżnić można pięć faz żałoby [5, 10, 11]:

- szok – jest to faza stanów przeciwstawnych, sprzecznych emocji, chaosu, zagubienia. Rodzice często używają określenia: „Jakbyśmy byli za szybą i mieli możliwość obserwowania siebie z zewnątrz”. Ten stan emocjonalny nazywany jest dystansowaniem psychologicznym. Nie jest łatwo określić ram czasowych tego etapu, u niektórych to kilka dni, inni czują to przez parę miesięcy, ale następuje moment, gdy ochronne działanie szoku mija i wtedy dominującymi uczuciami stają się ból i rozpacz;
- uświadomienie sobie straty – charakteryzuje się największą zmiennością przeżywanych stanów emocjonalnych. Pojawiają się wówczas takie uczucia jak: poczucie winy, gniew, nadwrażliwość, niepokój, długotrwały stres. Obie fazy trwają długo, jednak następuje taki moment,

w którym samo ciało człowieka jest już wyczerpane ciągłym stresem, wówczas wkracza się w trzecią fazę żałoby;

- chronienie siebie/wycofanie się – stopniowe wycyfowanie się ze społeczeństwa, oszczędzanie energii, stan permanentnego zmęczenia i osłabienia układu odpornościowego. To wycyfowanie się z kontaktów międzyludzkich ma też na celu odbudowanie świata wewnętrznego, co jest zjawiskiem naturalnym i pozytywnym, choć często ten stan mylony jest z depresją. Wówczas rodzice oczekują poprawy nastroju i słabnięcia poczucia bólu, lecz gdy tak się nie dzieje, tracą oni całą energię, aby odzyskać utracone siły, muszą się poddać temu zmęczeniu i wewnątrz wszystkie straty przepracować. Dopiero wtedy gdy będą zdolni do rozmowy o tym, że ich dziecko odeszło, gdy będą w stanie wspominać okoliczności tego wydarzenia, strata stanie się dla nich realna i będą mogli zaakceptować tę sytuację i pójść dalej;
- powracanie do zdrowia – rodzice starają się odzyskać kontrolę, stworzyć nową tożsamość i zrozumieć sens wydarzeń. Jest to proces przebaczenia, poszukiwania sensu i przede wszystkim gojenia się ran psychicznych. Najtrudniejszym zadaniem jest wtedy przebaczenie samemu sobie i akceptacja siebie po stracie, pogodzenie się z tym, że ich dziecko odeszło na zawsze;
- odnowa – należy skupić się na powrocie do aktywności, na odkrywaniu nowej tożsamości i nowych ról społecznych. Rodzice już wtedy mają siłę, by zmierzyć się ze światem zewnętrznym na nowo i zaakceptować to, że życie oparte jest na silnych relacjach z innymi ludźmi.

Perspektywa mężczyzny, ojca dziecka

Nie można zapomnieć, że mężczyźni doświadczają równie silnych reakcji emocjonalnych jak kobiety. Ich świat również został zaburzony, przygotowywali się do nowej roli, towarzyszyli kobiecie, podjęli szereg decyzji, by te plany życiowe wdrażać. W sytuacji straty na mężczyźnie ciąży wiele obowiązków – to on ma być wsparciem dla kobiety i opiekować się nią, to on ma czuć nad dopełnieniem wszystkich formalności dotyczących pochówku dziecka, do jego obowiązków należy zorganizowanie transportu do domu oraz opieki nad kobietą na miejscu. Mężczyźni są wówczas skoncentrowani na zadaniach. Uważa się, że mężczyzna powinien także panować nad ekspresją własnych emocji. Ważne jest to, by oboje rodzice udzielali sobie nawzajem wsparcia, zapewniając sobie wzajemnie bezpieczeństwo i możliwość zaspokajania podstawowych potrzeb.

Należy szczególnie podkreślić, że mimo zadań, które ciąży na ojcu dziecka i oczywistym skupieniu uwagi wokół kobiety, on sam potrzebuje również otoczenia opieką i wsparciem [6].

Wsparcie w sytuacji straty dziecka

W sytuacji straty dziecka pacjentki najbardziej potrzebują wsparcia, oznacza ono szczególne wymagania wobec personelu medycznego w zaspokojeniu określonych potrzeb pacjentki.

- Kim jest rodzic, któremu zmarło dziecko (nienarodzone) – trudność definiowania: należy zdawać sobie sprawę z tego, iż w obliczu tej sytuacji społeczeństwo nie wie, jak się zachować. Nie ma określonego rytuału, nie daje się prawa takim rodzicom do żałoby – bo przecież nic się nie stało, a jeśli nie ma się prawa do żałoby, to się przez nią nie przejdzie. Dr Barton-Smoczyńska stwierdziła, iż sytuację braku prawa do żałoby można porównać do postawienia tamy – można udawać, że nic się nie stało i wszystko jest dobrze, ale gdy ta tama już nie wytrzyma, nastąpi wyrzut z siłą niewyobrażalną, niszczącą. Panuje wówczas strefa ciszy, ci rodzice nie mówią o swoich lękach, żalu, smutku. Dodatkowo dochodzi tutaj kryzys tożsamości – czy oni w ogóle byli rodzicami? Strata dziecka prowadzi do zaburzenia dialogu społecznego, wyobcowania, społeczeństwo będzie zaprzeczało stracie [12].
- Emocje towarzyszące rodzicom, emocje dyktowane przez społeczeństwo: poczucie winy, pustka, gorycz, złość, żal, krzywda, niesprawiedliwość, izolacja, lęk przed śmiercią, poczucie bezsilności.
„Dobrych ludzi spotykają dobre rzeczy, złych ludzi spotykają złe rzeczy”.
„Urodziłaś? – Teraz jesteś pełnowartościową kobietą! Strata? – Coś jest z Tobą nie tak, na pewno miałaś na to wpływ”.
Poczucie winy utrzymuje się najdłużej – ono dodaje poczucia kontroli nad własnym życiem (irracjonalna kontrola) [8, 9, 12].

Przejawy wsparcia ze strony personelu medycznego – rola i zadania położnej

- Towarzyszenie w pierwszym etapie żałoby, wykazywanie empatii i zrozumienia.
- Umiejętność aktywnego, empatycznego słuchania.
- Zachęcanie do nazywania i artykułowania swoich myśli i uczuć.

- Podkreślanie tego, że normalną reakcją człowieka wobec traumy są burzliwe stany emocjonalne, przyzwolenie na wyrażanie uczuć, płacz.
- Okazanie współczucia przez personel medyczny.
- Obecność osób bliskich, uszanowanie człowieka, który odszedł.
- Stworzenie warunków intymności do ekspresji doświadczanych uczuć.
- Udzielanie konkretnej pomocy, dostarczanie wiedzy (wsparcie instrumentalne – ulotki, strony internetowe, książki, informacje, jak poród będzie przebiegał).
- Pozostawienie rodzicom możliwości decydowania o kontakcie ze zmarłym dzieckiem.
- Pytania: „Co jest Pani teraz potrzebne?” „Jak ja mogę pomóc?”
- Parafraza: „Rozumiem, trudno jest teraz Pani odpowiedzieć, wrócę później z tym pytaniem”.
- Nie tylko słowa mają wpływ na reakcję pacjentki, ale również gesty, ton głosu, zachowany kontakt wzrokowy, mowa ciała i przekazy niewerbalne.
- Dotyk przedramienia, bycie, przyjsście, poprawienie poduszki.
- Stworzenie rytuałów – np. pożegnania (zawinięcie w kocyk, odcisk stópki na kartce – namacalny dowód, że to dziecko było, zachowanie czapeczki, kaftanika).
- Pochówek symboliczny pokazuje, że poród odbył się. Najważniejsze, co zostało udowodnione w badaniach naukowych – dziecko trzeba owinać w kocyk, nie wolno podawać go nagiego matce, w przeciwnym razie odczucie zimnego ciała dziecka będzie ostatnim i najważniejszym wspomnieniem matki. Nie ma natomiast badań, które potwierdziłyby, że zobaczenie dziecka martwego ma negatywny wpływ na rodziców [10, 12].

Idea zespołu terapeutycznego

Kobieta po porodzie wraz z mężem stają się pacjentami wielu specjalistów: lekarza ginekologa-położnika, neonatologa, położnej, psychologa, osoby duchownej. Stanowią oni zespół terapeutyczny, którym według definicji jest grupa osób, opiekujących się pacjentem na różnych etapach choroby. Jej główne założenia to zapewnienie pacjentowi jak najszerzej pomocy uwzględniając różne aspekty terapii. Istotne jest to, by była sprawna komunikacja między członkami zespołu, by dzielili się swoją wiedzą i spostrzeżeniami po to, by zapewnić opiekę interdyscyplinarną [12].

Należy podkreślić, że zespół ten, by spełniał swoje zadanie, musi mieć lidera, który dba o atmosferę pracy, wzajemne zrozumienie i czuwa nad całością. Ed-

minson w swoich badaniach zwraca uwagę na to, że efektywność pracy zespołu zależy od pokory lidera i jego umiejętności słuchania i współpracy. Jednak badania przeprowadzone w Polsce w roku 2012 ukazują sztywny podział pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi, chłodne relacje są wzmacniane przez obecność stereotypów na temat każdej z grup [12].

Zaangażowanie dobrze przygotowanych jednostek nie jest wystarczające, by zapewnić wykorzystanie wszystkich kompetencji zespołu. Każdy musi znać swoje zadania, akceptować swoją rolę i wykazywać wzajemny szacunek. Pracę zespołu można podzielić na trzy poszczególne etapy: wstępny, realizację oraz wnioskowania [12]. Idea ta jest słuszna i niezwykle potrzebna. Jednak w naszych realiach rzadko znajduje zastosowanie. Pierwszym krokiem jest obiektywna ocena własnej pracy i samokrytyka, trzeba przyjrzeć się swojej pracy, pomyśleć, co należy zacząć robić, czego robić więcej, co zrobić inaczej. Bo jeśli nic nie zmienimy, to nie nastąpi żadna poprawa.

Obszary rozwoju dla personelu medycznego

Należy zawsze mieć na uwadze, iż pracujemy z ludźmi, ale i my jesteśmy ludźmi, więc zostają w nas ślady [12]. Należy dodać, że kontakt z tego rodzaju sytuacjami nie jest obojętny wobec personelu medycznego – kontakt ten może uruchomić w nas różne emocje, może wyzwolić skrywane emocje pochodzące z przeszłości (osobiste utraty ciąży/dzieci/bliskich/wartości/celów/planów). Warto zastanowić się, w jaki sposób my przeżywamy straty oraz znaleźć wspólny mianownik z pacjentką – pomyśleć, co mnie z nią łączy – wszystko po to by być bardziej ludzkim i pomóc. Nie można nic nie czuć.

Dobłą praktyką jest otoczenie pomocą psychologiczną personelu medycznego, stworzenie każdemu, kto brał w tym udział, możliwości, by przepracować daną sytuację [5, 9, 11].

Zmiany w prowadzeniu opieki nad pacjentką po stracie, praktyki szpitalne

Na przestrzeni ostatnich lat diametralnie zmieniły się standardy w sprawowaniu opieki nad rodzicami po stracie. Jeszcze kilkanaście lat temu dziecko było zabierane rodzicom tuż po porodzie, bez możliwości zobaczenia go czy pożegnania się z nim. Wcześniej tłumaczono te zachowania bezpieczeństwem rodziców, tym, że łatwiej będzie im się pogodzić ze stratą i uchroni ich to przed cierpieniem i przeżywaniem żałoby. Jednak wkrótce obalono ten mit i udowodniono, że możliwość przeżycia żałoby jest elementem koniecznym procesu dochodzenia do siebie. Według definicji Zeanaha żałoba jest naturalnym procesem uruchamianym przez stratę. Należy

podkreślić, że więź matki z dzieckiem tworzy się dużo wcześniej przed porodem, natomiast w trzecim trymestrze jest już tak silna, że wykształcony obraz dziecka jawi się stabilnie i przewiduje funkcjonowanie emocjonalno-społeczne dziecka aż do końca 1. roku życia dziecka [9].

Przeprowadzono również badania, gdzie zapytano lekarzy ginekologów, jak postrzegają zgon wewnątrzmaciczny i w jaki sposób przekazują informacje pacjentkom. Odpowiedzieli, że tę sytuację traktują jako poważną sytuację medyczną. Dodatkowo większość z 594 ankietowanych lekarzy odpowiedziała, że informację przekazuje matce dziecka natychmiast po stwierdzeniu zgonu. Bez dopytywania się, czy chciałyby, by ktoś jej w tej sytuacji towarzyszył. Ponadto długoterminowy stan emocjonalny oraz tempo i możliwość zdrowienia są jednoznacznie związane z zachowaniem personelu medycznego [9].

Szwedzkie badania wskazują, że mniejszy jest odsetek psychospołecznych komplikacji wśród pacjentek, które zostały objęte opieką psychologiczną, niż wśród tych, które albo nie miały takiej możliwości, albo odmówiły pomocy. Z badań wynika również, że psychologowie dużo częściej wzywani są do kobiet, które płaczą, pozwalają sobie na szeroką ekspresję swoich emocji, niż do tych, które tłumią bądź zaprzeczają faktom. Garland podkreśla, że powrót do równowagi po wydarzeniu traumatycznym polega na zdolności do życia z tym, co się stało, a nie wymazanie tego z pamięci i zachowania się, jakby nic się nie wydarzyło [9].

Badano również, jaki rodzaj wsparcia jest dla rodziców najbardziej korzystny i terapeutyczny oraz co najbardziej pomogło im w adaptacji do nowej sytuacji – w tym celu przeprowadzono podwójny wywiad z 31 rodzicami, którzy stracili dziecko 4–6 lat wcześniej. W opinii rodziców najbardziej wspierające były:

- udzielenie wsparcia w momencie szoku po śmierci dziecka (w charakterze interwencji w kryzysie);
- wsparcie i pomoc w spotkaniu z dzieckiem i żegnaniu się z nim;
- wsparcie w żałobie, wykazywanie zrozumienia i empatii.

Rodzice jednoznacznie podkreślali, że obowiązkiem szpitala jest zadbanie o potrzeby psychologiczne i udzielenie konkretnej, fachowej pomocy, która może być później kontynuowana ambulatoryjnie [9].

Dopiero w latach 2003–2008, jak podaje dr Łuczak-Wawrzyniak z GPSK UM, skupiono się bardziej na psychiatrycznych następstwach niepowodzeń położniczych, takich jak: depresja (uznano, że największe ryzyko jej wystąpienia istnieje do 12 tygodni po porodzie), lęki, zaburzenia kompulsywne oraz PTSD [1].

Kolejnym faktem, który – co udowodniono naukowo, choć sytuacja ta budziła niegdyś wiele kontrowersji – znacząco wpływa na szybszy powrót do równowagi psychicznej, jest pokazanie zmarłego dziecka rodzicom. Dodatkowo niemożność spędzenia z dzieckiem odpowiednio długiej ilości czasu może być również czynnikiem obciążającym. Jest to jedyny i ostatni czas na pożegnanie, już nigdy później nie będzie takiej możliwości, a poczucie pustki i żalu pozostanie. Rodzice potwierdzają, że było to bardzo trudne doświadczenie, ale z perspektywy czasu oceniają, że wpłynęło to pozytywnie na postrzeganie rzeczywistości, pozwoliło im to urealnić sytuację, w której się znaleźli. Ważne jest jednak, by podkreślić indywidualne podejście i potrzeby pacjentów. Kluczowym jest stworzenie rodzicom przestrzeni na podjęcie decyzji i przeżywania tych trudnych chwil w sposób indywidualny, wspierając, ale nic nie narzucając [9].

Charakter i zakres pomocy psychologicznej udzielanej pacjentkom Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Bardzo istotne wobec pacjenta jest podejście holistyczne, w którym personel medyczny zdaje sobie sprawę z tego, iż *soma* i *psyche* to dwa zależne od siebie i wpływające na siebie obszary. Jest to podstawowe założenie psychologii zdrowia, która powstała i zaczęła się rozwijać w ostatnich 50 latach. Jednakże jedną z nowych dziedzin, która funkcjonuje na styku medycyny i psychologii, jest psychologia prenatalna. Traktuje ona dziecko jako integralną jednostkę w ścisłym związku ze środowiskiem fizycznym, społecznym, osobowym i duchowym, bierze przy tym pod uwagę również czynniki endo- i egzogenne, które mają wpływ na jego rozwój. Efektem tych odkryć i nowych poglądów stało się określenie „zasad dobrej opieki interdyscyplinarnej, holistycznej nad kobietami, w tym pacjentkami oddziałów ginekologiczno-położniczych” [1].

Od lat 60. XX wieku zatrudniony był jeden psycholog, od początku 2002 roku było ich dwóch. Po roku 2002, kiedy stopniowo zaczęto odchodzić od modelu biomedycznego w postrzeganiu chorób kobiecych, niepowodzeń położniczych oraz niepłodności, zatrudniono kolejnych psychologów. Każdy z nich był przypisany do konkretnej kliniki/oddziału i tam obejmowali pomocą pacjentów. W 2006 roku powołano zespół psychologów liczący 7 osób, odbyło się to z inicjatywy dyrektora szpitala. Zmiany te zainicjowane zostały również przez wykład dla położnych środowiskowych, którego tematem była opieka paliatywna w perinatologii, wówczas personel pracujący na co dzień w środowisku wypowiedział się, na jak dużą skalę sięga problem opieki nad pa-

cjentkami po stracie. Kolejnym spotkaniem inicjującym zmiany było spotkanie lekarzy z obszaru Wielkopolski w ramach Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego; tematem zebrania były psychologiczne konsekwencje niepowodzeń położniczych. Zmiany dotyczyły zarówno zakresu, jak i charakteru opieki nad pacjentkami. Efektem zmian było wdrożenie standardu postępowania obejmującego pomoc psychologiczną w sytuacjach: wewnątrzmacicznego obumarcia płodu, poronienia, zgonu noworodka, rozpoznania wad rozwojowych u płodu/novorodka, zaburzeń psychicznych u pacjentek po porodzie oraz wszystkich innych, które wykazywałyby trudności adaptacyjne wobec sytuacji, w której się znalazły. Wówczas uznano prawo kobiet do tego, by opiekę nad nimi sprawował wielodyscyplinarny zespół składający się z lekarzy, położnych, psychologów, kapelanów i wszelkich innych służb pomocniczych. Obecnie mówi się o tym, że w wiek prokreacyjny weszły kobiety urodzone podczas wyżu demograficznego w latach 80., dlatego statystyki epidemiologiczne przewidują, że liczba poronień i wewnątrzmacicznych obumarć płodów może wzrastać, dlatego tak ważne było stworzenie konkretnych zasad, kto i w jaki sposób ma się opiekować pacjentkami, aby zapobiec późniejszym konsekwencjom w ich życiu [1].

Pomoc psychologiczna obejmuje świadczenia w ramach interwencji kryzysowej, poradnictwa, psychoedukacji, prewencji psychologicznej, promocji zdrowia oraz elementów psychoterapii. Formą najczęściej stosowaną jest interwencja w kryzysie, jej cel stanowi dążenie do tego, by osoba, którą dotknął kryzys, odzyskała kompetencje i zdolności do samodzielnego jego rozwiązania. Pomoc ta nie polega na rozwiązaniu problemu, lecz opanowaniu kryzysu. Inne formy są stosowane po wcześniejszej interwencji kryzysowej. Praca psychologa polega na każdorazowym dostosowaniu narzędzia pracy do pacjenta, problemu i sytuacji. Często samo towarzyszenie i stworzenie pacjentce możliwości opowiedzenia o swoim trudnym doświadczeniu, nazwania i rozpoznania emocji daje ulgę. Rozmowa z psychologiem nie tylko ma funkcję terapeutyczną, ale również informacyjną. Psycholog dostarcza informacji o obowiązujących prawach, procedurach, o możliwości zostania pod opieką psychologiczną w trakcie hospitalizacji, ale również po opuszczeniu szpitala, o możliwościach kontynuowania w ramach opieki w poradniach [1].

Aktualny system opieki w GPSK UM

Psycholog na podstawie dokumentacji medycznej, obserwacji pacjentki na oddziale oraz poznania powodu przyjęcia dokonuje oceny sytuacji, w szczególności analizuje wystąpienie dystresu (stresu negatywnego, demobilizującego, który jest obciążeniem). Dzięki tej analizie jest w stanie stworzyć plan pracy i ją podzie-

lić, zdecydować, którymi pacjentkami ma się zająć w pierwszej kolejności. Oprócz tego przyjmuje również zlecenia od personelu medycznego oraz samych pacjentek, które proszą o kontakt. W związku z tym, że nastąpił wzrost ilości zgłoszeń konsultacji, również w godzinach popołudniowych, nocnych oraz w dni wolne od pracy i święta, uruchomiono dyżury na zasadzie gotowości do działania na wezwanie telefoniczne. Dzięki takiemu rozwiązaniu dostęp do opieki psychologicznej jest możliwy przez 7 dni w tygodniu przez 24 godziny na dobę. Przez to udaje się szybko udzielić pomocy w momencie kryzysu, a nie do paru godzin później. Ponieważ podstawowym założeniem interwencji kryzysowej jest szybka diagnoza sytuacji kryzysu, obejmuje ona:

- identyfikację źródła kryzysu (ostra reakcja na stres, przewlekły stres traumatyczny);
- ocenę poziomu zagrożenia zdrowia i życia.

Psycholog jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej, każdy kontakt zostaje zapisany w karcie konsultacji wewnątrzszpitalnych. Stanowi ona opis nastroju pacjentki, możliwości poznawczych (orientacja, spostrzeganie, pamięć, koncentracja uwagi, myślenie w zakresie toku i treści), kontaktu jaki udało się nawiązać. Również ważne jest określenie etapu żałoby oraz źródeł wsparcia, z których pacjentka może skorzystać. Istotną część opisu stanowi określenie adekwatności zachowania pacjentki do konkretnej sytuacji i czynników ryzyka wystąpienia zaburzeń psychicznych. Wszelkie informacje uzyskane od pacjentki są poufne i objęte tajemnicą zawodową [6].

Prawa kobiet po stracie ciąży

Pacjentka ma prawo do:

- informacji o stanie zdrowia oraz wglądu do dokumentacji medycznej i wszystkich swoich badań;
- poszanowania godności i intymności podczas udzielania świadczeń zdrowotnych;
- odwiedzin przez osoby bliskie oraz opieki duszpasterskiej, opieki psychologa szpitalnego;
- dyskrecji;
- rejestracji (niezależnie od tygodnia ciąży)
 - gdy nie można ustalić płci, skierowania na badanie genetyczne lub uprawdopodobnienie;
 - w świetle prawa RP nie ma różnicy między porodem martwego płodu a poronieniem – obowiązuje ta sama procedura;
 - rejestracja odbywa się na podstawie pisemnego zgłoszenia urodzenia dziecka, wówczas zakład opieki zdrowotnej, w którym odbył się poród, jest zobowiązany do wypełnienia odpowiedniego oświadczenia. Zgodnie z art. 39. „Ustawy z dnia 28 listopada 2014 r. Prawo o aktach stanu cywilnego”:

„jeżeli urodzenie nastąpiło w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, do zgłoszenia urodzenia zobowiązany jest ten podmiot”. Urząd stanu cywilnego sporządza akt urodzenia z adnotacją, że dziecko urodziło się martwe. Określony jest również czas zgłoszenia do USC i wynosi on 3 dni. Wówczas akt urodzenia staje się również aktem zgonu dziecka.

