

WYŻSZA SZKOŁA MEDYCZNA LZDZ w LEGNICY

**ACTA SCHOLAE SUPERIORIS
MEDICINAE LEGNICENSIS**

Nr 2/2008

Seria: Prace dyplomowe (2)

PRACA ZBIOROWA

**Jakość życia ludzi chorych i przewlekle
chorych a działania pielęgniarstwa**

LEGNICA 2008

Zespół redakcyjny serii:

Dr Jolanta Bielawska

Mgr Małgorzata Modl

Mgr Danuta Wałęga-Szych

Doc. dr Adam Klar

Doc. dr Ryszard Pękała

Mgr Aleksander Pękała

Redaktor tomu:

Mgr Danuta Wałęga-Szych

SPIS TREŚCI

Słowo wstępne.....	5
Joanna Książek: <i>Znaczenie koronarografii w diagnostyce choroby niedokrwiennej serca.</i> (Promotor: dr nauk med. Jolanta Pietras).....	7
Katarzyna Oleksiak: <i>Ocena jakości życia pacjentów ze stomią jelitową.</i> (Promotor: dr nauk med. Tomasz Dawiskiba)	15
Iwona Połączarz: <i>Jakość pracy pielęgniarki w szpitalu.</i> (Promotor: doc. dr nauk ekon. Adam Klar)	29
Dorota Pszonka-Maziarz: <i>Jakość życia kobiet po mastektomii.</i> (Promotor: mgr piel. Danuta Wałęga-Szych).....	43
Renata Rosenbeiger-Żelazko: <i>Krioterapia ogólnoustrojowa stosowana u pacjentów z zespołem bólowym kręgosłupa.</i> (Promotor: dr hab. nauk med. Stanisław Szymaniec)	55
Ilona Kłosińska: <i>Postępowanie pielęgnacyjno-rehabilitacyjne u osób po urazie rdzenia kręgowego w odcinku piersiowo-lędźwiowym w okresie regeneracyjno-kompensacyjnym.</i> (Promotor: dr nauk med. Jolanta Bielawska)	61
Małgorzata Antoniewicz: <i>Jakość życia pacjentów po zawale mięśnia sercowego.</i> (Promotor: mgr piel. Danuta Wałęga-Szych).....	69
Ewa Bac: <i>Jakość życia chorych na cukrzycę typu 2.</i> (Promotor: mgr piel. Danuta Wałęga-Szych).....	79

Beata Fiedorowicz:

Problemy pielęgnacyjne pacjentów z cukrzycą i zespołem stopy cukrzycowej.

(Promotor: mgr piel. Krystyna Przybyła)..... 89

Anna Gruzińska:

Jakość życia osób dializowanych.

(Promotor: mgr piel. Krystyna Przybyła)..... 97

Beata Manowiec:

Rola pielęgniarstwa w opiece nad pacjentem z chorobą Parkinsona.

(Promotor: dr hab. nauk med. Stanisław Szymaniec) 109

Słowo wstępne

Chorobami przewlekłymi nazywamy w medycynie te, których jedną z podstawowych cech jest długotrwały przebieg. Dolegliwości zdrowotne nie mijają, a wręcz przeciwnie – utrzymują się latami albo nasilają się w miarę upływu czasu. Oprócz długiego czasu trwania choroby przewlekłe cechuje brak skłonności do całkowitego samoistnego ustępowania patologicznych zmian w narządach i w ustroju. Największym problemem są choroby nie ustępujące w całości ani nie rokujące całkowitego ustąpienia pod wpływem znanych do tej pory w medycynie zabiegów i środków leczniczych oraz rehabilitacji. Niekiedy leki mogą znacznie poprawić samopoczucie chorych, łagodzić cierpienia, a nawet przywracać im na dłuższy lub krótszy czas zdolność do względnie samodzielnego i swobodnego życia. Z natury tych chorób wynika, że zupełnego wyleczenia nie daje się osiągnąć, tak, że celem medycyny jest łagodzenie i hamowanie ich przebiegu.

Choroby przewlekłe dotyczą coraz większej populacji społeczeństwa. Powoduje to negatywne skutki w niemal każdej sferze życia:

- obniża się sprawność organizmu i samopoczucie fizyczne,
- pogarsza się samopoczucie psychiczne (przeciwstawne emocje mogą występować naprzemiennie, np.: obniżenie nastroju, drażliwość, agresja, lęk, obojętność, zależność emocjonalna),
- zmienia się rytm życia (zostaje podporządkowany chorobie – zażywaniu leków, wizytom lekarskim, zabiegom),
- zmienia się wygląd (wyniszczenie, otwarte rany, łysienie, okaleczenie po operacjach chirurgicznych),
- maleje życiowa aktywność (fizyczna, zawodowa, towarzyska, samoobsługowa),
- zmienia się ilość i rodzaj kontaktów z innymi ludźmi (może pojawiać się w nich rozpacz, litość, izolowanie; zwykle zamiera życie erotyczne i aktywność seksualna),
- następują zmiany w hierarchii wartości (zwykle zachwiane zostaje poczucie sensu życia; większego niż dotychczas znaczenia nabierają wartości niematerialne, np. relacje z bliskimi, religia).

Duże znaczenie ma podtrzymanie dobrego nastroju chorego, wiary w celowość leczenia i zabiegów. Wiarę tę wytwarza chory na podstawie obserwacji swego otoczenia, jego zachowań, a zwłaszcza na podstawie wypowiedzi lekarza, pielęgniarki, psychologa, rodziny. Wszystko, co utwierdza w mniemaniu, że będzie lepiej i zdrowie powróci, jest przez chorego z ulgą i nadzieją przyjmowane i to nawet wówczas, kiedy obiektywny stan rzeczy nie jest pocieszający. Nadzieja jest bowiem jedną najbardziej aktywnych sił pędowych instynktu samozachowawczego.

To czego chory przewlekłe potrzebuje najbardziej to prostego, zwykłego kontaktu z drugim człowiekiem. Rozmowa jest cennym i skutecznym środkiem leczniczym. Pacjent chory przewlekłe oczekuje rozmowy i wyjaśnień, aby mógł radzić sobie lepiej z trudnościami życia co-

dziennego. Pozytywne relacje w środowisku, w rodzinie są źródłem wsparcia społecznego i wpływają pozytywnie na jakość życia pacjentów chorych przewlekle.

W dobie współczesnego rozwoju medycyny szczególnego znaczenia nabrało zainteresowanie jakością życia osób przewlekle chorych. Obecnie celem leczenia jest już nie tylko uratowanie i przedłużenie życia, ale coraz częściej zwraca się uwagę na jakość życia pacjentów. Obecnie jakość życia w medycynie oznacza całościowe spojrzenie na problemy pacjenta, służy umacnianiu zdrowia w szerokim jego aspekcie, dostarcza informacji o funkcjonowaniu chorego w ważnych dla niego dziedzinach. Służy jako doskonałe kryterium oceny efektywności leczenia.

Niniejszy tom jest drugim z kolei wyborem prac licencjackich, które zostały napisane w ramach realizacji projektu nr Z/2.02/II/2.1/2/06 „Studia pomostowe dla dolnośląskich pielęgniarek” – zgodnie z priorytetem 2 – Wzmocnienie rozwoju zasobów ludzkich w regionach, oraz Działaniem 2.1 – Rozwój umiejętności powiązany z potrzebami regionalnego rynku pracy i możliwości kształcenia ustawicznego w regionie.

Tom ten zawiera jedenaście wybranych prac licencjackich, głównym tematem których jest jakość życia pacjenta przy różnych schorzeniach:

- chorobie niedokrwiennej serca (praca p. Joanny Książek),
- u pacjentów po zabiegu wyłonienia stomii jelitowej (praca p. Katarzyny Oleksiak),
- u kobiet po przeprowadzonym zabiegu mastektomii (praca p. Doroty Pszonki-Maziarz),
- u pacjentów po zawale mięśnia sercowego (praca p. Małgorzaty Antoniewicz),
- cukrzycy (prace p. Ewy Bac i p. Beaty Fiedorowicz),
- u pacjentów dializowanych (praca p. Anny Gruzińskiej),
- chorobie Parkinsona (praca p. Beaty Manowiec),
- zespole bólowym kręgosłupa (praca p. Renaty Rosenbeiger-Żelazko),
- urazie rdzenia kręgowego w odcinku piersiowo-lędźwiowym (praca p. Ilony Kłosińskiej).

Wszystkie te prace, oprócz podstawowego zagadnienia jakości życia pacjenta z danym schorzeniem, zajmują się ponadto zagadnieniami opieki pielęgniarskiej, specyficznymi dla konkretnego schorzenia.

Na odrębną uwagę zasługuje praca p. Iwony Połęczarz, w której autorka dokonała oceny jakości pracy pielęgniarki w szpitalu, na podstawie przeprowadzonej ankiety wśród pacjentów, dla których pobyt w szpitalu był pobytem pierwszym.

Z uwagi na ograniczoną wielkość tomu oraz z chęci przedstawienia jak największej liczby autorów, publikowane tutaj są jedynie fragmenty prac. Z tego też względu pominięto spisy treści oraz wykazy bibliograficzne, pominięto też odnośniki.

Joanna Książek

Znaczenie koronarografii w diagnostyce choroby niedokrwiennej serca

(Promotor pracy: dr nauk med. Jolanta Pietras)

Wstęp

Choroby układu krążenia ze względu na częstość występowania stanowią jeden z najistotniejszych problemów współczesnej medycyny. Występują na pierwszym miejscu przyczyn umieralności w Polsce, powodują około 50% wszystkich zgonów wśród Polaków. W ostatnich latach można zaobserwować tendencję spadkową tych danych, co wynika z postępów w diagnostyce i terapii chorób układu krążenia.

Choroba niedokrwienne serca jest najczęściej występującą chorobą układu krążenia. W chorobie tej dochodzi do zwężenia się światła naczyń wieńcowych w przebiegu zmian miażdżycowych. Następstwem tej choroby jest zmniejszenie wydolności fizycznej i komfortu życia, źle rozpoznana i nieprawidłowo leczona prowadzi do ostrych zespołów wieńcowych, zawału serca, czyli do stanów będących zagrożeniem życia. Wczesne rozpoznawanie i zapobieganie postępowi choroby wieńcowej stało się możliwe od 1959 r., kiedy to wprowadzono do diagnostyki koronarografię.

Cele pracy

- Przybliżenie tematyki z zakresu budowy serca i naczyń wieńcowych.
- Omówienie zagadnień związanych z chorobą niedokrwienia serca: epidemiologii, etiologii, prewencji.
- Przedstawienie aspektów diagnostyki nieinwazyjnej i inwazyjnej choroby niedokrwiennej serca.
- Ukazanie znaczenia koronarografii w diagnostyce choroby wieńcowej serca, poprzez analizę danych z Pracowni Hemodynamiki w MCZ S.A. w Lubinie w latach 2000-2007.

Choroba niedokrwienne serca

Choroba niedokrwienne serca występuje u 30% mężczyzn i 15% kobiet. Pierwszą rozpoznaną postacią choroby wieńcowej może być:

- dławica piersiowa – 40%
- zawał mięśnia sercowego – 40%
- nagła śmierć sercowa – 20%.

Szacuje się, że w Polsce choruje na chorobę wieńcową około 1 mln osób. Każdego roku zapada na zawał serca ok. 100 tysięcy osób ze śmiertelnością 40 tysięcy/rok, a na niestabilną chorobę wieńcową ok. 80 tysięcy ze śmiertelnością ok. 16 tysięcy/rok. Dane te pozwalają na otrzymanie obrazu rozmiaru, jaki osiągnęły obecnie choroby układu krążeniowo-sercowego, zwłaszcza choroba niedokrwienna serca, która stanowi bardzo poważny problem dla zdrowia publicznego.

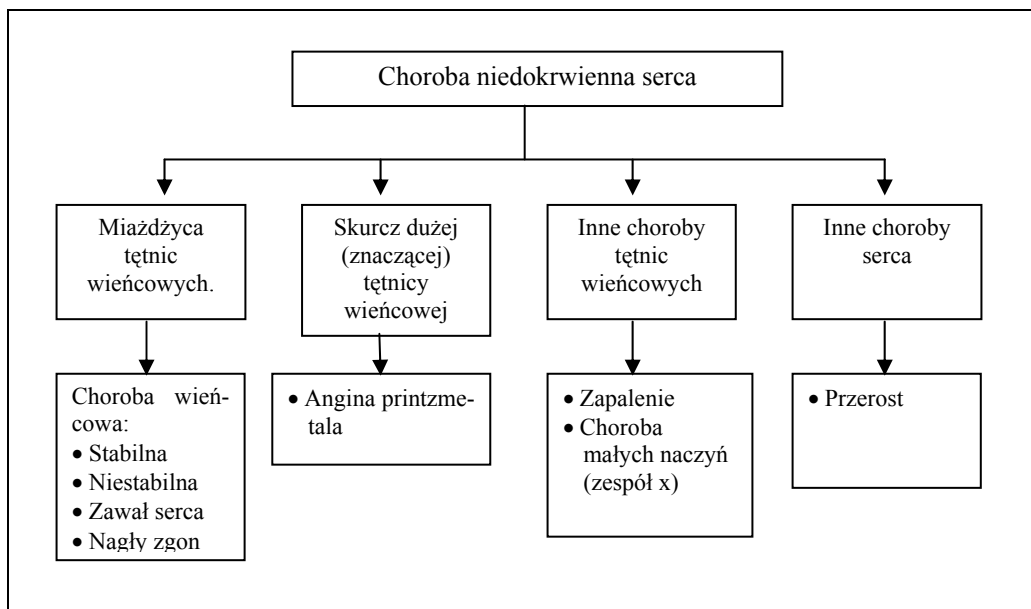
Czynniki ryzyka choroby niedokrwiennej serca dzieli się na:

- ustalone, nie podlegające zmianie: wiek, płeć męska, uwarunkowania rodzinne;
- potencjalnie poddające się zmianie, modyfikowalne:
- silnie powiązane: podwyższony poziom cholesterolu lub inne dyslipidemie, palenie papierosów, nadciśnienie, cukrzyca,
- słabe powiązanie: osobowość, otyłość, dna moczanowa (podwyższony poziom kwasu moczowego w surowicy krwi), miękka woda, brak ruchu, pigułka antykoncepcyjna, nadużywanie alkoholu.

Kliniczne aspekty choroby wieńcowej

Choroba niedokrwienna serca stanowi zespół objawów klinicznych o różnej patogenezie, spowodowany niedostatecznym dostarczeniem tlenu i związków energetycznych w stosunku do aktualnego zapotrzebowania mięśnia sercowego. Przyczyną tych objawów jest zaburzenie wielkości przepływu wieńcowego. Objawowy okres miażdżycy tętnic wieńcowych nazywa się chorobą wieńcową. Przyczyny niedokrwienia mięśnia sercowego zostały przedstawione na schemacie 2.

Schemat 2. Przyczyny niedokrwienia mięśnia sercowego [7].



Klasyfikacja

Obecnie stosuje się ocenę zaawansowania stabilnej choroby niedokrwiennej serca według klasyfikacji przyjętej przez Polskie oraz Europejskie Towarzystwa Kardiologiczne za Kanadyjskim Towarzystwem Kardiologicznym (CCS). Klasyfikacja ta w zależności od poziomu aktywności fizycznej wyzwalającej ból wieńcowy wyodrębnia cztery stopnie (tabela 3).

Tab.3 Klasyfikacja dławicy piersiowej wg Kanadyjskiego Towarzystwa Kardiologicznego [37].

Klasa CCS	Objawy
I	Codzienna aktywność, jak spacer czy wchodzenie po schodach nie powoduje bólu w klatce piersiowej. Ból wieńcowy występuje jedynie przy nasilonym lub nagłym lub przedłużonym wysiłku fizycznym.
II	Nieznaczne ograniczenie aktywności fizycznej, szybki spacer, szybkie wchodzenie po schodach zwłaszcza podczas działania zimna lub po obfitym posiłku lub wkrótce po obudzeniu ze snu powodują bóle wieńcowe. Dolegliwości pojawiają się po przejściu 200 m lub po wejściu na I piętro.
III	Istotne ograniczenie codziennej aktywności fizycznej. Ból wieńcowy występuje po przejściu 100 - 200 metrów lub wejściu poniżej I piętra.
IV	Dyskomfort w klatce piersiowej występuje przy najmniejszym wysiłku. Bóle występują także w spoczynku.

Kategorie oceny ryzyka

1. Ryzyko niskie: obecność jednego czynnika ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego. Leczenie takich chorych polega na zmianie stylu życia. Docelowe jest osiągnięcie **stężenia cholesterolu LDL poniżej 160 mg/dl**.

2. Ryzyko umiarkowane: obecność kilku czynników ryzyka (innych niż cukrzyca). Odpowiednie postępowanie łączy zmianę stylu życia i leczenie farmakologiczne. Docelowe jest osiągnięcie **stężenia cholesterolu LDL poniżej 130 mg/dl**.

3. Ryzyko wysokie: obecność cukrzycy lub jakiegokolwiek oznaki sugerującej miażdżycę. Dane epidemiologiczne wskazują, że zagrożenie epizodem sercowym jest u diabetyków tak duże jak u chorych z udokumentowaną chorobą wieńcową i powinni być oni leczeni zgodnie z wytycznymi prewencji wtórnej. Pacjenci z grupy wysokiego ryzyka powinni być leczeni intensywnie. Niezbędne jest stosowanie leków obniżających stężenie cholesterolu z grupy statyn. Docelowe jest osiągnięcie **stężenia cholesterolu LDL poniżej 100 mg/dl [39]**.

Powyższy podział ułatwia ustalenie planu zmniejszenia czynników ryzyka oraz edukację pacjentów przy jednoczesnym motywowaniu ich do postępowania zgodnego z planem leczniczym.

Zmiany stylu życia w zapobieganiu chorobie wieńcowej:

- dieta,
- dążenie do osiągnięcia należnej masy ciała (schudnięcia),
- ćwiczenia – wysiłek fizyczny jest następną ważną składową programu zmiany stylu życia. Regularnie podejmowany pomaga w osiągnięciu idealnej wagi i ma pozytywny wpływ na stężenia lipidów i ciśnienie krwi,
- zaprzestanie palenia [39].

Diagnostyka choroby wieńcowej

W rozpoznawaniu choroby wieńcowej wykorzystywane są różne metody diagnostyczne. Należą do nich: badanie lekarskie, badania nieinwazyjne i badania inwazyjne.

W badaniach lekarskich wyróżnia się:

- Wywiad.
- Badanie fizykalne (ogłądanie, obmacywanie, określenia cech tętna, opukiwanie, osłuchiwanie tonów i szmerów serca).

W badaniach nieinwazyjnych można wymienić następujące badania:

- Spoczynkowe EKG.
- Badania laboratoryjne: cholesterol z frakcjami, glukoza, kwas moczowy w surowicy krwi.
- Elektrokardiograficzna próba wysiłkowa.
- Spoczynkowa echokardiografia.
- Echokardiografia obciążeniowa (wysiłkowa, test z dobutaminą).
- Scyntygrafia serca.
- 24-godzinny zapis EKG metodą Holtera.

W badaniach inwazyjnych natomiast stosuje się koronarografię i ultrasonografię wewnątrznaczyniową (IVUS).

Diagnostyka inwazyjna – koronarografia

Angiokardiografia jest to obrazowa metoda badania:

- jam serca (wentrykulografia),
- aorty (aortografia),
- naczyń wieńcowych serca (koronarografia).

Koronarografia jest specjalistycznym, kontrastowym badaniem inwazyjnym oceniającym stan naczyń odpowiedzialnych za prawidłowe ukrwienie serca. Jej celem jest ustalenie zarówno morfologicznego, jak i czynnościowego stanu naczyń z oceną przepływu oraz udokumentowanie reakcji ściany tętnicy na podawane leki [16]. Inaczej mówiąc, **koronarografia** jest kardiologicznym zabiegiem diagnostycznym wykorzystującym metodę radiologiczną, którego wynik umożliwia precyzyjną ocenę zmian drożności tętnic doprowadzających krew do mięśnia sercowego. Zabieg ten jest wykonywany w pracowni badań hemodynamicznych [6].

Dzięki badaniu inwazyjnemu jakim jest koronarografia można ostatecznie **zdiagnozować chorobę wieńcową** – czyli stwierdzić obecność zmian zwężeniowych w tętnicach wieńcowych

oraz oszacować ich wielkości. Po jej przeprowadzeniu można ustalić dalsze postępowanie terapeutyczne. Koronarografia jest obecnie jedną z podstawowych i powszechnie używanych metod pozwalających ocenić stan tętnic wieńcowych. Ponieważ jest to badanie inwazyjne i wiąże się z nim ryzyko powikłań w związku z tym kwalifikacja musi być uzasadniona.

Wskazania do koronarografii:

- Wybór optymalnej metody leczenia u chorego z rozpoznaną chorobą niedokrwioną serca.
- Ustalenie stanu tętnic wieńcowych u osób, u których istnieją wątpliwości diagnostyczne, a korzyści z uściślenia rozpoznania są większe niż ryzyko jego wykonania.
- Ocena krążenia wieńcowego u chorego kwalifikowanego do operacyjnego leczenia wady wrodzonej lub nabytej serca.

Przeciwwskazania do koronarografii mogą być bezwzględne i względne.

- **Bezwzględne:** brak zgody pacjenta na badanie, ciąża.
- **Względne:** ciężka niewydolność krążenia, nadciśnienie tętnicze przekraczające 200 mm Hg, alergia na środek cieniujący, hipokaliemia, zatrucie naparstnicą, gorączka, niewydolność nerek, nawracający częstoskurcz komorowy lub migotanie komór, nadczynność tarczycy, antykoagulacja.

Powikłania koronarografii

Koronarografia jest badaniem inwazyjnym, mimo to jest zabiegiem stosunkowo bezpiecznym. Poważne powikłania występują u mniej niż 2% wszystkich cewnikowanych pacjentów.

Podział powikłań:

- Krwawienia, krwiaki, tętniaki.
- Nadwrażliwość na środek cieniujący.
- Reakcja na uraz wynikający z wprowadzenia lub usunięcia koszulki hemodynamicznej.
- Zaburzenia pracy nerek.
- Arytmie komorowe.
- Incydenty naczyniowo- mózgowo.
- Zawał mięśnia sercowego.
- Zgon.

Ocena badania koronarograficznego

Zakres interpretacji wyniku badań koronarograficznych:

- lokalizacja miejsca zwężeń naczyń wieńcowych,
- określenie wartości procentowych zwężenia światła tętnicy,
- ocena stanu perfuzji i przepływu mięśnia sercowego.

Znaczenie koronarografii w diagnostyce choroby wieńcowej serca – analiza ilości przeprowadzonych badań hemodynamicznych w pracowni MCZ S.A. w Lubinie w latach 2000-2007.

Pracownia hemodynamiczna MCZ S.A w Lubinie powstała w styczniu 2000 roku z powodu dużego zapotrzebowania w zakresie kardiologii inwazyjnej na terenie województwa dolnośląskiego. Oto kilka danych o tej Pracowni:

- 31.01.2000 r. – pierwszy zabieg koronarografii.
- 03.04.2000 r. – pierwszy zabieg angioplastyki z implantacją stentu.
- 01.05.2001 r. – pierwszy zabieg angioplastyki w zawale serca.
- 01.01.2002 r. – 24-godzinny dyżur hemodynamiczny – leczenie zawałów.
- 01.09.2005 r. – otwarcie drugiej Pracowni Hemodynamiki.

Badania angiograficzne tętnic wieńcowych znajdują szerokie zastosowanie i mają ogromne znaczenie terapeutyczne. Koronarografia pozwala na obiektywną ocenę krążenia wieńcowego, uwidocznienie liczby i umiejscowienia zwężeń co umożliwia:

- działania lecznicze likwidacji zwężenia przez wykonanie angioplastyki lub założenia stentu,
- w przypadku zawału mięśnia sercowego we wczesnym okresie choroby, udrożnienia zamkniętej tętnicy i odpowiednim postępowaniem uchronienie mięśnia sercowego przed martwicą,
- kwalifikację do zabiegu operacyjnego przez założenie pomostów naczyniowych – CABG,
- ocena angiograficzna naczyń wieńcowych ma zasadnicze znaczenie w podjęciu decyzji leczniczych. Pozwala na dyskwalifikację leczenia operacyjnego, gdy zmiany mają charakter rozsiany i podjęcie uzasadnionej decyzji terapii wyłącznie zachowawczej.

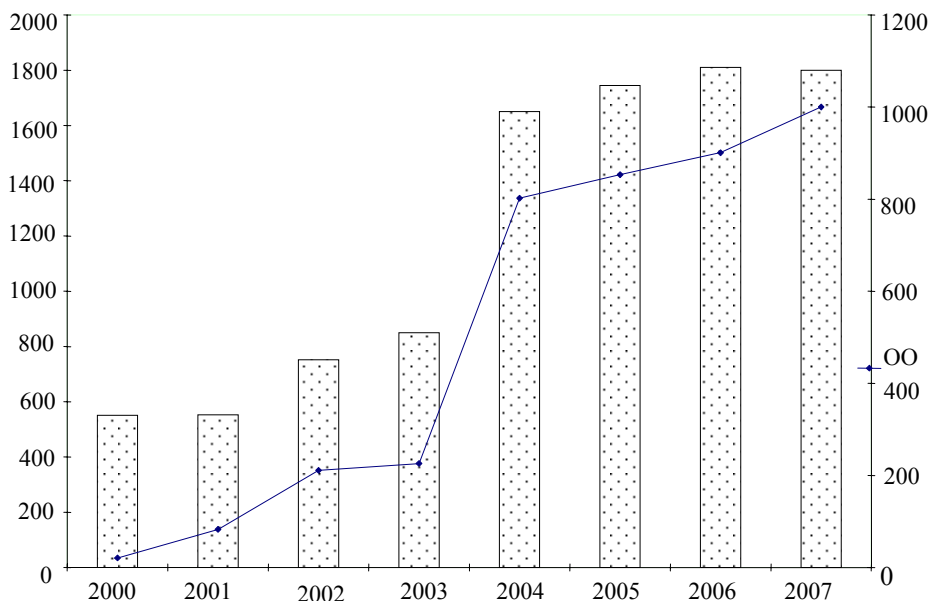
Liczba koronarografii i zabiegów PTCA wykonanych w pracowni hemodynamicznej MCZ S.A w latach 2000-2007 została przedstawiona w tabeli 6.

Tab.6 Liczba wykonanych koronarografii, angioplastyk wieńcowych w latach 2000-2007 [59].

ROK	KORO	PTCA
2000	551	21
2001	553	83
2002	752	211
2003	850	226
2004	1650	802
2005	1745	853
2006	1810	901
2007	1800	1000
RAZEM	9711	4097

Wykres 2 Trend wzrostowy ilości koronarografii (wykres kolumnowy) i zabiegów PTCA (wykres liniowy) wykonanych w pracowni hemodynamicznej MCZ S.A. w Lubinie w latach 2000-2007[59].

Liczba koronarografii i PTCA wykonanych w pracowni hemodynamicznej MCZ S.A w Lubinie w latach 2000-2007



Analiza danych z pracowni lubińskiej jest odzwierciedleniem tendencji wzrostu liczby badań koronarograficznych na terenie całej Polski.

Podsumowanie

W ostatnim dziesięcioleciu w Polsce zmniejszyła się znacznie umieralność z powodu chorób układu krążenia. Obecnie metody inwazyjne nadal pozostają rozstrzygającymi badaniami wykonywanymi w celu zdiagnozowania choroby wieńcowej. Dostarczają informacji o zaawansowaniu choroby, pomagają w ustaleniu planu terapeutycznego.

Nie można jednak pominąć roli badań nieinwazyjnych, które wskazują na prawdopodobieństwo choroby wieńcowej i stanowią wskazanie do badań inwazyjnych. Najważniejszym elementem w diagnostyce choroby niedokrwiennej serca pozostaje ocena globalnego ryzyka rozwoju tego schorzenia przez lekarza prowadzącego.

Trudno jest zakwestionować znaczenie koronarografii szczególnie w oparciu o dane z ilości wykonywanych badań w pracowni hemodynamicznej MCZ S.A w Lubinie jak i w innych pracowniach na terenie Polski. Na przełomie lat 2000-2007 liczba badań zwiększyła się o ok. 250% w Lubinie, a nawet o 500% na terenie Polski.

Ocena jakości życia pacjentów ze stomią jelitową

(Promotor: dr nauk med. Tomasz Dawiskiba)

Wstęp

Rozwój nauk medycznych dał możliwość skutecznego leczenia chorób wcześniej nieuleczalnych. Dzięki temu wydłużyło się życie człowieka i jednocześnie wzrosła liczba osób wymagających specjalnej troski. Wśród nich są osoby ze stomią jelitową. Najczęściej przyczyną wytworzenia stomii jelitowej jest rak jelita grubego. Choroba ta w wielu krajach, także w Polsce, należy do najczęściej występujących nowotworów złośliwych przewodu pokarmowego i występuje przede wszystkim w szóstej i siódmej dekadzie życia.

Stomia (w języku greckim oznacza otwór) jest to sztuczne, lecz celowo wykonane połączenie światła narządu jamistego z powierzchnią ciała, skórą. Stomia jelitowa inaczej zwana sztucznym bądź brzuszny odbytem wylaniana jest operacyjnie ze wskazań planowanych lub pilnych.

Przyczyny wyłonienia stomii

Wzrost zachorowalności na nowotwory jelita grubego oraz inne schorzenia, takie jak choroby zapalne, urazy jelit, spowodowały, że pomimo dynamicznego rozwoju technik chirurgicznych, a także wprowadzenia tzw. szwu mechanicznego, liczba wykonywanych stomii nie uległa zmniejszeniu. Każdy chirurg podczas zabiegu operacyjnego usuwając przyczynę lub ognisko choroby dąży do odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego, gdyż ma to istotny wpływ na jakość życia i późniejsze funkcjonowanie pacjenta.

Zewnętrzne przetoki jelitowe wykonywane są najczęściej w przypadkach takich schorzeń, jak:

- nowotwory jelita grubego – stanowiące około 90% przypadków,
- wrzodziejące zapalenie jelita grubego,
- choroba Leśniowskiego-Crohna,
- mnoga rodzinna polipowatość jelita grubego,
- nisko umiejscowione gruczolaki typu *adenoma villosum*,
- niedokrwienie jelit (*collitis ischemica*),
- urazy odbytnicy,
- inne sytuacje szczególne: nie gojące się odleżyny, kłykciny kończyste.

Wśród innych, znacznie rzadszych przyczyn wykonywania Stomil, wymienia się:

- choroby urologiczne,
- zapalne choroby jelita grubego,
- choroby przełyku i żołądka.

O wskazaniach do wyłonienia stomii decyduje:

- choroba podstawowa i jej lokalizacja,
- zastosowany typ i rodzaj operacji,
- obecność i zaawansowanie zapalenia otrzewnej,
- choroby towarzyszące,
- ogólny stan zdrowia chorego.

Nowotwór jelita grubego

Rak jelita grubego (*carcinoma colonie*) może występować w różnych miejscach. W 50% umiejscawia się w odbytnicy, w 25% w esicy, w innych miejscach pojawia się rzadziej. Nowotwór najczęściej występuje u osób starszych. Jego wzrost w pierwszym okresie obejmuje błonę śluzową i mięśniową oraz tkankę podśluzową jelita, w drugim okresie zmiana nowotworowa przekracza ścianę jelita i szerzy się na otoczenie, w trzecim okresie stwierdza się przerzuty w węzłach chłonnych lub innych narządach.

Objawy kliniczne zależą od umiejscowienia procesu nowotworowego, jego zaawansowania oraz rodzaju rozrostu. Jeżeli guz umiejscowiony jest w wyższym odcinku jelita grubego, a więc wstępnicy i poprzecznicy, objawy są niecharakterystyczne: uczucie pełności, biegunki na przemian z zaparciami. Guz w niższym odcinku jelita grubego powoduje zaparcia, stolce cienkie, uformowane jak ołówki. Rak odbytu powoduje stałe uczucie parcia na stolec. Po defekacji chory ma uczucie niepełnego wypróżnienia i po chwili odczuwa potrzebę oddania stolca. Do innych objawów należą: krwawienie utajone lub jawne, stolce śluzowe, wyczuwalny badaniem *per rectum* guz, bóle w dole brzucha, niezamierzone chudnięcie, wzdęcia brzucha, brak łaknienia, niedrożność, zmiana rytmu wypróżnień, naprzemienne biegunki i zaparcia, powiększenie wątroby, wyczuwalny przez powłoki guz.

Rozwój raka jelita grubego warunkuje wiele czynników. Najważniejsze z nich to czynniki genetyczne i czynniki środowiskowe.

Powikłania stomii i zasady postępowania

Wczesne powikłania stomii jelitowej pojawiają się w ciągu pierwszych dni lub tygodni po zabiegu operacyjnym. Są to zarówno powikłania dermatologiczne, jak i wczesne miejscowe powikłania chirurgiczne.

Powikłania dermatologiczne są najczęstszym typem powikłań stomii i występują u większości pacjentów. Do powikłań dermatologicznych zalicza się zapalenie skóry wokół stomii oraz alergiczne zapalenie skóry.

Miejscowe powikłania chirurgiczne są przeważnie wynikiem mało starannej techniki operacyjnej, a przede wszystkim nieodpowiedniego przygotowania jelit do operacji wyłonienia stomii. Do wczesnych powikłań chirurgicznych należą: obrzęk stomii, krwawienie z błony śluzowej stomii, krwawienie ze światła przetoki, martwica stomii, wciągnięcie i wpadnięcie stomii, zakażenie rany stomijnej lub ropień, przetoka okołostomijna.

Do powikłań ogólnoustrojowych stomii z kolei zalicza się: powikłania psychosocjalne, seksualne, metaboliczne (głównie dotyczą ileostomii).

Standardy opieki nad chorym z wylonioną stomią

Proces pooperacyjnej adaptacji pacjenta do stomii zależy od szeregu czynników, takich jak:

- choroba podstawowa,
- sylwetka i kondycja psychofizyczna pacjenta,
- umiejętność radzenia sobie w trudnej sytuacji,
- zasób wiedzy i umiejętności praktycznych w zakresie pielęgnacji stomii,
- prawidłowe umiejscowienie i wytworzenie stomii,
- wsparcie ze strony rodziny, poradni stomijnej i grup samopomocy, np. Polskiego Towarzystwa Opieki nad Chorymi ze Stomią.

Model opieki nad chorym ze sztucznym odbytem brzuszny obejmuje trzy okresy:

- **przedoperacyjny** (okres diagnozowania chorego i przygotowania go do zabiegu operacyjnego),
- **śródooperacyjny** (wylonienie sztucznego odbytu i zaopatrzenie na stole operacyjnym w sprzęt stomijny),
- **pooperacyjny** (przygotowanie chorego do samoopieki).

Założenia i cele pracy (w części badawczej)

Przyjęto założenie, że przy pielęgnowaniu stomii i rozwiązywaniu wszelkich problemów z tym związanych niezbędna jest profesjonalna pomoc personelu medycznego.

Celem niniejszej pracy jest ocena jakości życia pacjentów ze stomią jelitową. Przedmiotem badań jest przeanalizowanie i przesledzenie problemów pacjentów dotyczących jakości ich życia w związku z wylonieniem stomii jelitowej, problemów wynikających z jej pielęgnacją oraz określenie ich potrzeb.

Material badawczy

Badania przeprowadzono wśród pacjentów Oddziału Chirurgii Ogólnej – I Oddziału Chirurgii Onkologicznej w Legnicy oraz Poradni Stomijnej działającej przy Chirurgii Onkologicznej w Legnicy. Badaniami objęto 30 osób. Były to osoby przede wszystkim z kolostomią i ileostomią, po okresie co najmniej 2 lat od leczenia zasadniczego, potrzebnego do uzyskania stabilizacji jakości życia. Ocenie jakości życia poddano zatem wyłącznie pacjentów leczonych chirurgicznie.

Metody i narzędzia badawcze

W celu przeprowadzenia badań w niniejszej pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z użyciem techniki ankietowej. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety, który został opracowany dla przedstawionego celu badań. Przygotowany został dla chorych z wylonioną stomią jelitową. Zawarto w nim 39 pytań. Były to zarówno pytania otwarte, pytania zamknięte, pytania półotwarte z ułożonym zasobem odpowiedzi oraz pytania komunikatywne, w których ankietowani mieli prawo wyboru kilku możliwych odpowiedzi.

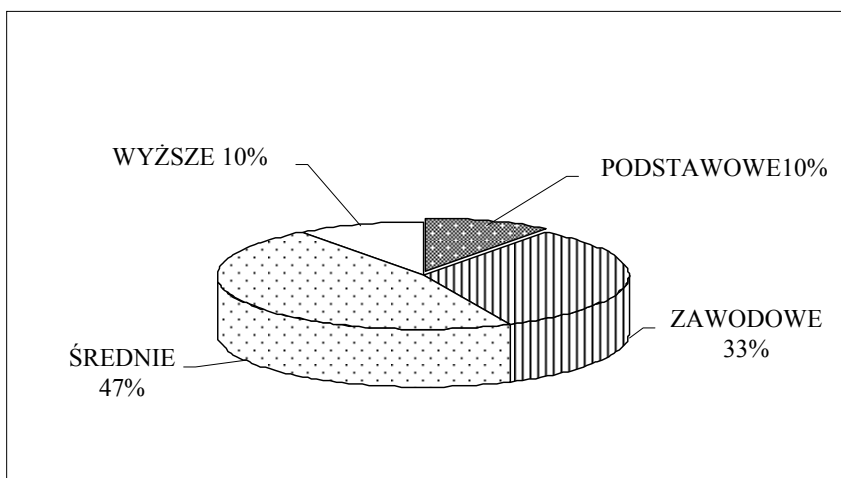
Charakterystyka grupy badawczej

Badaniem objęto grupę 30 pacjentów z wylonioną stomią jelitową, w której 53% (16 pacjentów) stanowiły kobiety, a 47% (14 pacjentów) stanowili mężczyźni. Wszyscy są pacjentami Oddziału Chirurgii Ogólnej – I Oddziału Chirurgii Onkologicznej w Legnicy oraz Poradni Stomijnej działającej przy Chirurgii Onkologicznej w Legnicy.

Wiek badanej grupy pacjentów mieścił się w przedziale od 40 do 79 lat, w tym 70% (tj. 21 ankietowanych) pacjentów objętych badaniem to mieszkańcy miasta, a 30% (tj. 9 badanych) mieszkają na wsi.

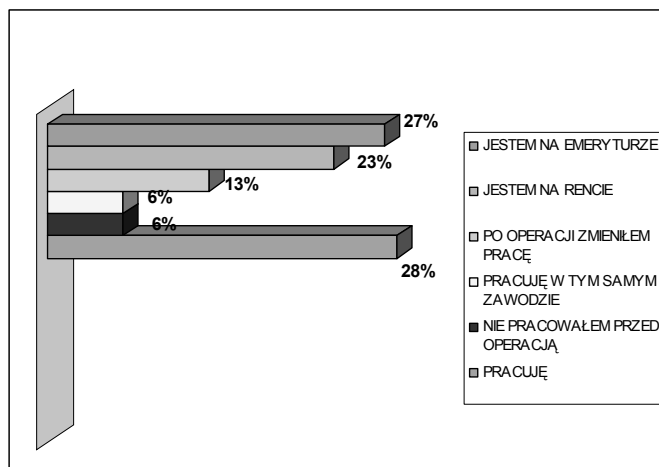
Analizując poziom wykształcenia badanej grupy stwierdzono, iż największą grupę stanowią pacjenci z wykształceniem średnim (47% ankietowanych). Wykształcenie zawodowe deklaruje 33% objętych ankietą pacjentów, a podstawowe 10% ankietowanych. Wykształcenie wyższe posiada 10% objętych badaniem.

Wykres nr 3. Wykształcenie w badanej grupie pacjentów



Wśród pacjentów z wylonioną stomią jelitową największą grupę stanowią respondenci, którzy są czynni zawodowo – 28% ankietowanych, co stanowi 8 pacjentów oraz pacjenci będący na emeryturze – 27%, tj. 7 pacjentów. Grupę 23% badanych (6 respondentów) stanowią pacjenci przebywający na rencie. 13% (4 ankietowanych) objętych badaniem po operacji zmieniło pracę, a 6% (tj. 2 pacjentów) pracuje w tym samym zawodzie. 2 pacjentów, tj. 6% objętych ankietą, nie pracowało przed operacją.

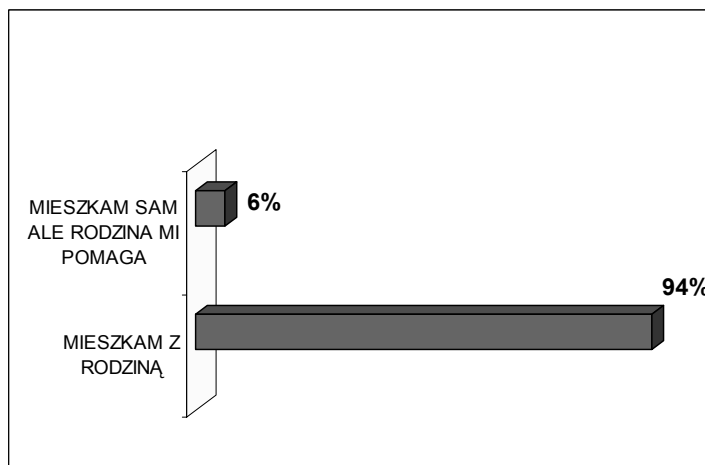
Wykres nr 4. Sytuacja zawodowa



W badanej grupie 50% ankietowanych deklaruje dobrą i 44% zadawalającą sytuację ekonomiczną przed zabiegiem. Natomiast po zabiegu 60% stwierdza, że ich sytuacja ekonomiczna nie uległa zmianie, a 30% pacjentów deklaruje, że uległa zmianie.

