

RODZINA w zdrowiu i w chorobie

Wybrane aspekty opieki nad przewlekle chorym



RODZINA w zdrowiu i w chorobie

Wybrane aspekty opieki nad przewlekle chorym

redakcja naukowa

Grażyna Dębska, Anna Goździalska, Jerzy Jaśkiewicz

Kraków 2012

Rada Wydawnicza Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego:
Klemens Budzowski, Maria Kapiszewska, Zbigniew Maciąg, Jacek M. Majchrowski

Recenzja: prof. dr hab. n. med. Marek Stępniewski

Projekt okładki: Oleg Aleksejczuk

Adiustacja: Margerita Krasnowolska

Zdjęcie na okładce: Jakub Aleksejczuk

ISBN 978-83-7571-289-6

Copyright© by Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
Kraków 2012

Żadna część tej publikacji nie może być powielana ani magazynowana
w sposób umożliwiający ponowne wykorzystanie,
ani też rozpowszechniana w jakiegokolwiek formie
za pomocą środków elektronicznych, mechanicznych, kopiujących,
nagrywających i innych, bez uprzedniej pisemnej zgody właściciela praw autorskich

Na zlecenie:



Krakowskiej Akademii
im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
www.ka.edu.pl

Wydawca:

Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne sp. z o.o. – Oficyna Wydawnicza AFM,
Kraków 2012

Sprzedaż prowadzi:

Księgarnia U Frycza

Kampus Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

ul. Gustawa Herlinga-Grudzińskiego 1, 30-705 Kraków

tel./faks: (12) 252 45 93

e-mail: ksiegarnia@kte.pl

Skład: Oleg Aleksejczuk

Druk i oprawa: Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne sp. z o.o.

Spis treści

Jerzy Jaśkiewicz: <i>Rodzina w zdrowiu i w chorobie.</i> <i>Wybrane aspekty opieki nad przewlekle chorym</i>	7
Grażyna Cepuch, Grażyna Dębska, Zofia Foryś <i>Rodzina w sytuacji wyznaczonej chorobą zagrażającą życiu dziecka</i>	9
Filip Gołkowski <i>Niedobór jodu problemem wielopokoleniowym</i>	17
Edyta Guty, Małgorzata Dziechciaż, Bożena Ogryzek, Luiza Balicka-Adamik <i>Obciążenie opiekunów osób z otępieniem</i>	31
Mária Kopáčiková <i>Ošetrovatelská starostlivosť o onkologického pacienta a jeho rodinu</i>	45
Ilona Kuźmicz, Marta Szeliga <i>Wybrane aspekty komunikacji chorych terminalnie z rodzinami oraz z zespołem terapeutycznym w hospicjum</i>	59
Małgorzata Pasek, Katarzyna Kucharzyk <i>Problemy zdrowotne chorej po leczeniu przeciwnowotworowym raka piersi – w środowisku domowym</i>	71
Małgorzata Poznańska <i>Ocena wybranych aspektów jakości życia osób po przebytej patologii kręgosłupa piersiowo-lędźwiowego leczonych operacyjnie</i>	83
Mariola Seń, Marzena Krupa, Anna Felińczak, Grażyna Szymańska-Pomorska, Faustina Hama <i>Otyłość i nadciśnienie tętnicze wśród dzieci zamieszkałych na terenach wiejskich</i>	97

Mariola Seń, Marta Szczepanik, Anna Felińczak, Marzena Krysa, Faustina Hama	
<i>Wiedza w zakresie profilaktyki raka sutka wśród kobiet leczonych psychiatrycznie</i>	109
Marta Szeliga, Ilona Kuźmich	
<i>Standard współpracy zespołu interdyscyplinarnego z rodzinami osób chorych terminalnie w hospicjum</i>	121
Zbigniew Tokarski, Ewa Pieprzowska	
<i>Odleżyny jako problem osób opiekujących się chorym przewlekle</i>	133
Katarína Zrubáková, Mariana Magerčiaková	
<i>Osobitosti starostlivosti o polymorbidneho seniora v domácom prostredí</i>	149

Rodzina w zdrowiu i w chorobie.

Wybrane aspekty opieki nad przewlekle chorym

Niniejsza monografia obejmuje 12 rozdziałów polskich i słowackich autorów. Zwrócili oni przede wszystkim swoją uwagę na związek między rodziną a stanem zdrowia jej członków. Publikacja obejmuje artykuły poglądowe i badawcze, napisane w języku polskim i słowackim. Autorami prac są lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci, biolodzy oraz psycholodzy prowadzący działalność naukową, dydaktyczną, a pracujący w różnych jednostkach systemu opieki zdrowotnej.

Tematyka prac jest bardzo zróżnicowana, ale w większości dotyczy problemów ludzi przewlekle chorych, których schorzenia są najczęściej nieuleczalne. Zagadnieniem podstawowym dla tej grupy chorych jest właściwa opieka, którą sprawuje albo rodzina, albo placówki ochrony zdrowia.

Choroba staje się wyzwaniem nie tylko dla chorego, lecz również dla jego rodziny. Nie ulega bowiem wątpliwości, że wiadomość o ciężkiej chorobie jest wstrząsem dla rodziny, narusza fundamentalną potrzebę bezpieczeństwa. Dlatego zadaniem każdego członka zespołu terapeutycznego jest nie tylko troska o chorego, ale także pomoc rodzinie w utrzymaniu zdrowia. Każdy z członków wspomnianego zespołu zadaje sobie dwa pytania: czy rodzina przystosuje się do tej sytuacji, oraz jak choroba wpłynie na jej funkcjonowanie rodziny. Jest wiele czynników, które mają wpływ na stopień przystosowania rodziny do choroby. Wśród nich najważniejsze są: aktualny stan zdrowia, przebieg choroby, rokowanie, sytuacja materialna, otrzymywane wsparcie społeczne, stosunki panujące w rodzinie, umiejętność komunikowania się, wiek rodziców, sytuacja rodzeństwa oraz to, w jakiej fazie życia znajduje się rodzina. Na sytuację rodziny w zdrowiu i chorobie nakładają się ponadto problemy społeczne, ekonomiczne i kulturowe.

Poruszane w kolejnych publikacjach problemy są ponadczasowe i w większości trudne do rozwiązania, ale mimo to należy z pełnym przekonaniem wgłębiać się w problematykę opieki paliatywnej i hospicyjnej, aby wraz z postępem wiedzy medycznej, coraz skuteczniej pomagać tej grupie chorych.

Autorzy zamieszczonych w monografii publikacji mają nadzieję, że ich wysiłek pomoże głębiej zrozumieć potrzeby ludzi przewlekle chorych, uwzględniając też sytuację ich rodzin. Wysiłek ten potwierdza, wydaje się, banalną tezę, że pacjent choruje w swojej rodzinie. Pozwala to spojrzeć na chorego i jego rodzinę szerzej, co w kontekście systemowego rozumienia rodziny ma ogromne znaczenie.

prof. zw. dr hab. med. Jerzy Jaskiewicz

Grażyna Cepuch², Grażyna Dębska¹, Zofia Forsy¹

¹ Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych

² Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa

Rodzina w sytuacji wyznaczonej chorobą zagrażającą życiu dziecka

Family in the face of a life-threatening disease of a child

Abstract

Nowadays children still face a large number of diseases, that even—despite achievements of the modern medicine, lead small patients to death. Incurable illness puts in test not only the child and its parents but also the intensive care unit personnel, predominantly nurses. The aim of the nurse duties is not only care about dying child, but also help for the infant patient family.

Keywords: family, parents, child dying

słowa kluczowe: rodzina, rodzice, dziecko umierające

Rodzinę można zdefiniować jako grupę osób połączonych stosunkiem małżeńskim/partnerskim i rodzicielskim. Pełni ona najważniejszą rolę w rozwoju dziecka, w jego wychowaniu i kształtowaniu osobowości. Daje poczucie bezpieczeństwa, otacza miłością oraz uczy szacunku, kształtuje postawy wobec świata i uczy podstawowych interakcji społecznych [1].

Wielkim szczęściem w rodzinie jest czas oczekiwania na narodziny dziecka, jego przyjście na świat. Są to chwile niezapomniane, ale też zarazem chwile napięcia i niepewności. Niestety, wiadomość o ciężkiej chorobie zagrażającej życiu dziecka często staje się szokiem dla wszystkich członków rodziny. To, czy rodzina przystosuje się do silnie obciążającej sytuacji, czy też nie będzie w stanie się w niej odnaleźć, zależy od wielu czynników, między innymi takich jak: aktualny stan zdrowia dziecka, przebieg choroby, rokowania, sytuacja materialna, ale także otrzymane wsparcie społeczne, stosunki panujące w małżeństwie, umiejętność komunikacji w rodzinie, wiek rodziców czy skuteczność metod leczenia choroby dziecka [2].

Reorganizacja życia w rodzinie w głównej mierze zależy od tego, w jakim stopniu dziecko jest chore, jakiej wymaga pomocy, czy jest zdolne uczestniczyć w zajęciach w przedszkolu lub szkole integracyjnej i czy rodzice sprawują opiekę samodzielnie, czy też mogą liczyć na pomoc innych.

Choroba zagrażająca życiu dziecka lub nieuleczalna choroba, zmienia więc obraz całej rodziny i każdego z jej członków z osobna. Często w rodzinach pojawia się poczucie winy, niezależnie od ich obiektywnej niewinności. Znalazienie winnych przynosi chwilową ulgę, ponieważ pozwala w pewien sposób wytłumaczyć niewytłumaczalne – zagrożenie zdrowia i życia dziecka. Poszukiwanie winy w sobie lub w rodzinie może jednak prowadzić do zachwiania jej spójności. Choroba nieuleczalna boleśnie dotyka też poczucia tożsamości rodziców („jakimi jesteśmy rodzicami, że nasze dziecko jest »takie«?”). Dotyczy to szczególnie chorób o podłożu genetycznym [3, 4, 5].

W silnie traumatycznej sytuacji znajdują się szczególnie rodzice umierającego dziecka – doświadczają śmierci, choć nie umierają. Kochają bezgranicznie odchodzące dziecko, a nie mogą go ocalić. Sprzeciw wobec jego śmierci jest wpisany w ich rodzicielską miłość, czasami przekracza granicę rozsądku, aby następnie eksplodować gwałtownie w formie buntu wobec Boga. W istocie nie jest to bunt, ale doznanie głębokiej krzywdy z powodu cierpienia i utraty ukochanej osoby. Przepełnia ich gorzkość, która może towarzyszyć przez długi czas żaloby, a w niektórych sytuacjach nawet do końca życia [6].

Niezależnie od tego, w jakim momencie życia dziecka rodzice dowiadują się, że jest ono przewlekle i nieuleczalnie chore, taka informacja wywołuje i nich:

- szok, a wraz z nim przerażenie, lęk i poczucie winy,
- bunt i złość, skierowane do losu, Boga, lekarzy, do siebie osobiście i do siebie wzajemnie za to, co się zdarzyło,
- rozpacz połączona z bezradnością, czasami prowadząca do depresyjnego wycofania się z wszelkich aktywności, niekiedy ten proces adaptacji do sytuacji kończy się akceptacją, ale zazwyczaj jest to bardzo długa droga [3, 7].

Należy zaznaczyć, że emocje te nie układają się w proces liniowy, „od stanu do stanu”, ale są chaotyczne, przeplatają się, powtarzają, czasami nawet bez szczególnego związku ze stanem dziecka i leczeniem [3]. Na emocje rodziców kształtujące się w okresie leczenia dziecka – poza jego stanem fizycznym – mają bowiem wpływ takie czynniki, jak: stale towarzyszące poczucie zagrożenia życia dziecka, poczucie bezradności – zwłaszcza niemożność złagodzenia jego bólu, częste hospitalizacje wymagające reorganizacji życia całej rodziny – łącznie z rezygnacją z pracy i przejściem obowiązków nad zdrowymi dziećmi przez dalszą rodzinę. Poznanie i zrozumienie emocji rodziców dzieci leczonych z powodu choroby prowadzącej do śmierci jest szczególnie istotne

nie tylko dla poprawy funkcjonowania emocjonalnego samych rodziców, ale także pacjentów i ich zdrowego rodzeństwa [7].

Pawelczak i wsp. [7] przeprowadzili badania, celem których było poznanie dynamiki i intensywności przeżyć emocjonalnych rodziców w czasie i po leczeniu ich dziecka z chorobą nowotworową. Badania pozwoliły zdiagnozować silne przeżycia emocjonalne, które wskazują na konieczność objęcia planową i długoterminową opieką psychologiczną rodziców dzieci – zarówno w trakcie leczenia, jak i po jego zakończeniu. Od razu nasuwa się refleksja – równie konieczna będzie taka opieka rodzinom, które straciły dziecko, gdyż leczenie nie powiodło się. Opieka zespołu terapeutycznego nad rodziną dziecka chorego terminalnie powinna uwzględniać pomoc w zrozumieniu i zaakceptowaniu fazy choroby, pomoc w przyjęciu pomocy hospicyjnej, nie tylko w aspekcie medycznym, ale także opiekuńczym, przywróceniu równowagi w rodzinie pomiędzy sprawami chorego dziecka a pozostałymi członkami rodziny (włączenie pedagoga do kontaktów z dziećmi zdrowymi), odbudowaniu sieci społecznej, pomoc w odbudowaniu więzi pomiędzy rodzicami [3].

Należy jednak zaznaczyć, że niezależnie od tego, na ile rodzice szukają możliwości leczenia, to równoległe przeżywają proces żegnania i rozstawania się z chorym dzieckiem. Pomoc w dźwiganiu tej sprzeczności jest również elementem opieki psychologicznej [3].

Powszechnie uważa się, że przedłużająca się strata dziecka jest łatwiejsza do przetrwania niż nagła strata. Jednak kiedy ten proces się przedłuża, prowadzi do kolejnych problemów rodziny:

- pogorszenia sytuacji ekonomicznej,
- zmian w relacjach rodzinnych, które mogą powodować ból i być powodem do nieadekwatnego radzenia sobie podczas choroby dziecka. To z kolei może stać się przyczyną poważnych interpersonalnych problemów, prowadzących do separacji lub rozwodu,
- mogą załamać się więzi społeczne – brak odwiedzin znajomych, brak czasu dla innych, który po stracie dziecka przekłada się na brak wsparcia ze strony najbliższych,
- następuje wyczerpanie fizyczne i psychiczne członków rodziny [8].

Uważa się, że ojcowie uwalniają się od przeżyć kryzysowych racjonalizując trudną sytuację, stosując negatywne mechanizmy obronne. Rola ojca sprowadza się do zapewnienia bezpieczeństwa i stabilizacji ekonomicznej rodziny [9].

W badaniach Mart i wsp. [10], dotyczących rodziców chorych śmiertelnie dzieci, była podjęta próba oceny sposobów radzenia sobie z chorobą nowotworową dziecka matek, w zależności od ilości zasobów emocjonalnych, psychicznych a poziomu poczucia sensu życia. Badania wykazały, że osoby mające

mniejszą ilość zasobów deklarują, że w większym stopniu korzystają z radzenia sobie skoncentrowanego na emocjach. Dlatego matki posiadające wysoki poziom zasobów osobistych, a koncentrujące się na emocjach, mają możliwość, po obniżeniu negatywnego napięcia, zmienić styl na skoncentrowany na zadaniu i lepiej radzić sobie z problemem, jakim jest choroba ich dziecka. Autorzy pracy sugerują, że badanie zasobów osobistych powinno być wykorzystywane w udzielaniu efektywniejszej pomocy osobom zmagającym się z ciężką chorobą dziecka.

Należy pamiętać, że nic nie niesie ze sobą tak totalnej dezorientacji rodziny, jak obserwacja umierającego dziecka. Wspierając w tych chwilach rodziców konieczne jest, aby akceptowali oni swoje uczucia i nie osądzali ich. W obliczu śmierci dziecka nie ma bowiem uczuć „właściwych” czy „niewłaściwych”, „stosownych” czy „niestosownych”, są tylko uczucia [11].

Wszyscy członkowie rodziny mają prawo do zaspokajania swoich potrzeb i ekspresji emocji, jednakże sposób zaspokajania potrzeb i ujawniania uczuć nie może być źródłem kolejnych traumatycznych doświadczeń dziecka. Najczęstszymi zakłóceniami pojawiającymi się w procesie wychowania chorego dziecka są nadopiekuńczość i nadmierna pobłażliwość. Podłożem takiego postępowania jest lęk o zdrowie, życie i przyszłość dziecka, a także chęć wynagrodzenia mu negatywnych doświadczeń związanych z chorobą.

Do głównych zadań stojących przed rodziną przewlekle chorego dziecka należą: redukcja lęku i poczucia chaosu u dziecka i współmałżonków nawzajem, reorganizacja życia domowego i umacnianie wzajemnych więzi. Szczególnie istotne jest przeciwdziałanie osamotnieniu, bezradności i bezsilności poprzez poszukiwanie nowych wartości i zmianę planów życiowych z jednoczesnym umacnianiem poczucia wpływu na zdarzenia.

Poruszając zagadnienie rodziny w obliczu śmierci dziecka, szczególną uwagę należy zwrócić na rodzeństwo, które traci brata lub siostrę. Jest to problem niezwykle istotny, gdyż rodzeństwo spędza ze sobą ogromną ilość czasu oraz zaspokaja nawzajem wiele ważnych potrzeb. Przybywając ze sobą uczy się wzajemnej komunikacji, nabywa umiejętności kompromisu. Stąd wystąpienie ciężkiej choroby przewlekłej, która zagraża życiu brata bądź siostry może mieć wpływ na zachowanie, a długofalowo nawet na prawidłowy rozwój zdrowego rodzeństwa [5].

Problemy zdrowych dzieci zawierają się zwykle w kilku sferach życia: rodzinnej, osobowościowej, kontaktów społecznych, aktywności szkolnej i objawach psychosomatycznych. Dzieci te, pozbawione z dnia na dzień wcześniejszej opieki rodziców, czują się zagubione, a następnie opuszczone i „zepchnięte na drugi plan”. Odczuwają brak zainteresowania rodziców, którzy nie zauważają już czy to ich dobrych ocen w szkole, czy osiągnięć sportowych.

Mają poczucie wyraźnego braku nie tylko fizycznej, ale i emocjonalnej dostępności swoich rodziców.

Trzeba zauważyć, że dzieci nie okazują emocji tak, jak dorośli. Ważne jest, aby pamiętać, że żal może wpłynąć na różne aspekty życia dziecka i może być okazywany przez zmiany w jego zachowaniu takie, jak: zaburzenia snu, brak apetytu, pogorszenie wyników w nauce, problemy w relacjach z rówieśnikami i rodziną objawy somatyczne: ból brzucha, głowy [12].

Samardakiewicz i wsp. [5] przeprowadzili badania, w których pokazali problemy psychospołeczne zdrowego rodzeństwa dzieci leczonych z powodu choroby nowotworowej. Wyniki pokazały, że przeważająca część zdrowego rodzeństwa często znajduje oparcie w rodzinie i przyjaciółach. Dzieci te potwierdzają, że są osoby, na które zawsze mogą liczyć, rodzina i przyjaciele nigdy ich nie zawiodą. Ponad połowa dzieci twierdzi, że o wszystkim mogą porozmawiać z rodzicami. Jednak część zdrowych dzieci ma poczucie, że nikt się nimi nie przejmuje. Pomoc, jaką zdrowe rodzeństwo otrzymuje od otoczenia, nie chroni tej grupy dzieci przed poczuciem osamotnienia i opuszczenia, którego często doświadcza prawie połowa badanych. W reakcjach emocjonalnych przeważa niepokój o chore rodzeństwo [5].

Szczepaniak [2] i Antonowicz [11] zauważają, że u zdrowego rodzeństwa pojawia się poczucie winy o chorobę brata lub siostry, wynikające z wcześniejszych kłótni i nieporozumień rodzinnych. Zatem należy z dzieckiem rozmawiać na temat choroby, jak również wysłuchać jego obaw i lęków, które wynikają z braku informowania go na temat stanu zdrowia brata lub siostry. Autor [2] podkreśla również, że w najtrudniejszej sytuacji znajdują się dzieci pozbawione opieki swoich rodziców i pozostawione pod nadzorem dalszej rodziny. Towarzyszy temu poczucie odrzucenia i przekonanie, że rodzice kochają tylko dziecko chore.

Innym problemem, z jakim musi zmierzyć się zdrowe rodzeństwo umierającego dziecka jest poczucie, że nie mogą dzielić swoich obaw z rodzicami, gdyż nie chcą dodatkowo psychicznie ich obciążać. To zagadnienie uświadamia po raz kolejny, jak ważna jest rozmowa z takimi dziećmi. Nie należy lekceważyć ich odczuć, obaw, lęków, niewiedzy. Wydaje się, że istotną rolę odgrywa tutaj pielęgniarka, która mając kontakt z rodzicami chorego dziecka, powinna w delikatny sposób zachęcić ich do szczerzej rozmowy z pozostałymi dziećmi. Oszołomieni bowiem rodzice, przejęci losem odchodzącej pociechy, niejednokrotnie nie zdają sobie sprawy, że również ich zdrowe dzieci potrzebują choćby ich minimalnego zainteresowania.

Trudno jednak wymagać od rodziców zdruzgotanych zbliżającą się śmiercią swojego dziecka, aby przychodzili do domu uśmiechnięci i z nadzieją w oczach. Dziecko, nawet to najmłodsze, podobnie jak i dorośli, ponosi kon-

sekwencje choroby terminalnej i śmierci swojego brata lub siostry. Przeżycia te mogą wpłynąć negatywnie na jego rozwój lub wzmocnić jego psychikę. Zależne jest to od wcześniejszego wychowania, relacji pomiędzy nim a rodzicami, stopniowego przygotowania do trudnych sytuacji życiowych. W tych najtrudniejszych chwilach nie może zabraknąć bliskości, szczerej rozmowy i zainteresowania uczuciami dziecka [1, 2].

Można zatem przypuszczać, że nie sama śmierć, pojmowana jako przemiłanie i związany z nią ból utraty, niszczy świat dziecięcych przeżyć. Czyni to głównie subiektywnie odbierany przez dziecko brak miłości ze strony rodziców, którzy pochłonięci swoimi przeżyciami nie mają dla niego czasu. W takiej sytuacji pielęgniarka jest w stanie choćby w minimalnym stopniu wpłynąć na zmianę tego zachowania, a przynajmniej powinna próbować. Mając kontakt z rodzicami dziecka chorego, trzeba im w subtelny sposób uświadamiać, że problemy zdrowych dzieci nie mogą zostać przez nich zlekceważone.

Nadzieja, wiara i czas są jedynym lekarstwem na cierpienie rodziców. Choć w ocenie psychologicznej, protest przeciw cierpieniu dziecka i jego śmierci jest lepszy niż bierność, jest bowiem wyrazem zachowania autonomii i postawy krytycznej wobec tragicznych zdarzeń, to jednak Viktor E. Frankl widzi tylko jedną drogę w przewyciężeniu niezawinionego cierpienia, którego nie można uniknąć. Drogą tą jest przyjęcie i bierne tolerowanie cierpienia. Tylko taka postawa daje nadzieję na życie wykraczające poza granice ludzkiej egzystencji. Oczywiście nadzieja i wiara nie uchroni od cierpienia, lecz pomoże go przeżyć i dojrzewać. Zarówno dziecko, jak i cała rodzina musi doświadczyć konieczności przeżycia bólu i udręki, smutku i osamotnienia. Należy przestrzegać przed ucieczką od stawienia czoła rzeczywistości, przyjęcia leków, które odbiorą możliwość pełnego przeżywania i tylko pozornie powstrzymają cierpienie niepozwalając krzyczeć z bólu ani płakać. Cierpienie jest szkołą mądrości, współczucia i autentyczności. „Nadzieja, którą wynosimy z cierpienia, związana jest z tym wszystkim, czego możemy się nauczyć z otaczającego nas świata – z doświadczeniami, które nas inspirują do tego, alby żyć bardziej autentycznie; z codziennymi zdarzeniami, dającymi nam możliwość uczestniczenia w przygodzie, którą jest życie; a co najważniejsze, z przeżyciami, które nas stymulują do tego, by dzielić się miłością, naszymi talentami i specjalnymi uzdolnieniami ze wszystkimi ludźmi, którzy mogą ich potrzebować” [13].

Wielokrotnie cytowana E. Kübler-Ross mówi o konieczności przeżycia bólu i udręki, smutku i osamotnienia. Przestrzega przed ucieczką od konieczności stawienia czoła rzeczywistości. Rodzice „muszą doświadczyć wszystkich uczuć, żeby móc powrócić do życia po tym, co się stało, dla własnego dobra, jak również dla dobra swoich rodzin”. W całym ogromie cierpienia jednak „nie wolno zapominać, że po każdej zimie nadchodzi wiosna, a każdy ból, je-

śli tylko na to pozwolicie, rodzi wielkie współczucie, zrozumienie, mądrość i miłość dla innych ludzi, którzy cierpią tak samo jak wy. Przyjmijcie te dary i przekazujcie je innym” [13].

Pomimo faktu, że zgony dzieci w Polsce stanowią około 2% wszystkich przypadków zgonów, należy zwrócić na ten problem szczególną uwagę ze względu na specyfikę tego zagadnienia oraz dramat pojedynczych rodzin dotkniętych tragedią utraty dziecka. Niezależnie od wieku czy płci, mały pacjent powinien być traktowany jak człowiek mający swoje prawa oraz być otoczony szczególną troską i opieką personelu pielęgniarskiego.

Na podsumowanie nasuwa się wniosek, że nadal istnieje wiele schorzeń wieku dziecięcego, wobec których współczesna medycyna jest bezradna i które prowadzą małego pacjenta do śmierci. Z drugiej strony nieuleczalna choroba stawia wyzwania nie tylko dziecku, ale również jego rodzicom oraz całemu zespołowi medycznemu, w tym pielęgniarkom. Zadaniem każdego członka zespołu terapeutycznego, zgodnie z kompetencjami jest nie tylko troska o umierające dziecko, ale także pomoc rodzinie.

Po przeanalizowaniu problematyki dotyczącej opieki nad dzieckiem terminalnie chorym w szpitalu można sformułować następujące wnioski:

1. Diagnoza choroby zagrażającej życiu dziecka narusza fundamentalną potrzebę każdego z rodziców i całej rodziny, jaką jest potrzeba bezpieczeństwa.
2. Członkowie rodziny mogą w różny sposób ujawniać swoje emocje i w różny sposób uruchamiać mechanizmy obronne.
3. Zarówno rodzice, jak i ich dziecko w obliczu choroby narażeni są na lęk, depresję, agresję.
4. Każda pielęgniarka pracująca w oddziale pediatrycznym powinna znać zasady komunikacji nie tylko z dzieckiem chorym, ale i z jego rodziną. Właściwe wykorzystanie tej umiejętności przyczynia się do nawiązania kontaktu terapeutycznego.
5. Brak zrozumienia sytuacji rodziny i zaburzona komunikacja mogą skutkować naruszeniem autonomii dziecka, a więc i jego godności. W przypadku dziecka umierającego może ona zostać naruszona przez stosowanie tzw. uporczywej terapii, która przyczynia się do dodatkowego cierpienia i wydłużenia agonii.
6. Niezwykle istotna jest pomoc rodzinom umierającego dziecka, która powinna opierać się przede wszystkim na umacnianiu ich zdrowia psychicznego.
7. Opieka roztoczona nie tylko nad dzieckiem umierającym w szpitalu, jak i jego rodziną, wymaga od personelu pielęgniarskiego szczególnych cech osobowości, poświęcenia i zaangażowania.

Bibliografia

- [1] Wilowski A., *Weż, pokochaj smoka. Rzecz o umieraniu dzieci*, Wydawnictwo Księży Marianów, Warszawa 2004.
- [2] Szczepaniak L., *Granice informowania dziecka o jego chorobie*, [za:] S. Olejnik, *Powołanie chrześcijańskie. Teologia moralna życia społecznego*, t. 3, Włocławek 2000.
- [3] Winch B., *Opieka psychologiczna nad rodziną nieuleczalnie chorego dziecka*, [w:] *Opieka paliatywna nad dziećmi. V kurs CMKP dla lekarzy, 11–16 października 1999*, red. T. Dangel, Warszawa 1999, s. 52–61.
- [4] Buczyński F., *Relacje pomiędzy dzieckiem zagrożonym śmiercią a jego rodzeństwem*, [w:] *Leczenie bólu i opieka paliatywna u dzieci. I kurs CMPK dla lekarzy i pielęgniarek, 19–23 marca 1996*, red. T. Dangel, Warszawa 1996, s. 130–135.
- [5] Samardakiewicz M., Janowska M., Sobol G., Woś H., Kowalczyk J., *Psychologiczny obraz funkcjonowania zdrowego rodzeństwa dzieci leczonych z powodu choroby nowotworowej*, „Onkologia Polska” 2008, nr 11 (2), s. 59–64.
- [6] Szczepaniak L., *Troska o dziecko umierające w szpitalu*, Wydawnictwo Instytutu Teologicznego Księży Misjonarzy, Kraków 2008.
- [7] Pawełczak M., Kajdas L., Szczepański T., Sońta-Jakimczyk D., *Emocje doświadczane przez rodziców dzieci z chorobami nowotworowymi krwi*, „Pediatria Polska” 2008, nr 83 (5), s. 477–483.
- [8] Hynson J., Gillis J., Collins J., Irving H., Trethewie S., *The Dying Child: How is Care Different?*, „Medical Journal of Australia” 2003, Vol. 179, s. 20–22.
- [9] Zych K., *Stan zdrowia psychicznego i poczucie własnej skuteczności u matek dzieci żywionych parenteralnie*, „Pediatria Współczesna. Gastroenterologia, Hepatologia i Żywienie Dziecka” 2007, nr 9 (1), s. 56.
- [10] Mart D.M., Samardakiewicz M., *Sposoby radzenia sobie z chorobą nowotworową u matek a poziom posiadanych zasobów*, „Onkologia Polska” 2008, nr 11 (2), s. 54–58.
- [11] Antonowicz M., *Wsparcie rodziny dziecka terminalnie chorego*, [w:] A. Biela, *Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne*, Wydział Nauk Społecznych KUL, Akademia Medyczna, Lublin 1996.
- [12] Rudy C., *When a patient dies*, „Journal of Pediatric Health Care” 2008, Vol. 22, s. 128–130.
- [13] Kübler-Ross E., *Dzieci i śmierć. Jak dzieci i rodzice radzą sobie ze śmiercią*, Media rodzina, Poznań 2007.