- chrztu dziecka – wówczas wola rodziców, szczególnie tych, którzy sami są ochrzczeni, zastępuje wolę dziecka;
- pochówku dziecka – zgodnie z art. 11 ust. 5a „Ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych”, stwierdza się, że prawo do pochówku ma każde dziecko, także martwe, niezależnie od tego, ile trwał okres ciąży;
- pogrzebu dziecka – zawsze można pochować dziecko – pozostaje to do rozstrzygnięcia przez rodziców – personel medyczny ma obowiązek poinformować o możliwościach. W prawie kanonicznym (kanon 1183 art. 2) określone jest, że zezwala się na pogrzeb kościelny dzieci, których rodzice mieli zamiar je ochrzcić, jeśli ordynariusz miejsca wyrazi zgodę, ale dzieci te zmarły przed chrztem. Ta norma obejmuje cały Kościół katolicki. Natomiast w Polsce Konferencja Episkopatu Polski ustaliła, że jest zgoda na katolicki pogrzeb dzieci bez konieczności udawania się z prośbą do biskupa o pozwolenie. Jest to tzw. pozwolenie ogólne;
- prawo do tego, by postępowanie z noworodkiem odbyło się w szacunku i godności – należy go umyć, oznakować, założyć pampersa, obowiązkowe jest badanie przez pediatrę, zwłoki trzeba zanieść do chłodzi (kiedy następuje poronienie we wczesnym tygodniu i nie można wyodrębnić ciała dziecka, należy wszystko włożyć do pudełka i przekazać je rodzicom, warto napisać ręcznie imię dziecka (personalizacja), decyzji rodziców zostawić, czy otworzą pudełko;
- urlopu macierzyńskiego – matce przysługuje do 8 tygodni po porodzie, ale nie mniej niż 7 dni od dnia zgonu dziecka. Ojciec dziecka ma prawo do 2 dni zwolnienia okolicznościowego;
- zasiłku chorobowego oraz pogrzebowego – nie różnicuje się utraty ciąży przed i po 22. tygodniu ciąży. Podstawę przyznawanych świadczeń stanowi akt urodzenia dziecka martwego;
- badania sekcyjnego dziecka – rodzice mają również prawo do przeprowadzenia badania sekcyjnego w celu określenia przyczyn wewnątrzmacicznego obumarcia płodu. Należy wyjaśnić

rodzicom, że jest to badanie inwazyjne, ale dostarcza większej ilości danych, które mogą być istotne w przyszłości. Nie powinno się jednak nalegać i zbyt natarczywie nakłaniać do tych badań rodziców, trzeba uszanować ich decyzję oraz uwarunkowania społeczno-kulturowe;

- oznaczenia płci dziecka – są przypadki, gdy oznaczenie płci jest trudne do określenia (np. gdy nastąpiła silna maceracja bądź duży obrzęk płodu). Badanie powinno być wykonane przez dwie doświadczone osoby z personelu medycznego, położnika, neonatologa, położną. Jeśli na podstawie widocznych zewnętrznych narządów płciowych nie jest możliwe określenie płci, w prawie polskim istnieje termin zwany „uprawdopodobnieniem płci” – oznacza to, że do celów rejestracji w urzędzie stanu cywilnego rodzice mogą sami wybrać płeć, decyzję tę opierają na wykonywanych w ciąży badaniach USG oraz odczuciach matki [5, 13, 14].

Podsumowanie

Wewnątrzmaciczne obumarcie płodu jest bardzo przykrym i w większości nieprzewidywalnym doświadczeniem. Matka nie jest w stanie się na to przygotować ani przejść przez to szybko, bez śladu. Mimo tego, iż płód obumarł, najbezpieczniejszy jest dla kobiety poród drogą pochwową. Jest to zadanie trudne zarówno dla rodzącej, jak i dla całego zespołu terapeutycznego, przede wszystkim pod względem emocjonalnym.

Piśmiennictwo

1. Łuczak-Wawrzyniak J, Czarnecka-Iwańczuk M, Bukowska A, Konofalska N. Wczesne i późne psychologiczne skutki utraty ciąży. *Ginekol Pol.* 2010; 81: 374–377.
2. Côté-Arsenault D. Threat appraisal, coping, and emotions across pregnancy subsequent to perinatal loss. *Nurs Res.* 2007; 56: 108–116.
3. Prażmowska B, Puto G, Kowal E, Gierat B. Niespełnione macierzyństwo. *Ginekol Prakt.* 2009; 4: 53–56.
4. Łuczak-Wawrzyniak J, Pisarski T. Psychologiczne aspekty straty ciąży w okresie prenatalnym. Poznań: Materiały Naukowe Jubileuszowego Kongresu Ginekologii Praktycznej; 1997. 232–233.
5. Sanders C. Jak przeżyć stratę dziecka. Powrót nadziei. Gdańsk: GWP; 2001.
6. Czarnecka-Iwańczuk M, Bukowska A, Konofalska N, Łuczak-Wawrzyniak J. Zakres i charakter pomocy psychologicznej udzielanej pacjentkom GPSK UM w Poznaniu. W: Cybulski M, Strzelecki W (red.). *Psychologia w naukach medycznych.* Poznań: Wydawnictwo Naukowe UMP; 2010.
7. Iwańczuk-Czarnecka M. Psychologiczne aspekty ciąży wysokiego ryzyka i sytuacji utraty ciąży. W: Bręborowicz G (red.). *Ciąża wysokiego ryzyka.* Poznań: Ośrodek Wydawnictw Naukowych; 2010. 1165–1183.
8. Pikus J. Emocje kobiet po stracie dziecka. *Mag Piel Położ.* 2014; 01–02: 44–45.

9. Chrzan-Dętkoś M. Utrata dziecka w okresie okołoporodowym – dobre praktyki szpitalne w opiece nad matką. *Ginekol Prakt.* 2010; 2: 27–30.
10. Bubiak A, Bartnicki J, Knihicka-Mercik Z. Psychologiczne aspekty utraty dziecka w okresie prenatalnym. *Piel Zdr Publ.* 2014; 1: 69–78.
11. Czarnecka M. Psychological aspects of miscarriage. *Arch Perinat Med.* 2005; 11: 10–12.
12. Barton-Smoczyńska I. O dziecku, które odwróciło się na pięcie. Łódź: Edycja Świętego Pawła; 2015.
13. ACOG Practise Bulletin, No. 102: management of stillbirth. *Obstet. Gynecol.*, 2009; 113: 748–761, <http://www.starlegacyfoundation.org/files/ACOG%20Management%20of%20Stillbirth%5B1%5D.pdf> (data dostępu: 14.12.2016).
14. Niekorzystne zakończenie ciąży – rekomendacje postępowania z pacjentką dla personelu medycznego oddziałów położniczo-ginekologicznych województwa mazowieckiego, lipiec 2015, www.mz.gov.pl/wp-content/.../12/rekomendacje-wydanie-ii-wersja-edytowalna.pdf (data dostępu: 14.12.2016).

Artykuł przyjęty do redakcji: 24.10.2017
Artykuł przyjęty do publikacji: 07.02.2018

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Katarzyna Plagens-Rotman
ul. Maksymiliana Jackowskiego 41
60-512 Poznań
tel.: 61 854 72 25
e-mail: rotman@ump.edu.pl
Zakład Praktycznej Nauki Położnictwa,
Katedra Zdrowia Matki i Dziecka, Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

JAK ZABIEG MASTEKTOMII WPŁYWA NA KOBIECĄ PSYCHIKĘ?

HOW DOES MASTECTOMY AFFECT A WOMAN'S PSYCHE?

Ewelina Kimszal¹, Klaudia Kurowska²

¹ studentka studiów doktoranckich, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej
Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

² studentka studiów doktoranckich, Klinika Neurologii i Rehabilitacji Dziecięcej
Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2018.36>

STRESZCZENIE

Rak piersi jest wiodącą przyczyną zgonów wśród kobiet na całym świecie. Jednym z ważniejszych sposobów w terapii raka piersi jest leczenie chirurgiczne, które w ostatnim stuleciu stało się coraz mniej okaleczające. Wyróżniamy operacje oszczędzające i amputacje (mastektomie). Integralną częścią nowoczesnego postępowania w raku piersi jest również chirurgiczne leczenie odtwórcze. Choroba nowotworowa wiąże się z wieloma sytuacjami stresowymi. Niepewność odnosząca się do wyników leczenia, trudne do rozwiązania problemy w sferze zarówno osobistej, jak i zawodowej mają wpływ na psychikę kobiet, u których często dominują takie myśli jak: lęk przed kalectwem, strach przed nieznanym rokowaniem, pogorszenie relacji w rodzinie i społeczeństwie. Każda pacjentka po operacji usunięcia piersi powinna mieć możliwość rozmowy z lekarzem i psychologiem. Dlatego szczególną rolę po wykonaniu zabiegu mastektomii odgrywa rehabilitacja psychiczna, która prowadzona jest w szpitalu przed zabiegiem chirurgicznym i po nim. Szczególne miejsce po operacji zajmuje rehabilitacja, która umożliwia powrót do normalnego funkcjonowania w życiu codziennym.

Głównym celem pracy jest zwrócenie uwagi na problemy, z jakimi muszą zmierzyć się kobiety po zabiegu mastektomii, a które wpływają na psychikę kobiet. Terapia przeprowadzona przed operacją i po niej może pomóc powrócić pacjentkom do normalnego życia, które prowadziły przed zabiegiem.

SŁOWA KLUCZOWE: mastektomia, psychika, jakość życia, kobieta, amputacja piersi.

ABSTRACT

Breast cancer is the leading cause of death among women worldwide. One of the most important ways to treat breast cancer is surgical treatment, which has become less and less mutilated in the last century. We distinguish between savers and amputations (mastectomy). An integral part of modern breast cancer treatment is also surgical reproductive therapy. Cancer is associated with many stressful situations. Uncertainty relating to treatment outcomes, difficult to solve both in the personal and professional sphere, affects the psyche of women who are often preoccupied with such thoughts as fear of disability, fear of unknown prognosis, deterioration in family relationships and society. Every patient after breast removal should be able to talk to a doctor and psychologist. Therefore, the special role after the mastectomy is performed by psychiatric rehabilitation, which is performed in the hospital before and after surgery. A special role after the surgery is occupied by rehabilitation, which allows return to normal functioning in everyday life.

The main aim of the work is to focus on the problems women face after mastectomy, which affect the psyche of women. Pre-operation and post-operative therapy can help patients return to the normal life they had before surgery.

KEYWORDS: mastectomy, psyche, quality of life, woman, breast amputation.

Wprowadzenie

Rak piersi jest wiodącą przyczyną zgonów wśród kobiet na całym świecie i obejmuje około 1,7 miliona nowych wykryć i 521900 zgonów w 2012 roku. Jednym z częściej wykonywanych sposobów terapii raka piersi jest leczenie chirurgiczne, które w ostatnim stuleciu stało się coraz mniej okaleczające dla kobiet [1]. Postęp w leczeniu został osiągnięty głównie w wyniku rozpowszechnienia badań mammograficznych i podejmowania leczenia pacjentów z umiarkowanym zaawansowaniem choro-

by. Najczęstszą przyczyną zgonów u kobiet leczonych radykalnie pozostaje nadal progresja nowotworu pod postacią wystąpienia przerzutów odległych [2].

Halsted wprowadził radykalną mastektomię, która polegała na usunięciu gruczołu piersiowego wraz z wycięciem węzłów pachowych, mięśnia piersiowego większego i mniejszego znajdujących się po stronie chorej. Zabieg po raz pierwszy wykonano pod koniec XIX wieku, umożliwiając przy tym leczenie wszystkich stadiów raka piersi [3]. W latach 40. Patey opisał mniej rady-

kalną mastektomię polegającą na usunięciu gruczołu piersiowego wraz z wycięciem węzłów pachowych po tej samej stronie, z zachowaniem mięśnia piersiowego większego i mięśnia piersiowego mniejszego, który zostaje przecięty w celu lepszego dostępu do leżących pod nim węzłów chłonnych [4]. W 1965 roku Madden opublikował zmodyfikowaną, radykalną mastektomię polegającą na usunięciu gruczołu piersiowego z powięzią mięśnia piersiowego większego i zawartością dołu pachowego oraz zaoszczędzeniem mięśnia piersiowego większego i mniejszego [5].

W 1985 roku Fisher i wsp. wprowadzili koncepcję terapii oszczędzającej piersi (BCT). Zawsze po operacji oszczędzającej pierś wykonywało się napromieniowanie (radioterapię), by usunąć potencjalne mikroogniska nowotworu. Operacja onkoplastyczna piersi, tj. zmiana kształtu piersi po resekcji miejscowej, pozwoliła na większe wycięcie nowotworu, a jednocześnie zachowanie dużych części piersi, utrzymując naturalny kształt, a co za tym idzie – zapewniając poprawę jakości życia i poczucia własnej wartości [6]. Metoda ta wiązała się z lepszym samopoczuciem i była preferowana przez większość pacjentek. Ryzyko wznowy miejscowej po leczeniu oszczędzającym znacznie zmalało w przypadku pacjentek po 70. r.ż. [7].

Zachorowanie na nowotwór piersi rośnie wraz z wiekiem – pacjentki po 65. r.ż. chorują częściej niż kobiety młodsze. Występuje u nich większe ryzyko okołoperacyjne ze względu na znaczną liczbę chorób dodatkowych i częściej pojawiają się powikłania związane ze znieczuleniem ogólnym. Uznawano dotychczas, że u chorych w wieku podeszłym postępowanie powinno być mniej agresywne niż u pacjentek młodszych. Śmiertelność okołoperacyjna w tej grupie wiekowej utrzymuje się na poziomie 0–0,3%. Podkreślić jednocześnie należy, że duża część zabiegów mogła być wykonana w znieczuleniu miejscowym, a jeśli pacjentka mogła liczyć na dobre wsparcie rodzinne, przeprowadzenie zabiegu nie musiało wiązać się z koniecznością hospitalizacji.

Nowoczesna medycyna doprowadziła do zmiany w prowadzeniu pacjentek chorujących na raka. U dużej części kobiet leczenie mogło być przeprowadzone bez konieczności wykonywania okaleczającego zabiegu mastektomii. A jeżeli zostają podjęte takie czynności, chore mają możliwość wykonania zabiegów rekonstrukcyjnych. Rehabilitacja psychiczna i fizyczna stała się integralną częścią leczenia. Kobiety chore na raka piersi pomimo okaleczenia, jakie wynika z przeprowadzenia operacji, konieczności leczenia i lęku przed nawrotem choroby, mogą prowadzić aktywne życie i podlegać jedynie niewielkim ograniczeniom. Obniżeniu najczęściej ulega społeczny lęk przed rakiem piersi. Ważne jest, że im mniej społecznego lęku, tym więcej pacjentek dia-

gnozuje swoją chorobę w takim stadium, że szanse na wyleczenie są znaczne [2].

Operacja radykalna kontra operacja oszczędzająca w kontekście jakości życia kobiety

Leczenie raka piersi jest terapią kompleksową, a przede wszystkim indywidualnie dobraną do pacjentki. Rozpoczyna się od dokładnej oceny stopnia zaawansowania klinicznego i ryzyka nawrotu w oparciu o uznane czynniki prognostyczne i predykcyjne. Ogólne zasady terapeutyczne zawarte są we wciąż aktualizowanych algorytmach postępowania [8].

Podstawową metodą leczenia raka piersi jest leczenie chirurgiczne. Wyróżniamy operacje oszczędzające i amputacje (mastektomie). Integralną częścią nowoczesnego postępowania w nowotworze piersi jest również chirurgiczne leczenie odtwórcze. Chirurgia rekonstrukcyjna powinna być prowadzona jedynie w ośrodkach referencyjnych, które posiadają odpowiednie doświadczenie w tym zakresie. Niemniej każdą chorą z rozpoznaniem rakiem piersi należy poinformować o możliwości leczenia rekonstrukcyjnego. Rekonstrukcja może być wykonywana w trybie natychmiastowym (tj. bezpośrednio po mastektomii) lub w trybie odroczonym (tj. w pewnym odstępie czasu od terapeutycznego zabiegu operacyjnego). Chirurgiczne leczenie odtwórcze jest wykonywane z użyciem tkanek własnych lub ekspandera lub przez połączenie obu tych metod.

Należy podkreślić, że operacja Halsteda była bardzo okaleczająca i wiązała się z występowaniem ograniczeń w aktywności fizycznej kończyny górnej oraz obniżeniem jakości życia po zabiegu operacyjnym. Halsted, przeprowadzając operacje, wykonywał rozległe cięcie w kształcie trójkąta – podstawa rany była zszyta, natomiast szczyt pozostawał niezaopatrzone do gojenia się przez ziarninowanie. Przez to rana goiła się często przez kilka miesięcy [6]. Efektem niepożądanym wykonanej operacji jest poważne okaleczenie spowodowane utratą piersi oraz wystąpieniem obrzęku limfatycznego kończyny górnej po stronie operowanej. To w konsekwencji utrudnia kobiecie normalne funkcjonowanie w społeczeństwie i pogarsza samopoczucie [6].

Obecnie możliwe jest chirurgiczne leczenie oszczędzające. U chorych leczonych we wczesnym stadium raka piersi zabieg operacyjny może być ograniczony jedynie do usunięcia zmiany pierwotnej w granicach tkanek zdrowych. Usuwane są także pachowe, regionalne węzły chłonne przy pozostawieniu większej części piersi kobiety. Integralną częścią przedstawionego postępowania jest przeprowadzenie leczenia promieniami na gruczoły piersiowe, które zostały oszczędzone [5]. Z przeglądu literatury [7, 9] można wyciągnąć wniosek,

że radioterapia zmniejsza około 4-krotnie ryzyko nawrotu choroby w miejscu, w którym był wcześniej wykryty nowotwór. We wczesnym stadium raka piersi częściej wykorzystywane są zabiegi oszczędzające pierś. Węzły pachowe w takim wypadku nie są usuwane od razu. Na początku pobierany jest wycinek z węzła wartowniczego za pomocą biopsji.

Postępowanie oszczędzające obejmuje zabiegi, których rozległość odnosi się do prostego usunięcia wyczuwalnej zmiany tzw. tumorektomia; po wykonaniu operacji oceniany jest również histopatologiczny margines wyciętego preparatu. Zabiegi oszczędzające dotyczą także większych i bardziej skomplikowanych operacji, które polegają na anatomicznej resekcji kwadrantu sutka zawierającego guz z otaczającą go skórą (kwadrantektomia) wraz z usunięciem pachowych węzłów chłonnych. Leczenie oszczędzające może dać znakomite i bardzo dobre efekty kosmetyczne u ponad 80% chorych kobiet [9].

Istotne z punktu widzenia medycznego są efekty leczenia, które powodują pozytywne nastawienie i motywują pacjentkę do dalszej walki z chorobą. Pacjentki powinny konsultować z lekarzem, która metoda leczenia spełnia ich oczekiwania. Decyzja powinna być podjęta przez zespół lekarski po analizie korzyści i zagrożeń w kontekście ryzyka związanego z mastektomią i leczeniem oszczędzającym indywidualnie z każdym pacjentem. Pamiętać należy, że również poważnym następstwem amputacji piersi są występujące u wielu operowanych kobiet zaburzenia psychiczne, które głównie dotyczą lęku przed kalectwem, odtrąceniem, utraceniem przyjaciół, rozbięciem rodziny, utratą atrakcyjności oraz kobiecości i śmiercią. Przedstawione problemy można rozwiązać dzięki wczesnemu wykrywaniu nowotworów pozwalającemu na przeprowadzenie operacji oszczędzającej pierś [9].

W randomizowanych kontrolowanych badaniach klinicznych wykazano, że leczenie chirurgiczne oszczędzające pierś umożliwia uzyskanie przeżyć nieróżniących się od przeżyć uzyskiwanych po przeprowadzeniu radykalnej mastektomii [5]. Europejski Instytut w Mediolanie podał, że podczas 18-letniej obserwacji pacjentek, u których zostało wykonane leczenie oszczędzające, i w grupie pacjentek po mastektomii liczba wznów miejscowych po BCT wynosiła 7%, a po amputacji – 4%. Przeżycie kobiet w przedstawionych grupach było identyczne i wyniosło 65%. Również w badaniach przeprowadzonych przez innych autorów, którzy porównywali leczenie oszczędzające z amputacją piersi, potwierdzono, że częstość wznów miejscowych była niewiele większa u chorych leczonych metodą oszczędzającą. Z przeprowadzonych obserwacji wynika, że

liczba przerzutów do odległych narządów w obu grupach była taka sama (po 6 chorych – 8%) [10].

Główne problemy, z jakimi zmagają się kobiety po zabiegu mastektomii

Przystosowanie psychiczne i fizyczne do choroby nowotworowej jest trudnym, a także złożonym procesem w życiu każdej kobiety. Na proces ten wpływają różnorakie czynniki psychiczne, które dotyczą zarówno samooceny, jak i relacji interpersonalnych. Pacjentki chorujące na raka piersi często nie potrafią normalnie funkcjonować w życiu społecznym. Zaburzone zostały u nich kontakty międzyludzkie, poczucie bezpieczeństwa, zmienia się poczucie własnej tożsamości [11]. Widoczne jest to głównie w aspektach zadowolenia z własnego wyglądu, satysfakcji z prowadzenia udanego życia intymnego oraz nieustanne odczuwanie negatywnych emocji [12]. Jednym z podstawowych problemów, z jakimi zmagają się pacjenci chorujący na nowotwory, jest ciężkie, notoryczne zmęczenie. Nie można porównywać go do normalnego zmęczenia, jakie odczuwa osoba zdrowa po wykonywaniu wysiłku fizycznego [13].

Psychika kobiet po odjęciu piersi

Choroba nowotworowa wiąże się z wieloma sytuacjami stresowymi, które mają charakter przewlekły i mogą doprowadzić do pogorszenia sprawności psychoruchowej pacjentek. Psychika takich kobiet również zostaje zniekształcona, ponieważ odczuwają one lęk przed śmiercią, jednocześnie nie ufają personelowi medycznemu. Amputacja piersi powoduje stan psychiczny określany jako „kompleks połowy kobiety” [14]. Niepewność odnosząca się do wyników leczenia, trudne do rozwiązania problemy ze sfery zarówno osobistej, jak i zawodowej mają wpływ na psychikę kobiet, u których często dominują takie myśli jak: lęk przed kalectwem, strach przed nieznanym rokowaniem i pogorszenie relacji w rodzinie i społeczeństwie [15].