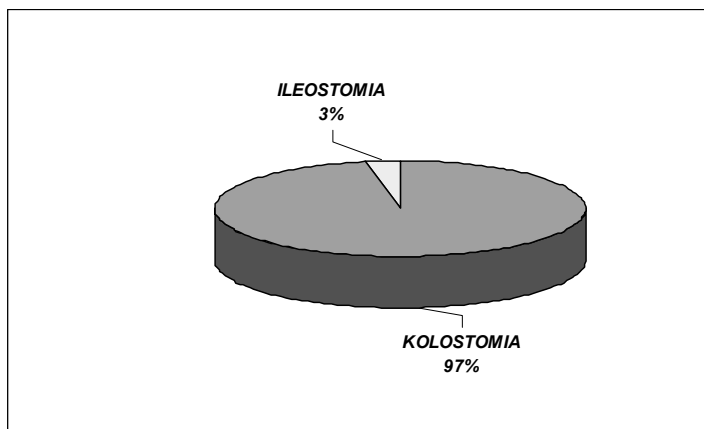
Większość ankietowanych, bo 94% (28 pacjentów) mieszka z rodziną, 6% (2 ankietowanych) mieszka samotnie, ale rodzina udziela im pomocy.

Wykres nr 5. Sytuacja rodzinna pacjenta ze stomią



Grupa 29 pacjentów objętych badaniem ankietowym, tj. 97% badanych ma kolostomię (w tym 24 pacjentów stałą i 5 pacjentów czasową), a 1 pacjent ma ileostomię stałą.

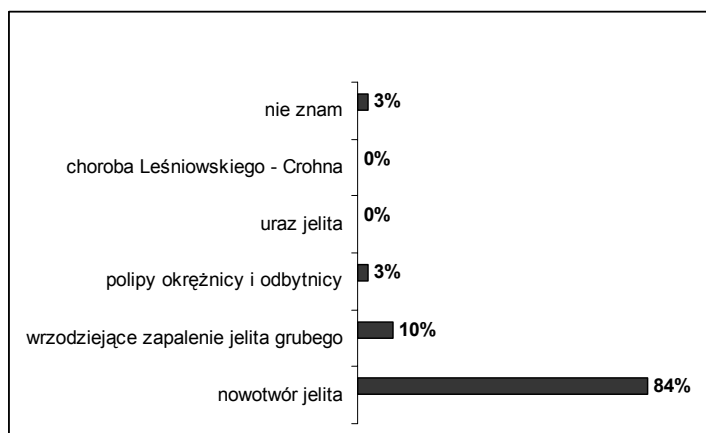
Wykres nr 6. Rodzaj wyłonionej stomii



W badanej grupie pacjenci mieli wyłonioną stomię jelitową w latach 1999-2006, a więc po okresie co najmniej 2 lat od leczenia zasadniczego, potrzebnego do uzyskania stabilizacji jakości życia.

Wśród głównych przyczyn wyłonienia stomii badana grupa pacjentów wymienia przede wszystkim nowotwór jelita (84% ankietowanych, tj. 25 pacjentów). Wśród innych wymienianych przyczyn znalazły się wrzodziejące zapalenie jelita grubego (10% ankietowanych), polipy okrężnicy i odbytnicy (3% badanych). Jeden z pacjentów nie został poinformowany o przyczynie wyłonienia stomii.

Wykres nr 7. Przyczyny wyłonienia stomii



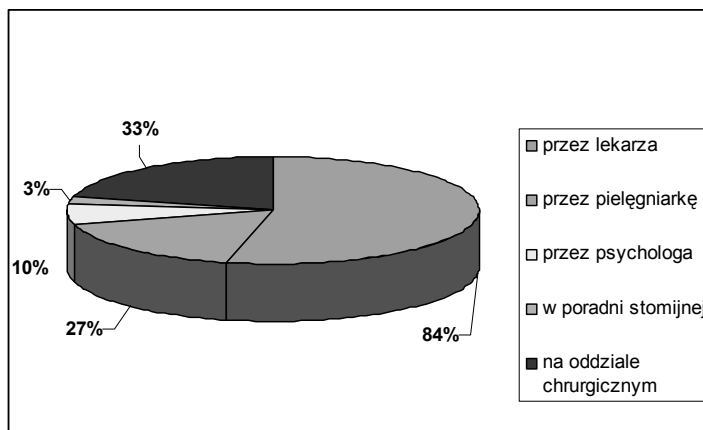
Ankietowani pacjenci wśród przyczyn, które skłoniły ich do wizyty u lekarza wymieniają w pierwszej kolejności ubytek masy ciała – 67% ankietowanych, bóle brzucha – 60% badanych, uporczywe biegunki – 57% pacjentów, ogólne osłabienie i samopoczucie – 40% badanych i obecność krwi w stolcu – 37% respondentów.

Zdecydowana grupa (90% objętych ankietą pacjentów) znajduje się pod opieką poradni stomijnej i współpracuje z pielęgniarką stomijną.

Prezentacja badań i ich omówienie.

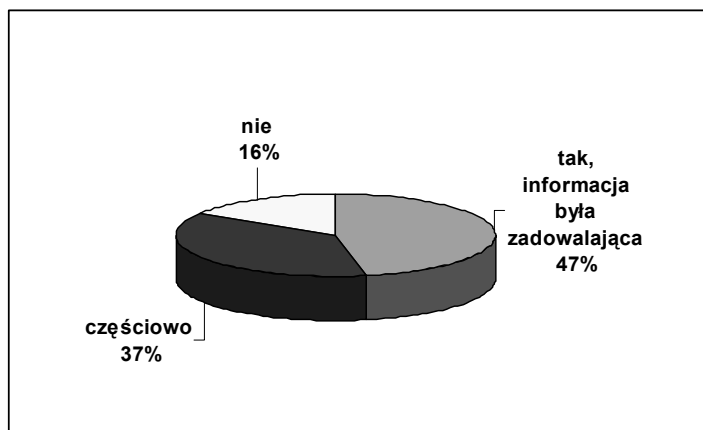
Zdecydowana grupa objętych badaniem ankietowym, bo 84% (25 pacjentów) stwierdza, że przed zabiegiem wyjaśniono im potrzebę wyłonienia stomii. Jednak 16% ankietowanych, tj. 5 pacjentów, takiej informacji nie uzyskało.

Wykres nr 8. Źródło informacji na temat konieczności wyłonienia stomii



W znacznej grupie ankietowanych rozmowę z pacjentem na temat konieczności wyłonienia stomii przeprowadzili lekarze, deklaruje tak 84% respondentów. 33% badanych o konieczności wyłonienia stomii dowiedziało się na oddziale chirurgicznym. Fakt rozmowy z pielęgniarką stwierdza 27% ankietowanych. Tylko 10% objętych ankietą stwierdza, iż taką informację przekazał im psycholog. Należy przypuszczać, że wynika to z faktu zatrudniania małej liczby psychologów.

Wykres nr 9. Informacja o sprzęcie stomijnym przed operacją



Liczna grupa pacjentów – 47% ankietowanych miała możliwość przed operacją zapoznania się ze sprzętem stomijnym, a 37% pacjentów zapoznała się ze sprzętem stomijnym w sposób częściowo zadowalający. Zakres informacji obejmował omówienie tego sprzętu, pokazanie poprzez prezentację oraz wspólne wyznaczenie miejsca ewentualnej stomii. Jednak 16% badanych nie miało możliwości zapoznania się ze sprzętem stomijnym przed operacją.

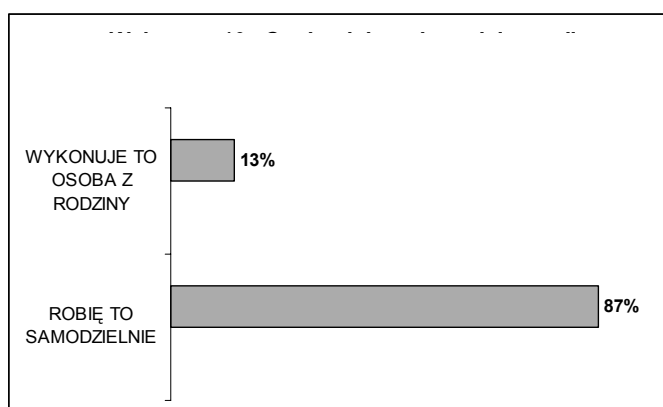
Tabela nr 2 – Zakres udzielonych informacji na temat pielęgnacji stomii

Udzielone informacje w zakresie:	Liczba pacjentów	
	N	%
Pielęgnacji skóry wokół stomii	23	77%
Techniki zmiany worków stomijnych	26	87%
Doboru sprzętu stomijnego	24	80%
Wykonywania irygacji	13	43%
Diety	22	73%
Wsparcia psychicznego	15	50%
Zasad refundacji sprzętu stomijnego	20	67%
Możliwości powikłań po wyłonieniu stomii	12	40%
Informacje o poradniach stomijnych	13	43%

Zakres udzielonych informacji pacjentom z wyłonioną stomią dotyczył przede wszystkim techniki zmiany worków stomijnych – 87% badanych, doboru sprzętu stomijnego – 80% respondentów, pielęgnacji skóry wokół stomii – 77% pacjentów, diety – 73% ankietowanych zasad refundacji sprzętu stomijnego – 67% badanych. Informacje dotyczą również wsparcia psychicznego – 50% badanych, wykonywania przez pacjentów irygacji – 43% objętych ankietą, poradni stomijnych – 43% pacjentów oraz możliwości powikłań po wyłonieniu stomii – 40% badanych.

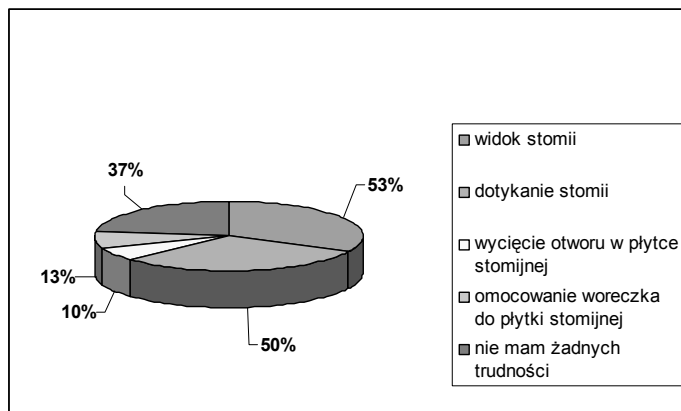
W badanej grupie pacjentów najczęściej wskazywanym powikłaniem stomii stanowiło zapalenie skóry – 65% ankietowanych i alergiczna reakcja na sprzęt stomijny tzn. uczulenie na plastry, kleje i inne składniki sprzętu stomijnego – 27% pacjentów. Z powodu wystąpienia powikłań tylko jeden pacjent został powtórnie zoperowany.

Wykres nr 10. Osoba dokonująca pielęgnacji stomii



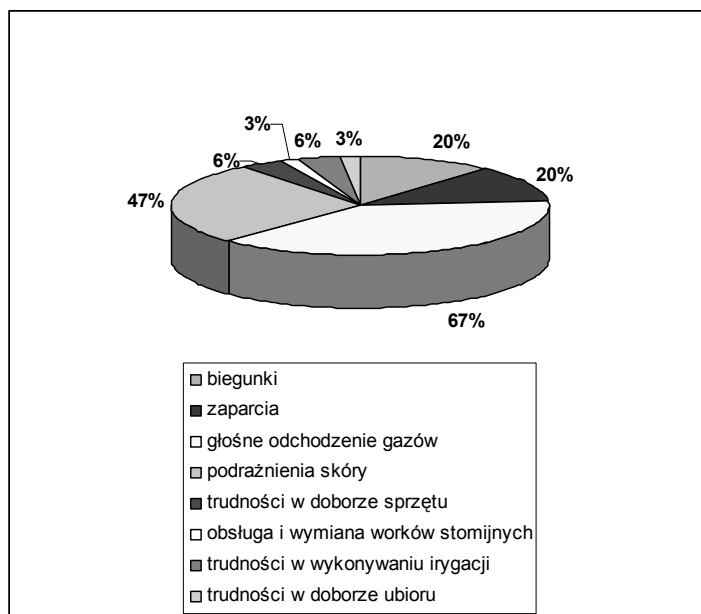
Znaczna grupa pacjentów, bo 87% badanych, tj. pacjentów samodzielnie dokonuje pielęgnacji stomii. 4 pacjentom, tj. 13% badanych pielęgnację stomii wykonuje osoba z rodziny.

Wykres nr 11. Najtrudniejsze w pielęgnowaniu stomii jest:



Dla ankietowanej grupy pacjentów najtrudniejsze w pielęgnowaniu stomii jest jej widok, deklaruje tak 53% ankietowanych oraz dotykanie jej, stwierdza tak 50% badanych. Podkreślić należy, że 37% objętych ankietą nie ma żadnych trudności w pielęgnowaniu stomii.

Wykres nr 12. Problemy pielęgnacyjne pacjentów ze stomią

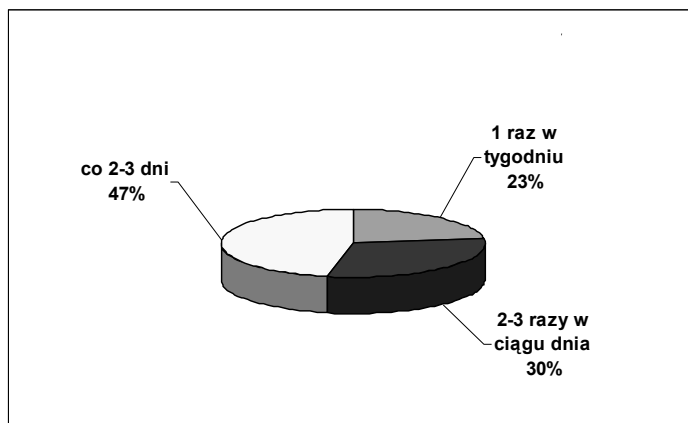


Największym problemem w pielęgnowaniu stomii stanowi głośnie odchodzenie gazów, deklaruje tak 67% badanych (20 pacjentów) oraz podrażnienie skóry, co stwierdza 47% pacjentów, tj. 14 badanych. 20%, tj. 6 objętych ankietą pacjentów z wylonioną stomią wskazuje na zaparcia i biegunki.

Wśród istotnych cech decydujących o doborze sprzętu stomijnego respondenci wskazywali na szczelność – 97% badanych i łatwość obsługi – 93%. W doborze sprzętu znaczenie dla pacjentów ma również komfort, higiena i estetyka wykonania – 33% badanych.

Wśród środków wymienianych do pielęgnacji stomii pacjenci szczególnie wskazują na kremy przeciwoparzeniowe – 77% ankietowanych i szare mydło – 23% badanych. Jednak podkreślić należy, że 90%, tj. 27 badanych pacjentów nie wykonuje irygacji.

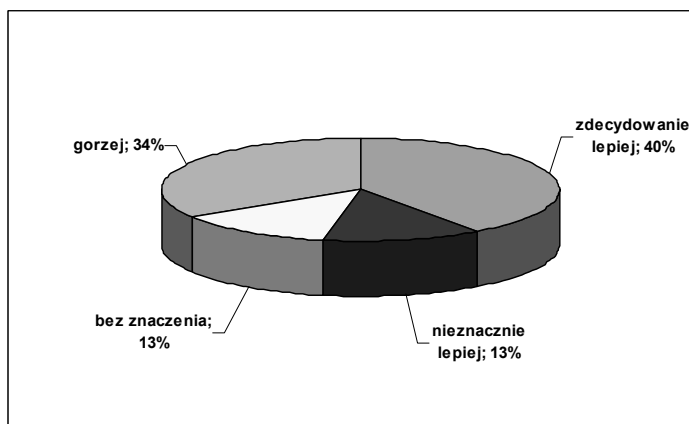
Wykres nr 13. Częstotliwość wymiany worka stomijnego



Największa, bo 47% grupa pacjentów zmienia worki stomijne co 2-3 dni. Kolejna grupa, tj. 30% badanych zmienia worki 2-3 razy w ciągu dnia. Jeden raz w tygodniu zmienia worki stomijne 23% objętych ankietą pacjentów.

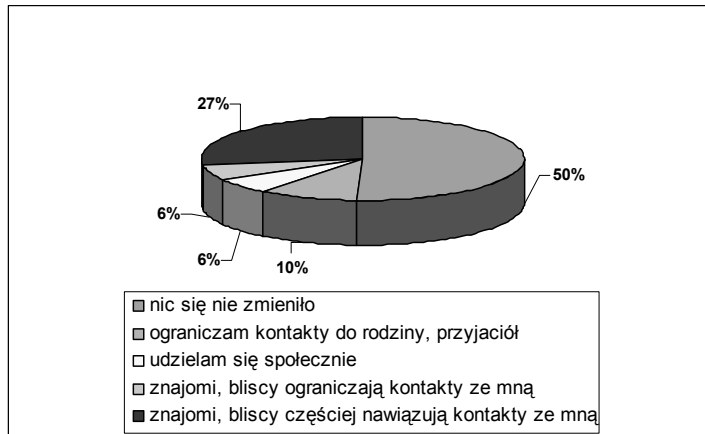
Pacjenci z wylonioną stomią jelitową wśród rodzajów odczuwanych emocji w związku ze stomią wymieniają najczęściej niepokój o przyszłość – 47% objętych ankietą (co stanowi 14 pacjentów), pogodzenie z losem – 30% badanych (tj. 9 pacjentów ze stomią), radość, że mogą żyć dzięki stomii – 27% badanych (8 pacjentów), chęć polepszenia jakości życia – 23% ankietowanych (7 pacjentów ze stomią). Wśród emocji jakie wywołuje wyłonienie stomii wymieniają również lęk z powodu utraty kontroli nad oddawaniem stolca i gazów – 17% respondentów (5 pacjentów), lęk przed zabrudzeniem – 10% pacjentów objętych ankietą (3 respondenty). Wśród emocji związanych ze stomią pacjenci wymieniają wstyd, żal, samotność, bezradność.

Wykres nr 14. Życie ze stomią w porównaniu z życiem bezpośrednio przed operacją



Pacjenci określając życie ze stomią w porównaniu z życiem bezpośrednio przed operacją oceniają je jako zdecydowanie lepsze, deklaruje tak 40% ankietowanych pacjentów (12 badanych) i jako nieznacznie lepsze, stwierdza tak 13% ankietowanych (4 pacjentów). Jednak 34% (10 respondentów) objętych badaniem pacjentów ze stomią ocenia życie ze stomią w porównaniu z życiem bezpośrednio przed operacją jako gorsze. Dla 13% pacjentów jest to bez znaczenia.

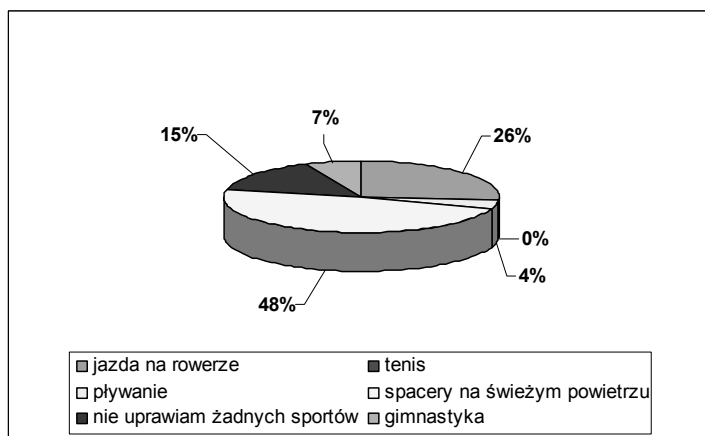
Wykres nr 15. Stomia a życie społeczne – kontakty towarzyskie



Wyłonienie stomii nie wpłynęło na życie społeczne – kontakty towarzyskie pacjentów, stwierdza tak 50% ankietowanych, tj. 15 pacjentów. Znajomi i bliscy częściej nawiązują kontakty z pacjentami, deklaruje tak 27% badanych, tj. 8 pacjentów. Jednak zaznaczyć należy, że 10% ankietowanych ogranicza kontakty z rodziną i przyjaciółmi. 6% objętych badaniem pacjentów stwierdza, że znajomi i bliscy ograniczają z nimi kontakt, a tyleż samo udziela się społecznie.

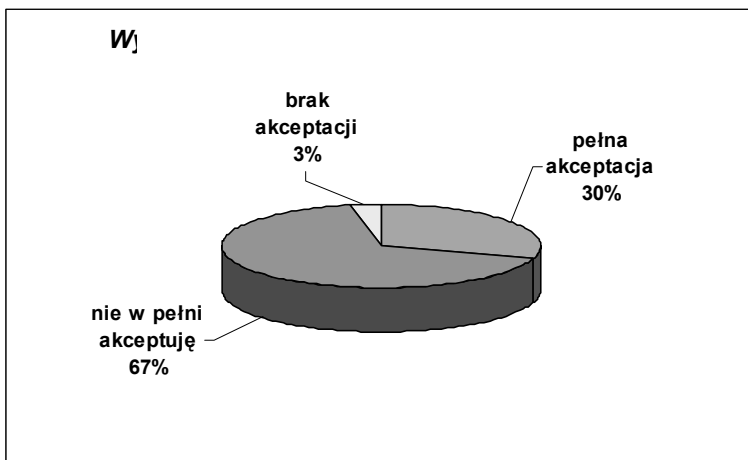
Według znacznej grupy pacjentów ze stomią, bo 63% ankietowanych stomia nie miała wpływu na ich życie intymne. Mimo, że swój wygląd zewnętrzny po operacji określają jako znacznie gorszy – 27% ankietowanych i nieco gorszy – 40% badanych.

Wykres nr 16. Preferowany rodzaj sportu przez pacjentów ze stomią



Preferowany przez pacjentów ze stomią rodzaj sportu to spacery na świeżym powietrzu, stwierdza tak 48% ankietowanych i jazda na rowerze – 26% badanych. Tylko 7% badanych deklaruje uprawianie gimnastyki, a 4% pływanie. Jednak 15% objętych ankietą pacjentów nie uprawia żadnych sportów.

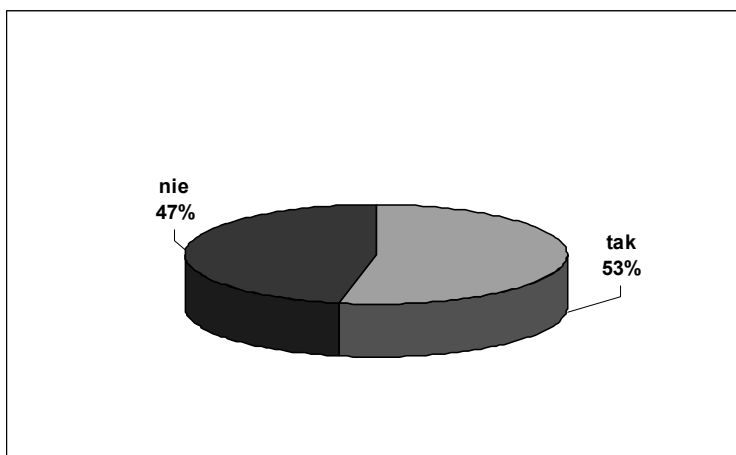
Wykres nr 17. Stosunek pacjentów do stomii



Ankietowani pacjenci nie w pełni akceptują tomię, stwierdza tak 67% badanych, tj. 20 pacjentów. Pełną akceptację stomii deklaruje 30% ankietowanych, tj. 9 pacjentów.

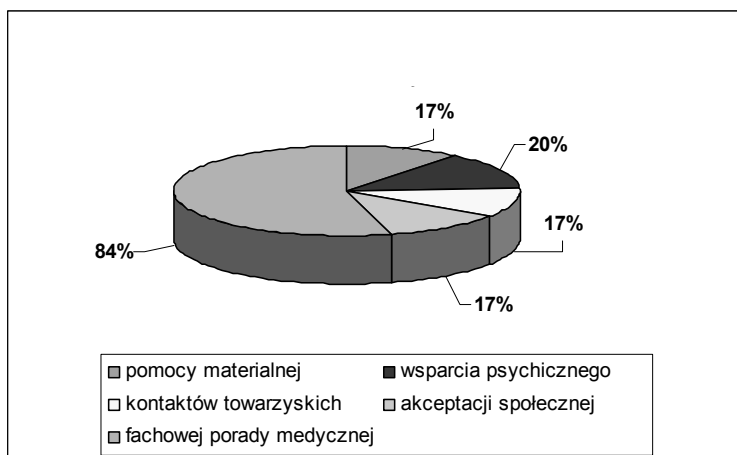
Stomia według badanej grupy pacjentów miała wpływ przede wszystkim na plany życiowe (40% badanych), ich stosunek do życia (40% ankietowanych), styl życia (47% pacjentów) i zmianę hierarchii wartości. Znacznie wpłynęła na ograniczenia w pracy zawodowej, stwierdza tak 43% badanych pacjentów ze stomią.

Wykres nr 18. Przynależność pacjentów do Towarzystwa Chorych ze Stomią



Ponad połowa ankietowanych pacjentów, tj. 53% deklaruje przynależność do Towarzystwa Chorych na Stomię.

Wykres nr 19. Potrzeby pacjentów w związku ze stomią



Pacjenci z wylonioną stomią jelitową mają potrzebę przede wszystkim fachowej porady medycznej, stwierdza tak 84% ankietowanych, tj. 25 pacjentów oraz wsparcia psychicznego, deklaruje tak 20% badanych, tj. 6 respondentów. Ankietowana populacja pacjentów podkreśla również potrzebę pomocy materialnej, kontaktów towarzyskich i akceptacji społecznej – 17% badanych, tj. 5 pacjentów.

Wnioski

- Jakość życia pacjentów ze stomią jelitową uwarunkowana jest różnorodnymi czynnikami, którymi są stan psychiczny, zdrowie fizyczne, sytuacja życiowa i relacje społeczne.
- Wytworzenie stomii jelitowej powoduje obniżenie jakości życia w różnych jego aspektach, w szczególności w zakresie samooceny i samoakceptacji, relacji społecznych, obrazu własnego ciała.
- Jakość życia osób ze stomią jelitową zależy przede wszystkim od stanu zdrowia po leczeniu i od dobrego kontaktu z personelem medycznym.
- Duże znaczenie dla pacjentów w procesie przygotowania do zabiegu oraz w późniejszym okresie przystosowania do dalszego życia mają kontakty z personelem medycznym, rodziną i bliskimi.

Iwona Połęczarz

Jakość pracy pielęgniarki w szpitalu

(Promotor pracy: doc. dr nauk ekon. Adam Klar)

Wstęp

Schyłek XX wieku i początek nowego tysiąclecia charakteryzuje się coraz bardziej skomplikowanymi problemami zdrowotnymi społeczeństwa a także wzrostem społecznych oczekiwań wobec pielęgniarek. Coraz częściej pielęgniarki są postrzegane jako główna siła uczestnicząca w realizacji zadań ochrony zdrowia. Podstawowym celem polityki zdrowotnej jest poprawa stanu zdrowia społeczeństwa. Zdrowie i opieka zdrowotna należą do kluczowych zagadnień w życiu jednostki i zbiorowości. Opieka zdrowotna jest definiowana jako „zorganizowane działanie określonego systemu świadczeń zdrowotnych opartych na instytucjach ochrony zdrowia.

Współczesny system ochrony zdrowia staje w obliczu szybkiego rozwoju wiedzy i rosnącego zapotrzebowania na usługi zdrowotne jak najwyższej jakości, z jednoczesną koniecznością ograniczenia kosztów. Pielęgniarstwo musi sprostać zmieniającym się wymogom w zakresie potrzeb zdrowotnych, wzmacniając tym samym pozycję w systemie społecznym ochrony zdrowia.

Zadania pielęgniarki wczoraj i dziś

Dziś pielęgniarka samodzielnie realizuje zadania w opiece nad pacjentem i jego środowiskiem; zadania te są komplementarne, a nie konkurencyjne w stosunku do zadań innych zawodów medycznych.

Największy dorobek zawodowy i naukowy pielęgniarstwa przypada na przełom XX i XXI wieku. Współczesne pielęgniarstwo podlega nieustannie intensywnym zmianom. Aktualnie rolę dla pielęgniarki wyznacza nowa sytuacja prawna przyznająca jej samodzielność czyli autonomię, określoną w ustawie o zawodzie pielęgniarki i położnej z dnia 5 lipca 1996. Obecnie zadania pielęgniarki wyznaczają także przemiany w funkcjonowaniu całego systemu opieki zdrowotnej będące wynikiem transformacji ustrojowej w związku z przejściem od systemu totalitarnego do systemu demokratycznego. W ostatnim okresie na sytuację w pielęgniarstwie wpłynęła także integracja z Unią Europejską i realizacja przez Polskę zobowiązań dotyczących między innymi strategii kształcenia pielęgniarek i położnych oraz uznawalności kwalifikacji zawodowych w krajach Unii. Zmiany dotyczące zakresu zadań pielęgniarki wynikają także z dokonujących się przeobrażeń wewnątrz samego środowiska pielęgniarskiego, a także dokonujących się reform systemu ochrony zdrowia i zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską. Współczesne pielęgniarstwo zmierza do zapewnienia społeczeństwu coraz doskonalszej pod względem jakościowym opieki zarówno w chorobie, jak i zdrowiu.

Wiodącą metodą pracy pielęgniarki stał się proces pielęgnowania polegający na świadczeniu wobec pacjenta i jego rodziny opieki całościowej, planowej, zindywidualizowanej i podlegającej ocenie. W planowaniu i realizacji opieki nad człowiekiem (rodziną, grupą ludzi), będących w różnych stanach zdrowia i w różnym wieku do praktyki pielęgniarstwa wdrażane są modele pielęgnowania, będące między innymi przewodnikami w podejmowaniu decyzji dotyczących działań pielęgnacyjnych..

Jakość opieki warunkowana jest także coraz wyższymi kwalifikacjami zawodowymi oraz oparciem praktyki zawodowej na naukowych podstawach.

Warunki realizacji funkcji zawodowych w aspekcie oczekiwań społecznych

W obliczu dynamicznego rozwoju medycyny i innych dziedzin nauki, a także aktualnymi zjawiskami, takimi jak zmiany demograficzne społeczeństwa, wzrost świadomości i praw pacjentów, zmiany w strukturze chorób cywilizacyjnych, wzrost oczekiwań społecznych w zakresie ilości i jakości świadczeń zdrowotnych, istotnym staje się spełnienie niezbędnych warunków umożliwiających realizowanie przez pielęgniarkę zadań zgodnych z oczekiwaniami społecznymi.

Niezbędnymi warunkami sprostania oczekiwaniom społecznym stają się obecnie:

- stworzenie optymalnych warunków do utrzymania wysokiego poziomu kształcenia przez uczelnie prowadzące studia na kierunku pielęgniarstwo,
- poprawienie warunków materialnych środowiska pielęgniarstwa motywujących do podejmowania studiów na kierunku pielęgniarstwo oraz do aktywnej i wydajnej pracy pozwalającej m.in. na inwestowanie we własny rozwój zawodowy i naukowy,
- akceptacja nowej roli i zadań pielęgniarek przez wszystkich przedstawicieli zawodów medycznych,
- aktywny udział pielęgniarek w pracach zespołów interdyscyplinarnych,
- intensyfikacja badań naukowych,
- wdrażanie standardów praktyki zawodowej oraz monitorowanie jakości udzielanych świadczeń,
- realizacja standardów zatrudnienia.

Przedmiot i kryteria oceny jakości opieki pielęgniarstwa

Zapewnienie wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych jest niezbędnym warunkiem osiągnięcia celów ochrony zdrowia i funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Dlatego też systemy opieki zdrowotnej na całym świecie, a także w Polsce, poszukują skutecznych sposobów jej zapewnienia. Podejmowane są próby aplikacji metod i technik zapewnienia jakości sprawdzonych na rynku innych usług.

Zapewnienie jakości świadczeń zdrowotnych wymaga kompleksowego podejścia, bowiem na osiąganie obiektywnych wyników w stanie zdrowia i satysfakcji pacjentów wpływa wiele różnorodnych czynników. O poziomie jakości opieki zdrowotnej decyduje nie tylko jakość realizowanych świadczeń medycznych, ale także jakość opieki pielęgniarstwa, relacje pomiędzy pracownikami medycznymi, warunki organizacyjno-techniczne oraz sposób zarządzania

opieką zdrowotną. Dlatego w zapewnianiu jakości opieki zdrowotnej wszystkie te elementy stanowią przedmiot oceny.

Przedmiotem oceny jakości opieki pielęgniarstwa, podobnie jak w ocenie jakości całej opieki zdrowotnej, są 3 podstawowe elementy: struktura, procesy i wyniki.

Ocena struktury (nakładów) – pod pojęciem struktury rozumie się to wszystko, co jest potrzebne do zapewnienia pożądanego poziomu jakości: system organizacyjny opieki, przepisy prawne regulujące jej funkcjonowanie, środowisko – miejsce wykonywania, wyposażenie, materiały, narzędzia, liczba i kwalifikacje pracowników, doskonalenie zawodowe, zarządzanie opieką, system informacyjny, dokumentowanie, działania na rzecz rozwoju i zapewniania jakości itp. W ocenie zwraca się uwagę na dostosowanie elementów struktury do potrzeb i oczekiwań pacjentów, formy opieki, metod pielęgnowania i leczenia, realizowanego procesu pielęgnowania.

Ocena procesów – ocenie poddawane są metody, procedury oraz wszelkie relacje zachodzące pomiędzy pielęgniarką a pacjentem, m.in. działania w zakresie:

- pomocy pacjentom w zaspokajaniu potrzeb fizycznych;
- pomocy w zaspokajaniu potrzeb psychicznych, emocjonalnych i społecznych;
- zapewnienia bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego (w tym przestrzeganie zasad i procedur przyjętych w szpitalu, służących ochronie przed wypadkami, urazami, pomyłkami, błędami, zakażeniami, a także sposób postępowania dający poczucie bezpieczeństwa);
- respektowania praw pacjenta;
- komunikowania się z pacjentem i jego rodziną (informowanie, nauczanie);
- udziału w diagnozowaniu i leczeniu;
- obserwowania zachowań, relacji pacjenta z otoczeniem, symptomów reakcji na chorobę i leczenie;
- wykonywania zleceń lekarskich;
- wykonywania zabiegów pielęgniarstwa;
- kształtowania środowiska opieki (technicznych i społecznych warunków pobytu i funkcjonowania pacjenta w zakładzie opieki zdrowotnej, w środowisku zamieszkania, pracy lub nauki).

Ocena wyników – polega na ocenie stopnia osiągnięcia celów pielęgnowania, w odniesieniu do:

- osiągnięć pacjenta w zakresie zdrowia: stopień, w jakim pacjent potrafi zachować zdrowie, radzić sobie w sytuacji zagrożenia chorobą, uzyskać pomoc w procesie diagnozowania i leczenia oraz zaspokojenia potrzeb, potrafi zachować jakość życia z chorobą lub niepełnosprawnością, satysfakcja pacjentów z jakości opieki itp.;
- satysfakcji pielęgniarstwa i innych pracowników z osiągniętych wyników i sytuacji pracy.

Wszystkie te elementy opieki powiązane ze sobą, realizowane zgodnie z przyjętymi standardami, dają możliwość zapewnienia jakości opieki satysfakcjonującej zarówno pacjentów, jak i pracowników medycznych.

Poszczególne elementy opieki poddawane są ocenie przy pomocy odpowiednio dobranych kryteriów (wyznaczników danej cechy).

Kryteriami najczęściej stosowanymi w ocenie jakości opieki pielęgniarstwa są:

- **bezpieczeństwo** – rozpatrywane jako ochrona przed urazami, wypadkami, błędami i pomyłkami spowodowanymi niekompetentnym działaniem ludzi, zakażeniami i negatywnym wpływem środowiska opieki, oraz bezpieczeństwo psychiczne – rozumiane jako ochrona przed osamotnieniem, lękiem, przedmiotowym traktowaniem pacjenta;
- **indywidualizacja** – opieka oferowana jest na podstawie zbadanych potrzeb i sytuacji odbiorców, dostosowana do indywidualnego stanu zdrowia, potrzeb, wiedzy, zdolności, odrębności kulturowych, a także oczekiwań i woli pacjenta;
- **skuteczność** – opieka jest ukierunkowana na cele pielęgnowania;
- **ciągłość** – złożoność problemów pacjenta wymaga na ogół zapewnienia długotrwałej i kompleksowej opieki, mimo korzystania z usług wielu specjalistów, w różnym czasie, dlatego jej przebieg i wyniki uwarunkowane są możliwością zapewnienia ciągłości poprzez sprawny system komunikowania i dokumentowania;
- **etyczność** – opieka realizowana jest zgodnie z regułami zawartymi w kodeksie deontologicznym, z poszanowaniem podmiotowości pacjenta, z zachowaniem praw pacjenta i pielęgniarki;
- **profesjonalizm** – opieka realizowana jest zgodnie z najnowszą wiedzą w dziedzinie pielęgniarstwa, nauk medycznych i humanistycznych, zgodnie z nowoczesnymi standardami praktyki pielęgniarstwa, przy zastosowaniu odpowiednich zasobów i rozwiązań technicznych;
- **ukierunkowanie na profilaktykę** – skoncentrowana na promocji zdrowia, zapobieganiu chorobom i niepełnosprawności oraz przygotowywaniu pacjentów do samodzielnego funkcjonowania;
- **dostępność** – opieka pielęgniarstwa jest powszechnie dostępna, tzn. liczba i rodzaj oferowanych świadczeń są odpowiednie do potrzeb populacji i osób, są one oferowane w odpowiednim dla pacjenta miejscu i czasie, a ich koszt nie przekracza możliwości klienta.

Szczegółowe kryteria, przy pomocy których dokonuje się oceny jakości opieki pielęgniarstwa, są pochodną rozwoju podsystemu pielęgniarstwa, jego autonomicznych celów i funkcji, przyjętej filozofii i koncepcji pielęgnowania, oszacowanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, a także systemu prawnego regulującego funkcjonowanie opieki zdrowotnej.

Metodologia badań własnych

Przedmiotem podjętych badań jest oddział Urologiczny Szpitala Wojewódzkiego w Legnicy. Natomiast zasadniczym tematem pracy jest jakość usług świadczonych przez pielęgniarkę.

Uznałam, że należy zbadać następujące problemy:

1. Jaki jest przebieg przyjęcia w oddział oraz przebieg pobytu pacjenta w oddziale?

- Czy pacjent ma zapewnione poczucia bezpieczeństwa?
- Czy nastąpiło zapoznanie pacjenta z jego prawami i obowiązkami?

2. Jak wygląda psychoemocjonalny i merytoryczny kontakt pacjenta z personelem medycznym?

- Jak wygląda udzielanie pacjentowi informacji na temat stanu jego zdrowia?
- Jaki jest kontakt między rodziną pacjenta a personelem medycznym?
- Jak wygląda wypis ze szpitala, przedstawienie pacjentowi i jego rodziny potrzeby edukacji zdrowotnej?

3. Jaki jest poziom zadowolenia z pobytu w szpitalu?

4. Ocena jakości pracy pielęgniarki.

Teren i organizacja badań

Własne badania zostały przeprowadzone w oddziale Urologicznym Szpitala Wojewódzkiego w Legnicy w roku 2007 w ciągu kilku miesięcy. Rozmowy indywidualne przeprowadziłam z grupą 26 pacjentów. Obserwacje miały charakter bezpośredni, były prowadzone podobnie jak wywiady w różnych sytuacjach: zaraz po przyjęciu pacjenta w oddział, w trakcie stresujących zabiegów specjalistycznych, w trakcie rozmów z lekarzem oraz w wielu innych okolicznościach.

Poczynione spostrzeżenia dotyczyły wielu cennych informacji o opiniach pacjentów. Analizując badania brałam również pod uwagę swoją wieloletnią pracę zawodową. Osiemnastoletni staż pracy w zawodzie pielęgniarki powoduje, iż środowisko szpitala jest mi szczególnie bliskie. Pomaga również w obiektywnej ocenie wielu wypowiedzi, czy zdarzeń dotyczących pobytu pacjenta w oddziale szpitalnym.

Charakterystyka badanej grupy pacjentów

Badaniami objęłam grupę 20 pacjentów Oddziału Urologicznego Szpitala Wojewódzkiego w Legnicy. W skład grupy wchodziło 7 kobiet i 13 mężczyzn. Rozbieżność ilościowa pod względem płci wynika z faktu, iż w oddziale tym przeważającą ilość pacjentów stanowią mężczyźni.

Zastosowałam następujące kryteria doboru grupy:

1. Wiek: moi rozmówcy byli w przedziale wiekowym 20-60 lat.
2. Pacjenci przebywali w szpitalu pierwszy raz.
3. Pobyt w oddziale musiał trwać dłużej niż 4 dni.

Przyjęcie pacjenta w oddział, przebieg pobytu w oddziale

Analizę indywidualnych rozmów z pacjentami przeprowadziłam ze względu na trzy główne pytania badawcze:

1. Jaki jest przebieg przyjęcia oraz przebieg pobytu pacjenta na oddziale? Interesowały mnie tu szczególnie subiektywne odczucia pacjentów dotyczące poczucia bezpieczeństwa oraz zakres wiedzy na temat praw i obowiązków pacjenta.

2. Jak wygląda psychoemocjonalny i merytoryczny kontakt pacjenta z personelem medycznym? W rozmowach na ten temat chciałam uzyskać informacje dotyczące kontaktów indywidualnych pacjenta z personelem medycznym, danych na temat sposobu przekazywania informacji dotyczących stanu zdrowia pacjentowi i jego rodzinie. Interesował mnie również problem

wypisu pacjenta do domu, sposób informowania o tym fakcie oraz możliwość dalszej edukacji zdrowotnej.

3. Jaki jest poziom zadowolenia z pobytu w szpitalu? W rozmowach z pacjentami chciałam uzyskać informacje na temat ogólnej oceny poziomu zadowolenia z jakości opieki jaką zostali otoczeni na oddziale.