Filip Gołkowski¹

¹ Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych

Niedobór jodu problemem wielopokoleniowym

Iodine deficiency as a multi-generational problem

Abstract

Optimum iodine consumption allows normal function of the thyroid gland and normal psychophysiological development to be achieved. Iodine deficiency can be termed a multi-generational problem, since it results in a wide spectrum of adverse consequences throughout the lifecycle. Pregnant women and children populations are particularly affected by iodine deficiency. Iodine deficiency during pregnancy, with maternal and fetal hypothyroidism, is of major importance because of potential damage to fetal neural development and increased incidence of miscarriage. Iodine supplementation improves cognition in mildly iodine-deficient children. In adults, iodine deficiency increases risk of developing goitre and thyroid dysfunction.

Typically, natural food does not deliver sufficient supply of iodine to the human body. Since its inception in 1985, the International Council for the Control of Iodine Deficiency Disorders (ICCIDD) coordinates iodine prophylaxis on a global scale. By implementing locally adapted prophylactic programmes, usually through food iodisation, a significant decrease of iodine deficiency has been achieved, as demonstrated over the years 2003–2011 by the number of iodine-deficient countries decreasing from 54 to 32 and the number of iodine-sufficient countries increasing from 67 to 105. Unfortunately, some 1.88 billion citizens remain without sufficient iodine supplementation.

An obligatory model of iodine prophylaxis has been implemented in Poland since 1997, based on iodising salt used for human consumption. Regular monitoring of the effects of this programme, coordinated by the Polish Council for the Control of Iodine Deficiency Disorders, acting in close cooperation with ICCIDD, has shown its efficiency, as demonstrated by the significant increase of ioduria and decrease of goitre in the population of schoolchildren of ages 6–12. The important issue concerning iodine deficiency in Poland is adapting the present model to conform with the current recommendations to decrease the consumption of salt.

Keywords: iodine deficiency, iodine prophylaxis, goitre, thyroid, pregnancy
słowa kluczowe: niedobór jodu, profilaktyka jodowa, wole, tarczycy, ciąża

Wprowadzenie

Jod pełni kluczową rolę jako substrat w syntezie hormonów tarczycy – tyroksyny oraz trijodtyroniny. Z uwagi na niską zawartość tego pierwiastka w produktach spożywczych w wielu regionach świata występuje niedobór jodu, którego konsekwencjami, zależnie od stopnia zaawansowania, może być kretynizm tarczycowy, zaburzenia rozwoju płodu, poronienia, nieprawidłowy rozwój psychomotoryczny dzieci, wole, zaburzenia autoimmunologiczne oraz czynnościowe tarczycy.

Skutki niedostatecznego spożycia jodu mogą być dotkliwe dla każdej grupy wiekowej, jednak szczególnie niebezpieczne są dla organizmów w fazie rozwoju, gdyż hormony tarczycowe pełnią wówczas niezmiernie istotną rolę, zwłaszcza w odniesieniu do zmian w zakresie centralnego systemu nerwowego. Analizując możliwe konsekwencje niedoboru jodu w skali rodziny wielopokoleniowej można wskazać najbardziej typowe i najczęściej występujące objawy w zależności od wieku jej członków.

Pomimo, że profilaktyka jodowa, oparta głównie na jodowaniu soli, doprowadziła do uzyskania prawidłowego spożycia jodu w wielu populacjach, u około 2 mld ludzi wciąż występuje deficyt jego spożycia. Polski model profilaktyki wprowadzony w roku 1997, oparty na obligatoryjnym jodowaniu soli kuchennej, okazał się wysoce efektywny.

Dystrybucja jodu w środowisku naturalnym

Gay-Lussac zidentyfikował jod jako nowy pierwiastek w roku 1813, wywodząc jego nazwę od greckiego odpowiednika słowa fioletowy (*ioeides*), z uwagi na barwę jego pary powstającej w procesie sublimacji, chociaż odkrycie tego pierwiastka rok wcześniej przypisuje się Courtoisowi. Jod w środowisku naturalnym występuje głównie w postaci stabilnego izotopu ^{127}I , przyporządkowanego do grupy fluorowców. Śladowe ilości izotopu promieniotwórczego ^{129}I występujące naturalnie, bywają wykorzystywane w badaniach geologicznych. Inne izotopy promieniotwórcze tego pierwiastka, otrzymywane sztucznie (^{131}I , ^{125}I) znajdują zastosowanie w diagnostyce i terapii przede wszystkim chorób tarczycy.

Procesy wietrzenia i wysokotemperaturowej metamorfozy skał wulkanicznych (bazalty, dioryty, granity, tonality) są źródłem rozprzestrzenienia się związków chemicznych jodu w hydrosferze [1]. Kolejne przemiany tego pierwiastka odbywają się przy istotnym udziale żywych organizmów morskich – alg (zwłaszcza z rodzin morskoczynowatych oraz listownicowatych), które charakteryzują się unikatową zdolnością koncentracji i akumulacji jodu [2–4].

W wyniku procesów zachodzących z udziałem alg, głębokie osady morskie oraz pochodzące z nich kontynentalne skały osadowe wykazują względnie wysoką koncentrację jodu [1].

Zasoby jodu w skali globalnej zlokalizowane są w około 68,2% w sedymentach oceanicznych, 27,7% w kontynentalnych skałach sedymentacyjnych oraz około 0,81% w wodzie morskiej [5]. Jod po uwolnieniu z naturalnych zasobów do atmosfery zostaje następnie przeniesiony, głównie z udziałem opadów deszczu, do gleby stającej się źródłem tego pierwiastka dla uprawianych roślin. Powietrze w pasie nadmorskim charakteryzuje się na ogół zwiększoną zawartością jodu, proporcjonalnie do ilości alg morskich występujących w wodach przybrzeżnych. Populacje, których dieta zawiera znaczne ilości roślin morskich, spożywają wielokrotnie większe ilości jodu. Przykładem może być Japonia, gdzie dobowe spożycie jodu sięga 1000–3000 μg [6].

Zalecenia dotyczące spożycia jodu

Światowa Organizacja Zdrowia rekomenduje dobowe spożycie jodu w zależności od wieku w granicach pomiędzy 90 a 150 μg . Dla kobiet w ciąży oraz karmiących piersią matek zaleca się wyższe spożycie dobowe, na poziomie 250 μg (tab. 1) [7]. Zapewnienie dostatecznej podaży tego pierwiastka w okresie ciąży i karmienia piersią jest szczególnie istotne dla prawidłowego rozwoju płodu oraz noworodka.

Problemem o znacznie mniejszym znaczeniu jest potencjalnie nadmierne spożycie jodu, występujące stosunkowo rzadko i mogące mieć ewentualne niekorzystne następstwa zdrowotne. Zgodnie z zaleceniami Komitetu Naukowego ds. Żywności Komisji Europejskiej z roku 2002, dopiero po przekroczeniu u dorosłych podaży dobowej w wysokości 600 μg (tab. 1) [8], można mówić o nadmiernym spożyciu tego pierwiastka. Zalecenia amerykańskie (US National Academy of Sciences, Institute of Medicine) podają nawet wyraźnie wyższe, wynoszące 1100 μg , wartości maksymalnego bezpiecznego spożycia dobowego jodu [9]. Podstawowym parametrem określającym spożycie jodu jest określenie jego stężenia w próbce moczu (joduria), wykazującego ścisły związek z podażą tego pierwiastka. WHO w oparciu o medianę jodurii dzieci szkolnych z badanej populacji, rekomenduje przyjąć wartości 100–199 $\mu\text{g/l}$ za odpowiadającą optymalnemu spożyciu jodu. Wartości poniżej tego zakresu odpowiadają kolejno niedoborowi jodu ciężkiemu ($<20 \mu\text{g/l}$), umiarkowanemu (20–49 $\mu\text{g/l}$) oraz łagodnemu (50–99 $\mu\text{g/l}$).

Tabela 1. Rekomendowane dobowe spożycie jodu według WHO (2007) oraz dopuszczalne bezpieczne dobowe spożycie jodu według zaleceń Komitetu Naukowego ds. Żywności Komisji Europejskiej (2002)

	Rekomendowane dobowe spożycie jodu [μg]		Dopuszczalne bezpieczne dobowe spożycie jodu [μg]
dzieci do 5 lat	90	dzieci 1–3 lat	200
dzieci 6–12 lat	120	dzieci 4–6 lat	250
dzieci > 12 lat i dorośli	150	dzieci 7–10 lat	300
kobiety w ciąży	250	dzieci 11–14 lat	450
kobiety karmiące	250	dzieci 15–17 lat	500
		dorośli	600
		kobiety w ciąży	600

Zarys fizjologicznych przemian jodu

Jod, należący do grupy pierwiastków niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania organizmu człowieka, wchłaniany jest z przewodu pokarmowego w postaci jodków. Następnie krążąc we krwi podlega wychwytowi, głównie przez tarczycę, oraz wydalaniu przez nerki. Najwyższe stężenie jodu stwierdza się w tarczycy, gdzie dochodzi do akumulacji około 70–80% z 15–20 mg zasobów ustrojowych tego pierwiastka. Najistotniejszy z fizjologicznego punktu widzenia jest udział jodu w biosyntezie hormonów tarczycowych – tyroksyny (T_4) oraz trijodtyroniny (T_3), pełniących niezmiernie istotną rolę w procesach metabolicznych oraz rozwoju organizmu człowieka. Utrzymanie wysokiej zawartości jodu w komórkach pęcherzykowych tarczycy (tyreocytach) jest możliwe dzięki działaniu aktywnego transportu z przestrzeni pozakomórkowej z wykorzystaniem symportera sodowo-jodkowego (*sodium iodide symporter*, NIS) zlokalizowanego w błonie podstawno-bocznej (*basolateral membrane*) tyreocytu. W rezultacie dochodzi do utrzymania 20–50-krotnie wyższego stężenia jodu w tyreocytach w stosunku do komórek innych tkanek. Organizm wykazuje zdolność do regulacji intensywności wychwyty jodu przez tyreocyty w zakresie od około 10%, przy adekwatnym zaopatrzeniu w jod, do nawet 80% w stanach jego niedoboru.

Istotny ($\geq 50\%$) wzrost zapotrzebowania na jod obserwuje się w czasie ciąży. W tym okresie życia kobiety, T_3 i T_4 wytwarzane przez tarczycę matki, są w I trymestrze jedynym źródłem hormonów tarczycowych również dla płodu. Za krytyczny w aspekcie wczesnego rozwoju centralnego układu nerwowego przyjmuje się okres między formowaniem receptorów dla hormonów tarczycowych w mózgu płodu w 9 tygodniu ciąży, a początkiem sekrecji przez płód

własnych hormonów tarczycy w 18–22 tygodniu. Przyczyny większego zapotrzebowania w okresie ciąży związane są, poza transferem jodu do organizmu płodu, również zwiększonym jego klirensem nerkowym.

Poza tarczycą obecność NIS wykazano również w komórkach innych tkanek, w tym w błonie śluzowej żołądka (nieobecny w komórkach raka żołądka), w sutku podczas laktacji oraz w śliniankach. Lokalizacja symportera w obrębie sutka umożliwia fizjologicznie odpowiednie wzbogacenia mleka karmiącej matki w jod. Ekspresję NIS stwierdzono również w komórkach raka sutka, co skłania do dalszych badań w kierunku możliwości zastosowania ^{131}I w diagnostyce i leczeniu tego nowotworu [10–13]. Badania oceniające przydatność aplikacji diagnostycznej powyższego faktu nie ujawniły patologicznego gromadzenia izotopu w ognisku raka sutka w scyntygrafii po podaniu relatywnie niskiej dawki ^{131}I (6MBq) [14]. Od dawna natomiast wykorzystywane jest utrzymywanie się ekspresji NIS w większości przypadków zróżnicowanego raka tarczycy (*differentiated thyroid cancer*, DTC), co umożliwia monitorowanie przebiegu choroby oraz stosowanie terapii uzupełniającej ^{131}I , która istotnie poprawia wyniki leczenia i rokowanie w tej grupie chorych [15].

W kolejnych etapach przemian dochodzi do transportu jodu z udziałem specyficznych nośników apikalnych przez przeciwległą błonę szczytową do światła pęcherzyka tarczycowego ograniczonego grupą sąsiadujących tyreocytów. Następnie zachodzą końcowe etapy syntezy hormonów tarczycowych, magazynowanych później w połączeniu z tyreoglobuliną. Ostatnim etapem cyklu wydzielania hormonów tarczycy jest ich przemieszczenie do tyreocytu w drodze endocytozy i następnie uwolnienie do krwi. Działanie hormonów tarczycowych realizuje się w mechanizmie genomowym poprzez interakcję T_3 z receptorami jądrowymi oraz niegenomowym – poprzez interakcję T_3 i T_4 z enzymami, transporterami glukozy i białkami mitochondrialnymi.

Najistotniejsze fizjologiczne efekty działania hormonów tarczycowych dotyczą procesów wzrostowych tkanek, wytwarzania ciepła i zużycia tlenu, dojrzewania centralnego systemu nerwowego, wpływu na układ współczulny, transport aminokwasów i glukozy, motorykę jelit, czynność układu sercowo-naczyniowego oraz wydzielanie innych hormonów, takich jak somatotropina i hormony osi gonadowej.

Konsekwencje nieprawidłowej podaży jodu

W warunkach życia zdecydowanej większości populacji globalnej przekroczenie zalecanych norm spożycia, grożące wystąpieniem dysfunkcji tarczycy, możliwe jest praktycznie w następstwie stosowania środków diagnostycznych lub leków (amiodaron) z wysoką zawartością jodu.

Zaburzenia wywołane niedoborem jodu (*iodine deficiency*, ID) dotyczą w głównej mierze tarczycy i konsekwencji jej obniżonej funkcji wewnątrzwydzielniczej. Typowym efektem niedoboru jodu, modyfikowanym przez dodatkowe czynniki (genetyczne, goitrogeny, inne deficyty pokarmowe) jest powiększanie się objętości tarczycy, prowadzące do powstania wola. Mechanizm powstawania wola związany jest przede wszystkim z pobudzającym przerost tkanki tarczycowej działaniem hormonu tyreotropowego (TSH), którego wydzielanie wzrasta na skutek funkcjonowania ujemnego sprzężenia zwrotnego przy obniżaniu się wydzielania T_3 i T_4 . Opublikowane w 2008 roku wyniki badań Gerard i wsp. wskazują na możliwość stymulacji wzrostu tarczycy przez niedobór jodu również niezależnie od TSH, za pośrednictwem aktywacji naczyniowego śródbłonkowego czynnika wzrostu (VEGF) [16].

Obok tendencji do powiększania się tarczycy, inne niekorzystne skutki niedoboru jodu wykazują wyraźną zależność od stopnia jego zaawansowania. Niedobór znacznego stopnia, zgodnie z kryteriami WHO, określanymi jako ciężki, prowadzi do klinicznie jawnej niedoczynności tarczycy oraz kretynizmu tarczycowego, będącego przejawem upośledzonego rozwoju mózgu. Niedobór umiarkowany i łagodny może być związany z większą częstością występowania nadczynności tarczycy jako następstwa autonomizacji guzków tarczycy powstałych w wolu. Powyższy mechanizm, najczęściej obserwowany u kobiet w wieku powyżej 50 roku życia, bywa niekiedy uczynniony przez gwałtowny wzrost zaopatrzenia w jod na skutek podania środków kontrastowych, leków (amiodaron) lub nawet w wyniku wprowadzenia profilaktyki jodowej w populacji ze znacznym deficytem spożycia jodu. Doświadczenia wielu krajów stosujących profilaktykę jodową wskazują również na przejściowy wzrost częstości zaburzeń autoimmunologicznych tarczycy w okresie gwałtownego wzrostu spożycia jodu zaraz po wprowadzeniu profilaktyki. Jeżeli do niedostatecznego spożycia jodu dochodzi w czasie ciąży, skutkiem może być wzrost częstości poronień, przedwczesnych porodów, umieralności okołoporodowej, powstawania wad wrodzonych oraz zwiększonej śmiertelności okołoporodowej. Hormony tarczycy są niezbędne do prawidłowego rozwoju mózgu, wpływając na mielinizację, migrację, różnicowanie i dojrzewanie komórek nerwowych. Niedobór jodu w życiu płodowym oraz wkrótce po urodzeniu może prowadzić do różnego stopnia upośledzenia rozwoju umysłowego dziecka – od kretynizmu tarczycowego do zaburzeń poznawczych z obniżeniem IQ. Niedobór jodu u niemowląt i starszych dzieci prowadzi ponadto do zaburzeń rozwoju somatycznego. Wykazano, że stan dzieci z obszarów niedoborowych z upośledzonym rozwojem psychofizycznym ulega poprawie po suplementacji jodu [17].

Populacja z niskim spożyciem jodu w wypadku awarii nuklearnej jest narażona na większe ryzyko rozwoju raka tarczycy w konsekwencji wzmoczone-

go wychwyty przez tarczycę izotopów promieniotwórczych jodu obecnych wówczas w środowisku. Na obszarach niedoborowych stwierdzano również względny wzrost częstości występowania agresywniejszych typów raka tarczycy (pęcherzykowy, anaplastyczny), aczkolwiek wyniki badań przeprowadzonych w Danii nie potwierdzają tej obserwacji [18].

Wpływ niedoboru jodu może niekorzystnie oddziaływać na stan zdrowia osób w każdym wieku. Szczególnie istotne jest utrzymanie prawidłowej podaży jodu w okresie ciąży, gdyż skutki jego niedoboru w tym okresie, poza powstaniem wola u matki, mogą okazać się fatalne nie tylko dla przebiegu ciąży ale także dla dalszego rozwoju dziecka, doprowadzając do upośledzenia rozwoju psychofizycznego. Wydzielanie hormonów tarczycy u kobiet planujących ciążę powinno być optymalne, co można potwierdzić stężeniem TSH w surowicy krwi poniżej $2,5 \mu\text{j/ml}$, rekomendowanym obecnie dla tej grupy kobiet. Zalecane dla kobiet w ciąży stężenie jodu w moczu powinno wynosić od $150 \mu\text{g/l}$ do $250 \mu\text{g/l}$, co wymaga w populacjach z adekwatnym spożyciem jodu dodatkowej suplementacji na poziomie $150\text{--}200 \mu\text{g}$ [19]. Wykazano, że kobiety spożywające optymalną ilość jodu odpowiednio długo jeszcze przed ciążą (ponad 2 lata) znamienne rzadziej wykazują dysfunkcję tarczycy w czasie jej trwania w porównaniu z tymi, u których profilaktykę wdrożono na krótko przed ciążą [20].

Niedostateczne spożycie jodu dotyczące starszych dzieci prowadzi do nadmiernego powiększania się tarczycy, czyli wola, które nieleczone może z mięszonego przerostu ewoluować w późniejszym wieku w kierunku wola guzkowego. U dorosłych wole guzkowe, obok konieczności diagnostyki i kontroli endokrynologicznej, powoduje nierzadko konieczność leczenia operacyjnego. Dodatkowe komplikacje może powodować, najczęściej u ludzi starszych, autonomizacja guzków prowadząca do nadczynności tarczycy.

Nadmierne wysokie spożycie jodu prowadzi do wzrostu częstości występowania niedoczynności tarczycy, która może być wywoływana w dwóch mechanizmach: hamowania syntezy T_3 i T_4 przez nadmiar jodu oraz powodowania autoimmunologicznych zmian w tarczycy.

Podsumowując, należy dążyć do utrzymania prawidłowego spożycia jodu, gdyż przede wszystkim jego niedobór, ale również spotykane relatywnie rzadko, ewidentnie nadmierne spożycie, wpływają niekorzystnie na zdrowotność populacji. Państwa stosujące profilaktykę jodową powinny stale monitorować jej efektywność w celu zapewnienia optymalnego spożycia jodu.

Profilaktyka jodowa

Zawartość jodu w większości produktów spożywczych jest niska. Wyjątek stanowią produkty z ryb oraz roślin morskich. Spożycie jodu pochodzącego

z nośników naturalnych jest bardzo zróżnicowane w skali globu. W zależności od zawartości jodu w glebie rośliny mogą wykazywać skrajne różnice w zawartości tego pierwiastka w suchej masie – od 10 $\mu\text{g}/\text{kg}$ do 1000 $\mu\text{g}/\text{kg}$ odpowiednio w przypadku gleb z małą i dużą zawartością jodu.

W większości regionów świata zapewnienie optymalnej podaży jodu wiąże się z koniecznością jodowania żywności. Doświadczenia z dotychczasowym stosowaniem profilaktyki jodowej wskazują, że należy preferować model obligatoryjny, oparty na uregulowaniach prawnych, gwarantujących obecność na rynku zdecydowanej większości lub wyłącznie jodowanego produktu. Wybrany do jodowania nośnik musi spełniać kryterium stałej w czasie dostępności dla zdecydowanej większości populacji. Jodowanie soli wydaje się w tym aspekcie optymalnym rozwiązaniem, rekomendowanym i stosowanym obecnie powszechnie. Według ostatnich szacunków z tej formy suplementacji korzysta około 68% populacji światowej (2007), co stanowi znaczny postęp wobec mniej niż 10% w roku 1990.

Znacznie rzadziej stosowaną metodą, użyteczną zwłaszcza przy ograniczonym dostępie do soli jodowanej, jest podawanie preparatów jodowanego oleju. Podejmowano również próby jodowania wody pitnej oraz pieczywa.

Po raz pierwszy model profilaktyki opartej na jodowaniu soli w skali całego kraju wprowadzono w Szwajcarii w roku 1922, uzyskując spektakularne zmniejszenie częstości wola i upośledzenia umysłowego wśród dzieci. Współcześnie technologia jodowania soli, zgodnie z rekomendacjami WHO, polega na dodaniu jodku potasu (KI) lub jodanu potasu (KIO_3) w proporcji 20–40 mg jodu/kg soli. Jodan potasu, wykazujący nieco większą stabilność w połączeniu z gorszej jakości solą, zalecany jest między innymi do jodowania w krajach tropikalnych. Przygotowanie pokarmu z obróbką termiczną (gotowanie, pieczenie, smażenie) doprowadza do jedynie niewielkiego (<10%) zmniejszenia ilości dostarczanego jodu. Ważne dla stabilności soli jodowanej jest jej przechowywanie w odpowiednich opakowaniach, najlepiej wykonanych z polietylenu niskiej gęstości. W opisanych warunkach utrata roczna jodu z tak pakowanej soli wynosi jedynie 10–15%, podczas gdy inne metody pakowania wiążą się z utratą sięgającą nawet 90% rocznie.

Ogólnosiwiatowe systemowe działania w kierunku eliminacji niedoboru jodu zapoczątkował raport WHO z roku 1960, dotyczący rozpowszechnienia niedoboru jodu w skali globalnej. W dokumencie oszacowano częstość wola na poziomie sięgającym lokalnie nawet 50%. W roku 1985, z inicjatywy WHO, UNICEF oraz rządu Australii powstała Międzynarodowa Komisja ds. Kontroli Zaburzeń z Niedoboru Jodu (International Council for Control of Iodine Deficiency Disorders, ICCIDD), zajmująca się koordynacją działań profilaktycznych i monitorowaniem niedoboru jodu na świecie.

Działania intensyfikujące profilaktykę po 1990 roku doprowadziły do istotnego wzrostu stosowania soli jodowanej z 20 do 70% gospodarstw domowych. Opublikowane przez de Benoist i wsp. w 2008 roku dane potwierdziły, że intensyfikacja działań w skali globalnej doprowadziła do istotnego postępu w zakresie likwidacji ID w latach 2003–2006. Występowanie niedoboru jodu w populacji dzieci szkolnych w wieku 6–12 lat zmniejszyło się w tym okresie o 5% w skali światowej, w tym o 7,5% w Europie oraz w największym stopniu (9,6%) w krajach Azji Południowo-Wschodniej [21]. Obecnie liczba krajów z niedoborem jodu wynosi 47, w 12 krajach uzyskano poprzez działania profilaktyczne optymalne spożycie jodu, w 34 krajach stwierdza się spożycie ponadoptymalne lub nadmierne. Obecnie szacuje się, że globalnie niedobór jodu wciąż jeszcze dotyczy około 2 mld ludzi, w tym jedna trzecia wszystkich dzieci w wieku szkolnym.

Poza stosunkowo nielicznymi populacjami z wysokim spożyciem jodu ze źródeł naturalnych (Japonia), w większości krajów konieczne jest stosowanie narodowych programów profilaktyki jodowej. Większość państw, które wprowadziły takie programy, wykazuje obecnie istotną poprawę w zakresie parametrów optymalnego spożycia jodu i związanej z tym zdrowotności populacji.

Profilaktyka jodowa wymaga stałego monitorowania. Obecnie najczęściej stosowaną oraz rekomendowaną przez ICCIDD metodą jest oznaczanie stężenia jodu w porannej próbce moczu wśród dzieci szkolnych w wieku 6–12 lat. W oparciu o wyniki przeprowadzonych w tej grupie wiekowej dzieci badań można określić bieżący stan spożycia jodu w populacji. Wykonywane często jednocześnie określenie częstości wola wśród dzieci szkolnych jest z kolei wartościowym wskaźnikiem wskazującym na stopień niedoboru w okresie wiele miesięcy poprzedzającym badanie. Ostatnio proponuje się wykorzystanie stężenia tyreoglobuliny w surowicy krwi, jako wskaźnika pośredniego między jodurii a częstością wola w aspekcie czasu występowania niedoboru jodu [22]. Referencyjne wartości stężenia tyreoglobuliny w surowicy krwi, odpowiadające prawidłowemu spożyciu jodu, określa się od 4 $\mu\text{g/l}$ do 40 $\mu\text{g/l}$. Inne metody monitoringu obejmują kontrolę jodurii wśród kobiet ciężarnych oraz wykonywane w niektórych krajach skriningowe oznaczanie tyreotropinemiai noworodków. Stwierdzenie mniejszego od 3% odsetka noworodków ze stężeniem TSH $> 5 \mu\text{j/ml}$, zgodnie z rekomendacjami WHO, wskazuje na prawidłowe spożycie jodu w badanej populacji. Powyżej przedstawiona jest wartościową metodą uzupełniającą, nie zalecaną jednak jako jedyna forma monitoringu. Mediana jodurii 200–299 $\mu\text{g/l}$ charakteryzuje populację z ponadoptymalnym spożyciem, natomiast wartości jeszcze wyższe wskazują na nadmierną podaż jodu z możliwym wzrostem częstości występowania zaburzeń autoimmunologicznych i czynnościowych tarczycy.

W Polsce w wyniku badań epidemiologicznych o zasięgu regionalnym i ogólnopolskim, prowadzonych zwłaszcza w latach osiemdziesiątych oraz dziewięćdziesiątych ubiegłego stulecia, potwierdzono niedobór jodu i związane z tym częste występowanie wola [23, 24, 25].

W roku 1991 Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego, w porozumieniu z Ministerstwem Zdrowia, powołał Polską Komisję ds. Kontroli Zaburzeń z Niedoboru Jodu (PKKZJN) skupiającą ekspertów w tej dziedzinie. Komisja koordynuje działania w zakresie monitoringu niedoboru jodu oraz działań profilaktycznych, współpracując z ICCIDD, UNICEF i WHO [26].

Aktualna profilaktyka jodowa w Polsce prowadzona jest od roku 1997, kiedy zarządzeniem ministra zdrowia wprowadzono powszechne jodowanie soli kuchennej (30 ± 10 mg KI/1 kg soli). Obligatoryjny model profilaktyki jodowej w Polsce uzupełniony został o zalecenia dotyczące dodatkowej suplementacji u kobiet w ciąży oraz w okresie laktacji. Dodatkowymi elementami krajowego modelu profilaktyki jest jodowanie odżywek dla noworodków niekarmionych piersią ($10 \mu\text{g}$ KI/100 ml) oraz działania nakierowane na zwiększenie spożycia innych, naturalnych nośników jodu, takich jak ryby morskie, niektóre warzywa i owoce, mleko, wody mineralne o zawartości jodu powyżej $100 \mu\text{g/l}$.