Ludziom atrakcyjnym fizycznie często przypisywane są cechy pozytywne, traktowani są oni przez innych bardziej przychylnie, takie osoby również częściej otrzymują wyższe stanowiska pracy. Wiele kobiet po przebyciu ciężkiej choroby straciło ważne atrybuty atrakcyjności fizycznej, dlatego istotną rolę odgrywa rehabilitacja psychiczna, która pomaga pacjentkom we wcześniejszym uzupełnieniu ubytku, jaki powstał podczas operacji [14]. Zmianę w postrzeganiu własnego obrazu ciała można osiągnąć dzięki pracochłonnej zmianie nawyków. Nawyk jest skrzyżowaniem trzech podstawowych wartości, które go warunkują: wiedzy, umiejętności i pragnień. Nawyki, jakie ma każdy z nas, stanowią swoistą

mapę naszych przyzwyczajęń i obrazują nasze własne „ja”. Jako przykład można podać nasze nawyki, którymi kierujemy się, począwszy od sposobu codziennego wstawania, skończywszy na wieczornym udawaniu się na spoczynek. Większość nawyków zdecydowanie ułatwia nam życie. Pamiętać należy, że najistotniejsze są te, które zwiększają naszą skuteczność działania [13].

Mastektomia często powoduje obrzęk limfatyczny kończyny górnej, doprowadzając do pogorszenia funkcji ruchowej u pacjentek. Ograniczenie te może pogorszyć ich normalne funkcjonowanie w społeczeństwie, powodując m.in. brak akceptacji własnego ciała i obniżenie jakości życia. Izolacja społeczna traktowana jest przez wielu jako zachowanie obronne, które ma uchronić przed negatywnymi emocjami, szczególnie w kontaktach z osobami obcymi [16].

Każda kobieta dba i troszczy się o swoją rodzinę. Wykazano, że mastektomia nie przeszkadzała żadnej z pacjentek w pełnieniu roli matki i żony, ale w znacznym stopniu rzutowała na kontakty towarzyskie, a w mniejszym stopniu na realizację życia zawodowego [15]. Dlatego pomoc męża i przyjaciół stanowi ważny czynnik w procesie zdrowienia. Zdrowie definiuje się jako stan pełnego, dobrego samopoczucia zarówno psychicznego, jak i społecznego, który bardzo dobrze odzwierciedla jakość życia pacjentów, obejmując ich: stan fizyczny i sprawność ruchową, stan psychiczny, sytuację społeczną, a w tym ekonomiczną oraz doznania somatyczne [17]. Funkcjonowanie w kompletnej i szczęśliwej rodzinie, w której kobieta może czuć oparcie w mężu/partnerze jest pozytywnym bodźcem do pokonania choroby i zaakceptowania mastektomii [18].

Kluby Amazonek to ważny element w codziennym funkcjonowaniu kobiet po amputacji piersi. Organizacje te udzielają wsparcia psychicznego, pomagają w znalezieniu motywacji powrotu do zdrowia. Zawierają źródła informacji zarówno o sposobach rehabilitacji, jak i możliwościach nabywania nowych protez. Kluby oprócz tego, że pełnią funkcję informacyjną, organizują spotkania towarzyskie. Funkcjonowanie takich placówek jest bardzo ważne, ponieważ korzystnie wpływają one na jakość życia kobiet po mastektomii. Działalność Stowarzyszenia Amazonek jest ważna i potrzebna kobietom w walce z chorobą nowotworową, ponieważ spotkanie z osobami przeżywającymi podobne sytuacje, mającymi te same problemy dodaje nadziei, a także stanowi źródło wsparcia i przynosi chwilę zapomnienia [15].

Oddziaływanie na psychikę kobiety

Mastektomia budzi wiele emocji i jest ogromnym przeżyciem. Szczególną rolę po wykonaniu zabiegu amputacji piersi u kobiety odgrywa rehabilitacja psychiczna, która

przewodzona jest w szpitalu przed zabiegiem chirurgicznym i po nim. Już we wczesnym etapie pacjentki powinny próbować zaakceptować wygląd swojego ciała.

Każda kobieta po operacji usunięcia piersi powinna mieć możliwość rozmowy z lekarzem i psychologiem. Szczególne miejsce po zabiegu zajmuje rehabilitacja, która umożliwia powrót do normalnego funkcjonowania w życiu codziennym. Do formy rehabilitacji psychicznej możemy zaliczyć rozmowę z psychoterapeutą i wolontariuszkami z Klubu Amazonek [19]. Zabieg mastektomii wpływał na samoakceptację kobiet, a uczestnictwo w zajęciach pomogło w odzyskaniu wiary w siebie. Choroba nowotworowa powoduje wiele zmian zarówno pozytywnych, jak i negatywnych w psychice pacjentek. Większość osób podczas trwania choroby jest pozytywnie nastawiona i zdeterminowana do walczenia z nią. Pozytywne nastawienie i akceptacja zaistniałej sytuacji niewątpliwie pomagały kobietom w walce z chorobą. Pozytywne zmiany w psychice doprowadzały do szybszego zdrowienia i poprawy jakości życia [20].

Podsumowanie

Kobieta, dowiadując się o konieczności przeprowadzenia u niej zabiegu mastektomii, jest świadoma zmiany wyglądu swojego ciała. Zdaje sobie sprawę, że zmiany jej dotychczasowego stylu życia, która będzie polegała na ograniczeniu aktywności fizycznej, oraz ze zmiany w funkcjonowaniu psychofizycznym i społecznym. Chore powinny zachować dotychczasowe spojrzenie na własne ciało, pamiętając przy tym, że wciąż są tymi samymi kobietami, zajmującymi to samo stanowisko w społeczeństwie. Kobiety po zabiegu często są krytycznie do siebie nastawione i własnej wartości. Choroba doprowadza do zmiany w wyglądzie ciała, jak również do częściowego ograniczenia ruchowego.

Po zabiegu pojawiają się różnego rodzaju ograniczenia w życiu kobiety, powodując utratę wiary we własne siły. Stawiają się one na straconej pozycji, przy czym pojawiają się u nich objawy depersonalizacji, poczucia nieprzystosowania do nowego wyglądu, myślenie negatywne oraz niska samoocena. Zostaje naruszone poczucie własnego „ja”, które związane jest ze stanem zdrowia i atrakcyjnością fizyczną. Wygląd zdeformowanego ciała to ogromne przeżycie dla kobiet, które w konsekwencji są narażone na nieprzystosowanie się do nowego wyglądu. Dlatego pacjentki, które są świadome, że ciało ich jest okaleczone, wytwarzają mechanizmy utrudniające im zaspakajanie własnych potrzeb takich jak: aktywność fizyczna, komfort, potrzeba racjonalnego gospodarowania własną energią, osiągnięć, bezpieczeństwa, respektu bądź statusu społecznego.

Dla osób młodych obszar własnego „ja” jest istotnym aspektem, a uroda i walory fizyczne stanowią ważny atrybut prowadzący do poczucia szczęścia. Chore po usunięciu piersi mają obciążenia związane z systemem samoregulacji, który wzmacnia napięcie emocjonalne i powoduje zmiany w różnych sferach psychiki. Przy stosowanie się do zmian odbywa się stopniowo [21].

Piśmiennictwo

1. Torre LA, Bray F, Siegel RL et al. Global cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin.* 2015; 65(2): 87–108.
2. Pieńkowski T. Czynniki predykcyjne u chorych na raka sutka. *Polskie Towarzystwo do Badań nad Rakiem Piersi 2008*, www.rakpiersi.org.pl.
3. Sakorafas GH, Safioleas M. Breast cancer surgery: an historical narrative. Part II. 18th and 19th centuries. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2010; 19(1): 6–29.
4. Patey DH. A review of 146 cases of carcinoma of the breast operated on between 1930 and 1943. *Br J Cancer.* 1967; 21(2): 260–269.
5. Pieńkowski T. Na czym polega nowoczesne leczenie raka piersi? *Nowa Med.* 2005; 1.
6. Schmauss D, Machens HG, Harder Y. Breast reconstruction after mastectomy. *Front Surg.* 2015; 2: 71.
7. Polec T. Leczenie chirurgiczne raka piersi w wieku podeszłym. *Polskie Towarzystwo do Badań nad Rakiem Piersi 2008*, www.rakpiersi.org.pl.
8. Brzeska B. Nie takie leczenie raka piersi straszne jak je malują, czyli przegląd metod leczenia wspomagającego stosowanych u chorych z rozpoznaniem raka piersi. *Nowa Med.* 2005; 1.
9. Oncoteam studenckie koło naukowe przy Klinice Chirurgii Onkologicznej. Leczenie oszczędzające w raku piersi – Brest Conserving Therapy (BCT). *Oncopedia 2014*.
10. Nowicki A, Krajewski E, Maruszak M. Wyniki leczenia raka gruczołu piersiowego metodą oszczędzającą. *Współcz Onkol.* 2006; 10: 85–91.
11. Wysocka-Bobryk T, Procner M, Tchórewska H. Hierarchia wartości i obraz płci psychologicznej w grupach kobiet chorych na nowotwory złośliwe piersi i układu chłonnego. *Psychoonkol.* 2001; 9: 41–48.
12. Szpurtacz K. Jakość życia kobiet po mastektomii. *Piel Pol.* 2016; 3(61): 401.
13. Czerna B. Wola i nawyki w leczeniu raka. *Mowa Med.* 2005; 1.
14. Rostowska T, Wałęcka-Matyja M. Obraz siebie i poziom samooceny kobiet po amputacji piersi oraz kobiet ze schorzeniami skóry – analiza porównawcza. *Psychoonkol.* 2003; 1(7): 7–10.
15. Musiał Z, Sendecka W, Zalewska-Puchała J. Jakość życia po mastektomii. *Nurs Topics.* 2013; 21(1): 38–46.
16. Chachaj A, Matyszczak K, Lukas J et al. Jakość życia kobiet z obrzękiem limfatycznym kończyny górnej po leczeniu raka piersi. *Współcz Onkol.* 2007; 11: 444–448.
17. Wałęcka K, Rostowska T. Samoocena i style radzenia sobie ze stresem u kobiet po operacji raka piersi. *Psychoonkol.* 2002; 6: 37–45.
18. Stadnicka G, Pawłowska-Muc A, Bańkowska B, Sadowska M. Jakość życia kobiet po amputacji piersi. *Eur J Med Technol.* 2014; 4(5): 8–14.
19. Mika AK. Po odjęciu piersi. Warszawa: PZWL; 2005. 15–103.
20. Nowicki A, Kwasińska E, Rzepka K et al. Wpływ choroby na życie emocjonalne kobiet po operacji raka piersi zrzeszonych w klubach „Amazonka”. *Rocz PAM.* 2009; 55(3): 81–85.
21. Janiszewska J. Wpływ przewlekłej choroby somatycznej na percepcję własnej osoby, samoocenę młodzieży i sposoby radzenia sobie w trudnej sytuacji. *Psychoonkol.* 2001; 8: 47–49.

Artykuł przyjęty do redakcji: 10.09.2017

Artykuł przyjęty do publikacji: 08.02.2018

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Ewelina Kimszal
ul. Marii Skłodowskiej-Curie 7A
15-096 Białystok
tel.: 85 748 55 28
e-mail: ewelinakimszal@gmail.com
studentka studiów doktoranckich, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku



PRAKTYCZNE ZALECENIA ŻYWIENIOWE W TRAKCIE CHEMIOTERAPII U CHORYCH NA NOWOTWORY PRZEWODU POKARMOWEGO

PRACTICAL NUTRITIONAL RECOMMENDATIONS IN PATIENTS WITH GASTROINTESTINAL NEOPLASMS DURING CHEMOTHERAPY

Karolina Janion¹, Katarzyna Walkiewicz^{2,3}, Angelika Copija^{1,3}, Ewa Nowakowska-Zajdel^{1,3}

¹ Zakład Profilaktyki Chorób Żywniowozależnych, Wydział Zdrowia Publicznego w Bytomiu
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

² Katedra i Oddział Kliniczny Chorób Wewnętrznych, Wydział Zdrowia Publicznego w Bytomiu
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

³ Oddział Onkologii Klinicznej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 w Bytomiu

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2018.37>

STRESZCZENIE

Stan odżywienia chorych na nowotwory przewodu pokarmowego ściśle związany jest ze stosowanym leczeniem przeciwnowotworowym i występowaniem niepożądanych objawów związanych z terapią. Najczęściej u chorych w trakcie chemioterapii stwierdza się zaburzenia w odczuwaniu smaku i zapachu, biegunki, zaparcia stolca oraz nudności i wymioty, co może powodować niechęć do jedzenia, w konsekwencji prowadzić do niedożywienia chorego. Szacuje się, że niedożywienie występuje u około 80% chorych z rakiem przełyku, u około 60% z rakiem żołądka i u 10–15% z rakiem jelita grubego. Stosowanie indywidualnych zaleceń żywieniowych ma na celu łagodzenie niepożądanych objawów terapii oraz poprawiać stan odżywienia. Opieka dietetyczna powinna być włączona do planu opieki chorego i stanowić jego integralną część. W oddziałach szpitalnych, w których nie funkcjonuje zespół terapeutyczny, obowiązek zaznajomienia chorych z zaleceniami żywieniowymi spoczywa głównie na personelu pielęgniarskim, dlatego upowszechnianie tego typu opracowań wydaje się pomocne w codziennej pracy.

SŁOWA KLUCZOWE: żywienie, chemioterapia, nowotwory przewodu pokarmowego.

ABSTRACT

Nutrition in patients with gastrointestinal neoplasms is related to antineoplastic treatment and the occurrence of adverse effects associated with the therapy. Patients undergoing chemotherapy the most often suffer from disorders in taste and smell, diarrhoea, constipation, nausea and vomiting, which causes the aversion to food, and in consequence leads to malnutrition. It is estimated that malnutrition is present in about 80% of patients with esophagus neoplasms, 60% – of gastric neoplasms and 10–15% – of colorectal neoplasms. The use of individual nutritional recommendations is aimed at alleviating adverse effects associated with the therapy and improving the nutritional status of patients. Dietary care should be included in the care plan and become an integral part of it. In hospital wards where there is no therapeutic team, the nursing staff are required to provide nutritional recommendations, therefore dissemination of such articles seems to be helpful in daily work of the staff.

KEYWORDS: nutrition, chemotherapy, gastrointestinal neoplasms.

Wprowadzenie

W Polsce nowotwory złośliwe przewodu pokarmowego charakteryzują się wysoką śmiertelnością, zwykle diagnozowane są w zaawansowanym stadium choroby, co znacząco pogarsza rokowanie i utrudnia proces leczenia [1]. Szacuje się, że częstość występowania niedożywienia u chorych na nowotwory waha się od 30 do 85%, przy czym w terminalnym okresie leczenia u 5–20% chorych bezpośrednią przyczyną zgonu jest wyniszczenie nowotworowe [2]. Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów obserwuje się w Polsce wzrost

zapadalności na nowotwory złośliwe przewodu pokarmowego, zwłaszcza raka jelita grubego i raka trzustki. Jednocześnie w ostatnich latach obserwuje się malejący trend zachorowalności na raka żołądka [1]. Poważnym problemem klinicznym towarzyszącym nowotworom złośliwym przewodu pokarmowego jest niedożywienie. Na jego rozwój składa się szereg różnych czynników, jednym z nich jest umiejscowienie nowotworu. Szacuje się, że niedożywienie występuje u około 80% chorych z rakiem przełyku, u około 60% z rakiem żołądka i u 10–15% z rakiem jelita grubego. Niektórzy autorzy

wskazują wyższe odsetki osób niedożywionych, zwłaszcza chorych na raka żołądka i jelita grubego. Nasilenie objawów niedożywienia jest zależne od stopnia zaawansowania choroby, szczególnie szybko rozwija się u chorych na nowotwory złośliwe górnego odcinka przewodu pokarmowego. Odpowiednio zaplanowana interwencja żywieniowa może znacząco wspomóc proces terapeutyczny, przy czym należy uwzględnić różnorodność i złożoność problemów żywieniowych tej grupy chorych. Jest to grupa niejednorodna, dlatego koniecznie trzeba zindywidualizować postępowanie żywieniowe i leczenie wspomagające [3].

Chemioterapia jest leczeniem ogólnoustrojowym, oddziałującym na cały organizm człowieka, w tym na przewód pokarmowy. W trakcie chemioterapii uszkodzeniu ulegają komórki nowotworowe, jak również komórki nieobjęte tym procesem [4]. Stosowanie leczenia cytostatycznego obarczone jest występowaniem działań niepożądanych. Chorzy zgłaszają dolegliwości związane z zaburzeniami ze strony przewodu pokarmowego, m.in. utratę łaknienia, kserostomię, biegunkę, zaparcia stolca oraz nudności i wymioty [2, 4, 5]. Występowanie tych zaburzeń utrudnia przyjmowanie przez chorego pożywienia w dostatecznych ilościach, w skutek czego dochodzi do pogorszenia się stanu odżywienia, w tym utraty masy ciała. Indywidualnie zbilansowana dieta jest pomocna w osiągnięciu możliwie jak najlepszych efektów terapii [2]. W trakcie leczenia systemowego pacjenci powinni być objęci opieką interdyscyplinarnego zespołu terapeutycznego, składającego się m.in. z lekarza, pielęgniarki oraz wykwalifikowanego dietetyka, ale także psychologa, psychoterapeuty i innych [6]. Wdrożenie odpowiedniego postępowania żywieniowego, dostosowanego do aktualnego stanu odżywienia, będącego odzwierciedleniem toczącego się procesu chorobowego, jak i zastosowanego leczenia, może przyczynić się do poprawy stanu klinicznego chorego oraz sprzyjać odpowiedzi na leczenie [7, 8].

Celem pracy jest wskazanie praktycznych zaleceń żywieniowych w trakcie chemioterapii u chorych na nowotwory przewodu pokarmowego.

Zalecenia żywieniowe w trakcie chemioterapii

Chorzy na nowotwory przewodu pokarmowego, bez względu na wyjściową masę ciała, powinni mieć możliwość skorzystania z profesjonalnego poradnictwa żywieniowego [6]. Europejskie Towarzystwo Żywności Klinicznej i Metabolizmu (ang. European Society for Clinical Nutrition and Metabolism – ESPEN) podkreśla zasadność udzielania tego typu wsparcia. Zgodnie z medycyną opartą na dowodach naukowych (ang. *evidence based medicine* – EBM) prowadzenie poradnic-

twa żywieniowego u chorych leczonych onkologicznie ma najwyższą siłę wiarygodności, jednocześnie jest to najtańsza i najprostsza interwencja żywieniowa [7, 8].

W trakcie leczenia onkologicznego zalecenia żywieniowe należy dostosować do stanu klinicznego pacjenta i wiodących dolegliwości wynikających z podjętej terapii. Nadrzedną kwestią jest poprawa stanu odżywienia chorego poprzez dostarczenie odpowiedniej ilości energii i niezbędnych składników pokarmowych, zwłaszcza pełnowartościowego i łatwo przyswajalnego białka [2, 9]. W przypadku pacjentów poddawanych chemioterapii ubytek masy ciała jest ściśle skorelowany ze zwiększoną toksycznością leczenia [9]. U osób dorosłych optymalna podaż energii szacowana jest w przedziale 25–35 kcal/kg mc./dobę, w przypadku chorych wyniszczonych zapotrzebowanie ulega zwiększeniu i wynosi 35–45 kcal/kg mc./dobę [2]. Podaż białka powinna zaspokajać 15–20% zapotrzebowania energetycznego. Przyjmuje się, że w ciągu doby chory powinien otrzymać 0,8–1,5 g białka/kg mc., przy czym u chorych wyniszczonych dobowo podaż tego składnika może sięgać nawet 2–3 g/kg mc. Energia pozabiałkowa pochodząca z tłuszczów i węglowodanów powinna dostarczać, odpowiednio, 30–50% i 35–50% zapotrzebowania energetycznego [8].

Dieta powinna mieć charakter łatwo strawny, oszczędzając przewód pokarmowy pod względem mechanicznym, termicznym oraz chemicznym. Do produktów przeciwwskazanych zalicza się m.in. chleb razowy, pieczywo chrupkie, tłuste mięso, wędliny i sery (dojrzewające, typu fromage, feta), warzywa kapustne i nasiona roślin strączkowych (groch, fasola, bób). Rekomendowaną obróbką termiczną jest gotowanie, należy ograniczyć spożycie potraw smażonych, marynowanych, wędzonych oraz ostro przyprawionych. Nie zaleca się spożywania owoców w stanie surowym. Produkty spożywcze powinny cechować się najwyższą jakością, z diety należy wyeliminować produkty o wysokim stopniu przetworzenia [2, 4].

Należy dążyć, by zapotrzebowanie energetyczne było zaspokajane poprzez żywienie dojelitowe, drogą przewodu pokarmowego (ang. *enteral nutrition* – EN). Podaż pożywienia drogą doustną jest najbardziej fizjologiczną podażą pokarmu, może odbywać się z wykorzystaniem diet kuchennych i/lub doustnych diet przemysłowych (ang. *oral nutritional supplements* – ONS). Gdy żywienie drogą doustną jest niewystarczające, należy wprowadzić żywienie do żołądka lub jelita cienkiego, poprzez założenie zgłębnika lub przetoki odżywczej [2]. Wskazania do leczenia żywieniowego w trakcie chemioterapii są takie same jak w przypadku leczenia chirurgicznego. Zgodnie z zaleceniami ESPEN należy wprowadzić leczenie żywieniowe w momencie, gdy chory jest niedożywiony lub zagrożony niedożywie-

niem oraz w sytuacji, gdy nie jest możliwa podaż diety drogą doustną w dłuższym czasie – powyżej 7 dni. U chorych, u których w okresie dłuższym niż 10 dni dobowe zapotrzebowanie energetyczne nie jest pokryte w co najmniej 60%, należy rozważyć połączenie EN z żywieniem pozajelitowym (ang. *parenteral nutrition* – PN) [10].

Postępowanie żywieniowe w powikłaniach związanych z chemioterapią

Utrata apetytu i zaburzenia w odczuwaniu smaku i zapachu

U chorych w trakcie chemioterapii mogą wystąpić liczne działania niepożądane ze strony przewodu pokarmowego. Jednym ze zgłaszanych objawów jest utrata apetytu, często współwystępująca z zaburzeniami w odczuwaniu smaku i zapachu. Chorzy zgłaszają także objawy towarzyszące chorobie nowotworowej, m.in. przewlekłe zmęczenie i dolegliwości bólowe mogące utrudniać przyjmowanie pokarmu w zalecanych ilościach, co może sprzyjać utracie masy ciała i prowadzić do rozwoju awersji do żywności. U chorych mogą pojawić się dolegliwości związane z suchością błon śluzowych, co związane jest ze stanem zapalnym jamy ustnej i dysfunkcją ślinianek [5]. Chorym zaleca się częste podawanie posiłków o niewielkich objętościach. Przy ich planowaniu należy uwzględnić pokarmy, które chory może łatwo przeżuć i przełknąć, jednocześnie nie powinny one działać drażniąco na błonę śluzową jamy ustnej i gardła. Ze względu na ograniczenia w spożywaniu posiłków przyjmowane płyny powinny stanowić dodatkowe źródło energii. Zaleca się wzbogacać płyny o dodatki podnoszące ich kaloryczność. Zaplanowane w diecie potrawy i napoje powinny być lekko schłodzone lub mieć temperaturę pokojową. Dolegliwości bólowe jamy ustnej są najczęściej spowodowane stanem zapalnym błony śluzowej i/lub infekcją grzybiczą, można je łagodzić poprzez płukanie jamy ustnej wodą lub specjalnymi preparatami przeciwzapalnymi. Chorzy poddani chemioterapii powinni zwrócić szczególną uwagę na higienę jamy ustnej, w tym każdorazowe mycie zębów po spożytym posiłku i płukanie jamy ustnej wodą kilka razy na dobę [4, 5].