Dla każdego człowieka zmiana środowiska na nowe jest bardzo trudna. Dla człowieka chorego, którego codzienne życie nagle ulega radykalnym zmianom, sytuacja pobytu w szpitalu staje się przeżyciem traumatycznym. Nieuniknione jest zachwianie równowagi psychoemocjonalnej. Dlatego też szczególny nacisk w badaniach swych położyłam na ten aspekt pobytu w szpitalu. W analizie tej odwołuję się niejednokrotnie do konkretnych wypowiedzi respondentów. Uważałam, iż jest to konieczne, aby przekazać cały ładunek emocjonalny w nich zawarty. Oto jedna z takich wypowiedzi: „kiedy dowiedziałem się, że choroba, która dokucza mi już od jakiegoś czasu to coś poważniejszego i że muszę położyć się w szpitalu ogarnęło mnie obездwładniające uczucie strachu, obawa o zdrowie, strachu przed szpitalem, przed tym co mnie tam spotka”. Bardzo często w wypowiedziach pacjentów na temat pierwszych wrażeń dotyczących pobytu w szpitalu występuje poczucie strachu. Czują się oni zagrożeni nową sytuacją, z jaką muszą zmierzyć się w swoim życiu. W większości przypadków strach ten spotęgowany jest koniecznością oczekiwania na telegram zawiadamiający o terminie stawienia się na Izbie Przyjęć. Czas oczekiwania na „miejsce” jest różny: od kilku dni do kilku tygodni.

Jak widać, już na tym etapie pobytu pacjenta w szpitalu dochodzi do rozbieżności między funkcją założoną a rzeczywistością instytucji szpitala. Jedną z podstawowych potrzeb człowieka, która musi być zapewniona do normalnego funkcjonowania jest potrzeba bezpieczeństwa. Szpital jako instytucja jest zobowiązany do zaspakajania podstawowych potrzeb człowieka. Poczucie strachu i zagrożenia występujące u osób oczekujących na pobyt w szpitalu lub już przebywających w tej instytucji jest powszechne i dominujące w pierwszych dniach pobytu w tej instytucji.

Podczas przyjęcia w oddział pacjenci w kilku przypadkach narzekali na zbyt długi czas oczekiwania przed Izbą Przyjęć. Sam proces przyjmowania w oddział pacjenci oceniali jako sprawny i niezbyt uciążliwy. Pacjenci byli mile zaskoczeni faktem, iż pielęgniarka wykazywała zainteresowanie takimi szczegółami jak konieczność stosowania diety, czy też uczulenia na leki. W większości przypadków byli oni wystarczająco informowani na temat topografii oddziału.

W przypadku kiedy przy przyjęciu samopoczucie nie jest najlepsze, oczekiwanie potęguje poczucie zagrożenia. Ponownie mamy tu do czynienia z niezaspokojeniem potrzeby bezpieczeństwa.

Należy zwrócić również uwagę na fakt, iż pierwszy dzień pobytu pacjenta w oddziale szpitalnym przebiega podobnie jak pierwszy dzień pobytu w instytucji totalnej. Najczęściej pozbawia się pacjentów przedmiotów, z którymi mogliby się utożsamiać, przechowuje się ich rzeczy osobiste w magazynie, do którego nie mają dostępu. Zwraca się je dopiero wówczas, gdy opuszczają szpital.

Normalnie funkcjonujący człowiek nagle trafia na oddział w pidżamie i jest traktowany jak człowiek chory, potrzebujący opieki i leczenia. Dla pielęgniarki czy lekarza pacjent jest tylko pacjentem. Nikt tu nikogo nie tytułuje. W momencie przyjęcia do szpitala zostają zawieszane

związki rodzinne pacjentów, plany zawodowe i edukacyjne, a ich miejsce, podobnie jak w trakcie pobytu w instytucji totalnej, zajmuje sytuacja napiętnowania. Ograniczone lub całkowicie uniemożliwione zostaje korzystanie z wielu kanałów komunikowania się ze światem zewnętrznym.

Kilku z moich rozmówców wyrażało swoje rozgoryczenie z tego powodu, że nie mogli wybrać sobie sali, na której będą leżeli, a co za tym idzie lekarza prowadzącego. Było dla nich niezrozumiałe, że w szpitalu nie będzie zajmował się nimi lekarz, który prowadził ich w Poradni Urologicznej lub w gabinecie prywatnym. Ze swojej strony chciałam tu dodać, że sytuacja ta często ma podłoże obiektywne. Najczęściej na oddziale jest pełne obłożenie i pacjent nie ma możliwości wyboru sali. Zdarza się jednak, że pielęgniarka przyjmująca pacjenta w oddział sprawdza, od którego lekarza pracującego w oddziale ma on skierowanie i jeśli tylko istnieje taka możliwość pacjent ma prawo wyboru sali, a co za tym idzie, wyboru lekarza prowadzącego.

W trakcie rozmów na temat pierwszego dnia pobytu w szpitalu zdarzały się opinie negatywne. Niektórzy pacjenci, którzy przybyli w oddział już po wizycie lekarskiej skarżyli się na brak zainteresowania ich osobą przez cały pierwszy dzień pobytu w oddziale. Wielu z nich uważa ten dzień za wręcz zmarnowany. Po pierwszym zainteresowaniu ich osobą, zostali pozostawieni samym sobie. To osamotnienie potęgowało ich poczucie strachu i zagrożenia nową sytuacją i tak już przecież stresującą. „Nie powiem, owszem na początku zainteresowali się mną. Pytali, czy nie jestem chory na cukrzycę, czy uczulony na jakieś leki. Pielęgniarka pokazała mi gdzie jest dyżurka, gdzie łazienka, ubikacja, ale potem cisza. Całe popołudnie nie wychodziłem z sali, myślałem, że przyjdzie jakiś lekarz, porozmawia, coś wyjaśni, a tu nic. Człowiek się boi ruszyć, bo to nowe miejsce, nie wiadomo co wolno, a czego nie. Myślałem, że w ten pierwszy dzień coś się dowiem, a tu czekaj człowieku dalej”.

Kilku pacjentów w swoich wypowiedziach mówiło wprost, że lekarz będący na oddziale niewiele wie na temat nowych pacjentów. Nie potrafi też udzielić bliższych informacji pacjentom, którzy nie leżą na jego sali. Taka jest specyfika tego oddziału, że lekarz większość swojego czasu spędza na bloku operacyjnym, a kiedy wraca kończy się jego czas pracy.

Odpowiedzi na pytania dotyczące pobytu w oddziale zawierały w sobie wiele ocen emocjonalnych. Na ogół pacjenci zadowoleni byli z warunków jakie zapewniał im szpital, spotykałam się z opinią, że spodziewali się czegoś gorszego. Byli zaskoczeni, że w oddziale jest tak czysto, warunki sanitarne w większości przypadków określali jako zadowalające. W kilku przypadkach rozmówcy skarżyli się na zbyt małą ilość łazienek. Twierdzili, że najlepszym rozwiązaniem byłoby, gdyby każda sala miała swoją toaletę i łazienkę.

Dla wielu badanych pacjentów bardzo uciążliwy był rytm dnia obowiązujący w szpitalu, krytykowane były różne punkty w obowiązującym rozkładzie dnia. Najwięcej negatywnych opinii dotyczyło zbyt wczesnej „pobudki”. Moi rozmówcy uważali, że godzina 6.00 jest godziną zbyt wczesną na rozpoczęcie dnia człowieka chorego. Należy tu dodać, że często zdarzają się w oddziale „głośne noce”, bywa, że cicho robi się dopiero nad ranem. Rozmówcy uskarżali się również na zbyt późne pory śniadania i obiadu oraz zbyt wczesną kolację. Zdarza się, że pacjenci są głodni. Na terenie szpitala znajduje się bufet, ale nie każdego stać na zakupy, a rodzina zazwyczaj jest przyjezdna i nie ma możliwości częstego dostarczania posiłków.

Pacjenci, którzy przechodzili przygotowanie do zabiegu uważali, iż czynności konieczne do wykonania przez personel medyczny przed zabiegiem były wykonywane o zbyt późnej godzinie.

Subiektywne rozpoznanie przez pacjentów sytuacji jest bardzo zbliżone do charakterystycznej sytuacji „podwładnych” w instytucji totalnej. Cały dzień osób przebywających w tego rodzaju instytucji jest ściśle zaplanowany tak, że jedna czynność w wyraźnie przewidzianym czasie przechodzi w drugą. Podobnie jest w szpitalu, gdzie dzień ma ściśle określony schemat, do którego chory musi dostosować się. Nie można wówczas brać pod uwagę indywidualnych przyzwyczajzeń, czy upodobań pacjenta. Podobnie również jak w instytucji totalnej, pacjent w jednym i tym samym miejscu je, śpi, spędza „czas wolny” – jest po prostu ograniczony przestrzennie.

Bardzo drażliwym okazało się pytanie dotyczące poszanowania godności osobistej w trakcie pobytu w oddziale. Pojęcie to rozmówcy moi rozumieli albo zbyt szeroko albo nie chcieli wypowiadać się na ten temat. Z kilku odpowiedzi wynikało, że osoba leżąca w szpitalu musi zapomnieć o swojej godności. „Proszę wstawić się w moją sytuację: jestem młodym mężczyzną na jakimś tam stanowisku, a tu przychodzi młoda dziewczyna i mówi mi, że musi ogolić pole operacyjne, wykonać lewatywę. I co z tego, że ona jest pielęgniarką. Dla mnie jest młodą dziewczyną. Nie jest tak łatwo stać przed nią. I jak się ma do tego moja godność osobista? Owszem, wszystko działo się za parawanem „sam na sam”, ale nie było to dla mnie łatwe”.

Negatywne odczucia związane z nieposzanowaniem godności osobistej związane były najczęściej z takimi właśnie wydarzeniami. Kilku pacjentów czuło się urażonymi faktem, iż personel medyczny zwraca się do nich bezosobowo lub w liczbie mnogiej: „my”. W przekonaniu personelu medycznego używanie tego typu zwrotów znosi dystans a pacjentowi tego typu zwroty odbierają autonomię. Odbierają je jako ubezwłasnowolnienie, odarcie z godności osobistej. Zaskoczeniem był fakt, że wszyscy pacjenci połączyli swoje odpowiedzi na dwa pytania. Problem poszanowania godności osobistej i potrzebę intymności postrzegali jako jeden aspekt z ich życia szpitalnego.

Pacjenci uważali, że w tej kwestii pozostaje jeszcze wiele do zrobienia. Zdarzały się przypadki, że w trakcie badania lekarskiego na salę wchodziły osoby trzecie (salowa, inny pacjent).

Kilku rozmówców podało jako duże uchybienie fakt, iż z bloku operacyjnego wrócili rozebrani. Czuli się wtedy odarci ze swojej godności.

Należy zwrócić uwagę, iż istotą pracy personelu szpitalnego jest specyficzna praca nad ludźmi. Nie jest to ten rodzaj pracy, jaką wykonują urzędnicy lub pracownicy usługowi.

Personel medyczny ma wprowadzić także do czynienia z przedmiotami i wytworami, ale są nimi ludzie. Pacjent, który znalazł się już na oddziale jest zmuszony przebywać w towarzystwie innych pacjentów. W oddziale, w którym pracuję nie ma sali jednoosobowej.

Większość respondentów pytana o godziny odwiedzin była zadowolona. Uważali, że czas odwiedzin jest wystarczająco długi, a w przypadku jego przekroczenia nie spotkali się z uwagami personelu medycznego. Kilku rozmówców uważało, że rodzina lub osoba bliska powinna być przy nich w godzinach nocnych po zabiegu operacyjnym. „Wie siostra, zawsze to miło mieć bratnią duszę przy sobie jak wszystko człowieka boli i co chwila czegoś potrzebuje. Przecież nie będę ciągle po pielęgniarkę dzwonił”. Nie jest to niestety możliwe ze względu na

warunki szpitalne. Jak już wcześniej wspominałam, na sali leży przeważnie dwóch, trzech pacjentów.

Na pytanie dotyczące opieki duchowej respondenci odpowiadali krótko i zdawkowo: tak, wiem, gdzie jest Kaplica szpitalna, owszem, są wywieszane informacje o tym, kiedy, i o której godzinie ksiądz odwiedza chorych. Wydaje się, że dla badanych pacjentów kwestia opieki duchowej nie była istotna. Skupiają się oni na pobytku w szpitalu. Potrzeby duchowe są naturalnymi dla człowieka i nie są najważniejsze w środowisku szpitalnym, zostają często zawieszane na czas pobytu w szpitalu.

Bardzo niechętnie pacjenci wypowiadali się na temat kosztów finansowych, jakie musieli ponieść w związku z pobytem w oddziale. Najczęściej prosili, aby przejść do pytania następnego. Kilku pacjentów odpowiedziało, iż nie ponieśli żadnych kosztów. Pozwolę sobie tutaj na krótki komentarz oparty na własnych obserwacjach. Obecna zła sytuacja finansowa szpitala doprowadza do tego, że zdarza się, iż pacjent lub jego rodzina muszą ponosić pewne koszty finansowe. Pacjent przebywający w oddziale zabiegowym często leczony jest równocześnie na przewlekłe schorzenia układu krążenia, układu oddechowego, cukrzycę. Oddział nie dysponuje wszystkimi niezbędnymi lekami, w związku z tym pacjent lub jego rodzina zobowiązani są do dostarczania leków, które pacjent winien przyjmować codziennie (np. insulina). Często u chorych leżących potrzebne są pampersy lub odżywki. Do ich zakupu zobowiązuje się rodzinę pacjenta.

Z założenia szpital winien zapewnić pacjentowi bezpłatne kompleksowe świadczenia zdrowotne. Te zadania szpitala zostały sprecyzowane w Statucie Szpitala. Kiedy dochodzi do braków w bazie logistycznej szpitala (leki, środki pielęgnacyjne, sprzęt medyczny), niemożliwy jest do osiągnięcia produkt finalny, jakim jest wyleczenie pacjenta.

Osobną kwestią jaką poruszyłam w wywiadach z pacjentami była znajomość praw i obowiązków pacjenta, oraz kwestii związanych z tym problemem. Okazuje się, że żaden z pacjentów przy przyjęciu nie był informowany o swoich prawach i obowiązkach. Zdarzało się, że w trakcie pobytu w oddziale pacjent dowiadywał się, że ma prawo odmowy wykonania jakiegoś badania, czy też zabiegu. Kilku pacjentów zapoznało się z Kartą Praw i Obowiązków Pacjenta, która jest wywieszona do wglądu w widocznym miejscu oddziału. W większości przypadków jednak wiedza na ten temat jest nikła. Wiadomości na temat praw pacjenta nie docierają do ludzi ani z telewizji, ani z prasy czy też z innych ogólnodostępnych źródeł. Społeczeństwo nie jest odpowiednio informowane. Pacjenci, którzy zapoznali się ze swoimi prawami i obowiązkami, stwierdzili, iż poczuli się pewniej, poczuli się dowartościowani, a wiele praw, które są przyznane pacjentowi po prostu ich zaskoczyło.

Kontakt pacjenta z personelem medycznym

Dane dotyczące tego problemu badawczego starałam się uzyskać poprzez szereg pytań dotyczących udzielania informacji na temat stanu zdrowia pacjenta, kontaktów pacjenta z personelem medycznym, czy też pytań dotyczących wypisu do domu.

Na pytanie dotyczące informowania pacjenta i jego rodziny o stanie zdrowia, respondenci mieli do powiedzenia bardzo wiele. Jak się okazuje jest to równie drażliwy temat jak poprzednie. Najczęściej informacje dotyczące stanu zdrowia pacjenci uzyskują w czasie wizyty ogólnej, w obecności innych chorych. W większości przypadków były one przekazywane w sposób

niedostateczny, niezrozumiały, przy użyciu niezrozumiałej medycznej terminologii. Czasami chory musiał sam „wyłowić” je z rozmowy lekarzy w trakcie wizyty. Rzadko lekarz stwarzał intymne warunki do rozmowy z pacjentem, do wyjaśnienia mu konieczności i istoty działań. Kilku z moich rozmówców „odważyło się”, jak twierdzą, podejść indywidualnie do lekarza w celu uzyskania informacji. „Będąc pacjentem jest się w bardzo specyficznej sytuacji. Człowiek jest przekonany, że w rękach lekarza jest jego los. Ja jako pacjent czułem się cały czas zależny od lekarza, pielęgniarek, a nawet od salowych. To nie takie proste podejść do lekarza i o coś zapytać. A jak będzie zmęczony albo nie będzie miał czasu? I co wtedy?” Kilku moich rozmówców „skarżyło” się, że zbyt późno dowiedzieli się o planowanym zabiegu operacyjnym, a informacje uzyskane od lekarza na temat samego zabiegu nie były wystarczające. Kilku pacjentów stwierdziło, iż odnieśli wrażenie, że swoją dociekliwością zdenerwowali lekarza. Lekarz cierpliwie i dokładnie udzielał informacji tylko pierwszy raz. Kiedy pytanie powtarzało się, ponieważ pacjent czegoś nie zrozumiał lub nie dosłyszał, lekarz niecierpliwił się. Kiedy pytałam, na podstawie czego rozmówcy wnioskuje o znecierpliwieniu lekarza, nie uzyskiwałam odpowiedzi. Były również takie sytuacje, gdzie pacjent został zaproszony do gabinetu lekarskiego i tam uzyskiwał dokładne i zrozumiałe informacje na temat swojej jednostki chorobowej, czy też dalszego postępowania medycznego.

Opis i rozumienie przez pacjentów powyższych sytuacji wyraźnie obrazują nam silny podział – podobnie jak w instytucji totalnej – na świat personelu i nazwijmy to umownie świat „podwładnych”. Kiedy pacjent chce porozmawiać z lekarzem, wówczas czuje wyraźną barierę, czasami barierę nie do pokonania. Czuje się dużo niżej w hierarchii szpitalnej. Nieco lepiej sytuacja przedstawia się, jeśli chodzi o udzielanie informacji rodzinie pacjenta. Rodzina jest już „kimś lepszym” – jak to określił jeden z moich rozmówców. Z relacji badanych pacjentów wynika, że w większości przypadków rodzina nie miała większych kłopotów z uzyskaniem informacji od lekarza. Często nie można wszystkiego powiedzieć pacjentowi, więcej można przekazać jego rodzinie (szczególnie gdy rokowania są niepomyślne).

Zdarzało się jednak, podobnie jak w rozmowach z samymi pacjentami, że informacje były przekazywane niezrozumiale lub przy użyciu medycznej terminologii, zbyt fachowej dla pytającego. Kilku pacjentów w rozmowie ze mną postulowało wyznaczenia godzin udzielania informacji przez Ordynatora oddziału. W swojej pracy wielokrotnie spotkałam się również z sytuacjami, w których chory nie chciał, aby rodzina była informowana o jego stanie zdrowia.

Bardzo ważnym problemem, który poruszyłam ze swoimi rozmówcami okazał się psychoemocjonalny kontakt z personelem medycznym. Na pytanie do kogo pacjent zwróciłby się z jakimś problemem najczęściej padała odpowiedź, że do pielęgniarki. Zdarzały się również odpowiedzi, że nie ma takiej osoby. „Między nami pacjentami, a wami personelem jest ogromna przepaść. Dopóki Pani nie będzie pacjentką to pani tego nie zrozumie. I to nie jest niczyja wina. Tak po prostu jest i już. Nawet jak wszyscy są tu mili i sympatyczni człowiek nie może się przełamać. Wie pani, w szpitalu lekarz, czy pielęgniarka to jest ktoś, a pacjent zawsze będzie tylko pacjentem. To są jakieś dziwne zależności, których nie potrafię wytłumaczyć”. Rozmówcy moi nie ukrywali, że bardzo by tej bliskości emocjonalnej potrzebowali, „choroba to przecież taka ciężka chwila w życiu człowieka”. Trudno było mi uzyskać informacje bezpośrednio dotyczące samego personelu medycznego. Nie było jednak szczególnych zastrzeżeń. Większość rozmówców uważało, że czasy niemiłych pielęgniarek i salowych bezpowrotnie

minęły, wszyscy teraz szanują pracę. Spotkałam się również z takimi wypowiedziami, iż pacjenci „wyliczają” sobie, która zmiana będzie miała dyżur. „Niby jesteście wszystkie miłe i sympatyczne, ale są takie pielęgniarki czy salowe, których człowiek się po prostu boi. Może to głupie, ale jak wejdzie taka na salę i coś burknie pod nosem to człowiekowi się wszystkiego odechciewa. Co mnie to obchodzi, że ona ma zły dzień? Niech się na mężu wyżywa” – były i takie skrajne wypowiedzi. „Lekarze natomiast to zupełnie inny świat, dla nas niedostępny – znajdują się najwyżej w tej szpitalnej hierarchii. Tak naprawdę jeśli chodzi o jakiś bliski kontakt między lekarzem a pacjentem, to raczej niemożliwe, chyba, że się znają. Ale ja pani powiem, ważne żeby dobrze leczył, pogadać to ja sobie mogę z innym pacjentem. Lekarz ma leczyć i już”. Ogólnie, respondenci nie mieli przykrych przeżyć dotyczących relacji między nimi a personelem medycznym. W większości przypadków te relacje określali jako poprawne lub zadowolające. W miejscu tym chciałabym zaznaczyć, że ja również wywodzę się ze świata personelu i rozmówcy moi mieli wyraźne opory, aby wypowiadać się na ten temat.

Od kilku pacjentów nie otrzymałam odpowiedzi na pytanie dotyczące relacji między pacjentami a personelem medycznym. „Na ten temat wołę się nie wypowiadać, dotyczy on bezpośrednio pani koleżanek i kto wie jak to się może zakończyć. Co nie powiem może być źle odebrane”.

Osobną kwestią jaka poruszałam ze swoimi rozmówcami był problem wypisu do domu, sposób informowania o tym fakcie oraz możliwość edukacji zdrowotnej w przypadku konieczności kontynuowania procesu leczenia w domu. Odpowiedzi na to pytanie były bardzo zbliżone do odpowiedzi na pytanie dotyczące udzielania informacji. Najczęściej o fakcie wypisu do domu pacjenci dowiadują się na wizycie lekarskiej. Nie jest to jak się okazuje najlepszy moment do uzyskiwania wyczerpujących odpowiedzi na pytania zadawane przez pacjentów. W wielu przypadkach jednak lekarz umawiał się z pacjentem na wyjaśnienie wszystkich niejasności po wizycie lekarskiej. Większość moich rozmówców ponownie jednak stawiała lekarzowi „zarzut”, że rozmowa z nim była zbyt krótka lub w jej trakcie używał on niezrozumiałej terminologii medycznej. Aby dowiedzieć się czegoś więcej pacjent musi być dociekliwy i jak to kilku moich rozmówców stwierdziło, narażać się na niezyczliwość lekarza. Zdarzyła się również taka skrajna wypowiedź, iż pacjent o fakcie wypisu do domu dowiedział się przez przypadek od salowej kiedy chciała umyć łóżko po nim. W trakcie wizyty lekarskiej był w toalecie. Kilku moich rozmówców uzyskało pomoc od pielęgniarki. Podobnie jak w poprzednich sytuacjach pacjenci odczuwali, że między nimi a lekarzem jest ogromna przepaść. O partnerstwie w relacji pacjent – lekarz mogą tylko pomarzyć. Tu również widać wyraźny podział na świat personelu i „świat podwładnych”.

Nieco lepiej sytuacja przedstawia się w przypadku kiedy pacjent był zmuszony kontynuować proces leczenia lub pielęgnacji w domu. Żaden z respondentów nie spotkał się z odmową wyjaśnienia niezrozumiałych kwestii. Najczęściej informacji takich udzielała pielęgniarka. Tak jak pisałam już wcześniej, to właśnie wobec pielęgniarek pacjenci odczuwają największą śmiałość. Z przeprowadzonych wywiadów wynika, iż pielęgniarki są bardziej bezpośrednie w kontaktach z pacjentami.

Poziom zadowolenia z pobytu w szpitalu

Pytając badanych pacjentów o poziom zadowolenia z pobytu w szpitalu starałam się nie wnikać w aspekt medyczny. Interesowało mnie jak pacjenci oceniają oddział jako całość, jak układały się ich stosunki z personelem medycznym i czy mieli jakieś przykre doświadczenia w trakcie pobytu w oddziale.

Większość respondentów pytana o warunki w oddziale wyrażała zadowolenie. Podobał im się fakt, iż Legnica ma nowoczesny szpital spełniający wymogi europejskie. Oddział Urologii jest stosunkowo nowym oddziałem, więc znajdujący się tam sprzęt jest nowy, czysty i estetyczny – to też zostało zauważone przez moich rozmówców. Praca personelu medycznego zyskała również uznanie w oczach respondentów, większość z nich stwierdziła, że oddział zatrudnia dobrych fachowców, zaangażowanych w ogólnie pojęte dobro pacjenta. Żaden z moich rozmówców nie doznał przykrości w trakcie pobytu w oddziale.

Jak się okazało w oddziale nikt się nie zajmuje badaniem poziomu zadowolenia z pobytu w szpitalu. Moi rozmówcy nie spotkali się z tym, aby ktoś pytał ich o opinie dotyczące samego oddziału, jakości usług medycznych, czy też opinie dotyczące poszczególnych pracowników oddziału. Wielu z moich rozmówców zauważało istotną potrzebę możliwości oceny sytuacji pobytu w oddziale. Uważali oni, że możliwość bezpośredniej oceny byłaby bardzo mobilizująca dla całego personelu zatrudnionego w oddziale. Nie chodziło im tylko o krytykę czy też negatywne oceny, ale o możliwość „wynagrodzenia choćby w ten sposób tych pracowników, którzy naprawdę przykładają się do tego co robią i są przyjaźni pacjentowi”. Rozmówcy moi sugerowali, aby powrócić do czasów kiedy w oddziałach były wyłożone „książki skarg i zażaleń”, ale życzyliby sobie, aby pilnowała ich osoba, która będzie bezpośrednio zainteresowana opiniami pacjentów przebywających w oddziale.

Osobną kwestią, jaką poruszyłam z moimi rozmówcami, a dotyczącą opinii na temat pobytu w oddziale był aspekt psychiczny tego pobytu. Od tej strony sytuacja przedstawia się najgorzej. Już od pierwszych chwil pobytu w szpitalu większości pacjentów nie opuszcza poczucie strachu, zagrożenia i wyobcowania. Wszyscy pacjenci wyrażali potrzebę bliższego kontaktu emocjonalnego z personelem medycznym. Zdaniem większości respondentów zarówno lekarz jak i pielęgniarka poświęcają za mało czasu bezpośrednim kontaktom z pacjentem. Każdy przyjmujący się w oddział już od pierwszych chwil potrzebuje indywidualnego zainteresowania jego osobą. W rozmowach kilkakrotnie padł postulat, aby w szpitalach polskich bardziej zainteresować się psychiką pacjenta, dla którego pobyt w szpitalu jest sytuacją traumatyczną. Być może rozwiązaniem takiej sytuacji, jak sugerowali moi rozmówcy, byłoby zatrudnienie psychologa w każdym oddziale, który byłby do dyspozycji pacjenta.

W tej dziedzinie widać wyraźny brak podmiotowego traktowania pacjentów. Są oni tu, podobnie jak w instytucji totalnej, „materiałem” z którego coś się wytwarza, a więc nabierają poniekąd charakteru podmiotów nieożywionych. Zapomina się o tak ważnej przecież w złożonym procesie leczenia stronie emocjonalnej. Zdrowie, jak wynika z definicji, to stan pełnej równowagi biopsychospołecznej, a nie tylko brak choroby czy dolegliwości. Tak jak ważnym jest zapewnienie fachowej opieki medycznej, równie istotnym winno być zapewnienie tej równowagi.

W ocenianiu pobytu w oddziale rozmówcy moi ponownie wracali do problemu „dwóch światów” – świata pacjentów i świata personelu. Bardzo istotnym okazał się problem wyobcowania i degradacji społecznej. Pacjenci po przyjęciu w oddział czują się odarci ze swojej poprzedniej tożsamości, a tym samym mają poczucie niższości wobec personelu. Według odczuć respondentów w szpitalu istnieje wyraźna hierarchia ważności personalnej. Pacjenci czują, że znajdują się na samym dole tej hierarchii. Tymczasem to pacjent powinien być najważniejszy, ponieważ dla niego jest zorganizowany szpital i cały personel. Faktycznie jest jednak odwrotnie. Tym samym szpital nie zaspakaja podstawowych potrzeb człowieka, potrzeby bezpieczeństwa i potrzeby poszanowania godności osobistej. Dochodzi tu do rozbieżności między funkcją założoną a rzeczywistością, którą winien realizować szpital jako instytucja społeczna.

W oparciu o wypowiedzi respondentów należy przyznać, że pozytywna jest ogólna ocena oddziału. Zarówno od strony organizacyjnej jak i medycznej pacjenci wyrażali zadowolenie z usług świadczonych przez oddział. Bardzo wiele pozostaje jednak do zrobienia, jeśli chodzi o stronę emocjonalną oraz psychospołeczną sytuacji pobytu pacjenta w oddziale. Jest to złożony problem i na pewno nie dotyczy on tylko oddziału Urologii w Legnicy. Ta strona pobytu pacjenta w szpitalu wymaga długoterminowych i kompleksowych rozwiązań dotyczących pacjentów ze wszystkich polskich szpitali.

Podsumowanie

Analizując wywiady przeprowadzone z pacjentami należałoby zwrócić szczególną uwagę na te aspekty, które najczęściej spotykały się z krytyką respondentów.

Wiele razy w tej pracy podały sformułowania, iż sytuacja pobytu w szpitalu jest dla większości osób przebywających tam, sytuacją nową, stresogenną. Najwięcej negatywnych ocen dotyczyło właśnie strefy emocjonalnej sytuacji pobytu w szpitalu. Respondenci odbierali tę sytuację jako przykre doświadczenie emocjonalne. Od pierwszych godzin pobytu w szpitalu potęgowało się ich poczucie wyobcowania, strachu i zagrożenia przed nieznaną, nową sytuacją w ich życiu. Od personelu medycznego oczekiwali zrozumienia, zainteresowania ich osobą i tym co czują. Szpital jako instytucja nie zaspakaja jednak wyższych potrzeb emocjonalnych. Skupia się jedynie na procesie leczenia, nie biorąc pod uwagę, iż psychika pacjenta odgrywa ogromną rolę w tym procesie. Być może właśnie w tę dziedzinę procesu leczenia należałoby zainwestować dodatkowe środki nie tylko finansowe. Personel medyczny powinien być kształcony pod kątem zaspakajania potrzeb wyższego rzędu podopiecznych. Należy kłaść silny nacisk na odpowiedni kontakt psychoemocjonalny między personelem a pacjentami. Nie może on być sprowadzany do relacji, jakie mają miejsce w instytucji totalnej. Pacjent musi czuć, że szpital jako instytucja został zorganizowany właśnie dla niego i tylko dzięki niemu istnieje.

Po analizie materiału badawczego należy zwrócić szczególną uwagę na podmiotowe traktowanie pacjenta.

W wielu przypadkach krytycznej oceny pobytu pacjenta na oddziale, wystarczyłoby proste rozwiązania doraźne. Biorąc pod uwagę, iż w oddziale Urologicznym większość pacjentów stanowią mężczyźni, może należałoby zadbać o zatrudnienie kilku pielęgniarzy. Wielu mężczyzn wolałoby, aby czynności pielęgnacyjne wykonywał przy nich również mężczyzna.

Zakończenie

Analiza jakości świadczeń z punktu widzenia pacjenta wymaga zaakcentowania ważności opieki pielęgniarstwa, mającej wpływ na poziom jakości usług zdrowotnych. Pacjenci w zależności od sytuacji, w jakiej się znajdują, zwracają uwagę na różne elementy świadczonej przez pielęgniarki opieki. Niekiedy jest to potrzeba wzmożonej edukacji, innym razem oczekiwania będą dotyczyły umiejętności empatii, trafnego rozpoznawania nastroju pacjenta i udzielania szeroko rozumianego wsparcia. Do najistotniejszych elementów współpracy należą: zgodność celów, jakość komunikowania się pielęgniarek i pacjentów oraz zaspokajanie oczekiwań pacjentów.

Szybkie i trafne reagowanie pielęgniarek na wezwania pacjentów, ich sprawność i zręczność techniczna, przyjazna atmosfera wykonywanej pracy, poziom posiadanej wiedzy i umiejętności należą do czynników, które mają wpływ na komfort psychiczny i fizyczny pacjentów. Poznanie przez pielęgniarki preferowanych przez pacjentów kryteriów oceny ich pracy w znacznej mierze może przyczynić się do zaspokojenia oczekiwań pacjentów i zwiększenia ich satysfakcji. Przeprowadzenie badań sondażowych z kryteriami oceniającymi: satysfakcję pacjentów lub ich niezadowolenie, ocenę postępowania z bólem i dyskomfortem oraz opiekę w środowisku domowym i w okresie rekonwalescencji może stanowić dobre źródło pozyskiwania informacji, na podstawie których pielęgniarki będą mogły doskonalić swoją pracę.

Dorota Pszonka-Maziarz

Jakość życia kobiet po mastektomii

(Promotor: mgr piel. Danuta Wałęga-Szych)

Wstęp

Rak sutka jest obecnie najczęściej występującą u kobiet postacią choroby nowotworowej. W Polsce według ostatnich danych stanowi on około 20% ogółu wykrywanych u nich nowotworów złośliwych. Liczbę zachorowań na raka sutka ocenia się na około 10 tys. rocznie. Liczba tych nowotworów w innych krajach jest wyższa, co związane jest prawdopodobnie z wyższą wykrywalnością, np. w USA stanowią one 28% wszystkich przypadków raka. Częstość zachorowań na nowotwory złośliwe piersi gwałtownie wzrasta po 35 roku życia, a bardzo wysoki współczynnik zapadalności utrzymuje się do późnego wieku.

Cel i założenia pracy

Celem niniejszej pracy była ocena jakości życia kobiet po mastektomii.

Postawiłam następujące pytanie: **w jakim stopniu leczenie raka piersi z jego następstwami mogło wpłynąć na jakość życia kobiet po mastektomii, wpływając jednocześnie na ich sferę psychiczną, aktywność ruchową oraz stosunki interpersonalne?**

Jakość życia

Pojęcie jakości życia (*quality of life*) pojawiło się po II wojnie światowej w USA. Pod koniec lat 40-tych zaistniało w medycynie dzięki Karnofskiemu, który zwrócił uwagę na potrzebę uwzględniania sytuacji chorych z nowotworem, a nie tylko nastawienie terapii na maksymalne wydłużenie życia.

Nie opracowano jak dotąd jednak wspólnej, powszechnej definicji jakości życia (QOL). W 1978 r. Flanagan określił obszary jakości życia, dzieląc je na pięć domen i piętnaście wymiarów, które obejmują wszystkie sfery życia codziennego. Jakość życia bywa również pojmowana w kategorii miernika różnicy między oczekiwaniami a możliwościami, czyli stopniem spełnienia tych oczekiwań.

Jakość życia, według Światowej Organizacji Zdrowia, wyraża się poczuciem satysfakcji jednostek lub grup społecznych, wynikającej ze świadomości zaspokojenia własnych potrzeb oraz postrzegania możliwości rozwoju jednostkowego i społecznego.

Badanie jakości życia przeprowadzane jest za pomocą różnorodnych technik: badania jakościowego (wieloczynnikowego) lub bardziej znanego badania kwestionariuszowego. Kwestionariusze i ankiety składają się z serii pytań oceniających objawy choroby, jak ich wpływ na różne sfery życia codziennego chorego oraz reakcje

Badanie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia, mastektomia

Dyskusje nad sposobem pojmowania i oceny jakości życia trwają w medycynie do chwili obecnej. Większość badaczy w medycynie stosuje pojęcie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia HRQL (*Health Related Quality of Life*). Jakość życia związaną ze zdrowiem można interpretować jako ocenę własnego położenia życiowego dokonaną w okresie choroby i leczenia uwzględniającą ich rolę. W HRQL zawiera się stan psychiczny, stan fizyczny, sprawność ruchową, sytuację społeczną, doznania somatyczne i warunki ekonomiczne. Badania nad jakością życia związaną ze zdrowiem podzielono różnicowo na stan zdrowia określany na podstawie objawów obiektywnych, stwierdzonych przez osoby postronne oraz na stan zdrowia będący subiektywnym odczuciem pacjenta. Istotne dla badań nad jakością życia związaną ze zdrowiem jest ocena jej w wymiarze psychicznym, ponieważ poza odczuciami negatywnymi, jak lęk czy przygnębienie, zwracać się powinno uwagę na odczucia pozytywne, jak satysfakcja, nadzieja i dobre przystosowanie do sytuacji.

Analizując HRQL należy pamiętać o tym, że choroba i jej leczenie mogą wywierać czasami efekt odwrotny od przewidywanego, na co ma wpływ wiele przyczyn. Jedną z nich są reakcje emocjonalne, które nie są w rzeczywistości odpowiedzią na sytuacje je tworzące, ale na wyobrażenia i myśli związane z tymi faktami. Drugą ważną przyczyną różnorodności subiektywnej oceny położenia jest odmienny sposób zachowań ludzi wobec trudnych sytuacji życiowych. Sytuacje te doprowadzają do zaburzeń w możliwości realizacji celów lub potrzeb (choroba nowotworowa) i wywołują sprzeciw, brak zgody na zaistniały fakt często połączony z gniewem. Sytuacja ta jest z kolei przyczyną dyskomfortu i zaburzeń poczucia szczęścia. Jeśli dobrostan zostanie zaburzony, wówczas prawidłową reakcją człowieka jest szukanie wszelkich sposobów by utracone szczęście przywrócić. W przypadku nieuleczalnej choroby sytuacja taka nie może zaistnieć. W przypadku pacjentów onkologicznych, zauważyć można zmiany w zakresie sposobów reagowania na trudne sytuacje. Dlatego obserwując ludzi chorych i zdrowych można zauważyć, że osoby chore bywają zadowolone z życia. Dzieje się tak, ponieważ chorzy podświadomie uruchamiają mechanizmy obronne: zaprzeczają lub wypierają myśli o chorobie. Innym sposobem jest postawa optymizmu, szukanie pozytywnych wartości swojej sytuacji i jej akceptacja.

Szczególnym sposobem osiągnięcia dobrostanu jest nadzieja, która u osób poważnie chorych jest zjawiskiem powszechnym. Przyczynia się ona do dobrej oceny jakości życia pacjenta niezależnie od jego rzeczywistego stanu zdrowia. Wszystkie te czynniki sprawiają, że ocena jakości życia jest zjawiskiem złożonym i trudnym do analizy.

Mastektomia [gr.], odjęcie piersi, amputacja gruczołu sutkowego wykonywana w chirurgicznym leczeniu raka piersi; prosta – odjęcie gruczołu sutkowego wraz ze skórą, radykalna – z usunięciem dodatkowo węzłów limfatycznych pachowych i ewentualnie mięśnia piersiowego.

Charakterystyka badanej grupy

Badania przeprowadziłam wśród członkiń Stowarzyszenia Klubów „Amazonki” w Jeleniej Górze oraz jej filii w Kamiennej Górze zrzeszających kobiety po wykonanym zabiegu mastektomii.

Badanie miało na celu ocenę jakości życia kobiet w małych miejscowościach i z pobliskich wiosek. W każdym z klubów ankiety wypełniło po 25 respondentek, co dało ogólną liczbę ankietowanych 50 osób. Podczas wypełniania ankiet udzielałam respondentkom objaśnień, w przypadku wątpliwości sensu interpretacji sformułowanych pytań.

Opis metody badawczej

W pracy przyjąłam technikę badań ankietowych, a narzędziem badawczym był kwestionariusz, który w tym celu został samodzielnie opracowany.

Udział w badaniu był dobrowolny i miał charakter anonimowy. Ankieta składała się z 31 pytań podzielonych na 4 części:

- I. Dane osobowe
- II. Dane medyczne
- III. Stan psychiczny
- IV. Funkcjonowanie w życiu codziennym

Pytania w ankiecie miały charakter zamknięty. Respondentki odpowiadając na zawarte w niej pytania wybierały jedną lub więcej sugerowanych odpowiedzi. Kontekst pytań zmierzał do pozyskania wiarygodnych informacji dla oceny jakości życia kobiet po mastektomii.

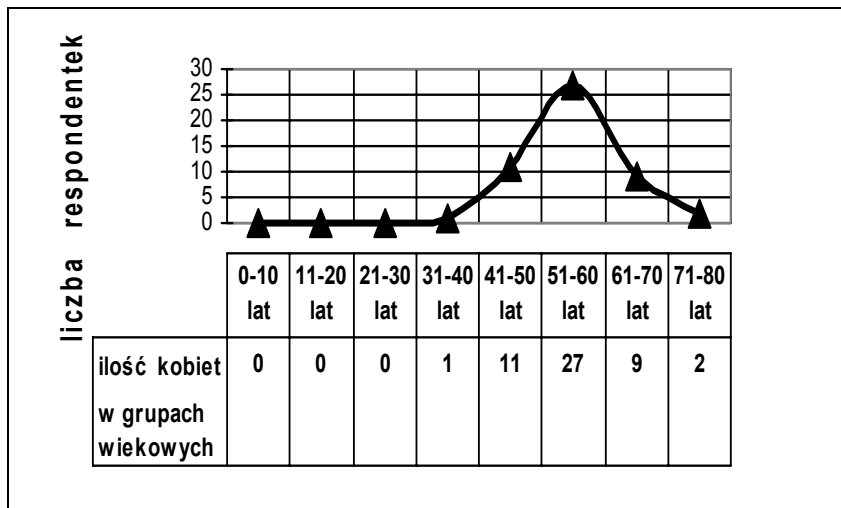
Aspekty, na które zwróciłam szczególną uwagę w przygotowaniu ankiety, to:

- Dane osobowe, z uwzględnieniem przedziału wiekowego danej populacji.
- Metody leczenia stosowane najczęściej po zabiegu mastektomii i towarzyszące im objawy uboczne.
- Dbłość o utrzymanie dobrego stanu zdrowia.
- Samoocena odczuwanych stanów emocjonalnych oraz samopoczucia przez respondentki w ciągu ostatnich dwóch tygodni poprzedzających wypełnienie ankiety.
- Wpływ choroby na zmianę systemu wartości, atrakcyjność kobiet.
- Akceptacja pacjentek przez rodzinę i środowisko
- Samoakceptacja kobiet wynikająca ze zmiany własnego wyglądu po wykonanej mastektomii.
- Przystosowanie się respondentek do nowej sytuacji, w jakiej im przyszło żyć po zabiegu operacyjnym.