Prowadzone w ramach Programu Eliminacji Niedoboru Jodu wielośrodkowe badania potwierdziły wysoką skuteczność stosowanego w Polsce modelu. W populacji dzieci szkolnych w wieku 6–8 lat wykazano istotny wzrost wydalania jodu z moczem oraz znaczący spadek częstości wola w wyniku wprowadzonej profilaktyki. Kontynuowano badania populacyjne w formie ogólnopolskiego programu oceniającego stan niedoboru jodu i endemii wola w Polsce. Metodologia prowadzonych badań opierała się na ocenie częstości wola przy pomocy pomiarów ultrasonograficznych w populacji dzieci szkolnych oraz kalkulacji stężenia jodu oznaczanego w porannej próbce moczu. Obserwowano również zmniejszenie odsetka noworodków z podwyższonym stężeniem TSH w surowicy z 2,23% (1994 r.) do 0,12% (2000 r.). Stwierdzono ponadto korzystne zmiany epidemiologiczne ze spadkiem odsetka bardziej złośliwych form zróżnicowanego raka tarczycy (pęcherzykowy *vs* brodawkowy). Stosowanie profilaktyki jodowej prowadzi również do redukcji na poziomie populacyjnym wychwytu jodu przez tarczycę, co może być korzystne przy skażeniach jodem radioaktywnym. Sześć lat po wprowadzeniu obligatoryjnego modelu profilaktyki jodowej Polska została uznana w dokumencie WHO z 2003 roku za obszar bez niedoboru jodu.

Do aktualnych problemów profilaktyki jodowej w Polsce należy zaliczyć wciąż ograniczone stosowanie dodatkowej suplementacji jodem u kobiet w ciąży

ży oraz okresie karmienia. Publikowane w 2010 roku wyniki badań z regionu krakowskiego oraz Polski centralnej wskazują na niższą od rekomendowanej medianę jodurii u kobiet w ciąży oraz stosowanie dodatkowej suplementacji tylko u 35% badanych ciężarnych z województwa mazowieckiego [27, 28].

Spożycie soli kuchennej, rekomendowanego przez ICCIDD oraz powszechnie stosowanego nośnika jodu, powinno być ograniczone do 5 g/dobę. Zalecenia sprecyzowane przez WHO (Paryż 2006, Luxemburg 2007) podsygnalizowane zostały udowodnioną rolą nadmiernego spożycia soli jako czynnika ryzyka chorób układu krążenia. Obecne spożycie soli w naszym kraju znacznie przekracza powyższe rekomendacje, co zmusza do poszukiwania innych źródeł jodu równoważących zalecaną redukcję jej spożycia. Obecnie dąży się do propagowania zwiększenia spożycia naturalnych nośników jodu oraz uwzględnienia spożywania wody mineralnej ze standaryzowanym powyżej 100 µg/l stężeniem jodu. Zwiększenia stężenia jodu w mleku, osiągnąć poprzez zwiększenie zawartości jodu w paszach hodowlanych, może stanowić dodatkowe źródło codziennego spożycia, zwłaszcza dla dzieci i kobiet w ciąży. Badania z lat 2007–2008 wykazały średnie stężenie jodu w mleku pochodzącym od producentów polskich na poziomie 100,4 µg/l oraz 146,8 µg/l, odpowiednio w sezonie letnim i zimowym [29]. Dyskutowane są także możliwości zwiększenia stężenia jodu w wybranych warzywach w drodze ich biofortyfikacji. Optymalizacja żywienia z uwzględnieniem niedoboru jodu oraz konieczności dostosowania profilaktyki jodowej do zaleceń dotyczących spożycia soli jest również przedmiotem działań Ośrodka Współpracujących z WHO w Zakresie Żywienia (WHO Collaborating Centre for Nutrition), powołanego przy Katedrze i Klinice Endokrynologii UJCM w Krakowie.

Bibliografia

- [1] Przewłocki K., Ślizowski K., *Występowanie jodu w środowisku naturalnym*, „Gospodarka Surowcami Naturalnymi” 2007, nr 23, s. 17–26.
- [2] Kupper F.C., Carpenter L.J., McFiggans G.B., Palmer C.J., Waite T.J., Boneberg E.M., Woitsch S., Weiller M., Abela R., Grolimund D., Potin P., Butler A., Luther G.W. 3rd, Kroneck P.M., Meyer-Klaucke W., Feiters M.C., *Iodide Accumulation Provides Kelp with an Inorganic Antioxidant Impacting Atmospheric Chemistry*, „Proceedings of the National Academy of Sciences USA” 2008, Vol. 105, s. 6954–6958.
- [3] Venturi S., Donati F.M., Venturi A., Venturi M., *Environmental Iodine Deficiency: a Challenge to the Evolution of Terrestrial Life?*, „Thyroid” 2000, Vol. 10, s. 727–729.
- [4] Venturi S., Donati F.M., Venturi M., Venturi A., Grossi L., Guidi A., *Role of Iodine in Evolution and Cancerogenesis of Thyroid, Breast and Stomach*, „Advanced Clinical Pathology” 2000, Vol. 4, s. 11–17.

- [5] Muramatsu Y., Yoshida S., Fehn U., Amachi S., Ohmomo Y., *Studies with Natural and Anthropogenic Iodine Isotopes: Iodine Distribution and Cycling in the Global Environment*, „Journal of Environmental Radioactivity” 2004, Vol. 74, s. 221–232.
- [6] Zava T.T., Zava D.T., *Assessment of Japanese Iodine Intake Based on Seaweed Consumption in Japan: A Literature-based Analysis*, „Thyroid Research” 2011, Vol. 4, s. 14.
- [7] WHO, UNICEF, ICCIDD. *Assessment of Iodine Deficiency Disorders and Monitoring their Elimination*, WHO Press, Geneva 2007.
- [8] Scientific Committee on Food, Health and Consumer Protection Directorate – General, *Opinion of the Scientific Committee on Food on the Tolerable Upper Intake Level of Iodine*, European Commission, Brussels 2002.
- [9] National Academy of Sciences, Institute of Medicine, Food and Nutrition Board, *Dietary Reference Intakes for Vitamin A, Vitamin K, Arsenic, Boron, Chromium, Copper, Iodine, Iron, Manganese, Molybdenum, Nickel, Silicon, Vanadium and Zinc*, National Academy Press, Washington DC 2001.
- [10] Damle A.A., Narkar A.A., Badwe R.A., *Radioiodine Uptake and Sodium Iodide Symporter Expression in Breast Carcinoma*, „Indian Journal of Experimental Biology” 2011, Vol. 49, s. 416–422.
- [11] Willhauck M.J., Kane D.J., Wunderlich N., Goke B., Spitzweg C., *Simulation of Retinoic Acid Functional Sodium Iodide Symporter (NIS) Expression and Cytotoxicity of ^{131}I by Carbamazepine in Breast Cancer cells*, „Breast Cancer Research and Treatment” 2011, Vol. 125, s. 377–386.
- [12] Tazebay U.H., Wapnir I.L., Levy O., Dohan O., Zuckier L.S., Zhao Q.H., Deng H.F., Amenta P.S., Fineberg S., Pestell R.G., Carrasco N., *The Mammary Gland Iodide Transporter is Expressed During Lactation and in Breast Cancer*, „Nature Medicine” 2000, Vol. 6, s. 871–878.
- [13] Kilbane M.T., Ajjan R.A., Weetman A.P., Dwyer R., McDermott E.W., O’Higgins N.J., Smyth P.P., *Tissue Iodine Content and Serum-mediated ^{125}I Uptake-blocking Activity in Breast Cancer*, „The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism” 2000, Vol. 85, s. 1245–1250.
- [14] Gotkowski F., Sokołowski G., Gil J., Kostecka-Matyja M., Basta P., Sowa-Staszczak A., Szybiński Z., Hubalewska-Dydejczyk A., *Assessment of the Usefulness of Whole Body Scintigraphy after Administration of 6 MBq of ^{131}I in the Diagnostics of Breast Cancer*, „Przegląd Lekarski” 2011, nr 68, s. 92–95.
- [15] Doi S.A., Engel J.M., Onitilo A.A., *Total Thyroidectomy Followed by Postsurgical Remnant Ablation May Improve Cancer Specific Survival in Differentiated Thyroid Carcinoma*, „Clinical Nuclear Medicine” 2010, Vol. 35, s. 396–399.
- [16] Gerard A.C., Poncin S., Caetano B., Sonveaux P., Audinot J.N., Feron O., Colin I.M., Soncin F., *Iodine Deficiency Induces a Thyroid Stimulating Hormone – Independent Early Phase of Microvascular Reshaping in the Thyroid*, „American Journal of Pathology” 2008, Vol. 172, s. 748–760.
- [17] Gordon R., Rose M., Skeaff S., Gray A., Morgan K., Ruffman T., *Iodine Supplementation Improves Cognition in Mildly Iodine-deficient Children*, „The American Journal of Clinical Nutrition” 2009, Vol. 90, s. 1264–1271.

- [18] Sehestedt T., Knudsen N., Perrild H., Johansen C., *Iodine Intake and Incidence of Thyroid Cancer in Denmark*, „Clinical Endocrinology” (Oxford) 2006, Vol. 65, s. 229–233.
- [19] de Groot L., Abalovich M., Alexander E.K., Amino N., Barbour L., Cobin R.H., Eastman C.J., Lazarus J.H., Luton D., Mandel S.J., Mestman J., Rovet J., Sullivan S., *Management of Thyroid Dysfunction During Pregnancy and Postpartum: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline*, „The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism” 2012, Vol. 97, s. 2543–2565.
- [20] Moleti M., Lo Presti V.P., Campolo M.C., Mattina F., Galletti M., Mandolino M., Violi M.A., Giorgianni G., De Domenico D., Trimarchi F., Vermiglio F., *Iodine Prophylaxis Using Iodized Salt and Risk of Maternal Thyroid Failure in Conditions of Mild Iodine Deficiency*, „The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism” 2008, Vol. 93, s. 2616–2621.
- [21] de Benoist B., McLean E., Andersson M., Rogers L., *Iodine Deficiency in 2007: Global Progress since 2003*, „Food and Nutrition Bulletin” 2008, Vol. 29, s. 195–202.
- [22] Vejbjerg P., Knudsen N., Perrild H., Laurberg P., Carlé A., Pedersen I.B., Rasmussen L.B., Ovesen L., Jørgensen T., *Thyroglobulin as a Marker of Iodine Nutrition Status in the General Population*, „European Journal of Endocrinology” 2009, No. 161, s. 475–481.
- [23] Tylek-Lemańska D., Rybakowa M., Kumorowicz-Kopiec M., Działkowiak H., Ratajczak R., *Iodine Deficiency Disorders Incidence in Neonates Based on the Experience with Mass Screening for Congenital Hypothyroidism in Southeast Poland in the Years 1985–2000*, „Journal of Endocrinological Investigation” 2003, Vol. 26, s. 32–38.
- [24] Nauman J., *Wyniki badań programu MZ-XVII prowadzonych w skali kraju; podsumowanie i wnioski*, „Endokrynologia Polska” 1991, nr 42, s. 359–367.
- [25] Szybiński Z., Żarnecki A., *Prevalence of Goiter, Iodine Deficiency and Iodine Prophylaxis in Poland. The Results of Nation-wide Study*, „Endokrynologia Polska” 1993, nr 44, s. 373–390.
- [26] Szybiński Z., *Work of the Polish Council for Control of Iodine Deficiency Disorders, and the Model of Iodine Prophylaxis in Poland*, „Endokrynologia Polska” 2012, nr 63, s. 156–160.
- [27] Szybiński Z., Walas S., Zagrodzki P., Sokołowski G., Gołkowski F., Mrowiec H., *Iodine, Selenium and Other Trace Elements in Urine of Pregnant Women*, „Biological Trace Element Research” 2010, Vol. 138, s. 28–41.
- [28] Gietka-Czernel M., Dębska M., Kretowicz P., Jastrzębska H., Kondracka A., Snochowska H., Ołtarzewski M., *Iodine Status of Pregnant Women from Central Poland Ten Years after Introduction of Iodine Prophylaxis*, „Endokrynologia Polska” 2010, nr 61, s. 646–651.
- [29] Brzóska F., Szybiński Z., Śliwiński B., *Iodine Concentration in Polish Milk – Variations Due to Season and Region*, „Endokrynologia Polska” 2009, nr 60, s. 449–454.



Edyta Guty¹, Małgorzata Dziechciaż¹, Bożena Ogryzek¹, Luiza Balicka-Adamik²

¹ Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna,
Instytut Ochrony Zdrowia, Jarosław

² Centrum Opieki Medycznej, Oddział Neurologiczny, Jarosław

Obciążenie opiekunów osób z otępieniem

Load carers of people with dementia

Abstract

With the increase of the average life expectancy, the number of individuals with cognitive disorders is rising. It is estimated that there are approximately 500,000 cases in Poland with half being patients diagnosed with Alzheimer. The epidemiological data indicates that most of the individuals with cognitive disorders stay at home, under the supervision and care of the relatives. Many caregivers developed "caregivers syndrome" during care giving activities. The aim of the work is to assess the workload and burden of caregivers for demented individuals living at home environment.

The research tool involved a questionnaire including questions of assessing problems of caregivers and Barthl's scale to determine psychomotor performance. Research involved 20 caregivers from municipality of Przeworsk.

The research confirmed that the highest burden for caregivers is work overload with activities which used to be shared with a relative whom he/she provides care for, limited or no control over the sickness and behavior of demented individual. In terms of self-sufficiency among researched individuals 60% were medium-hard condition and 40% hard. Sixteen out of twenty demented individuals were qualified for long-term care.

Most of the interviewees did not use long-term care nor social welfare. The biggest distress for caregivers is the loneliness of undertaken care. They also indicate: limited or no control over the cared individual, work overload including activities which used to be shared with demented individual.

Keywords: guardian, cognitive disorder, disability

słowa kluczowe: opiekun, zaburzenia poznawcze, niepełnosprawność

Wprowadzenie

Najpowszechniejszą definicją otępienia stosowaną do celów diagnostycznych jest definicja Światowej Organizacji Zdrowia (ICD-10, 1992), która opisuje otępienie jako zespół objawów wywołanych chorobą mózgu, zwykle przewlekłą, lub o postępującym przebiegu, charakteryzujący się klinicznie licznymi

zaburzeniami wyższych funkcji korowych, takich jak: pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie, liczenie, zdolność do uczenia się, język i ocena. Ponadto zaburzeniom poznawczym często towarzyszą lub nawet je poprzedzają, zaburzenia emocjonalne, zaburzenia zachowania i motywacji, utrzymujące się przez co najmniej sześć miesięcy, do niedawna określane w psychiatrii i neurologii terminem zespół psychoorganiczny.

Bidzan choroby ośrodkowego układu nerwowego, prowadzące do otępienia, dzieli na: pierwotne zespoły otępienne spowodowane chorobą zwyrodnieniową mózgu (chorobę Alzheimera, chorobę Picka, chorobę Parkinsona, chorobę Huntingtona) oraz wtórne zespoły otępienne (naczyniopochodne, pourazowe, spowodowane guzami mózgu, wodogłowie normotensyjnym, podostrą encefalopatią gąbczastą) [1]. Z badań epidemiologicznych wynika, że choroba Alzheimera jest najczęstszym schorzeniem odpowiedzialnym za występowanie otępienia i stanowi 40–70% wszystkich jego przypadków [1].

Opieka nad osobą z otępieniem jest trudna, odpowiedzialna, wymaga cierpliwości, zrozumienia i przede wszystkim wiedzy o chorobie. Chorymi najczęściej zajmują się małżonkowie lub ich dzieci. Postępująca i przewlekła choroba ma bardzo duży wpływ na całą rodzinę. Często wiąże się z ogromnymi wymuszonymi zmianami. Może okazać się konieczna rezygnacja z pracy zawodowej opiekuna, a także ograniczenie kontaktów towarzyskich i znaczne obciążenie finansowe. Pierwsze objawy zauważane u osób bliskich powodują niedowierzanie i lęk. Rozpoznanie nie eliminuje niepokojów opiekuna, ale pozwala rozpocząć proces przystosowawczy do nowej i niewątpliwie bardzo trudnej sytuacji w rodzinie. Świadomość czekających w życiu zmian bywa przygnębiająca [2].

Opiekun musi posiadać dużą wiedzę o chorobie, o objawach, które wystąpiły, ale także o tych, których można się spodziewać w przyszłości, poznać sposoby leczenia oraz inne formy terapii. Należy pomóc mu opracować tzw. strategię opieki nad chorym w czasie teraźniejszym, ale także planować przyszłość. Plany takie powinny być opracowywane przez całą rodzinę, a nie tylko bezpośredniego opiekuna. Należy uwzględnić tutaj wszystkich członków rodziny, łącznie z najmłodszym pokoleniem, czyli wnukami. Wkład w opiekę powinien być proporcjonalny do możliwości czasowych, zdrowotnych i finansowych, aby nie obciążyć wyłącznie jednej osoby. Należy przygotować bliskich na możliwe zmiany zachowania chorego, które mogą być nietypowe, a nawet krępujące. Konieczne okaże się odpowiednie przygotowanie domu lub mieszkania do zapewnienia bezpieczeństwa chorego [2].

Celem działań opiekuńczych powinno być utrzymanie jak najlepszej jakości życia chorego, spowolnienie postępu choroby oraz odsunięcie w czasie lub uniknięcie umieszczenia go w placówce opiekuńczej. Należy starać się jak

najdłużej podtrzymać samodzielność pacjenta. W początkowym okresie zachorowania pomoc powinna być ograniczona do minimum i głównie skupiać się na dyskretnym nadzorze i organizacji codziennych czynności. Wraz z postępem objawów zakres pomocy stopniowo będzie się zwiększał [2].

W codziennym życiu otępienie stwarza określone problemy organizacyjne, rodzinne, zawodowe oraz finansowe nie tylko choremu, lecz również jego opiekunowi.

„Zespół opiekuna” to zespół objawów fizycznych, psychosomatycznych i psychospołecznych. Występują one u osób obciążonych odpowiedzialnością za opiekę nad chorą osobą i są spotęgowane przewlekłym zmęczeniem oraz zaniedbaniami własnych potrzeb. Osoby, które sprawują opiekę nad pacjentem z otępieniem, doświadczają wielu różnych uczuć, do których można zaliczyć: smutek, zniechęcenie, osamotnienie, złość oraz poczucie winy i brak nadziei. Opiekunowie najczęściej są przemęczeni i przygnębieni. Najpoważniejszym zagrożeniem dla osoby, która zajmuje się chorym, są objawy depresji. Rozwijają się one powoli, równoległe do coraz gorszego stanu zdrowia podopiecznego. Opiekun doświadcza smutku, uczucia pustki, nie interesują go dotychczas wykonywane czynności, jest zmęczony i brak mu energii. Pogarsza się zdolność myślenia, koncentracji uwagi, zdarza się brak apetytu i zaburzenia snu. Często opiekunowie wyczerpani wieloletnią opieką i borykający się z własnymi chorobami i gorszą sprawnością fizyczną miewają myśli samobójcze [1, 2, 4].

Człowiek doświadczający silnych sytuacji stresowych potrzebuje wsparcia społecznego. Do tej grupy można zaliczyć osoby opiekujące się cierpiącymi na zaburzenia otępienne. Życie z chorą osobą, nieustające obowiązki i ogromna odpowiedzialność, są dla opiekuna obciążające fizycznie i psychicznie. Wszystkim zdarzają się chwile załamania i przytłoczenia. Aby zachować zdolność do sprawowania opieki, nie można doprowadzić się do skrajnego wyczerpania. Dzięki odpowiedniemu wsparciu rola opiekuna może stać się łatwiejsza, choć nigdy nie będzie łatwa. Trzeba wziąć pod uwagę wsparcie nieformalne, które obejmuje rodzinę, znajomych, sąsiadów. Są oni dobrym źródłem pomocy szczególnie doraźnej, awaryjnej, a ich obecność może poprawić nastrój chorego. Błędem jest izolowanie się i unikanie osób, które chciałyby pomóc lub chociażby mogły wysłuchać problemów [3, 4].

Wskazane jest mówienie o sprawach związanych z chorobą oraz przyjmowanie zaproponowanej pomocy. Grupa wsparcia to zwykle zespół osób opiekujących się chorymi z tym samym rozpoznaniem i najczęściej z podobnymi problemami opiekuńczymi. Łączy je potrzeba niesienia wzajemnej pomocy. Grupy takie działają zwykle pod kierunkiem fachowych pracowników służby zdrowia lub odpowiednio przeszkolonych wolontariuszy. Spotkania służą wymianie doświadczeń i zdobywaniu nowej wiedzy o chorobie, ale także

uczają myślenia o sobie i potrzebach opiekuna. Pomagają w wyborze sprzętu rehabilitacyjnego oraz środków higienicznych i pielęgnacyjnych, czasem dzięki sponsorom pozyskują te materiały, co jest wskazane ze względu na często trudną sytuację finansową rodziny. Dostarczają materiały informacyjne oraz zapewniają pomoc psychologiczną [1, 3].

O systemach wsparcia opiekun powinien pomyśleć w początkowym stadium choroby. Dzięki regularnej pomocy, ukierunkowanej na potrzeby fizyczne i emocjonalne opiekuna, zapobiega się sytuacjom kryzysowym, co w kontekście wieloletniej opieki nad chorym z otępieniem ma zasadnicze znaczenie dla zdrowia i jakości życia podopiecznego i opiekuna.

Cel pracy

Celem przeprowadzonych badań było przedstawienie problematyki obciążeń opiekunów osób z otępieniem. Na podstawie celu głównego sformowano następujące problemy badawcze:

- czy opiekunowie otrzymują pomoc w sprawowaniu opieki nad podopiecznymi,
- jakie odczucia towarzyszą opiekunom osób otępiałych,
- jakie są relacje opiekunów z osobą chorą na otępienie,
- jaka jest sprawność funkcjonalna podopiecznych z zaburzeniami poznawczymi.

Materiał i metoda

W pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, a narzędziem był kwestionariusz ankiety. Ankieta zawierała metryczkę pozwalającą określić cechy charakterystyczne badanej populacji oraz pytania określające sytuację opiekunów i ich odczucia związane ze sprawowaniem opieki nad osobami z zaburzeniami poznawczymi. Pytania były o charakterze zamkniętym i półotwartym, opracowaną na podstawie Hirschman i wsp. [5]. Do ankiety dodatkowo dołączono kwestionariusz „Skala Barthla”, którego zadaniem było dokonanie oceny stanu somatycznego i sprawności ruchowej chorych na otępienie. Powyższa skala jest wystandaryzowanym narzędziem używanym do kwalifikacji pacjentów do opieki długoterminowej.

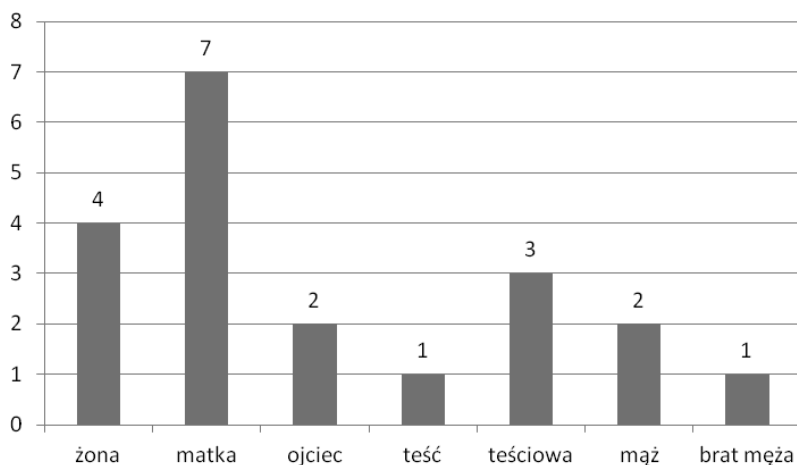
Udział w przeprowadzanej ankiecie był dobrowolny. Przedstawiona technika umożliwiła zgromadzenie danych empirycznych niezbędnych do rozwiązania problematyki podjętej w ramach niniejszej pracy.

Badania ankietowe przeprowadzono wśród opiekunów osób chorych na otępienie. Dane o nich uzyskano korzystając z pomocy lekarzy rodzinnych

przychodni w Przeworsku. Łącznie w ankiecie wzięło udział 20 osób z terenu powiatu przeworskiego. Aby scharakteryzować grupę badaną, zadano pytania dotyczące: płci, wieku, miejsca zamieszkania oraz wykształcenia i stopniu pokrewieństwa.

W badaniach wzięło udział 5 mężczyzn oraz 15 kobiet. Najmłodszy z mężczyzn miał 50 lat a najstarszy 70, średnia wieku mężczyzn to 62,2 roku. Natomiast wśród kobiet najmłodsza miała 33 lata, a najstarsza 63 lata, średnia wieku kobiet biorących udział w ankiecie to 47,6 roku. Można więc wywnioskować, że chorymi na otępienie zajmują się głównie kobiety. Pod względem zamieszkania 13(65%) opiekunów osób chorych na otępienie mieszkało na wsi a 7(35%) w mieście. Wynik ten świadczy być może o tym, że problem opieki nad takimi chorymi w mieście jest rozwiązywany również przez inne instytucje spełniające rolę opiekuńczą. Nie dostrzeżono większych różnic w poziomie wykształcenia probantów. Najwięcej opiekunów miało wykształcenie podstawowe – 7 (35%), średnie – 6 (30%), zawodowe 4 (20%) oraz wykształcenie wyższe posiadało 3(15%) ankietowanych. W badaniu zwrócono uwagę na stopień pokrewieństwa pomiędzy opiekunem a podopiecznym. Uzyskane wyniki przedstawiono na wykresie 2.

Wykres 1. Stopień pokrewieństwa z osobą chorą



Osoby chore znajdujące się pod opieką to najczęściej: matka – 7 wskazań, żona – 4, teściowa – 3, po 2 odpowiedzi – ojciec i mąż oraz po jednej teść i brat męża. Są to więc osoby z najbliższej rodziny.

Wyniki badań własnych

Sytuacja opiekunów osób chorych na otępienie

Kwestionariusz ankiety zawierał w pierwszej części pytania odnośnie do oceny sytuacji osób sprawujących opiekę nad daną grupą chorych. Pytania te pozwoliły ocenić obciążenie opiekunów oraz czy mają oni możliwość korzystania z pomocy zarówno instytucjonalnej, jak i najbliższych. Uzyskane wyniki zawarto w tabeli 1.

Tabela 1. Sytuacja opiekunów osób chorych na otępienie

	Tak		Nie		Razem	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Korzystanie z opieki długoterminowej	9	45,0	11	55,0	20	100,0
Korzystanie z usług pomocy społecznej	5	25,0	15	75,0	20	100,0
Wsparcie ze strony najbliższych	16	80,0	4	20,0	20	100,0
Mieszkanie samotnie z osobą chorą	5	25,0	15	75,0	20	100,0

Z powyższej tabeli wynika, że większość ankietowanych 11 (55%) nie korzysta z form opieki długoterminowej, jak również z usług pomocy społecznej 15 (75%). Są to niepokojące fakty, świadczące, że osoby te zostawione są z obciążeniem opieki nad osobami chorymi na otępienie. Natomiast zaobserwowano pozytywne zjawisko wsparcia ze strony najbliższych – taką odpowiedź deklarowało 16 (80%) badanych. Z kolei 5 (25%) ankietowanych mieszka samotnie z osobą chorą, co może stanowić znaczne źródło problemów opiekuńczych.

Ocena relacji opiekunów z osobą chorą na otępienie

Aby zbadać relacje panujące pomiędzy osobą będącą pod opieką a opiekunem, zadano ankietowanym siedem pytań i poproszono o ocenę wystąpienia odczuć związanych z tymi stwierdzeniami. Wyniki zawarto w tabeli 2.

Tabela 2. Relacje pomiędzy opiekunami a osobami chorymi na otępienie

	0 = nie miało miejsca	1 = miało miejsce, ale nie było przyczyną zmartwienia	2 = niewielkie zmartwienie	3 = umiarkowane zmartwienie	4 = znaczne zmartwienie
1. Czuję się samotny, jakby świat spoczywał na moich rękach	4	4	2	2	8

2. Mam niewielką kontrolę nad zachowaniem osoby, którą się opiekuję	1	1	3	5	10
3. Mam zbyt wiele zajęć, w których kiedyś pomagała mi bliska osoba, którą się opiekuję	1	2	0	2	15
4. Denerwuję się, gdy nie mogę się z nią porozumieć	0	1	5	9	5
5. Bliska osoba, którą się opiekuję, ciągle zadaje te same pytania	5	6	4	3	1
6. Mam niewielką kontrolę nad chorobą bliskiej osoby, którą się opiekuję	0	0	1	6	13
7. Bliska osoba, którą się opiekuję, nie współpracuje z resztą rodziny	3	2	1	5	9
Razem	14	16	16	32	61

Wskaźnikiem znacznego obciążenia opiekunów było udzielanie przez nich odpowiedzi na zadawane pytania z użyciem dystraktora „znaczne zmartwienie”. W 5 pytaniach na 7, nasilenie problemu dotyczyło właśnie tego określenia. Z przeprowadzonych badań wynika, że największym obciążeniem dla opiekunów jest zjawisko zbyt dużego obciążenia zajęciami, w których kiedyś pomagała im bliska osoba, a którą się teraz opiekują – takiej odpowiedzi udzieliło 15 (75%) badanych. Kolejnym źródłem stresu jest zjawisko posiadania niewielkiej kontroli nad chorobą bliskiej osoby, tak wskazało 13 (65%) probantów. Następnym problemem opiekuńczym często wskazywanym przez ankietowanych jest brak kontroli opiekuna nad zachowaniem osoby otępiełej, odpowiedź twierdzącą podało 10 (50%) osób. Zbliżonym dylematem ocenianym przez opiekunów jako uciążliwy w opiece nad podopiecznymi, jest sytuacja, kiedy bliska osoba nie współpracuje z resztą rodziny i tym samym zniechęca ich do czasowego odciążenia opiekuna z trudów opieki (9 podanych odpowiedzi). Natomiast wskazanie odpowiedzi „czuję się samotny, jakby świat spoczywał na moich rękach”, przez 8 ankietowanych może sugerować możliwość rozwoju zaburzeń depresyjnych u tych opiekunów, co jest zjawiskiem niepokojącym, ale potwierdzanym przez badania w tym przedmiocie.