Ponadto przy utracie apetytu chorym z zachowaną funkcją połykania należy zaproponować doustne wsparcie żywieniowe (ang. *oral nutrition support* – ONS) [9]. Skuteczność stosowania preparatów typu ONS u chorych na nowotwory przewodu pokarmowego wykazano w wielu badaniach i metaanalizach [11, 12]. Preparaty typu ONS są niewielkie objętościowo, stanowią skoncentrowane źródło energii i składników pokarmowych. Ich główną zaletą jest wystandaryzowany skład,

są wolne od składników potencjalnie szkodliwych dla pacjenta. Mogą zostać wprowadzone w łatwy i szybki sposób do diety, uzupełniając rację pokarmową. Można je łączyć z produktami naturalnymi, dopuszcza się ich schładzanie oraz delikatne podgrzewanie. Dodatkowo pakowane są w jałowej atmosferze, co zapewnia ich czystość mikrobiologiczną [7, 8]. Stosowanie preparatów typu ONS u chorych na nowotwory przynosi wiele korzyści, przy czym preparat powinien zostać dobrany w odpowiedni sposób, z uwzględnieniem aktualnych potrzeb żywieniowych. Nieprawidłowy dobór preparatu może nasilać uciążliwe dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego, w tym biegunki, wzdęcia, bóle brzucha, nudności i wymioty, rzadziej zaparcia stolca. **Tabela 1.** przedstawia praktyczne zalecenia żywieniowe pomocne w minimalizowaniu dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego związanych z niewłaściwym doбором preparatów typu ONS [13]. Dodatkowo przy wyborze preparatów należy zwrócić uwagę na fakt, że część chorych w trakcie chemioterapii doświadcza zaburzeń w odczuwaniu smaku i zapachu. Ich preferencje smakowe są zmienne w czasie, dlatego chorzy mogą w różny sposób odbierać smakowitość zastosowanych preparatów w poszczególnych okresach choroby. Preparat zaakceptowany przez chorego w początkowej fazie choroby może zostać w późniejszym czasie odrzucony i na odwrót [14].

U chorych, u których stwierdza się znaczącą dysfagię, uniemożliwiającą konsumpcję posiłku i preparatów drogą doustną, wprowadza się żywienie z wykorzystaniem zgłębnika lub przetoki odżywczej [8].

Tabela 1. Praktyczne zalecenia żywieniowe pomocne w minimalizowaniu dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego związane ze stosowaniem preparatów typu ONS

Table 1. Practical nutritional recommendations helpful in minimizing disorders from the gastrointestinal tract associated with the use ONS

Dolegliwości związane ze stosowaniem ONS/ <i>Disorders associated with the use ONS</i>	Praktyczne zalecenia/ <i>Practical recommendations</i>
Utrata apetytu i zaburzenia w odczuwaniu smaku i zapachu/ <i>Loss of appetite and disorders in taste and smell</i>	Preparat należy pić powoli, podawać w małych porcjach, łącząc go z naturalnymi produktami spożywczymi/ <i>ONS should be drunk slowly, served in small portions, combined with natural food products</i> Preparat należy podawać schłodzony (również w formie sorbetów i/lub lodów, koktajli), powinien mieć neutralny smak/ <i>ONS should be served chilled (also in the form of sorbets and/or ice cream, cocktails), it should have a neutral taste</i> Rozważyć inną formę preparatu, np. sproszkowaną/ <i>Consider another form of ONS, e.g. powdered</i>

Biegunka/ Diarrhoea	<p>Preparat należy pić powoli, dzieląc go na mniejsze porcje/ <i>ONS should be drunk slowly, served in small portions</i></p> <p>Preparat należy łączyć z produktami naturalnymi o działaniu zapierającym, np. z kleikiem ryżowym, chrupkami kukurydzianymi, waflami, dojrzewającymi bananami (dieta BRAT)/ <i>ONS should be combined with natural products with a beneficial effect, e.g. with rice gruel, combreads, wafers, ripening bananas (the BRAT diet)</i></p> <p>Preparat powinien mieć temperaturę pokojową – schłodzone potrawy działają pobudzająco na perystaltykę jelit/ <i>ONS should have room temperature – chilled foods have a stimulating effect on the intestinal peristalsis</i></p> <p>Preparat powinien być normokaloryczny (1 ml = 1 kcal), niskotłuszczowy, bez zawartości błonnika pokarmowego, o obniżonej osmolalności/ <i>ONS should be normocaloric (1 ml = 1 kcal), low-fat, without dietary fiber, with reduced osmolality</i></p>
Nudności i wymioty/ Nausea and vomiting	<p>Preparat należy pić powoli, dzieląc go na mniejsze porcje/ <i>ONS should be drunk slowly, divided into smaller portions</i></p> <p>Preparat należy podawać schłodzony (również w formie sorbetów i/lub lodów, koktajli), najlepiej w połączeniu z naturalnymi produktami spożywczymi/ <i>ONS should be served chilled (also in the form of sorbets and/or ice cream, cocktails), preferably in combination with natural food products</i></p> <p>Preparat powinien mieć neutralny smak/ <i>ONS should have a neutral taste</i></p>
Zaparcia/ Constipation	<p>Preparat powinien zawierać błonnik pokarmowy/ <i>ONS should contain dietary fiber</i></p> <p>Należy zapewnić właściwie nawodnienie chorego/ <i>Patients should be kept well hydrated</i></p> <p>Rozważyć włączenie laktulozy/ <i>Consider include a lactulose</i></p>
Nietolerancja laktozy/ Lactose intolerance	<p>Należy wybrać preparat z najmniejszą zawartością laktozy/ <i>Choose an ONS with the lowest lactose content</i></p> <p>Należy wyeliminować z diety produkty będące źródłem laktozy/ <i>Products that are a source of lactose should be eliminated from the diet</i></p> <p>Rozważyć włączenie probiotyku/ <i>Consider include a probiotic</i></p>

Źródło: [13]/Source: [13]

Nudności i wymioty

Kolejnym skutkiem ubocznym stosowania chemioterapii, znacząco pogarszającym jakość życia chorych leczonych przeciwnowotworowo, są nudności i wymioty. Najczęściej występują w pierwszej dobie po zastosowaniu chemioterapii (wymioty wczesne), jednak mogą pojawić się w następnych dniach (wymioty późne) lub występować przed kolejnymi cyklami chemioterapii,

jako tzw. wymioty przepowiadające [15]. W przypadku wystąpienia nudności i wymiotów, obok leczenia farmakologicznego w postaci środków przeciwwymiotnych, chory powinien przyjmować posiłki lekko strawne, niewielkie objętościowo, o neutralnym zapachu. Na 2–3 godziny przed podaniem chemioterapii oraz tuż po niej nie zaleca się przyjmowania pokarmów. Należy zapewnić adekwatną dla chorego podaż płynów, wliczając ilości zawarte w pokarmach. W jadłospisie należy uwzględnić zupy, koktajle na bazie nabiału, musy warzywno-owo-cowe, galaretki i budynie. Posiłki powinny być podane w atrakcyjny sposób, zachęcający do ich konsumpcji. Przed planowanym posiłkiem warto wywietrzyć pomieszczenie, w którym nastąpi jego spożycie. Chory w trakcie spożywania posiłku powinien znajdować się w pozycji półsiedzącej lub siedzącej, by uniemożliwić cofanie się treści pokarmowej. Nie zaleca się potraw tłustych, wędzonych, smażonych, pikantnych oraz mających intensywne zapachy [2, 5].

W piśmiennictwie pojawia się wiele doniesień na temat korzystnego działania imbiru w zmniejszaniu dolegliwości związanych z nudnościami wywołanych chemioterapią. Substancje czynne zawarte w kłączach imbiru, jak gingerol i shogaol, wykazują wielokierunkowe działanie, jednak stosunkowo łatwo ulegają utlenieniu. Dotychczasowe wyniki badań nie są jednoznaczne i można jedynie mówić o potencjalnej skuteczności stosowania ekstraktu z imbiru w zapobieganiu nudnościom i leczeniu ich [16, 17].

Biegunki

Biegunki wywołane chemioterapią są częstym problemem klinicznym, w wielu przypadkach są przyczyną dodatkowej hospitalizacji. Szacuje się, że występują u blisko 80% chorych otrzymujących fluorouracyl i irynotecan [4, 18]. Leczenie biegunki należy rozpocząć od pouczenia chorego, by monitorował liczbę oddawanych stolców w ciągu dnia i obserwował objawy [2]. Modyfikacja żywieniowa polega na doustnym uzupełnianiu płynów i elektrolitów, by zapobiec odwodnieniu organizmu. Ich spożycie może sięgać nawet do 3 litrów na dobę [5]. Zaleca się stosowanie diety BRAT (ang. *bananas, rice, apple sauce and toast*), opierającej się na spożywaniu dojrzewających bananów, ryżu, musu jabłkowego oraz tostów pszennych. Jeśli dieta BRAT nie jest tolerowana, wówczas zleca się stosowanie diety płynnej [2, 4]. Gdy następuje poprawa stanu klinicznego pacjenta, należy stopniowo rozszerzać dietę, podając 5–6 posiłków niewielkich objętościowo o stałej konsystencji. Wyeliminowanie z diety produktów o dużej zawartości laktozy, w tym mleka krowiego, może zmniejszyć częstość biegunek. Należy unikać produktów zawierających kofeinę, słodzonych napojów gazo-

wanych, potraw zawierających duże ilości tłuszczu oraz nierozpuszczalnego włókna pokarmowego [5, 18, 19].

Chemioterapia zakłóca równowagę jelitową poprzez wzmożoną kolonizację patogenów. W dostępnym piśmiennictwie pojawiają się doniesienia na temat ochronnego działania bakterii probiotycznych na przewód pokarmowy, w tym hamowania wzrostu patogenów wywołujących wtórną biegunkę po leczeniu cytostatykami [20]. Zasadność wykorzystania bakterii probiotycznych u chorych na nowotwory złośliwe wymaga weryfikacji i prowadzenia dalszych badań [21]. Niemniej istnieją doniesienia, że u chorych na raka jelita grubego poddanych chemioterapii fluorouracyłem zaobserwowano zmniejszenie częstości biegunek oraz uczucia dyskomfortu brzuszno po suplementacji bakterii *Lactobacillus* GG. Niektórym szczepom bakterii przypisuje się aktywność antykancerogenną, przy czym większość dotychczasowych badań została przeprowadzona na zwierzętach [22].

Zaparcia stolca

Częstość występowania zaparcí stolca jest różna, wraz z zaawansowaniem procesu chorobowego mogą występować częściej. Przewiduje się, że zaparcia dotyczą około 40% chorych na nowotwory, przy czym u chorych leczonych opioidami odsetek ten jest wyższy i może sięgać nawet 60–80% [23]. Postępowanie przy zaparciu stolca jest uzależnione od przyczyny jego wystąpienia, dlatego jej ustalenie powinno nastąpić w pierwszej kolejności. Zaparcia wywołane inhibitorami 5HT-3 ustępują samoistnie i nie wymagają interwencji żywieniowej, natomiast zaparcia po leczeniu opioidami wymagają interwencji żywieniowej oraz leczenia farmakologicznego [2]. Zalecenia żywieniowe nakazują codzienne spożywanie błonnika pokarmowego w ilości 25–35 g, przy jednoczesnym spożyciu płynów w ilości co najmniej 8–10 szklanek dziennie. Codzienna aktywność fizyczna może korzystnie wpłynąć na przyspieszenie pasażu jelitowego, dlatego rekomenduje się jej zwiększenie, w miarę indywidualnych możliwości pacjenta [4].

Nietolerancja laktozy

U chorych poddanych chemioterapii może wystąpić wtórna nietolerancja laktozy, enterocyty rąbka szczołeczkowego wydzielające laktazę ulegają uszkodzeniu i/lub zniszczeniu, w konsekwencji możliwość trawienia laktozy jest ograniczona w skutek niedostatecznej produkcji laktazy – enzymu hydrolizującego laktozę [2]. U chorych po spożyciu produktów mlecznych zawierających laktozę mogą pojawić się uczucie dyskomfortu brzuszno, wzdęcia i biegunki. Jak dotąd nie określono dopuszczalnej zawartości laktozy w diecie, zazwyczaj tolerowane są niewielkie ilości mlecznych produk-

tów fermentowanych. Chorzy powinni zostać pouczeni w zakresie właściwego doboru produktów spożywczych i diet przemysłowych. Należy mieć na uwadze, że nie każdy preparat typu ONS jest całkowicie wolny od laktozy, co ma znaczenie w planowaniu postępowania żywieniowego. W tej grupie chorych należy rozważyć włączenie probiotyku do diety [13, 26]. **Tabela 2** przedstawia zawartość laktozy w wybranych preparatach typu ONS [13].

Tabela 2. Zawartość laktozy w wybranych preparatach typu ONS
Table 2. Lactose content in selected ONS

Nazwa handlowa ONS/ Trade name of ONS	Zawartość laktozy [g] w 100 ml produktu/ Lactose content [g] in 100 ml of the product
Nutridrink	< 0,025
Nutridrink Multi Fibre	< 0,025
Nutridrink Protein	0,3
Reosource 2.0	< 0,5
Reosource 2.0 Fibre	< 1,0
Reosource Protein	< 0,5
Diasip	3,6
Cubitan	1,7

Źródło: [13]/Source: [13]

Interakcje leków z suplementami diety i żywnością w trakcie chemioterapii

Inną, istotną kwestią jest prowadzenie wśród chorych leczonych onkologicznie edukacji w zakresie podejmowanego samoleczenia, zwłaszcza stosowania suplementów diety bez wiedzy lekarza. Środki tego typu mogą powodować zmiany w farmakokinetyce substancji leczniczych, a w konsekwencji zakłócać przebieg terapii. Chorzy w trakcie chemioterapii powinni również zwrócić uwagę na interakcję leków z żywnością. Zaleca się, aby pacjenci wyeliminowali z diety grejpfruty i sok grejfrutowy oraz nie stosowali preparatów zawierających wyciąg z dziurawca. Zawarte w tych produktach związki wykazują potencjalne działanie modulujące aktywność leków cytostatycznych, co może prowadzić do poważnych następstw klinicznych [24, 25].

Podsumowanie

U chorych na nowotwory złośliwe, zwłaszcza przewodu pokarmowego, żywienie kliniczne pełni funkcję terapii wspomagającej. Otrzymujący cytostatyki chorzy narażeni są na występowanie niedoborów żywieniowych, co istotnie komplikuje proces ich leczenia. W oddziałach szpitalnych, w których nie funkcjonuje zespół terapeutyczny, obowiązek zaznajomienia chorych z zaleceniami żywieniowymi spoczywa na personelu pielęgniarskim i lekarskim. Kompleksowe leczenie, w tym żywieniowe, zapobiega pogarszaniu się stanu odżywiania chorych, zwiększając efektywność stosowanego leczenia onko-

logicznego. Jednocześnie istnieje konieczność przekazywania najbliższej rodzinie wiedzy z zakresu żywienia, by pacjent otrzymał odpowiednie wsparcie dietetyczne również w warunkach domowych.

Istotne wydaje się przygotowanie zaleceń żywieniowych dla sprecyzowanej grupy chorych, ponieważ choroby na nowotwory złośliwe przewodu pokarmowego są grupą niejednorodną. Niedożywienie dotyczy głównie chorych na raka jelita grubego oraz chorych na nowotwory górnego odcinka przewodu pokarmowego, dróg żółciowych i trzustki. W stadium miejscowego zaawansowania i uogólnienia choroby problemy żywieniowe chorych będą bardzo podobne.

Upowszechnianie zaleceń żywieniowych wydaje się uzasadnione, ponieważ zagadnienia te w polskiej onkologii są nadal marginalizowane, w skali kraju fachową pomoc w tym zakresie otrzymuje nie więcej niż 10% chorych na nowotwory [6].

Piśmiennictwo

1. Wojciechowska U, Didkowska J. Nowotwory złośliwe w Polsce 2014 roku. Warszawa: Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie; 2016.
2. Kłęk S, Jankowski M, Kruszewski WJ, Fijuth J, Kapała A, Kabata P, Wysocki P, Krzakowski M, Rutkowski P. Clinical nutrition in oncology: Polish recommendations. *Oncol Clin Pract.* 2015; 11: 172–188, https://journals.viamedica.pl/oncology_in_clinical_practice/article/download/43103/30289.
3. Szczepanik AM, Walewska E, Ścisło L, Kózka M, Kłęk S, Czupryna A, Kulig J. Ocena występowania niedożywienia u chorych z nowotworami złośliwymi przewodu pokarmowego. *Probl Piel.* 2010; 18(4): 384–392, https://journals.viamedica.pl/problemy_pielęgniarstwa/article/download/23227/18453.
4. Lavdaniti M. A nursing perspective of nutrition in cancer patients undergoing chemotherapy. *Prog Health Sci.* 2014; 4(2): 131–134.
5. Gangadharan A, Choi SE, Hassan A, Ayoub NM, Durante G, Balwani S, Kim YH, Pecora A, Goy A, Suh KS. Protein calorie malnutrition, nutritional intervention and personalized cancer care. *Oncotarget.* 2017; 8(14): 24009–24030, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28177923>.
6. Jarosz J, Kapała A, Kłęk S, Misiak M, Bakinowska B, Czaplinska M, Czarnecki M, Czarnuszewicz M, Doboszyński T, Dziura R, Hetman K, Kalinowska B, Karwowska K, Krawczyk J, Kruczyk I, Lange E, Oczkowski P, Ornat M, Pałamarz-Żarczyńska A, Piesoczyński R, Smoliński P, Stańczyk M, Stryjowska A, Tolińska M, Wikłacz R, Wollak-Lewandowska M, Wyleżał I, Zmarzły A, Jassem J, Krzakowski M. Konferencja uzgodnieniowa: problemy żywieniowe w polskiej onkologii. *Onkol Prakt Klin.* 2012; 8(3): 91–99, https://journals.viamedica.pl/oncology_in_clinical_practice/article/viewFile/17893/15334.
7. Kłęk S, Jarosz J, Kapała A, Krawczyk J, Misiak M, Szczepanek K, Krzakowski M, Jassem J. Żywienie drogą przewodu pokarmowego (żywienie dojelitowe). *Nowotwory J Oncol.* 2014; 64(5): 436–442, https://journals.viamedica.pl/nowotwory_journal_of_oncology/article/download/NJO.2014.0071/27703.
8. Kłęk S, Misiak M, Kapała A, Jarosz J. Żywienie w chorobie nowotworowej – zasady postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w 2013 roku. *Onkol Prakt Klin.* 2013; 9(1): 1–9, https://journals.viamedica.pl/oncology_in_clinical_practice/article/download/28456/24901.
9. Senesse P, Assenat E, Schneider S, Chargari C, Magné N, Azria D, Hébuterne X. Nutritional support during oncologic treatment of patients with gastrointestinal cancer: Who could benefit? *Cancer Treat Rev.* 2008; 34(6): 568–575, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18455316>.
10. Bozzetti F, Arends J, Lundholm K, Micklewright A, Zurcher G, Muscaritoli M; ESPEN. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: non-surgical oncology. *Clin Nutr.* 2009; 28: 445–454.
11. Gianotti L, Braga M, Nespoli L, Radaelli G, Beneduce A, Di Carlo V. A randomized controlled trial of preoperative oral supplementation with a specialized diet in patients with gastrointestinal cancer. *Gastroenterol.* 2002; 122(7): 1763–1770, [http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(02\)00009-4/fulltext](http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(02)00009-4/fulltext).
12. Cawood AL, Elia M, Stratton RJ. Systematic review and meta-analysis of the effects of high protein oral nutritional supplements. *Ageing Res Rev.* 2012; 11(2): 278–296, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22212388>.
13. Kapała A. Praktyczny przewodnik po ONS: oral nutrition support. Kraków: Krakowskie Wydawnictwo Scientifica; 2015.
14. Jpma I, Renken RJ, Ter Horst GJ, Reyners AKL. The palatability of oral nutritional supplements: before, during, and after chemotherapy. *Support Care Cancer.* 2016; 24: 4301–4308, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4993806/>.
15. Krzakowski M. Nudności i wymioty związane z chemioterapią – obecne postępowanie. *Onkol Prakt Klin.* 2013; 9(1): 16–21, https://journals.viamedica.pl/oncology_in_clinical_practice/article/download/28483/24904.
16. Marx W, Ried K, McCarthy AL, Vitetta L, Sali A, McKavanagh D, Isenring L. Ginger – Mechanism of action in chemotherapy-induced nausea and vomiting: A review. *Crit Rev Food Sci Nutr.* 2017; 57(1): 141–146, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25848702>.
17. Giacosa A, Morazzoni P, Bombardelli E, Riva A, Bianchi Porro G, Rondanelli M. Can nausea and vomiting be treated with ginger extract? *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2015; 19 (7): 1291–1296, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25912592>.
18. Andreyev J, Ross P, Donnellan C, Lennan E, Leonard P, Waters C, Wedlake L, Bridgewater J, Glynne-Jones R, Allum W, Chau I, Wilson R, Ferry D. Guidance on the management of diarrhoea during cancer chemotherapy. *Lancet Oncol.* 2014; 15: e447–e460, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25186048>.
19. Shaw C, Taylor L. Treatment-related diarrhea in patients with cancer. *Clin J Oncol Nurs.* 2012; 16(4): 413–417, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22842693>.
20. Akbulut G. New perspective for nutritional support of cancer patients: Enteral/parenteral Nutrition. *Exp Ther Med.* 2011; 2: 675–684, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3440777/>.
21. Wasilewska E, Złotkowska D, Pijagin ME. Rola mikroflory jelitowej i bakterii probiotycznych w profilaktyce i rozwoju raka jelita grubego. *Post Hig Med Dosw (online).* 2013; 67: 837–847, <http://www.phmd.pl/fulltxt.php?ICID=1061847>.
22. Osterlund P, Ruotsalainen T, Korpela R, Saxelin M, Ollus A, Valta P, Kouri M, Elomaa I, Joensuu H. Lactobacillus supplementation for diarrhoea related to chemotherapy of colorectal cancer: a randomized study. *Br J Cancer.* 2007; 97: 1028–1034, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17895895>.