Przedstawienie i omówienie wyników badań

Metodą badawczą nad problematyką jakości życia kobiet po mastektomii była analiza materiału zawartego w ankietach.

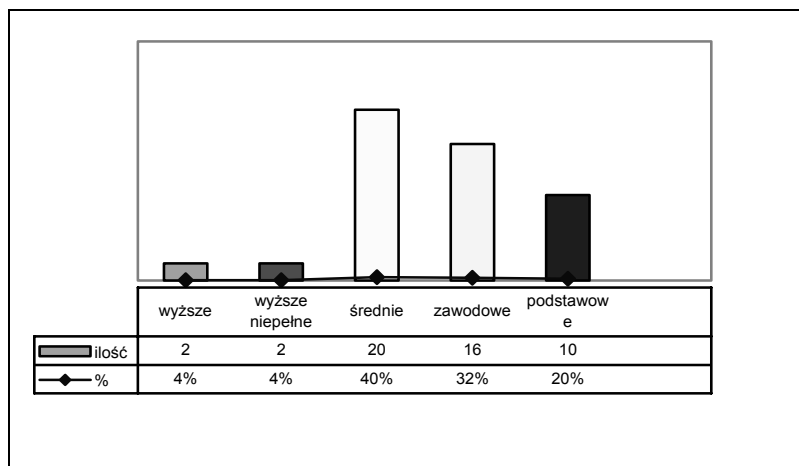
Wykres 1. Charakterystyka badanej grupy kobiet pod względem wieku.



Z analizy materiału badawczego wynika, że przedział wiekowy badanej populacji mieścił się pomiędzy 35 a 75 rokiem życia. Najliczniejszą grupę stanowiły kobiety w przedziale wieku 51-60 lat – 27 osób czyli 54% badanych.

Największy procent stanowiły mężatki 76%, osoby stanu wolnego 20%, a tylko 4% kobiet stanowiły panny. Zdecydowana większość respondentek mieszka w mieście – 90%, a tylko 10% na wsi.

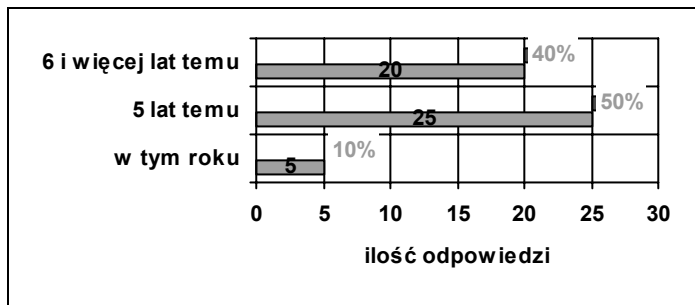
Wykres 3. Charakterystyka badanej grupy respondentek pod względem wykształcenia.



Z analizy materiału badawczego wynika, że aktywnych zawodowo jest tylko 6% badanych, 2% nie pracuje, a największa grupa – 96% jako źródło utrzymania wskazuje świadczenia rentowe lub emerytalne.

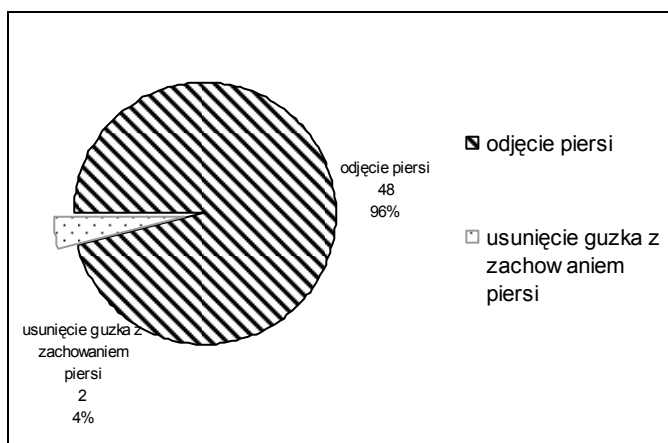
Analiza sytuacji finansowej wskazuje, że kobiety w większości określiły swoją sytuację finansową na poziomie średnim – 68%, a jako złą – 30%, a tylko 2% jako bardzo dobrą.

Wykres 7. Okres od wykonania mastektomii.



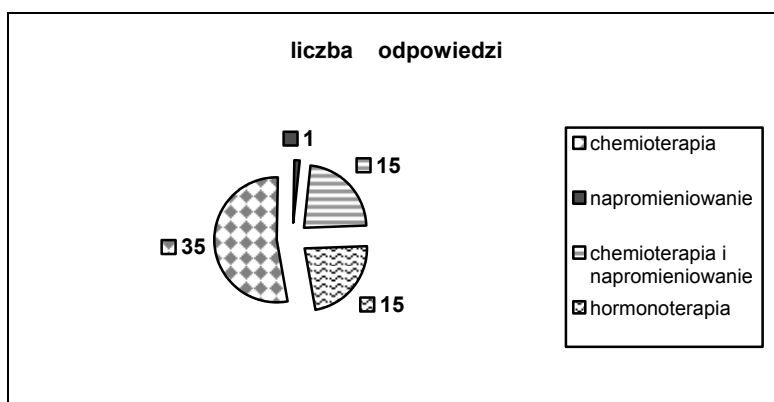
Z uzyskanych wyników największą liczbę badanej populacji stanowią respondentki, które miały wykonaną mastektomię 5 lat temu – 50% badanych kobiet.

Wykres 8. Rodzaj wykonanego zabiegu operacyjnego.



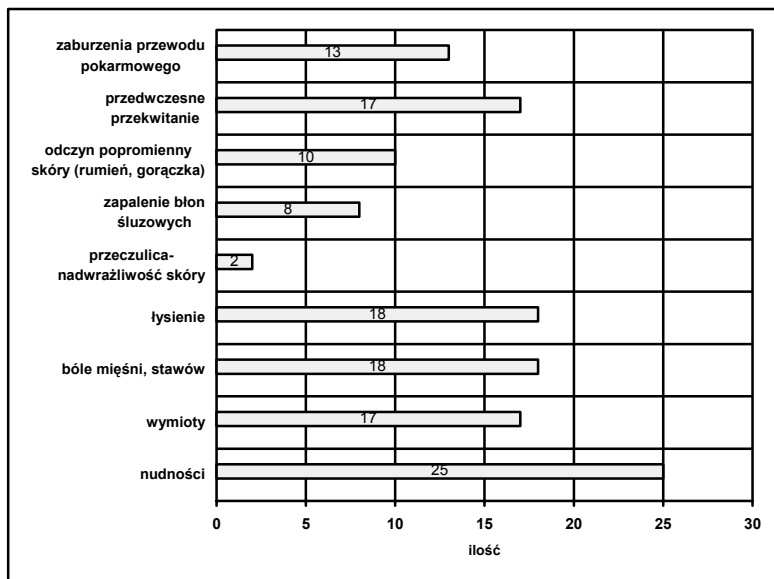
Wśród ankietowanych członkiń klubów „Amazonek” największą grupę stanowią kobiety po zabiegu operacyjnym odjęcia piersi 96%, a tylko 4% po zabiegu usunięcia guzka z zachowaniem piersi.

Wykres 9. Rodzaje zastosowanego leczenia



Interpretację wyników stosowanego leczenia uzupełniającego zsumowano z uwagi na zaznaczenie przez kobiety kilka równorzędnych odpowiedzi, co świadczy o fakcie leczenia skojarzeniowego. Z wyniku przeprowadzonych badań największa liczba kobiet poddana była chemioterapii – 35 respondentek.

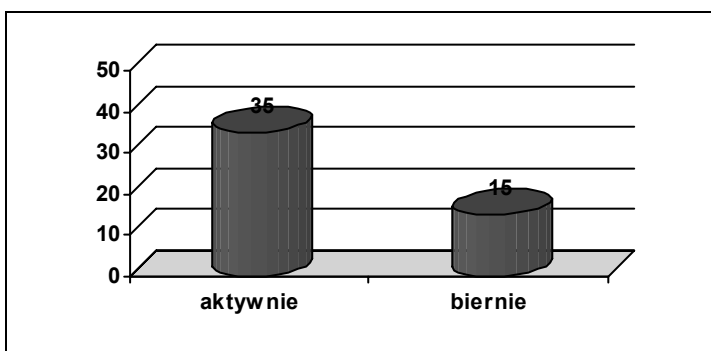
Wykres 10. Negatywne objawy po leczeniu uzupełniającym.



Wyniki dotyczące negatywnych objawów po leczeniu uzupełniającym również przedstawiono, ze względu na możliwość udzielenia więcej niż jednej sugerowanej odpowiedzi, jako częstość występowania poszczególnych objawów w ciągu ostatnich 2 tygodni. Jak wynika z zestawienia najczęstszym objawem występującym wśród badanych są nudności, które wystąpiły u 25 kobiet. Równie często, bo u 18-tu ankietowanych zdarzały się bóle mięśni, stawów i łyśnienie.

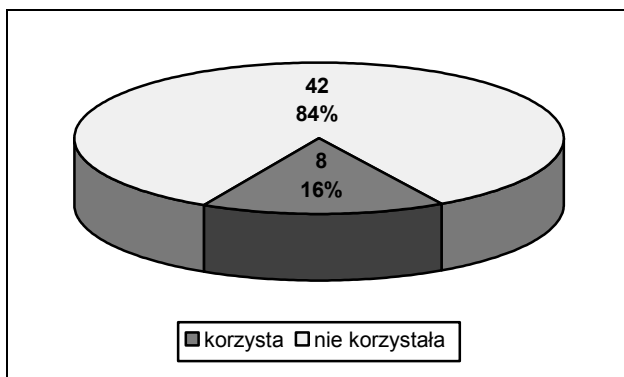
60% badanej populacji poddaje się zabiegom rehabilitacji, a 40% nie podejmuje żadnego działania.

Wykres 12. Formy spędzania wolnego czasu.



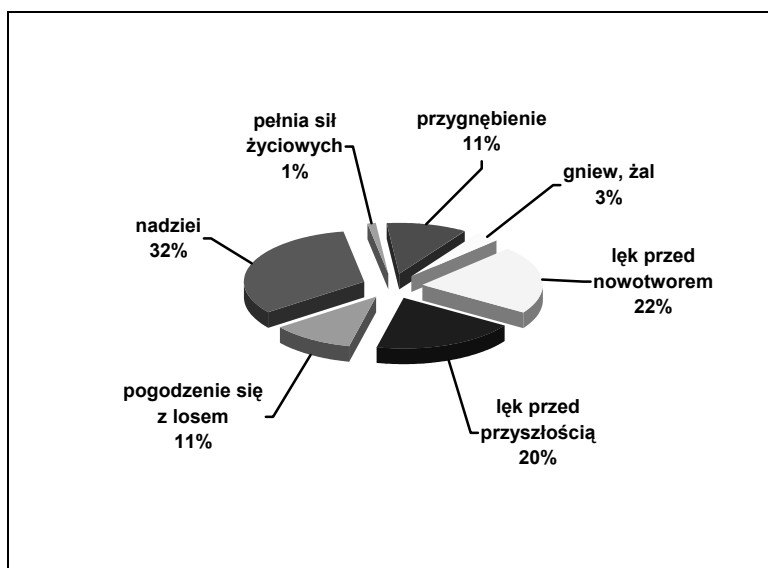
Z analizy materiału badawczego wynika, że aktywnie czas wolny spędza 35 kobiet, natomiast biernie tylko 15 respondentek.

Wykres 13. Czy respondentka korzysta lub korzystała z porad psychologa.



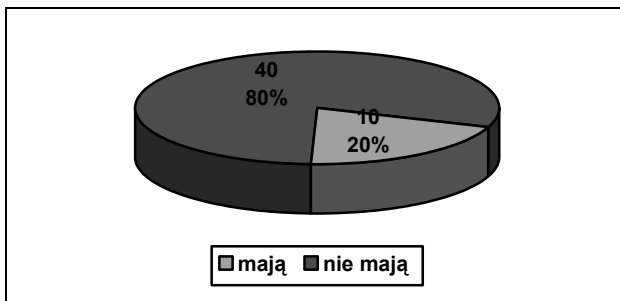
Z uzyskanych wyników stwierdziłam, że bardzo mała grupa kobiet (8 uczestniczek) opowiedziała się za tym, że korzystała lub korzysta z porad psychologa. Pozostała liczba czyli 42 kobiety nie spotykały się z psychologiem.

Wykres 14. Dominujący stan emocjonalny z ostatnich dwóch tyg.



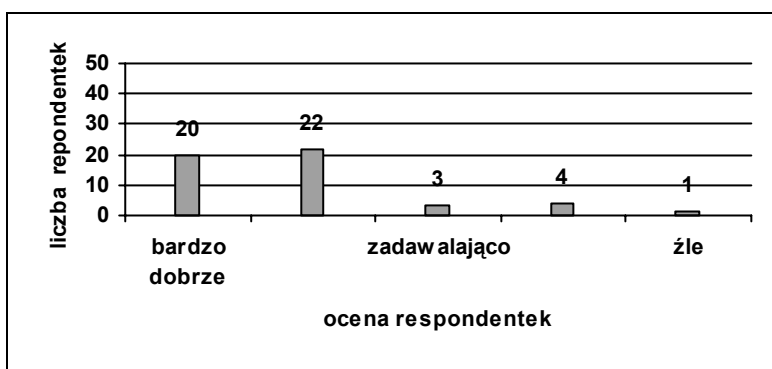
Interpretację wyników stanów emocjonalnych odczuwanych przez respondentki w okresie ostatnich 2 tygodni, zsumowano z uwagi na możliwość udzielenia więcej niż jednej sugerowanej odpowiedzi. Jak wynika z danych, dominującym stanem emocjonalnym u 32% badanych kobiet była nadzieja. U 22% dominującym był lęk przed nowotworem, a 20% odczuwało lęk przed przyszłością.

Wykres 15. Odczucie osamotnienia w chorobie.



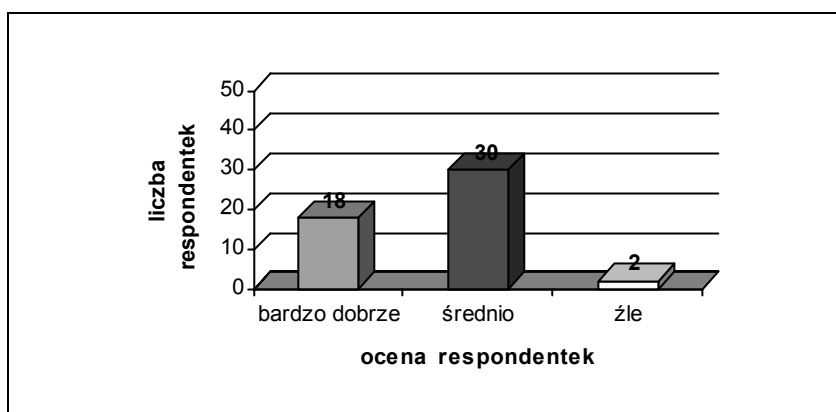
Otrzymane dane świadczą, że w grupie badanej 80% respondentek nie czuje osamotnienia w chorobie, natomiast 20% spotyka się z tym problemem.

Wykres 16. Przyjęcie przez rodzinę po zabiegu operacyjnym.



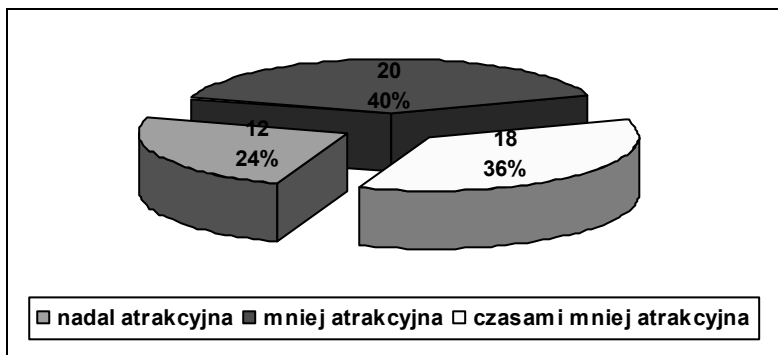
Wyniki świadczą, że po zabiegu operacyjnym większość respondentek została przyjęta przez rodzinę dobrze (22 kobiety), lub bardzo dobrze (20 kobiet). W grupie, gdzie przyjęcie to oscylowało jako zadawalające, nie dobre czy też źle znalazło się 8 kobiet.

Wykres 17. Akceptacja respondentki w środowisku.



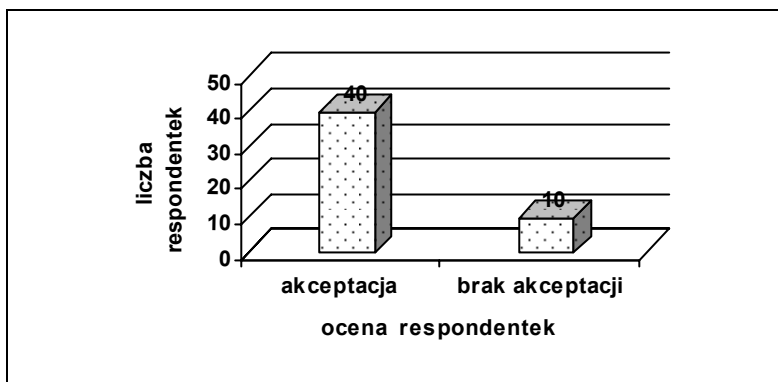
Większość badanych kobiet akceptację swojej osoby przez środowisko określa jako średnią, z taką oceną utożsamia się 30 osób. Akceptację bardzo dobrą deklaruje 18 osób. Tylko 2 osoby stwierdziły, że źle zostały zaakceptowane przez środowisko.

Wykres 18. Subiektywna ocena swojej atrakcyjności po mastektomii.



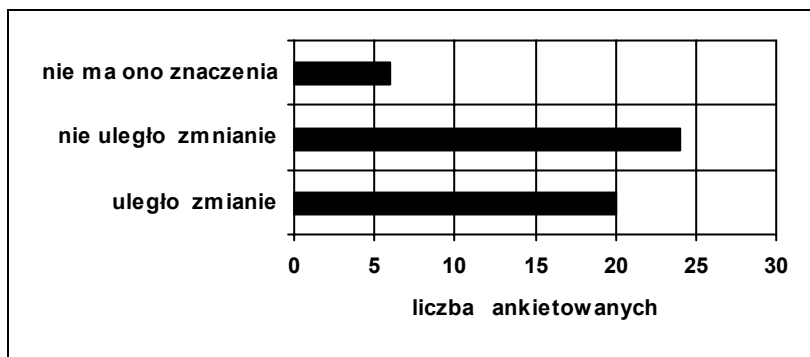
Z analizy materiału badawczego wynika, że po wykonanej mastektomii 40% kobiet czuje się mniej atrakcyjnie lub czasami mniej atrakcyjnie -36%. W badanej grupie 24% kobiet ocenia się jako nadal atrakcyjne.

Wykres 19. Akceptacja swojego wyglądu po zabiegu mastektomii



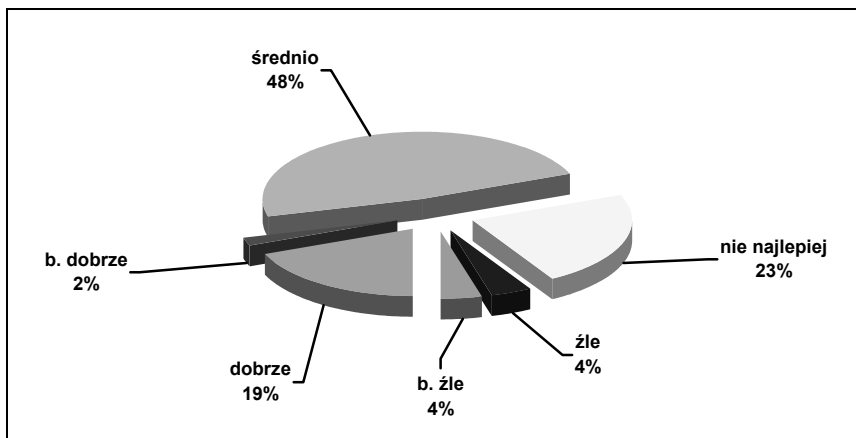
Z powyższego zestawienia wynika, że 40 kobiet (80%) zaakceptowało swój wygląd po przeprowadzonym zabiegu.

Wykres 20. Życie seksualne po zabiegu operacyjnym.



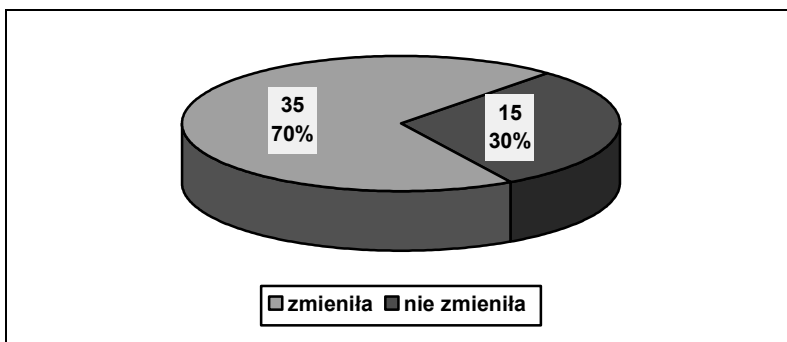
Z analizy materiału badawczego wynika, że u większości kobiet życie seksualne po zabiegu mastektomii nie uległo zmianie. Utożsamiają się z taką oceną 24 kobiety. Dla 6 kobiet z badanej grupy przeprowadzony zabieg nie ma znaczenia w życiu seksualnym.

Wykres 21. Skala samopoczucia ankietowanych z ostatnich 2 tygodni.



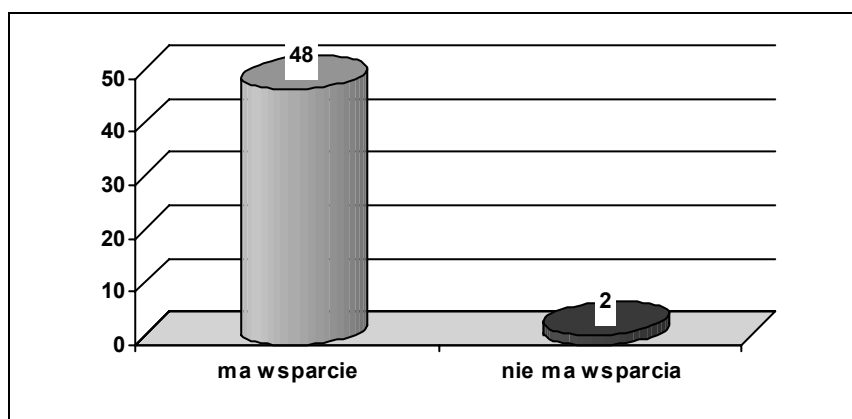
Z interpretacji danych wynika, że największa ilość respondentek – 48% określa swoje samopoczucie z ostatnich dwóch tygodni jako średnie.

Wykres 22. Wpływ choroby na zmianę systemu wartości u respondentek.



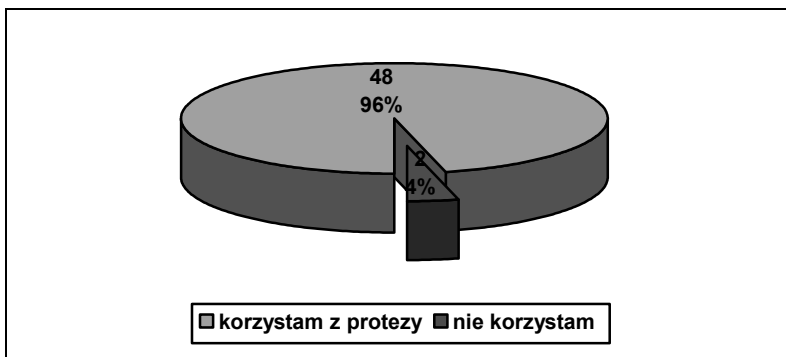
Z uzyskanych danych wynika, że dla 70% respondentek choroba miała wpływ na zmianę systemu wartości.

Wykres 23. Wsparcie ze strony bliskich osób.



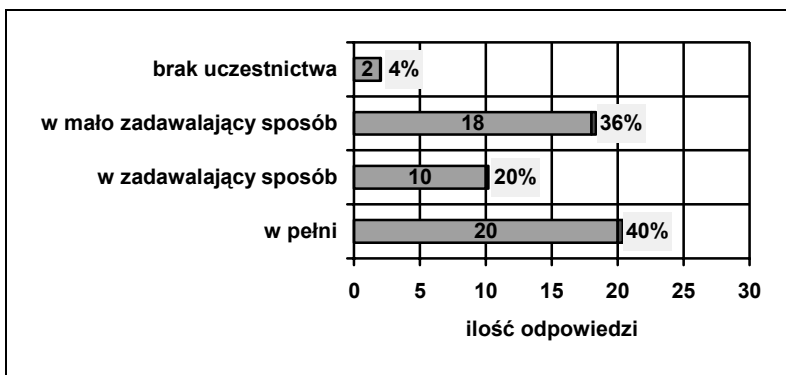
Z analizy materiału badawczego wynika, że zdecydowana większość tj. 48 kobiet odczuwa wsparcie ze strony bliskich osób, tylko 2 kobiety odczuwa brak tego wsparcia.

Wykres 28. Korzystanie i stosowanie protezy piersi.



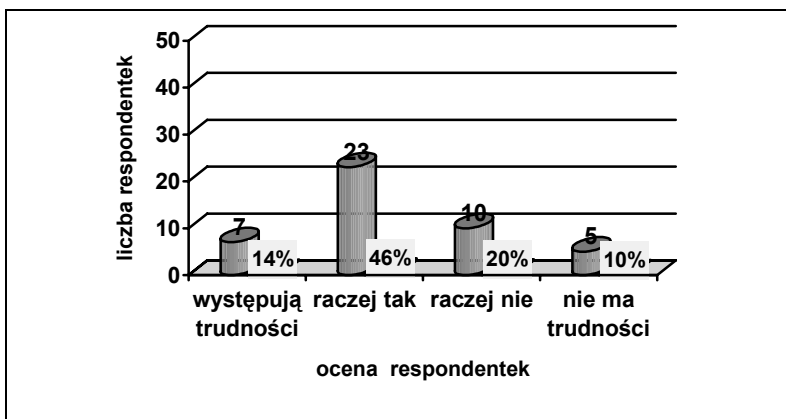
Zgodnie z danymi większość kobiet z badanej grupy (96%) korzysta z protezy piersi.

Wykres 30. Uczestnictwo w życiu towarzyskim.



Z powyższego zestawienia wynika, że w życiu towarzyskim w pełni uczestniczy 40% kobiet, a 20% w zadawalający sposób. Za brakiem uczestnictwa opowiedziało się 4% respondentek, dla 36% poziom uczestnictwa w życiu towarzyskim jest mało zadawalający.

Wykres 31. Trudności wykonywania czynności codziennych w ciągu ostatnich 2 tygodni.



Z analizy danych wynika, że w okresie ostatnich dwóch tygodni 14% kobiet miało trudności w wykonywaniu codziennych czynności, natomiast 10% nie odczuwało tego zjawiska. Dużą grupę, bo 46% stanowią kobiety dla których realizacja codziennych czynności przychodziła z trudnościami.

Wnioski

Na podstawie analizy zebranego materiału wysunięto następujące wnioski:

- Odjęcie piersi wpływa na sferę psychiczną kobiet, pociągając za sobą zaburzenia w obrazie własnej osoby, poczucie własnej wartości i atrakcyjności.
- Wyniki badań wskazują na zadawalający poziom jakości życia kobiet po mastektomii.
- Rodzina, znajomi a także wzajemne relacje „Amazonek” odgrywają ważną rolę w procesie akceptacji zmienionej sytuacji życiowej kobiet.
- Uzyskane wyniki świadczą o trosce respondentek w utrzymaniu dobrego stanu zdrowia i samopoczucia oraz własnego wizerunku.
- Kobiety wskazują na trudności z wykonywaniem czynności codziennych, ale mają one charakter przejściowy.
- W badaniach własnych zaobserwowano znikomą opiekę psychologiczną, tak istotną dla kobiet po mastektomii, z grupy badanych 84% kobiet nie korzystało z porad psychologa.
- Zarówno rodzaj wykonywanego zabiegu (oszczędzający, radykalny), jak i wybór kontynuowanego leczenia ma znaczny wpływ na jakość życia kobiet, wiążąc się nieodzwrotnie i indywidualnie z objawami niepożądanymi ze strony organizmu.

Renata Rosenbeiger-Żelazko

Krioterapia ogólnoustrojowa stosowana u pacjentów z zespołem bólowym kręgosłupa

Promotor: dr hab. nauk med. Stanisław Szymaniec

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie zastosowania krioterapii ogólnoustrojowej oraz następczej kinezyterapii u pacjentów z zespołem bólowym kręgosłupa.

Krioterapia czyli lecznicze zastosowanie zimna

Krioterapia jest jedną z metod leczniczego zastosowania zimna. Jednak wśród tych metod krioterapia (albo kriostymulacja) jest czymś szczególnym i wyjątkowym, i nie da się porównać w sensie fizycznym, fizjologicznym i klinicznym z jakimkolwiek innym zabiegiem fizykoterapeutycznym wykorzystującym zimno do schłodzenia części lub całego ciała.

Według prof. Z. Zagrobelnego, **krioterapia** to zastosowanie krańcowo niskich temperatur schłodzonego powietrza par skroplonych gazów, schładzających powłoki ciała przez okres nie przekraczający 3-minutowej ekspozycji.

Krioterapia cieszy się coraz większą popularnością u lekarzy, rehabilitantów, a także samych pacjentów.

Ze względu na rozległość oddziaływania zimna na organizm wyróżniamy krioterapię miejscową i ogólnoustrojową.

Krioterapia miejscowa to schładzanie ciała w celu wywołania zmian w obrębie tkanek chorobowo zmienionych, w których obniżono temperaturę. W tym przypadku oddawanie ciepła zachodzi na drodze promieniowania i przewodzenia.

Krioterapia ogólnoustrojowa to wywołanie efektów leczniczych przez schłodzenie całego organizmu w temperaturze od minus 110 C do minus 160 C, przez 2-3minuty, co prowadzi do pobudzenia układów naczynioruchowego i hormonalnego. Wykonywana jest w kriokomorach i kriosaanach z tak zwanym zaleganiem zimna.

W Specjalistycznym Centrum Medycznym w Polanicy Zdroju, na Oddziale Rehabilitacji od dwóch lat działa kriokomora typu „wrocławskiego” skonstruowana przez mgr. inż. Zbigniewa Raczkowskiego. Komora składa się z dwóch pomieszczeń: przedsionka i komory właściwej w której uzyskiwana może być nawet temperatura minus 160 stopni Celsjusza. Czynnikiem chłodzącym jest ciekły azot. Konstrukcja umożliwia bardzo szybkie przygotowanie urządzenia

do oczekiwanej temperatury oraz stabilną pracę przez wiele godzin. Wszystkie parametry związane z pracą komory kontrolowane są przez w pełni zautomatyzowany układ sterujący.

Warunki panujące wewnątrz, tj. odpowiednio przygotowane powietrze oczyszczone ze wszelkich zanieczyszczeń i praktycznie zerowa wilgotność sprawiają, że osoby wchodzące do pomieszczenia odczuwają przyjemne *suche* zimno, zupełnie nie odpowiadające wyobrażeniom o temperaturach rzędu minus 110 Celsjusza. Odczucie chłodu, nasilające się stopniowo, dotyczy szczególnie dolnych partii ciała, a przy niższych temperaturach może obejmować tułów. Czas zabiegów jest dobrany tak, by uzyskać maksymalny efekt stymulacji, a ograniczyć maksymalnie zagrożenia związane z niskimi temperaturami.

Wskazania, przeciwwskazania i przebieg zabiegu w komorze kriogenicznej.

Wraz z intensywną kinezyterapią krioterapia ma zastosowanie w wielu jednostkach chorobowych. Należą do nich: wielostawowe zapalne choroby narządu ruchu: reumatoidalne zapalenie stawów, zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa, gorączka reumatyczna, choroby tkanki łącznej, zmiany zapalne stawów o podłożu metabolicznym – w dniu, łuszczycowe zapalenie stawów i kręgosłupa, dyskopatie, fibromyalgia, zapalenie okołostawowe ścięgien, powięzi i mięśni, urazy stawów i tkanek miękkich, profilaktyka osteoporozy, niedowład spastyczne, oparzenia, zespół Sudecka, depresja, dzieci z porażeniem mózgowym od czwartego roku życia, a także: odnowa biologiczna mięśni i skóry, odbudowa odporności immunologicznej, przemęczenie nadmierną pracą.

Na podstawie badań przeprowadzonych u chorych z chorobami układu krążenia i układu oddechowego, przed i po zabiegu w komorze kriogenicznej, ustalono **przeciwwskazania bezwzględne**: nietolerancja zimna, krioglobulinemia, kriofibrynogemia, choroba nowotworowa, *cold urticaria*, ropno-zgorzelinowe zmiany skórne, agammaglobulinemia, choroby ośrodkowego układu nerwowego, neuropatie układu współczulnego, niedoczynność tarczycy, miejscowe zaburzenia ukrwienia, znaczna niedokrwistość, działanie leków, zwłaszcza neuroleptyków i alkoholu, wyniszczenie i wychłodzenie organizmu, klaustrofobia.

Bezwzględne przeciwwskazania ze strony układu krążenia i układu oddechowego: zwężenie zastawek półksiężycowatych aorty czy zwężenie zastawki dwudzielnej, schorzenia mięśnia sercowego lub aparatu zastawkowego serca w okresie niewydolności krążenia, ciężka postać dusznicy bolesnej wysiłkowej i spontanicznej, zaburzenia rytmu serca - częstość powyżej 100 ud/min, przecieki żylna-tętnicze w płucach, ostre schorzenia dróg oddechowych różnego pochodzenia

Niepożądane efekty zimna zdarzają się rzadko. Nadwrażliwość na zimno to reakcja układu immunologicznego. Zwykle pierwsze objawy pojawiają się już w dzieciństwie. Objawy nadwrażliwości dzielimy na trzy grupy.

Pierwsza grupa objawów jest wynikiem uwalniania histaminy lub/i substancji histaminopodobnych i wyglądem przypomina pokrzywkę. Obok pokrzywki może wystąpić rumień, swędzenie i nadmierne pocenie, zaczerwienienie twarzy, obrzęk powiek, krtani a nawet zaburzenia

oddychania. W nasilonych reakcjach może dojść do wstrząsu lub zimnej anafilaksji z omdleniem, częstoskurczem i innymi zaburzeniami rytmu serca. Dołączyć do tego mogą objawy żołądkowo-jelitowe – utrudnione połykanie, ból brzucha, biegunka i wymioty.

Druga grupa objawów jest następstwem obecności hemolizyn i aglutynin w warunkach oziębienia organizmu. Objawy to złe samopoczucie, dreszcze, gorączka, pokrzywka i sinica kończyn.

Trzecia grupa to objawy obecności krioglobulin, które wywołują dreszcze i gorączkę oraz poważnie upośledzają widzenie i słuch, aż do ślepoty i głuchoty włącznie. Mogą wystąpić mikrowylewy do spojówek i krwotok z nosa. We krwi obserwuje się niedokrwistość z niedoborem fibrynogenu, przyspieszoną sedymentację erytrocytów i obecność krioglobulin. Objawami skórными są rumień, świąd, plamica, zimna pokrzywka, owrzodzenie oraz martwica skóry. Występuje także duszność, objawy żołądkowo-jelitowe, zapalenie jamy ustnej i krwawienie z dziąseł.

W obwodowych chorobach naczyniowych krioterapia jest bezwzględnie przeciwwskazana ponieważ zmniejszałyby upośledzony przepływ krwi przez kończyny.

Wyróżnia się także **przeciwwskazania względne** co do krioterapii: wiek powyżej 65 lat, przebyte zakrzepy żyłne i zatory tętnic obwodowych, wady zastawek, dusznica bolesna wysiłkowa i spontaniczna, nadmierna labilność emocjonalna np. nadmierna potliwość.

Do dotychczas poznanych efektów uogólnionego działania temperatur kriogenicznych na organizm człowieka poddanego tej metodzie leczenia zalicza się: znaczną poprawę samopoczucia – relaks, rzeźkość i fizyczne rozluźnienie, obfity przepływ krwi przez powłoki ciała i narządy wewnętrzne, co powoduje uczucie gorąca i zaróżowienie skóry, efekt analgetyczny – subiektywna bezbolesność w stawach, na powierzchni ciała znika ból.

Zniesienie bólu jest wynikiem zwiększonego wydalania beta-endorfin zwolnionego przewodnictwa i trwa od 2 do 4 godzin. Okres ten można wykorzystać do intensywnej kinezyterapii, zwiększenia zakresu ruchów.

Po zabiegu przez kilka godzin utrzymuje się czynne przekrwienie w obrębie tkanek chorobowo zmienionych, co sprzyja lepszej przemianie materii i eliminacji jej produktów. Poprawia się krążenie w obrębie naczyń chłonnych, znika uczucie zmęczenia, znaczne zmniejszenie spastyczności mięśni i zwiększenie siły mięśniowej spowodowane jest zmniejszonym dopływem bodźców do rdzenia i zwolnienia przewodnictwa w neuronach ruchowych, następuje wzrost w surowicy: betaendorfiny, noradrenaliny, adrenaliny, testosteronu szczególnie u mężczyzn, pojawia się wzrost odporności ustroju oraz antyoksydacyjny efekt krioterapii.

Bezpośrednio po zabiegu krioterapeutycznym chorzy poddawani są intensywnej rehabilitacji. Konieczna jest gimnastyka czyli kinezyterapia. Ćwiczenia trwają od 20 do 30 minut. Są dobrane indywidualnie do schorzenia pacjenta i zawsze wykonywane pod kierunkiem fizjoterapeuty.

Ocena wpływu krioterapii ogólnoustrojowej z następczą kinezyterapią na dolegliwości bólowe kręgosłupa lędźwiowego

Celem badania jest ocena wpływu krioterapii ogólnoustrojowej z następczą kinezyterapią przeprowadzoną bezpośrednio po zabiegu, na dolegliwości bólowe kręgosłupa lędźwiowego.

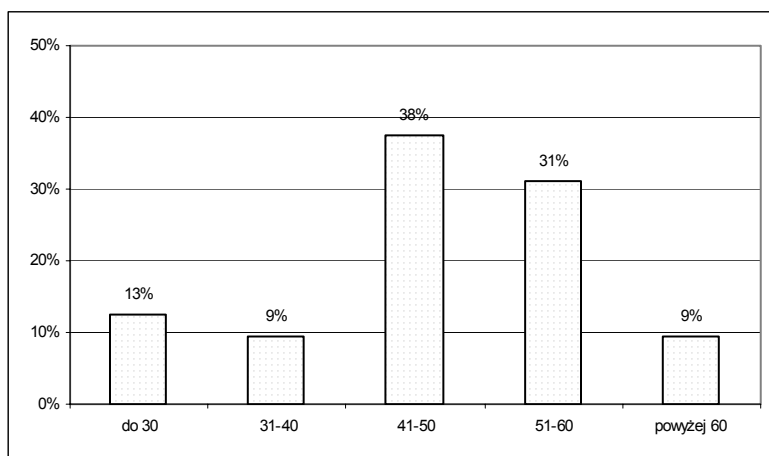
Założono, że zabiegi przeprowadzone w kriosaunie z następczą kinezyterapią mogą korzystnie wpływać na funkcję mięśni, co prowadzi do zwiększenia siły pracy mięśniowej, a w efekcie do zmniejszenia odczuwania progu bólowego.

Ocenę dolegliwości bólowych przeprowadzono na podstawie wypełnionego, kwestionariusza. Przebadano 32 osoby, które uczestniczyły w sesji rehabilitacyjnej zawierającej 10 dwuminutowych wizyt w kriokomorze, w temperaturze minus 110 stopni Celsjusza, oraz 30 minutowej kinezyterapii. Badania przeprowadzono w Specjalistycznym Centrum Medycznym w Polanicy-Zdroju, na oddziale rehabilitacji.

Ankieta zawierała pytania dotyczące, charakterystyki bólu przed rozpoczęciem sesji rehabilitacyjnej oraz odczuwalnych efektach analgetycznych po jej zakończeniu.

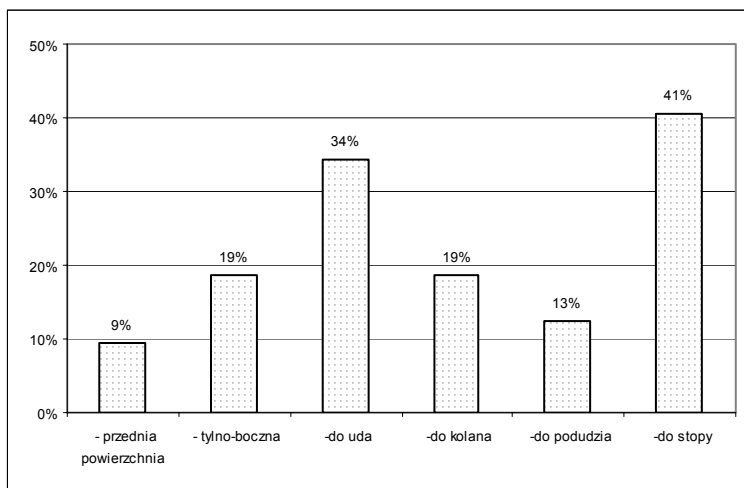
Na podstawie odpowiedzi ustalono przedział wiekowy badanych. Z ustaleń tych wynika, że 69% osób chorych to ludzie z przedziału 41-60 lat, tylko 21% to osoby do 40 roku życia (wykres 1).

Wykres 1. Wiek badanych.



Udział procentowy badanych z podziałem na osoby, u których ból promieniuje do kończyny dolnej wynosi 75%; w pozostałych przypadkach osoby nie odczuwały bólu promieniującego. Ból promieniujący występował u 67% kobiet, ale też aż u 86% mężczyzn. Podział badanych ze względu na miejsce odczuwanego bólu promieniującego. W 41% przypadkach ból promieniuje do stopy, a w 34% do uda (wykres 4).