Opiekunom mało przeszkadza natomiast fakt, że bliska osoba, którą się opiekują, ciągle zadaje im te same pytania. W stopniu umiarkowanym najwię-

cej osób oceniło stwierdzenie „denerwuję się, gdy nie mogę się z nią porozumieć”. Ogólnie stopień oceny przesuwają się bardziej w kierunku ocen ze zwiększającym się zmartwieniem.

Ocena stanu somatycznego i sprawności ruchowej chorych na otępienie

W ocenie stanu somatycznego i sprawności ruchowej chorych na otępienie posłużono się skalą Barthla, powszechnie stosowaną w geriatriczynie do takich celów.

Pierwszą czynnością, która została oceniona, była umiejętność samodzielnego spożywania posiłków. Z badań wynika, że żaden z podopiecznych nie spożywał posiłków samodzielnie, 19 (95%) badanych przyjmowało je z pomocą, a 1 (5%) osoba była całkowicie niesamodzielna w tej czynności.

Kolejną czynnością ocenianą było przechodzenie z łóżka na wózek. Tutaj wyniki przedstawiały się następująco: najwięcej, bo 9 (45%) chorych otrzymywało mniejszą pomoc (słowną lub fizyczną), 6 (30%) z nich wymagało już większej pomocy fizycznej, ale mogli samodzielnie siedzieć, natomiast 5 (25%) nie było w stanie zachować równowagi przy tej czynności. Należy zaznaczyć, że żaden z chorych również nie był w tym zakresie całkowicie samodzielny.

Pod względem utrzymania higieny osobistej stwierdzono, że większość z chorych – 11 (55%) potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych, natomiast 9 (45%) z nich jest samodzielnych w tych czynnościach.

Jedenastu (55%) chorych potrzebuje pomocy przy korzystaniu z toalety, ale pewne czynności wykonuje samodzielnie, następnie 8 (40%) chorych było zależnych przy tych czynnościach. Tylko jedna (5%) pozostawała całkowicie samodzielna.

Odnosnie do wykonywania czynności związanych z myciem i kąpielą całego ciała, wszyscy pacjenci byli zależni od osób trzecich. Kolejne pytanie odnosiło się do informacji na temat możliwości przejścia przez podopiecznych dystansu powyżej 50 metrów. Żaden z chorych nie był w tej czynności samodzielny, natomiast 9 (45%) spaceruje z pomocą (słowną lub fizyczną), z kolei 7 (35%) nie porusza się lub nie przechodzi dystansu 50 metrów.

Z udzielonych odpowiedzi wynika też, że tylko 2 (20%) było niezależnych w przemieszczaniu się na wózku, wliczając zakręty.

Odpowiedzi na pytanie 7 w skali rozłożyły się równomiernie. Po 10 (50%) chorych potrzebuje pomocy (fizycznej lub słownej) oraz nie jest w stanie samodzielnie wchodzić i schodzić ze schodów.

Z pomiaru wynika, że żaden z bliskich nie był niezależny w czynnościach ubierania i rozbierania się, natomiast najczęściej – 12 (60%) badanych – nie jest w stanie wykonać tych czynności w pełni samodzielnie. Z kolei 8 (40%) potrzebuje pomocy, ale część czynności może wykonywać samodzielnie.

Kolejną badaną czynnością była kontrola zwieracza odbytu. Czasami popuszczało stolec (zdarzenia przypadkowe) 12 (60%) probantów, natomiast grupa 7 (35%) osób nie panuje nad oddawaniem stolca. Tylko jedna osoba panowała całkowicie nad utrzymaniem stolca i sygnalizowała swoje potrzeby fizjologiczne.

Podobnie układały się odpowiedzi związane z pytaniem o kontrolę zwieracza pęcherza moczowego. Jedenastu (55%) chorych czasami popuszcza, 8 (40%) nie panuje nad oddawaniem moczu lub jest cewnikowana i przez to niesamodzielna. Ponownie tylko jedna osoba (5%) utrzymuje mocz.

Poniżej przedstawiono zbiorcze zestawienie uzyskanych danych z podziałem na poszczególne stopnie sprawności odnośnie do czynności składających się na sprawność funkcjonalną. W prawej skrajnej kolumnie przedstawiono procentowy rozkład uzyskanych wyników przez wszystkich podopiecznych w celu określenia, z jakimi czynnościami mają największy problem badane osoby otępiełe.

Tabela 3. Zbiorcze wyniki skali Barthla – skala w przeprowadzonych badaniach

Lp.	Czynności	Liczba uzyskanych punktów przez pacjentów – procentowy rozkład
1.	Spożywanie posiłków 0 – nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 – potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 – samodzielny	0–5% 5–95% 10–0%
2.	Przechodzenie z łóżka na wózek 0 – nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5 – większa pomoc (fizyczna, jedna, dwie osoby), może siedzieć 10 – mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna) 15 – samodzielny	0–25% 5–30% 10–45% 15–0%
3.	Utrzymanie higieny osobistej 0 – potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 – niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu (z zapewnioną pomocą)	0–55% 5–45%
4.	Korzystanie z WC 0 – zależny 5 – potrzebuje pomocy, ale pewne czynności wykonuje sam 10 – niezależny	0–5% 5–45% 10–55%
5.	Mycie/kąpiel całego ciała 0 – zależny 5 – niezależny	0–100% 5–0%

6.	Przejsięcie powyżej 50 metrów 0 – nie porusza się lub poniżej 50 m 5 – niezależny na wózku wliczając zakręty 10 – spaceruje z pomocą (słowną lub fizyczną) jednej osoby 15 – niezależny (może potrzebować np. laski)	0–35% 5–20% 10–45% 15–0%
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach 0 – nie jest w stanie 5 – potrzebuje pomocy (fizycznej, słownej)	0–50% 5–50%
8.	Ubieranie i rozbieranie się 0 – nie jest w stanie 5 – potrzebuje pomocy, ale część czynności może wykonywać bez pomocy 10 – niezależny	0–60% 5–40% 10–0%
9.	Kontrola zwieracza odbytu 0 – nie panuje nad oddawaniem stolca (lub potrzebuje lewatywy) 5 – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 – panuje/utrzymuje stolec	0–35% 5–60% 10–5%
10.	Kontrola zwieracza pęcherza moczowego 0 – nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 – panuje/utrzymuje moczu	0–40% 5–55% 10–5%

Podsumowując wyniki zawarte w tabeli 3 należy stwierdzić, że:

1. Chorzy radzą sobie samodzielnie z takimi czynnościami, jak korzystanie z toalety, przy czym należy wyjaśnić, że wielu pacjentów nie kontroluje w pełni zwieracza pęcherza moczowego i odbytu (poniższy wniosek), ale po doprowadzeniu do ubicacji prawidłowo z niej korzystają.
2. Podopieczni wymagają pomocy najczęściej w czynnościach dotyczących:
 - spożywania posiłków,
 - przechodzenia z łóżka na wózek,
 - utrzymania higieny osobistej,
 - przejścia powyżej 50 metrów,
 - kontroli zwieracza odbytu,
 - kontroli zwieracza pęcherza moczowego.
3. Badani są najczęściej zdecydowanie niesamodzielni przy:
 - myciu/kąpieli całego ciała,
 - ubieraniu i rozbieraniu się.

Następnie dokonano oceny sprawności chorych korzystając z kryteriów zawartych w tabeli 4.

Tabela 4. Ocena stanu chorych na otępienie według skali Barthla

Określenie stanu pacjenta	Wynik	
	liczba chorych	%
86–100 pkt. – stan pacjenta lekki	0	0,0
21–85 pkt. – stan pacjenta średnio ciężki	12	60
0–20 pkt. – stan pacjenta bardzo ciężki	8	40
Razem	20	100

Żadna z osób ankietowanych nie była w stanie lekkim, natomiast najwięcej spośród podopiecznych ankietowanych opiekunów jest w stanie średnio ciężkim – 12 (60%). Aż 8 (40%) opiekunów zajmuje się osobami w stanie bardzo ciężkim, co stanowi ogromne obciążenie. Spośród badanych określanych jako osoby w stanie średnio ciężkim kolejnych 8 podopiecznych uzyskało nie więcej niż 40 punktów w skali. Świadczy to, że 16 pacjentów otępiały na 20, kwalifikowało się do objęcia opieką długoterminową.

Omówienie

W Polsce dane epidemiologiczne o opiekunach osób z zaburzeniami poznawczymi (głównie chorobą Alzheimera) pochodzą z badania EX-ON [6]. Podopiecznymi były najczęściej osoby najbliższej spokrewnione z opiekunem. Opiekunami najczęściej były osoby w podeszłym wieku, mieszkające w mieście, mające wykształcenie podstawowe. W badanej grupie średnia wieku w grupie mężczyzn wynosiła 62,2 lata, a w grupie kobiet 47,6. Opiekunami były przede wszystkim osoby zamieszkujące środowisko wiejskie, kobiety. Nie zaobserwowano istotnych różnic jeżeli chodzi o poziom wykształcenia. Te same wyniki odnośnie do wykształcenia opiekunów uzyskała Walczak [7]. Z powyższymi badaniami zgadzają się wyniki odnośnie do stopnia pokrewieństwa. W badanej grupie probantów opiekę świadczone głównie nad rodzicami lub współmałżonkami.

Opiekunowie, oceniając swoje obciążenie, związane z opieką nad najbliższymi, zwrócili uwagę na znaczący brak wsparcia instytucji, natomiast wskazali na pozytywne zjawisko wsparcia najbliższych. Podobnie oceniono problem otrzymywanego wsparcia w wyżej wspomnianym badaniu EX-PO [6]. Nieco odmienne wyniki uzyskano w badaniach Walczak, gdzie opiekunowie bardzo często odczuwają brak pomocy i wsparcia najbliższego otoczenia, a także społeczeństwa oraz powołanych do pomocy instytucji [7].

Pod względem relacji opiekun–podopieczny, uzyskane wyniki również są nie zadowolające. Skarżą się oni głównie na zbyt dużej ilość zajęć, brak kontro-

li nad chorobą i związanymi z nią zaburzeniami zachowania, poczucie bezradności. Nieliczne badania przeprowadzone w populacji opiekunów potwierdzają częste zaburzenia depresyjne i lękowe [8, 9].

Ocena sprawności funkcjonalnej za pomocą skali Barthla jest znacznie obniżona, większość badanych podopiecznych kwalifikuje się do objęcia opieką długoterminową, usługami specjalistycznymi lub opiekuńczymi. Z pewnością przyczyniłoby się to do poprawy jakości opieki nad osobami z zaburzeniami poznawczymi oraz do odciążenia opiekunów. Potwierdzają to badania Białchowskiej, które dowodzą, że sprawność funkcjonalna ocenianych chorych jest niska i zdecydowana większość wymaga całodobowej opieki [10].

Nie ulega wątpliwości, że opieka nad chorym z otępieniem to ciężka i wyczerpująca psychicznie praca, związana ze zmaganiem się z sytuacjami wykraczającymi poza dotychczas znane doświadczenia. Opiekun, który spędza cały czas z chorym, jest narażony na wiele chorób somatycznych i psychicznych (np. depresję). Aby im zapobiec, powinien już na samym początku zadbać o wsparcie w opiece nad chorym. Po pierwsze, jeśli to możliwe należy włączać w opiekę pozostałych członków rodziny. Jeśli nie jest to możliwe, warto skorzystać z pomocy opiekunów zatrudnianych przez ośrodki pomocy społecznej (szczegółowych informacji na ten temat udziela pracownik socjalny) lub opiekunów prywatnych.

Wnioski

1. Większość z ankietowanych nie korzysta z opieki długoterminowej i z usług pomocy społecznej.
2. Największym zmartwieniem dla opiekunów jest poczucie samotności w obliczu podjętej opieki nad chorymi. Wskazują oni również na niewielką kontrolę nad zachowaniem osoby, którą się opiekują, spada na nich również zbyt wiele zajęć, w których kiedyś pomagała im chora osoba.
3. Najwięcej spośród podopiecznych ankietowanych opiekunów jest w stanie średnio ciężkim – prawie 60%. Natomiast ponad 42% opiekunów zajmuje się osobami w stanie bardzo ciężkim.

Bibliografia

- [1] Barcikowska M., *Otępienie w podeszłym wieku*, [w:] *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*, red. T. Grodzicki, Via Medica, Gdańsk 2007.
- [2] Wasiaś B., *Dlaczego grupa wsparcia jest potrzebna opiekunowi*, Blżej Alzheimera, Warszawa 2001, s. 2–3.
- [3] Wasiaś B., *Dlaczego grupa wsparcia jest potrzebna opiekunowi...*
- [4] Barcikowska M., *Otępienie w podeszłym wieku*, [w:] *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej...*
- [5] Misiak K., Kopydłowska E., *Przygotowanie rodziny do opieki nad osobą starszą cierpiącą na chorobę otępienną*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne” 2011, nr 1, s. 67–68.
- [6] Kłoszewska I., *Rola opiekuna chorych z otępieniem*, „Polski Przegląd Neurologiczny” 2007, nr 3 (2), s. 105–109.
- [7] Hirschman K.B. i wsp., *The Development of a Rapid Screen for Caregiver Burden*, „Journal of the American Geriatrics Society” 2004, No. 52 (10), s. 1724–1729.
- [8] Gabrylewicz T., Kotapka-Minc S., Mączka M. i wsp., *Charakterystyka polskiej populacji osób z chorobą Alzheimera i ich opiekunowie. Raport z badania obserwacyjnego EX-PO*, „Psychogeriatrya Polska” 2006, nr 3, s. 75–84.
- [9] Wąlczak M., *Narażenie osób opiekujących się pacjentami z otępieniem wynikające z podejmowania obowiązków wobec tych pacjentów*, [w:] *Neurokognitywistyka w patologii i zdrowiu*, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, s. 68–71.
- [10] Witusik A., Pietras T., *Lęk i depresja u opiekunów osób chorych na otępienie – badania pilotażowe*, „Psychogeriatrya Polska” 2007, nr 4, s. 1–6.
- [11] Kosmala K., Kłoszewska I., *Ocena wpływu zaburzeń zachowania osób z chorobą Alzheimera na samopoczucie ich opiekunów*, „Rocznik Psychogeriatryczny” 2003, nr 6, s. 39–49.
- [12] Błachowska A., *Niesprawność funkcjonalna w umiarkowanym otępieniu w przebiegu choroby Alzheimera*, „Geriatrya” 2010, nr 4, s. 5–9.



Mária Kopáčiková¹

¹ Katolícka Univerzita Ružomberok, Fakulta zdravotníctva, Slovakia

Ošetrovateľská starostlivosť o onkologického pacienta a jeho rodinu

Nursing care of the cancer patient and his family

Abstract

We examined respondents satisfied with the quality of nursing care in the home and how they perceive patients and family members the quality of nursing care provided.

The research sample consisted of 200 respondents, randomly selected. We used the questionnaire method. The results were processed statistically.

We found that satisfaction with the quality of care for the patient is a good perception of the level of care for patients and families is positive. In some areas, we identified certain deficiencies.

We suggest not to underestimate the importance of communication with patients and family members, leading to a deepening understanding of human relations and affects the quality of nursing care, nurses implement the Code of Conduct in the approach to patients.

Keywords: cancer, communication, nursing care

Úvod

Problematika onkologických ochorení sa v posledných desaťročiach dostáva čoraz viac do popredia z hľadiska výskytu týchto ochorení. Tento mimoriadne nepriaznivý jav je podmienený nielen tým, že medicína prekonala dlhú cestu na ceste boja proti infekčným ochoreniam, ale je podmienený aj tým, že vďaka „pokroku“ sa náš život stáva čoraz rýchlejšim a stres stále významnejším faktorom ovplyvňujúcim naše bytie.

Naša spoločnosť a naša doba je charakterizovaná ako obdobie turbulencie. Toto uponáhľané obdobie i táto novodobá realita sú spojené a charakterizované stresovými situáciami a v neposlednej rade neschopnosťou zamerať sa na najzákladnejšie priority ľudských potrieb.

Všeobecne organizmus je vystavený veľkému počtu rôznych prírodných alebo umelých karcinogénnych faktorov prostredia, vrátane látok, ktoré sú

schopné modifikovať karcinogenézu. Predpokladá sa, že 50 až 90 % všetkých humánných zhubných nádorov je spojených s exogénnymi faktormi životného prostredia vrátane výživy (veľa tukov, málo vlákniny), priemyselných exalátov, žiarenia, fajčenia a iných škodlivých faktorov životného štýlu a na neposlednom mieste vírusov, ktorým sa pripisuje asi 20% podiel na incidencii nádorových ochorení [8].

Onkologické ochorenie ovplyvňuje aktuálne prežívanie, uvažovanie a správanie pacienta. Závažné životné záťaže vplývajú na jeho psychiku a môžu zmeniť i jeho osobnostné vlastnosti [4, 10]. Tieto náročné životné situácie nezahŕňajú len pacienta, ale aj celú jeho **rodinu** – jednak po emočnej, psychickej a sociálnej stránke, ale aj naruša sa zabehnutý model fungovania rodiny a vzniká potreba vytvorenia nového modelu.

Onkologický pacient a jeho rodina – subjekt i objekt ošetrovateľskej starostlivosti

Všeobecne možno povedať, že onkologickým pacientom je každý, u koho bol zistený zhubný nádor, a to bez ohľadu na spôsob liečby. Onkologickým pacientom je na jednej strane človek, ktorý nemá žiadne príznaky nádorového ochorenia a vo svojom živote nie je nijako obmedzovaný, na druhej strane je človek umierajúci na pokročilý stav nádorového ochorenia. Podobné je to aj s liečbou a jej znášaním, od sledovania po úspešnej liečbe až po liečbu vysoko náročnú a zaťažujúcu pacienta.

Potreby ťažko chorého vychádzajú z holistického prístupu k osobnosti, a vnímajúc osobnosť ako jednotu bio-psycho-spirituálnu a preto je dôležitá potreba sprevádzaného rešpektovať vo všetkých týchto rovinách. Ide o stav ľudského organizmu, ktorý znamená narušenie vnútornej rovnováhy, respektíve nedostatok vo vonkajších vzťahoch a ich dlhodobé nenapĺňanie sa nepriaznivo odráža na zdraví a v životnej pohode [5].

Biologické potreby musia byť uspokojované ako prvé pre blaho onkologického pacienta a jeho blízkych. Pri ich uspokojovaní treba zohľadňovať, že sú ovplyvnené spomaľujúcimi sa telesnými procesmi a narušenou homeostázou.

Pri uspokojovaní psychologických potrieb sa prioritne očakáva od ošetrovateľského personálu rešpektovanie ľudskej dôstojnosti, potreby bezpečia, komunikácie, lásky a dôvery. Po potvrdení diagnózy, prechádza chorý najčastejšie do štádia odovzdanosti, stavu rezignácie. Sprevádza ho bezradnosť a smútok, neraz aj ťaživé depresie a myšlienky na to, že sa mu život končí. Dnes je známe, čo onkologický pacient prežíva, preto postoj a skutky lekára sú ovplyvňované jeho osobou a osobnou zrelosťou. Reakcia pacientov na onkologickú chorobu je odlišná od reakcií na diagnózy iných ochorení a preto podpora pacienta s rakovinou je potrebná pri zmene jeho psychického stavu, pretože laická verejnosť nemá dostatok informácií o rakovine, ale stále registrujú skôr údaje

o úmrtnosti ako o liečbe ochorenia. Po stanovení diagnózy chorý väčšinou dostáva skromnejšie informácie o liečebných postupoch a s negatívnymi liečebnými účinkami sa oboznamuje až počas liečby.

Sociálne faktory – sociálne väzby, vzťahy a kontakty – v nemalou mierou ovplyvňujú kvalitu života pacienta. Prítomnosť najbližších je najdôležitejšia a ak nie je možný častý kontakt s rodinou, tak ošetrovateľský personál venuje zvýšenú pozornosť chorému.

Podpora onkologického pacienta je jedným z dôležitých protektívnych faktorov pri zvládnutí stresu z ochorenia a liečby. Pacienti, ktorí dostávajú od rodiny a priateľov dostatok emocionálnej podpory sú v procese liečby veľakrát aktívnejší, majú väčšiu motiváciu bojovať a nevzdávajú sa.

Tabuľka 1. Pozitívne a negatívne faktory vplyvajúce na priebeh onkologického ochorenia

Čo môže pomôcť chorobu zvládnuť	Čo môže chorobu komplikovať
kvalitná komunikácia, informácie o chorobe a možnostiach liečby	tendencia uzatvárať sa do seba a vyhýbať sa informáciám o chorobe
aktívny postoj k chorobe a liečbe	pasívna odovzdanosť chorobe
udržiavanie dobrej fyzickej kondície	psychická dekompenzácia a nevyhľadávanie odbornej pomoci
podpora rodiny a priateľov	malá podpora zo strany rodiny a priateľov

Zdroj: Andrášiová 2007.

Duchovné potreby súvisia so zmyslom života a smrti. V spoločnosti prevláda názor, že spirituálne potreby majú iba veriaci ľudia. Nie je to však pravda, aj veriaci človek môže nájsť zmysel v utrpení seba, či blízkej osoby a naopak, sú veriaci, ktorí svoj život neprežívajú ako zmysluplný [5]. Ich uspokojovanie je dôležité u každého chorého. Dôležitým predpokladom ich uspokojovania sú kvalitné medziludské vzťahy.

Rodina je základnou spoločenskou jednotkou. Považuje sa za jedinečný systém, ktorý je nevyhnutný pre podporu zdravia a vytvorenie vzájomnej väzby medzi jej jednotlivými členmi. Možno ju definovať aj ako neformálnu sociálnu skupinu konkrétneho národa, ktorému zabezpečuje kontinuitu ľudského rodu a výchovu dorastajúcej generácie. Je otvoreným systémom, ktorý sa usiluje o aktívnu rovnováhu. Hlavnými znakmi tohto systému je vzájomná prepojenosť každého s každým a komunikačno-interaktívne ovplyvňovanie [11].

Onkologický pacient je, i naďalej zostáva členom rodiny. Počas návštev v rodinách sa sestry stretávajú s rôznymi situáciami, ktoré musia naliehavo a taktne riešiť. Skúsená sestra ako poskytovateľ ošetrovateľskej starostlivosti, veľmi

rýchlo dokáže posúdiť situáciu, či rodina a najbližší príbuzní majú o pacienta záujem, alebo je táto starostlivosť z donútenia vzhľadom k danej situácii. Sestra musí vedieť aktívne počúvať a zároveň dokázať analyzovať situáciu [7].

Sestra umožní rodine aktívne sa zapojiť do procesu ošetrovania. Naučí príbuzných ako sa starať o pacienta, ako sledovať stav bolesti, uspokojovať základné potreby v čase jej neprítomnosti v rodine. Rodina preberá v neprítomnosti sestry zodpovednosť za starostlivosť o onkologického pacienta. Sestra jednoducho, stručne, ale dostatočne priblíži príbuzným stav pacienta. Oboznámení ich so správnym správaním vo vzťahu k svojmu príbuznému – chorému. Musia sa stotožniť so skutočnosťou, že kedykoľvek môže nastať koniec. Dodávať pacientovi podporu v jeho ťažkej životnej situácii, je priamou a často i tou poslednou zložkou socializácie, ktorú v tomto období pacient využíva [3]. Ak rodina ako prvok zlyhá, môžu nastať i komplikácie z pohľadu pacienta. Ten sa môže cítiť odsunutý a nepotrebný, môže sa stať apatickým a nespôlupracuje, pretože nepocituje podporu tých najbližších.

Je nevyhnutné, aby príbuzní sledovali príznaky ochorenia, rozpoznávali slabé i silné stránky ochorenia, nebáli sa emociálne vyjadriť, vytvárali dobré medziludské vzťahy, využívali relaxačné metódy a priamy oddych, nebáli sa hovoriť o svojich príbuzných, problémoch, rozpoznali syndróm vyhorenia, nebáli sa využiť pomoc erudovaného psychológa, psychoterapeuta [1, 3].

Rodina pacienta prežíva rovnaké pochybnosti a úzkosti, niekedy sú ešte posilnené podozrením, že milovaný človek kvôli svojmu ochoreniu disimuluje. Niekedy rodina na začiatku ochorenia intenzívne sleduje, vyjadruje mu primeranú mieru podpory. V iných sa však môže vyvinúť pseudozdieľanie, pri ktorom je význam symptómov od začiatku generalizovaný, a rodina je často aktívnejšia než pacient. Často sú za jeho chrbtom prizývaní konzultanti, a ďalší špecialisti. Pacienti sa v tomto necítia dobre ako objekty. Niekedy dochádza i ku bagatelizácii príznakov, pacient býva podozrievaný z precitlivenosti a túžby na seba upozorniť, dochádza i k obvineniu z hypochondrie a simulanstva. Najčastejšie pocity v rodine chorého sú úzkosť a strach. Významné bývajú i pocity viny. V rodinnej interakcii získava ochorenie svoj význam.

Je potrebné vychádzať z faktu, že rodina a priatelia sa o onkologickom ochorení skôr či neskôr dozvedia. Preto sa ako lepšie ukazuje diagnózu najbližším povedať, aby mali možnosť ponúknuť podporu a pomoc, a aby sa sami mohli (v prospech chorého) zadaptovať na jeho ochorenie. Pri závažných ochoreniach je obsiahnutý i potenciál, ktorý umožňuje, že sa odkrývajú a zmysluplne riešia i roky neriešené konflikty. A tak je možné objaviť zdroj pomoci i tam, kde ho pacient neočakáva. Ochorenie totiž veľmi mení pohľad na svet. Pôvodné hodnoty sa premieňajú a získavajú inú kvalitu.

Ak je rodina oboznámená s diagnózou ako prvá, veľmi často stojí pred pokúšením „ochrániť“ pacienta pred realitou ochorenia. Týmto sa situácia mení

na hru neadekvátneho súcitu a ľutovania. Najčastejším motívom je strach, aby si citlivý pacient „niečo neurobil“. Pritom rodinní príslušníci sú tiež pri oboznámení sa s diagnózou vystavení veľkej záťaži. Sami potrebujú prejavíť svoje pocity a vplyvom tejto nevyváženej hry si to nemôžu dovoliť [4]. Nemôžu potom poskytovať podporu a pomoc chorému. V priebehu liečby sa chorý spravidla dozvie pravdu, po ktorej môže nasledovať vlna hnevu, horkosti, a strata dôvery. Chorý sa odteraz môže domnievať, že sa mu nerozpráva pravda.

Prijatie diagnózy je ťažkým a z psychologického hľadiska zásadným obdobím, ktoré podmieňuje ako bude liečba jedinom zvládnutá. Pokiaľ nie je diagnóza povedaná, zvyšuje sa pacientova tendencia k úzkosti a precitlivenosti. Chorý postupne prestáva byť vo svojom okolí zrozumiteľný. Môže sa až uzavrieť za múr svojho prežívania, vo svojich myšlienkach, predsudkoch a nereálnych očakávaniach. Stav nevedomej izolácie postupne vzdaluje chorého od okolia i seba samotného a môže i ohroziť úspešný priebeh ochorenia. Napak, vysvetľovanie, zverovanie sa, približovanie sa a otváranie sa vytvára most nielen k pochopeniu, ale i zvládnutiu neľahkej onkologickej liečbe. Obdobie oznamovania diagnózy si zaslúži zvýšenú pozornosť, pretože ak ochorie jeden člen rodiny, svojím spôsobom ochorie celý rodinný systém. Úskalím tohto obdobia je rôzna pripravenosť jednotlivých členov rodiny. Každý má inú schopnosť reagovať na zmeny, inú rýchlosť adaptácie, prispôsobenia sa. V terapii sa môžeme často stretnúť s vyčerpanými partnermi, rodičmi dospelého onkologického pacienta, ktorí naplno prevezmú na seba starostlivosť o chorého a svoje vlastné nároky a potreby zredukujú na minimum.

Cieľom práce je zistiť spokojnosť respondentov s kvalitou ošetrovateľskej starostlivosti v domácnosti z pohľadu pacienta a rodiny a to: zistiť ako vnímajú pacienti a rodinní príslušníci kvalitu poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti.

Materiál a metodika

Charakteristika prieskumnej vzorky a metódy

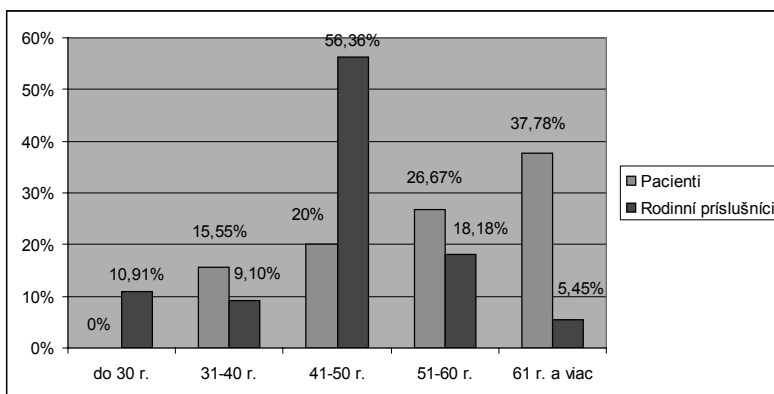
Empirická štúdia mala charakter aplikovaného prieskumu. Prieskumnú vzorku tvorilo 200 respondentov (90 pacientov a 110 rodinných príslušníkov). Výber respondentov bol náhodný. Za základné kritérium pre výber respondentov sme zvolili: pacienti s potrebou domácej ošetrovateľskej starostlivosti a ich rodinní príslušníci.