23. Leppert W, Dzierżanowski T, Stachowiak A, Ciałkowska-Rysz A, Pyszkowska J. Zaparcie stolca u chorych na nowotwory – zalecenia postępowania Grupy Ekspertów Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej. *Med Paliat.* 2014; 6(3): 117–226.
24. Regulska K, Stanisław B, Regulski M, Gieremek P. Molekularne podstawy interakcji międzylekowych w terapii nowotworów jelita grubego. *Post Hig Med Dosw (online).* 2014; 68: 209–22, <http://www.phmd.pl/fulltxt.php?ICID=1092701>.
25. Segal EM, Flood MR, Mancini RS, Whiteman RT, Friedt GA, Kramer AR, Hofstetter MA. Oral chemotherapy food and drug interactions: A comprehensive review of the literature. *J. Oncol Pract.* 2014; 10(4): e255–e268, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24756141>.
26. Misselwitz B, Pohl D, Frühauf H, Fried M, Vavricka SR, Fox M. Lactose malabsorption and intolerance: pathogenesis, diagnosis and treatment. *United European Gastroenterol J.* 2013; 1(3): 151–159, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4040760/>.

Artykuł przyjęty do redakcji: 13.12.2017
Artykuł przyjęty do publikacji: 22.03.2018

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Karolina Janion
ul. Piekarska 18
41-902 Bytom
tel.: 32 397 65 41
e-mail: karolina.janion@med.sum.edu.pl
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach,
Wydział Zdrowia Publicznego w Bytomiu,
Zakład Profilaktyki Chorób Żywieniowo-zależnych

STWARDNIENIE ROZSIANE A NARZĄD WZROKU – CO NA TEN TEMAT POWINNA WIEDZIEĆ PIELEŃNIARKA?

MULTIPLE SCLEROSIS AND THE VISUAL SYSTEM – WHAT SHOULD THE NURSE KNOW ABOUT THIS?

Dorota Ługowska, Alicja Wodecka-Paszko, Urszula Karna-Matyjaszek, Zofia Mariak

Klinika Okulistyki, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2018.38>

STRESZCZENIE

Stwardnienie rozsiane (SM) jest chorobą demielinizacyjną ośrodkowego układu nerwowego (OUN), dotykającą ludzi młodych, częściej kobiety, w wieku 20–40 lat. Prawdopodobne przyczyny SM są złożone: zakażenie wirusowe, czynniki genetyczno-immunologiczne oraz środowiskowe. Uszkodzenia mieliny włókien nerwowych tworzą w OUN liczne ogniska, wywołując objawy doprowadzające do ciężkich, przewlekłych i trwałych deficytów neurologicznych, a w konsekwencji do inwalidztwa.

W narządzie wzroku rozwija się pozagałkowe zapalenie nerwu wzrokowego (PZNW). Rozpoznanie SM nie jest proste i powinno się opierać na ściśle określonych standardach diagnostycznych. Nie ma testów typowych dla SM, ale największe znaczenie mają: rezonans magnetyczny i badanie płynu mózgowo-rdzeniowego, a w diagnostyce okulistycznej – badanie elektrofizjologiczne potencjałów wywołanych. PZNW cechuje nagła, rzadziej stopniowa utrata wzroku, której towarzyszą ból przy poruszaniu gałką oczną, zaburzenie rozpoznawania barw i ubytki w centralnym polu widzenia. Objawy te przeważnie się cofają, ale mogą mieć charakter nawrotowy i w konsekwencji doprowadzić do trwałych deficytów. W leczeniu PZNW stosuje się duże dawki kortykosteroidów.

Pielęgniarka odgrywa ważną rolę w procesie leczenia pacjentów ze stwardnieniem rozsianym. Główna jej rola opiera się na edukacji, instruktżu i udzielaniu wsparcia pacjentowi, którego należy traktować indywidualnie, a zakres poszczególnych działań należy dostosowywać do rzeczywistych potrzeb pacjentów.

SŁOWA KLUCZOWE: stwardnienie rozsiane, pozagałkowe zapalenie nerwu wzrokowego, rezonans magnetyczny.

ABSTRACT

Multiple sclerosis (MS) is a demyelinating disease of the brain and spinal cord (central nervous system). The disease usually begins between the ages of 20 and 40 and is much more common in women than in men. The cause of MS is unknown. It is believed that the disease occurs as a combination of many factors such as: viral infections, genetic tendencies and environmental influences. In MS, the immune system attacks the myelin covering nerve fibers, causing the nerves to deteriorate and become permanently damaged. Vision problems are very common in patients with MS. The most common disease of the visual system is optic neuritis. MS is not easy to diagnose. Identification diagnosis of MS should be based on strict diagnostic standards. There are no typical tests for MS, but magnetic resonance, cerebrospinal fluid analysis and exploration of evoked potentials are the most important. Retrobulbar optic neuritis is a serious disorder causing sudden or gradual deterioration of visual acuity. The loss of vision is accompanied by concomitant eyeball pain and color vision disturbances. All of those symptoms are reversible but they can be persistent and lead to permanent damage of vision. The main drugs used to treat retrobulbar optic neuritis are corticosteroids. The nurse plays an important role in the treatment of patients with multiple sclerosis. Their main role is based on education, instruction and providing support to the patient, which should be treated individually and the scope of individual activities should be adapted to the real needs of patients.

KEYWORDS: multiple sclerosis, retrobulbar optic neuritis, magnetic resonance imaging.

Stwardnienie rozsiane (łac. *sclerosis multiplex* – SM) – to nabyta, przewlekła choroba neurologiczna o wielu, często nieprzewidywalnych, aspektach klinicznych. Postawienie diagnozy bywa trudne i aby uniknąć błędów, powinno się opierać na ujednoliconych, zdefiniowanych i przejrzystych sklasyfikowanych kryteriach diagnostycznych [1].

Podstawowa klasyfikacja SM opiera się na ocenie przebiegu choroby. Wyróżnia się cztery jej postacie:

- 1) postać nawracająco-cofająca (dotyczy około 55% chorych z SM);
- 2) wtórnie postępującą (30% chorych z SM);
- 3) pierwotnie postępującą (10–15% chorych z SM);
- 4) postępująco-nawracającą (5% chorych z SM) [2].

Podstawowe informacje na temat SM

Istotą SM jest demielinizacja, prowadząca do uszkodzenia włókien nerwowych ośrodkowego układu nerwowego (OUN) i w dalszej konsekwencji – do zmian atroficznych

w OUN. W warunkach prawidłowych mielina osłaniająca włókna odpowiada za szybsze przewodzenie impulsów dośrodkowych i odśrodkowych. Jej utrata zakłóca i spowalnia ten proces poprzez zniekształcanie i blokadę sygnałów, decydując o istocie wszystkich objawów SM. Najczęściej nie docierają one wówczas do celu albo też docierają z opóźnieniem, niosąc zniekształconą informację. Etiologia SM – według różnych hipotez – ma charakter wieloczynnikowy. Etiologia zakaźna odwołuje się do obecności przeciwciał przeciwwirusowych w mózgu i płynie mózgowo-rdzeniowym. Istotną rolę odgrywają czynniki środowiskowe, np. szerokość geograficzna, tzn. im dalej na północ od równika, tym większe jest prawdopodobieństwo zachorowania na SM, niedobór witaminy D, otyłość w dzieciństwie, warunki geologiczne, tzn. obecność w glebie i w wodzie pitnej takich pierwiastków jak kobalt, molibden, bar, tlenek miedzi, chrom może mieć wpływ na rozwój SM, oraz palenie papierosów, stres [3]. Teoria genetyczna wskazuje na predyspozycję genetyczną oraz zaburzenia układu odpornościowego o charakterze autoimmunologicznym. Przypuszcza się, że istnieje swoisty układ genetyczny odpowiedzialny za podatność na zachorowanie. Dotychczasowe badania dowiodły istnienia jednego *locus* genowego, związanego z SM. Jest to region kodujący główny układ zgodności tkankowej klasy II (układ HLA klasy II). Za podstawowy allel podatności na występowanie SM uważa się HLA DR 1501. Istnieją jednak populacje, w których nie udało się potwierdzić takiego związku przyczynowo-skutkowego [4].

W ponad 90% przypadków choroba przebiega w postaci zaostrzeń i remisji, w późniejszym zaś etapie przybiera charakter stopniowo postępujący. Choroba dotyczy przeważnie młodych ludzi rasy białej, mieszkających w klimacie umiarkowanym. Kobiety chorują 2 do 3 razy częściej niż mężczyźni, a początek SM odnotowuje się u nich zazwyczaj między 15. a 45. rokiem życia [5]. Kluczową kliniczną zmianą pierwotną w SM jest ognisko demielinizacyjne, zwane blaszką lub plakiem (*plaque*). Ogniska tego typu występują w sposób rozsiany i nieregularny, przede wszystkim w istocie białej mózgu. Świeże plaki są szaroróżowe, starsze bardziej szare i cechują się zwiększoną konsystencją [6].

Implikacje okulistyczne związane z przebiegiem SM

Ze względu na lokalizację zmian patologicznych w różnych okolicach mózgu i rdzenia kręgowego obraz kliniczny SM jest bardzo zróżnicowany. Wśród licznych objawów neurologicznych znajdują się objawy oczne, do których zaliczane są również objawy wynikające z pozagałkowego zapalenia nerwu wzrokowego (PZNW). PZNW może występować niezależnie od SM, jednak w praktyce rzadko ma charakter izolowany (ang. *clinical*

isolated syndrom – CIS). PZNW poprzedza pojawienie się pełnoobjawowego SM w 8–87% przypadków [7].

PZNW objawia się zazwyczaj dość nagłą utratą widzenia jednego oka lub osłabieniem widzenia. Ostrość wzroku spada wówczas nawet do tego stopnia, że chory liczy palce przed okiem, a towarzyszyć temu mogą inne symptomy, m.in. ograniczenie zdolności rozpoznawania barw, zaburzenie odruchów źrenicznych na światło czy ból pozagałkowy podczas ruchów oka. PZNW to przeważnie ostra choroba nerwu wzrokowego (ang. *optic nerve* – ON), rozwijająca się na skutek demielinizacji jego włókien. Etiopatogeneza zaburzeń ocznych jest więc identyczna, jak innych objawów SM [8].

Podstawy anatomii nerwu wzrokowego

Nerw wzrokowy stanowi początkowy, sięgający do skrzyżowania, odcinek drogi wzrokowej, łączącej siatkówkę z korą potyliczną. Składa się z 0,8–1,5 mln aksonów komórek zwojowych siatkówki. Od jego prawidłowej funkcji zależą: pełna ostrość wzroku, widzenie barwne i wrażliwość na kontrast. Długość nerwu jest osobniczo zmienna i wynosi 3,5–5,5 cm [9]. Anatomicznie dzielony jest na 4 odcinki: 1) wewnątrzgałkowy, przebiegający w ścianie gałki ocznej (1,5–2,0 mm); 2) wewnątrzoczdolowy (do kanału nerwu wzrokowego – 28–30 mm); 3) wewnątrzkanałowy (8–10 mm); 4) wewnątrzczaszkowy (do skrzyżowania wzrokowego – 8–12 mm). Otaczają go osłonki stanowiące przedłużenie opon mózgowo-rdzeniowych (twardej, pajęczkiej i miękkiej). Nie wykazuje cech nerwu obwodowego, ponieważ jest pęczkiem istoty białej mózgowia. Toteż nie ma zdolności regeneracyjnych [10].



nerw wzrokowy/*optic nerve*, *średnio/average*, odcinek wewnątrzgałkowy/*intraocular*, odcinek wewnątrzoczdolowy/*intraorbital*, odcinek wewnątrzkanałowy/*intra-caniular*, odcinek wewnątrzczaszkowy/*intracranial*, w kanale osłonka zewnętrzna łączy się z okostną/*In the optic canal the external layer connects the periosteum, oczodół/orbit*, czaszka/*cranium*

Rycina 1. Schemat budowy nerwu wzrokowego
Figure 1. Diagram of the of the optic nerve construction

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Przebieg kliniczny PZNW

PZNW cechuje się jednostronnym, rzadko obustronnym, pogorszeniem widzenia o nagłym początku mogącym postępować przez okres do 2 tygodni. Pierwsze symptomy dotyczą wyłącznie zaburzenia funkcji wzrokowych. Sprowadzają się do triady objawów: 1) różnie nasilone pogorszenie ostrości wzroku, w zakresie od 1,0 do 0,2 (64% chorych), rzadziej od 0,1 do braku poczucia światła (36% chorych). Obniżenie ostrości wzroku do braku poczucia światła może zdarzyć się w przebiegu SM, jednak nie jest to typowy objaw i zawsze wymaga dodatkowej diagnostyki w celu wykluczenia innych przyczyn; 2) zaburzenie widzenia barwnego; 3) ograniczenie centralnego pola widzenia (tzw. mroczek centralny i poszerzenie plamy ślepej) [11]. Z czasem mogą dochodzić wtórne zmiany kliniczne: odszkroniowe zblednięcie tarczy ON, sygnalizujące początek zmian zanikowych nerwu; porcelanowo biała tarcza, świadcząca o zaawansowanym zaniku włókien (7–60%); ogniska krwotoczne wokół tarczy nerwu wzrokowego; zapalenie głowy ON z obrzękiem tarczy (prawdopodobnie wskutek ucisku plaku na żyłę środkową siatkówki); rzadziej – tzw. szczeliny Frisen-Hoyta na dnie oczu. Zdarzają się też zaburzenia widzenia przestrzennego (zjawisko Pulfricha) i dyskretne zmiany reaktywności źrenic. Ostrość wzroku, stwierdzana w momencie zachorowania, stanowi najlepszy wskaźnik prognostyczny co do ostatecznej funkcji wzrokowej, jednak istotne jest, że nawet przy znacznym upośledzeniu widzenia u większości pacjentów dochodzi z czasem do znacznej jego poprawy. Towarzysząca dyschromatopsja staje się zauważalna dopiero wówczas, gdy wzrok się polepsza. Często jest to jedyny objaw trwały po przebytych zapaleniu nerwu. Polega na utracie widzenia intensywnych kolorów i przyjmuje dwie formy: widzenia kolorów w odcieniu ciemniejszym lub – rzadziej – rozbielenia barw. Ból zlokalizowany jest typowo za okiem, ale czasem może obejmować nawet całą głowę. Często pojawia się jako objaw prodromalny, zanim jeszcze nastąpi pogorszenie widzenia. Mniej charakterystyczne są występujące niekiedy w fazie zejściowej, rzadziej w ostrej, gwałtowne, krótkotrwałe błyski świetlne, wywoływane przez nagły ruch gałek ocznych lub przez inne nieoczekiwane bodźce zewnętrzne (nawet niespodziewany dźwięk), pojawiające się w ciemności i przy zamkniętych oczach. PZNW towarzyszące SM cechuje nawracający charakter. Nawroty mogą dotyczyć jednego oka, ale też mogą występować naprzemiennie. Rzadkie przypadki jednoczesnego zapalenia obu nerwów wzrokowych na ogół nie prowadzą do rozwinięcia się obrazu klinicznego SM z zajęciem innych struktur OUN [12].

Rozpoznanie PZNW

Diagnostyka odbywa się przeważnie wyłącznie w oparciu o zaburzenia czynnościowe nerwu. Badania laboratoryjne mogą być pomocne, nie mają jednak wartości kluczowej. Najczęściej brak jest jakichkolwiek zmian patologicznych w obrębie gałki ocznej. Funkcjonuje nawet powiedzenie na ten temat: „Pacjent nic nie widzi, ale i lekarz nic nie widzi”. Rozpoznanie PZNW utrudniają objawy nietypowe, jak powolna utrata widzenia, współistnienie cech zapalenia wewnątrzgałkowego nerwu II, towarzyszące zapalenie ciała szklistego lub tęczęwki czy brak bólu. Wówczas celowe staje się pogłębienie diagnostyki. Najczęściej wykonywane badania dodatkowe – poza standardowym pełnym badaniem okulistycznym – to: rezonans magnetyczny głowy, badanie płynu mózgowo-rdzeniowego, badanie przewodnictwa w nerwie wzrokowym, badania laboratoryjne i radiologiczne [13].

Znaczenie poszczególnych badań dla diagnostyki i monitorowania PZNW

Tradycyjne badanie za pomocą tablic Snellena jest podstawą oceny funkcji wzrokowych. Wysoki wskaźnik rozdzielczości przestrzennej (mniej niż 1 minuta kąta), niezbędny dla optymalnego widzenia, zależy od stanu czynnościowego neuronów siatkówki, gęstości rozmieszczenia czopków w dołeczku środkowym oraz zachowania prawidłowego przewodnictwa oddoteczowego. Co ciekawe, większość pacjentów po remisji objawów choroby i po powrocie pełnej ostrości wzroku w badaniu obiektywnym nadal uskarża się na dyskomfort wzrokowy w oku po przebytych incydencie. W takich przypadkach zasadne jest skorzystanie z testów psychofizycznych, jak np. pomiar wrażliwości na kontrast [2]. Po przebytych PZNW u większości chorych dochodzi z czasem do rozwoju zmian degeneracyjnych włókien nerwowych, manifestujących się zblednięciem tarczy nerwu wzrokowego. Ich wykryciu służy badanie oftalmoskopowe, nieodzowne w monitorowaniu choroby. Zblednięcie może obejmować całą tarczę lub jej część skroniową, co jest bardziej typowe dla PZNW w przebiegu SM. Widoczna jest wówczas dekolacja, która ma charakter perłowego, połyskliwego obszaru, dość dobrze kontrastującego z różową barwą prawidłowej części tarczy [7, 13].

Rezonans magnetyczny (MRI) obrazuje zmiany demielinizacyjne w nerwie wzrokowym, które są silnym predykcyjnym wskaźnikiem rokowniczym. Zmiany te w dwóch trzecich przypadków lokalizują się w pozagałkowym odcinku nerwu, rzadziej w odcinku początkowym, jeszcze rzadziej w kanale nerwu wzrokowego. Zalecane jest MRI głowy z supresją tłuszczu oczodołowego w skanach oczodołu, a w skanach mózgu sekwencje FLAIR

w płaszczyźnie czołowej i PD-zależne (ang. *proton density*) w płaszczyźnie osiowej. Sekwencje te nie są wykonywane rutynowo, a pomagają odróżnić zmiany demielinizacyjne od niewielkich ognisk niedokrwiennych. Na podstawie wyniku określa się ryzyko zachorowania na pełnoobjawowe SM. Jeśli w badaniu stwierdza się liczne ogniska uszkodzenia o średnicy najmniej 3 mm, niemal pewny jest rozwój SM. Obecność 3 uszkodzeń, niespełniających ww. kryteriów, lub większej ich liczby stwarza 78-procentowe ryzyko zachorowania na SM. W przypadku jednego ogniska demielinizacyjnego prawdopodobieństwo wynosi 60%. Spośród osób z PZNW, ale bez żadnych zmian demielinizacyjnych w obrazie MRI w 15-letnim okresie obserwacji, u 25% rozwinie się SM. Typowe dla SM zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym (PMR) stwierdza się u 36–39% chorych z PZNW. Jeśli pasma oligoklonalne w PMR nie występują, to w ciągu 5 lat obserwacji jedynie u 4% chorych rozwija się SM. Punkcja lędźwiowa i badanie PMR pozwalają więc na ustalenie, którzy pacjenci znajdują się w grupie ryzyka rozwoju SM. W osadzie PMR u chorych na SM stwierdza się prawidłową lub nieznacznie podwyższoną pleocytozę, co nie jest jednak objawem swoistym [2]. Badania elektrofizjologiczne nerwu wzrokowego i siatkówki są podstawą obiektywnego oszacowania zmian czynnościowych w neuropatiach nerwu II. Stosuje się dwa rodzaje testów elektrofizjologicznych: wzorcowe potencjały wywołane wzorcem VER i PVER oraz stymulowaną wzorcem elektretinografię ERG i PERG. Zastosowanie w badaniu VER czarno-białego wzorca, najczęściej szachowego, umożliwia ustalenie stopnia uszkodzenia oraz lokalizacji zmian na przebiegu drogi wzrokowej u chorych z podejrzeniem o SM i PZNW [14].

Leczenie PZNW w przebiegu SM

Postępowanie terapeutyczne w rzucie SM, którego okulistyczną manifestacją jest PZNW, oparte jest na podaniu we wlewie dożylnym metyloprednisolonu (Solumedrolu) w dawce 500–1000 mg/dobę przez okres 3–5 dni. Leczenie to ma na celu przyśpieszenie poprawy ostrości wzroku i opóźnienie wystąpienia pełnoobjawowego SM. Po zakończeniu terapii dożylnej zaleca się kontynuację podawania steroidów doustnie w dawce 1 mg/kg/dobę przez okres 11 dni. Przyjmowanie steroidów jedynie doustnie w małych dawkach zwiększa ryzyko nawrotu zapalenia nerwu wzrokowego, jednakże przyczyny tego mechanizmu nie są dokładnie poznane [2]. Natomiast inne metody leczenia PZNW nie są rutynowo stosowane w okresie ostrej fazy choroby. Do tych metod należy podawanie dożylnie immunoglobuliny pacjentom, u których 60–90 dni po pojawieniu się objawów zapalenia nerwu wzrokowego nie ma oczekiwanej poprawy

ostrości wzroku. Immunoglobuliny chronią oligodendrocyty przed uszkodzeniem i hamują mechanizmy zapalne. Inną metodą wspomagającą leczenie neuropatii demielinizacyjnej jest wymiana osocza, która poprawia efekty terapeutyczne u 7 pacjentów na 10. Jeśli w okresie rzutu choroby dominują inne objawy okulistyczne, np. porażenie międzyjądrowe czy oftalmoplegia, to ich leczenie powinno być podobne jak w przypadku zapalenia nerwu wzrokowego. Współcześnie stosowane terapie w przebiegu SM oparte są na założeniu, że u podłoża zmian patogenetycznych schorzenia leżą mechanizmy immunologiczne związane z odpowiedziami humoralną i zapalną [2, 15].

Rola pielęgniarki w leczeniu pacjentów z PZNW w przebiegu SM

Zasadniczą rolą pielęgniarki w opiece nad pacjentem z PZNW jest jak najlepsza znajomość tej choroby oraz podstawowych zasad pielęgnowania, a także wiedza o najczęściej występujących problemach zdrowotnych, dolegliwościach oraz powikłaniach i zagrożeniach, jakie mogą wystąpić podczas leczenia pacjenta. Poszczególne etapy postępowania pielęgniarskiego powinny być ukierunkowane indywidualnie na pacjenta. Głównymi celami pracy pielęgniarki powinny być rozpoznanie warunków i potrzeb zdrowotnych, planowanie i sprawowanie opieki, rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych, udział w świadczeniach zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych. Pielęgniarka systematycznie i regularnie powinna podawać leki według zleceń lekarskich, a także obserwować pacjenta pod kątem stanu emocjonalnego, który ma wpływ na przebieg terapii – pacjenci, którzy mają zaburzenia widzenia, często są w złym stanie psychicznym. Pielęgniarka nawiązuje z pacjentem pierwszy kontakt po przybyciu na oddział i to od jej profesjonalizmu zależy, czy pacjent będzie z nią współpracował i dobrze czuł się w atmosferze panującej na oddziale. Gdy pacjent cierpi na zaburzenia widzenia, pielęgniarka powinna zapoznać pacjenta z topografią sali i oddziału oraz usunąć potencjalne przeszkody architektoniczne, żeby pacjent czuł się bezpiecznie. Pielęgniarka powinna prowadzić edukację pacjenta w taki sposób, by nie stresować go, a motywować do działania. Ważne zadanie pielęgniarki to także monitorowanie stanu zdrowia chorego w kierunku wystąpienia objawów ubocznych stosowanego leczenia oraz – to zadanie kluczowe – przygotowanie pacjenta do samoopieki [16–19].