Wykres 4. Umiejscowienie odczuwanego bólu promieniującego.



Ankieta obejmowała m.in. pytania mające na celu określenie efektu leczenia z wyszczególnieniem poszczególnych objawów klinicznych (możliwość wyboru intensywności bólu w skali od 0 – brak bólu do 10 – najsilniejszy ból jaki sobie można wyobrazić).

W grupie chorych poddanych cyklowi krioterapii ogólnoustrojowej z równoczesną kinezyterapią znaczną poprawę (ból zmniejszył się co najmniej o połowę) odczuło 71% pacjentów, a poprawę 26%, tylko 3% nie odczuło żadnej poprawy. Żaden z pacjentów nie odczuł pogorszenia swojego stanu.

Z ankiety wynika że częściej znaczącą poprawę odczuwają kobiety – 78%, niż mężczyźni – 57%. Podobne są wyniki analizy pozytywnego wpływu terapii na pacjentów z różnymi charakterystykami bólu: – około 3/4 badanych stwierdza wyraźną poprawę.

Podobne efekty zostały zaobserwowane wśród osób z różnymi częstotliwościami bólu, również około 3/4 badanych w obydwu grupach określiło swój stan po zabiegach jako znacząca poprawa.

Wnioski

Wyniki ankiety pokazały, że krioterapia ogólnoustrojowa ma istotne działanie przeciwbólowe u pacjentów.

U chorych z zespołem bólowym kręgosłupa lędźwiowego krioterapia ogólnoustrojowa z następczą kinezyterapią wywołuje wyraźniejszą poprawę subiektywnej oceny stanu klinicznego oraz znamiennej poprawę ruchomości kręgosłupa.

Krioterapia z punktu widzenia działania przeciwbólowego powoduje obniżenie progu bólu. Istotne jest przy tym nie tylko łagodzenie cierpienia chorego, ale i eliminowanie lęku przed bolesnymi ruchami i obronie mięśniowej.

Dane z literatury i własne obserwacje potwierdzają, że zabiegi krioterapii ogólnoustrojowej są dobrze tolerowane przez chorych.

Krioterapia ogólnoustrojowa miała korzystny wpływ na sferę psychiczną. Po opuszczeniu komory kriogenicznej nastąpiła znaczna zmiana w samopoczuciu pacjenta i jego nastroju. Chorzy relacjonują uczucie odprężenia, relaksu i uspokojenia.

Zakończenie

Na temat krioterapii pojawia się coraz więcej publikacji. Polska jest krajem przodującym w tej dziedzinie medycyny. Wzrasta także świadomość pozytywnego wpływu niskich temperatur na organizm człowieka.

Dlatego krioterapia ogólnoustrojowa cieszy się coraz większą popularnością wśród lekarzy, rehabilitantów i samych pacjentów. 19-letnie doświadczenie w stosowaniu krioterapii ogólnoustrojowej jest wciąż nową i coraz bardziej docenioną metodą leczniczą.

Doświadczenie jakie zdobyto przez te kilkanaście lat, pozwoliły ustalić wskazania i przeciwwskazania do stosowania tej terapii. U osób z zespołem bólowym kręgosłupa ta metoda fizjoterapii wraz z następczą kinezyterapią, pozwala na osiągnięcie dużych efektów leczniczych.

Ilona Kłosińska

Postępowanie pielęgnacyjno-rehabilitacyjne u osób po urazie rdzenia kręgowego w odcinku piersiowo-lędźwiowym w okresie regeneracyjno-kompensacyjnym

(Promotor: dr nauk med. Jolanta Bielawska)

Wstęp

Urazy kręgosłupa z porażeniami, trafnie rozpoznawane i leczone były już od zaczątków medycyny. Sposoby postępowania z chorymi, uzależnione od stopnia rozwoju cywilizacji, zmieniły się na przestrzeni wieków. Jednym z najstarszych i często spotykanych źródeł w piśmiennictwie jest Edwin Smith Papyrus z 1700-1600 r. p.n.e. Na kartkach papiirusu opisano głównie urazy części szyjnej kręgosłupa.

Przełom XIX-XX w. przyniósł zainteresowanie operacyjnym stabilizowaniem uszkodzonego kręgosłupa, umożliwiającym wdrożenie wczesnej rehabilitacji i szybkiej mobilizacji chorego.

W Polsce po drugiej Wojnie Światowej powstał w Konstancinie pierwszy ośrodek leczenia chorych z paraplegią, który w 1965 r. przekształcił się w wyspecjalizowany oddział chirurgicznego i zachowawczego leczenia ostrych urazów kręgosłupa i rdzenia kręgowego (duże zasługi w tym prof. Mariana Weissa).

Obecnie w Polsce istnieje również duży oddział urazów kręgosłupa w Reptach Śląskich oraz wiele innych oddziałów, zarówno w ośrodkach rehabilitacyjno-ortopedycznych, neurochirurgicznych, jak i rehabilitacyjno-uzdrowiskowych. Jednym z nich jest Specjalistyczny Rehabilitacyjno-Ortopedyczny ZOZ, we Wrocławiu, przy ul. Poświęckiej 8, gdzie od kilkunastu lat pracuję na Oddziale Rehabilitacyjnym Męskim.

Założenia i cele pracy

Wiodącym zagadnieniem mojej pracy jest proces pielęgnacyjny i rehabilitacyjny dotyczący chorego po urazie rdzeniowym, jakość opieki pielęgniarskiej, usprawnianie chorego, metody pracy zaczerpnięte głównie z obserwacji, doświadczeń zawodowych, przemyśleń oraz analizy fachowej literatury.

W pracy omawiam zagadnienia dotyczące:

- przyczyn oraz mechanizmów powstania urazu rdzeniowego,
- powikłań oraz postępowania pielęgnacyjnego u pacjenta,
- postępowania usprawniającego.

Omówienie tych zagadnień ma na celu poznanie problematyki i przybliżenie zakresu wiedzy jaka jest potrzebna do prowadzenia pacjentów z urazami kręgosłupa i rdzenia kręgowego w odcinku piersiowo-lędźwiowym w okresie regeneracyjno- kompensacyjnym.

Porażenia, niedowłady, możliwości funkcjonalne chorego z paraplegią

Uszkodzenie rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym i lędźwiowym stanowi najczęstszą przyczynę niedowładu lub porażenia kończyn dolnych. Porażenie (plegia) jest to zniesienie ruchów dowolnych kończyn. Wyróżniamy:

- porażenie spastyczne charakteryzujące się wzmożonym napięciem mięśniowym; powstaje wskutek uszkodzenia ośrodkowego neuronu ruchowego;
- porażenie wiotkie charakteryzuje się obniżonym napięciem mięśniowym; jest następstwem uszkodzenia obwodowego neuronu ruchowego.

Tabela 2. Możliwości funkcjonalne w zależności od poziomu uszkodzenia rdzenia kręgowego odcinka piersiowego i lędźwiowego

POZIOM	ZDOLNOŚCI	FUNKCJA
Th 1	Dodatkowa siła i precyzja palców z ograniczoną albo naturalną funkcją ręki	Dzienne zadania: można żyć niezależnie bez niezbędnego oprzyrządowania w czasie kąpieli, karmienia, wypróżniania się, wykonywania czynności higieny jamy ustnej i twarzy, ubierania się. Poruszanie się: używany ręczny wózek inwalidzki: można przemieszczać się bez pomocy.
Th2 – Th6	Normalna funkcja ruchowa głowy, szyi, ramion, przedramion, dłoni i palców, zwiększenie używania mięśni międzyżebrowych i klatki piersiowej	Dzienne zadania: zdolność siedzenia bez konieczności podpierania się. Poruszanie się: używany ręczny wózek inwalidzki: można przemieszczać się bez pomocy.
Th7-Th12	Zwiększenie funkcji ruchowych o kontrolę jamy brzusznej	Dzienne zadania: zdolność siedzenia bez konieczności podpierania się. Poruszanie się: używany ręczny wózek inwalidzki: można przemieszczać się bez pomocy.
L1-L5	Powrót czynności ruchowych biodra i kolana	Poruszanie się: możliwe chodzenie przy zastosowaniu aparatów ortopedycznych stabilizujących kończyny dolne. Przy niższych poziomach uszkodzenia możliwość swobodnego poruszenia się.

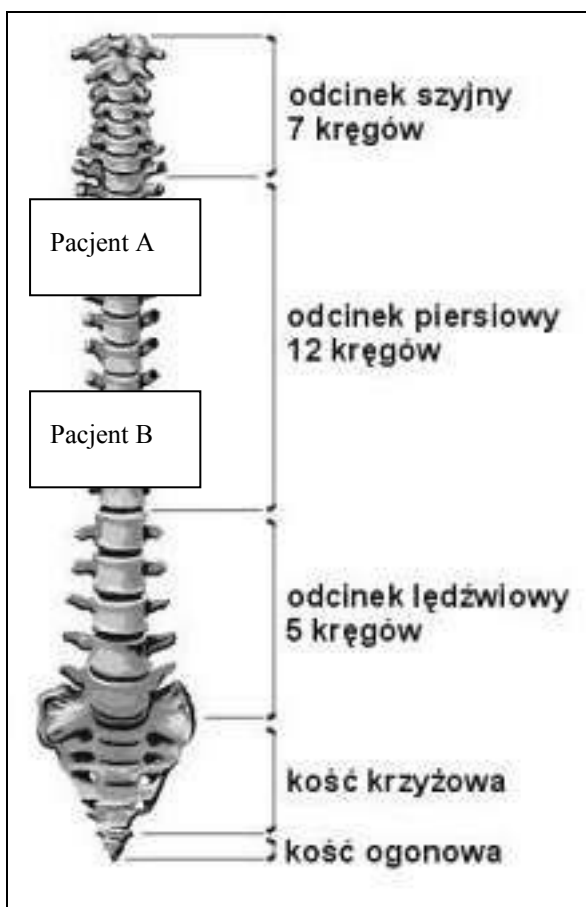
Źródło: Sosnowski S., Kasprzak H.A., Hagnel W., „Poradnik dla Para iTetraplegików”, 2002.

Na przedstawionym modelu kręgosłupa (rys.3) zaznaczyłam miejsca urazów pacjentów, których opisuję w mojej pracy.

PACJENT A: Wiek 32 lat. W wyniku wypadku komunikacyjnego doznał kompresyjnego złamania trzonu Th-4 i łuku kręgowego Th-5 z uszkodzeniem rdzenia na tym poziomie. Złamanie miało charakter stabilny. Pacjent leczony był zachowawczo – leżenie przez trzy tygodnie oraz unieruchomienie gorsetem ortopedycznym przez sześć miesięcy. Klinicznie stwierdzono spastyczne porażenie kończyn dolnych, porażenie mięśni tułowia od poziomu uszkodzenia, mięśni brzucha, pęcherza moczowego i zwieracza odbytu.

PACJENT B: Wiek 20 lat. W wyniku wypadku na budowie doznał fleksyjno-rotacyjnego złamania kręgu Th-12 i zwinięcia kręgu L-1 z uszkodzeniem stożka rdzeniowego. Złamanie miało charakter niestabilny. Pacjent leczony był operacyjnie – odbarczenie struktur nerwowych wewnątrzkanałowych i stabilizacja wewnętrzna kręgosłupa. Klinicznie stwierdzono wiotkie porażenie kończyn dolnych, porażenie pęcherza moczowego i zwieracza odbytu.

Rys. 3. Model ułożenia kręgów [Mazur R. 2003].



Przedstawieni pacjenci po leczeniu ostrego okresu po urazie w Oddziale Neurochirurgii, kontynuowali swoje leczenie na Oddziale Rehabilitacyjnym w gronie osób niepełnosprawnych z upośledzeniem sprawności ruchowej.

Najczęstsze powikłania występujące u chorych z paraplegią. Postępowanie pielęgnacyjne

Pacjenci po urazie kręgosłupa, którzy w wyniku urazu stają się niepełnosprawni, przeżywają strach, lęk, niepewność o swoją przyszłość. Obniża się samoocena pacjenta oraz realna zdolność percepcji. Nasila się przerażenie zaistniałą sytuacją, uczucie beznadziejności, obwinianie siebie jako wyraz poniesionej utraty zdrowia. Pacjenci są nieporadni, głęboko sfrustrowani, bez motywacji do działania. Nie rozumieją własnego ciała i tego, co się z nim dzieje. Nasilająca się spastyczność, niekontrolowane wydalanie moczu i stolca, brak możliwości samodzielnej zmiany pozycji ciała, uzależnienie od pomocy innych osób – załamują psychicznie chorego. Pacjenci przeżywają naprzemiennie okresy agresji i negacji, depresji i nadziei.

Trwała opieka nad chorym z paraplegią dotyczy przede wszystkim zapobiegania powikłaniom, jakie wiążą się ze spędzeniem życia na wózku inwalidzkim. Według Bedbrooka, wyróżnia się trzy sześcioletnie działań:

- Pierwotne – zapobieganie uszkadzającym chorobom.
- Wtórne – ograniczanie chorób (stanów) prowadzących do upośledzenia, gdy tylko wystąpią, jeśli nawet przebiegają bezobjawowo.
- Trzeciorzędowe – zmniejszenie inwalidztwa, które jest skutkiem pogorszenia lub utraty funkcji.

Zasadniczym zadaniem opieki nad pacjentem jest zapobieganie swoistym powikłaniom związanym z życiem na wózku. Należą do nich:

- Trudności w oddawaniu moczu oraz nawracające zakażenia dróg moczowych.
- Problemy z defekacją.
- Odleżyny o różnym charakterze i umiejscowieniu.
- Przykurcze.
- Spastyczność.
- Zapobieganie złamaniom.
- Utrata masy mięśni.
- Hiperrefleksja autonomiczna.
- Hipotonia ortostatyczna.
- Ból w paraplegii.
- Narastające trudności psychosocjalne.

Psychologiczne podejście pielęgniarki do pacjenta po urazie kręgosłupa

Adaptacja psychologiczna i socjalna do ciężkiego kalectwa polegająca na samoakceptacji i akceptacji przez otoczenie, przystosowaniu rodzinnym, zatrudnieniu zawodowym oraz nawiązaniu i utrzymaniu satysfakcjonujących kontaktów międzyludzkich trwa długo, jest trudna i przebiega indywidualnie. Życie spędzane w wózku inwalidzkim z powodu porażenia rdzenio-

wego to ciężka praca, w dodatku pełna frustracji. Aby należycie dbać o ciało, którego podstawowe funkcje się zmieniły, a czynności codzienne stają się długie i często decydują o przeżyciu, trzeba osiągnąć wiele przystosowań.

Przystosowania są związane ze:

- zmianą obrazu własnego „ja” u pacjenta,
- stosunkiem rodziny i przyjaciół,
- zmianami aktywności seksualnej,
- utratą pracy i możliwości zdobycia zawodu, a także utratą zarobków,
- utratą satysfakcji, jakiej przed urazem dostarczały zajęcia w wolnym czasie,
- ograniczeniem ruchomości wskutek samego kalectwa, barier architektonicznych oraz trudności w nawiązywaniu nowych kontaktów społecznych i utrzymaniu dawnych.

Głównym celem opieki psychologicznej jest:

- ułatwienie funkcjonowania jednostki i jego otoczenia oraz relacji między nimi,
- podwyższenie samooceny pacjenta,
- chęć samodzielnego decydowania o sobie.

Do osiągnięcia tych zamierzeń stosowane są różne formy doradztwa, poczynając od rozmowy terapeutycznej do psychoterapii. Prawidłowa współpraca z psychologiem powinna przezwyciężyć lęki. Według prof. Hulka, niepełnosprawny musi:

- realnie ocenić swoje możliwości w życiu codziennym, w pracy zawodowej, jak i innych formach własnej aktywności,
- możliwie szybko przyjąć i pogodzić się ze swoją niepełnosprawnością i jej skutkami,
- dostosować się do koniecznych ograniczeń narzuconych mu przez inwalidztwo,
- maksymalnie uaktywniać się i rozwijać swoje sprawności,
- przystosować się i partycypować w życiu społecznym grupy.

Według prof. Ossowskiego porady psychologiczne odnoszą się do bardzo wielu kwestii:

- czynności samoobsługi,
- reagowania na niezręczne zachowanie społeczne osób dotyczące np. ustosunkowania się do samej choroby, zwłaszcza jej wizualnego wyglądu,
- podejmowania i sposobu grania ról zawodowych, czyli wyboru drogi zawodowej, życia rodzinnego dotyczącego zarówno rodziny generacyjnej, jak i prokreacyjnej,
- koniecznych zachowań profilaktycznych,
- koniecznych do ukształtowania nawyków zdrowotnych, a dotyczących np. diety, ruchu, unikania czynników pogłębienia się uszkodzenia,
- uprawnień do usług socjalnych i przysługujących przywilejów w zakresie świadczeń medycznych i zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny.

Opieka psychologiczna ma przynieść zadowolenie, spokój, bezpieczeństwo i poprawę jakości życia. Satysfakcja z życia rodzinnego będzie wówczas, gdy osoba niepełnosprawna będzie w pełni zaakceptowana przez swoją najbliższą rodzinę. Pacjent musi czuć się potrzebnym i akceptowanym.

Postępowanie usprawniające chorych po uszkodzeniu rdzenia kręgowego w odcinku piersiowo-lędźwiowym

Istotną rolę u chorych po urazie kręgosłupa odgrywa pielęgnacja i rehabilitacja. Proces rehabilitacji u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego jest zadaniem trudnym, długoterminowym, ciągłym.

Główne punkty według, których prowadzi się usprawnianie chorych to:

- uświadomienie choremu celowości i korzyści z ćwiczeń usprawniających,
- zaangażowanie w pracy nad sobą (fizjoterapia stwarza tylko możliwości, które pacjent powinien wykorzystać),
- systematyczność ćwiczeń i utrwalanie wyników częstym powtarzaniem,
- stopniowanie i dostępność ćwiczeń (od łatwiejszych do trudnych, od prostych do złożonych, od zwykłych do improwizowanych),
- pogładowość i przeżywanie ćwiczeń przez chorego a w razie niemożności pełnego wykonania ćwiczenia – tworzenie wyobrażenia ruchu, oparte na poprzednio nabytych nawykach ruchowych,
- dążenia do urozmaicenia i atrakcyjności ćwiczeń.

Terapia zajęciowa

Terapia zajęciowa (ergoterapia, leczenie pracą) ma na celu przyśpieszenie powrotu utraczonych funkcji narządu ruchu lub ich kompensacji przez wyrobienie funkcji zastępczej. Terapia zajęciowa jest uzupełnieniem i kontynuacją ćwiczeń stosowanych w kinezyterapii.

Czynności wykonywane w ramach terapii zajęciowej mają na celu:

- Naukę wykonywania czynności życia codziennego, tzw. samoobsługi skupiającej się głównie na: nauce samodzielnego ubierania się, przyjmowania posiłków, toalety osobistej. Do usamodzielniania pacjenta należą również takie czynności, jak ślanie łóżka, sprzątanie, pranie, przygotowywanie posiłków.
- Przygotowanie do pracy zawodowej. Zależnie od stosowanych technik i materiałów prace dzieli się na lżejsze i wymagające większego wysiłku. Rodzaj proponowanych zajęć musi być indywidualnie dostosowany do potrzeb rehabilitacji i stanu fizycznego i psychicznego pacjenta.

Jakość życia pacjenta po urazie

Pacjent posiadający umiejętności samoobserwacji, samokontroli i interpretacji swojego stanu zdrowia zadba o jakość swojego życia. Będzie się ona przejawiać w:

- niezależności psychoruchowej,
- dobrym samopoczuciu,
- prawidłowym funkcjonowaniu zawodowym, rodzinnym i towarzyskim,
- rozwoju intelektualnym,
- samoakceptacji,
- satysfakcji z życia seksualnego,
- zadowoleniu z życia w wymiarze ogólnym.

Dzięki prawidłowej opiece pacjent może powtórnie funkcjonować w społeczeństwie oraz brać czynny udział w życiu rodzinnym, towarzyskim, zawodowym.

Podsumowanie

Celem mojej pracy było przedstawienie problematyki związanej z procesem pielęgnacyjno-rehabilitacyjnym po urazie kręgosłupa i rdzenia kręgowego. Prześledzenie poszczególnych zagadnień związanych z: przyczynami, mechanizmem powstania schorzenia, powikłaniami, postępowaniem pielęgnacyjnym i usprawniającym przyczyni się do lepszego poznania i zrozumienia złożonych problemów z jakimi ma do czynienia zespół leczący chorego z paraplegią.

Kompleksowe, wieloaspektowe postępowania lekarza, pielęgniarki, rehabilitanta, psychologa wpływa znacząco na stan psychiczny i fizyczny oraz przystosowanie pacjenta do nowych warunków życia.

Typowymi przypadkami prawidłowej opieki zarówno lekarskiej jak i pielęgniarstwa są opisane przeze mnie przypadki pacjentów A i B.

Pacjent A po zakończeniu leczenia szpitalnego wrócił do aktywności społeczno-zawodowej i czynnie uczestniczy w życiu rodzinnym. Nie pracuje już w swoim zawodzie, ale znalazł pracę pozwalającą na realizowanie jego pasji mimo przebytego urazu.

Pacjent B potrzebował dużo więcej czasu do zaadaptowania się w społeczeństwie. Nadopiekuńcza rodzina przyczyniała się do nikłej samodzielności pacjenta tkwiącego w poczuciu beznadziejności i bezradności. Konsekwencją tego stanu było załamanie psychiczne pacjenta. Proces adaptacyjny należało rozpocząć na nowo od terapii indywidualnej, następnie grupowej. Praca psychologa dotyczyła zarówno pacjenta jak i jego rodziny. Zakończyła się sukcesem. Pacjent znalazł sens życia. Nabral większej odwagi, pewności siebie. Chętnie uczestniczy w obozach Aktywnej Rehabilitacji, w których sam należy już do kadry uczącej osoby jeszcze nie przystosowane do radzenia sobie w życiu na wózku inwalidzkim.

Jakość życia pacjentów po zawale mięśnia sercowego

(Promotor: mgr piel. Danuta Wałęga-Szych)

Wstęp

Celem mojej pracy jest zbadanie jakości życia, na wybranej grupie pacjentów po zawale mięśnia sercowego, leczonych w Oddziale Kardiologii Inwazyjnej Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej. Na wstępie przedstawię założenia, podstawy naukowe oraz zagadnienia odnoszące się do pojęcia jakości życia.

Pojęcie jakości życia (*quality of life*, QoL), pojawiło się w literaturze naukowej w latach 60-tych XX wieku. Używane jest w różnych dziedzinach wiedzy, ale najczęściej w medycynie. W ciągu 15 lat zanotowano 7-krotny wzrost liczby publikacji dotyczących QoL. Termin ten w medycynie jest różnie definiowany, najczęściej operacyjnie, w nawiązaniu do techniki pomiaru. Można jednak wskazać trzy wspólne aspekty treściowe podawanych określeń. Uwzględniają one stan fizyczny, psychiczny i społeczny jednostki.

Na gruncie nauk medycznych używa się określenia jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia – *health related quality of life* (HRQL), które wprowadził Schipper (1990). Jakość życia rozumiana jest tu jako funkcjonalny efekt choroby i jej leczenie przeżywany przez chorego. Wskazuje się na cztery podstawowe obszary funkcjonowania człowieka: stan fizyczny i sprawność ruchową, stan psychiczny, doznania somatyczne, sytuację społeczną i warunki ekonomiczne. Poszerzoną listę wymiarów ważnych przy ocenie jakości życia zależnej od stanu zdrowia podają Peterman i Celle (2000), zaliczając do nich:

- dobrostan fizyczny, w tym odczucia dolegliwości,
- dobrostan funkcjonalny, wyrażający się zdolnością do uczestniczenia w codziennej aktywności związanej z pracą i odpoczynkiem,
- dobrostan emocjonalny obejmujący pozytywne i negatywne stany uczuciowe,
- zdolność do podtrzymywania relacji i kontaktów rodzinnych,
- funkcjonowanie w rolach społecznych oraz satysfakcja z ich pełnienia,
- satysfakcję z leczenia,
- strefę intymności, obraz własnego ciała.

Formułując pojęcie jakości życia po przebytych zawale mięśnia sercowego zwraca się uwagę na wszystkie aspekty życia codziennego. Należy zwrócić uwagę na samopoczucie pacjenta, zawarte zarówno w sferze fizycznej jak i w sferze psychicznej. Wyróżnić można w odniesieniu do przebytego zawału serca następujące aspekty:

- odczuwana przez pacjenta dolegliwość zarówno w ciągu dnia jak i nocy,
- stan własnej sprawności fizycznej i zdolność do codziennego wysiłku,
- aktywność zawodową,
- sposób spędzania wolnego czasu, tj. wypoczynek na świeżym powietrzu,
- aktywność w domu związana z dniem codziennym,
- samopoczucie psychiczne,
- możliwość odczuwania niepokoju i lęku związanego z poczuciem choroby,
- planowanie przez chorego swojej przyszłości, mając na uwadze poczucie własnego zdrowia.

Zawał serca jako jednostka chorobowa

Zawał serca z uniesieniem odcinka ST (STEMI), jest zespołem klinicznym spowodowanym zwykle ustaniem przepływu krwi przez tętnicę wieńcową wskutek jej zamknięcia, doprowadzającym do martwicy mięśnia sercowego, przejawiającej się wzrostem stężenia jej markerów we krwi i przetrwałym uniesieniem odcinka ST w EKG.

Około 1/3 chorych na zawał serca, to chorzy ze STEMI. W Polsce rocznie hospitalizuje się 50 000 chorych ze STEMI (dane wg prof. dr hab. Andrzeja Szczeklika).

STEMI jest najczęściej spowodowany zakrzepem krwi zamykającym światło tętnicy wieńcowej i powstającym w miejscu uszkodzenia niestabilnej blaszki miażdżycowej, najczęściej jej pęknięcie. Martwica zaczyna się rozwijać w ciągu 15-30 min. Od ustania przepływu krwi i postępuje od warstwy podwsięrdziowej do nasierdziowej. Czas w jakim dochodzi do martwicy, zależy od średnicy zamkniętego naczynia oraz od krążenia obocznego. Najczęściej STEMI występuje między godziną 6.00 a 12.00 w południe, prawdopodobnie wskutek zwiększonej aktywności adrenergicznej i wzmożonej aktywności płytek krwi.

Powikłania zawału mięśnia sercowego

1. Ostra niewydolność serca może objawiać się:

- hipotonią
- obrzękiem płuc
- wstrząsem kardiologicznym

Przyczyną ostrej niewydolności może być:

- martwica i ostre niedokrwienie dużego obszaru mięśnia sercowego,
- zaburzenia rytmu lub przewodzenia,
- mechaniczne powikłanie zawału,

2. Nawrót niedokrwienia lub ponowny zawał serca.

W trakcie hospitalizacji nawrót objawów niedokrwienia mięśnia sercowego występuje u 30% chorych, a ponowny zawał u 45% chorych leczonych fibrynolitycznie, w pierwszych dniach po zawałe. Wśród chorych po pierwotnej PCI nawrót dławicy piersiowej zdarza się u mniej niż 10%.

3. Pęknięcie wolnej ściany serca.

Nagle pęknięcie powoduje tamponadę serca i zatrzymanie czynności serca, najczęściej zakończone zgonem. Wolno powiększające się pęknięcie powoduje stopniowo narastającą tamponadę serca i objawy wstrząsu; niekiedy tworzy się tętniak rzekomy łączący się z jamą lewej komory przez szczelinę pęknięcia.

4. Pęknięcie przegrody międzykomorowej.

5. Pęknięcie mięśnia brodawkowatego.

6. Zaburzenia rytmu i przewodzenia (dodatkowe pobudzenia komorowe, bardzo częste w pierwszej dobie zawału, na ogół nie wymagają stosowania leków antyarytmicznych, chyba że arytmia pogarsza stan hemodynamiczny), przyspieszony rytm komorowy, nietrwały częstoskurcz komorowy, migotanie komór, trwałe częstoskurcz komorowy, migotanie przedsionków, bradyarytmia.

7. Tętniak serca.

8. Udar mózgu.

Metodologia badań

Sformułowanie problemu badawczego.

W niniejszej pracy problemem badawczym jest ocena jakości życia chorych po zawale mięśnia sercowego. W badaniu będącym podstawą niniejszej pracy problem główny brzmi następująco: **jaki model leczenia pacjenta z zawałem mięśnia sercowego przynosi największe korzyści w odniesieniu do ogólnie pojętej jakości życia?**

Uszczegółowieniem tego problemu są następujące pytania badawcze, na które odpowiedzi dadzą wyniki przeprowadzonych badań:

1. Czy wśród badanej grupy pacjentów znane są zagadnienia ogólne dotyczące choroby wieńcowej, czy rozumieją istotę własnej choroby?

2. Czy personel medyczny biorący udział w procesie leczenia, stosuje nowoczesne metody, zgodne ze światowymi standardowymi?

3. Wpływ na jakość życia pacjentów po zawale w odniesieniu do wieku oraz płci.

4. W jakim stopniu wykształcenie oraz charakter wykonywanej pracy mają wpływ na poczucie choroby i zdrowia po zawale?

5. Która strefa życia – fizyczna czy psychiczna – jest najbardziej wyróżniona i faworyzowana podczas przeprowadzonej ankiety?

6. Na jakiego typu przeszkody i trudności natrafiają pacjenci w trakcie powrotu do normalnej aktywności życiowej?

Po sformułowaniu problemu badawczego przyjęto hipotezy badawcze Dla potrzeb niniejszej pracy sformułowano następującą, wyjściową hipotezę badawczą: pacjent po zawale mięśnia sercowego nie dysponuje dostateczną wiedzą pozwalającą mu na obiektywną ocenę oraz interpretację własnych objawów związanych z chorobą.

Hipoteza główna dała podstawy do wyodrębnienia następujących hipotez roboczych:

1. Zakłada się, że pacjent nie posiada dostatecznej wiedzy na temat zawału mięśnia sercowego.

2. Pacjent oraz jego rodzina posiadają ograniczoną wiedzę na temat jego choroby ze względu na niskie uświadomienie problematyką choroby wieńcowej w społeczeństwie.

3. Pacjent w obliczu choroby nadal nie zdaje sobie sprawy z czynników ryzyka choroby wieńcowej oraz nie wprowadza zdrowego stylu życia.

4. Podniesienie świadomości pacjenta jest zadaniem, w którym uczestniczyć musi poza pacjentem jego lekarz rodzinny, specjalista kardiolog oraz pozostali specjaliści (w przypadku pojawienia się powikłań pozasercowych).

5. Pacjent natrafia na przeszkody i trudności w leczeniu ostrej fazy zawału, związanej z utrudnionym dostępem jednostek dysponujących pracownikami hemodynamicznymi.

Charakterystyka metody badawczej, techniki badawczej i narzędzia badawczego

Zastosowany w badaniach kwestionariusz ankiety składa się z 25 pytań. Zebrane za pomocą tych pytań dane pozwoliły na charakterystykę badanej grupy, a także na pozyskanie informacji o ogólnej wiedzy badanych na temat choroby wieńcowej.

Charakterystyka miejsca przeprowadzonych badań, ich organizacja i przebieg

Badania do niniejszej pracy zostały przeprowadzone w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej, przy ul. Szpitalnej 1 w Kłodzku. Szpital Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kłodzku prowadzi hospitalizację pacjentów w następujących oddziałach: Urologii, Pediatrii, Dermatologii, Chirurgii Ogólnej, Anestezjologii, Ginekologii i Położnictwa, Noworodkowym, Neurologii, Internistycznym, Kardiologii Inwazyjnej, Oddziale Opieki Paliatywnej oraz Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym.

Badania w zakresie jakości życia po zawale mięśnia sercowego przeprowadzono w 27-łóżkowym Oddziale Kardiologii Inwazyjnej. Badania przeprowadzono w okresie od 05.01.2008 do 18.02.2008. W badaniu wzięli udział pacjenci hospitalizowani na Oddziale Kardiologii wymienionego szpitala. Badania podzielono na dwa etapy:

Etap I

Uzyskanie zgody Dyrekcji szpitala na przeprowadzenie badań. Po uzyskaniu zgody przystąpiono do rozprowadzania ankiet wśród wybranej grupy pacjentów. Rozdając kwestionariusz poinformowano badanych pacjentów o celu badań, jego istocie oraz o zachowaniu anonimowości ankietowanych, a także o sposobie wypełnienia ankiety.

Etap II

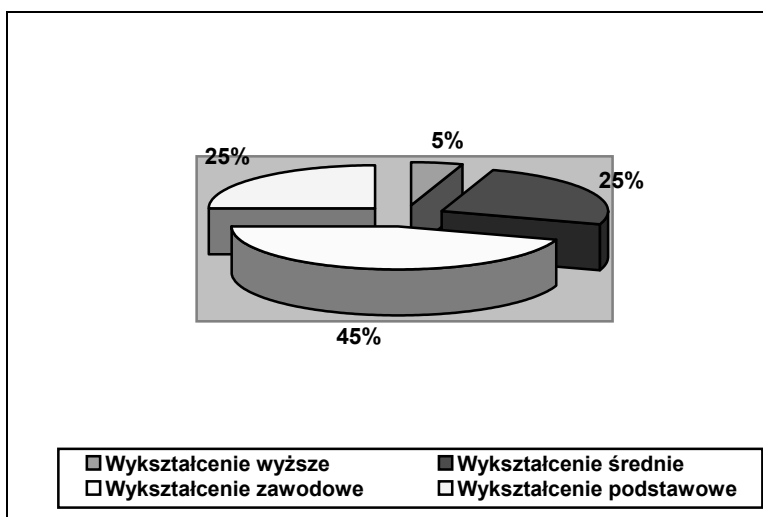
Po zebraniu wypełnionych ankiet przystąpiono do analizy zebranego materiału. Na podstawie zgromadzonych informacji opracowano zestawienie i strukturę odpowiedzi, które przedstawiono w rozdziale V niniejszej pracy.

Omówienie wyników ankiety

W badaniu wzięło udział 30 pacjentów, z czego 10 z nich poddanych było leczeniu inwazyjnemu, u 12 osób zastosowano leczenie fibrynolityczne, a 8 pacjentów nie zakwalifikowało się do tych metod leczenia.

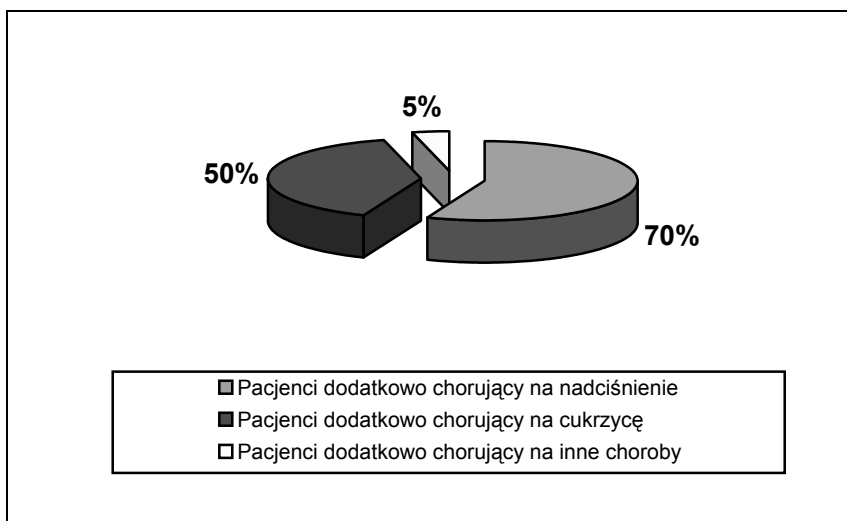
Na podstawie przeprowadzonej analizy stwierdza się, że średni wiek pacjenta wynosił 65 lat. Najmłodszy pacjent liczył 39 lat, najstarszy 73 lata. W badaniu wzięło udział 12 kobiet i 18 mężczyzn. 17 osób badanych to mieszkańcy miasta, a 13 to mieszkańcy wsi.

Wykres 1. Wykształcenie badanych pacjentów; źródło: opracowanie własne.



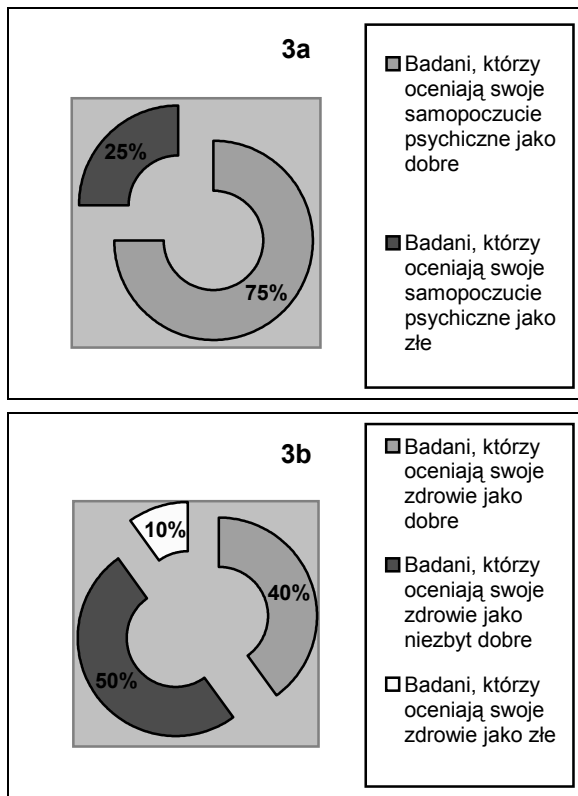
W badanej grupie pacjentów 5% posiada wykształcenie wyższe, 25% wykształcenie średnie, 45% wykształcenie zawodowe, 25% wykształcenie średnie.

Wykres 2. Ocena własna schorzeń współtowarzyszących chorobie zasadniczej; źródło: opracowanie własne.



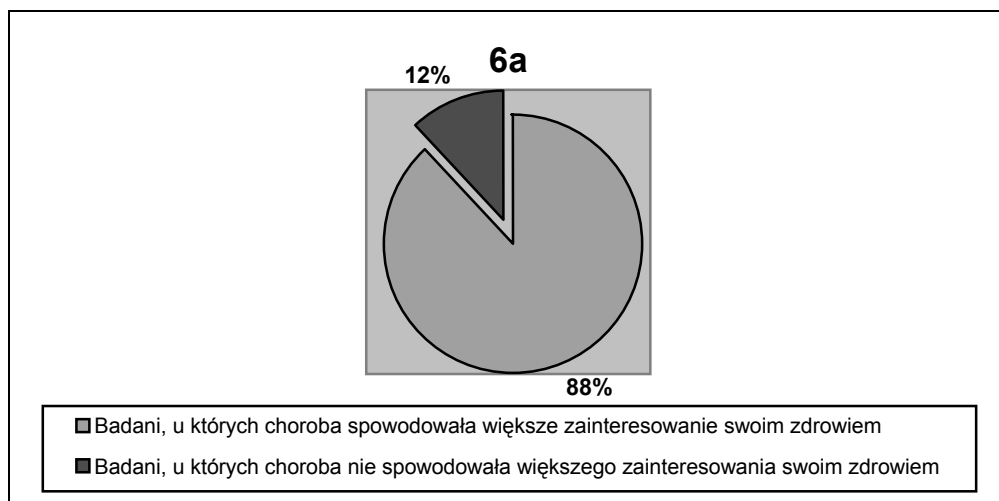
W grupie badanych 70% dodatkowo choruje na nadciśnienie tętnicze, 50% choruje na cukrzycę typu 2, a u 5% występują inne choroby współtowarzyszące chorobie zasadniczej.

Wykres 3. Samopoczucie psychiczne i ocena subiektywna stanu własnego zdrowia (źródło: opracowanie własne).

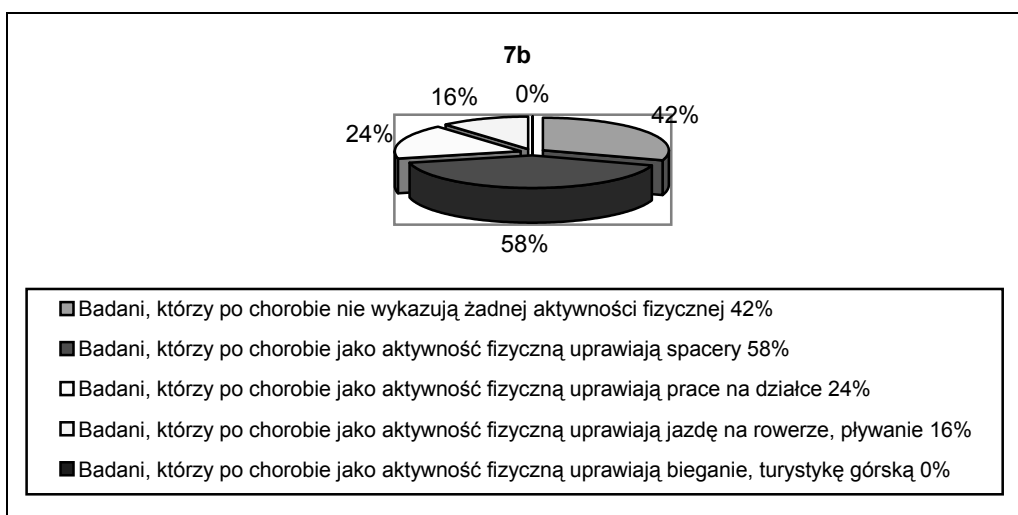
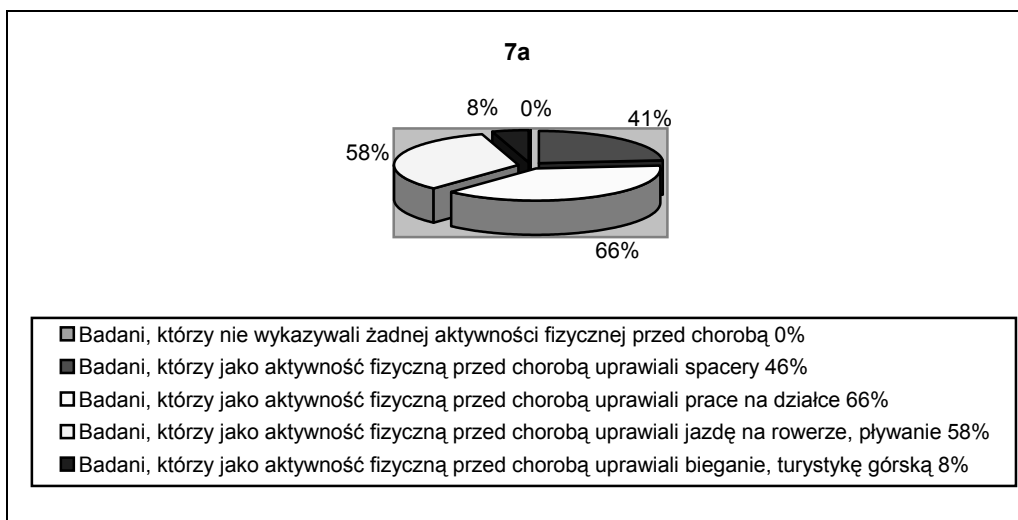


W badanej grupie pacjentów 75% ocenia je jako dobre, a 25% badanych ocenia swoje samopoczucie psychiczne jako złe. Badani, którzy oceniają swoje zdrowie jako dobre stanowi 40% ogółu, jako niezbyt dobre 50%, natomiast 10% badanych określa swoje zdrowie jako złe.