Za hlavnú metódu prieskumu sme zvolili viacpoložkový dotazník. Dotazník bol anonymný. Okrem identifikačných údajov obsahoval otvorené, zatvorené a polozatvorené otázky. Respondenti mali možnosť výberu medzi viacerými možnosťami, prípadne i podľa potreby i dopísať.

Prieskum sme realizovali v mesiacoch január až júl 2009. Návratnosť do-
tazníkov bola 100%. Výsledky prieskumu boli spracované pomocou Micro-
soft-Excel, vyjadrené v absolútnych číslach a percentuálne vyhodnotené, spracované do tabuliek a znázornené graficky.

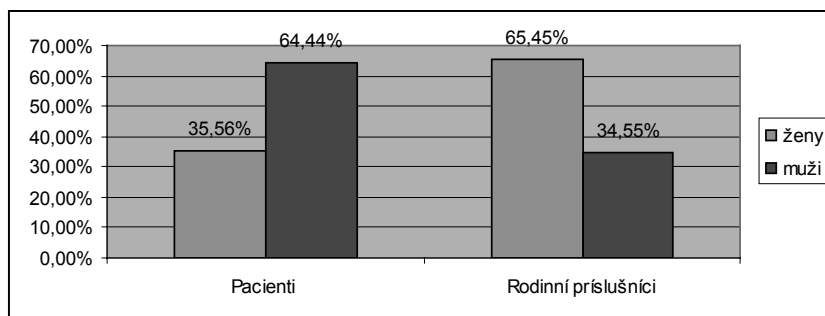
Výsledky

Graf 1. Vekové rozloženie respondentov



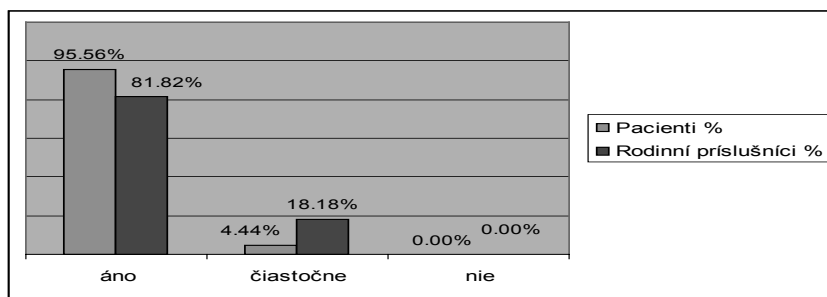
Vo vekovej kategórii do 30 rokov nebol ani jeden pacient, od 31 do 40 rokov 15,55% pacientov, od 41 do 50 rokov 20,00% respondentov, od 51 do 60 rokov 26,67%. Najväčšie zastúpenie pacientov bolo vo vekovej kategórii nad 61 rokov 37,78%. Z rodinných príslušníkov bola najviac zastúpená veková kategória od 41 do 50 rokov 56,36% respondentov, do 30 rokov bolo 10,91% respondentov, od 31 do 40 rokov 9,1% respondentov, od 51 do 60 rokov 18,18% respondentov a nad 61 rokov 5,45% respondentov (graf 1).

Graf 2. Rozdelenie respondentov podľa pohlavia



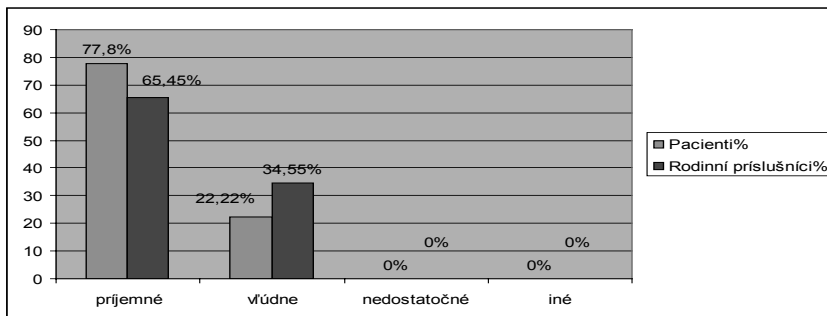
Z celkového počtu pacientov bolo 35,56% žien a 64,44% mužov. Z celkového počtu rodinných príslušníkov bolo 65,45% žien a 34,55% mužov (graf 2).

Graf 3. Spokojnosť s poskytovanou ošetrovateľskou starostlivosťou



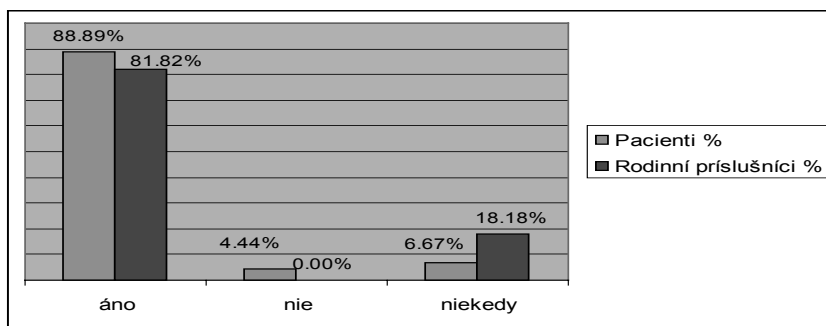
Zistili sme, 95,56% pacientov je spokojných s poskytovanou ošetrovateľskou starostlivosťou, čiastočne spokojní s poskytovanou ošetrovateľskou starostlivosťou je 4,44%. Rodinní príslušníci (81,82%) vyjadrili spokojnosť s poskytovanou ošetrovateľskou starostlivosťou a 18,18% vyjadrilo čiastočnú spokojnosť s ošetrovateľskou starostlivosťou (graf 3).

Graf 4. Hodnotenie empatického správania



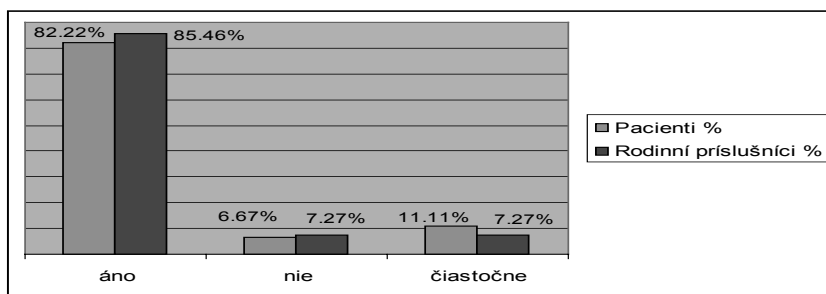
Ako príjemné, empatické správanie sestier charakterizovalo 77,78% pacientov, vlúdne empatické správanie sestier označilo 22,22%. Rodinní príslušníci boli spokojní s empatickým správaním sestier a charakterizovali ho ako príjemné (77,78%), a 34,55% rodinných príslušníkov hodnotilo správanie sestier ako vlúdne. Nespokojnosť respondenti nevyjadrili (graf 4).

Graf 5. Rešpektovanie potrieb a rozhodnutí



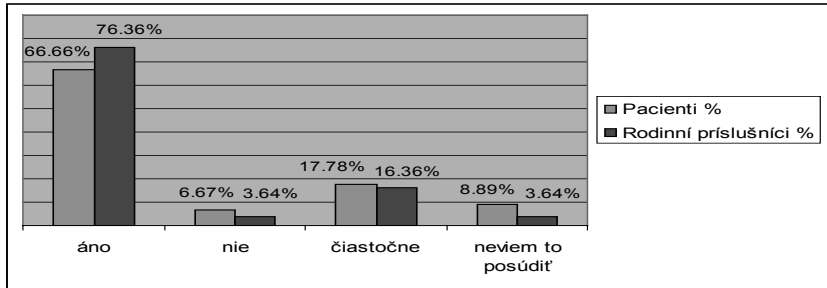
Z výsledkov vyplýva, ošetrovateľský personál rešpektuje potreby a rozhodnutia pacientov podľa 40 pacientov (88,89%). 2 pacienti (4,44%) uviedli, že nie a 3 pacienti (6,67%) odpovedali, že niekedy. Rodinní príslušníci počtom 45 (81,82%) uviedli, že sú spokojní s rešpektovaním uspokojovania potrieb a ich rozhodnutí a 10 rodinných príslušníkov (18,18%) uviedlo, že iba niekedy (graf 5).

Graf 6. Udržiavanie kontaktu s rodinou



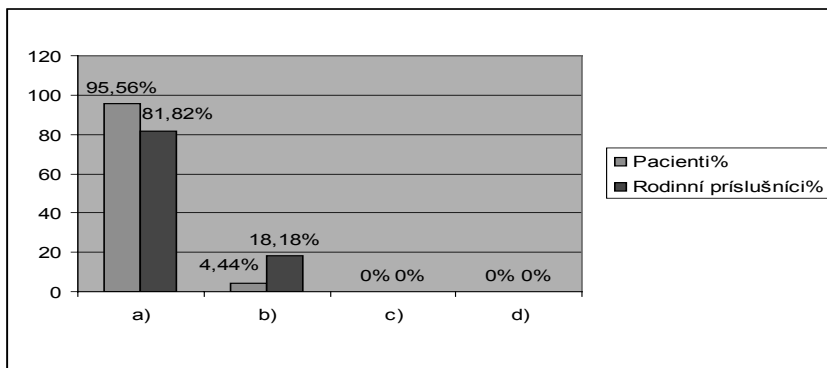
Veľká väčšina pacientov 37 (82,22%) je spokojná so záujmom ošetrovateľského personálu o udržiavanie kontaktu s rodinou, 3 respondenti (6,67%) nie sú spokojní a 5 pacienti (11,11%) uviedli čiastočnú spokojnosť. Rodinní príslušníci uviedli spokojnosť s udržiavaním kontaktu s rodinou počtom 47 (85,46%), nespokojní boli 4 rodinní príslušníci (7,27%) a čiastočne spokojní boli tiež 4 rodinní príslušníci (7,27%) (graf 6).

Graf 7. Pomoc s vyrovnávaním sa so strachom a pocitom úzkosti



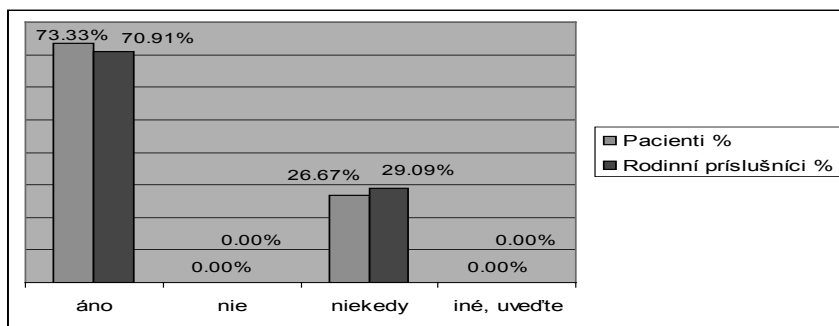
Podľa 30 pacientov (66,66%) pomáha ošetrovateľský personál im svojou pozornosťou vyrovnávať sa so strachom a pocitom úzkosti, 3 pacienti (6,67%) uviedli, že nie a čiastočnú spokojnosť vyjadrilo 8 pacientov (17,78%). Nevyjadrili sa 4 pacienti (8,89%). Rodinní príslušníci sa vyjadrili nasledovne: 42 (76,36%) sú spokojní s pozornosťou ošetrovateľského personálu a pomáha im pri vyrovnávaní sa so strachom a pocitom úzkosti, 2 rodinní príslušníci (3,64%) uviedli nespokojnosť, čiastočnú spokojnosť 9 respondenti (16,36%) a k otázke sa nevedeli vyjadriť 2 respondenti (3,64%) (graf 7).

Graf 8. Komunikačné prejavy



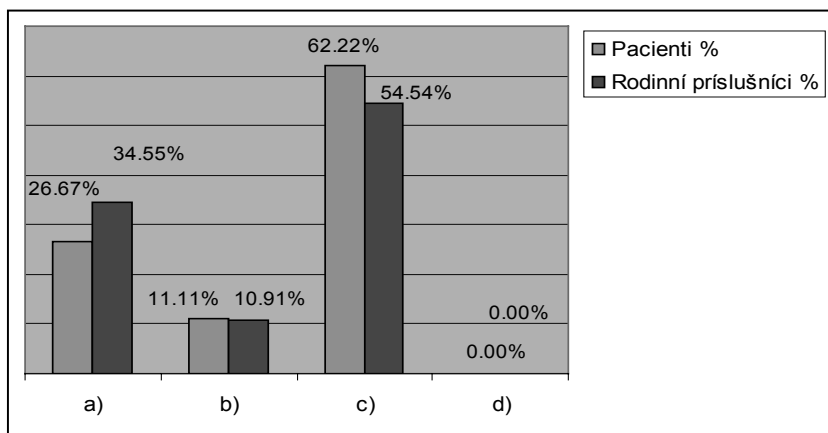
Na túto položku odpovedalo 45 pacientov (100%) z toho 43 pacientov (95,56%) hodnotilo komunikačné prejavy ako povzbudzujúce a iba 2 pacienti (4,44%) vyjadrili čiastočne povzbudzujúce. Nezáujem o komunikáciu neuviedol ani jeden pacient. Rodinní príslušníci vyjadrili spokojnosť s komunikačnými prejavmi ošetrovateľského personálu počtom 45 (81,82%) a 10 rodinných príslušníkov (18,18%) vyjadrilo čiastočnú spokojnosť s komunikačnými prejavmi ošetrovateľského personálu (graf 8).

Graf 9. Rozhovor pri ošetrovaní



Z opýtaných pacientov 33 (73,33%) sa vyjadrilo, že ošetrovateľský personál venuje dostatok času na rozhovor a 12 pacientov (26,67%) sa vyjadrilo, že niekedy. Z rodinných príslušníkov 39 respondentov (70,91%) uviedlo, že sú spokojní s dostatkom času, ktorý venuje ošetrovateľský personál na rozhovor a 16 respondentov (29,09%) uviedlo, že iba niekedy. Na nedostatok času pre rozhovor sa nevyjadril ani jeden respondent (graf 9).

Graf 10. Význam komunikácie



Väčšina opýtaných pacientov 28 (62,22%) sa vyjadrila, že dobrá komunikácia im pomáha zlepšovať výsledky ošetrovateľskej starostlivosti, že pôsobí na nich povzbudzujúco sa vyjadrilo 12 pacientov (26,67%) a že pomáha prehĺbovať medziludské vzťahy sa vyjadrilo 5 pacientov (11,11%). Rodinní príslušníci 30 (54,54%) sa vyjadrili, že dobrá komunikácia im pomáha zlepšovať ošetrovateľskú starostlivosť, 19 rodinných príslušníkov (34,55%) sa vyjadrilo,

že dobrá komunikácia medzi ošetrovateľským personálom a rodinou pôsobí povzbudzujúco a 6 respondentov (10,91%) si myslí, že dobrá komunikácia pomáha prehĺbovať medziľudské vzťahy medzi ošetrovateľským personálom a rodinou (graf 10).

Diskusia

K najvýznamnejším znakom súčasného obdobia patrí neustále sa zvyšujúci počet onkologicky chorých pacientov [7]. Dvadsaťte storočie a prudký rozvoj medicíny sa v nemalej miere podpísalo na negatívnom vnímaní života. Ľudia sa viacej boja utrpenia než samotnej smrti. 95,56% pacientov a 81,82% rodinných príslušníkov vyjadrilo svoju spokojnosť s poskytovanou ošetrovateľskou starostlivosťou. Väčšina pacientov a rodinných príslušníkov charakterizovala správanie sestry ako príjemné a vládne. 30 pacientom (66,66%) a 42 (76,36%) rodinným príslušníkom pomáha ošetrovateľský personál svojou pozornosťou vyrovnávať sa so strachom a pocitom úzkosti. Kvalitné zdravotnícke služby to nie je len špičkové materiálne-technické zabezpečenie pracovísk, ale aj ľudský prístup všetkých zdravotníckych pracovníkov k pacientom. Rodina, ako súčasť ošetrovateľského tímu je jeho platnou zložkou. Materiálne-technická úroveň je dostatočná, ale závislá na finančnom zabezpečení rodín. Preto odporúčame pre prax prehodnotenie tejto situácie, čo je však možné len z pohľadu legislatívy sociálneho poistenia. Bolo by vhodné, aby sa táto starostlivosť vykonávala v domácom prostredí, podporiť zúčastnené prvky rodinnej zložky, ktoré nie sú v pracovnom pomere. Určite by sa malo tejto problematike venovať viacej pozornosti a častejšie prehodnocovať túto skutočnosť. Preto je riešenie tejto otázky v kompetencii štátu a sociálnej zložke zdravotnej starostlivosti. Väčšina pacientov 28 (62,22%) a rodinných príslušníkov 30 (54,54%) sa vyjadrila, že dobrá komunikácia im pomáha zlepšovať výsledky ošetrovateľskej starostlivosti, že pôsobí na nich povzbudzujúco sa vyjadrilo 12 pacientov (26,67%) a 19 rodinných príslušníkov (34,55%). Pomáha prehĺbovať medziľudské vzťahy sa podľa 5 pacientov (11,11%) a 6 rodinných príslušníkov (10,91%).

Poskytovanie psychoterapeutickej starostlivosti rodine onkologicky chorého preto považujeme za rovnako dôležité ako jej poskytovanie pacientom samotným. Každý má inú schopnosť reagovať na zmeny, inú rýchlosť adaptácie. Medzi chorým a rodinou vzniká nesúlad v potrebe o ochorení rozprávať. Dôležité je ponechať na chorom, aby určil, kedy je pre neho ten správny čas k rozhovoru. Sociálna komunikácia v zdravotníctve má svoje významné miesto [9, 12].

Nepodceňovať význam komunikácie s pacientmi a rodinnými príslušníkmi, ktorá vedie k porozumeniu a prehĺbovaniu medziludských vzťahov a ovplyvňuje kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti. Uplatňovať Etický kódex sestry v prístupe k pacientom, pretože vyjadruje základný štandard komunikácie alebo jednania sestry s pacientmi a rodinou, ošetrovateľskú starostlivosť vykonávať v súlade so štandardmi, pretože ich uplatnenie v praxi ochraňuje sestry pred neoprávneným postihom a poskytujú záruky na minimálnu kvalitu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti.

Záver

V posledných rokoch sa do popredia medicíny i do oblasti ošetrovateľstva čoraz viac dostáva starostlivosť o onkologických pacientov, u ktorých zlyhala takzvaná kauzálna liečba a pristúpilo sa až k liečbe paliatívnej. Táto téma je čoraz viac medializovaná a pripisuje sa jej veľký dôraz, i vzhľadom k riešeniu bolesti, a tým umožniť pacientom zvýšenie kvality v období posledných dní jeho života. Každý z nás si uvedomuje prirodzené starnutie, ktoré je v dnešnej uponáhľanej dobe také rýchle, ale žiaľ ešte nikomu sa nepodarilo v dostatočnej miere spomaliť a ani zastaviť tento proces, ako by si želal. Mnohí z nás nemajú čas na návštevu lekára, či na vykonanie preventívnej prehliadky, ktoré by mohli veľakrát napomôcť k včasnej diagnostike ochorenia a tak predísť nepríjemným a vážnym následkom. Trend poskytovania zdravotnej starostlivosti na Slovensku ubera k zvyšovaniu kvality života onkologického pacienta a postupne sa stáva prioritou spoločnosti.

Literatúra

- [1] Adam Z., Vorlíček J., Koptíková J., *Obecná onkologie a podpůrná léčba*, Grada Publishing, Praha 2003, 787 s.
- [2] Andrášiová M., *Psychologické minimum o psychickom prežívaní onkologického pacienta*, Via pract. 2007, roč. 4 (S2): 42–46, Dostupné na: www.solen.sk/index.php?page=pdf_view.html [Citované 28.09.2012].
- [3] O'Connor M., Sanchia A., *Paliatívni péče pro sestry všech odborů*, Grada, Praha 2005, 324 s.
- [4] Goleman D., 2000, *Emočná inteligencia*, 1. vyd., Colombus, Praha 2000, 366 s.
- [5] Hatoková et al., *Sprevádzania chorých a zomierajúcich*, 1. vydanie, Don Bosco, Bratislava 2009, 215 s.
- [6] Hegyi L., Bražinová A., Tóth K., Weber J., *Práva pacientov v Slovenskej republike*, 1. vyd., MZSR, Bratislava 2000, 47 s.
- [7] Hanzlíková A. a kol., *Komunitné ošetrovateľstvo*, 1. vyd., Osveta, Martin 2004, 279 s.
- [8] Klener P., *Klinická onkologie*, Galén, Praha 2002, 686 s.
- [9] Křivohlavý J., *Rozhovor a jednání člověka s člověkem. Speciální komunikace ve zdravotnictví*, IDVPZ, Brno 1998, 88 s.
- [10] Křivohlavý J., *Psychologie nemoci*, 1. vyd., Grada, Praha 2002.
- [11] Matoušek O., *Rodina jako instituce a vztahová síť*, 2. vyd., Sociologické nakladatelství, Praha 2003.
- [12] Vymětal J., *Lékařská psychologie*, Portál, Praha 2003, 400 s.



Ilona Kuźmicz¹, Marta Szeliga^{1,2}

¹ TPCh Hospicjum im. św. Łazarza, Kraków

² Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Wydział Lekarski,
Zakład Dydaktyki Medycznej

Wybrane aspekty komunikacji chorych terminalnie z rodzinami oraz z zespołem terapeutycznym w hospicjum

Selected aspects of terminally ill patients communication with family and therapeutic team in hospice

Abstract

Serious, incurable disease affects not only the patient but also his/her family. At each stage of the disease patient requires professional help and support. Hospice is a place where therapeutic team effort to achieve the highest possible quality of life for not only the patients but also their families. The competent communication between interdisciplinary team and patients and their careers is a strategy to provide high-quality palliative care. It gives the opportunity to discover the needs, expectations and choices of patients and their caretakers. In hospice, because of the incurable nature of the disease, the prospect of gradual deterioration in health status and awareness of impending death, the problem of communication with patients and their relatives is of particular importance. This paper presents preliminary results assessing selected aspects of terminally ill patients communication with family and the therapeutic team.

Keywords: communication, palliative care, terminally ill patient, family

słowa kluczowe: komunikacja, opieka paliatywna, śmiertelnie chory pacjent, rodzina

Wprowadzenie

Komunikacja jest procesem, w którym informacje, znaczenia i uczucia mogą być wymieniane przez osoby za pomocą komunikatów werbalnych i niewerbalnych. Komunikacja więc to nie tylko wyłącznie „mówienie”. Można komunikować się na różne sposoby, czasem tylko poprzez gesty, postawę ciała, mimikę twarzy, obecność, a nawet milczenie [1]. Pierwszorzędną funkcją komunikacji

jest koordynacja działań wszystkich uczestników tego procesu. Aby wzajemne interakcje przebiegały bez przeszkód, konieczne jest nie tylko posługiwanie się językiem, ale także uwzględnienie doświadczenia, wartości i emocji każdej ze stron [2]. Właściwa bezpośrednia komunikacja między zespołem interdyscyplinarnym a pacjentami i ich opiekunami jest strategiczna dla zapewnienia wysokiej jakości opieki paliatywnej. Daje bowiem nie tylko możliwość przekazywania informacji o chorobie, prognozie, leczeniu, pielęgnacji, ale pozwala także poznać potrzeby, oczekiwania oraz wybory pacjentów i ich opiekunów. Dobra komunikacja umożliwi także wskazanie i podtrzymywanie nadziei oraz udzielenie wsparcia choremu i jego bliskim [3, 4]. Dzięki właściwej komunikacji można poprawić świadomość chorych kierowanych do hospicjum, a ta świadomość daje możliwość poprawy jakości ich życia [5]. W opiece paliatywnej celem komunikacji z chorym powinno być opanowanie największych problemów, z jakimi mają do czynienia osoby umierające (np. bólu, duszności, lęku rozstania, niepewności, braku zrozumienia i akceptacji, uzależnienia od pomocy innych) [6].

Pacjent, który nie zna rozpoznania może mieć jednak jakieś podejrzania. Fakt ten sprawia, że przeżywa niepokój, ma poczucie zagrożenia, staje się drażliwy. Jeśli bliscy udają, że wszystko jest w porządku, to pacjent nie ma z kim podzielić się przeżywanymi emocjami. W konsekwencji czuje się niezrozumiany i osamotniony, traci kontrolę nad swoim życiem. Z drugiej strony pacjent, który poznał prawdę również może przeżywać niepokój, lęk czy przygnębienie. Niemniej dzięki możliwości kontrolowania swojego życia, zachowanej zdolności do podejmowania decyzji, może stawiać sobie realne cele, co daje szansę na kształtowanie kreatywnego stosunku do własnego życia, na skoncentrowanie się na tym, co jeszcze można w życiu zmienić, zrobić lub naprawić. Fakt, że chory wie, iż umiera, może sprzyjać pogłębieniu więzi z najbliższymi, co daje szansę na przygotowanie się do godnego odejścia [4]. Posiadanie informacji na temat choroby i jej konsekwencji również przez bliskich pacjenta, daje im szansę przeżycia pozostałego im czasu w atmosferze zrozumienia, akceptacji, otwartości na własne potrzeby, a przede wszystkim pozwala na wzajemne wspieranie i pożegnanie się.

W hospicjum, ze względu na nieuleczalny charakter choroby, perspektywę sukcesywnego pogarszania się stanu zdrowia, świadomość nadchodzącej śmierci, a także często występujące trudności w nawiązaniu kontaktu werbalnego z chorym, problem komunikacji ma szczególne znaczenie. W codziennej pracy zawodowej ma się tam do czynienia z osobami, których cierpienie ma nie tylko wymiar fizyczny, ale bardzo często duchowy, społeczny i psychiczny. Każdy pacjent przeżywa cierpienie w swoisty sposób, dysponuje innym bagażem doświadczeń życiowych i tych związanych z chorobą. Stąd w opiece palia-

tywnej podkreśla się zarówno holistyczne, jak i zindywidualizowane podejście do podopiecznych i ich bliskich.

Niewłaściwa komunikacja może być przyczyną niepokoju pacjentów oraz ich rodzin, co w konsekwencji utrudnia przystosowanie się do choroby. Powstała luka między prawdą a rzeczywistością może negatywnie wpływać na proces przygotowania się do odejścia i skutkować rezygnacją ze świadczeń, które mogłyby ulżyć choremu i pomóc jego rodzinie. Trwanie w kłamstwie może wpływać nie tylko na podejście chorego do opieki paliatywnej, ale również, jak pokazują badania, mieć wpływ na natężenie doświadczanego przez osoby osierocone bólu. Przekazanie choremu całej prawdy przejściowo może niekorzystnie wpłynąć na nadzieję. Wielkość urazu z tym związaną wyznacza rozdźwięk pomiędzy oczekiwaniami pacjentów a przedstawianą prawdą o postępie choroby [3].

Obowiązujące w Polsce regulacje prawne gwarantują każdemu pacjentowi prawo do rzetelnej informacji na temat rozpoznania, prognozy choroby, leczenia i pielęgnacji [7]. Należy jednak pamiętać, że chory ma prawo do nieznania prawdy o swojej chorobie [8]. Z drugiej jednak strony, zgodnie z Kodeksem etyki lekarskiej, lekarz może nie przekazać choremu wiadomości o rozpoznaniu i złym rokowaniu w przypadku, gdy jest głęboko przekonany, iż jej ujawnienie spowoduje poważne cierpienie chorego [9]. Obecnie przekazanie niepomysłnych informacji na temat rozpoznania i prognozy choroby należy do zadań lekarzy. Niemniej pielęgniarki są w coraz większym stopniu zaangażowane w przekazywanie niepomysłnych informacji. Złe wiadomości są związane bowiem nie tylko z rozpoznaniem śmiertelnej choroby, ale mogą również pojawić się w innych sytuacjach, np. gdy chory dowiaduje się, że zastosowane leczenie wpłynie na jego wygląd zewnętrzny (konieczność założenia sondy żołądkowej) albo wywoła dokuczliwe objawy uboczne [3]. Stąd w opiece paliatywnej posiadanie umiejętności komunikacji jest przydatne także w przypadku pozostałych członków zespołu terapeutycznego, zwłaszcza pielęgniarek [4].

Do głównych barier utrudniających lekarzowi właściwą komunikację należą między innymi trudności w prognozowaniu dalszego trwania życia, niekompetencja chorego, naciski opiekunów, wątpliwości natury prawnej oraz nieumiejętność przekazywania niepomysłnych informacji [8]. Pomaganie pacjentom w zmaganiu się z przeszłością oraz w pogodzeniu się z terażniejszością i przyszłością musi uwzględniać czynniki, które mogą powodować trudności w komunikacji. Jednym z nich jest wiek chorego. Osoby starsze mogą mieć zaburzenia słuchu, mowy lub widzenia, które mogą wpływać na wyrażanie i odbieranie przekazu. Również występowanie dokuczliwych objawów choroby, takich jak: duszność, ból, wymioty czy lęk, powodują trudności w komunikacji. Ważne są również wcześniejsze doświadczenia pacjenta i jego bliskich

związane ze śmiertelną chorobą, które mogą wytworzyć drogę postępowania dla pacjenta do punktu, w którym będzie się on opierał wysiłkom opiekuna do przedstawienia problemów tak, jak faktycznie wyglądają [3].