Reasumując: PZNW w przebiegu SM cechuje się różnorodnym przebiegiem, mnogością objawów i stopniowym pogarszaniem się sprawności chorego. W opiece nad pacjentem szczególną uwagę należy zwrócić na przywrócenie wydolności w zakresie samoopieki i samo-

pielęgnacji oraz edukację w zakresie funkcjonowania podczas zaburzeń widzenia [17].

Piśmiennictwo

1. Łabuz B et al. Jakość życia chorych z SM – związek z cechami klinicznymi choroby – zespołem zmęczenia i objawami depresyjnymi. *Psychiatria Pol.* 2013; 67(3): 434.
2. Obuchowska I. Współczesne aspekty diagnostyki i leczenia stwardnienia rozsianego z uwzględnieniem roli lekarza okulisty. *Okulistyka.* 2010; 2(10): 4–13.
3. Rosiak K, Zagożdżon P. Czynniki środowiskowe w epidemiologii stwardnienia rozsianego. *Probl Hig Epidemiol.* 2012; 93(4): 627–631.
4. Uździcki A, Awgul S, Banach B. Postępy terapii stwardnienia rozsianego. *Farmacja Pol.* 2017; 73(4): 203–204.
5. Karpińska A, Mirowska-Guzel D. Stres oksydacyjny w patogenezie SM. Nowe możliwości terapeutyczne. *Aktualności Neurolog.* 2016; 16(3): 136–138.
6. Palasik W. Stwardnienie rozsiane – nowe tendencje terapeutyczne. *Przew Lek.* 2007; 9(101): 41–43.
7. Kaźmierczak K, Malukiewicz-Wisniewska G. Pozagałkowe zapalenie nerwu wzrokowego a stwardnienie rozsiane. *Klinika Oczna.* 2006; 7(9): 285–290.
8. Opara A, Szwejkowski W. Jakość życia w zaburzeniach widzenia w SM. *Wiad Lek.* 2008; 61(1–3): 62–64.
9. Kański JJ. *Okulistyka kliniczna.* Wrocław: Urban & Partner; 1997. 457–460.
10. Fitzgerald MJT. *Neuroanatomia.* Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2008. 316.
11. Drobek-Stowik M. Zmiany oczne w stwardnieniu rozsianym. *Okulistyka Dypl.* 2016; 6(1): 16–18.
12. Ługowska D, Snarska K, Kowalczyk K. Pacjent w sytuacji trudnej – z rozpoznaniem pozagałkowym zapaleniem nerwu wzrokowego w przebiegu stwardnienia rozsianego. W: Krajewska-Kułak E et al. (red.). *Holistyczny wymiar współczesnej medycyny. T. III.* Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Wydział Nauk o Zdrowiu; 2017. 397–412.
13. Stankiewicz A, Sierocka D. Zapalenie nerwu wzrokowego – choroba z pogranicza. *Okulistyka.* 2001; 4(2): 66–67.
14. Zielińska M. Potencjały wywołane w diagnostyce stwardnienia rozsianego. *Pol Prz Neurolog.* 2005; 1(3): 106–112.
15. Gernand K. Strategia leczenia stwardnienia rozsianego. *Neurologia Dypl.* 2016; 11(3): 29–35.
16. Grabowska-Fudala B, Jaracz K, Wilkiewicz M. Rola pielęgniarki w leczeniu SM. *Piel Neurolog Neurochirurg.* 2012; 1(1): 29–34.
17. Wojciechowska M, Preś M. Rola pielęgniarki w rehabilitacji wielowymiarowej pacjenta ze stwardnieniem rozsianym. *Piel Pol.* 2007; 2–3(24–25): 107–110.
18. Zubrycka E, Dolińska C, Snarska KK, Lewko J, Olejnik B. Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem ze stwardnieniem rozsianym w ostrym rzucie choroby. W: Lankau A et al (red.). *Sytuacje trudne w ochronie zdrowia. T. II.* Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Wydział Nauk o Zdrowiu; 2017. 84–386.
19. Wilkiewicz M, Przybylska R. Rola i zadania pielęgniarki w leczeniu immunomodulującym pacjentów z SM. *Piel Pol.* 2005; 1(19): 123–125.

Artykuł przyjęty do redakcji: 22.01.2018

Artykuł przyjęty do publikacji: 29.03.2018

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Dorota Ługowska
ul. Marii Skłodowskiej-Curie 24 A
15-276 Białystok
tel.: 85 831 83 72
e-mail: Ldotka@wp.pl
Klinika Okulistyki, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku



PORÓD PO LECZENIU NIEPŁODNOŚCI METODAMI NAPROTECHNOLOGII

DELIVERY AFTER INFERTILITY TREATMENT METHODS OF NAPROTECHNOLOGY

Maria Połocka-Molińska¹, Anna Wiercioch², Katarzyna Plagens-Rotman¹

¹ Katedra Zdrowia Matki i Dziecka, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

² absolwentka Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2018.39>

STRESZCZENIE

Współczesna medycyna oferuje wiele metod leczenia niepłodności. Do najczęściej stosowanych należą inseminację i zapłodnienie pozaustrojowe. Coraz powszechniejszą metodą leczenia staje się w Polsce naprotechnologia, która w sposób nowoczesny i kompleksowy diagnozuje i leczy różne choroby, nie tylko niepłodność.

Niniejsza praca ma na celu przedstawienie przebiegu ciąży i porodu po leczeniu niepłodności metodami naprotechnologii oraz wyjaśnienie, na czym ta metoda polega. W pracy ukazano również inne współczesne sposoby leczenia niepłodności oraz ich skuteczność. Zwrócono uwagę na emocje towarzyszące parze podczas procesu leczenia oraz w trakcie ciąży i porodu.

SŁOWA KLUCZOWE: leczenie niepłodności, niepłodność kobiety, niepłodność mężczyzny, naprotechnologia, model Creighton, płodność.

ABSTRACT

Modern medicine offers many ways of treating the infertility. The most frequently used are insemination and extracorporeal fertilization. The naprotechnology, which can be used to diagnose and treat variety of diseases and not only infertility, is becoming more commonly used in Poland.

This thesis aims to present the course of pregnancy and childbirth after the treatment of infertility with the method of Naprotechnology and to explain how this method works. Other modern treatments of infertility and their effectiveness have also been presented here.

A lot of attention was paid to the emotions accompanying the couple during the treatment and during the pregnancy and the childbirth.

KEYWORDS: infertility treatment, female infertility, infertility of a man, naprotechnology, Creighton model system, fertility.

Wstęp

Naprotechnologia jest to nowoczesna metoda diagnozowania i leczenia różnych chorób kobiecych, nie tylko niepłodności. Polski termin: naprotechnologia pochodzi od angielskiego skrótu NaProtechnology, którego rozwinięcie brzmi *natural procreative technology*. Przez osoby zajmujące się naprotechnologią często jest stosowany skrót NaPro, który w języku polskim oznacza „sposób naturalnej prokreacji” [1].

Naprotechnologia jest oparta na fizjologii cyklu miesięcznego kobiety. Jest to możliwe dzięki opracowanemu modelowi Creighton, który jest sposobem obserwacji i rozpoznawania płodności opracowanego w latach 70. XX wieku na Uniwersytecie Creightona. W języku polskim *Fertility Care System* tłumaczony jest jako system troski o płodność. Jest on oparty na metodzie Billingów i polega głównie na obserwacji biomarkerów [2]. Model Creighton jest nauczany na całym świecie przez dobrze przygotowanych instruktorów. Nauka polega na długofalowej współpracy z małżeństwem i obejmuje

je nauczanie kobiety i mężczyzny rozpoznawania fazy płodnej i niepłodnej [3].

Podstawą naprotechnologii jest dokładnie przeprowadzony z pacjentem wywiad lekarski. Natomiast informacje na temat cyklu kobiety uzyskuje się dzięki obserwacjom wg modelu Creighton. Zwiększa to możliwości rozpoznania przyczyn niepłodności i innych kobiecych schorzeń. Małżeństwo zgłaszające się do leczenia powinno poznać dokładnie swoją płodność tak, aby praca z instruktorem i lekarzem mogła przynieść dobre efekty [2].

Naprotechnologia jest metodą całkowicie bezpieczną dla zdrowia pacjentki. Jest nowoczesna i skuteczna dla sporej części pacjentek, umożliwia wczesne leczenie zaburzeń prokreacji. Angażuje ona w proces leczenia małżonków, instruktorów i lekarzy, którzy współpracują ze sobą aby najpełniej wykorzystać możliwości diagnostyczne i terapeutyczne. Nie niszczy naturalnych mechanizmów prokreacji, przeciwnie – jeśli występują zaburzenia, dąży do rozpoznania problemu

i przywrócenia prawidłowego stanu. Dzięki naprotechnologii pary starające się o dziecko poznają przyczyny objawów zaburzeń zdrowia prokreacyjnego i mogą podjąć właściwe leczenie. Niewątpliwie dużym plusem jest nie tylko poczęcie dziecka, ale również wyleczenie schorzeń, które powodowały u kobiety problem z zajściem w ciążę. Dodatkowym atutem jest często wzajemne wzmacnianie relacji małżeńskich [2].

Twórcą naprotechnologii jest Thomas W. Hilgers, profesor ginekologii i położnictwa, a także ekspert z zakresu rekonstrukcji macicy i mikrochirurgii. Wykłada na Creighton University School of Medicine w Omaha. Jest założycielem Instytutu Papieża Pawła VI. Dzięki działaniom tego instytutu powstała metoda diagnostyczna – *Creighton Model System*. W 2004 roku prof. Thomas W. Hilgers wydał pierwszy podręcznik medyczny o naprotechnologii, jego tytuł to: „The Medical & Surgical Practice of Naprotechnology”, co w języku polskim oznacza: „Praktyka farmakologiczna i chirurgiczna w naprotechnologii”, a jego celem jest leczenie niepłodności zgodnie z naukami Kościoła katolickiego [4].

Rys historyczny badań nad niepłodnością

Na samym początku leczenie niepłodności opierało się na farmakologicznej stymulacji owulacji. Pierwsze dziecko poczęte dzięki zastosowaniu tej metody urodziło się w 1961 roku, a samo leczenie zostało zastosowane przez grupę badawczą Carla Gemzella w Izraelu. Obecnie farmakologiczna metoda leczenia niepłodności bardzo często jest stosowana jako leczenie „pierwszego rzutu” [5].

W 1960 roku powstał pierwszy w Polsce ośrodek adaptacyjno-opiekuńczy. Placówka ta znajdowała się w Warszawie przy ulicy Szpitalnej. W kolejnych latach powstało kilkadziesiąt takich ośrodków na terenie całego kraju, umożliwiając dzieciom i rodzicom stworzenie rodziny [5].

Po roku 1960 skupiono się na próbach leczenia niepłodności męskiej i czynnika jajowodowego u kobiet. W sytuacji gdy przyczyną niepłodności była nieduża niedrożność jajowodów, a pacjentka miała poniżej 35 lat, podejmowano próby ich udrożnienia. Natomiast duży problem stanowiło leczenie niepłodności męskiej. W sytuacji gdy mężczyzna nie kwalifikował się do leczenia hormonalnego lub operacyjnego, stwierdzano u niego niepłodność idiopatyczną i jako ostatnią metodę leczenia proponowano inseminację. W latach 70. wykonywano w Polsce pierwsze próby zapłodnienia z użyciem nasienia pochodzącego od dawcy. Natomiast pierwszym bankiem nasienia był założony w 1989 roku Kriobank w Białymstoku, który działa do dziś [5].

Pierwszy zabieg zapłodnienia pozaustrojowego został przeprowadzony przez Patricka Steptoe i Roberta

Edwardsa w 1977 roku w Anglii; dzięki niemu urodziła się dziewczynka – Louise Joy Brown. W Polsce pierwsze dziecko poczęte z tej metody, nazwanej klasycznym *in vitro*, urodziło się w 1987 roku. Był to efekt pracy zespołu badawczego prof. Sławomira Wołczyńskiego i Mariana Szamatowicza. Zapłodnienie pozaustrojowe miało być szansą dla osób, u których niepłodność leżała po stronie kobiety. Przełomem okazał się rok 1991, w którym opracowano metodę zapłodnienia pozaustrojowego z wykorzystaniem ICSI, polegającej na wstrzyknięciu bezpośrednio do komórki jajowej. Dzięki tej metodzie jakość męskiego nasienia nie stanowiła bariery do posiadania potomstwa w przypadku mężczyzn, których plemniki były zdrowe genetycznie.

Metoda ta jest w dzisiejszych czasach coraz częściej stosowana, ponieważ normy męskiego nasienia z roku na rok się pogarszają. W porównaniu do lat 80. są 4-krotnie niższe, a niepłodność męska stanowi coraz poważniejszy problem. Od kilku lat stosowana jest również metoda IMSI, będąca jeszcze bardziej szczegółową techniką wstrzykiwania plemnika do komórki jajowej. Jest oparta na ICSI, jednak jest od niej bardziej szczegółowa [5].

Stosowane są również metody ostatniej szansy, z których para może skorzystać w sytuacji, gdy zostały już wykorzystane wszystkie możliwości leczenia. Należą do nich dawstwo nasienia i komórek jajowych [5].

Niepłodność w ujęciu psychologicznym

Niepłodność małżeńska stanowi duży problem nie tylko medyczny, ale również społeczny. Jest traktowana jako powód do wielkiego żałowania i postrzegana jako przejaw pewnej nienormalności pary małżeńskiej [6]. Parom zmagającym się z niepłodnością często towarzyszą negatywne emocje. U kobiet natomiast wielokrotnie pojawiają się złość, frustracja, poczucie winy, wstydu, lęku oraz może pojawić się utrata poczucia własnej wartości. Natomiast mężczyźni zamykają się w sobie i próbują uciec od problemu poprzez większe angażowanie się w pracę zawodową. Często towarzyszy im poczucie, iż są gorsi od mężczyzn posiadających dzieci, a samoocena i samoakceptacja obniżają się [7]. Pary długo starające się o dziecko mogą unikać spotkań z rodziną, przyjaciółmi, którzy, choć chcą pomóc, mogą powodować ból, wygłaszając swoje porady i zadając pytania. Dla partnerów zmagających się z problemem niepłodności bardzo stresujący jest proces diagnozowania i leczenia. Wiąże się to z lękiem o postawioną diagnozę i przyszłe rokowanie. Proces leczenia zmienia jakość życia pary, narusza ich sferę prywatną i obniża satysfakcję życiową [7]. Jeśli leczenie jest długotrwałe i nadal nie kończy się urodzeniem dziecka, to kobiety mogą

czuć się nieakceptowane społecznie, co powoduje u nich rozpacz i poczucie winy [6].

Małżeństwa zmagające się z niepłodnością przeżywają wiele konfliktów i niepokojów, których przyczyną jest silny stres związany z procesem leczenia, oraz napięcie emocjonalne związane z oczekiwaniem na dziecko. Para całkowicie koncentruje się na problemie, jakim jest niepłodność i temu podporządkowuje cały swój wolny czas. Długotrwałe leczenie powoduje pojawienie się coraz więcej konfliktów, może zaistnieć też problem wzajemnej akceptacji, a pozytywne uczucia, co utrudnia poczęcie dziecka [8].

U kobiet, które wcześniej miały dolegliwości psychiatryczne, istnieje zwiększone prawdopodobieństwo pojawienia się kolejnego rzutu choroby podczas leczenia niepłodności. Dlatego takim kobietom zaleca się kontrolowanie stanu psychicznego i w razie konieczności udanie się do specjalisty [9].

Szacuje się, że około 15–20% par zmagających się z niepłodnością wymaga opieki psychologa. Jednak części pacjentów wystarczy wsparcie ze strony rodziny i przyjaciół. Niektórzy korzystają z grup wsparcia, które są łatwo dostępne w Internecie. Dobrą metodą obniżającą stres podczas leczenia są różne techniki relaksacyjne, do których zaliczamy: jogę, medytację, głębokie i świadome oddychanie, techniki wyobrażeniowe i mindfulness. W przypadku gdy objawy stresu są ciężkie, rozważa się stosowanie leków przeciwdepresyjnych i antylękowych [9].

Etapy diagnostyki w naprotechnologii

Diagnostyka niepłodności małżeńskiej rozpoczyna się od badania podmiotowego, czyli zebrania dokładnego wywiadu od mężczyzny i kobiety planujących dziecko. W przypadku mężczyzny rozmowa obejmuje historię niepłodności, wywiad rodzinny i osobisty, w którym szczególną uwagę zwraca się na przebyte interwencje chirurgiczne, choroby, zawód, nałogi i przyjmowane leki. Bardzo ważnymi danymi uzyskanymi od kobiety są również historia niepłodności, informacje uzyskane podczas wywiadu rodzinnego i osobistego. Wywiad osobisty obejmuje pytania o wiek pacjentki, przebieg cyklu miesięczkowego, liczbę i przebieg ciąż, stosowane leki, występujące choroby i przebyte operacje oraz poziom stresu [10].

Kolejnym etapem diagnostyki jest wykonanie badania fizykalnego. W przypadku mężczyzny przeprowadza się badanie zawartości worka mosznowego i jąder (ultrasonografia, palpacyjna ocena konsystencji, wielkości i położenia) oraz lokalizacja ujścia cewki moczowej. U kobiety badanie fizykalne składa się z badania ogólnego, podczas którego ocenia się tarczycę, wydzielinę z gruczołów piersiowych, oblicza się BMI oraz spraw-

dza ciśnienie krwi. Druga część badania fizykalnego obejmuje badanie ginekologiczne mające na celu obserwację zmian w obrębie narządów rozrodczych kobiety [11].

Oprócz badania podmiotowego i przedmiotowego w ramach diagnostyki niepłodności męskiej wykonuje się badania laboratoryjne i hormonalne. Bardzo istotne jest wykonanie badania nasienia – określenie jego parametrów oraz poziomu występujących w nim leukocytów [12].

Do badań dodatkowych, które są wykonywane u kobiety, zalicza się badania hormonalne, w których oznacza się poziom:

- prolaktyny – podwyższony poziom powoduje nieregularne cykle miesięczne u kobiet, u mężczyzn prowadzi to do impotencji i niepłodności;
- estrogenów – niskie stężenie może świadczyć o hipogonadyzmie hipergonadotropowym lub hipogonadyzmie hipogonadotropowym;
- testosteronu – jego poziom jest stosowany jako wskaźnik w ocenie wirylizacji i hirsutyzmu;
- progesteronu;
- gonadotropin;
- siarczanu dehydroepiandrosteronu;
- hormonów tarczycy [12].

Poziom hormonów oznacza się z krwi lub z moczu. Ich wartości są różne w zależności od fazy cyklu jajnikowego. Żeby dokładnie oznaczyć profil hormonalny kobiety, badania przeprowadza się w konkretnych dniach cyklu [12].

Model płodności creighton

Jest on rozwinięciem opracowanej przez Billingsów metody obserwacji śluzu, która umożliwia kobietom poznanie naturalnego rytmu własnej płodności oraz kontrolowanie zdrowia. Jest on oparty na obserwacji biowskaźników – głównie śluzu szyjkowego [13]. Należy podkreślić fakt, że naprotechnologia jest jedyną naturalną metodą, a model Creighton jest dostosowany do danej kobiety, ponieważ każda kobieta jest inna. Można więc powiedzieć, że metoda Creighton jest „szyta na miarę”, a kobieta może prowadzić obserwacje od okresu dojrzewania do menopauzy [12, 14].

Na podstawie zapisywanych obserwacji można wstępnie zdiagnozować m.in.:

- polip śluzówki macicy,
- zaburzenia hormonalne,
- zespół policystycznych jajników,
- stany zapalne narządu rodnoego,
- endometriozę,
- zespół niepekającego pęcherzyka.

Ostatecznie należy każde z tych schorzeń potwierdzić badaniem lekarskim. Dzięki ciągłemu monitorowaniu stanu zdrowia kobiety możliwe jest szybkie reago-

wanie w sytuacji pojawiających się zmian chorobowych [13, 15].

Niewątpliwie dużą zaletą modelu Creighton jest wprowadzony przez Thomasa Hilgersa wspólny język stosowany w celu opisu obserwacji śluzu oraz stworzony słownik obrazkowy. Dzięki prowadzeniu zapisu obserwacji wskaźników w postaci zestandaryzowanego systemu, niezależnie od tego, do jakiego instruktora trafi pacjentka, każdy będzie mógł zinterpretować jej obserwacje w ten sam sposób. Profesor Hilgers zestandaryzował również system nauczania metody, a szkolenia przeprowadzane są przez certyfikowanych instruktorów [15].

W modelu Creighton do prowadzenia zapisu obserwacji używa się wystandaryzowanych oznaczeń oraz specjalnej karty [13].

W karcie obserwacji stosuje się określone znaczki:

- czerwone – dni, w których występuje krwawienie;
- zielone – dni suche, w których kobieta jest niepłodna;
- białe z dzieckiem – dni, w których występuje śluz płodny;
- zielone z dzieckiem – dni suche, w których kobieta jest płodna – 3 dni po *peak*.

W systemie zapisu wydzieliny pochwowej stosuje się również oznaczenia literowe podczas krwawienia i w dniach, gdy ono nie występuje [11–12].

Biomarkery i obserwacja śluzu

Model Creighton oparty na obserwacji śluzu umożliwia parze zastosowanie tej metody w celu zaplanowania poczęcia dziecka. Wskazuje on, iż należy współżyć w czasie dni płodnych. W ten sposób zwiększamy szansę na poczęcie dziecka. Jest to szczególnie pomocne u małżeństw, które mają obniżoną płodność i współżycie w dniach najbardziej płodnych zwiększy szansę na ciążę. Model Creighton można zastosować również w celu odłożenia poczęcia. Wtedy para powinna utrzymywać wstrzemięźliwość w trakcie czasu płodnego, który wcześniej wyznaczył jest na podstawie prowadzonych obserwacji. Aby wyznaczyć dni płodne, kobieta wykonuje codzienną obserwację wydzieliny z pochwy. Na podstawie tych zapisów można po dłuższym czasie odtworzyć zmiany, które zachodziły w organizmie i dzięki nim rozpoznać objawy oraz postawić diagnozę [3].

W dziedzinie naprotechnologii postawienie dokładnej diagnozy jest bardzo istotne. Dzięki temu możliwe jest skuteczne leczenie przyczynowe, inaczej mówiąc, wyleczenie chorób będących podłożem niepłodności, a nie tylko zalecenie lub ominięcie objawów. Rzetelnie postawiona diagnoza często może umożliwić przywrócenie prawidłowej funkcji układu rozrodczego, która została zaburzona przez liczne choroby przewlekłe, prowadzące do niepłodności [12].