Wykres 6. Wpływ choroby na zainteresowanie swoim zdrowiem (źródło: opracowanie własne).



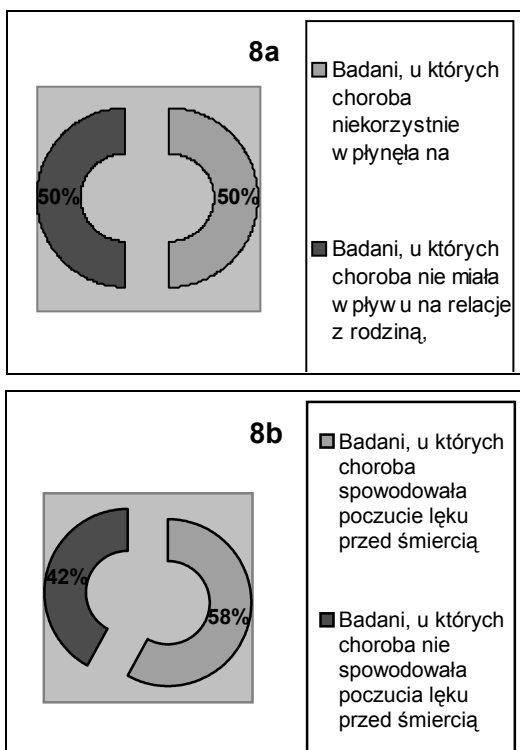
Wykres nr 7. Aktywność fizyczna badanych przed (7a) i po chorobie (7b)
 (źródło: opracowanie własne).



Badani, którzy przed chorobą nie wykazywali żadnej aktywności fizycznej stanowią 0% ankietowanych, badani, którzy przed chorobą uprawiali spacer to 41%, prace na działce 66%, jazdę na rowerze, pływanie 58%, a 8% badanych uprawiało bieganie i turystykę górską.

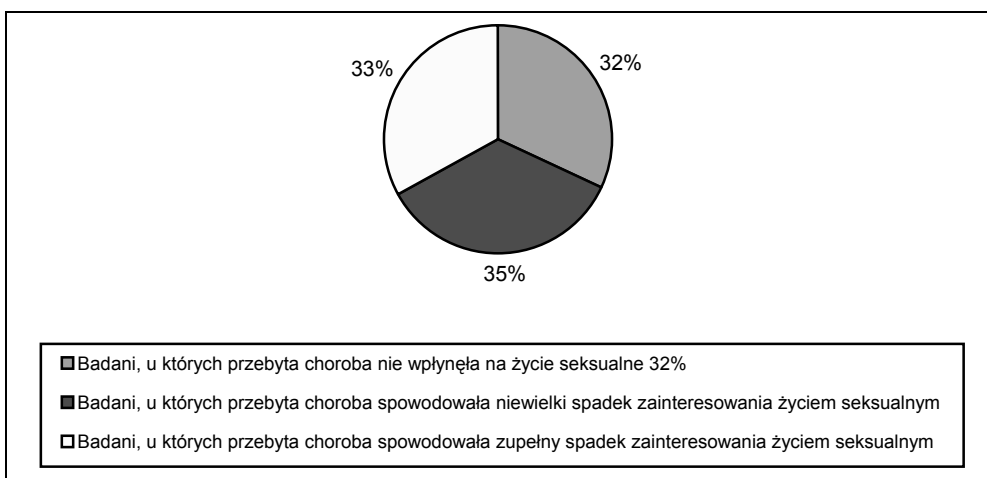
Badani, którzy po chorobie nie wykazują żadnej aktywności fizycznej to 42% ankietowanych, badani, którzy po chorobie jako aktywność fizyczną uprawiają spacer 58%, prace na działce 24%, jazdę na rowerze, pływanie 16%, a bieganie i turystykę górską 0% ankietowanych.

Wykres 8. Wpływ choroby na relacje badanych z rodziną, znajomymi, w miejscu pracy oraz wpływ choroby na poczucie lęku przed śmiercią



50% badanych oceniło, że choroba nie miała wpływu na ich relacje z rodziną, znajomymi i w miejscu pracy, natomiast u pozostałych 50% badanych choroba wpłynęła niekorzystnie na ich relacje z rodziną, znajomymi i w miejscu pracy. U 58% badanych choroba spowodowała poczucie lęku przed śmiercią, u 42% badanych nie spowodowała poczucia lęku przed śmiercią.

Wykres 9. Wpływ przebycia zawału na życie seksualne (źródło: opracowanie własne).



Na pytanie jak fakt przebycia zawału wpłynął na życie seksualne, 32% pytanych odpowiedziało: bez wpływu, u 35% choroba spowodowała niewielki spadek zainteresowania życiem seksualnym, a u 33% choroba spowodowała zupełny spadek zainteresowania życiem seksualnym.

Wnioski

1. Wśród badanych tylko u 30% zastosowano leczenie inwazyjne. W grupie pacjentów, u których nie zastosowano pierwotnie leczenia inwazyjnego, obserwowano największą ilość powikłań wczesnych oraz późnych, co również powoduje niższą jakość życia po chorobie.
2. 70% badanych obciążona jest schorzeniem dodatkowym w postaci nadciśnienia tętniczego, 50% badanych choruje na cukrzycę typu 2, a to miało wpływ na przebieg zawału mięśnia sercowego i powoduje niższą jakość życia po chorobie.
3. U 75% badanych po przebytej chorobie, ponownie pojawiły się dolegliwości bólowe w klatce piersiowej oraz duszność. Są to najczęstsze powikłania niezależnie od wybranej metody leczenia, co bezpośrednio wpływa na pogorszenie jakości życia.
4. 75% badanych określiło swoje samopoczucie psychiczne po przebytej chorobie jako dobre, 40% badanych określiło swoje zdrowie jako dobre, 50% jako niezbyt dobre, 10% jako złe.

Dla pacjenta po zawale mięśnia sercowego najpoważniejszymi czynnikami uwzględnianymi poczucie własnego zdrowia są dolegliwości subiektywne (ból, duszność, wydolność fizyczna), na drugim miejscu odczucia związane z psychiką pacjenta (zadowolenie, lęk przed śmiercią).

Z wyników ankiety można wysnuć wniosek, że pacjenci poddani leczeniu inwazyjnemu zniżej rzadziej odczuwają nawroty dolegliwości dławicowych, szybciej opuszczają szpital oraz wracają do normalnej aktywności życiowej i zawodowej. Ocena jakości życia tych pacjentów jest znacznie wyższa, ponieważ bardzo rzadko odczuwają oni dolegliwości typu dławicowego oraz duszność, a fakt przebycia choroby nie ogranicza ich bardzo w codziennym funkcjonowaniu.

Pacjenci obciążeni chorobami dodatkowymi, takimi jak cukrzyca, nadciśnienie, charakteryzują się większą ilością powikłań pozawałowych, takich jak: zaburzenia metaboliczne, chwiejne ciśnienie tętnicze, niestabilność chemodynamiczna, skłonność do zakażeń szpitalnych. Jakość życia tych chorych zniżej pogarsza się po przebyciu zawału, choroby ci w życiu codziennym odczuwają dolegliwości bólowe i duszność, która pojawia się u nich zarówno w czasie wysiłku jak i spoczynku. Przebyta choroba powoduje u nich znaczne ograniczenie aktywności fizycznej, powoduje zmianę ich nastroju w kierunku zaburzeń lękowych i depresji. Znacząco obniżają ich samoocenę, co pogarsza ich kontakty z rodziną, znajomymi oraz w miejscu pracy.

Pacjenci po leczeniu fibrynolitycznym charakteryzują się gorszym rokowaniem po zakończonym leczeniu szpitalnym. Porównując z pacjentami leczonymi inwazyjnie, u tej grupy chorych częściej dochodzi do dorzutu zawału serca, co powoduje konieczność ponownej hospitalizacji i wiąże się ze zwiększoną ilością powikłań i śmiertelnością.

Jakość życia chorych na cukrzycę typu 2

(Promotor: mgr piel. Danuta Wałęga-Szych)

Wstęp

Cukrzyca należy do grupy chorób przewlekłych, które w dużym stopniu oddziałują nie tylko na sam stan zdrowia chorego, ale także na jego pozycję społeczną i zawodową. Chorzy na cukrzycę borykają się ze szczególnymi problemami w codziennym życiu, nieznanymi pacjentom z innymi chorobami przewlekłymi. Ponadto postępująca choroba cukrzycy wiąże się z nasileniem trudności w wykonywaniu pracy zawodowej.

Problemy pacjentów wpływające ze znoszenia trudów tej choroby uzasadniają konieczność zajęcia się tym zagadnieniem w pracy badawczej.

W leczeniu przewlekłych schorzeń coraz częściej, poza czasem przeżycia, brana jest pod uwagę jego jakość, koszt leczenia i wybór postępowania.

Celem pracy jest ogólna ocena jakości życia w wymiarze funkcjonowania fizycznego, psychicznego, społecznego pacjentów z cukrzycą typu 2. Badania przeprowadzono w oparciu o ankietę, dotyczącą aspektów psychologicznych, socjalno- bytowych oraz aktywności fizycznej. Założeniem niniejszej pracy jest również przybliżenie specyfiki choroby przewlekłej jaką jest cukrzyca typu 2 z jej skutkami oraz określenie zakresu problemów z jakimi borykają się pacjenci z ich świadomością o istocie swojej choroby i jej powikłań.

Długotrwała i poważna choroba nie jest wyłącznie wydarzeniem indywidualnym, jest także wydarzeniem w życiu rodziny. Wpływa na relację pomiędzy jej członkami. Często wprowadza nowe zasady nie tylko w trybie życia pacjenta, ale i jego najbliższych.

Jakość życia- definicja pojęcia w świetle dostępnej literatury

Jakość to „pewien stopień doskonałości” (Platon), „zgodność z wymaganiami” (P.B. Crosby), „wszystko co można poprawić.” (Masaaki Imai). Definicja jakości życia to początkowo dobre życie, poczucie zadowolenia, stopień pomyślności życiowej według potrzeb i możliwości chorego. To ten obszar życia ludzkiego, który danego człowieka bezpośrednio dotyczy i który jest dla niego ważny.

Jakość życia składa się z dwóch elementów: obiektywnego i subiektywnego. Jest pojęciem interdyscyplinarnym, łączy wiele ważnych dziedzin życia człowieka. Zależy od wcześniejszych doświadczeń i poprzednich faz życia oraz cech charakterologicznych jednostki. Jakość życia w dużej mierze zależy od indywidualnej umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych.

Obecnie jakość życia w medycynie oznacza całościowe spojrzenie na problemy pacjenta, służy umacnianiu zdrowia w szerokim jego aspekcie, dostarcza informacji o funkcjonowaniu chorego w ważnych dla niego dziedzinach. Służy jako doskonale kryterium oceny efektywności leczenia. Ocena jakości życia jest niezmiernie ważnym wskaźnikiem korzyści osiąganych przez pacjenta poddanego leczeniu. Służy do całościowej oceny pacjenta, dając lepszy wgląd w złożone problemy medyczne w zakresie fizycznego, psychicznego środowiska, w którym pacjent funkcjonuje. Ocena jakości ułatwia zaplanowanie i zorganizowanie doraźnej i długotrwałej opieki. Do oceny jakości życia w medycynie wyróżniamy dwa podejścia: pierwsze to obiektywne, dokonywane przez wykwalifikowany personel medyczny, służy do oceny różnych parametrów klinicznych, które nie zawsze sam chory potrafi precyzyjnie określić. Drugie podejście jest subiektywne, mieści się w odczuciach samego chorego.

Jakość Życia Uwarunkowana Stanem Zdrowia (*HROL - Health Related Quality Of Life*) – jest definiowana jako funkcjonalny efekt choroby i efekt jej leczenia w odbiorze pacjenta. Pojęcie to zostało wprowadzone na początku lat 90-tych ubiegłego wieku. Od dawna ludzkość stawiała pytania dotyczące tego, co sprawia, że nasze życie jest wartościowe i pełne – co decyduje o tym, że jesteśmy z niego zadowoleni lub nie. Pozytywna jego ocena jest jedną z najbardziej poszukiwanych wartości w życiu, jest bliska w rozumieniu szczęścia jako ważnego wskaźnika funkcjonowania człowieka w wymiarze osobistym czy społecznym.

W ocenie jakości życia proponuje się uwzględnić dwa aspekty – pierwszy łączy się z oceną refleksyjną własnego życia, drugi zaś odnosi się do samopoczucia odczuwanego w danym okresie. W globalnej ocenie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia, poza koncentrowaniem się na objawach czy uciążliwościach leczenia, ocenie podlega również postawa chorego wobec siebie, własnej choroby i sposobu radzenia sobie z nią.

Przy ocenie jakości życia zwraca się szczególną uwagę na konieczność rozróżniania obiektywnego stanu zdrowia i jego subiektywnego poczucia.

W obiektywnej ocenie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia uwzględnia się nadal choroby, nasilenie objawów, wynikające z nich ograniczenia życiowe oraz społeczne i ekonomiczne konsekwencje choroby. Wymian ten jest szczególnie przydatny przy definiowaniu stopnia posiadania lub utraty zdrowia oraz różnego rodzaju niepełnosprawności. Konsekwencją dokonywanej przez jednostkę subiektywnej oceny stanu zdrowia jest doświadczenie poczucia jego jakości.

Subiektywna ocena stanu zdrowia nie jest wyłącznie domeną chorego, ale jest również udziałem osób leczących – lekarza, psychologa i innych pracowników medycznych, to od ich sposobu wartościowania zgromadzonych danych zależy ocena zaburzenia, sposób postępowania terapeutycznego.

Z powyższych rozważań wynika, że część badań nad jakością życia może dotyczyć oceny globalnej lub jej komponentów cząstkowych, takich jak: role społeczne, praca, aktywność, relacje osobowe, samopoczucie. Czynniki strukturalne jakości życia w odniesieniu do stanu zdrowia można rozważać z perspektywy dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego. Wyniki oceny jakości życia – obiektywna lub subiektywna – mogą się wzajemnie uzupełniać, mogą też być rozbieżne, a czasami zdarza się, że są rozbieżne.

Rodzaje kwestionariuszy do badania jakości życia

Kwestionariusze ogólne – oceniają czynności fizyczne, psychiczne i umysłowe, niezależnie od stanu zdrowia i występujących chorób; mogą być stosowane w populacji ogólnej. Zalicza się do nich kwestionariusze: Sickness Impact Profile, Nottingham Health Profile i Medical Outcomes Survey Short Form 36 (SF-36), WHOQOL 100. Zaletą ich jest to, że są uniwersalne, dają możliwość porównania skutków różnych chorób i populacji chorych.

Wadą jest niedokładność i to, że mogą być niedostatecznie czułe, by wykryć zmianę ogólnego stanu zdrowia, pomimo istotnych problemów związanych z chorobą lub interwencją.

Kwestionariusze specyficzne, które mogą odnosić się do:

- choroby, np. choroby nowotworowe – kwestionariusz QOL-C30, Indeks Jakości Życia Spitzera – reumatoidalne zapalenie stawów, kwestionariusz AIMS 2 – Arthristis Impact Measurement Scale, choroby psychiczne – kwestionariusz QLI-MH – Quality of Life Index Mental Health;
- danej funkcji (np. zaburzenia funkcji lokomocyjnych – kwestionariusz Ferrenca i Powers'a);
- konkretnego problemu (chory diagnozowany – kwestionariusz Parfrey'a, Laupacisa);
- populacji.

Pytania zawarte w kwestionariuszach specyficznych odzwierciedlają zarówno ich częstość, jak i znaczenie. Zaletą kwestionariuszy specyficznych jest możliwość dokładniejszej oceny objawów choroby. Ponadto lepiej odzwierciedlają zmiany HRQL niż kwestionariusze ogólne.

Kwestionariusze mieszane zawierają elementy zarówno kwestionariusza ogólnego, jak i specyficznego.

Instrumenty mierzące użyteczność danego stanu zdrowia, np. Quality of Well-Being, Health Unility Index.

Biorąc pod uwagę fakt, że problemy nastolatków mogą być odmienne niż dorosłych, opracowane są kwestionariusze Adolescent, przeznaczone dla chorych w wieku 12-17 lat. Są one nieznacznie zmodyfikowaną wersją kwestionariusza dla dorosłych, z uwzględnieniem tego, że u młodzieży problemy w pracy (w szkole) i związane z ogólnym złym samopoczuciem mają większe znaczenie niż u dorosłych. Dla dzieci w wieku 6-12 lat opracowane są kwestionariusze Paediatric. Różnią się one od pozostałych, ponieważ problemy emocjonalne u dzieci są mniej nasilone.

Jakość życia, a choroba przewlekła

Choroba przewlekła wiąże się z tym, że dolegliwości zdrowotne nie mijają, a wręcz przeciwnie – utrzymują się latami albo nasilają się w miarę upływu czasu. Powoduje to negatywne skutki niemal w każdym obszarze życia. Obniża się sprawność organizmu i samopoczucie fizyczne, pogarsza się usposobienie psychiczne, występują np.: obniżenie nastroju, drażliwość, agresja, lęk, obojętność, zależność emocjonalna. U pacjentów chorych na przewlekłą chorobę, jaką jest cukrzyca, zmienia się rytm dnia, życie, zostaje podporządkowane chorobie: zażywaniu leków, wizytom lekarskim, zabiegom.

Każda choroba przewlekła obniża samopoczucie i wywołuje wiele negatywnych emocji, niektóre z nich są jednak charakterystyczne dla konkretnych chorób. Choroba przewlekła ma duży wpływ na funkcjonowanie rodzin, często wywołuje poważny kryzys. Zmianie ulega system wartości, rytm życia, pełnione role i zadania. Zachodzi konieczność przeorganizowania wielu spraw. Gdy człowiek chory zaakceptuje wszystkie wymagania, jakie niesie ze sobą przewlekła i poważna choroba, powstaje potencjalna możliwość transformacji wewnętrznej i stałego rozwoju duchowego. Chorzy muszą nauczyć się żyć ze schorzeniem. Dla osób chorych na przewlekłą chorobę ważne jest utrzymanie wewnętrznej równowagi i pogody ducha. Ludzie chorzy muszą stanąć twarzą w twarz z trudnościami i kłopotami, jakie niesie przewlekła choroba, widzą ją realniej i jaśniej i coraz lepiej rozumieją. To właśnie daje im jakościowo lepsze życie. Osoby przewlekłe chore najbardziej obawiają się samotności i braku miłości.

Cukrzyca typu 2- problem społeczny

Cukrzyca jest obecnie główną przyczyną chorobowości i śmiertelności. Prawdopodobnie najbardziej nagłym problemem diabetologicznym, a jednocześnie jednym z najważniejszych i najtrudniejszych w całej medycynie początku XXI wieku, jest narastająca epidemia cukrzycy typu 2. W społeczeństwach uprzemysłowionego świata chorobowość z jej powodu osiągnęła kilka procent i nadal szybko rośnie. Cukrzyca jest jednym z głównych problemów zdrowia publicznego. Prewencja cukrzycy, w tym zwłaszcza cukrzycy typu 2, powinna mieć charakter ogólnokrajowego priorytetu. W jej zakres wchodzi wieloskładnikowe działania skierowane na prozdrowotną przebudowę życia ludzi.

Identyfikacja czynników ryzyka cukrzycy typu 2 pozwala na przyjęcie koncepcji „globalnego ryzyka cukrzycy” obejmującego zarówno czynniki ryzyka związane ze stylem życia, jak i wynikające z naturalnego przebiegu choroby. Pierwotnymi czynnikami ryzyka decydującymi o występowaniu choroby według rang analizy wieloczynnikowej są: wiek, otyłość, ciąża oraz tło rodzinne (czynnik genetyczny). Czynniki ryzyka wtórnymi są: hiperinsulinemia, nadciśnienie oraz aterogenne dyslipidemie.

Cukrzyca jako choroba o charakterze przewlekłym, stanowiąca poważne zagrożenie dla zdrowia i życia ludzi w każdym wieku uznawana jest za jeden z głównych problemów zdrowotnych zarówno w Europie jak i na świecie.

Metodologia badań

W badaniu będącym podstawą tej pracy problem główny brzmi następująco: **jaka jest jakość życia pacjentów z cukrzycą typu 2?**

Uszczegółowieniem tego problemu są kolejne pytania badawcze, na które odpowiedzą wyniki przeprowadzonych badań:

- Czy wśród badanych pacjentów chorych na cukrzycę typu 2 występuje pogorszenie nastroju i pozytywnego nastawienia do własnej osoby?
- Czy badani chorzy są zainteresowani problematyką choroby przewlekłej?
- Czy badani mają świadomość powikłań przewlekłej choroby?
- Czy badani pacjenci mają wsparcie i opiekę najbliższego otoczenia (rodziny)?

- Czy chorzy na cukrzycę dbają o regularną aktywność fizyczną?
- Czy choroba spowodowała pogorszenie sytuacji materialno-bytowej osób z cukrzycą?

Po sformułowaniu problemu badawczego przyjęto hipotezy badawcze. Hipoteza główna jest następująca: Cukrzyca jako choroba przewlekła ogranicza różne aspekty jakości życia i wpływa w dużym stopniu na zmianę tej jakości, tzn. może je pogorszyć.

Hipoteza główna pozwoliła wyodrębnić hipotezy robocze:

- Wśród badanych pacjentów występuje pogorszenie nastroju, zmniejsza się poczucie własnej wartości i pozytywne nastawienie do własnej osoby.
- Badani chorzy są zainteresowani problematyką swojej choroby.
- Pacjenci mają świadomość powikłań przewlekłej choroby.
- Pacjenci mają wsparcie i opiekę rodziny.
- Chorzy na cukrzycę zazwyczaj nie dbają o regularną aktywność fizyczną.
- Byt materialny ma duży wpływ na funkcjonowanie chorego w każdej dziedzinie życia.

Charakterystyka metody badawczej i narzędzia badawczego

Zastosowany kwestionariusz ankiety składa się z 29 pytań. Zebrane za pomocą tych pytań dane pozwoliły na charakterystykę badanej grupy, a także na uzyskanie informacji o jakości życia pacjentów chorych na cukrzycę typu 2.

Charakterystyka miejsca przeprowadzonych badań, ich organizacja i przebieg

Badania do niniejszej pracy zostały przeprowadzone w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej przy ulicy Szpitalnej 1 w Kłodzku. Szpital Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kłodzku prowadzi hospitalizację pacjentów w następujących oddziałach: Kardiologii, Internistycznym, Ginekologii i Położnictwa, Noworodkowym, Chirurgii Ogólnej, Anestezjologii, Neurologii, Urologii, Pediatrii, Dermatologii, Oddziale Opieki Paliatywnej oraz Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym. Badania w zakresie oceny jakości życia pacjentów z cukrzycą typu 2 przeprowadzono w oddziale kardiologii i oddziale internistycznym. Ponadto rozdano ankiety również osobom chorującym na cukrzycę typu 2 przebywającym aktualnie w środowisku domowym. Badania przeprowadzono w styczniu 2008 roku. W badaniu wzięło udział 30 osób.

Badania podzielono na dwa etapy:

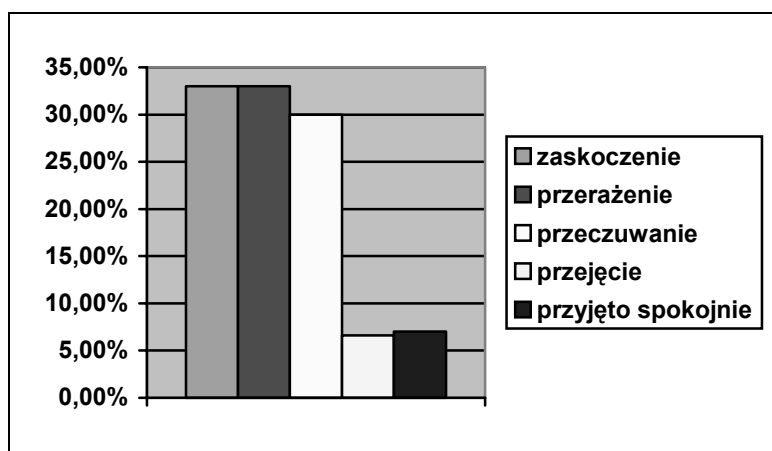
Etap I. Przystąpiono do rozprowadzania ankiet wśród wybranej grupy ludzi. Rozdając kwestionariusz ankiet, poinformowano badane osoby o celu badań, jego istocie oraz o zachowaniu całkowitej anonimowości ankietowanych, a także o sposobie wypełniania ankiety. Wypełnione ankiety odebrano osobiście.

Etap II. Po zebraniu wypełnionych ankiet przystąpiono do analizy zebranego materiału. Na podstawie zgromadzonych informacji opracowano zestawienia i strukturę.

Omówienie wyników ankiety

W badaniu wzięło udział 30 pacjentów, z czego 3 pacjentów jest w wieku 80 lat, 16 w przedziale wiekowym 45-56 lat oraz 11 pacjentów w wieku od 56-75 lat. Na podstawie przeprowadzonej analizy stwierdzono, że pacjenci średnio chorują na cukrzycę od 2 do 15 lat. W pytaniach ankietowych zawarto takie, które zobrazować miały podejście pacjentów do samej diagnozy choroby cukrzycy. Z przeprowadzonej analizy wynika, że 33% badanych było zaskoczonych i tyle samo przerażonych, kiedy dowiedzieli się o tym, że są chorzy na cukrzycę. 30% pytanych odczuwało, że z ich zdrowiem i samopoczuciem jest gorzej, ale nie przewidywali, że może to być przyczyną choroby. 7% respondentów przyjęło z lekceważeniem zaistniały fakt choroby, a drugie tyle przyjęło diagnozę spokojnie, nie zrobiła na nich wrażenia (wykres 1).

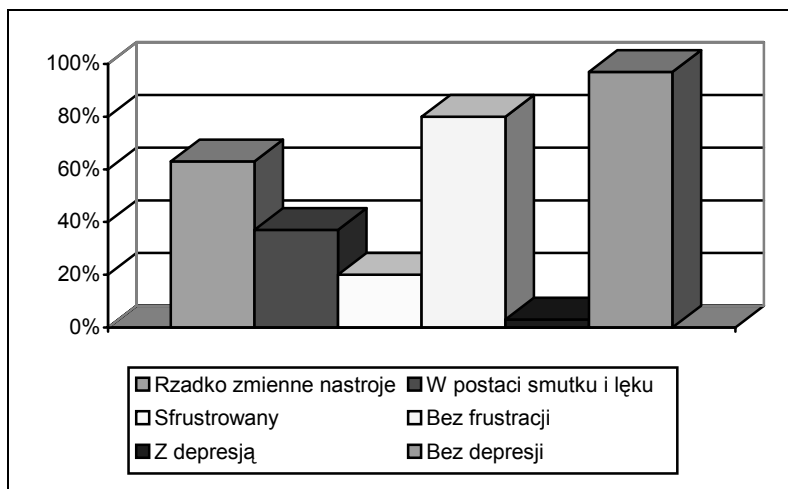
Wykres 1: Stany emocjonalne badanych po usłyszeniu diagnozy o chorobie cukrzycy.



Źródło: opracowania własne

U 63% badanych występują rzadko nieprzyjemne nastroje w postaci smutku, lęku i przygnębienia, natomiast 37% ludzi skarży się na częste zmiany nastroju. Respondenci na pytanie, czy są sfrustrowani i przygnębieni. Odpowiadają w 20%, że nie, a 80% badanych twierdzi, że często miewają chwile frustracji. 97% badanych nie skarży się na depresję związaną z chorobą, tylko 3% ludzi zgłasza ten problem (wykres 2).

Wykres 2: Zmiany w sferze psychicznej i nastroje w cukrzycy.



Źródło: Opracowania własne.

Kolejny blok pytań dotyczył świadomości powikłań u pacjentów. 90% badanych jest jak najbardziej świadoma powikłań przewlekłej choroby jaką jest cukrzyca, tylko 10% nie zdaje sobie sprawy z konsekwencji swojej choroby.

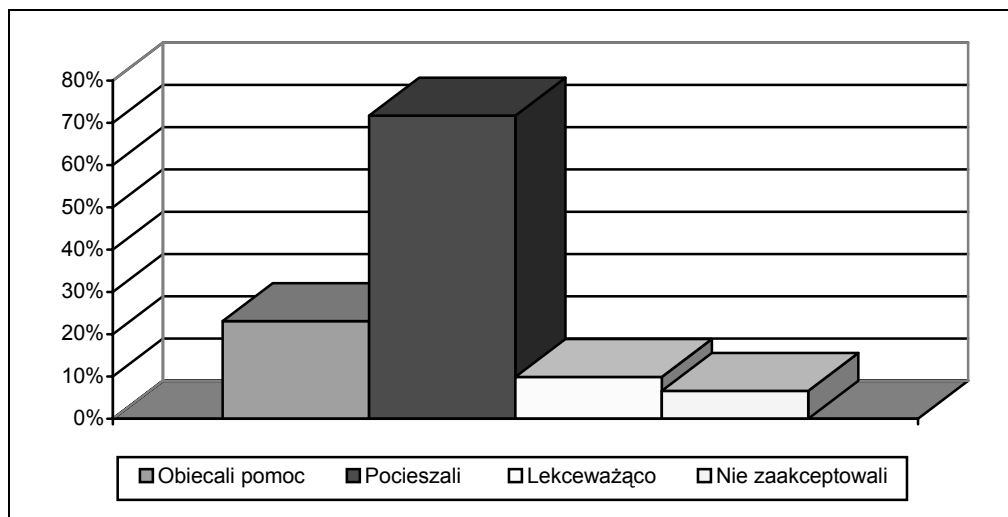
Okazuje się także, że systematycznie i o stałej porze dnia przyjmuje leki 53% badanych, niesystematycznie 36% badanych, natomiast 10% przyznaje się, że różnie to bywa z przyjmowaniem leków.

Dieta cukrzycowa przestrzegana jest przez 23% chorych, a 73% badanych odpowiedziało, że stara się dostosować posiłki do zalecanej diety, ale różnie to bywa. Tylko 3% odpowiedziało, że nie stosuje się do zaleceń dietetyka.

Samokontrolę poziomu cukru we krwi potrafi ocenić 97% pacjentów, tylko 3% nie umie tego określić. Większość badanych czyli 70% badanych wie, co to jest hipoglikemia i hiperglikemia, 30% nie zna znaczenia tych terminów.

72% badanych uzyskała wsparcie rodziny, a 24% ma obiecaną pomoc, czyli otrzymują wsparcie od najbliższych, ktoś inny będzie im pomagał. 8% rodzin pacjentów potraktowało chorobę lekceważąco, tylko 5% nie zaakceptowało choroby współmałżonka, matki, ojca (wykres 5).

Wykres 5: Reakcja członków rodziny na wieść o chorobie cukrzycy.



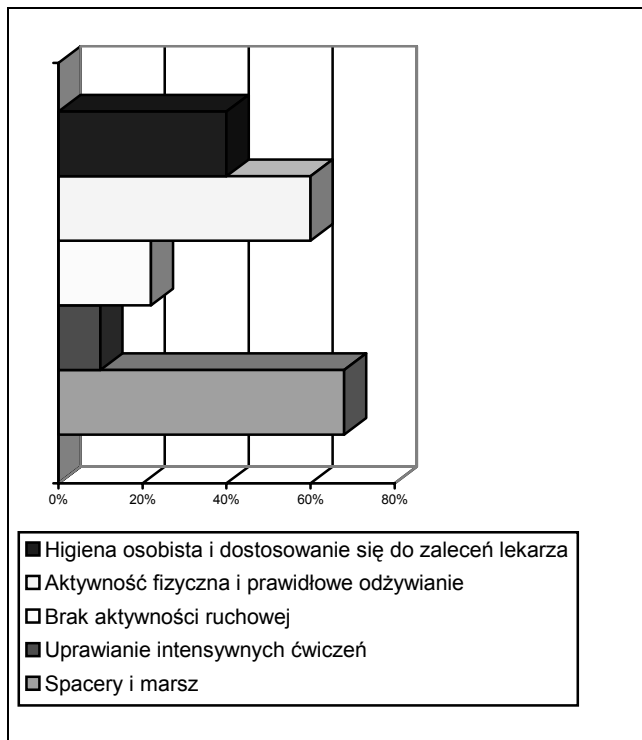
Źródło: Opracowania własne.

Na pytanie czy rodzina nadzoruje dietę i przyjmowanie leków, 63% respondentów odpowiedziało, że pomaga im rodzina w przestrzeganiu godzin przyjmowania leków, a 37% musi sobie radzić sama z tym obowiązkiem. Ich stosunek do świata i życia codziennego w 35% nie zmienił się w czasie trwania choroby. Natomiast 52% przyznaje, że lepiej o siebie dba, regularnie się bada, stosuje zalecane diety. 13% ankietowanych odczuwa niechęć do życia, stroni od ludzi i spotkań towarzyskich. Zmiana stylu życia na rodzinę chorego wpłynęła u 36% ankietowanych osób. 64% badanych twierdzi, że ich choroba nie przyczyniła się do zmiany życia codziennego.

Respondenci zapytani, czy stosują regularną aktywność fizyczną sprzyjającą sprawności ruchowej 68% ankietowanych przyznało, że stosuje tylko spacer i marsz. 10% osób przykłada dużą rolę sprawności fizycznej (uprawia intensywny wysiłek). Natomiast 22% populacji ankietowanych, nie stosuje żadnej aktywności. Zapytani o to, co dla nich jest najważniejsze, by utrzymać dobre samopoczucie i zdrowie, 60% badanych uznała, że jest to aktywność ruchowa i prawidłowe odżywianie, a 40% osób wybrało odpowiedź dotyczącą higieny osobistej i stosowania się do zaleceń lekarskich.

Zdrowy tryb życia prowadzi 31% pacjentów badanych, raczej tak odpowiedziało 43%, a 21% ankietowanych w ogóle nie wie, jak zdefiniować to pojęcie (wykres 8).

Wykres 8: Zdrowy tryb życia u pacjentów



Źródło: Opracowania własne.

Choroba przewlekła niesie za sobą często utratę pracy czy korzystanie ze świadczeń rentowych, przez co obniża się status materialny osób chorujących i ich rodziny. 63% badanych oceniło swoją sytuację finansową jako dostateczną, 6% jako złą, natomiast 17% jako dobrą. Pogorszenie warunków materialnych wystąpiło u 67% ankietowanych, 23% stwierdziło, że w nieznacznym stopniu, a 10% powiedziało, że sytuacja finansowa jest taka sama jak poprzednio.

Zawodowo pracuje 37% ankietowanych zaś ze świadczeń rentowych i emerytalnych korzysta 59% badanych.

Respondenci interesujący się nowymi metodami leczenia to grupa 48%. Biernych na te informacje jest 62%. Ankietowani korzystają z porad specjalisty: lekarza diabetyka 69%, okulisty 57%. Z wyjazdów do sanatorium korzysta 6% badanych, a z usług poradni rehabilitacyjnych 15% ankietowanych.

Wnioski

Badani to ludzie przeważnie w wieku poprodukcyjnym (59%), którzy nie pracują zawodowo, korzystają ze świadczeń emerytalnych lub rentowych.

Wśród badanych pacjentów chorych na cukrzycę typu 2 występuje pogorszenie nastroju i pozytywnego nastawienia do własnej osoby.

Pacjenci mają świadomość powikłań cukrzycy takich jak: choroby oczu, nerek, naczyniowe.

Większa część pacjentów ma wsparcie i opiekę osób bliskich, przez co lepiej funkcjonują w życiu codziennym, lepiej znoszą trudności wynikające z choroby.

Chorzy na cukrzycę ograniczają wysiłek fizyczny do spacerów, marszów, przebywania na świeżym powietrzu.

Większość osób z tą chorobą nie uprawia żadnej aktywności fizycznej.

Warunki materialne mają duży wpływ na funkcjonowanie w każdej dziedzinie życia chorych na przewlekłą chorobę.

Wnioski wysnute z przeprowadzonych badań, dowodzą jednoznacznie, że choroba przewlekła jaką jest cukrzyca typu 2, jest w swojej istocie chorobą problemową, swoim zakresem wnika we wszystkie aspekty życia i funkcjonowania chorego.

Beata Fiedorowicz

Problemy pielęgnacyjne pacjentów z cukrzycą i zespołem stopy cukrzycowej

(Promotor: mgr piel. Krystyna Przybyła)

Wstęp

Cukrzyca jest chorobą przewlekłą, społeczną i cywilizacyjną. W obecnych czasach obserwuje się na świecie i w Polsce gwałtowny wzrost zachorowań. W przekonaniu większości pacjentów chorych na cukrzycę, choroba oznacza tylko problem utrzymania odpowiedniego poziomu cukru. Tymczasem większość problemów rodzących się w okresie przebiegu tej choroby, wynika nie tylko z wahań stężenia cukru we krwi, lecz z licznych następstw i powikłań tkankowych. Jak wiadomo cukrzyca jest przewlekłym schorzeniem wielotkankowym, którego jednym z przejawów jest podwyższony poziom cukru we krwi.

Dzięki współczesnym metodom opieki i leczenia diabetologicznego oraz wprowadzeniu działań ograniczających uszkodzenia (wynikające z postępu procesu chorobowego) można zapobiegać powikłaniom, jakie niesie ze sobą choroba. Wczesne rozpoznanie cukrzycy, identyfikacja czynników ryzyka, profilaktyka oraz wybór właściwego leczenia, mogą istotnie opóźnić wystąpienie schorzeń naczyniowo-sercowych i pozostałych powikłań.

Cele i założenia pracy

Celem pracy jest przedstawienie problemów pielęgnacyjnych pacjentów z cukrzycą i zespołem stopy cukrzycowej.

Przyjęto następujące założenia:

1. Pielęgnowanie pacjenta z cukrzycą i zespołem stopy cukrzycowej jest procesem wielokierunkowym i komplementarnym.
2. Duże znaczenie w leczeniu i pielęgnowaniu przypisuje się edukacji chorego.
3. Kompleksowa opieka nad chorym z cukrzycą i stopą cukrzycową stanowi nowy zakres obowiązków dla wyspecjalizowanych pielęgniarzek.

Cukrzyca jako choroba przewlekła

Cukrzyca jest chorobą metaboliczną, spowodowaną nieprawidłową produkcją insuliny w komórkach trzustki lub nieprawidłowym działaniem insuliny. Insulina jest hormonem białkowym, którego zadanie polega na obniżaniu poziomu cukru we krwi. Objawem niedoboru insuliny jest podwyższony poziom cukru we krwi. Nadmiar cukru gromadzi się we krwi i jest niekorzystny dla organizmu. Powoduje uszkodzenie naczyń krwionośnych oraz nerwów, co z kolei przyczynia się do rozwoju powikłań cukrzycy i wystąpienia problemów ze zdrowiem.

Według światowych statystyk cukrzyca jest chorobą, która dotyczy osób w każdym wieku: dzieci, młodzieży, dorosłych oraz w podeszłym wieku. Na świecie współcześnie żyje około 240 mln chorych na cukrzycę. Fakt, że w roku 1995 na cukrzycę chorowało na świecie około 125 mln osób, a w roku 2025 liczba ta może przekroczyć 380 mln, świadczy o zastraszającym tempie rozwijania się tej cywilizacyjnej choroby. Według danych rocznie około 7 mln osób zapadnie na cukrzycę. Każdego roku ponad 3,8 mln umiera z powodu cukrzycy i jej powikłań.

Na cukrzycę choruje obecnie 1,3 mln Polaków, z czego 87% (1,1 mln) stanowią osoby z cukrzycą typu 2, a ok. 10 % (150 tys.) – z cukrzycą typu 1.

Cele leczenia cukrzycy

Pierwszym celem leczenia jest tzw. wyrównanie metaboliczne cukrzycy. Wyrównanie metaboliczne jest to doprowadzenie do prawidłowego poziomu glukozy we krwi, jak też do normalizacji innych ważnych nie tylko w cukrzycy czynników fizjologicznych – poziomu cholesterolu, lipidów, ciśnienia tętniczego, itp. Pomocne w wyrównaniu glikemii są nie tylko insulino-terapia lub leki, ale również racjonalizacja diety i stylu życia.

Uzyskanie metabolicznej równowagi zapobiega takim powikłaniom cukrzycy, jak:

- neuropatia i zespół stopy cukrzycowej (co w ekstremalnych przypadkach zagraża amputacją stopy),
- retinopatia cukrzycowa (zagraża nieuleczalną ślepotą), nefropatia nerkowa (ekstremalnie zagraża niewydolnością nerek i dializami),
- ciężka hipoglikemia (niedocukrzenie),
- choroby krążenia – miażdżyca, choroba wieńcowa, zawał i udar mózgu.