Opanowanie umiejętności komunikacji jest podstawą dobrej współpracy między zespołem terapeutycznym a pacjentem chorym terminalnie i jego bliskimi [2]. Jak wynika z badań przeprowadzonych w grupie 133 studentów medycyny, znaczna większość badanych deklaruwała, że nie czuje się przygotowana ani praktycznie, ani teoretycznie do przeprowadzania z pacjentem i jego rodziną rozmów na temat nieuleczalnej choroby lub zbliżającej się śmierci [10]. W innych badaniach odsetek lekarzy, którzy zawsze informowali chorych o niekorzystnym rokowaniu wynosił 24%, przy czym tylko 19% przekazanie złych wiadomości uzależniłoby od okoliczności, głównie stanu psychicznego chorego. Badania te wskazują na istotną trudność, jaką jest przekazywanie niełatwych do zaakceptowania przez chorego informacji dotyczących rozpoznania śmiertelnej choroby [11].

Dzielenie się złymi informacjami wymaga uważnej oceny, kompetencji interpersonalnych, wrażliwości, a także zdolności do radzenia sobie z niepokojącymi emocjami [3]. Przekazywanie niepomysłnych wiadomości jest trudne i często może się wydawać ponad siły i posiadane umiejętności [12]. Umiejętności te powinny łączyć się ze zbiorem zasad, w ramach których informacje są przekazywane systematycznie, z dużym wyczuciem oraz są ukierunkowane na spełnienie potrzeb pacjenta [3]. Zaleca się przestrzeganie określonego schematu rozmowy, ale nie należy się go trzymać zbyt kurczowo tak, aby zachować pewien stopień elastyczności, pozwalający na dostosowanie się do zmieniającej się sytuacji [2]. Sposób, w jaki niepomysłne informacje są przekazywane, może znacząco wpływać nie tylko na emocje chorego, jego przekonania i postawy wobec zespołu terapeutycznego, ale również decyduje o tym, w jaki sposób będzie on postrzegał swoją przyszłość [13]. Informacje powinny być przekazywane w odpowiednim miejscu i czasie. Istotne jest, aby miejsce to zapewniało pacjentowi poczucie bezpieczeństwa oraz intymności [4, 14]. Przeprowadzając rozmowę z pacjentem należy uwzględnić jego możliwości intelektualne oraz reakcje emocjonalne [12]. Ważne jest również ustalenie zakresu posiadanych informacji przez chorego albo jego przypuszczeń na temat choroby i prognozy. Chorzy mogą bowiem znać nazwę swojej choroby, ale nie być świadomym jej skutków. Należy również ustalić, jak dużo chory chce jeszcze wiedzieć. Może się zdarzyć, że już na początku rozmowy pacjenci zaznaczają, że nie chcą poznać całej prawdy lub poproszą, aby te informacje przekazać bliskim. Gdy lekarz nie jest pewien, czy chory orientuje się w sytuacji i czy chce dowiedzieć się o niej czegoś więcej, może zastosować strzał ostrzegawczy [4]. Może wtedy powiedzieć: „Obawiam się, że sytuacja jest poważniejsza, niż to wyglądało na

początku”. Po takim zdaniu należy obserwować reakcję pacjenta i jeśli zareaguje on szokiem, przygnębieniem, należy na tym etapie zakończyć rozmowę i dać pacjentowi czas na przystosowanie się do tej wiadomości [15]. Kontynuując rozmowę należy wyjaśniać wszystkie wątpliwości zgłaszane przez chorego, pozwolić mu na wyrażenie emocji oraz ustalić, ile i co chory zrozumiał z tego, co zostało mu przekazane, jakiego rodzaju pomocy oczekuje [4]. W opiece paliatywnej przekazanie choremu niepomysłnej informacji wiąże się ze wzięciem odpowiedzialności przez zespół terapeutyczny za udzielenie mu wsparcia psychicznego [16]. Ważne jest wówczas zapewnienie o tym, że ani chory, ani jego bliscy nie zostaną sami, że pozostaną podjęte działania, które przyniosą ulgę w cierpieniu [4].

W literaturze dostępne są zasady przekazywania złych wiadomości opracowane przez różnych autorów. Na przykład Kaye zaproponował dziesięć zasad przekazywania niepomysłnych informacji. Obejmują one:

- 1) przygotowanie,
- 2) rozpoznanie, co pacjent wie,
- 3) czy korzystna jest większa ilość informacji,
- 4) sygnał ostrzegawczy,
- 5) pozwolenie na zaprzeczenie,
- 6) wyjaśnienie na prośbę pacjenta,
- 7) wysłuchanie obaw,
- 8) zachęcanie do ujawnienia uczuć,
- 9) podsumowanie i plan,
- 10) zaproponowanie pomocy [3].

Natomiast Baile ze współpracownikami podkreślają potrzebę właściwego przygotowania samego siebie, otoczenia, chorego oraz udzielenia właściwego wsparcia pacjentowi i jego bliskim, a także konieczność przygotowania planu postępowania, który jest przez nich akceptowany. Nacisk na przygotowanie, doprowadzenie do końca oraz pozwolenie choremu na określenie tempa i zakresu przekazywanych informacji wydają się przedstawiać wspólne cechy tych modeli [3].

Przekazaniu informacji o rozpoznaniu śmiertelnej choroby może towarzyszyć wystąpienie reakcji emocjonalnych, takich jak szok, rozpacz, depresja, smutek [3]. Reakcje te i zachowanie pacjenta często pełnią funkcję adaptacyjną, która ma na celu pomóc choremu odnaleźć się w trudnej sytuacji. W wielu przypadkach reakcje te zależne są od wytworzonych mechanizmów obronnych. Mechanizmy obronne to świadome i automatyczne procesy, których celem jest redukcja lęku powstałego w wyniku nieakceptowanych myśli i pragnień [17]. Jednym z najczęściej obserwowanych mechanizmów obronnych jest zaprzeczanie. Jest to działanie adaptacyjne, które poprzez negocjowanie

faktu występowania choroby zmniejsza lęk i stopniowo prowadzi do oswajania się z zaistniałą sytuacją. Jednak uporczywe zaprzeczanie zagrożone jest wystąpieniem nagłego załamania w momencie poznania prawdy [15]. Przekazywaniu niepomyślnych informacji często towarzyszy również lęk. Niemniej nie jest to uczucie stałe czy niedające się opanować. Uważne przeanalizowanie poprzednich doświadczeń życiowych i odporności psychicznej może skutecznie pomóc w złagodzeniu wpływu niepomyślnych informacji [3].

Istotnym elementem komunikacji jest zagadnienie zmywy. Pojęcie „zmywa” jest definiowane jako ochrona kogoś przed złymi wiadomościami. Można rozróżnić kilka rodzajów zmywy. Jeden z nich zapoczątkowują lekarze, którzy nie informują pacjentów o śmiertelnej chorobie i jej powikłaniach [3]. Wielu lekarzy obawia się sytuacji, w której będą zobowiązani do udzielenia swoim pacjentom niepomyślnych informacji [2]. Do najczęstszych powodów takiego zachowania należy zaliczyć: lęk przed zadaniem choremu bólu oraz wyrządzeniem mu krzywdy; obawa przed reakcją pacjenta i przed swoją bezradnością w tej sytuacji; odczucie, że chory znając prawdę o chorobie i prognozie straci nadzieję; przekonanie, że chory nie chce znać prawdy [4]. Dostępne są jednak wyniki badań, które pokazują, że szczerą rozmową, uwzględniającą wrażliwość chorego, pomaga mu zachować nadzieję [2]. Zmywa może być także inicjatywą rodziny, która nie chce, aby choremu przekazano informacje o rozpoznaniu i prognozie choroby [3]. Często rodzinom wydaje się, że poinformowanie pacjenta o śmiertelnej chorobie, braku możliwości leczenia przyczynowego stanie się zbyt bolesne dla chorego [18]. We współczesnej literaturze jest natomiast mało dowodów na to, że dzielenie się informacją o rozpoznaniu destrukcyjnie wpłynie na psychikę chorego [3]. W codziennej praktyce zdarza się, że rodzina zataja przed chorym fakt przyjęcia do hospicjum, informując go jednocześnie, że będzie przebywał w szpitalu, domu opieki, sanatorium, gdzie wskutek podjętych działań odzyska sprawność ruchową, będzie chodził, a nawet wyzdrowieje. Rodziny często tkwią w przekonaniu, że chory nie poradzi sobie z prawdą. A przecież zdarza się, że chory ją zna i sam musi się z nią zmierzyć. Z drugiej strony również pacjent może nalegać, aby nie udzielać bliskim informacji o pogarszającym się stanie zdrowia, zwłaszcza gdy jest świadomy, że bliscy nie akceptują jego choroby. Sytuacje te powodują, że czas, jaki pozostał choremu, wypełniony jest milczeniem, samotnością, brakiem akceptacji i wzajemnego zrozumienia [18]. Sieć kłamstw może być decydująca na podjęcie chorego do usług opieki paliatywnej i może skutkować rezygnacją ze świadczeń, które mogłyby przynieść mu ulgę w cierpieniu [3]. Trwanie w zmywie powoduje, że pacjent i jego bliscy bezzwrotnie tracą szansę na porozmawianie z zupełną świadomością o tym, kim dla siebie są, jak i w jakim otoczeniu chory chce umrzeć; powiedzenia „żegnaj”, „dziękuję”, „przepraszam”, „przykro

mi”, „będę tęsknił za tobą”, „będzie mi brak”; odwiedzenie rodzinnego domu; utrwalenie historii życia; przekazanie pewnych rad, wskazówek; upewnienie się, że bliscy poradzą sobie po śmierci chorego; uporządkowanie spraw finansowych; spisanie testamentu. Rozpoczęcie i podtrzymywanie umowy prowadzi do utraty możliwości wyjawienia wielu istotnych dla chorego problemów oraz pozostawia niezakończone sprawy [3].

Spostrzeżenia wielu autorów potwierdzają, że znaczna część chorych w stanie terminalnym nie posiada pełnej wiedzy na temat rozpoznania i prognozy choroby [8, 14]. Tymczasem, jak wynika z badań przeprowadzonych w grupie 40 chorych przebywających w hospicjum w Kowarach, ponad trzy czwarte badanych twierdziło, że człowiek zawsze powinien wiedzieć, iż choruje na nieuleczalną chorobę, a nieco mniej osób uznało konieczność posiadania wiedzy o zbliżającej się śmierci [14].

Cel badań

Celem pracy było przedstawienie wstępnych wyników badań dotyczących oceny posiadania przez chorych i ich rodzin informacji na temat rozpoznania i prognozy choroby w momencie objęcia opieką hospicyjną.

Metody

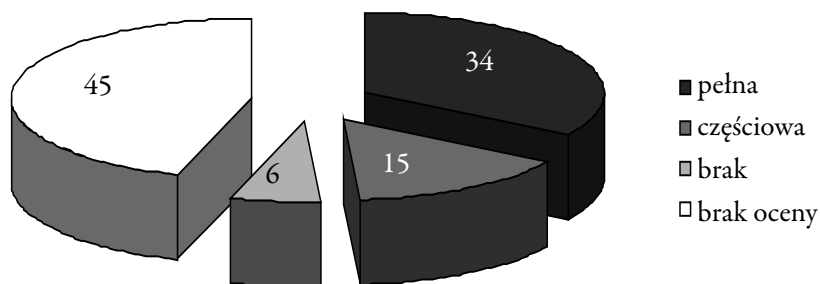
Badania zostały zrealizowane w Hospicjum im św. Łazarza w Krakowie. Materiał badawczy zebrano w oparciu o analizę dokumentacji medycznej 100 losowo wybranych pacjentów, którzy byli objęci opieką stacjonarną w 2012 roku.

Wyniki

Badana grupa pacjentów w większości mieściła się w przedziale wiekowym 81 lat i więcej, oraz 61–70 lat (odpowiednio: $N = 30$; $N = 26$). Najmniejszą grupę badanych stanowiły osoby w wieku 30–40 lat ($N = 2$) oraz 41–50 lat ($N = 6$). Średnia wieku badanych wyniosła 72,1 lat. Nieznacznie ponad połowa badanych to mężczyźni ($N = 51$). Największą grupę badanych stanowiły osoby, które miały rozpoznaną chorobę nowotworową ($N = 85$), u pozostałych osób zdiagnozowano inne schorzenia ($N = 15$). Ponad połowa badanych została objęta stacjonarną opieką paliatywną z przyczyn medycznych ($N = 61$), u pozostałych 39 osób były to wskazania społeczne. Przyczyny medyczne to głównie występowanie dokuczliwych dolegliwości, które trudno było opanować w warunkach domowych, natomiast przyczyny społeczne to

brak możliwości zapewnienia ciągłej opieki chorym terminalnie w warunkach domowych przez bliskich, których dolegliwości przy właściwej opiece dałoby się opanować w domu. Przed przyjęciem do hospicjum opiekę nad chorym w większości przypadków sprawowała wspólnie najbliższa rodzina ($N = 34$) oraz wyłącznie dzieci ($N = 22$) lub współmałżonek ($N = 20$). W 7 przypadkach opiekę nad chorym w domu pełnili znajomi, sąsiedzi, a 5 osób było bezdomnych. Wśród ogółu zbadanych rodzin w 12 przypadkach stwierdzono, że rodzina sprawowała opiekę, ale w sposób niewydolny. Wykazano, że przyczynami tego zjawiska było między innymi występowanie niepełnosprawności, chorób psychicznych oraz alkoholizmu u opiekunów.

Wykres 1. Znajomość rozpoznania i prognozy choroby przez pacjentów



W trakcie przyjęcia na oddział 34 pacjentów stwierdziło, że posiada pełną wiedzę na temat rozpoznania oraz prognozy choroby. Natomiast około połowę mniej osób ($N = 15$) zadeklarowało częściową wiedzę na powyższy temat, a 6 chorych nie posiadało w ogóle takich informacji. U prawie połowy badanych nie dokonano oceny ($N = 45$), czego główną przyczyną był brak lub utrudniony kontakt z chorym.

Jak wynika z wykresu 2, zdecydowana większość rodzin posiadała pełną wiedzę na temat rozpoznania i prognozy choroby bliskiej osoby ($N = 82$). U kilku rodzin stwierdzono częściową wiedzę ($N = 3$) lub brak informacji na powyższy temat ($N = 3$). Z powodu sytuacji konfliktowych w rodzinach, pobytu członków rodzin za granicą oraz braku zaangażowania się rodziny w opiekę nad chorym, w przypadku 12 rodzin nie uzyskano informacji na powyższy temat.

Wykres 2. Znajomość rozpoznania i prognozy choroby pacjentów przez rodziny

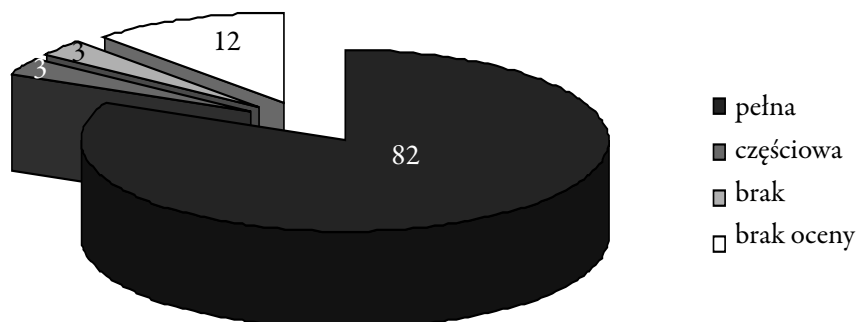


Tabela 1. Ocena komunikacji

Komunikacja w relacji (N = liczba badanych)	Ocena komunikacji		
	rodzina–chory	chory–rodzina	chory–personel
Szczera	79	48	53
Zdawkowa	1	1	4
Niechętna	1	3	0
Konfliktowa	2	2	0
Brak oceny	17	46	43

Jeden z etapów wywiadu przeprowadzanego w momencie przyjęcia chorego do hospicjum stacjonarnego dotyczy oceny komunikacji w relacji rodzina–chory, chory–rodzina oraz chory–personel. Ocena ta dokonywana jest przez rodzinę chorego. Analizując komunikację we wszystkich trzech ocenianych płaszczyznach stwierdzono, że w większości przypadków rodzina deklarowała, iż jest ona szczera. Powinno to oznaczać, że osoby komunikują się w sposób otwarty, rozmawiają o swoich problemach, potrzebach, zmartwieniach bez świadomego fałszowania przekazywanych informacji. W dwóch przypadkach komunikacja zarówno w relacji rodzina–chory, jak i chory–rodzina była konfliktowa. W obu przypadkach przyczyną tej sytuacji było skłócenie członków rodziny.

U części badanych rodzin nie uzyskano informacji na temat komunikacji, zwłaszcza w aspekcie relacji chory–rodzina oraz chory–personel. Przyczyny tego zjawiska to między innymi brak rodziny przy przyjęciu oraz występowanie trudności w dokonaniu oceny (trudności te spowodowane były na

przykład: brakiem kontaktu z chorym, występowaniem zbyt słabych więzi rodzinnych, brakiem zaangażowania w opiekę nad chorym, trudną sytuacją zdrowotną chorego). W odniesieniu do powyższych wyników zastanawiające jest, że około jedna piąta badanych pacjentów w czasie przyjęcia do hospicjum wykazywała brak lub tylko częściową wiedzę na temat stanu swojego zdrowia, podczas gdy zdecydowana większość ich bliskich miała pełną wiedzę na ten temat. Fakt ten może wskazywać na to, że zatajono przed chorymi niepomysłne wiadomości dotyczące stanu zdrowia lub przekazano tylko wybiórcze informacje. Nie można jednak wykluczyć, że wśród tych osób mogli znaleźć się chorzy, którzy nie chcieli poznać prawdy.

Wnioski

Z przeprowadzonej analizy wynika, że:

1. Umiejętne komunikowanie się z chorymi i ich bliskimi jest kluczowe w sprawowaniu zindywidualizowanej opieki adekwatnej do potrzeb i oczekiwań podopiecznych.
2. Fakt, że znaczna część badanych chorych wykazywała brak lub tylko częściową wiedzę na temat stanu swojego zdrowia potwierdza istnienie problemu komunikacji w zakresie przekazywania im niepomysłnych informacji zarówno w relacji lekarz–pacjent, jak i rodzina–pacjent.
3. Dobra komunikacja może poprawić świadomość chorych kierowanych do hospicjum, a ta świadomość daje możliwość poprawy jakości ich życia.

Bibliografia

- [1] Dunne K., *Effective Communications in Palliative Care*, „Nursing Standard” 2005, Vol. 20 (13), s. 57–64.
- [2] Kleja J., Filipczak-Bryniarska I., Wordliczek J., *Komunikacja w opiece paliatywnej*, „Medycyna Paliatywna w Praktyce” 2010, nr 4 (2), s. 81–85.
- [3] Kinghorn S., Gaines S., Satterley G., *Komunikacja w zaawansowanej chorobie: wyzwania i możliwości*, [w:] Kinghorn S., Gaines S. (red.), de Walden-Gałuszko K., Gaworska-Krzemińska A. (red. wydania polskiego), *Opieka paliatywna*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2012, s. 99–115.
- [4] Świrydowicz T., *Psychologiczne aspekty przekazywania niepomysłnych informacji o rozpoznaniu choroby i prognozie*, „Nowa Medycyna” 2000, nr 1 www.czytelnia-medyczna.pl/1316,psychologiczne-aspekty-przekazywania-niepomyslnych.html [dostęp: 08.11.2012].
- [5] Grądalski T., Wesolek E., Kleja J., *Terminal Cancer Patients' Informed Consent for Palliative Care Admission and Their Quality of Life*, „Journal of Palliative Medicine” 2012, Vol. 15 (8), s. 847.

- [6] Bołoz W., *Cierpienie duchowe w chorobie terminalnej*, „Polska Medycyna Paliatywna” 2004, nr 3 (1), s. 57–65.
- [7] Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 31 marca 2009 r.).
- [8] Grądalski T., Kochan K., Wesolek E., Kleja J., *Zgoda chorego na leczenie u kresu życia*, „Medycyna Paliatywna w Praktyce” 2010, nr 4 (3), s. 119–124.
- [9] Bołoz W., *Rezygnacja z uporczywej terapii jako realizacja praw człowieka umierającego*, „Medycyna Paliatywna w Praktyce” 2008, nr 2 (3), s. 79–85.
- [10] Pirogowicz I., Hoffmann K., Gwiazda E., Widejko K., Mes E., Pirogowicz P., Steciwko A., *Śmierć i nieuleczalna choroba jako problem w komunikacji z pacjentem w praktyce lekarskiej*, „Onkologia Polska” 2006, nr 9 (4), s. 166–171.
- [11] Leppert W., Łuczak J., Góralski P., *Wybrane problemy opieki paliatywnej i eutanazji w opiniach lekarzy i studentów medycyny*, „Polska Medycyna Paliatywna” 2005, nr 4 (2), s. 67–76.
- [12] Sepiolo A., *Problem przekazywania niepomysłnych informacji pacjentom z chorobą nowotworową w Polsce i na świecie*, „Psychoonkologia” 1998, nr 2, s. 69–73.
- [13] Fallowfield L., Jenkins V., *Communicating Sad, Bad, and Difficult News in Medicine*, „The Lancet” 2004, Vol. 363, s. 312–319.
- [14] Mess E., Kopytek B., Lisowska A., Jonak K., Twardak I., Mańkowska M., Chybicki M., *Potrzeba informowania chorego w stanie terminalnym*, „Onkologia Polska” 2007, nr 10 (4), s. 185–189.
- [15] de Walden-Gałuszko K., *U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi*, Wydawnictwo Medyczne MAKmed, Gdańsk 2000.
- [16] Lewandowska A., Mess E., Śmigielska W., *Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem cierpiącym*, „Onkologia Polska” 2011, nr 14 (3), s. 135–138.
- [17] Motyka M., *Pielęgowanie a pomoc psychiczna w chorobie*, Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1999.
- [18] Kuźmich I., Brzostek T., Kózka M., *Towarzystwo jako forma pielęgowania*, „Pielęgniarka i Położna” 2003, nr 8, s. 10–11.



Małgorzata Pasek^{1,2}, Katarzyna Kucharzyk¹

¹ Krakowska Akademia im. Andrzeja Modrzewskiego, Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych

² Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie, Oddział Kraków

Problemy zdrowotne chorej po leczeniu przeciwnowotworowym raka piersi – w środowisku domowym

Patient's health problems after breast cancer therapy
– in the home environment

Abstract

Breast cancer (*carcinoma mammae*) is the most common malignant tumor and the leading cause of death due to tumor in women in highly urbanized countries in the West. Sick people diagnosed with breast cancer are subjected, depending on the severity of surgical treatment, radiation therapy, chemotherapy, hormonal therapy and targeted therapy. Treatment is long and very tedious. May be associated with numerous adverse consequences of physical, mental, social and economical for patients and their families. The aim of this study was to identify the needs and problems in the area of bio-psycho-social patient with breast cancer.

At the work a method of the individual case was applied. The patient diagnosed with breast cancer at stage right T1pN1MX after quadrantectomy and axillary lymphadenectomy right hand, 4 cycles of chemotherapy, irradiation of the right breast conserving therapy associated organ during tamoxifen-based endocrine therapy. Patient was not hospitalized, she stayed at home. Diagnosis of the situation of bio-psycho-social, and set the goal of planned nursing care of sick. The main problems related to ill health fear of recurrence of the disease and the diagnosis of metastatic disease, discomfort and numbness associated with a reduction in muscle strength in the right hand, the prevalence of fatigue, lack of acceptance, and the difficulties associated with changes in eating habits, anxiety about the health of her sister and daughter, difficulties in the organization of free time, difficulties in conducting independent household nuisance side effect of cancer therapy. The patient also experienced feelings of insecurity due to the physical limitations in the performance of work. An additional difficulty was the lack of knowledge of her husband on the possibility of complications after treatment.

The diagnosis and treatment of cancer is associated with numerous adverse effects-physical, social, economic and psychological – not only for patients but also for their families. The standard is taking a holistic, involving mind, body and spirit – the care of patients from the onset of the disease, during treatment and during recovery.

Keywords: breast cancer, health problems, antineoplastic treatment

słowa kluczowe: rak piersi, problemy zdrowotne, leczenie przeciwnowotworowe

Wprowadzenie

Choroba nowotworowa w dalszym ciągu w opinii społecznej jest chorobą o niepomyślnym rokowaniu, naznaczona piętnem śmierci niezależnie od jej zaawansowania [7, 8, 9]. Rak piersi jest najczęściej rozpoznawanym nowotworem u kobiet, mimo szerokich akcji profilaktycznych (mammografia, samobadanie piersi) [3, 4].

Najistotniejsze czynniki ryzyka raka piersi to: 1) płeć – występuje około 120 razy częściej u kobiet niż u mężczyzn, 2) wiek – częstość występowania wzrasta po 50 roku życia, 3) historia rodzinna – obecność raka piersi u krewnych w pierwszym pokoleniu (matka, córka, siostra), zwłaszcza gdy nowotwór wystąpił w młodym wieku i był obustronny, zwiększa prawdopodobieństwo zachorowania, 4) bezdzietność lub pierwsza ciąża w późnym wieku, 5) wczesna pierwsza miesiączka, poniżej 12 roku życia, 6) późna menopauza – powyżej 55 roku życia, 7) otyłość i dieta bogatotłuszczowa – tkanka tłuszczowa ma zdolność wytwarzania czynnych estrogenów, 8) palenie papierosów, 9) promieniowanie jonizujące – dotyczy przede wszystkim osób wcześniej napromieniowanych, 10) hormonalna terapia zastępcza – długotrwała 5–6 lat, 11) antykoncepcja hormonalna, 12) czynniki genetyczne – obecność mutacji genu BRCA1 na długim ramieniu chromosomu 17 lub genu BRCA2 na długim ramieniu chromosomu 13. Obecność mutacji tych genów nie determinuje zachorowania [3, 10].

Objawy raka piersi, podobnie jak i innych nowotworów, powinny być rozpoznane jak najwcześniej. Najbardziej charakterystycznym symptomem jest guz. Nie każda jednak zmiana tego typu jest nowotworem. Objawy zależą od stopnia zaawansowania. Początkowo jest to niewielki guz zdiagnozowany w mammografii. W miarę rozwoju może wystąpić asymetria piersi, wciągnięcie skóry lub brodawki sutkowej, zaczerwienienie skóry, owrzodzenie, objawy skórki pomarańczowej, jednostronny, często krwisty wyciek z brodawki. W bardziej zaawansowanym stopniu następuje powiększenie węzłów chłonnych, szczególnie w okolicy pach. Mogą wystąpić objawy będące następstwem przerzutów do innych narządów – układu kostnego, wątroby, płuc, opłucnej, ośrodkowego układu nerwowego [3, 4, 5].

W zależności od stopnia zaawansowania chora poddawana jest leczeniu przeciwnowotworowemu, tj. chirurgicznemu, radioterapii, chemioterapii, hormonoterapii.

U chorych na raka, od 0 do 3 stopnia zaawansowania, prowadzone jest leczenie radykalne. Celem jest całkowita remisja, czyli eliminacja ognisk nowotworu. Polega na zastosowaniu metod miejscowych (chirurgia i radioterapia) oraz systemowego leczenia uzupełniającego (chemioterapia, hormonoterapia i leczenie celowane). W czwartym stopniu zaawansowania prowadzi się leczenie paliatywne, którego celem jest poprawa jakości życia [3, 5].

W wyniku choroby oraz obciążającego leczenia przeciwnowotworowego, u pacjentów mogą wystąpić stany, które znacząco mogą wpływać na codzienne funkcjonowanie: utrata piersi lub zmiana wyglądu piersi, ograniczenie ruchomości w stawach obręczy barkowej kończyny górnej po stronie operowanej, zmniejszenie siły mięśniowej, obrzęk limfatyczny kończyny, długotrwały ból okolicy operowanej, wady postawy (uniesienie lub obniżenie barku, przygarbienia, odstawanie łopatki, kifoza, kifoskolioza), lęk i depresja, zaburzenia osobowości [2, 6, 11].

Cel pracy

Celem pracy było rozpoznanie potrzeb i problemów w sferze bio-psycho-społecznej chorej na raka po przebytych przeciwnowotworowym leczeniu chirurgicznym, chemioterapii, radioterapii, w trakcie hormonoterapii. Opiekę pielęgniarską prowadzono w środowisku domowym.

Metody badawcze

Do realizacji celu badań zastosowano metodę indywidualnego przypadku. Technikami badawczymi były: wywiad, obserwacja, dokumentacja medyczna. Wykorzystano narzędzia badawcze, takie jak kwestionariusz obserwacji, wywiadu oraz dokumentację chorego. Badania przeprowadzono w środowisku domowym pacjentki, w okresie od kwietnia do maja 2012 roku.

Charakterystyka badanej pacjentki

Kobieta, lat 40, z rozpoznaniem klinicznym raka piersi prawej w stadium zaawansowania T1pN1MX po kwadrantektomii, biopsji węzła wartowniczego i limfadenektomii pachowej prawostronnej, 4 cyklach chemioterapii, napromieniowaniu piersi prawej w ramach skojarzonego leczenia oszczędzającego narząd, w trakcie hormonoterapii opartej na Tamoxifenie.

Rozpoznanie histopatologiczne: *Carcinoma ductale infiltrans mammae*. Według Bloom-Richardsona w modyfikacji Elstona-Ellisa II. Komórki raka wykazują ekspresję receptora estrogenowego w 90% komórek raka, receptora progesteronowego w 50% komórek rak. Status HER2 – ujemny. W testach DNA nie stwierdzono nosicielstwa w zakresie genu BRCA1.