Biomarkery, inaczej wskaźniki płodności, umożliwiają rozpoznawanie dni płodnych oraz monitorowanie czynności jajników. Długość cyklów nie jest stała, a okres płodności może ulegać przesunięciu pod wpływem różnych wydarzeń, takich jak poród, klimakterium czy choroba. Objawami płodności są różnice temperatur, zmiana ułożenia i konsystencji szyjki macicy oraz śluz szyjkowy. W leczeniu niepłodności metodami naprotechnologii obserwuje się tylko wydzielinę z szyjki macicy [11].

Śluz szyjkowy jest wydzielany do jamy macicy. To w nim przechowywane są plemniki, które są stopniowo uwalniane, a szybkość ich poruszania zależy od składu śluzu [11].

Wyróżnia się cztery rodzaje śluzu szyjkowego:

- śluz S – pojawia się 1–2 dni przed owulacją. Jest bardzo dobrej jakości i sprzyja zapłodnieniu;
- śluz L – podobnie jak śluz S stanowi płodny typ śluzu. Jest wydzielany w trakcie fazy folikularnej i charakteryzuje się tym, że zatrzymuje wadliwe plemniki. Jest białawy i gęstawy, a kobieta w okresie jego wydzielania odczuwa wilgotność;
- śluz P – pojawia się 4–8 dni przed owulacją i utrzymuje krótko po owulacji. Występuje jako P2 i P6;
- śluz G – jest gęsty i lepki. W okresie wydzielania kobieta nie odczuwa wilgotności i nie może go zaobserwować [11].

W fazie okołooowulacyjnej następują spadek stężenia estrogenów i wzrost wydzielania progesteronu. W tym okresie śluz szyjkowy jest wydzielany w małej ilości, a jego jakość jest słaba [12].

Rozpoznawanie okresu płodności

W cyklu jajnikowym kobiety wyróżnia się dwie fazy – folikularną i lutealną. Pierwsza z nich trwa od miesiączki do jajczkowania, a podczas niej dochodzi do dojrzewania pęcherzyka jajnikowego powodującego wzrost poziomu estrogenów we krwi. To skutkuje zmianami w szyjce macicy i śluzie, który staje się mniej lepki i bardziej rozciągliwy. Szyjka macicy natomiast rozwiera się i jednocześnie staje się miękka. To ułatwia plemnikom penetrację. Dodatkowo podczas fazy folikularnej utrzymuje się niższa temperatura ciała. Drugi etap cyklu jajnikowego kobiety to faza lutealna trwająca do kolejnego krwawienia. Podczas trwania tego etapu wzrasta poziom progesteronu, w wyniku czego zwiększa się lepkość śluzu i zmniejsza jego rozciągliwość. Natomiast szyjka macicy twardnieje, a rozwarcie zanika [12].

Od tego, jakiego dnia cyklu para starająca się o dziecko podejmuje współżycie, zależy możliwość poczęcia. Należy zaznaczyć, że czas płodności wynosi maksymalnie 5–7 dni w całym cyklu [12].

Głównymi objawami, które mogą świadczyć o płodności, są:

- zmiana podstawowej temperatury ciała,
- zmiany w śluzie szyjkowym,
- zmiany szyjki macicy.

Wyróżnia się także objawy dodatkowe, do których zalicza się plamienie, ból owulacyjny, obrzmienie piersi oraz zmiany skórne [12].

W metodzie, jaką jest model Creighton, podstawą jest obserwacja śluzu szyjkowego w celu określenia dni płodnych i niepłodnych u kobiety. U kobiety z prawidłowymi cyklami śluz pojawia się wraz ze zbliżaniem owulacji i jest on wtedy lepki i kleisty. Następnie zmienia się w śliski i rozciągliwy, a ostatni dzień występowania tego typu śluzu jest określany jako dzień P – *peak*. Obecność śluzu jest związana z wysokim poziomem estrogenów. W czasie gdy ich stężenie spada i jednocześnie wzrasta poziom progesteronu, śluz nie występuje a kobieta odczuwa suchość [12].

W metodzie Creighton obserwacji podlega przede wszystkim śluz szyjkowy, który jest najważniejszym wskaźnikiem kobiecego cyklu. Pod uwagę brana jest również długość cyklu miesięczkowego, występowanie różnego typu plamień, dzień P, fazy *pre-peak* i *post-peak*. Jeżeli kobieta zaobserwuje u siebie te wskaźniki, to zaznacza je odpowiednio na karcie. Do tego celu służą naklejki, do których stosuje się opis słowny, a następnie oznakowania w postaci liter i cyfr. Kobieta powinna codziennie dokonywać obserwacji, podczas których zwraca uwagę na kolor, konsystencję i odczucie towarzyszące wycieraniu się. W tym celu wykonuje trzy kroki. Na początku przeciera papierem toaletowym przedsiónek pochwy i ocenia towarzyszące temu odczucie. Następnie obserwuje, czy na papierze jest obecny śluz. Ostatnim krokiem jest test palcowy wydzieliny. Każda kobieta jest inna, dlatego oprócz monitorowania śluzu powinno się śledzić też inne biomarkery, co ułatwi utrzymanie zdrowia ginekologicznego [12].

Indywidualne prowadzenie pary

Metoda leczenia niepłodności, jaką jest naprotechnologia polega na ścisłej współpracy małżeństwa, instruktora i lekarza. Instruktorzy prowadzący daną parę szukają odpowiednich dla niej rozwiązań. Charakteryzuje ich indywidualne podejście do każdego przypadku oraz kompleksowa pomoc nawet w najtrudniejszych sytuacjach [16].

Pierwsze spotkanie z osobami zainteresowanymi leczeniem metodami naprotechnologii rozpoczyna się tzw. sesją wprowadzającą. Uczestniczy w niej kilka par jednocześnie, a podczas jej trwania przedstawiane są podstawowe zasady stosowane podczas leczenia. Po sesji wprowadzającej para podejmuje decyzję, czy chce

wziąć udział w leczeniu. Jeśli tak, to nabywa materiały dydaktyczne i rozpoczyna prowadzenie obserwacji i zapisów pod okiem instruktora. Początkowo para uczy się prowadzić obserwacje i odpowiednio je zapisywać. Przy czym bardzo istotne jest, aby potrafiła wyznaczyć dzień owulacji. Następnie para uczy się zauważać wszelkie nieprawidłowości, aby można było podjąć działania zmierzające do wyleczenia choroby, która powoduje niepłodność [12].

Spotkania z instruktorem trwają cały rok, a podczas nich analizowane są dane z cykli zapisywane przez kobiety w karcie, co umożliwia wgląd w postępy terapeutyczne. Na jej podstawie instruktor stwierdza, czy istnieją jakieś zaburzenia u kobiety i sporządza wnioski. Do jego zadań należą także sporządzenie profilu hormonalnego i konsultacja danego przypadku z lekarzem [12].

Małżonkowie w trakcie terapii czynnie uczestniczą w procesie diagnostycznym i leczniczym poprzez prowadzenie obserwacji i rejestrację biomarkerów, a świadomość pary na temat własnej płodności wzrasta [15].

Przebieg ciąży i porodu po leczeniu metodami naprotechnologii

Kobiety starające się o dziecko zwykle są już starsze, często po 35. roku życia, a jak wiemy, wiek pacjentki ma wpływ na płodność, ponieważ komórki jajowe starzeją się wraz z organizmem kobiety. Dlatego też im starsza pacjentka, tym większe jest ryzyko wystąpienia powikłań, do których zaliczamy:

- wady wrodzone,
- poród przedwczesny,
- niską masę urodzeniową,
- zwiększoną umieralność okołoporodową [17].

Przyczyną wad wrodzonych często są problemy zdrowotne związane z niepłodnością, a nie sam proces leczenia. Podobnie sytuacja wygląda, jeśli chodzi o zwiększone ryzyko poronień, których wystąpienie jest zazwyczaj związane ze starszym wiekiem matki oraz z jej zaburzeniami zdrowotnymi. Dlatego też wystąpienie powikłań okołoporodowych w przypadku leczenia metodą naprotechnologii jest związane z wiekiem i problemami zdrowotnymi pacjentki, a nie z samą metodą leczenia. Jeśli chodzi o zalecenia w trakcie ciąży, to są one takie same jak w przypadku ciąży fizjologicznej. Co oznacza, że pacjentka powinna suplementować kwas foliowy oraz jeśli istnieje taka potrzeba, przyjmować leki zgodnie z zaleceniami lekarza. Aktywność fizyczna, którą można podejmować w trakcie ciąży, to spacerowanie, pływanie, joga i gimnastyka. Jednak należy unikać nadmiernego wysiłku oraz sportów urazowych, takich jak: jazda konna, jazda na rowerze i narciarstwo. Często kobiety pytają, czy mogą pracować zawodowo. Jest to zależne od rodzaju wykonywanej

przez nie pracy. W trakcie ciąży kobiety powinny unikać pracy w warunkach szkodliwych dla zdrowia oraz dźwignia ciężarów. Niewskazana jest praca w godzinach nocnych. Jeżeli ciąża przebiega prawidłowo, a kobieta czuje się dobrze, to może kontynuować pracę zawodową, nawet jeśli ciąża jest wynikiem leczenia niepłodności metodami naprotechnologii [17]. W trakcie ciąży bardzo istotne jest przeprowadzanie regularnych badań ginekologicznych. Jeśli nie istnieją żadne zaburzenia, a ciąża przebiega prawidłowo, to przeprowadzane są tak często jak w przypadku ciąży fizjologicznej. Pierwsza wizyta powinna nastąpić przed końcem 10. tygodnia ciąży. Następnie odbywa się siedem wizyt przed upływem 40. tygodnia ciąży. Później częstość badań lekarskich zależy od przebiegu ciąży. Mogą być konieczne wizyty lekarskie nawet co 3 dni. Po 41. tygodniu ciąży pacjentka może zostać skierowana do szpitala. Po leczeniu niepłodności badania dodatkowe przeprowadzane są zależnie od stanu zdrowia pacjentki. Jeżeli są konieczne, to lekarz powinien zlecić ich wykonanie. Natomiast w przypadku gdy istnieje zwiększone ryzyko wystąpienia powikłań ciąży i porodu, pacjentka powinna zostać odpowiednio wcześniej skierowana do określonych ośrodków. Po upływie 21. tygodnia osoba prowadząca ciążę powinna skierować pacjentkę do położnej środowiskowej, która zajmie się nią po porodzie [17–18].

Przebieg porodu u pacjentek po leczeniu niepłodności nie różni się od tego, który jest wynikiem ciąży bez wcześniejszego procesu leczenia. Jeżeli nie ma żadnych przeciwwskazań zdrowotnych bądź komplikacji, to może się on zakończyć porodem naturalnym, a pacjentka nie musi być wcześniej hospitalizowana. Ciężarna może przygotować sobie plan porodu, który omówi z położną przed porodem. Pacjentka ma prawo do zdecydowania, czy chce mieć przed porodem wykonaną lewatywę i ogolone krocze. W trakcie porodu może zaistnieć konieczność zastosowania interwencji medycznych, które nie są stosowane rutynowo. Należą do nich nacięcie krocza, stymulacja czynności skurczowej, zabieg amniotomii, podawanie opioidów oraz zakończenie porodu za pomocą cięcia cesarskiego. Pacjentka zostanie poinformowana o konieczności przeprowadzenia interwencji medycznej [19].

Kobieta może przyjmować w trakcie porodu pozycje wertykalne oraz stosować różne metody łagodzenia bólu, zarówno farmakologiczne, jak i nefarmakologiczne. Przy porodzie może być obecna osoba bliska, będąca wsparciem dla rodzącej. W trakcie I okresu porodu co 15 minut oceniana jest częstość akcji serca dziecka. Jeżeli istnieje taka konieczność, to pacjentka jest podłączona do aparatu KTG w trakcie całego porodu. Podczas II okresu porodu czynność serca dziecka

oceniana jest po każdym skurczu, a sama akcja porodu powinna odbywać się spontanicznie. Trzeci okres porodu jest to urodzenie łożyska i może trwać nawet do godziny. Natomiast IV okres porodu to czas od urodzenia łożyska i trwa on 2 godziny. W tym czasie pacjentka przebywa w sali porodowej, oceniane są krwawienie z dróg rodnych oraz parametry stanu ogólnego [19].

Emocje podczas ciąży i porodu

Niepłodność jest trudną chorobą. Zmienia parę, a emocje, które pojawiają się podczas leczenia, bywają trudne. Dla przyszłych rodziców okres ciąży i porodu to ciągły strach o to, czy ciąża się utrzyma i czy rozwija się prawidłowo. U większości kobiet, które przeszły proces leczenia niepłodności, dużym problemem jest obniżone poczucie własnej wartości. Dlatego też pacjentki mogą mieć duże obawy przed porodem naturalnym, a sam poród może okazać się trudny. W takich sytuacjach ważną rolę odgrywają wsparcie osoby bliskiej oraz wcześniejsza edukacja pacjentki przez położną [20].

Metoda naprotechnologii stosowana w Polsce

Naprotechnologia w Polsce istnieje od 2007 roku i zyskuje coraz większą popularność. Dzięki dużej liczbie zainteresowanych lekarzy i położników nową metodą następuje jej dynamiczny rozwój. Zdaniem prof. Hilgersa „Polska ma potencjał i możliwości, aby stać się centrum naprotechnologii w Europie” [12].

W 2008 roku ukończył szkolenie pierwszy polski lekarz konsultant – P. Klimas, oraz pierwsza polska instruktorka modelu Creighton – A. Pietrusińska. W tym samym roku odbyło się pierwsze w Polsce szkolenie instruktorów i lekarzy naprotechnologii, w którym brało udział 20 instruktorów i 6 lekarzy z całego kraju [12].

W 2009 roku powstała w Polsce pierwsza klinika leczenia niepłodności metodą naprotechnologii, która została założona przez T. Wasilewskiego w Białymstoku. Kolejny taki ośrodek powstał rok później w Lublinie i został założony przez M. Barcentewicza, polskiego ginekologa-położnika [12].

Dzięki rozwojowi naprotechnologii w Polsce istnieje szansa na zmniejszenie zarówno problemu niepłodności, jak i ilości chorób w położnictwie i ginekologii [12].

Leczenie metodami naprotechnologii dzięki dokładnej diagnozie i wielowymiarowemu leczeniu uzyskuje wysoką skuteczność [15].

W celu przedstawienia skuteczności leczenia metodami naprotechnologii wykorzystano wyniki badań zebranych przez M. Barcentewicza.

Wskaźnik ciąży po leczeniu metodami naprotechnologii, w przedziałach czasowych:

- do 12. miesiąca terapii 44% kobiet zaszło w ciążę;

- do 24. miesiąca terapii uzyskano 62% ciąż;
- do 48. miesiąca terapii udało się uzyskać aż 71% ciąż [2].

W przypadku leczenia, gdy przyczyną niepłodności była endometrioza, wyniki przedstawiają się następująco:

- do 12. miesiąca doszło do 45% poczęć;
- do 24. miesiąca doszło do 65% poczęć;
- do 36. miesiąca udało się uzyskać 78% poczęć [2].

Skuteczność leczenia, gdy przyczyną był PCOS:

- po 12 miesiącach uzyskano 40% ciąż;
- po 24 miesiącach uzyskano 65% ciąż;
- po 48 miesiącach uzyskano 90% ciąż [2].

Wskaźnik ciąż zakończonych porodem i uzyskanych dzięki leczeniu metodami naprotechnologii wynosi około 50%, a w niektórych grupach chorych sięga nawet 80%. Natomiast w przypadku niepłodności męskiej skuteczność wynosi 40% [15].

Większą skuteczność leczenia udałoby się osiągnąć poprzez przekonanie małżeństwa do współpracy z instruktorem przez odpowiednio długi czas. Często pacjenci tracą cierpliwość, nie są nastawieni na długofalową współpracę. Nie zdają sobie sprawy, że na zapłodnienie trzeba poczekać, czasem nawet do 2 lat lub dłużej [3].

Na leczenie niepłodności metodami naprotechnologii składa się kilka etapów: etap szkoleniowy, diagnostyczny, leczniczy i oczekiwanie na poczęcie. Koszty leczenia, jakie ponosi para, są różne w zależności od etapu [13]. W polskich warunkach są następujące:

- koszty etapu szkoleniowego: materiały szkoleniowe to wydatek około 200 zł; wydatki związane ze szkoleniami wynoszą od 800 do 1200 zł [4];
- koszty etapu diagnostyczno-leczniczego: wizyty lekarskie około 250 zł jedna, w ciągu roku odbywa się około 4 wizyt; badania dodatkowe – koszty są zależne od potrzeb i cenników poszczególnych laboratoriów [4].

W skład podstawowej diagnostyki wchodzi 8 badań hormonalnych. Łącznie jest to koszt około 200 zł. Natomiast w każdym kolejnym cyklu przeprowadza się 2 badania hormonalne, których cena to około 50 zł. Wykonuje się również badania USG w celu monitorowania owulacji. Każde takie badanie to koszt od 80 do 200 zł. Koszty badań dodatkowych mogą wzrosnąć do 1500 – 2000 zł na rok, ponieważ są wykonywane w zależności od potrzeb [4].

Koszty leczenia szpitalnego częściowo są refundowane przez NFZ, jednak nie pokrywają całkowitych kosztów leczenia. Dodatkowe kwoty pojawiają się w przypadku operacji chirurgicznych, na prowadzenie profilaktyki przeciwrostowej i chirurgii laserowej [4, 13].

Podsumowanie

Współcześnie leczenie niepłodności opiera się przede wszystkim na farmakoterapii i zabiegach chirurgicznych. Gdy te formy leczenia okażą się nieskuteczne, można stosować techniki wspomaganego rozrodu lub naprotechnologię.

Dla partnerów zmagających się z problemem niepłodności bardzo stresujący jest proces diagnozowania i leczenia, wiąże się to z lękiem o postawioną diagnozę oraz o to, jakie będzie rokowanie. Okres ciąży i porodu to ciągły strach o to, czy ciąża się utrzyma i czy rozwija się prawidłowo.

Leczenie niepłodności metodami naprotechnologii polega na dokładnej obserwacji kobiecego organizmu według modelu Creighton pod okiem wykwalifikowanego instruktora.

Wskaźnik ciąż zakończonych porodem i uzyskanych dzięki leczeniu metodami naprotechnologii wynosi około 50%. W przypadku męskiej niepłodności skuteczność wynosi około 40%.

Piśmiennictwo

1. Kowalski E. Człowiek i bioetyka. Kraków: Homo Dei; 2015. 41–45.
2. Barczeniewicz M. Naprotechnology – skuteczność i możliwości jej wykorzystania w Polsce. Lublin: Biuro Analiz Sejmowych. Opinia zlecona; 2009. 1–15.
3. Zimoń M, Zimoń M. Płodność. Powrót do źródeł. Warszawa: Inspiracje; 2012. 100–139.
4. Witczak-Błoszczyk K. Za i przeciw Naprotechnologii w świetle badań opinii lekarzy ginekologów. W: Krajewska-Kułak E, Łukaszczuk C, Lewko J, Kułak W (red.). W drodze do brzegu życia. T. XI. Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Wydział Nauk o Zdrowiu; 2013. 117–130.
5. Krawczak A. Drogi ku płodności. Wszystko o leczeniu, diagnostyce i metodach wsparcia w niepłodności. Warszawa: Dom Wydawniczy Zocharek; 2011. 18–22, 167–170.
6. Radwan J, Wotczyński S. Niepłodność i rozród wspomaganym. Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne; 2011. 15–17, 47–65.
7. Łepecka-Klusek C. Niepłodność w świetle definicji choroby podanej przez WHO. Med Ogólna Nauki Zdr. 2012; 18: 163–166.
8. Pisarski T, Szamatowicz M. Niepłodność. Warszawa: PZWL; 1997. 19–58, 298–301, 311–337.
9. Jerzak A. Psychologiczne aspekty niepłodności i ich leczenie, <http://zaplodnieni.pl/Artykuly/abc-nieplodnosci/Psychologiczne-aspekty-nieplodnosci-i-ich-leczenie> (data dostępu: 07.11.2016).
10. Opala T. Ginekologia. Podręcznik dla położnych, pielęgniarek i fizjoterapeutów. Warszawa: PZWL; 2003. 133–145, 153–158, 170–175.
11. Ledwig K. Diagnostyka i terapia niepłodności w NaProTECHNOLOGY™. Praca magisterska. Wrocław: Akademia Medyczna we Wrocławiu; 2012, 20–21, 56–98., <http://naprotechnologia.wroclaw.pl/wp-content/uploads/2012/11/Diagnostyka-i-terapia-nieplodnosci-w-NaProTECHNOLOGY.pdf> (data dostępu: 12.11.2016).

12. Marzec P. Naprotechnologia. Nowoczesna troska o płodność. Tarnów; 2015. 88–159.
13. Wiater E. Naprotechnology. Ekologia płodności. Kraków: eSRe; 2009. 11–70.
14. Barcentewicz M. Zdrowie prokreacyjne. Naprotechnology w diagnozowaniu i leczeniu niepłodności. Poznań: Polskie Stowarzyszenie Nauczycieli Naturalnego Planowania Rodziny, Oddział Poznań; 2010. 20.
15. Bassa B. Naprotechnology – nadzieją dla niepłodnych małżonków, http://studia_aloisiana.tftu.sk/wp-content/uploads/2013/05/NaProTechnology-n%C3%A1dej-pre-ne-plodn%C3%BDch-man%C5%BEelov-PL.pdf (data dostępu: 16. 10. 2016).
16. Terlikowski TP. W rozmowie z prof. Thomasem W. Hilgersem: Nadzieja na dziecko, czyli cała prawda o naprotechnologii. Warszawa: Fronda; 2015. 87–129.
17. Kończakowska H. Ciąża i dzieci urodzone po leczeniu niepłodności, <http://wylecz.to/pl/ciaza/nieplodnosc/ciaza-i-dzieci-urodzone-po-leczeniu-nieplodnosc.html> (data dostępu: 12.11.2016).
18. Suszczewicz N. W trosce o płodność. Naprotechnology i Creighton Model System. Położna Nauka Prakt. 2012; 4: 8–11.
19. Standardy opieki okołoporodowej, <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/zdrowie-matki-i-dziecka/opieka-okoloporodowa/standard-opieki-okoloporodowej/> (data dostępu: 12.11.2016).
20. Echa niepłodności w ciąży i porodzie, <http://louloudi.pl/2016/01/03/echa-nieplodnosc-w-ciazy-i-porodzie/> (data dostępu: 12.11.2016).

Artykuł przyjęty do redakcji: 21.10.2017.