Stopa cukrzycowa

Zespół stopy cukrzycowej to jedno z najpoważniejszych powikłań, jakie mogą wystąpić u pacjenta cierpiącego na cukrzycę, pojawia się u 6 do 10% chorych. Komplikacje zaczynają się od kłopotów z poruszaniem się, a mogą zakończyć się amputacją. Niemal 50% przypadków amputacji nóg w naszym kraju spowodowanych jest cukrzycą.

Przyczyną pojawienia się schorzenia jest pogorszenie ukrwienia w stopie, przez co staje się ona niedotleniona. Powodem takiego stanu jest uszkodzenie naczyń krwionośnych, ich zarastanie oraz zmniejszanie elastyczności. Inny czynnik sprzyjający niedotlenieniu to zwiększona lepkość krwi i skłonność płytek krwi do agregacji (zlepiania), co sprzyja tworzeniu zakrzepów i zatorów. Dolegliwości przy zespole stopy cukrzycowej występują też z powodu uszkodzenia nerwów obwodowych oraz zakażenia drobnoustrojami chorobotwórczymi. Następują zmiany unaczynienia i unerwienia stopy pacjenta – zazwyczaj przebiegają one równocześnie.

Postacie stopy cukrzycowej

Wszystkie zmiany jakie mogą wystąpić w stopie cukrzycowej, dzielimy na trzy grupy:

- Niedokrwienie spowodowane miażdżycą i mikroangiopatią.
- Neuropatię stopy.
- Wpływy zakażenia.

Jan Tatoń zmiany w obrębie stopy cukrzycowej różnicuje na:

- Zespół stopy cukrzycowej neuropatyczny.
- Zespół stopy cukrzycowej niedokrwienny.
- Zespół stopy cukrzycowej mieszany.

W znacznej mierze można zapobiec zmianom, które mogą prowadzić do powikłań stóp na tle cukrzycowym. Niezbędna jest do tego intensywna edukacja pacjenta z praktycznym zastosowaniem programu pielęgnacji stóp. Chory powinien być świadomy z jakich przyczyn wynikają uszkodzenia stóp i dlaczego właśnie one są na nie podatne. Jeżeli pacjent będzie wiedział, że każda zmiana w obrębie stopy musi być zauważona i odpowiednio zaopatrzona, to ochroni go to przed dalszymi powikłaniami.

Postępowanie i leczenie zespołu stopy cukrzycowej

Zapobieganie zmianom stóp na tle cukrzycy zmierza w dwóch kierunkach: edukacji pacjentów i edukacji personelu.

Pacjent zdaje sobie sprawę z tego, że jego stopy są narażone na wszelkiego rodzaju urazy i skaleczenia. Dlatego edukując pacjenta, kładziemy nacisk na profilaktykę, czyli działanie mające na celu uzmysłwić mu wagę problemu, aby w odpowiednim momencie wykrył zagrożenie i zadziałał odpowiednio do sytuacji.

U chorego na cukrzycę może się rozwijać wiele typów ran stopy, z których każdy może ulec zakażeniu. Postępowanie będzie obejmowało ocenę i określenie ciężkości zakażenia jako podstawę wyboru właściwego sposobu leczenia, pielęgnowania i postępowania.

W przypadku chorego na cukrzycę z raną stopy, wymagającego umieszczenia w szpitalu, lekarz rozważa takie objawy jak ogólnoustrojowe zakażenie objawiające się gorączką, leukocytozą, niestabilnością metaboliczną (np. hiperglikemia lub kwasica), zakażenie szybko postępuje, jest głębokie, występuje znaczna martwica lub zgorzel. Hospitalizowani są również pacjenci z dużym niedokrwieniem, a także ci, którzy nie są zdolni do opieki nad samym sobą i nie mają wsparcia w rodzinie.

Częstymi powikłaniami są owrzodzenia, infekcje oraz zgorzel. Edukacja chorego w znacznym stopniu zmniejsza ryzyko ich występowania.

Badanie stóp u chorych na cukrzycę

Jednym z ważniejszych zadań lekarza, pielęgniarki lub pediatry w gabinecie diabetologicznym jest nakłonienie pacjenta do „zdzięcia skarpetek” celem dokładnego zbadania pod kątem objawów neuropatii lub choroby naczyń obwodowych, ryzyka rozwoju owrzodzenia i wprowadzenia odpowiedniego postępowania. Każdy pacjent z rozpoznaną cukrzycą w gabinecie diabetologicznym powinien mieć zbadane stopy.

Zalecane reguły pielęgnacji stóp osób chorych na cukrzycę

Profesjonalna nauka o nogach określana „medyczną opieką nóg” to podologia (podos – noga), zaś osoba trudniąca się tym zawodem to podolog, zajmujący się osobami, u których występują zmiany patologiczne w obrębie nóg.

Zadania podologa są następujące:

- fachowe przeprowadzenie badania, bądź zabiegu w przypadku stopy cukrzycowej;
- zabiegi wykonywane w przypadku grzybicy stóp i paznokci;
- określenie np. ze względu na zmianę (zniekształcenie stopy) problemu i wskazanie dalszej drogi postępowania- kontrola u lekarza, dobranie odpowiedniego obuwia;
- pomoc doraźna w przypadku różnych schorzeń stop i nóg.

Odpowiednio ukierunkowana edukacja chorego oraz właściwa pielęgnacja stóp mogą zmniejszyć ryzyko występowania powikłań. U chorych z owrzodzeniem stóp i obciążonych dużym ryzykiem ich rozwoju, a szczególnie u osób z wcześniej występującymi owrzodzeniami lub amputacjami, wskazane jest postępowanie wielospecjalistyczne. Ocenę stóp może przeprowadzić lekarz podstawowej opieki medycznej. Jednak powinniśmy zachęcić chorego do oglądania, oceny i dbałości o stopy.

Standardy opieki pielęgniarstwa

Standardy opieki pielęgniarstwa przyjęto traktować jako zbiór wymagań. Określają one możliwości do realizacji poziom wykonywania praktyki pielęgniarstwa. Standardy opieki pielęgniarstwa określają zasady i sposób postępowania w opiece nad poszczególnymi grupami pacjentów. Są one wyodrębnione na podstawie przyjętego kryterium, np. stanu zdrowia, zdolności do samoopieki, jednostki chorobowej lub specyficznej sytuacji, w której znajduje się pacjent.

Działania na rzecz zapewnienia jakości powinny zmierzać do:

- ukierunkowania organizacji opieki na potrzeby pacjenta;
- opracowania najlepszych standardów i przestrzegania ich i procesów pielęgnacyjnych;
- zapewnienia kompleksowości opieki;
- respektowania praw pacjenta;
- komunikowania się z pacjentem i jego rodziną;
- określania odpowiedzialności pracowników za wyniki opieki u poszczególnych pacjentów;
- wykonywania zabiegów pielęgniarstwa;
- obserwowania zachowań, relacji pacjenta z otoczeniem, symptomów reakcji na chorobę i leczenie;
- ukształtowania woli ciągłego doskonalenia opieki.

Standard edukacyjny pacjenta z cukrzycą

Prezentowany przez M. Pieniążek standard edukacyjny ma na celu przygotowanie pacjenta do samoopieki, poprzez dostarczenie mu niezbędnych informacji na temat cukrzycy, jej leczenia, umiejętności samokontroli i samoopieki, niezbędnych do zapewnienia mu wysokiej jakości życia mimo istnienia nieuleczalnej choroby.

Autorka standardu w kryteriach struktury założyła, że pielęgniarka:

- ma obowiązek prowadzenia edukacji zdrowotnej wśród chorych na cukrzycę;
- jest przygotowana do pracy dydaktyczno-wychowawczej z pacjentem;
- posiada wiedzę i umiejętności dotyczące zagadnień cukrzycy, jej objawów, powikłań, samokontroli kierunków terapii i pielęgnowania.

- należy do zespołu terapeutycznego, prowadzącego edukację zdrowotną u chorych na cukrzycę.

Standard postępowania prewencyjnego w zespole stopy cukrzycowej

Zaproponowany przez J. Tatonia i Z. Szczeklik-Kumale standard postępowania prewencyjnego w zespole stopy cukrzycowej ma na celu wpłynąć na jakość i długość życia z cukrzycą. Osiągnięcie założonego celu będzie możliwe przy dużym zaangażowaniu pacjenta i zespołu interdyscyplinarnego.

Przedstawiony poniżej standard oparty jest na własnych obserwacjach autorów.

Standard przedstawia działania prewencyjne i ma za zadanie:

- zaplanowanie badań przesiewowych w celu identyfikacji indywidualnych czynników ryzyka występowania zespołu stopy cukrzycowej;
- prowadzenie prawidłowej pielęgnacji i higieny stóp;
- dobór odpowiedniego obuwia;
- nauczanie chorego samokontroli stóp;
- wskazać, gdzie ma zgłosić się w przypadku zaobserwowania niepokojących zmian na stopach.

Jeżeli u chorego zostanie zidentyfikowane owrzodzenie stopy bez objawów zakażenia to leczenie będzie polegało na :

- wyrównaniu metabolicznym cukrzycy;
- obciążeniu stóp;
- oczyszczeniu rany i dbałości o higienę stóp;
- zastosowaniu opatrunków pobudzających gojenie ran.

Przytoczony standard skierowany jest do pacjentów z cukrzycą. Ma na celu ograniczyć niekorzystne powikłania, do których może dojść w przypadku błędnego działania profilaktycznego, leczniczego bądź edukacyjnego. Postępowanie względem pacjenta będzie miało na celu zachęcenie go do czynnego i odpowiedzialnego udziału w całym procesie. Do współpracy zostanie włączona również rodzina chorego, aby wspomóc go w tej przewlekłej chorobie.

W kryteriach wyniku powinniśmy uzyskać ze strony pacjenta świadomość na temat powikłań cukrzycy, potrzeby współpracy z zespołem medycznym i działań prewencyjnych, które będą eliminowały czynniki ryzyka powstawania owrzodzeń i zespołu stopy cukrzycowej.

Standard edukacyjny pacjenta w zespole stopy cukrzycowej

Celem standardu opracowanego przez Grażynę Trubaluk-Liśkiewicz jest przygotowanie pacjenta do samodzielności i samopielęgnacji poprzez dostarczenie mu wszelkich informacji na temat zespołu stopy cukrzycowej, leczenia, samokontroli i samopielęgnacji, niezbędnych do zapewnienia choremu jak najwyższego poziomu życia, mimo istnienia powikłania nieuleczalnej choroby, jaką jest cukrzyca.

W **kryteriach strukturalnych** autorka zakłada, że instytucja opieki zdrowotnej zapewnia fizyczne środki do przeprowadzania szkolenia pacjentów oraz odpowiednio wykwalifikowane zasoby ludzkie.

Fizyczne środki do przeprowadzania szkolenia pacjentów obejmują:

- pomieszczenie odpowiednio wyposażone w tablice, rzutnik, wygodne siedzenia;
- dostęp do aktualnej literatury;
- wykazy plansz na temat: działania insuliny; przemiany materii; pomiarów glikemii; pielęgnacji stóp; budowy anatomicznej stóp; wpływu poziomu glikemii na gojenie owrzodzeń,
- wykaz przeźroczy na temat postępu owrzodzenia stóp, poziomów odjęć kończyn, profilaktyki zakażeń;
- wykaz kserokopii, zasady prawidłowej pielęgnacji stóp, schemat postępowania w sytuacjach trudnych w powikłaniach cukrzycy;
- środki dydaktyczne to mydło, miękkie ręczniki, balsam do pielęgnacji ciała, czyli akcesoria potrzebne do higieny stóp;
- dokumentacja osób podlegających szkoleniu: konspekt do zajęć; podsumowanie całości szkolenia; testy sprawdzające; ocena umiejętności praktycznych.

Odpowiednio wykwalifikowane zasoby ludzkie obejmują takie kategorie personelu, jak: pielęgniarka specjalizująca się w pielęgnacji stóp; psycholog, dietetyczka i rehabilitant.

W **kryteriach procesu** autorka przyjmuje, że pielęgniarka przekazuje pacjentowi ogólne informacje na temat cukrzycy i jej powikłań z wyszczególnieniem zespołu stopy cukrzycowej. Dużo uwagi poświęca tematowi pielęgnacji stóp chorego na cukrzycę. Uczy samokontroli i samoopieki. Wyjaśnia i pomaga zrozumieć powstawanie powikłań. Uczy pacjenta, jak ma obserwować swój organizm, na co zwrócić uwagę i jak się zachować, gdy dochodzi do zmian. Pielęgniarka kształtuje u pacjenta postawę adaptacji do zmienionych warunków życia, zrozumienie i cierpliwość w procesie leczenia i pielęgnacji zmian na stopie. Uświadamia pacjentowi, że on jest odpowiedzialny za własne zdrowie i życie.

W **kryteriach wyniku** autorka oczekuje, że pacjent posiadający wiedzę na temat cukrzycy, zasad leczenia, powikłań i pielęgnowania wykaże dużą samodzielność w trosce o swoje zdrowie i życie. Będzie umiał określić poziom cukru i zapobiegać wczesnym powikłaniom. Będzie okazywał postawę akceptacji zmiany warunków życia, zrozumienia i cierpliwości w procesie leczenia i pielęgnacji zmian na stopie. Stanie się odpowiedzialny za własne zdrowie i życie, a takie postępowanie pomoże mu w przyspieszeniu leczenia i zapobieganiu, powstawania dalszych powikłań.

Standard opieki pielęgniarskiej wobec chorych leczonych chirurgicznie z powodu stopy cukrzycowej

Proponowany przez Grażynę Trubaluk-Liśkiewicz standard opieki pielęgniarskiej wobec chorych leczonych chirurgicznie z powodu zespołu stopy cukrzycowej ma na celu przygotowanie chorego do samoopieki i samokontroli. Zaś rodzinę pacjenta przygotowuje do udzielenia mu kompetentnej pomocy w warunkach domowych.

Autorka zakłada, że:

- pacjentowi hospitalizowanemu z powodu zespołu stopy cukrzycowej zostanie zapewniona optymalna opieka pielęgniarska;
- pacjentowi i jego rodzinie zostanie udzielona pomoc w wykonywaniu czynności, które wykonywałby sam, gdyby mógł i posiadał odpowiednią wiedzę;

- pacjent i jego rodzina będą posiadali odpowiedni zasób wiedzy teoretycznej i umiejętności praktyczne, aby przejąć samokontrolę i samoopiekę w warunkach domowych.

Promowanie systematycznej aktywności optymalnej dla pacjenta z cukrzycą i zespołem stopu cukrzycowej

Jest to forma leczenia uwarunkowana w dużym stopniu świadomością pacjenta co do istoty choroby oraz celu wykonywania ćwiczeń. Ważna jest zmiana trybu życia, polegająca na unikaniu dłuższego stania lub siedzenia. Konieczne bywa również poprawienie podparcia podszwy i zmiana obciążenia stóp poprzez dobranie odpowiedniego obuwia.

Zaproponowany sposób prowadzenia gimnastyki kończyn dolnych dotyczy:

- sposoby chodzenia: stawianie długich kroków, chodzenie z ugiętymi nogami przy wyprostowanym tułowiu;
- wykonywania „bocianiego chodu” polegającego na unoszeniu jednej nogi jak najwyżej, zginając ją w kolanie i biodrze tak, aby udo za każdym razem dotykało brzucha, ćwiczenie to należy wykonywać każdą nogą po 10 razy stojąc na palcach;
- stawania na pięcie, sprężynowanie palców;
- wykonywania ruchów prostych i okrężnych stopy;
- wykonywania ćwiczeń w pozycji leżącej, polegających na unoszeniu nóg złączonych razem i wyprostowanych w kolanach; podczas tego ćwiczenia należy poruszać palcami stóp;
- ponadto zaleca się tzw. marsz na „leżąco” polegający na oparciu stóp na podłogę, uniesienie pośladków, podnoszenie pośladków i kolejno stóp wykonując ruchy przypominające chodzenie w miejscu, jazda „na rowerze” w pozycji leżącej;
- codzienne spacerowanie na świeżym powietrzu w wygodnym obuwiu i swobodnym stroju;
- uprawianie sportów ruchowych typu pływanie, jazda na rowerze, tenis, golf, biegi narciarskie, taniec.

Przeciwwskazaniem są sporty z ryzykiem urazów: piłka nożna, koszykówka, siatkówka, boks, wyścigi rowerowe itp. W życiu codziennym należy również unikać siadania z „podkurczonymi nogami”, zakładania nogi na nogę i krzyżowania nóg.

Fizykoterapeuci i flebolodzy opracowali zestaw ćwiczeń mających na celu poprawę ukrwienia kończyn dolnych.

Pozycja wyjściowa do ćwiczeń: wygodne, płaskie ułożenie na plecach, na materacu; miednica uniesiona, nogi wyprostowane i także uniesione; kończyny górne ułożone płasko wzdłuż tułowia, dłonie skierowane w dół.

Ćwiczenie 1. Ruchy dużych stawów kończyn dolnych (ćwiczenie powtarza się naprzemiennie 15-20 razy):

- przyciągnąć udo do brzucha i skierować kolano w kierunku podbrzusza;
- wyprostowaną kończynę podnosić w kierunku sufitu;
- wyprostowaną kończynę powoli opuszczać na materac.

Ćwiczenie 2. Ruchy w stawach palucha.

Jednocześnie zginać i prostować oba paluchy przez 30 sekund.

Ćwiczenie 3. Ruchy w stawach stopy.

W ciągu 30 sekund wykonywać jednocześnie ruchy okrężne palców obu stóp, naprzemiennie na zewnątrz i do środka.

Ćwiczenie 4. Ruchy w stawach skokowych.

Jednocześnie zginać i prostować obie stopy przez 30 sekund.

Ćwiczenie 5. Własnoręczne naprzemiennie masowanie obu kończyn dolnych (powtarzać 8-10 razy):

- zginać udo w kierunku brzucha, kolano skierować do podbrzusza, uchwycić stopę obracając;
- prostować kończynę w kierunku sufitu i lekko uciskając, przesuwać dłonie ponad stawami skokowymi i kolanowymi;
- opuścić nogę w wyprostie i podobnie masować udo;
- powrócić do pozycji wyjściowej.

Wnioski

- U pacjentów z zespołem stopy cukrzycowej pojawiają się problemy pielęgnacyjne, występuje deficyt samoopieki.
- W rozwiązaniu problemów pielęgnacyjnych zaangażowane są pielęgniarki.
- Przy rozwiązywaniu problemów pielęgnacyjnych stosowne jest wdrażanie standardów działań profilaktycznych i edukacyjnych. Dzięki temu pacjent lepiej zna swoją chorobę, możliwości i uzasadnienia do systematycznej kontroli. Można sądzić, że w wyniku edukacji pacjent będzie posiadał wiedzę i umiejętności do samokontroli i samoopieki i również wewnętrzną inspirację do działania na rzecz swojego zdrowia.
- Pielęgniarki zapewniają kompleksową opiekę i nowoczesne metody pielęgnacyjne.

Anna Gruzińska

Jakość życia osób dializowanych

(Promotor: mgr piel. Krystyna Przybyła)

Wstęp

Zdrowie i choroba są nieodłącznymi elementami biografii każdego człowieka. Choroba jest zjawiskiem społecznym, albowiem każdy człowiek może zachorować. Człowiek choruje nie tylko jako organizm biologiczny, ale też jako osobowość psychospołeczna, żyjąca wśród innych w określonych czasowo i przestrzennie warunkach, jako istota przynależna do różnych grup społecznych składających się na dane społeczeństwo. Każda choroba nosi znamiona sytuacji trudnej, ponieważ w znacznym stopniu determinuje jakość życia. Choroby na poziomie biologicznym wyrażają się zmianami w organizmie, natomiast te zmiany wywoływać mogą ograniczenia w podstawowej fizycznej i umysłowej aktywności człowieka, które w praktyce oznaczają niemożność wykonywania czynności dnia codziennego. To z kolei prowadzi do trudności w wykonywaniu ról i zadań społecznych oraz w utrzymywaniu dotychczasowych relacji ze środowiskiem.

Niniejsza praca jest próbą odpowiedzi na pytanie o jakość życia osób leczonych powtarzającymi hemodializami. Podjęłam się więc przeprowadzenia badań, aby ustalić związek między nadziejami i ambicjami dializowanych a ich doświadczeniami wynikającymi z rzeczywistości, w której żyją w konfrontacji z chorobą oraz granicami i możliwościami medycyny jako nauki. Celem przeprowadzonych przeze mnie badań jest ukazanie punktu widzenia pacjenta, który patrzy na swoją chorobę przez pryzmat własnej sytuacji życiowej i oceny swojego stanu zdrowia.

Koncepcje zdrowia i choroby. Pojęcie jakości życia w medycynie

Zdrowie i choroba to pojęcia trudne do zdefiniowania, bowiem są to pojęcia relatywne, częstokroć zależne od kultury, a wzięwszy pod uwagę indywidualizm każdego z nas, także od kultury osobistej jednostki. Można więc wysunąć tezę, iż pojęcie zdrowia i choroby jest w znacznym stopniu uwarunkowane kulturowo. Jednakże zdrowie stanowi dla większości ludzi najwyższą wartość, jest wartością samą w sobie. Ten fakt jest bardzo prosty do wytłumaczenia. Zgodnie z teorią potrzeb Abrahama Masłowa potrzeby zdrowotne zaliczają się do potrzeb bezpieczeństwa, a zatem ich zaspokojenie jest niezbędne do realizacji potrzeb wyższego rzędu. Zdrowie jako wartość zajmuje bardzo ważne miejsce w każdej doktrynie oraz w praktyce.

Jakość życia to istotne zagadnienie badawcze o interdyscyplinarnym charakterze. Jakość życia generalnie utożsamiana jest ze społeczno-ekonomicznymi warunkami życia społeczeństwa,

tudzież jednostek, lecz w zależności od tego, z jaką dyscypliną naukową jest związana, różnie ją można interpretować i mierzyć.

Pojęcie jakości życia odnosi się głównie do stopnia zaspokojenia potrzeb. Jakość życia w medycynie jest pojęciem szczególnym. W dotychczasowych badaniach nad jakością życia uwarunkowaną stanem zdrowia odwołano się do następujących teoretycznych założeń wynikających z :

- koncepcji funkcjonalnych – określających jakość życia przewlekle chorych w kategoriach możliwości pełnienia przez nich ról społecznych, stopnia aktywności w różnych dziedzinach życia społecznego;
- koncepcji niepełnosprawności jako wielowymiarowej dewiacji i związanej z nią stigmą;
- symbolicznego znaczenia choroby, niepełnosprawności w danej kulturze;
- choroby, niepełnosprawności jako stresującego wydarzenia życiowego, adaptacji, strategii radzenia sobie z trudną sytuacją;
- choroby, niepełnosprawności jako nierówności społecznej, powodującej nierówność szans życiowych, uruchamiającej mechanizmy wycofywania się, utraty niezależności, popadania w zależność od innych;
- traktowania osób chorych, niepełnosprawnych jako grupy mniejszościowej;
- postaw społecznych wobec osób chorych, niepełnosprawnych;
- roli mass mediów w kształtowaniu wizerunku osób niepełnosprawnych, miejsca i roli osób chorych, niepełnosprawnych wśród osób zdrowych;
- samooceny choroby, niepełnosprawności, w percepcji osób dotkniętych tymi problemami.

Spoleczne uwarunkowania stanu zdrowia

Spoleczne uwarunkowania stanu zdrowia to wszystkie czynniki wywodzące się z kultury i społeczności, w której żyje i funkcjonuje jednostka. Chodzi tu zatem o status społeczny jednostki, zadania, jakie ma wypełnić w związku z przynależnością do danej grupy społecznej oraz o procesy społeczne zachodzące na poziomie mikro- i makrostruktury społecznej.

Konsekwencje przypadłości chorobowych mają negatywny wpływ na różne kategorie życia społecznego jednostki, powodują konieczność ograniczenia lub odejścia z pracy zawodowej, zaburzenia w kontaktach z najbliższymi, obniżenie statusu społecznego, zależność od środowiska medycznego, leków, najbliższej rodziny, od lokalnych ośrodków pomocy społecznej, dziennych form opieki środowiskowej itp. Różnorodne ograniczenia dotychczasowego stylu i aktywności życiowej osób chorych umacniają proces marginalizacji społecznej z negatywnymi rokowaniami na przyszłość, wśród grona przyjaciół i znajomych, popularnie określaną jako „mała prywatna stabilizacja”.

Funkcjonowanie psychospoleczne osób dializowanych

Ważnym problemem dla pacjentów leczonych powtarzanymi hemodializami jest tryb funkcjonowania społecznego, rodzinnego, fizycznego, co generalnie określane jest jako jakość życia. Dializa u ogromnej grupy chorych jest etapem chronicznej choroby, rozwijającej się naj-

częściej przez wiele lat. Większość przewlekle chorych przechodzi psychologiczne etapy towarzyszące schorzeniu, od zanegowania, przez bunt, do adaptacji i pogodzenia się z chorobą. Pacjent przechodzi tę drogę zawsze indywidualnie, przeżywając ją bardzo osobiście. Działanie chorych ujawniane otoczeniu zależą przede wszystkim od cech osobowości, poziomu intelektualnego i warunków środowiskowych. Zawsze pojawia się lęk i pytania typu: „Co ze mną będzie?”, „Jak rozwinie się choroba?”, „W jaki sposób dam sobie radę z codziennymi problemami?”; jest to mniej lub więcej uświadomiony lęk przed śmiercią.

Następną przesłanką dobrej adaptacji do dializoterapii i dobrej jakości życia jest wsparcie, jakie pacjent powinien otrzymywać od rodziny. Rodzina jest podstawową jednostką społeczną w kształtowaniu zdrowia i choroby. Realizując poszczególne funkcje, rodzina odgrywa decydującą rolę w kształtowaniu zachowań związanych z prozdrowotnym stylem życia, a wsparcie otrzymywane od rodziny i przyjaciół wzmacnia próby uporania się ze stresującymi lub niemożliwymi do zmiany wydarzeniami.

W ostatnich latach wzrosło zainteresowanie badaniami jakości życia chorych poddawanych leczeniu nerkozastępczemu. Osobnym zagadnieniem, mającym ogromny wpływ na jakość życia takich ludzi jest wytworzenie w świadomości samych pacjentów odpowiedniej świadomości dotyczącej celów, możliwości oraz ograniczeń dializoterapii.

Cel i założenia pracy

Celem mojej pracy jest uzyskanie odpowiedzi na pytanie: **„Jaka jest jakość życia osób dializowanych”**. Badanie jakości życia oznacza w tym przypadku określenie problemów wynikających z przewlekłej niewydolności nerek i dializoterapii. Dotyczy aktywności życiowej pacjentów w sensie fizycznym, psychicznym i społecznym oraz ich poglądy na temat zdrowia i ich subiektywne samopoczucie.

Za pomocą ankiety podjęłam się również odpowiedzi na następujące pytania:

1. Jaka jest przyczyna leczenia nerkozastępczego?
2. Jak pacjent ocenia swój stan zdrowia?
3. Jak wpływa stan emocjonalny chorego na aktywność społeczną?
4. Jaka jest relacja pacjenta z rodziną?
5. Jakie są ograniczenia spowodowane chorobą?

Ponadto założyłam, że jakość życia pacjentów dializowanych to indywidualny stopień satysfakcji pacjenta ze stanu zdrowia oraz socjoekonomicznych warunków życia w porównaniu z jego oczekiwaniami.

Hipotezy szczegółowe w związku z powyższym stwierdzeniem zostały sformułowane następująco:

- Stan zdrowia, poprzez zdolność do prawidłowego, aktywnego funkcjonowania oraz możliwość pracy, ma duży wpływ na jakość życia.
- Podniesienie jakości życia chorych ma związek z olbrzymim postępem w technice dializacyjnej.
- Dobrze zrehabilitowany pacjent ma duże szanse na prowadzenie niemal normalnego życia rodzinnego i czasami również zawodowego.

Metoda i materiał badania

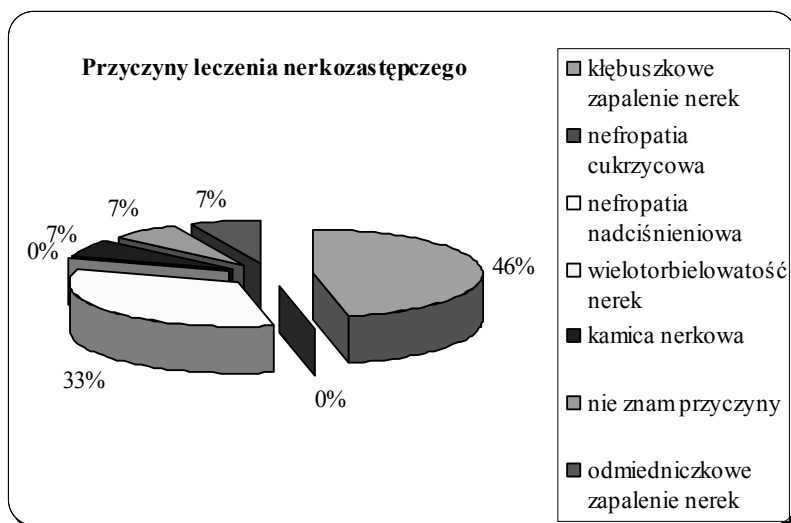
Badania przeprowadziłam w legnickiej Stacji Dializ „Avitum” w okresie od października do grudnia 2007 r. Wzięło w nich udział 30 pacjentów.

Ankieta zawiera 16 pytań, które dotyczą oceny jakości życia. Poruszam w niej następujące zagadnienia:

- ocena stanu zdrowia osób dializowanych,
- ocena aktywności osób dializowanych,
- ocena stanu emocjonalnego osób dializowanych.

Omówienie wyników badań

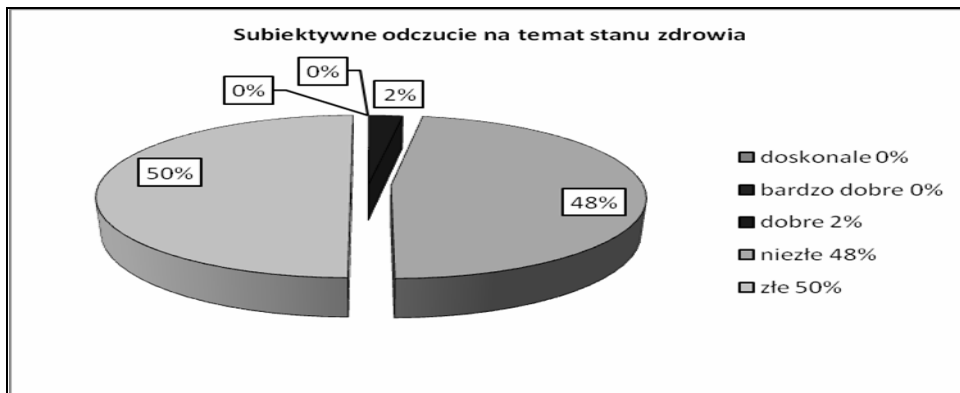
Wykres 1. Przyczyny leczenia nerkozastępczego.



Badania wskazują, że zdecydowana większość pacjentów (46%) choruje na przewlekłą niewydolność nerek w związku z przebyłym kłębuszkowym zapaleniem nerek. Z powodu nefropatii nadciśnieniowej dializuje się 33% pacjentów. Odmiedniczkowe zapalenie nerek i kamica nerkowa spowodowały niewydolność nerek u 7% respondentów. Podobny odsetek (7%) stanowią osoby, które nie znają przyczyny swojej choroby.

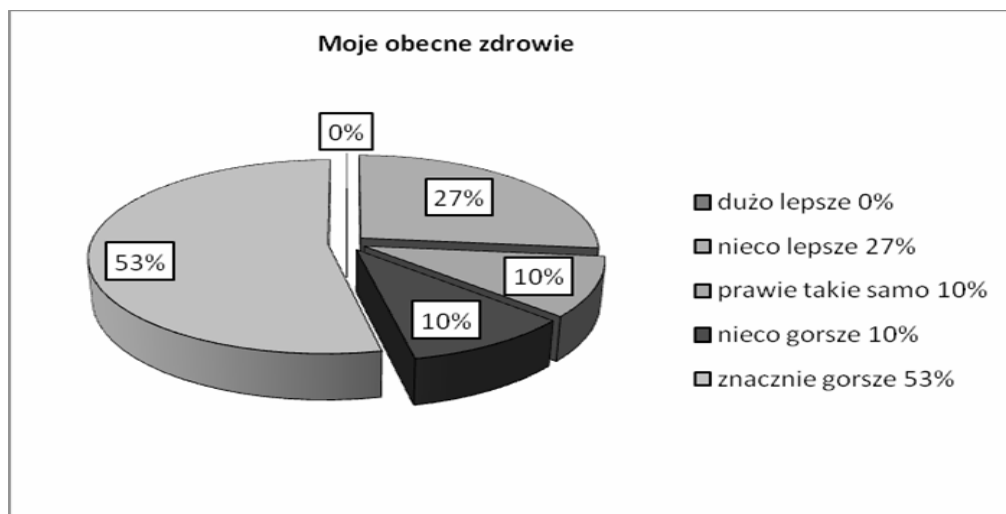
Żadna z przebadanych osób nie uważa, by dializoterapia, której jest poddawana, miała związek z nefropatią cukrzycową, czy też chorobą genetycznie uwarunkowaną, jaką jest wielotorbielowatość nerek.

Wykres 2. Ocena stanu zdrowia.



Ankietowani – 50% źle ocenia swój stan zdrowia, ponad 40% respondentów uważa, że jest niezły. Zaledwie 2% badanych twierdzi, że są w dobrym stanie zdrowia.

Wykres 3. Ocena stanu zdrowia w porównaniu do okresu przed rokiem.



Ponad 50% pacjentów stwierdza, że ich zdrowie jest gorsze niż przed rokiem. Prawie 30% swój stan ocenia nieco lepiej niż rok temu. Tylko 10% badanych nie widzi różnicy w stanie zdrowia na przestrzeni minionego roku.

Prawie 90% badanych stwierdza (tabela I), że stan ich zdrowia bardzo ogranicza wykonywanie czynności wysiłkowych (np., podnoszenie ciężkich przedmiotów, bieganie). Ponad 10% twierdzi, że choroba nieco ogranicza ich aktywność. 60% badanych natomiast stwierdza, że ich stan zdrowia bardzo ogranicza wykonywanie takich czynności jak np., odkurzanie, zmywanie, a 40% ankietowanych ma wrażenie, że choroba nieco ogranicza ich w wykonywaniu czynności.

Respondenci 27% doświadczyli trudności przy wchodzeniu na pierwsze piętro. 73% badanych w nieznacznym stopniu ma trudności.

Tabela I. Ograniczenie aktywności.

	Mój stan zdrowia ogranicza	tak, bardzo ogranicza	tak, nieco ogranicza	nie, nie ogranicza
1.	czynności wysiłkowe, np. bieganie, podnoszenie ciężkich przedmiotów	87%	13%	0%
2.	umiarkowane czynności, np. przestawianie stołu, odkurzanie	60%	40%	0%
3.	noszenie zakupów	40%	60%	0%
4.	wchodzenie po schodach na kilka pięter	77%	23%	0%
5.	wchodzenie po schodach na pierwsze piętro	27%	73%	0%
6.	schylanie się	67%	33%	0%
7.	przejście ponad 1 km	70%	30%	0%
8.	przejście około 500 m	51%	40%	9%
9.	przejście około 100 m	0%	61%	39%
10.	mycie się lub ubieranie	0%	70%	30%

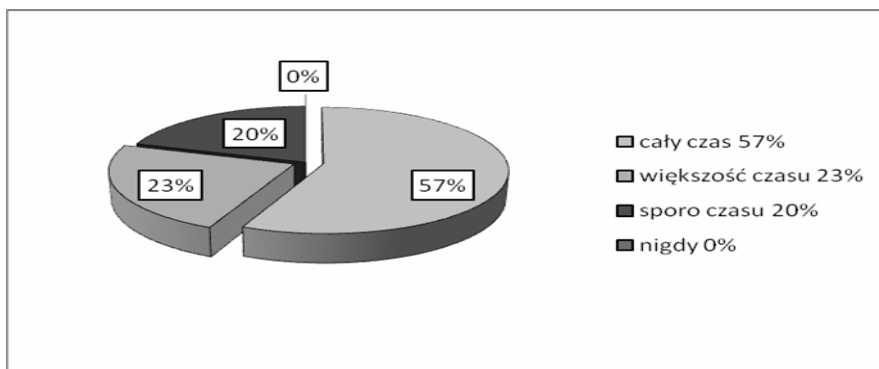
Ponad 50% badanych ma duży problem z pokonaniem odległości 500 m, nieco mniejszy ma 40%, a dla prawie 10% ankietowanych ta odległość nie sprawia trudności.

Wykres 4. Wpływ stanu emocjonalnego na aktywność społeczną.



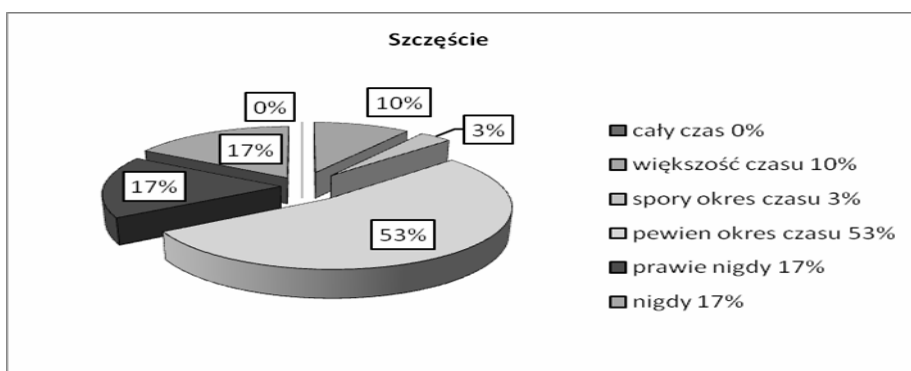
Pacjenci dializowani mają problemy emocjonalne. Ponad 70% respondentów w ciągu ostatniego miesiąca odczuło wpływ emocji na aktywność społeczną.

Wykres 5. Jak długo występował smutek i przygnębienie?



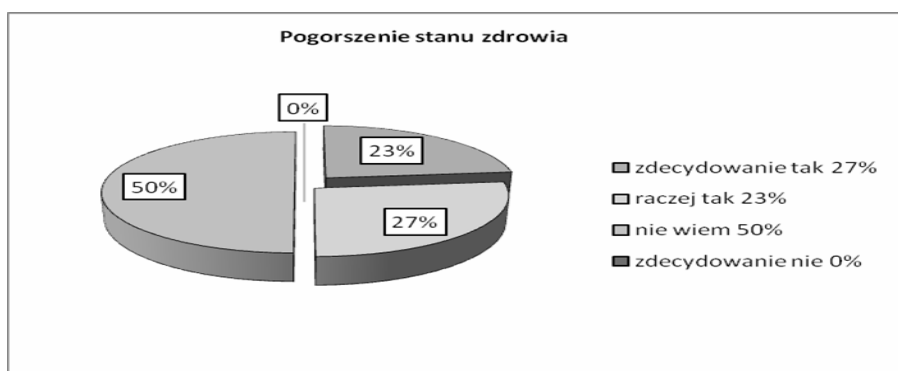
Prawie 60% ankietowanych w ciągu miesiąca doświadczało smutku przez pewien czas. U 23% badanych stan smutku utrzymywał się przez większość czasu, a u 20% przez spory okres czasu.

Wykres 6. Jak długo odczuwał zadowolenie?



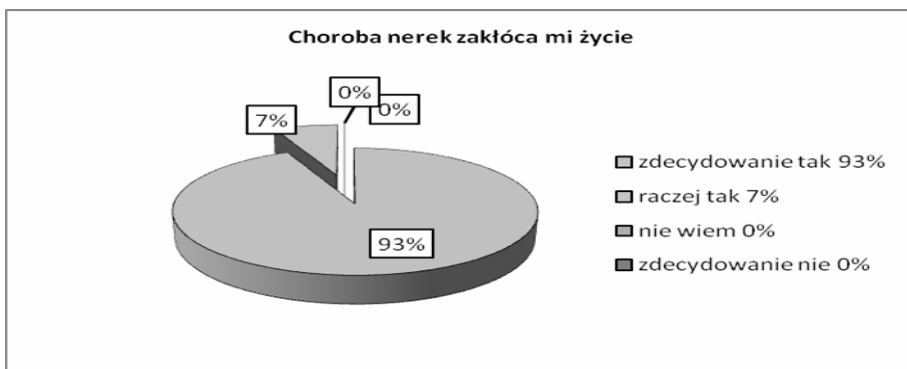
Ponad 50% pacjentów odczuwało szczęście i zadowolenie przez pewien okres czasu. Natomiast 17% w ciągu miesiąca nie doświadczyło szczęścia. Zaledwie 10% ankietowanych przez większość czasu było szczęśliwych.

Wykres 7. „Oczekiwani na pogorszenie zdrowia”.



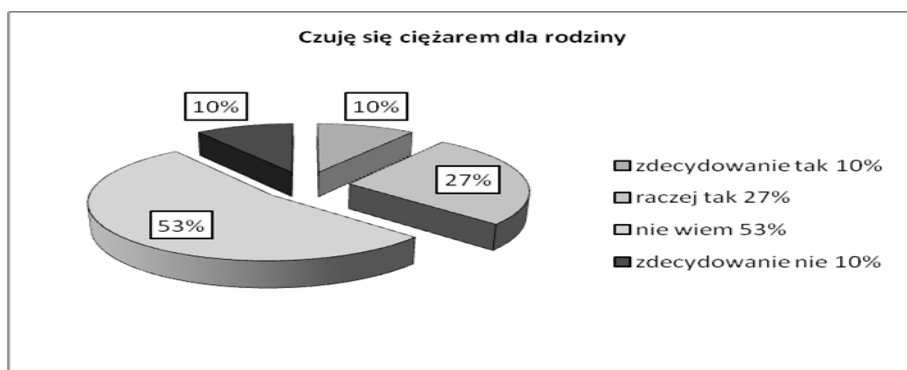
Dializowani są przygotowani na pogorszenie stanu zdrowia (27%), 23% nie ma takich oczekiwań. Aż 50% badanych nie ma zdania i opinii w zakresie oczekiwań.