Początek i przebieg choroby: guz piersi prawej rozpoznany został podczas profilaktycznej mammografii w 2011 roku, organizowanej przez Urząd Miasta Krakowa. Objawy towarzyszące: męczliwość, osłabienie.

Po otrzymaniu wyników mammografii, kobietę skierowano do Poradni Chorób Sutka. Badanie palpacyjne, USG, wynik histopatologiczny z biopsji cienkoigłowej potwierdziły rozpoznanie raka piersi.

W lipcu i sierpniu 2011 roku poddana była leczeniu chirurgicznemu, odpowiednio, kwadrantektomia z oznaczeniem węzła wartowniczego i limfadenektomię pachową prawostronną. Hospitalizacje przebiegły bez powikłań. Pacjentkę wypisano do domu w stanie ogólnym dobrym, z zaleceniami kontroli w Poradni Chirurgicznej.

Chora sama systematycznie wykonywała ćwiczenia kończyn górnych i automasaż. Około 16 doby po zabiegu osiągnęła pełny zakres ruchów czynnych w stawie barkowym, ale w dalszym ciągu siła mięśniowa była obniżona. Obrzęk limfatyczny nie wystąpił.

Od września do listopada 2011 roku prowadzono chemioterapię w oddziale dziennym, podawano dożylnie Doksorubicynę i Cyklofosfamid w czterech cyklach co 3 tygodnie.

Dodatkowo chora otrzymywała Atosę 8 mg doustnie co 8 godzin, pomimo leczenia, nudności i wymioty występowały przez około 4 dni po każdym cyklu. Ze względu na niski poziom leukocytów podawano Neulastę podskórnie po każdym kolejnym cyklu, począwszy od drugiego. Po I cyklu nastąpiła całkowita utrata włosów.

Radioterapia prowadzona była po zakończonym leczeniu chemicznym od grudnia 2011 do stycznia 2012 roku. W ramach skojarzonego leczenia oszczędzającego narząd, podano 42,5 Gy w 17 frakcjach na pierś prawą oraz na łożę guza 10 Gy w 4 frakcjach. Podczas terapii chora stosowała profilaktykę w zakresie występowania odczynów popromiennych.

Od początku grudnia 2011 roku chora przyjmuje jeden raz dziennie, rano Tamoksifen 20 mg drogą doustną. Do chwili zdiagnozowania choroby nowotworowej stan zdrowia był dobry, nie leczyła się z powodu chorób o przebiegu ostrym lub przewlekłym. W rodzinie nie występowała choroba nowotworowa.

Ocena stanu bio-psycho-społecznego

Sfera biologiczna

Układ	Opis szczegółowy
krążenia	tętno 70u/minutę, miarowe dobrze napięte, RR 120/80 mm, Hg, duszność – nie odczuwa, ból – brak, ocieplenie dystalnych części ciała – prawidłowe
oddechowy	oddech 22/minutę, średnio głęboki, duszność – brak, kaszel – brak, ból – brak, tor oddechowy piersiowy przez nos
pokarmowy	masa ciała – 60 kg, wzrost – 164 cm, BMI-22 – wartość prawidłowa, WHR – 0.93 – otyłość brzuszna od około 6 lat, apetyt – dobry, jama ustna – czysta, bez oznak zmian grzybiczych odbijanie, zgaga, wzdęcia, mdłości, wymioty, czkawka – brak stolec – prawidłowy dieta – pacjentka prawie w ogóle nie je owoców i warzyw, je dużo smażonego mięsa, często frytki, słodczyce, gotowe, przetworzone dania
moczowo-płciowy	mocz – wydalany w sposób fizjologiczny, w prawidłowej ilości I miesiączka – w wieku 14 lat, ostatnia miesiączka – 01.09.2011 r. porody – 3 siłami natury; karmienie piersią – każde dziecko przez około 2 lata obecność białych, grudkowatych, piekących upławów z pochwy oraz pieczenie sromu
nerwowy	stan świadomości – dobry, kontakt – dobry, napięcie mięśniowe – prawidłowe, sen – pacjentka nie ma trudności z zasypianiem, ale często budzi się nad ranem około godziny 4.00 i nie może zasnąć, towarzyszy temu uczucie gorąca na przemian z uczuciem zimna i dreszczami
kostno-mięśniowy	zakres ruchów w obrębie stawu barkowego prawidłowy, występuje drętwienie oraz osłabienie siły mięśniowej prawej ręki samodzielna w wykonywaniu czynności w zakresie samoobsługi
narządy zmysłów	wzrok – dobry, od około tygodnia skarży się na mroczki przed oczami słuch – prawidłowy ból – nie podaje

Organizacja czasu wolnego – chora często w ciągu dnia leży w łóżku. Gdy jest słoneczna pogoda boi się wychodzenia z domu, gdyż czuje się „osłabiona przez słońce”. Nie uprawia żadnej aktywności fizycznej. Zaniedbała ćwiczenia kończyn górnych i automasaż.

Sfera psychiczna

Pacjentka nie zaakceptowała zmienionego obrazu własnego ciała, dotyczy to również wyglądu zewnętrznego: po chemioterapii włosy zaczęły odrastać, ale są jeszcze bardzo krótkie. Zmieniły się, są ciemniejsze i kręcone. Chora nosi perukę.

Orientacja co do miejsca, czasu i osoby – pełna. Pamięć – dobra. Uwaga, koncentracja – zachowana. Myślenie logiczne – zachowane. Nastroj – obniżony, pacjentka jest płacziwa i wybuchowa. Niepokój – tak, związany paradoksalnie z zakończeniem uciążliwego leczenia i niepewnością o przyszłość. Iluzje, urojenia, halucynacje – nie stwierdza się.

Sfera duchowa

Pacjentka jest katoliczką. Udział w mszy świętej w niedzielę jest nieodłącznym punktem dnia. Siłę duchową czerpie z uczestnictwa we mszy z prośbą o uzdrowienie, odprowadzanej raz w miesiącu. Najważniejszą wartością w życiu jest dla niej rodzina. Nie potrzebuje indywidualnych rozmów z duchownym.

Sfera społeczna

Wykształcenie – średnie. Zawód wykonywany – pielęgniarka. Praca zawodowa – chora, w trakcie radioterapii, po 6 miesiącach zwolnienia lekarskiego, wróciła do pracy w systemie jednozmianowym. Skarży się, że przez lekarzy i pielęgniarki traktowana jest jako chora. Wykonuje proste czynności pielęgnacyjne i biurowe. Ze zmniejszeniem obowiązków wiąże się znaczne obniżenie wysokości pensji. Mąż – mechanik – lat 46, ma dobre relacje z żoną. Dzieci – synowie lat 6 i 16 oraz córka lat 12.

Wyniki badań

Opiekę pielęgniarzką przedstawiono w formie procesu pielęgnowania. Wyodrębniono problemy pielęgnacyjne oraz diagnozy pozytywne. W oparciu o założony cel pielęgnowania zaplanowano opiekę pielęgniarzką [1, 2, 5, 7, 8, 9, 12].

Problem pielęgnacyjny

Lęk przed nawrotem choroby i rozpoznaniem przerzutów

Cel: obniżenie poziomu lęku

Plan opieki: rozmowa na temat choroby, skuteczności leczenia i rokowania

Włączenie do uczestniczenia w programie Simontona, w którym chora nabyte przekonania i umiejętności wpływających na zdrowie:

- wzmocnienie poziomu witalności i energii przez uszanowanie swoich ograniczeń, skupienie się na tym co jest w porządku, zrozumienie, że droga do zdrowia jest indywidualna,
- nauczenie zdrowego myślenia i przekonań, które są oparte są na faktach, chronią zdrowie i życie, pomagają osiągać cele, pomagają unikać najbardziej niepożądanych konfliktów,
- praca z wyobraźnią: przekształcanie lęku w spokój umysłu,
- rozwijanie i wzmacnianie nadziei i zaufania,
- tworzenie osobistego planu zdrowienia.

Rozmowa z osobą duchowną.

Cierpliwość, życzliwość i postawa empatii wobec chorej.

Edukacja w zakresie systematycznej samokontroli piersi i konieczności stosowania badań kontrolnych.

Obserwacja własnego ciała i umiejętność postępowania w przypadku występowania niepokojących objawów.

Problem pielęgnacyjny

Brak akceptacji zmienionego obrazu własnego ciała (zmieniony piersi, krótkie kręcone włosy)

Cel: pomoc w akceptacji zmienionego obrazu własnego ciała

Plan opieki: rozmowa z partnerem, osobami znaczącymi na temat problemów pacjentki

Wyjaśnienie pacjentce obecnej sytuacji zdrowotnej oraz zaproponowanie wspierającej rozmowy osoby jej najbliższej.

Edukacja na temat pielęgnacji ciała, włosów.

Wzbudzanie wiary we własne siły i możliwości oraz odniesienie się do siły czerpanej z wiary

Wizyta u stylisty, fryzjera.

Rozmowa z psychologiem, psychoterapeutą.

Problem pielęgnacyjny

Uczucie zmęczenia spowodowane chorobą nowotworową, leczeniem przeciwnowotworowym

Cel: obniżenie poziomu zmęczenia

Plan opieki:

- oszczędzanie energii – wykonywanie ważnych czynności, ćwiczenia fizyczne
- odnawianie energii – utrzymanie aktywności w dzień, dbanie o higienę snu, rytuał przygotowania się do snu, kąpiel, muzyka, książka, unikanie pobudzających napojów

Przygotowanie pomieszczenia, ciemność, cisza, właściwa temperatura.
Łagodzenie stresu.
Prawidłowe odżywianie.
Leczenie przyczyn braku łaknienia.

Problem pielęgnacyjny

Dyskomfort związany z drętwieniem ręki prawej oraz obniżeniem siły mięśniowej.

Cel: zmniejszenie dyskomfortu

Plan opieki: rozmowa na temat przyczyn i możliwości radzenia sobie z występującymi objawami.

Motywowanie do codziennego wykonywania ćwiczeń w obrębie stawu barkowego i masażu ręki prawej.

Przekazanie informacji na temat zasad postępowania po usunięciu węzłów chłonnych dołu pachowego.

Zwrócenie uwagi na wysokie ułożenie ręki w czasie snu i pracy.

Zaangażowanie męża i dzieci do pomocy w zakupach i ciężkich pracach domowych.

Problem pielęgnacyjny

Brak akceptacji i trudności związane z koniecznością zmiany nawyków żywieniowych

Cel: zaakceptowanie zmian dietetycznych.

Plan opieki: wsparcie informacyjne

Motywacja chorej do prowadzenia zdrowego stylu życia.

Przedstawienie zasad prawidłowego odżywiania.

Zachęcanie rodziny do przygotowywania wspólnych, samodzielnych posiłków.

Mobilizowanie męża i dzieci do zakupów i czerpania z tego zadowolenia.

Problem pielęgnacyjny

Deficyt wiedzy związany z możliwością wystąpieniem późnych odczynów popromiennych ze strony napromienianego obszaru

Cel: zmniejszenie deficytu

Plan opieki: edukacja na temat obserwacji i reagowania na występujące objawy związane z przebytą radioterapią

Nauka prawidłowej pielęgnacji skóry w miejscu napromieniania.

Samoobserwacja pod kątem występowania objawów i edukacja w zakresie prawidłowego postępowania (kiedy należy skontaktować się z ośrodkiem onkologicznym).

Problem pielęgnacyjny

Niepokój związany z występującą nadwrażliwością na słońce.

Cel: zmniejszenie niepokoju

Plan opieki: wyjaśnienie przyczyn nadwrażliwości na słońce.

Edukacja w zakresie stosowania kremów ochronnych z filtrami UVA/UVB.

Zachęcenie do noszenia okularów przeciwsłonecznych i kapelusza.

Poinformowanie o konieczności zakrywania miejsc napromienianych i noszenia przewiewnej, bawełnianej odzieży.

Unikanie dużej ekspozycji na słońce.

Problem pielęgnacyjny

Poczucie siły i oparcia wynikające z uczestnictwa we mszy świętej z prośbą o uzdrowienie.

Cel: umacnianie stanu pacjentki

Plan opieki:

1. Nakłanianie rodziny do wspólnego uczestnictwa we mszy świętej w niedzielę,
2. Podkreślenie roli wyznawania wiary w uzdrowienie w proces zdrowienia,
3. Zwrócenie uwagi na fakt, że katolicyzm to religia miłości i dobrych uczuć okazywanych na co dzień.

Problem pielęgnacyjny

Uczucie niepewności podczas wykonywania pracy zawodowej spowodowane ograniczeniami fizycznymi.

Cel: zmniejszenie uczucia niepewności

Plan opieki:

Umocnienie chorej w chęci wykonywania pracy zawodowej.

Edukacja w zakresie higieny pracy i wypoczynku.

Poinformowanie o możliwości uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.

Skontaktowanie z doradcą zawodowym.

Problem pielęgnacyjny

Deficyt wsparcia ze strony męża spowodowany brakiem wiedzy na temat sytuacji zdrowotnej kobiety po przebytych leczeniu przeciwnowotworowym z powodu raka piersi.

Cel: zmniejszenie deficytu

Plan opieki:

- Przekazanie informacji na temat zmian występujących u kobiety po przebytych leczeniu przeciwnowotworowym.

- Edukacja w zakresie konieczności przewlekłego leczenia hormonalnego i mogących wystąpić zmian fizycznych oraz psychicznych.
Motywowanie do udzielania wsparcia żonie.

Omówienie wyników

Osoba, u której zdiagnozowano raka piersi i która przebyła leczenie przeciwnowotworowe, wymaga interdyscyplinarnego podejścia i zaplanowania holistycznej opieki w środowisku domowym.

Choroba nowotworowa u wielu pacjentów wyciska piętno związane z oczekiwaniem na ewentualne wystąpienie nawrotu choroby lub zdiagnozowanie przerzutów. Dodatkowo okres przeżycia pięcioletniego nie jest już w onkologii jednoznacznie uznawany za wyleczenie. Ponadto kontynuacja leczenia hormonalnego przez okres kilku lat – jak w przypadku osoby badanej – wymaga ciągłej samoobserwacji w kierunku wystąpienia działań niepożądanych leku oraz właściwej jej interpretacji.

Działania zespołu interdyscyplinarnego, w skład którego wchodzi między innymi pielęgniarki, lekarze, rehabilitanci, psychologowie, dietetycy, powinny być skierowane do pacjenta i jego rodziny. Dotyczą również miejsca, tj. szpitala, ale także środowiska domowego. Dlatego istotnym ogniwem współpracy jest podstawowa opieka zdrowotna, pielęgniarstwo środowiskowo-rodzinne.

Przedstawiony model opieki pielęgniarstwiej w założeniu powinien być dynamiczny i czuły tj. dostatecznie szybko diagnozować zmieniający się stan bio-psycho-społeczny i duchowy pacjentki, ale również ma wymagać od pielęgniarki i zespołu terapeutycznego wdrożenia adekwatnego planu opieki, obejmującego zarówno osobę chorą/po przebytych leczeniu, jak i osoby z najbliższej rodziny, środowiska społecznego i zawodowego.

Wnioski

1. Choroba nowotworowa i jej leczenia powoduje konieczność zmiany dotychczasowego funkcjonowania osoby chorej i jej rodziny.
2. Główne problemy sfery biologicznej dotyczą występujących objawów związanych z leczeniem przeciwnowotworowym.
3. Dużym problemem badanej był brak akceptacji zmienionego obrazu własnego ciała.
4. Konsekwencje występującego zmęczenia obecne są w wymiarze bio-psycho-społecznym funkcjonowania badanej.

Bibliografia

- [1] Chelmińska-Wieczorek Z., *Żywnienie w chorobach nowotworowych*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
- [2] *Pielęgniarstwo onkologiczne*, red. A. Koper, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
- [3] Krzakowski M., Jassem J., *Rak piersi. Praktyczny przewodnik dla lekarzy*, Via Medica, Gdańsk 2009.
- [4] *Onkologia. Podręcznik dla studentów medycyny*, red. A. Kułakowski, A. Skowrońska-Gardas, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003, s. 28–33.
- [5] Link H., Bokemeyer C., Feyer P., *Terapie wspomagające w nowotworach złośliwych*, Wydawnictwo MedPharm, Wrocław 2011.
- [6] Mika K., *Po odjęciu piersi*, PZWL, Warszawa 1991, s. 23–75.
- [7] Pasek M., Jackowska R., *Akceptacja choroby przez chore na nowotwór piersi po zabiegu mastektomii*, [w:] *Interdyscyplinarne aspekty nauk o zdrowiu*, red. G. Dębska, J. Jaśkiewicz, Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2010, s. 251–267.
- [8] Pasek M., Jackowska R., *Strategie radzenia sobie w chorobie kobiet po mastektomii*, [w:] *Interdyscyplinarne aspekty nauk o zdrowiu...*, s. 235–249.
- [9] Pasek M., *Medyczne sposoby poprawy jakości życia chorych na raka szyjki macicy*, [w:] M. Pasek, G. Dębska, *Interdyscyplinarna opieka nad pacjentem z chorobą nowotworową*, Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Kraków 2011, s. 81–94.
- [10] Pawlicki M. (red.), *Rak piersi – nowe nadzieje i możliwości leczenia*, Wydawnictwo Alfa-medica-press, 2011, s. 43–66.
- [11] *Fizjoterapia w onkologii*, red. M. Woźniewski, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012.
- [12] Zaborowska A., Pasek M., *Opieka nad pacjentem poddanym chemioterapii*, [w:] *Interdyscyplinarna opieka nad pacjentem z chorobą nowotworową...*, s. 9–17.



Małgorzata Poznańska¹

¹ Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych

Ocena wybranych aspektów jakości życia osób po przebytej patologii kręgosłupa piersiowo-lędźwiowego leczonych operacyjnie

Evaluation of selected aspects of the quality of life of people with a history of thoracic-lumbar spine pathology treated surgically
Abstract

The main objective of this study was a comprehensive evaluation of some aspects of the quality of life in patients who have undergone surgical treatment of the vertebral column in the thoracic and/or lumbar segments, their condition caused by injuries, neoplasms, or inflammatory lesions. The sample of the prospective study comprised 143 surgical patients of the Clinic for Neurosurgery of the 5th Military Hospital with Polyclinic in Krakow, and the Clinic for Neurosurgery and Neurotraumatology of the University Hospital in Krakow, with disorders leading to damage to bony structures, the ligament-articular apparatus, and damage or the risk of damage of nerve elements in the thoracic and lumbar segments of the vertebral column. On the basis of these studies the main predictive factors of the quality of life after surgical treatment turned out to be age, functional status measured with the Barthel ADL index, presence of depression as well as etiopathogenesis and the location of the disordered segment in the vertebral column. Gender and marital status of the patients were also important. The original study revealed the necessity of monitoring patients in regard of occurrence of major depressive disorder. Above all, this study established the need for a comprehensive evaluation of the patient's condition, exceeding significantly the indications of their clinical condition.

Keywords: quality of life, the family, thoracic spine, lumbar spine, surgical treatment

słowa kluczowe: jakość życia, rodzina, kręgosłup odcinek piersiowo-lędźwiowy, leczenie chirurgiczne

Wprowadzenie

Częstym następstwem urazów i nowotworów w odcinkach piersiowym i/lub lędźwiowym są uszkodzenia rdzenia kręgowego, korzeni nerwowych, naczyń krwionośnych, elementów kostnych i więzadłowych kręgosłupa [6]. Znacznie rzadziej prowadzą do nich choroby zapalne i zwyrodnieniowe, zrzeczotnienie kości czy wady wrodzone kręgosłupa [2]. Niezależnie od etiopatogenezy uszkodzenia powstaje niestabilność kręgosłupa, przemieszczenie kręgów, ucisk na rdzeń kręgowy, korzenie nerwowe i naczynia krwionośne [19]. Leczenie operacyjne uszkodzeń kręgosłupa powinno spełniać trzy podstawowe wymogi. Pierwszym z nich jest zapewnienie optymalnych warunków dla przywrócenia czynności rdzenia kręgowego, korzeni nerwowych, poprzez uwolnienie z ucisku struktur nerwowych i naczyniowych kanału kręgowego. Drugim jest przywrócenie prawidłowych stosunków anatomicznych kręgosłupa: nastawienie przemieszczenia, odtworzenie wysokości trzonu kręgowego i fizjologicznych krzywizn kręgosłupa. Trzecim – zapewnienie stabilności w uszkodzonych segmentach ruchowych kręgosłupa, co umożliwia dokonanie zrostu kostnego w miejscu uszkodzenia. Interwencja operacyjna w odcinkach piersiowym i lędźwiowym kręgosłupa, stwarza największe możliwości naprawcze gdy zostaje zapewniony jednoczasowy dostęp do otworów między kręgowych i przedniej ściany kanału kręgowego [25]. Dlatego wykorzystywane są różne sposoby operacyjne, obejmujące dostępy: tylny, tylnoboczny, boczny, przedni i połączenie tych dojsć w operacje dwu- lub kilkuetapowe [23].

U chorych ze schorzeniami kręgosłupa, którzy są objęci długoterminową opieką medyczną, często niedocenianym elementem postępowania jest ocena jakości życia, zależnej od stanu zdrowia [15]. Przyjmuje się za Oleś, że poczucie jakości życia dotyczy oceny poziomu funkcjonowania fizycznego i psychospołecznego dokonanego przez chorego w odniesieniu do przyjętej przez niego idealnej sytuacji [20]. Jakość życia wyznaczona chorobą czy niepełnosprawnością może być rozumiana jako konsekwencja strat, do jakich doszło we wszelkich przejawach życia ludzkiego [24]. Traktując chorobę w wymiarze humanistycznym widać, że prowadzi ona do załamania treści życia, a ograniczając swobodę działania i realizację obranych celów, zmniejsza jakość życia człowieka odbierając mu szczęście [15]. Najczęściej osoba chora pragnie jak najdłużej zachować dobrą aktywność fizyczną, prowadzić samodzielne życie, co często utrudniają dodatkowe czynniki [22]. Choroba pogarsza standard życia, bezpieczeństwa, wpływa na jego wymiar materialny i społeczny [4]. Obniżenie jakości życia w chorobie dotyczące całego spektrum czynników warunkujących dobrostan, szczęście i zadowolenie, jest bardzo ważnym elementem dla lekarzy i terapeutów umożliwia ona wybór terapii, sposobów postępowania, jest również narzędziem terapeutycznym [20]. Celem leczenia jest

bowiem nie tylko przedłużenie życia, lecz także poprawa samopoczucia chorych. Poziom jakości życia informuje o stanie zdrowia z perspektywy potrzeb, preferencji oraz oczekiwań pacjenta i jest uzupełnieniem obiektywnej oceny klinicznej dokonywanej przez lekarza [5]. Wielu pacjentów ze schorzeniami kręgosłupa podkreśla, że odpowiednia jakość życia jest dla nich ważniejsza niż długość życia. Jakość życia to globalne podejście do człowieka i jego relacji ze środowiskiem [3], zawiera w sobie czynniki wpływające na zadowolenie z pracy. Dotyczy warunków życia człowieka, nie koncentruje się na jednostce samej w sobie, ale na jej zależności od środowiska pracy i rodziny [5].

Głównym celem badania była wszechstronna ocena wybranych aspektów jakości życia osób po przebytych leczeniu operacyjnym kręgosłupa w odcinkach piersiowym i/lub lędźwiowym, spowodowanymi urazami, nowotworami i zmianami zapalnym z uwzględnieniem zmian w okresie sześciomiesięcznej obserwacji oraz wpływu czynników na tę ocenę, takich jak stan funkcjonalny, obecność depresji, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania oraz etiopatogeneza uszkodzeń kręgosłupa.

Materiał i metody

Badaniami objęto grupę 143 chorych leczonych operacyjnie w Klinice Neurochirurgii 5. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką w Krakowie oraz w Klinice Neurochirurgii i Neurotraumatologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie od lutego 2008 do lipca 2010 roku z powodu schorzeń prowadzących do zniszczenia struktur kostnych, aparatu stawowo-więzadłowego i uszkodzenia lub zagrożenia uszkodzeniem elementów nerwowych w odcinkach piersiowym i/lub lędźwiowym kręgosłupa. Chorzy, którzy zgłosili się na leczenie zostali poddani badaniu przez lekarza specjalistę z zakresu neurochirurgii lub neurotraumatologii. Kwalifikacja do badań własnych odbyła się na podstawie wcześniej przeprowadzonego badania lekarskiego oraz dokumentacji pacjenta, która potwierdzała schorzenie odcinków piersiowego i lędźwiowego kręgosłupa w badaniu obrazowym (rezonans magnetyczny lub tomografia komputerowa).

Podstawowym źródłem danych byli pacjenci, uzupełniającym dokumentacja medyczna. Do badań wykorzystano:

- 1) ustrukturuwany kwestionariusz wywiadu dla danych personalnych: płeć, wiek, wykształcenie, status zawodowy, miejsce zamieszkania, sytuacja rodzinna,
- 2) ustrukturuwany formularz do dokumentowania danych dotyczących stanu klinicznego: rozpoznanie kliniczne, choroby towarzyszące; dane były rejestrowane na bieżąco w trakcie procesu diagnostyczno-leczniczego,

- 3) standaryzowane narzędzia badawcze dla pomiaru zmiennych będących przedmiotem badania:
 - a) Sickness Impact Profile 136 (SIP),
 - b) Skala Samooceny Depresji Zunga (ang. *Zung Self Rating Depression Scale – ZDS*) [7, 8, 9, 10, 11, 12, 13].

Badania przeprowadzono, indywidualnie po uzyskaniu zgody pacjenta oraz w porozumieniu z lekarzem prowadzącym. Na badanie otrzymano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego (opinia nr KBET/5/B/2008). Pierwsze badanie miało miejsce miesiąc po planowanym zabiegu, kolejne odbywało się po 6 miesiącach od zabiegu.

Analiza statystyczna

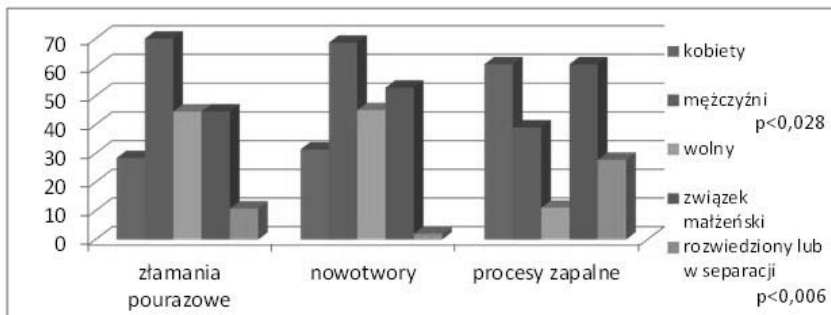
Do porównania badanych grup pod względem zmiennych jakościowych wykorzystano test niezależności χ^2 lub dokładny test Fishera. Porównując zmienne ciągłe posłużono się testem nieparametrycznym U Manna Whitneya (w przypadku 2 grup) lub Kruskala-Wallisa (powyżej 2 grup), a tam, gdzie to było możliwe, testem t-Studenta. Do opisu grup badanych i charakterystyki zmiennych zastosowano miary statystyki opisowej: średnie, mediany, odchylenie standardowe dla zmiennych ciągłych i frakcje procentowe dla zmiennych kategoryalnych. Porównania wyników SIP grupy badanej i porównawczej dokonano posługując się wartościami standaryzowanymi SIP. Porównując wyniki skal pomiędzy 1 i 6 miesiącem zawsze stosowano testy dla prób zależnych. Posłużono się tutaj testami t-Studenta dla prób zależnych lub testem Wilcoxon. Ocenę wpływu poszczególnych czynników na jakość życia w 1 i 6 miesiącu po zabiegu przeprowadzono za pomocą wielowymiarowej regresji liniowej. Do obliczeń wykorzystano pakiet statystyczny SPSS 16,0.

W grupie badanej było 95 mężczyzn i 48 kobiet, w wieku od 15 do 77 lat (średnia wieku $41,7 \pm 17,2$ /SD/). Ze względu na etiopatogenezę schorzeń kręgosłupa, wyróżniono następujące grupy chorych: pierwsza grupa – 74 przypadków ze złamaniami pourazowymi, druga grupa – 51 przypadków z nowotworami i trzecia grupa – 18 przypadków z procesami zapalnymi. Grupy te były istotnie różne pod względem płci oraz stanu cywilnego badanych ($p < 0,05$).

W złamaniach pourazowych oraz nowotworach mężczyźni stanowili większość (odpowiednio, 72% i 69%), natomiast w procesach zapalnych były to kobiety (61%). Pacjenci, u których zdiagnozowano złamania pourazowe i nowotwory, byli w większym odsetku stanu wolnego w porównaniu

z chorymi z procesami zapalnymi (45% vs. 11%), którzy z kolei częściej byli rozwiedzeni lub w separacji w porównaniu z pozostałymi grupami (28% vs. 11% i 2%) (ryc. 1). Grupa ze złamaniami pourazowymi była istotnie młodsza w porównaniu z nowotworami i procesami zapalnymi (średni wiek 33 vs. 51 i 54 lata, odpowiednio, $p < 0,001$).