Artykuł przyjęty do publikacji: 24.05.2018.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Katarzyna Plagens-Rotman

ul. Maksymiliana Jackowskiego 41

60-512 Poznań

tel.: 61 854 72 27

e-mail: rotman@ump.edu.pl

Katedra Zdrowia Matki i Dziecka, Uniwersytet Medyczny

im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu



Recenzenci „Pielęgniarstwa Polskiego” w roku 2017

- dr hab. Agnieszka Bień, Uniwersytet Medyczny w Lublinie (Polska)
- dr Aleksandra Gutysz-Wojnicka, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie (Polska)
- dr Tomasz Guzel, Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)
- dr Renata Jabłońska, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu (Polska)
- dr Mariusz Jaworski, Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)
- dr Bożena Kulesza-Brończyk, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku (Polska)
- dr Anna Majda, Uniwersytet Jagielloński (Polska)
- dr Wioletta Mędrzycka-Dąbrowska, Gdański Uniwersytet Medyczny (Polska)
- dr Mariusz Panczyk, Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)
- dr Małgorzata Postuszna-Lamperska, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
- dr Dorota Rębak, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach (Polska)
- dr Bogusław Stelcer, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
- dr Magda Strugała, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
- dr Barbara Tamowicz, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
- dr Joanna Zdanowska, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
- dr hab. Jakub Żurawski, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)



WSKAZÓWKI DLA AUTORÓW

WSTĘP

Informacje dla autorów

„Pielęgniarstwo Polskie” jest kwartalnikiem. Zamieszcza recenzowane prace oryginalne, pogładowe i kazuistyczne oraz recenzje książek, sprawozdania ze zjazdów naukowych, notatki kronikarskie, wspomnienia pośmiertne itp. napisane w języku polskim oraz angielskim. Czasopismo ukazuje się w papierowej wersji pierwotnej oraz w wersji elektronicznej w systemie open-access na stronie internetowej <http://www.pielęgniarstwo.ump.edu.pl/>. Siedziba redakcji czasopisma mieści się w Katedrze Pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, ul. Mariana Smoluchowskiego 11, 60-179 Poznań.

Zgłoszenia prac

Prace należy przesyłać drogą elektroniczną poprzez internetowy system redakcyjny przetwarzania prac „Open Journal Systems” (OJS), dostępny w zakładce „zgłaszanie manuskryptów on-line”. Pracę należy wprowadzić do systemu zgodnie z instrukcją, po uprzednim zalogowaniu się lub zarejestrowaniu – w przypadku braku swojego konta w systemie. W procesie zgłaszania pracy w systemie OJS należy pamiętać o wprowadzeniu danych:

- imię i nazwisko wszystkich autorów z afiliacją (skorzystać z opcji „dodać autora”),
- skan wypełnionego druku **Oświadczenia autorów** w pliku pomocniczym systemu edytorskiego. Wzór oświadczenia dostępny jest na: [oswiadczenie.doc](#),
- adres autora, do którego będzie kierowana korespondencja. Adres należy wpisać wyłącznie w biogramie pod afiliacją wybranego autora. Należy podać: imię i nazwisko, pełny adres (ulica, kod, miejscowość), numer telefonu (służbowy), e-mail, afiliację autora.

Przygotowanie manuskryptu

Tekst powinien być napisany 12-punktową czcionką Times New Roman, z odstępem między wierszami 1,5 (półtora odstępu), 2,5 cm marginesem z każdej strony, bez sformatowania, tj. bez twardych spacji, znaków końca linii, przy użyciu tzw. miękkich enterów. Powinien być wyjustowany (wyrównany do lewego i prawego marginesu). Należy pisać zwykłą czcionką w kolorze jednolicie czarnym (dopuszcza się wytłuszczenie tytułów i podtytułów), bez wyróżnień dużymi literami, bez rozstrzelania, podkreśleń linią ciągłą itp. W liczbach miejsca dziesiętne należy oddzielać przecinkami (nie kropkami). Akapity należy rozpoczynać wcięciem przy użyciu odpowiedniego polecenia w edytorze tekstu (bez używania tzw. enterów). Przed zapisem z tekstu należy usunąć wszystkie zaznaczenia używane podczas redagowania tekstu w edytorze. Prace w języku angielskim powinny być napisane poprawną angielszczyzną. Plik należy zapisać w formacie: DOC lub DOCX. Kolejne strony należy ponumerować, zaczynając od strony tytułowej.

Praca powinna zawierać, w kolejności:

- stronę tytułową,
- streszczenie w języku polskim i angielskim,
- słowa kluczowe w języku polskim i angielskim,
- manuskrypt wraz z tabelami, rycinami, fotografiami,
- piśmiennictwo wg stylu Vancouver,
- informację o źródłach finansowania i konflikcie interesów.

Strona tytułowa

Zawiera tytuł pracy w języku polskim i angielskim. W tytule nie należy zamieszczać skrótów. Prosimy o niepodawanie danych dotyczących nazwisk autorów i ich afiliacji ze względu na anonimowość recenzji.

Strona druga

Zawiera streszczenie w języku polskim i angielskim. **Streszczenie** w pracach oryginalnych powinno mieć charakter struk-

GUIDANCE FOR AUTHORS

INTRODUCTION

Information for authors

‘Pielęgniarstwo Polskie’ (‘Polish Nursing’) is a quarterly. It prints reviewed original research, opinion articles and case studies, book reviews, conference reports, notes on events, obituaries, etc. in both Polish and English. ‘Pielęgniarstwo Polskie’ (‘Polish Nursing’) is published in the open-access on the following website: <http://www.pielęgniarstwo.ump.edu.pl/>. The editorial office is located in the Chair of Nursing, Poznan University of Medical Sciences, Smoluchowskiego 11, 60-179 Poznan.

Paper submission

Papers should be submitted electronically via the editorial journal processing system ‘Open Journal Systems’ (OJS), available in ‘submission of manuscripts on-line’. The paper should be entered into the system in accordance with the instructions, after logging in or registering if you are new to the system. When submitting papers in the OJS be sure to enter the following data:

- all authors’ first names and surnames with affiliation (use the option ‘add the author’),
- the completed scanned form of **Authors’ declarations** in the auxiliary file of the editorial system. The model declaration is available on: [oswiadczenie.doc](#),
- the corresponding author’s address. The address should be entered only in the biographical note under the affiliation of the author in question. Please provide: name, full address (street, post code, town), office telephone number, e-mail address, author’s affiliation.

Manuscript preparation

The text should be written with 12 spot font Times New Roman, with the space between the lines 1.5 (one and a half space), 2.5 cm margin from every side, without editing, i.e. without hard spaces, end of the line signs (so-called soft enters). It should be justified (balanced to the left and right-hand margins). One should write with an ordinary font in black exclusively (greased titles and subtitles are possible), without upper case distinctions, spacing out or underlining with the solid line, etc. In numbers, decimals should be separated by commas (not dots). Paragraphs should begin indented using the appropriate commands in a text editor (without using the so-called breaks between). Before saving, one must remove all selections used when editing the text. Papers in English should be written in the correct English language. The file should be saved in the format: DOC or DOCX. Pages should be numbered, starting with the title page.

The paper should include, in order:

- title page,
- abstract in Polish and English,
- key words in Polish and English,
- manuscript with tables, figures and photographs,
- literature prepared in accordance with the Vancouver style,
- information on sources of funding and conflict of interest.

Title page

It includes the paper title in Polish and in English. The title should not contain abbreviations. Please, do not include authors’ names and affiliations due to review anonymity.

Second page:

It contains abstracts in Polish and in English. **The abstract** of original papers should be structural – it should contain: **Intro-**



turalny – zawierać: **Wstęp, Cel, Materiał i metody, Wyniki, Wnioski**; w przypadku prac kazuistycznych – **Wprowadzenie, Cel, Opis przypadku, Wnioski**; w przypadku prac poglądowych – **Wstęp, Podsumowanie kolejnych rozdziałów, Podsumowanie/Wnioski**. Streszczenie (w języku polskim oraz angielskim) powinno zawierać nie więcej niż 250 słów.

Należy unikać skrótów, a w przypadku ich użycia podać wyjaśnienie przy pierwszym zastosowaniu.

Pod streszczeniem należy umieścić słowa kluczowe – nie więcej niż pięć w języku polskim i angielskim, spośród wymienionych w Medical Subject Headings (MeSH).

Strona trzecia i kolejne

Powinny zawierać zasadniczy tekst pracy.

PRACA ORYGINALNA

Praca w tej kategorii przedstawia wyniki oryginalnych badań przeprowadzonych w dziedzinach zgodnych z obszarem zainteresowań czasopisma (zob. Wstęp). Konstrukcja tekstu powinna być następująca:

Wprowadzenie powinno zawierać syntetycznie ujętą podstawę teoretyczną i empiryczną badania wraz z jego uzasadnieniem, bez szczegółowego, obszernego przeglądu literatury i wcześniejszych badań.

Cel pracy powinien być jasno określony i nawiązywać do informacji podanych we **Wprowadzeniu**.

Materiał – opis powinien być na tyle szczegółowy, aby możliwa była replikacja badania.

Metody – opis powinien być na tyle szczegółowy, aby możliwa była replikacja badania. W przypadku stosowania wcześniej opublikowanych metod i narzędzi badawczych należy podać stosowne przypisy bibliograficzne.

Wyniki powinny być przedstawione w sposób jasny i zwięzły, bez szczegółowego powtarzania informacji zawartych w tabelach i rycinach.

Dyskusja powinna podkreślać znacznie wyników badań własnych w kontekście literatury przedmiotu. Nie powinna powtarzać wyników ani zastępować przeglądu piśmiennictwa.

Wnioski powinny mieć uzasadnienie w przeprowadzonym badaniu.

Tekst pracy nie powinien przekraczać 6 tys. słów, tj. ok. 12–15 stron (łącznie z tabelami, rycinami i **Piśmiennictwem**). **Piśmiennictwo** nie powinno przekraczać 25 pozycji. Należy podać informację o zgodzie właściwej komisji bioetycznej na przeprowadzenie badania (w części **Materiał** lub **Metody**).

PRACA POGLĄDOWA

Prace w tej kategorii dotyczą przeglądu wiedzy na temat ważnych zagadnień, istotnych odkryć w zakresie pielęgniarstwa i dziedzinach pokrewnych. Układ publikacji poglądowej różni się od publikacji oryginalnej brakiem opisu przeprowadzonych badań, a zamiast dyskusji wyników zawiera kolejne rozdziały stanowiące główną część pracy (np. zestawione z sobą wnioski z innych publikacji). Zalecany jest podział tekstu na rozdziały opatrzone zwięzłymi tytułami i/lub śródtytułami. **Podsumowanie/Wnioski** zawierają własne przemyślenia wynikające z przeprowadzonego przeglądu piśmiennictwa opisanego w poszczególnych rozdziałach pracy. Objętość pracy nie może przekraczać 6 tys. słów, tj. ok. 12–15 stron (łącznie z **Piśmiennictwem**). **Piśmiennictwo** nie powinno przekraczać 40 pozycji.

PRACA KAZUISTYCZNA

Praca kazuistyczna opisuje jeden lub więcej interesujących, rzadkich przypadków. Praca powinna mieć następujący układ: **Wprowadzenie, Opis przypadku, Dyskusja**. Objętość nie może przekraczać 2,5 tys. słów, tj. ok. 3–4 stron (łącznie z **Piśmiennictwem**).

duction, Aim, Material and methods, Results and conclusions; in case studies – **Introduction, Aim, Case, Conclusions**; in review papers – **Introduction, Summary of each chapter, Summary/Conclusions**. The abstract (in Polish and English) should contain no more than 250 words.

Abbreviations should be avoided, and when used, the explanation of the first application should be given.

Under the abstract key words should be included – not more than 5 in Polish and English, from among those listed in the Medical Subject Headings (MeSH).

Third and next pages

They should contain the main text of the paper.

ORIGINAL PAPER

The original paper presents results of original investigations conducted in the field of nursery and medicine in general (see Introduction). The paper should be divided into:

Introduction – it should contain a synthetically recognized theoretical and empirical framework of the research along with its justification, without a detailed, comprehensive literature review and previous studies.

Aim – it should be clearly defined and should refer to the information included in the Introduction

Material – the description should be sufficiently detailed to allow for the study replication

Methods – the description should be sufficiently detailed to allow for the study replication. When using previously published methods and research tools, provide the appropriate bibliographical references.

Results – they should be presented in a clear and concise way, without a detailed repetition of the information contained in tables and figures.

Discussion – it should emphasize the importance of one's own research results in the context of literature. It should not repeat results or replace the literature review.

Conclusions – they should be justified in the research carried out.

The text should not exceed 6000 words, i.e. about 12–15 pages (including tables, figures and **References**). **References** should not exceed 25 items. Please provide information on the approval of conducting the research by the relevant bioethics committee (in Material or Methods).

OPINION ARTICLE

Opinion articles concern fundamental findings in the field of nursery and medicine in general. The opinion article structure is different from the original paper in the lack of the conducted study description and, instead of Discussion, it contains subsequent chapters constituting the main part of the paper (e.g. summarized conclusions from other publications). It is recommended to divide the text into chapters with concise titles and/or subtitles. **Summary/Conclusions** contain authors' own reflections resulting from the literature review, as described in separate chapters of the paper. The text should not exceed 6000 words, i.e. about 15–20 pages (including **References**).

CASE STUDY

The case study presents one or more interesting rare cases or clinical conditions. The paper should be divided into: **Introduction, Case description** and **Discussion**. The text should not exceed 2500 words, i.e. about 3–4 pages (including **References**).



PODSUMOWANIA ZJAZDÓW I INNE TEKSTY INFORMACYJNE (por. Wstęp)

Artykuły w tej kategorii nie powinny przekraczać 1–1,5 tys. słów (2 strony).

PIŚMIENNICTWO

Piśmiennictwo powinno być napisane na oddzielnej stronie, wg standardu Vancouver. Należy podawać tylko pozycje związane z tematem pracy i uwzględnione w tekście manuskryptu. Cytowania powinny być numerowane w kolejności ich występowania w tekście i powinny być oznaczane cyframi arabskimi w nawiasach kwadratowych. W spisie piśmiennictwa każda kolejna pozycja powinna być pisana od nowego wiersza i poprzedzona numerem. Należy przestrzegać jednolitej interpunkcji wg wzorów:

W przypadku źródeł z czasopisma należy podać: nazwiska autorów i pierwsze litery imion, następnie: tytuł artykułu, tytuł czasopisma z zastosowaniem obowiązujących skrótów wg bazy danych MedLine (zawsze zakończone kropką), rok publikacji, tom, numer strony pierwszej i ostatniej. Nie należy podawać źródeł: „w druku”, „w przygotowaniu”, „informacja ustna”.

Przykład:

1. Kowalski J, Nowak J. Nozologiczne aspekty bólów głowy. *J Med.* 2007; 1: 12–27.

W przypadku cytatu z książki należy podać: nazwiska autorów i pierwsze litery imion, następnie: tytuł książki, siedzibę i nazwę wydawnictwa, rok wydania, numer strony pierwszej i ostatniej.

Przykład:

2. Pawlak P. *Życie i umieranie.* Warszawa: PWN; 2007. 12–32.

W przypadku cytowania rozdziału pochodzącego z książki należy podać: nazwisko/nazwiska i pierwsze litery imion autora/autorów tegoż rozdziału, tytuł rozdziału cytowanej książki, nazwisko i imię autora (redaktora) książki, tytuł książki, siedzibę i nazwę wydawnictwa, rok wydania, numer pierwszej i ostatniej strony cytowanego rozdziału.

Przykład:

3. Pawlak P. *Życie i umieranie.* W: Malinowski A (red.). *Gerontologia.* Warszawa: PWN; 2007. 12–32.

W przypadku cytowania materiału elektronicznego (Internetu) należy podać: nazwiska autorów i pierwsze litery imion, następnie: tytuł artykułu, pełny adres strony internetowej oraz datę dostępu (datę wejścia).

TABELE

Tabele należy wykonać w programie Word dla Windows. Powinny być w formie edytowalnej, z ograniczeniem linii wertykalnych. Tabele powinny być oznaczone numerami arabskimi, z użyciem pełnego wyrazu **Tabela**, a nie skrótu *tab.* (np. Tabela 5). Tytuły w języku polskim i angielskim powinny znajdować się nad tabelami. Tekst w tabeli powinien być napisany czcionką *Arial Narrow CE* wielkości 10 pkt. Szerokość tabeli nie powinna przekraczać 8 cm lub 16 cm. Wnętrze tabeli powinno zawierać również wersję angielską. Liczba tabel powinna być ograniczona do niezbędnego minimum.

RYCINY

Wykresy należy wykonać w programie Word dla Windows lub Excel. Ilustracje należy zapisać w formacie TIF lub JPG. Ryciny należy podpisywać w języku polskim i angielskim z użyciem numeracji arabskiej, bez używania skrótu *ryc.* (czyli np. Rycina 5). Tytuły w języku polskim i angielskim powinny być napisane w programie Word, edytowalne i powinny znajdować się pod rycinami. Liczba rycin powinna być ograniczona do niezbędnego minimum.

CONFERENCE REPORTS AND OTHER INFORMATION TEXTS (compare Introduction)

The text should not exceed 1000–1500 words (2 pages).

REFERENCES

Literature should be presented on a separate sheet of paper using the Vancouver style. Only references related to the topic of the paper should be included in the text of the manuscript. Quotations should be numbered according to their appearance in the text and marked using Arabic numerals in square brackets. Each new item in the list of references should be written in a new line, preceded by a number. Homogeneous punctuation should be respected as follows:

The sequence for a journal article should be the following: authors' names and first names, paper title, journal title abbreviated as in the MedLine database (always ended up with a dot), year of publication, volume number, first and last page numbers. One should not include references: 'in print', 'to appear soon', 'oral information'.

Example:

1. Kowalski J, Nowak J. Nozologiczne aspekty bólów głowy. *J Med.* 2007; 1: 12–27.

The sequence for the book should be as follows: authors' names and first letters of their first names, book title, place and edition of publication, year of publication, first and last page numbers.

Example:

2. Pawlak P. *Życie i umieranie.* Warszawa: PWN; 2007.12–32.

The sequence for the book chapters should be as follows: chapter authors' names and first letters of their first names, chapter title, book title, book authors, place and edition of publication, year of publication, chapter first and last page numbers.

Example:

3. Pawlak P. *Życie i umieranie.* W: Malinowski A (red.). *Gerontologia.* Warszawa: PWN; 2007.12–32.

The sequence for the Internet should be as follows: authors' names and first letters of their first names, paper title, full address of the website, access date.

TABLES

Tables should be prepared in Word for Windows. They should be in the editable form, limiting vertical lines. All tables should be numbered using Arabic numerals and a full word 'TABLE', not an abbreviation 'tab.' (e.g. Table 5). The titles in both Polish and English should be placed above tables. The text in the table should be written in 10-point *Arial Narrow CE* font. The width of the table should not exceed 8 cm or 16 cm. The interior of the table should also include the English version. The number of tables should be limited to the necessary minimum.

FIGURES

Charts should be prepared in Word for Windows or Excel. Illustrations must be saved in JPG or TIF format. Figures should be provided with Polish and English captions and numbered using Arabic numerals, with no abbreviation 'fig.' (e.g. Figure 5). Titles in Polish and English should be written in Word, they should be editable and should be placed under figures. The number of figures should be limited to the necessary minimum.



OŚWIADCZENIE AUTORÓW

Do każdej pracy należy dołączyć oświadczenie autorów, że praca nie była drukowana wcześniej w innym czasopiśmie. Aby przeciwdziałać przypadkom *ghostwriting* oraz *ghost authorship*, redakcja prosi autorów nadsyłanych prac o podanie informacji, jaki jest ich wkład w przygotowanie pracy. Informacja powinna mieć charakter jakościowy, tzn. autorzy zobowiązani są podać, czy ich wkład w powstanie publikacji polegał na opracowaniu koncepcji, założeniach, metod, protokołu itp. Autorzy są także proszeni o podanie źródeł finansowania badań, których wyniki są prezentowane w nadsyłanej pracy. Załączone do pracy oświadczenie powinno być podpisane przez wszystkich autorów zgłaszanej pracy.

SKRÓTY

Skróty należy objaśniać przy pierwszym wystąpieniu, umieszczając je w nawiasie po pełnym tekście. Należy sprawdzić poprawność użytych skrótów. W tytule i streszczeniu zaleca się unikania skrótów. W tabelach i rycinach użyte skróty powinny być wyjaśnione w podpisach znajdujących się poniżej.

PROCEDURA RECENZOWANIA

Wszystkie artykuły podlegają wstępnej ocenie Redaktora Naczelnego lub jednego z członków Rady Naukowej, którzy mogą odrzucić pracę lub przesać ją do recenzji zewnętrznej. Podwójnie anonimowy system recenzowania przez przynajmniej dwóch ekspertów w danej dziedzinie jest stosowany dla artykułów zaakceptowanych do dalszej oceny. Po otrzymaniu recenzji Redaktor Naczelny podejmuje decyzję o akceptacji artykułu do druku, akceptacji po drobnej poprawie, akceptacji po zasadniczej poprawie lub odrzuceniu. Autorzy otrzymują uwagi do manuskryptu niezależnie od decyzji. W przypadku akceptacji pracy wymagającej poprawy **autorzy zobowiązują się ustosunkować się do recenzji w ciągu 30 dni**. Redakcja zastrzega sobie prawo poprawienia usterek dotyczących stylistyki, mianownictwa i skrótów oraz poprawek wersji w języku angielskim – bez uzgodnienia z autorem.

PRAWA AUTORSKIE

W przypadku akceptacji artykułów do druku wydawca nabywa do nich prawa autorskie, a wszelkie reprodukcje wersji elektronicznej lub papierowej nie mogą być dokonywane bez zgody wydawcy.

AUTHORS' DECLARATIONS

Each manuscript should be accompanied by authors' declarations that the paper has never before been published in any other journal. To counteract the occurrence of 'ghostwriting' or 'ghost authorship' phenomena the Editorial Board asks all listed authors of submitted papers to provide information on their contribution to manuscript preparation. The information has to be qualitative in character, i.e. the authors should state whether their work included preparation of the conceptual framework, assumptions, methods, protocol, etc. Authors are also asked to state sources of funding for research, the results of which are presented in the submitted paper. The declaration, attached to the manuscript, should be signed by all authors of a submitted paper.

ABBREVIATIONS

Abbreviations must be defined in full along with their first appearance in the text. They should be placed in brackets after a full text. Their correctness should be checked. Avoiding abbreviations in titles and abstracts is recommended. Abbreviations used in tables and figures should be defined in captions below.

REVIEWING PROCEDURE

All submitted papers are initially evaluated by the Chief Editor or a member of the Academic Council. The manuscripts may be turned down or reviewed further by two reviewers who do not know authors' names or the name of authors' institutions. On receiving the reviews, the Chief Editor decides whether the manuscript should be published, published after slight corrections, published after essential corrections or rejected. Authors receive remarks on the paper regardless of the decision made. If the manuscript is to be published after corrections, **authors are required to express their opinion on reviews within 30 days**.

The Editor reserves the right to make any adjustments of style, terminology and abbreviations as well as corrections of the English version without asking for the author's consent.

COPYRIGHTS

In case manuscripts are to be published, the Editor acquires the copyrights and no electronic or hard copy can be made without the Editor's consent.