Wykres 8. Wpływ choroby na życie pacjenta.



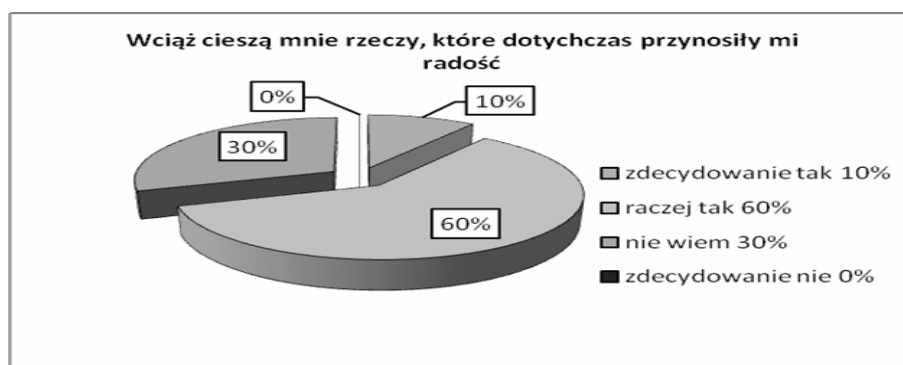
Ponad 90% badanych uważa, że choroba nerek jest czynnikiem zakłócającym życie.

Wykres 9. Relacje pacjentów z rodziną.



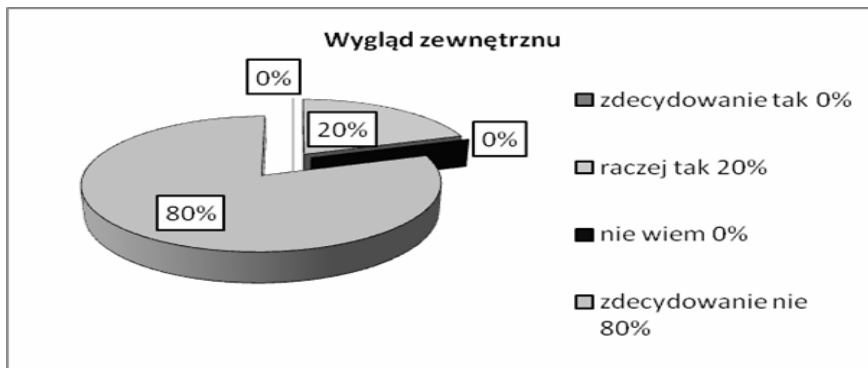
Badani (53%) nie potrafią ocenić wzajemnych relacji w rodzinie, prawie 30% uważa, że są ciężarem dla bliskich. Tylko 10% ankietowanych nie czuje się ciężarem dla rodziny.

Wykres 10. Ocena zadowolenia z życia.



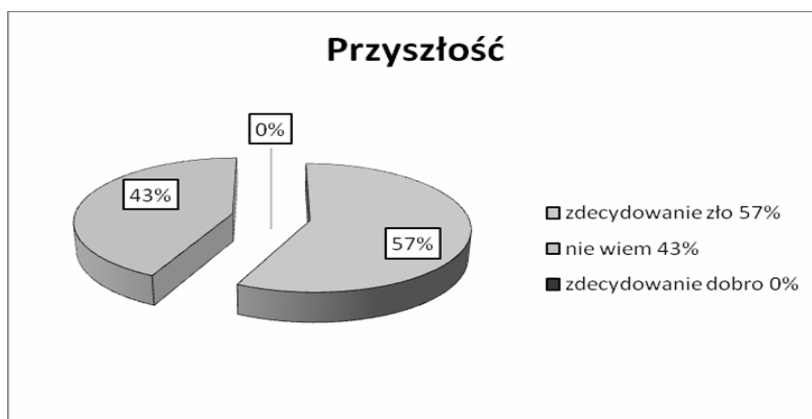
10% pacjentów zdecydowanie czerpie zadowolenie z rzeczy, które sprawiały im radość. Aż 60% uznało, że przeważnie są zadowoleni. Tylko 30% badanych nie doświadcza tego uczucia.

Wykres 12. Wpływ choroby na wygląd zewnętrzny.



Znaczny odsetek- 70% mimo choroby dba o swój wygląd. Choroba spowodowała, że 17% badanych przestało wykazywać zainteresowanie swoim wyglądem.

Wykres 13. Oczekiwanie na „dobro” lub „zło” z związku z chorobą.



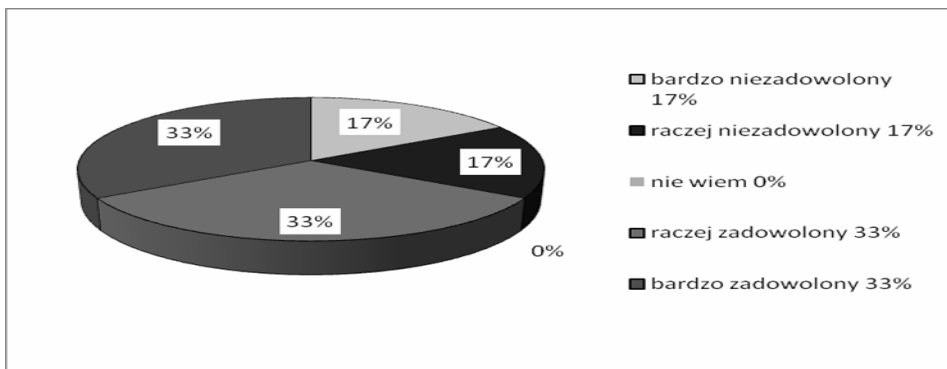
Długotrwała choroba spowodowała, że 57% badanych oczekuje w przyszłości złych rzeczy. Ponad 43% nie ma oczekiwań.

Tabela II. Ograniczenia spowodowane chorobą.

	Choroba nerek dokucza mi w następujących dziedzinach życia	Wcale nie dokucza	Trochę dokucza	Dokucza średnio	Dokucza bardzo mocno	Strasznie dokucza
1	Ograniczenie płynów	0	17	20	63	0
2	Ograniczenia dietetyczne	20	0	80	0	0
3	Zdolność do prac domowych	0	0	43	57	0
4	Zdolność do podróżowania	0	0	37	63	0

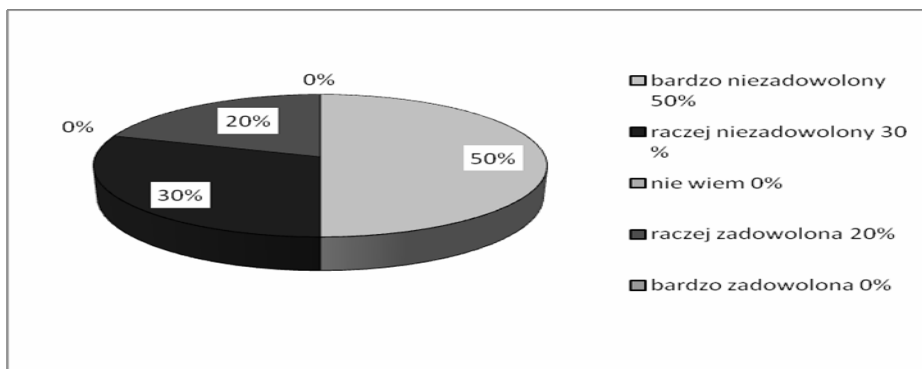
Ograniczenie płynów bardzo dokucza 63% badanych, średnio dla 20% i trochę dla 17%. 80% ankietowanych stwierdza, iż dieta dla osób dializowanych dokucza w średnim stopniu. Natomiast dla 20% nie sprawia problemów. Przemieszczanie się i podróz osób dializowanych jest wielkim problemem. Ponad 60% uważa, że choroba bardzo dokucza w podróżowaniu, a prawie 40% odczuwa trudności w średnim stopniu.

Wykres 14. Wsparcie rodziny i przyjaciół.



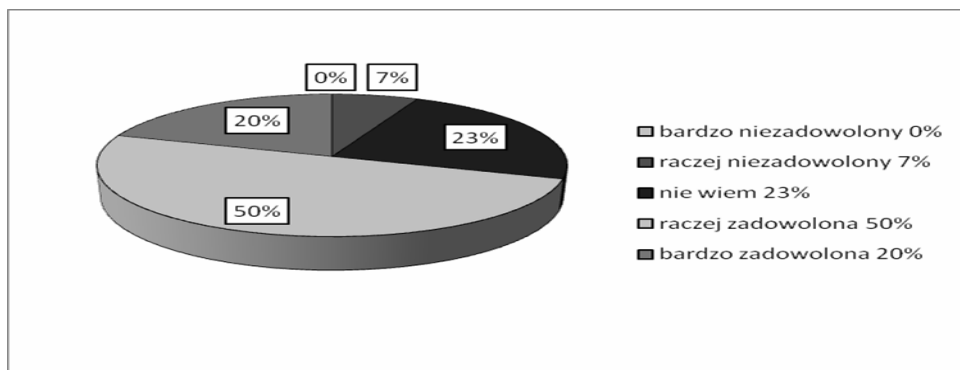
Pacjenci są zadowoleni ze wsparcia jakie otrzymuje od rodziny i przyjaciół. Zaledwie 17% jest niezadowolonych i bardzo niezadowolonych 17%.

Wykres 15. Ocena własnego zdrowia.



Badani 50% są bardzo niezadowoleni ze swojego stanu zdrowia. Pozostała część ankietowanych 30% jest raczej niezadowolona, tylko 20% raczej zadowolona.

Wykres 16. Wsparcie ze strony personelu.



Dializowani 70% otrzymują wsparcie ze strony personelu, 23% badanych nie ma zdania na ten temat. Zaledwie 7% jest niezadowolona z wsparcia jakie otrzymuje ze strony personelu.

Zakończenie i wnioski.

Wybierając temat „Jakość życia osób dializowanych” chciałam pokazać, że choroba we wszystkich jej przejawach ma swoiste społeczne aspekty. Dla lepszego zrozumienia pacjentów leczonych powtarzanymi hemodializami, jak i – uogólniając – wszystkich osób przewlekle chorych, należałoby zwiększyć zakres badań dotyczących jakości życia. Chociaż przeprowadzone badania nie wyczerpują tematu, wykazano, że ważnym problemem dla tego rodzaju pacjentów jest tryb funkcjonowania społecznego, rodzinnego, fizycznego, co generalnie określane jest jako jakość życia.

Osoby dializowane doświadczają ograniczeń w zakresie żywienia, przyjmowania płynów, wykonywaniu prac domowych i mobilności. Z badań wynika, że:

- dla 63% respondentów ograniczenia w podaży płynów są uciążliwe. Tylko 17% badanych w nieznacznym stopniu odczuwa te ograniczenia;
- z kolei ograniczenia w zakresie żywienia dla 80% są uciążliwe w średnim stopniu a 20% badanych nie odczuwa ich;
- 60% ankietowanych w bardzo dużym stopniu odczuwa trudności przy wykonywaniu prac domowych;
- dializowani (30%) są samodzielni w zakresie podstawowych czynności – mycie i ubieranie się. Nieznacznym ograniczeń doświadczają aż 70% badanych;
- ponad 60% badanych uważa, że ich stan zdrowia bardzo ogranicza podróżowanie;
- stan zdrowia w znacznym stopniu ogranicza aktywność ruchową;
- długotrwała choroba spowodowała, że 57% badanych oczkuje pogorszenia swojego stanu;
- 66% ankietowanych jest zadowolona ze wsparcia jakie otrzymuje od rodziny i przyjaciół, lecz mimo to czują się dla nich ciężarem;
- 70% dializowanych jest zadowolona ze świadczeń personelu Stacji Dializ.

Wnioski końcowe, jakie nasuwają się po zakończeniu badań i opracowaniu ich wyników są następujące:

- stan zdrowia ma duży wpływ na jakość życia;
- w chorobach przewlekłych jakość życia zależy od szeroko rozumianej rehabilitacji, nie tylko medycznej, ale i psychospołecznej;
- w kształtowaniu jakości życia w chorobach przewlekłych ma wpływ wsparcie społeczne, szczególnie wsparcie ze strony rodziny.

Choroba jest zdecydowanie sytuacją obciążającą jednostkę i oznaczającą utratę zasobów zdrowotnych, pozwalających na sprawne funkcjonowanie w różnych dziedzinach życia. Pojawia się tu problem rehabilitacji jednostki, ale nie w znaczeniu medycznym, lecz psychospołecznym. Myślę, że wyniki przeprowadzonych badań najlepiej świadczą o tym, iż człowiek chory powinien zaakceptować swoją chorobę i należy mu umożliwić odzyskanie wiary w siebie i w swoje życiowe możliwości. Przygotować do normalnego uczestniczenia w życiu społecznym do przyswojenia sobie nowych ról społecznych lub nauczenia się pełnienia dawniej wykonywanych w odmiennych okolicznościach, zdeterminowanych stanem zdrowia. Wtedy jakość życia chorych będzie zdecydowanie lepsza.

Ważnym partnerem w walce o rozwój dializoterapii oraz o poprawę jakości życia pacjentów leczonych metodami nerkozastępczymi jest Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych (OSOD). Głównym celem stowarzyszenia jest integracja środowiska osób z przewlekłą niewydolnością nerek oraz rozwijanie form wzajemnej pomocy i wsparcia.

Beata Manowiec

Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem z chorobą Parkinsona

(Promotor: dr hab. nauk med. Stanisław Szymaniec)

Wstęp, cel pracy

Choroba Parkinsona jest często występującym schorzeniem układu nerwowego. W Polsce choruje na nią około 70 tys. osób, z czego zdecydowana większość ma powyżej 65 lat.

W pracy chciałabym przedstawić problemy z jakimi zmagają się pacjenci z chorobą Parkinsona oraz rolę, jaką w długim i żmudnym procesie terapeutycznym chorego odgrywa pielęgniarka.

Choroba Parkinsona to postępujące schorzenie ośrodkowego układu nerwowego, przejawiające się klinicznie spowolnieniem ruchowym, sztywnością mięśni i drżeniem spoczynkowym, będące następstwem zaniku komórek istoty czarnej śródmózgowia i w wyniku tego dramatycznego zmniejszenia ilości neuroprzekaźnika w prążkowie.

Epidemiologia choroby Parkinsona

Choroba Parkinsona należy do częstych chorób ośrodkowego układu nerwowego. Częstość występowania w populacji ogólnej wynosi około 0,15%, natomiast w populacji ludzi powyżej 70 lat jest 10-krotnie wyższa. Średni wiek zachorowania to 58 lat. Znane są rzadkie przypadki wcześniejszego zachorowania, tzw. parkinsonizmu o wczesnym początku (przed 40 rokiem życia) oraz wyjątkowe przypadki parkinsonizmu młodzieńczego, o początku przed 30 rokiem życia. 80% przypadków stanowią chorzy z początkiem choroby pomiędzy 40 a 75 rokiem życia. Równocześnie stwierdza się spadek zachorowań po 75 roku życia i prawie całkowity brak chorych z początkiem choroby po 80 roku życia.

Mężczyźni chorują nieco częściej niż kobiety. Zapadalność na chorobę Parkinsona wynosi rocznie około 20 na 100 tys. osób. Średnia długość przeżycia od początku choroby wynosi około 17-18 lat i jest ona bliska długości życia populacji ogólnej w wieku odpowiadającym wiekowi zachorowania pacjentów.

Rosnąca stale liczba osób w starszym wieku, a więc starzenie się społeczeństw, w przyszłości nieuchronnie doprowadzi do zwiększenia się liczby osób z chorobą Parkinsona.

Objawy choroby Parkinsona

Objawy choroby Parkinsona pojawiają się i narastają powoli i stopniowo w ciągu kilku lat.

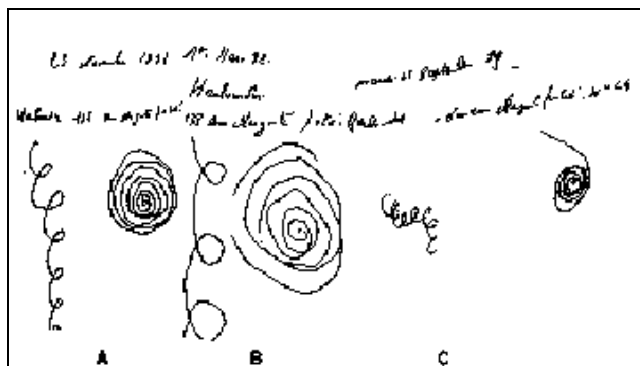
Klasyczne objawy choroby to: sztywność mięśniowa (zwiększenie napięcia mięśniowego, napięcie „ołowianego drutu” lub „rury ołowianej”), spowolnienie ruchowe (bradykinezja), drżenie spoczynkowe, trudności w rozpoczynaniu wykonywania ruchów dowolnych.

Mogą pojawić się również takie objawy, jak: trudności z wykonaniem ruchów precyzyjnych; w efekcie następuje zmiana charakteru pisma, które staje się coraz mniejsze i niewyraźne (mikrografia); specyficzny rodzaj drżenia palców i kciuka określony jako „kręcenie pigulek”; trudności w inicjacji ruchów dowolnych; przodopochylenie tułowia; zaburzenia chodu: małe, szurające kroczki i brak balansowania kończyn górnych; zaburzenia równowagi; niewyraźna, cicha mowa; trudności w połykaniu; brak mimiki twarzy; zaburzenia w oddawaniu moczu, inkontynencja; zaparcia; zaburzenia ciepłoty ciała; spowolnienie procesów psychicznych, osłabienie pamięci, orientacji przestrzennej; obniżony nastrój, stany lękowe i depresyjne.

Komunikowanie się z pacjentem z chorobą Parkinsona

Człowiek porozumiewa się z otoczeniem za pomocą mówienia, pisania, gestykulacji i mimiki. Choroba Parkinsona atakuje i niszczy wszystkie te obszary. Głos pacjenta staje się coraz cichszy, mowa niewyraźna i monotonna. Obserwuje się brak mimiki twarzy (twarz pacjenta zastyga w nieruchomą maskę), a gesty ograniczają się do podstawowych. Zmianie ulega także charakter pisma pacjenta. Litery są niejednakowej wielkości, zniekształcone. Najbardziej znamienne jest pisanie drobnymi literami. Pismo staje się mniejsze i niewyraźne (mikrografia). Objaw ten wyprzedza o miesiące, a nawet lata występowanie innych objawów choroby.

Rys. 1. Pismo chorego na chorobę Parkinsona: A – przed leczeniem; chory w wieku 53lat, B – w czasie leczenia lewodopą, C – w czasie dalszego leczenia; 20 lat od początku choroby.



W komunikowaniu się pielęgniarki z pacjentem chorym na Parkinsona ważne jest, aby:

- cechować się bardzo dużą cierpliwością w stosunku do chorego. Nigdy nie należy dać mu odczuć, że denerwuje nas czekanie na jego kolejne słowo, ruch, znak;
- utrzymać z pacjentem kontakt wzrokowy;
- konstruować krótkie zdania i akcentować istotne słowa;
- posługiwać się językiem ciała i odpowiednim wyrazem twarzy;
- różnicować ton głosu, ale nie krzyczeć na chorego;

- dać mu dodatkowy czas na odpowiedź;
- nie udawać, że się zrozumiało każdą jego wypowiedź, skoro tak nie było;
- prosić go o powtórzenie słów lub zdań;
- nie kończyć za niego zdania, nie wyręczać w mówieniu;
- w czasie rozmowy nie oddalać się od chorego;
- nie przekrzykiwać hałasem, nie „rywalizować” z telewizją czy radiem;
- zachęcać chorego do rozmów, stwarzać jak najwięcej okazji do nich;
- umożliwić pacjentowi korzystanie z maszyny lub komputera, jeżeli pisanie długopisem sprawia mu trudność.

Zadania pielęgnacyjno-opiekuńcze

Zadania pielęgnacyjno-opiekuńcze należy podzielić na grupy wynikające z poszczególnych symptomów choroby Parkinsona. Grupy problemów i związanych z nimi zadań są następujące:

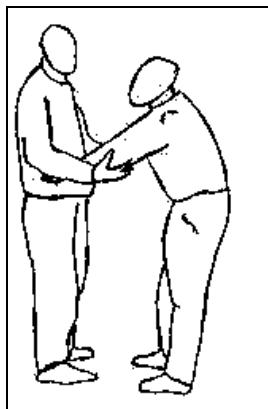
- problemy związane z poruszaniem się;
- utrudnienia wynikające z dysfunkcji typowych dla choroby Parkinsona – sztywność mięśniowa, drżenie spoczynkowe, inkontynencja i zaparcia;
- trudności z oddychaniem;
- zakłócenia snu;
- problemy z podstawowymi, codziennymi zabiegami higienicznymi, ubieraniem się, przyjmowaniem pokarmów.

Rozwiązywanie problemów związanych z poruszaniem się

Chodzenie

Chodzenie jest aktywnością złożoną i przedstawia dla pacjenta szereg trudności. Chcąc chodzić, chory musi sobie radzić z czynnościami składowymi takimi jak: rozpoczęcie ruchu, zmiana kierunku, przechodzenie obok czegoś, zatrzymanie się. W przeciwnym wypadku chodzenie będzie albo niemożliwe, albo bardzo wyczerpujące dla pacjenta, a nawet zagrażające jego bezpieczeństwu (zwiększone ryzyko upadku).

Rys. 2. Pielęgniarka, cofając się, podtrzymuje pacjenta podczas chodzenia.



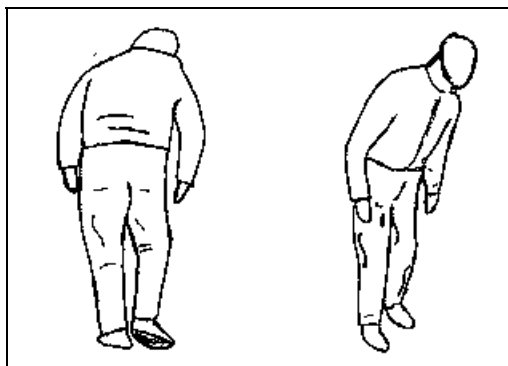
Choremu można ułatwić chodzenie dobierając odpowiednie bodźce (rytmiczne odgłosy, rytmiczna muzyka). Zaleca się również, aby umieścić jakieś punkty orientacyjne na korytarzach, którymi pacjent przechodzi (np. linie na podłodze, najlepiej w kontrastowym kolorze). Nie zaleca się usuwania progów, ponieważ mogą służyć jako punkty orientacyjne dla chorego. Jeżeli zapewni się choremu odpowiednią pomoc, progi nie będą przeszkodami, ale celami, których osiągnięcie i przekroczenie zmotywuje pacjenta do dalszego chodzenia. Bardzo pomocne mogą okazać się ćwiczenia np. chodzenie z jednoczesnym unoszeniem ku górze piłki, poruszanie się za toczącą się piłką, czy trzymanie przez pacjenta kamienia w każdej dłoni. Odczuwany ciężar sprawia, że choremu łatwiej jest rytmicznie poruszać rękami w takt wykonywanych kroków, co z kolei ułatwia chodzenie. Pacjenci powinni mieć do dyspozycji sprzęt pomocniczy taki jak: chodziki trójkołowe, rolatory, balkoniki kroczące. Mając na uwadze, że chory na Parkinsona obciąża zawsze bardziej jedną stronę ciała; przekrzywia się w bok, pielęgniarka powinna iść po skrzywionej stronie tuż obok pacjenta, który wówczas nieświadomie poprawi swoją postawę.

Stanie

Pochylona postawa ciała pacjenta z chorobą Parkinsona sprawia, że ma on również problemy podczas stania. Choroba najczęściej atakuje najpierw jedną, potem drugą połowę ciała (czasem obie strony jednocześnie). Jeżeli zmiany chorobowe ujawniają się początkowo w jednej połowie, to oprócz przodopochylenia, chory przechyla się także nieco w bok. Wówczas podczas stania większa część ciała spoczywa na jednej nodze, co nie sprzyja zachowaniu równowagi. Niestabilność postawy, to jeden z głównych problemów parkinsoników. Chory, zwłaszcza w nieruchomej postawie stojącej wykazuje tendencję do padania do przodu (propulsja) lub do tyłu (retropulsja).

Rola pielęgniarki polega na korygowaniu, w miarę możliwości, postawy chorego. Powinna ona stawać po „wypukłej” stronie podopiecznego. Ułatwi to choremu przejście bardziej wyprostowanej, stabilnej postawy ciała. Należy pamiętać, że na skutek przodopochylenia chory zbyt obciąża również przednią część stopy. Jest to niebezpieczne podczas stania i jeszcze bardziej niebezpieczne podczas chodzenia, gdyż chory stawiając kroki obciąża zamiast pięt przede wszystkim palce nóg. Zwiększa to ryzyko upadków. Dlatego bardzo ważne jest czuwanie nad pacjentem zwłaszcza w zaawansowanym stadium choroby.

Rys. 3. Przodopochylenie i przechylenie w bok tułowia u osoby chorej na chorobę Parkinsona.



Zmiana pozycji ciała

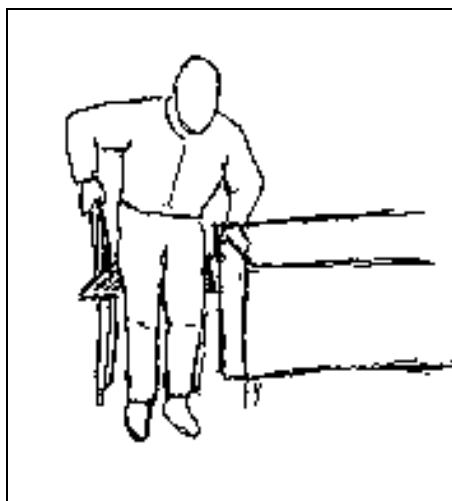
Wstawanie

U pacjenta cierpiącego na chorobę Parkinsona podczas wstawania bardzo często dochodzi do blokady i znieruchomienia (podobnie jak podczas wymijania obiektów). Problem ten często jednak znika, gdy chory wstaje, aby sięgnąć po jakiś przedmiot, który ma w polu widzenia. Pielęgniarka powinna zatem doradzić pacjentowi, aby przed zaczęciem wstawania skierował swój wzrok na jakąś rzecz, uczynił ją celem. Pacjent może ułatwić sobie wstawanie wyciągając rękę w kierunku obranego celu. Takie zabiegi mogą sprawić, że chory wstanie z miejsca bez zakłóceń, płynnie i automatycznie. Istotną sprawą jest również to, aby chory nie siedział zbyt nisko, ponieważ wtedy będzie mu trudniej wstać. Przed wstaniem chory powinien przesunąć się na brzeg krzesła.

Siadanie

Osoby chore na chorobę Parkinsona często siedzą na krześle krzywo i niewygodnie, ponieważ nie potrafią właściwie ocenić odległości, na jaką należy zbliżyć się do krzesła, aby na nim wygodnie usiąść. W lepszej orientacji pomoże choremu zaznaczony na podłodze punkt, gdzie trzeba wykonać ostatni krok przed prawidłowym zajęciem miejsca na krześle. Zalecane są krzesła z oparciem pod ręce, ponieważ chory ma wówczas możliwość wsparcia się na tych poręczach podczas wstawania i siadania. Zapewni to również pacjentowi lepsze poczucie bezpieczeństwa. Jeżeli krzesło nie ma poręczy należy ustawić je w pobliżu jakiegoś stabilnego mebla, na którym pacjent się wesprze podczas siadania i wstawania. „Ruchome siedziska” (np. fotele na kółkach) należy zaopatrzyć w hamulec.

Rys. 4. Pacjent siada na krześle przy stole. Jedną ręką opiera się o blat stołu, a drugą przytrzymuje się oparcia krzesła.



Rozwiązywanie innych, typowych dla choroby Parkinsona problemów

Szttywność mięśniowa

Jest to jeden z głównych objawów choroby Parkinsona, polegający na zwiększeniu napięcia mięśniowego. W skrajnych przypadkach napięcie to może doprowadzić do przykurczy i sztywności stawu. Szttywność mięśniowa dotyka zarówno zginaczy jak i prostowników i jest większa w bliższych grupach mięśni (mięśnie karku, ramion, pleców) niż w grupach dalszych (mięśnie kończyn). Szttywność mięśniowa jest przyczyną przodopochylenia tułowia osoby cierpiącej na chorobę Parkinsona.

Szttywności mięśniowej u pacjentów z chorobą Parkinsona niestety nie da się całkowicie zlikwidować. Można jednak złagodzić te dolegliwości, przez co ulżyć podopiecznemu. Zwiększające się napięcie mięśniowe sprawia, że chory coraz bardziej pochyla się do przodu. W celu przeciwdziałania tej tendencji należy pilnować, aby chory trzy razy dziennie kładł się płasko na plecach i pozostawał w tej pozycji przez 15 minut. Co pewien czas chory powinien unieść podbródek jak najbardziej ku górze. Aby zapobiegać kurczom nocnym mięśni chorego należy przykrywać lżejszą i bardziej przewiewną kołdrą. Ulgę pacjentowi przyniesie również przewrócenie go na bok i włożeniu między nogi dużej poduszki. Chory powinien jak najwięcej chodzić – ruch jest doskonałą bronią przeciwko sztywności. Dobre efekty przynoszą także ćwiczenia rozciągające, o odpowiednio ograniczonym zakresie i przeprowadzone pod kontrolą. Najlepiej, gdy chory wykonuje je zaraz po obudzeniu. Są to bardzo proste przebiegi ruchu, np: chory ziewa i równocześnie przeciąga się wyciągając ręce nad głowę; chory podciąga kolana możliwie najbliżej klatki piersiowej, a następnie całą siłą wyprostowuje je i opuszcza na łóżko; pacjent siedzi na krześle, podnosi jedną nogę ugiętą w kolanie, jak najbardziej w górę. To samo powtarza z drugą nogą.

Drżenie spoczynkowe

Jest to objaw, który występuje u 85% parkinsoników i polega na rytmicznym drganiu przede wszystkim nóg, stóp, twarzy (zwłaszcza ust). Zazwyczaj występuje tzw. drżenie spoczynkowe, które przybiera charakterystyczną postać ruchów dłoni znaną jako „kręcenie pigulek” lub „liczenie pieniędzy”. Drżenie potęgują sytuacje stresowe, niska temperatura, nieprawidłowa postawa ciała. Zmniejszenie drżenia następuje, gdy choremu jest ciepło, natomiast podczas snu znika ono całkowicie.

Najlepszym sposobem łagodzenia tego objawu jest regularne przeprowadzanie z chorym ćwiczeń odprężających np. pacjent siedzi wygodnie trzymając obie ręce swobodnie na kolanach.

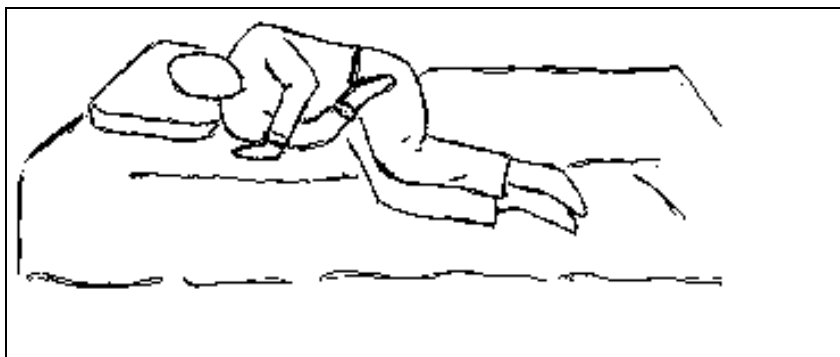
Inkontynencja i zaparcia

Zaburzenia w oddawaniu moczu mające postać silnego parcia na mocz pojawiają się u 40% chorych na Parkinsona. W późniejszych stadiach choroby objaw ten często przekształca się w inkontynencję.

Innym ważnym problemem występującym w pacjentów z chorobą Parkinsona są zaburzenia żołądkowo-jelitowe, głównie zaparcia. Są one skutkiem zarówno samej choroby Parkinsona (osłabienie mięśniówki jelit) oraz przyjmowanych w związku z nią leków. Zaparciom sprzyja także pasywny, siedzący tryb życia oraz wywołane chorobą przodopochylenie tułowia. Ponieważ regularne wypróżnienia są bardzo ważne dla dobrego samopoczucia, dlatego należy zadbać o:

- regularną aktywność fizyczną, dostosowaną do indywidualnych możliwości pacjenta;
- uwzględnienie w żywieniu odpowiedniej ilości błonnika (w ciągu dnia należy spożywać minimum 30g błonnika). Największy wpływ na wypróżnienie mają otręby pszenne, gruboziarniste produkty zbożowe: kasza gryczana, pieczywa graham i razowe, pieczywa chrupkie, owoce suszone oraz przyrządzone z nich kompoty, warzywa i owoce. Korzystnie wpływa również miód, jogurt, kefir, masło, oliwa, siemię lniane;
- przyjmowanie właściwej ilości płynów: błonnik wiąże wodę, co prowadzi do zwiększenia objętości i konsystencji stolca, pobudzenia perystaltyki oraz uregulowania czynności jelit;
- nie przyjmowanie przez dłuższy okres czasu doustnych środków przeczyszczających, ponieważ wypłukują one elektrolity z organizmu i prowadzą do „rozleniwienia” jelit. Mniej szkodliwe będą środki stosowane doodbytniczo.

Rys. 5. Jeden ze sposobów, w jaki pacjent może położyć się do łóżka.



Pomoc w pokonywaniu problemów związanych z oddychaniem

Problemy z oddychaniem ma około 15% pacjentów z chorobą Parkinsona. Powstają one na skutek nieprawidłowej postawy ciała oraz zaatakowania mięśni oddechowych. Pacjent oddycha płytko, nie może odkasnąć i często się krtusi, co może prowadzić do poważnych komplikacji. Problemy z oddychaniem wpływają też niekorzystnie na wyraźność mówienia.

U pacjentów z chorobą Parkinsona należy preferować oddychanie przeponowe, dzięki któremu pacjent zaczerpuje prawidłową ilość powietrza i odpowiednio długo je wydycha. Odpowiednie dotlenienie organizmu sprawia, że psychicznie i fizycznie samopoczucie ulega znacznemu polepszeniu. Oddychanie przeponowe, wykorzystywane przez pacjenta świadomie, ułatwia mu wyciszenie i relaksację, a także wspomaga perystaltykę jelit.

Ćwiczenia oddechowe wspomagające perystaltykę

Ćwiczenia te należy przeprowadzać wyłącznie w pozycji siedzącej. Chory siada na krześle. Musi ono być na tyle niskie, aby pomiędzy udem a podudziem był kąt prosty. Pacjent siedząc swobodnie, szeroko rozkłada nogi. Pochyla się do przodu i opiera łokcie na kolanach. Powoli wdycha powietrze przez nos i wydycha je głośno przez półotwarte usta.

Współczesne podejście do aktywizacji i treningu pacjenta z chorobą Parkinsona

Nawet pasywnego pacjenta pielęgniarzka może zmotywować, jeśli zastosuje jakąś szczególną technikę. Niekiedy taka „szczególna technika” zostaje odkryta przypadkowo. Pielęgniarka powinna uważnie obserwować chorego, by znaleźć okazję do mniej lub bardziej typowego poprawiania mobilności i sprawności reagowania chorego (np. jeśli rzucimy w kierunku pacjenta piłkę, wówczas bardzo często chory wykona spontaniczny ruch, reagując na lecący ku niemu przedmiot). Doświadczenia wskazują, że można zmobilizować pacjenta do przezwyciężenia blokady ruchowej odpowiednimi słowami lub wzrokiem (np. wyraźnie opisując cel działania, albo wpatrując się w określone miejsce). W ten sposób odwraca się uwagę podopiecznego od jego własnego ciała. Chory nie koncentruje się na odczuwanych ograniczeniach, lecz przystępuje do realizacji czynności. Zmiana otoczenia może blokować kompetencje ruchowe pacjenta. Chory nabiera przekonania, że nie potrafi chodzić w innym miejscu, nawet o zbliżonych warunkach. Blokady mogą też być wywołane przez pojawiające się nagle bodźce, np. chory słysząc zbliżającą się z tyłu osobę zastyga w bezruchu. W takiej sytuacji nie jest wskazane zachęcanie pacjenta do dalszego spaceru. Najpierw otoczenie musi wrócić do stanu poprzedniego, a więc musi ucichnąć odgłos kroków z tyłu. Wówczas pacjent da się zachęcić do dalszego marszu. Skuteczną techniką jest trenowanie z pacjentem przydatnych przebiegów ruchu w pewnym wyolbrzymieniu. Dzięki takiemu treningowi wykonanie później ruchów w prostszej i łagodniejszej formie nie będzie przysparzało pacjentowi większych trudności. Bazuje się na pewnych podstawowych umiejętnościach chorego, nabytych tak dawno, że niemal automatycznych (np. jeśli chory z powodu dużego napięcia mięśni kończyn dolnych ma kłopoty z przejściem kilku kroków, pielęgniarzka zachęca go, aby zaczął mocno tupać w miejscu. Po takim mini treningu pacjentowi łatwiej będzie korzystać z tych samych mięśni w celu chodzenia).

Im bardziej zaawansowany ruch, tym trudniejszy jego przebieg. Większego znaczenia nabiera dokładne poinstruowanie chorego oraz podzielenie całej aktywności ruchowej na szereg etapów częściowych, np. wstawanie z krzesła składa się z następujących czynności pośrednich: przesunięcie się na brzeg krzesła, lekkie cofnięcie stóp, odpowiednie ułożenie stóp na podłodze, przesunięcie ciężaru ciała do przodu z równoczesnym silnym wybiciem do góry i utrzymaniem równowagi już w pozycji stojącej. Pacjentowi ułatwiają życie zamontowane poręcze i uchwyty oraz namalowane na podłodze czytelne linie symbolizujące kierunek, granice przestrzeni itp. Ćwiczenia i trening usprawniający motorykę pacjenta powinny nawiązywać do typowych sytuacji z przeszłości chorego. Pielęgniarka musi uważać, aby nie obciążać chorego zbyt wieloma bodźcami równocześnie np. wielu chorych nie potrafi jednocześnie iść i mówić. Przekazywanie

wskazówek terapeutycznych powinno uwzględniać czas i miejsce, w którym się tego dokonuje. Jeśli np. pielęgniarka chce zwrócić uwagę podopiecznego, że jego postawa ciała jest zbyt przechylona do przodu, próbuje mu to zakomunikować przed lustrem, w jego pokoju, gdy jest wyciszony i nic go nie rozprasza.

Opieka psychosocjalna

Obecnie przyjmuje się, że czynniki związane ze sferą psychiki i otoczeniem socjalnym mają kluczowe znaczenie dla dalszych rokowań w chorobie Parkinsona. Optymalna opieka psychosocjalna może sprawić, że „przeżywanie” objawów choroby przez pacjenta będzie znacznie łagodniej przebiegać. Dzięki temu życie chorego stanie się lżejsze, łatwiejsze, zaś obowiązki opiekunów będą się wiązały ze znacznie mniejszym nakładem pracy i przyniosą większą skuteczność.

Osoba dotknięta chorobą Parkinsona potrzebuje dużo empatii, przyjaźni, zrozumienia. Powinna mieć uważnego, cierpliwego i wyrozumiałego słuchacza, aby mogła dzielić się swoimi emocjami i myślami. Zwłaszcza na początku choroby konieczne staje się znalezienie nowego sensu i celu w życiu, szukanie nowych sposobów przeżywania radości. Osoba dotknięta chorobą Parkinsona nie jest zdolna do tego o własnych siłach.

Podsumowanie

Choroba Parkinsona ze względu na swoją uciążliwość, przewlekłość, szerokie rozpowszechnienie należy do jednego z największych wyzwań dla pielęgnacji i opieki. Prawidłowe postępowanie z pacjentem stanowi więc prawdziwy test profesjonalizmu i zaangażowania pielęgniarki na rzecz człowieka potrzebującego. Dlatego też:

- Wiodącym zadaniem pielęgniarki w opiece nad pacjentem z chorobą Parkinsona jest kompleksowe wsparcie chorego. Pielęgniarka pomaga choremu w pokonywaniu jego oporów psychicznych związanych z chorobą oraz trudnościach przystosowania się do otoczenia, akceptacji samego siebie w środowisku rodzinnym, zawodowym.
- Ważną rolą pielęgniarki jest uświadomienie i przekonanie pacjenta, że z chorobą Parkinsona można długo i aktywnie żyć, ale nie można ignorować objawów i zmian w stanie zdrowia.
- Pielęgniarka podtrzymuje wiarę pacjenta w skuteczność leczenia, rehabilitacji, pielęgnowania, szczególnie w okresie zaostrzeń objawów, kiedy przez dłuższy czas nie ma dostrzeganych efektów stosowania terapii.
- Zadaniem pielęgniarki jest wskazywanie chorym nowych możliwości i zainteresowań, które mogą wykonywać przy danym stopniu sprawności.
- Pielęgniarka planuje i systematycznie realizuje edukację pacjenta i jego rodziny, której celem jest zaakceptowanie przez chorego stanu przewlekłej choroby i wynikających stąd ograniczeń, a także opanowanie umiejętności niezbędnych do życia z chorobą Parkinsona.

- Pielęgniarka motywuje i mobilizuje chorego do utrzymania w jak największym stopniu aktywności życiowej, w czynnościach życia codziennego, w życiu społecznym, towarzyskim.
- Zadaniem pielęgniarki jest informowanie chorego o istniejących formach pomocy, możliwości współpracy w stowarzyszeniach, kołach samopomocy pacjentów z chorobą Parkinsona.
- Pielęgniarka przygotowuje osoby bliskie choremu do sprawowania opieki nieprofesjonalnej. Udziela im wsparcia. Informuje o pracy organizacji rodzin z chorobą Parkinsona.
- Zapewnia pacjentowi indywidualną, całościową opiekę w uwzględnieniu ogólnego stanu zdrowia, stopnia nasilenia się objawów i dolegliwości, możliwości chorego do samopielęgnowania, miejsca pobytu chorego.
- Okazuje pacjentowi cierpliwość i zrozumienie oraz stale pogłębia zakres posiadanych kompetencji, fachowości, umiejętności i konsekwentnie stosuje tę wiedzę w praktyce.