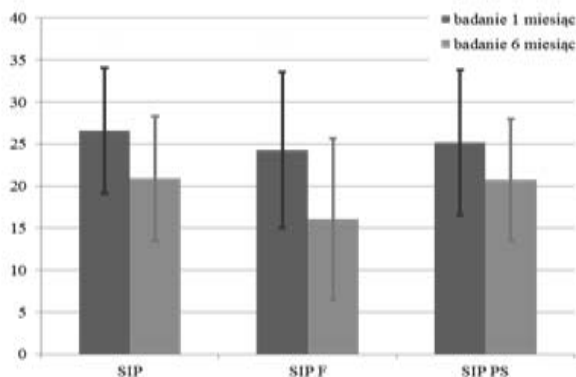
Rycina 1. Charakterystyka płci i stanu cywilnego badanych w poszczególnych schorzeniach kręgosłupa



Wyniki

Ze względu na konieczność długoterminowej opieki medycznej, ważnym elementem postępowania w tej grupie chorych jest ocena jakości życia zależnej od stanu zdrowia. Jakość życia miesiąc po przebytych leczeniu operacyjnym wynosiła badanej grupie w wymiarze ogólnym SIP C – 26,6, a w poszczególnych dziedzinach fizycznej SIP F – 24,3 i psychospołecznej SIP PS – 25,2. Poziom ograniczeń w dziedzinie fizycznej był na podobnym poziomie, jak w dziedzinie psychospołecznej. Upośledzenie jakości życia w sensie funkcjonalnym stwierdzono również w grupie osób niezależnych w czynnościach życia społecznego. Porównując badanie po 6 miesiącach po przebytych leczeniu operacyjnym, ogólna jakość życia SIP C uległa istotnej poprawie o prawie 6 punktów w stosunku do badania po miesiącu i wynosiła 20,9 (ryc. 2). Poprawienie zaobserwowano także w dziedzinach fizycznej i psychospołecznej. W dziedzinie fizycznej SIP F różnica wynosiła 8 punktów, natomiast w przypadku dziedziny psychospołecznej SIP PS, były to 4 punkty. Sześć miesięcy po przebytych leczeniu operacyjnym większość chorych prezentowała brak lub niewielkie ograniczenia funkcjonalne.

Rycina 2. Średnie wartości skali SIP wraz z odchyleniem standardowym, profil ogólny oraz fizyczny (SIP F) i psychospołeczny (SIP PS)

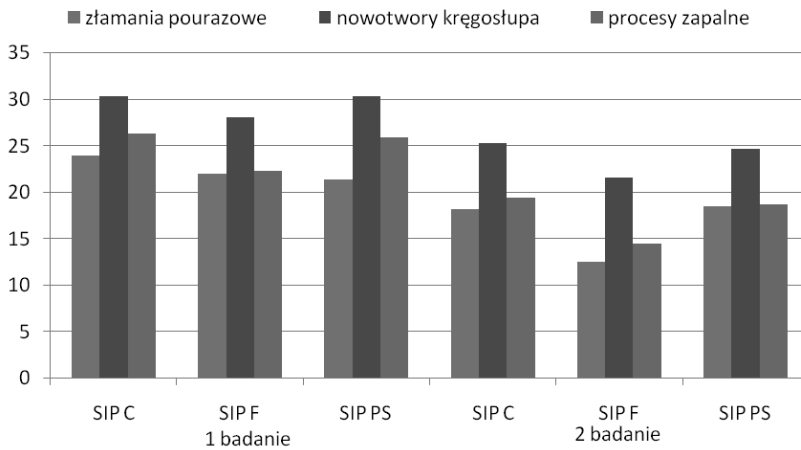


Rodzaj schorzenia kręgosłupa istotnie różnicował samoocenę jakości życia pacjentów. Najwyższe wartości na skalach SIP mieli pacjenci z nowotworami kręgosłupa (30, 28, 30 w pierwszym badaniu oraz 25, 22, 25 w drugim badaniu, odpowiednio na skalach SIP, SIP F, SIP PS), natomiast najniższe pacjenci ze złamaniami pourazowymi zarówno w pierwszym, jak i w drugim badaniu (24, 22, 21 w pierwszym badaniu oraz 18, 12, 19 w drugim badaniu, odpowiednio na skalach SIP, SIP F, SIP PS). Różnice te były istotne statystycznie $p < 0,001$ (ryc. 3). Nieco wyższy wskaźnik dysfunkcji SIP C u chorych ze schorzeniami kręgosłupa może być spowodowany cięższym stanem wyjściowym w przypadku osób ze złamaniami pourazowymi, gdzie towarzyszyły im urazy wielonarządowe, a w przypadku nowotworów – stopień zaawansowania choroby nowotworowej, a także dodatkowe obciążenie mogły stanowić choroby współistniejące.

Analizie poddano wpływ zmiennych demograficznych na ocenę jakości życia, wyrażoną za pomocą skali SIP. Wiek był istotnie dodatnio skorelowany ze wszystkimi skalami SIP, zarówno w pierwszym, jak i w drugim badaniu ($p < 0,001$). Wynika stąd, że starsze osoby gorzej oceniały swoją jakość życia niż młodsze. Współczynnik korelacji wynosił w skali SIP 0,72 w 1 i 0,70 w 6 miesięcy po zabiegu. W dziedzinie fizycznej współczynnik korelacji wynosił 0,6 w 1 i wzrósł do 0,79 w drugim badaniu. W dziedzinie psychospołecznej zaobserwowano natomiast spadek wartości korelacji z wartości 0,78 w miesiąc do 0,63 w 6 miesięcy po zabiegu. Odnotowano także istotny związek stanu cywilnego z jakością życia zarówno w wymiarze ogólnym, jak i fizycznym i psychospołecznym ($p < 0,05$). Osoby pozostające w związku małżeńskim

miały niższą jakość życia niż osoby stanu wolnego lub pozostające w separacji lub rozwiedzione (odpowiednio: skala SIP: 28 vs. 26 i 22 w 1 badaniu oraz 23 vs. 21 i 17 w 2 badaniu; skala SIP F: 27 vs. 23 i 19 w 1 badaniu oraz 17 vs. 16 i 13 w 2 badaniu; skala SIP PS: 27 vs. 24 i 21 w 1 badaniu oraz 23 vs. 20 i 16 w 2 badaniu).

Rycina 3. Średnie wartości skali SIP w wymiarze ogólnym i fizycznym (SIP F) oraz psychospołecznym w poszczególnych rodzajach schorzeń kręgosłupa (1 i 2 badanie)



* wszystkie różnice istotne na poziomie $p < 0,001$

Kolejnym czynnikiem, który istotnie różnicował jakość życia, była płeć badanych. Mężczyźni zdecydowanie gorzej oceniali swoją jakość życia niż kobiety (odpowiednio: skala SIP: 29 vs. 23 w 1 badaniu oraz 23 vs. 18 w 2 badaniu; skala SIP F: 27 vs. 19 w 1 badaniu oraz 18 vs. 13 w 2 badaniu; skala SIP PS: 27 vs. 21 w 1 badaniu oraz 23 vs. 17 w 2 badaniu). Wykształcenie wykazywało związek z wartościami skali dysfunkcji jakości życia w analizie jednowymiarowej, gdzie osoby z niższym wykształceniem oceniały swoją jakość życia lepiej. Po uwzględnieniu opisywanych powyżej czynników w analizie wielowymiarowej (tab. 1), wiek pozostał zmienną istotnie związaną z jakością życia, podobnie jak rodzaj schorzenia kręgosłupa, stan cywilny oraz płeć pacjentów w tym samym kierunku, co w analizie jednowymiarowej. Poziom wykształcenia nie wykazał istotnego wpływu na ocenę jakości życia.

Tabela 1. Modele wielowymiarowej regresji liniowej zależności skal SIP C, SIP F oraz SIP PS w zależności od czynników demograficznych oraz rodzaju schorzenia kręgosłupa (przedstawiono współczynnik β)

	1 badanie			2 badanie		
	SIP C	SIP F	SIP PS	SIP C	SIP F	SIP PS
kobiety vs. mężczyźni	-2,422*	-2,754*	-2,981*	-1,162	0,035	-2,699*
wiek	0,358*	0,414*	0,382*	0,369*	0,506*	0,293*
procesy zapalne ¹	-3,315*	-6,971*	-1,169	-4,921*	-6,914*	-4,498*
nowotwory ¹	-0,193	-1,605	1,709	0,350	-0,201	0,442
stan wolny ²	1,565	-0,421	1,417	2,083*	3,528*	-0,586
rozwódziona(separacja) ²	-4,637*	-5,895*	-4,729*	-3,505*	-3,354*	-4,959*
wykszt. podstawowe lub zawodowe ³	-0,174	0,069	-1,181	-0,443	-1,568	-0,270
wykształcenie wyższe ³	-1,297	-1,252	-0,392	-0,977	-1,716	0,182

¹ w odniesieniu do złamań pourazowych;

² w odniesieniu do osób pozostających w związku małżeńskim,

³ w odniesieniu do wykształcenia średniego

w tabeli przedstawiono współczynnik β ; * $p < 0,05$

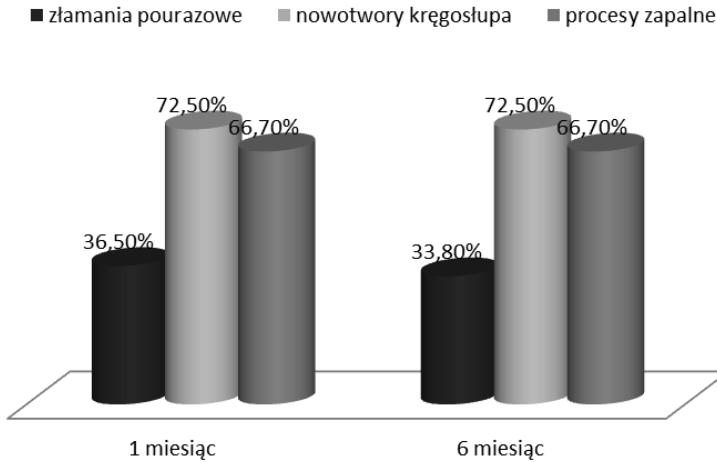
Wśród badanych osób zdolność do pracy oraz możliwości zarobkowania były ograniczone, co prawdopodobnie spowodowane jest zarówno ograniczeniami fizycznymi, jak i gorszym stanem psychicznym chorego.

Badano również znaczenie depresji w samoocenie jakości życia pacjentów. W badaniu miesiąc po przebytych zabiegu operacyjnym (badanie pierwsze), obecność objawów depresyjnych stwierdzono u 53,2% badanych, w badaniu po sześciu miesiącach (badanie drugie) obecność objawów depresyjnych utrzymywała się u 51,8% badanych. Zaobserwowano związek występowania objawów depresyjnych z etiopatogenezą schorzeń kręgosłupa ($p < 0,001$). Występowanie objawów depresyjnych w pierwszym badaniu było dwukrotnie częstsze u osób z nowotworami kręgosłupa, 72,5%, niż u pacjentów ze złamaniami pourazowymi, 36,5%. Objawy depresyjne stwierdzono również u dwóch trzecich osób z procesami zapalnymi kręgosłupa, czyli 66,7% pacjentów. W drugim badaniu po 6 miesiącach po przebyciu zabiegu operacyjnego objawy depresyjne przeważały u 72,5% chorych z nowotworami i 66,7% chorych z procesami zapalnymi (ryc. 4).

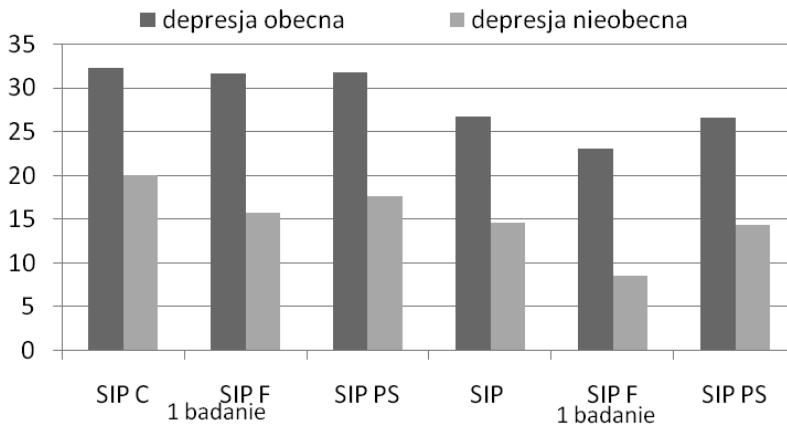
Zaobserwowano, że u chorych z objawami depresji, średnie wartości skali SIP C, SIP F i SIP PS w 1 miesiącu były istotnie wyższe. Różnice te wynosiły, odpowiednio: ponad 10 punktów, 15 punktów i 14 punktów (ryc. 5). Wysoki stopień dysfunkcji w dziedzinie psychospołecznej objawiał się zaburzeniami

w wyrażaniu emocji, w komunikowaniu się oraz w dziedzinie interakcji społecznych.

Rycina 4. Zależność pomiędzy występowaniem objawów depresyjnych a etiopatogenezą uszkodzeń kręgosłupa w badaniu 1 i 6 miesięcy po przebytym leczeniu operacyjnym



Rycina 5. Średnie wartości skal SIP (ogólnej fizycznej i psychospołecznej) ze względu na obecność depresji w 1 i 2 badaniu



* wszystkie różnice istotne na poziomie $p < 0,001$

Po standaryzacji na rodzaj urazu kręgosłupa, płeć, stan cywilny oraz wykształcenie badanych obecność depresji związana była z istotnie większymi wartościami na skali SIP C, czyli gorszą oceną jakości życia, zarówno w 1, jak i w 2 badaniu ($\beta = 11,836$ oraz $\beta = 11,786$, odpowiednio, $p < 0,001$). Podobne zależności zaobserwowano na skalach SIP F oraz SIP PS ($\beta = 16,203$ oraz $\beta = 13,884$, $p < 0,001$ w skali SIP F oraz $\beta = 12,537$ oraz $\beta = 11,631$, $p < 0,001$ w skali SIP F) (tab. 2).

Tabela 2. Modele wielowymiarowej regresji liniowej zależności skal SIP C, SIP F oraz SIP PS, w zależności od depresji i wybranych czynników demograficznych oraz rodzaju schorzenia kręgosłupa (przedstawiono współczynnik β)

	1 badanie			2 badanie		
	SIP C	SIP F	SIP PS	SIP C	SIP F	SIP PS
kobiety vs. mężczyźni	-1,506	-0,702	-2,039*	-0,580	-0,023	-1,373*
depresja	11,836*	16,203*	12,537*	11,786*	13,884*	11,631*
procesy zapalne ¹	0,582	-3,354*	3,019*	-1,091	-0,802	-2,337*
nowotwory ¹	2,011*	-0,098	4,095*	2,520*	3,760*	1,164
stan wolny ²	1,883*	0,468	1,739*	1,951*	2,951*	-0,289
rozwiedziony(separacja) ²	-3,455*	-4,930*	-3,454*	-2,494*	-1,554	-4,577*
wykszt. podstawowe lub zawodowe ³	-0,816	-0,303	-1,878	-1,247	-2,987*	-0,586
wykształcenie wyższe ³	-1,005	-0,481	-0,095	-1,063	-2,162	0,446

¹ – w odniesieniu do złamań pourazowych;

² – w odniesieniu do zamężnych;

³ – w odniesieniu do wykształcenia średniego
przedstawiono współczynnik β ; * $p < 0,05$

Rozważając związek subiektywnej oceny jakości życia z objawami depresyjnymi, należy zwrócić uwagę na depresyjny styl myślenia. Osoby depresyjne odbierają i interpretują swoje otoczenie w sposób dla siebie niekorzystny, łatwiej również zapamiętują przykre bodźce i informacje [17]. Ich ocena przystosowania społecznego, satysfakcji z wypełniania ról życiowych i zewnętrznych wydarzeń jest zaniżona [1]. Subiektywna ocena jakości życia jest zatem zależna od depresyjnych przekonań, których nasilenie i wpływ na całokształt życia psychicznego są wprost proporcjonalne do nasilenia objawów depresyjnych [14]. Brak jest natomiast zależności pomiędzy jakością życia a kolejnym parametrem opisującym myślenie depresyjne – samooceną. W literaturze dotyczącej związku pomiędzy samooceną a depresyjnością akcentowana jest

raczej rola samooceny jako czynnika podatności na zachorowanie, nie zaś elementu związanego z samym obrazem choroby [21].

Większość chorych biorących udział w prezentowanym badaniu oceniała wsparcie rodziny jako dobre lub bardzo dobre. Choroba, oprócz odczuwalnych dolegliwości, prowadzi również do obniżenia i weryfikacji potrzeb życiowych, pacjenci doceniali swoje życie w kontekście rodzinnym i materialnym. Choroba wpłynęła na przewartościowanie postaw życiowych pacjentów, a jednym z elementów tego przewartościowania było zmniejszenie poziomu oczekiwań, koncentracja na procesie leczenia i zwiększenie poczucia jakości życia. Zauważono, że w niektórych przypadkach rodzina wykazywała się wyjątkową nadopiekuńczością co było głównym powodem opóźnień w rehabilitacji ruchowej, wolniejszym powrotem do pełnionych ról społecznych, jak również do podejmowania pracy zawodowej. Posługując się danymi z piśmiennictwa wynik ten można interpretować jako przejaw negatywnego oddziaływania wsparcia społecznego [16, 18].

Dyskusja

Jakość życia i zdrowie to pojęcia ściśle ze sobą związane. Wprawdzie o jakości życia człowieka decydują, poza zdrowiem, także i inne czynniki, takie jak warunki materialne, praca, życie rodzinne, społeczne, to jednak zdrowie jest jednym z najsilniejszych predyktorów jakości życia oraz jednostkowego poczucia szczęścia w różnych kulturach [4]. Związek pomiędzy jakością życia a zdrowiem stał się wyjątkowo kluczowy od momentu wyraźnego odejścia od podejścia oceny zdrowia w kategoriach okresu przeżycia lub braku objawów chorobowych i ujmowania zdrowia jako zdolności człowieka do uczestniczenia w codziennej aktywności. W ten sposób do podejścia zdrowia włączono społeczny i emocjonalny dobrostan. Takie szerokie ujęcie spowodowało, że często zdrowie, zwłaszcza zdrowie ogólne, zaczęto utożsamiać z pojęciem jakości życia. Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia jest obecnie przedmiotem wielu badań w medycynie, uwzględniają one wszystkie czynniki, które mają wpływ na zdrowie. Nie należy jednak zapominać, że najlepszej oceny dokonuje sam chory i ewentualnie jego najbliżsi [22]. Obserwacja i ocena personelu medycznego nie musi być zgodna z oceną pacjenta, gdyż jakość życia jest odczuciem subiektywnym, ulegającym zmianom w czasie [24]. Na podstawie definicji zdrowia podanej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) w 1984 r., Till, McNeil i Bush przyjęli, że „jakość życia to globalna koncepcja, do której należy włączyć psychiczne i socjalne działanie oraz czynność fizyczną i korzystne aspekty dobrego samopoczucia, jak również aspekty negatywne spowodowane chorobą i niedołatwstwem” [4]. Definicja ta umożliwia mierzenie

stanów fizycznych i emocjonalnych, powiązań socjalnych lub ujemnych objawów wynikających z choroby i jej leczenia.

W badaniu przeanalizowano jednocześnie jakość życia z uwzględnieniem dwóch koncepcji: funkcjonalnej i psychologicznej. Prowadzenie tego typu badań dało podstawę do określenia dalszego kierunku interwencji medycznych, ukierunkowanych na poprawę jakości życia chorych. Przedstawiły konieczność monitorowania chorych pod kątem wystąpienia zaburzeń depresyjnych, wskazały konieczność potrzebę profesjonalnego wsparcia społecznego dla rodzin i opiekunów oraz samego chorego. Badanie dostarczyło również przesłanki co do słuszności działań mających na celu zwiększenie samodzielności chorych nie tylko poprzez proces rehabilitacji, ale również przez adaptację otoczenia do możliwości ruchowych chorego. Przede wszystkim przeprowadzone badania unaocznily potrzebę kompleksowej oceny stanu pacjenta, znacznie wykraczającą poza wskaźniki stanu klinicznego.

Wnioski

1. W wyniku przebytego leczenia operacyjnego jakość życia chorych pomiędzy pierwszym a szóstym miesiącem po zabiegu uległa poprawie, zarówno w znaczeniu funkcjonowania fizycznego, jak i psychospołecznego.
2. Etiopatogeneza schorzeń kręgosłupa istotnie różnicowała poziom oceny jakości życia w wymiarze ogólnym i dziedzinach fizycznej i psychospołecznej w przypadku chorych ze złamaniami pourazowymi i nowotworami, zarówno miesiąc, jak i sześć miesięcy po zabiegu.
3. Wpływ na ocenę jakości życia w wymiarze ogólnym miała płeć badanych, ich wiek oraz stan cywilny, zarówno miesiąc, jak i sześć miesięcy po przebytych leczeniu operacyjnym.
4. Wczesne rozpoznanie i leczenie depresji to główny zidentyfikowany w badaniu kierunek interwencji medycznych, mogący w znaczący sposób przyczynić się do poprawy jakości życia po przebytych leczeniu operacyjnym.

Skróty stosowane w tekście

AB – funkcje poznawcze

ASA – American Society of Anesthesiologists

BI – Index Barthel

HM – prowadzenie gospodarstwa domowego

ISS – Injury Severity Scale

RP – rekreacja i czas wolny

SIP – Sickness Impact Profile

SIP C – Sickness Impact Profile, ocena globalna

SIP F – Sickness Impact Profile, dziedzina fizyczna

SIP PS – Sickness Impact Profile, dziedzina psychospołeczna

TISS – *Therapeutic Intervention Scoring System*

W – praca

ZDS – Zung Self Rating Depression Scale

Bibliografia

- [1] Atkinson M., Zibin S., Chuang H., *Characterizing Quality of Life among Patients with Chronic Mental Illness: A Critical Examination of the Self-Report Methodology*, „The American Journal of Psychiatry” 1997, Vol. 154, s. 99–105.
- [2] Bradford D.S., Glazer P.A., *Vertebral Column Resections for Severe Deformities*, [w:] *The Textbook of Spinal Surgery*, red. K.H. Bridwell, R.L. De Wald, wyd. 2, Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia 1997, s. 2227–2241.
- [3] Briem D., Lehmann W., Ruecker A.H., Windolf J., Rueger J.M., Linhart W., *Factors Influencing the Quality of Life after Burst Fractures of the Thoracolumbar Transition*, „Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery” 2004, Vol. 124, s. 461–468.
- [4] Cegła B., Bartuzi Z., *Badania jakości życia w naukach medycznych*, „Polska Medycyna Rodzinna” 2004, nr 6, Suplement 1, s. 124–128.
- [5] Gotlib I.H., Hammen C.L., *Psychological Aspects of Depression. Towards a Cognitive-Interpersonal Integration*, Wiley & Sons, Clochester 1992.
- [6] Grootboom M.J., Govender S., *Acute Injuries of the Upper Dorsal Spine*, „Injury” 1993, Vol. 24, s. 389–392.
- [7] Jaracz J., Rybakowski J., *Depresja po udarze mózgu*, „Dyskusja o Depresji” 1999, nr 12, s. 5–8.
- [8] Jaracz K., *Adaptacja kulturowa narzędzi badawczych do oceny jakości życia*, [w:] *Jakość życia w naukach medycznych*, red. L. Wołowicka, Wydawnictwo AM, Poznań 2001, s. 281–291.
- [9] Jaracz K., *Jakość życia po niedokrwiennym udarze mózgu: uwarunkowania kliniczne, funkcjonalne, psychospołeczne i czasowe*, Katedra Pielęgniarstwa Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2002.
- [10] Jaracz K., Kozubski W., *Jakość życia po udarze mózgu*, cz. 1: *Badania prospektywne*, „Udar mózgu” 2001, t. 3, nr 2, s. 55–62.
- [11] Jaracz K., Kozubski W., *Jakość życia po udarze mózgu*, cz. 2: *Uwarunkowania kliniczne, funkcjonalne i społeczno-demograficzne*, „Udar Mózgu” 2001, t. 3, nr 2, s. 63–70.

- [12] Jaracz K., Kozubski W., *Pomiar jakości życia po udarze mózgu*, „Postępy Rehabilitacji” 2003, nr 17, z. 1, s. 46–59.
- [13] Jaracz K., Wołowicka L., Bączyk G., *Analiza walidacyjna polskiej wersji Indeksu Jakości Życia Ferrans i Powers*, „Postępy Rehabilitacji” 2001, nr 4, s. 67–73.
- [14] Jenkins C.D., *Assessment of Outcomes of Health Interventions*, „Social Science & Medicine” 1992, Vol. 35, s. 367–375.
- [15] *Promocja zdrowia w chorobach przewlekłych*, red. A. Kapłun, Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1997, s. 108–113.
- [16] Kohn S., *Integracja społeczna i opieka socjalna*, [w:] *Opieka nad chorym z paraplegią*, red. G.M. Bedbrook, PZWŁ, Warszawa 1991, s. 259.
- [17] Kostiuk J.P., *Anterior Fixation for Burst Fractures of the Thoracic and Lumbar Spine with or without Neurological Involvement*, „Spine” 1988, Vol. 13, s. 286–293.
- [18] Majcher P., Fatyga M., Żuk M., *Rehabilitacja psychologiczna pacjentów po urazie kręgosłupa i rdzenia kręgowego*, „Przegląd Naukowy IWFiz WSP w Rzeszowie” 2001, nr 1, s. 19.
- [19] Nussbaum E.S., Rockswold G.L., Bergman T.A., Erickson D.L., Seljeskog E.L., *Spinal Tuberculosis: a Diagnostic and Management Challenge*, „Journal of Neurosurgery” 1995, Vol. 83, s. 243–247.
- [20] Oleś M., Steuden S., Klonowski P., Chmielnicka E., Gajda T., Puchalska-Wasył M., Sobol M., *Metody badania jakości życia i psychospołecznego funkcjonowania chorych z zaburzeniami widzenia*, [w:] *Jak świata mniej widzę: Zaburzenia widzenia a jakość życia*, red. P. Oleś, S. Steuden, J. Toczolowski, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2002, s. 51–68.
- [21] Pardoën D., Bauwens F., Tracy A., Martin F., Mendlewicz J., *Self-Esteem in Recovered Bipolar and Unipolar Out-Patients*, „The British Journal of Psychiatry” 1993, Vol. 163, s. 755–762.
- [22] Sierakowska M., Krajeńska-Kułał E., *Jakość życia w chorobach przewlekłych – nowe spojrzenie na pacjenta i problemy zdrowotne w aspekcie subiektywnej oceny*, „Pielęgniarstwo XXI wieku” 2004, nr 2 (7), s. 23–26.
- [23] Sundaresan N., Steinberger A.A., Moore F., Sachedv V.P., Krol G., Hough L., Kelliher K., *Indications and Results of Combined Anterior–Posterior Approaches for Spine Tumor Surgery*, „Journal of Neurosurgery” 1996, Vol. 85, s. 438–446.
- [24] Tobiasz-Adamczyk B., *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1998, s. 233–249.
- [25] Weller S.J., Rossitch E. Jr., *Unilateral Posterolateral Decompression without Stabilization for Neurological Palliation of Symptomatic Spinal Metastasis in Debilitated Patients*, „Journal of Neurosurgery” 1995, Vol. 82, s. 739–774.

Mariola Seń^{1,2}, Marzena Krupa¹, Anna Felińczak¹, Grażyna Szymańska-Pomorska¹, Faustina Hama¹

¹ Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych

² Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Katedra Zdrowia Publicznego

Otyłość i nadciśnienie tętnicze wśród dzieci zamieszkałych na terenach wiejskich

Obesity and hypertension among children living in rural areas

Abstract

Obesity in adolescence is associated with a number of health complications later in life. Some irregularities already begin in the early stages of its development. There is a strong and proven link between obesity and the development of hypertension, which is a documented risk factor for both heart disease and stroke. The aim of the study was to assess the prevalence of obesity and abnormal values for blood pressure among children living in rural areas of Lower Silesia.

The study was conducted among 628 children attending primary schools in the rural areas of Lubański and Zgorzelec. All the children underwent basic anthropometric measurements, which were then used to calculate BMI. Blood pressure was also measured and these values were interpreted on the basis of percentile distributions taking into account age, gender and growth percentile. The data were analyzed using Excel and Statistica 8.0.

Among the children examined, 13.44% of boys and 22.89% of girls were diagnosed as overweight and obesity was diagnosed in 6.6% and 13.08% respectively. Statistically significantly elevated blood pressure parameters are more frequently observed in the group of subjects with excess body weight.

A high percentage of children with excessive body weight with abnormal blood pressure indicates the need for continuous monitoring of somatic development indicators among the entire school population.

Keywords: overweight, obesity, BMI, blood pressure, hypertension

słowa kluczowe: nadwaga, otyłość, BMI, ciśnienie krwi, nadciśnienie

Wprowadzenie

Otyłość w wieku rozwojowym wiąże się z wieloma powikłaniami zdrowotnymi w wieku późniejszym. Pewne nieprawidłowości mają już początek we

wczesnym okresie jej rozwoju. Istnieje silny i udowodniony związek między występowaniem otyłości a rozwojem nadciśnienia tętniczego, które jest udokumentowanym czynnikiem ryzyka zarówno choroby niedokrwiennej serca, jak i udaru mózgu. Wzrost masy ciała o 10 kg wiąże się z podwyższeniem skurczowego ciśnienia tętniczego o 3,0 mmHg, a rozkurczowego o 2,3 mmHg. Prowadzone liczne badania wykazały jednoznacznie, że u dzieci z nadmierną masą ciała istnieje większe ryzyko wystąpienia wysokiego ciśnienia skurczowego i rozkurczowego w porównaniu z dziećmi o prawidłowej masie ciała. Nadmierna podaż energii zwiększa ilość krążących katecholamin i aktywność układu współczulnego. Czynniki te, oraz występujący w otyłości hiperinsulinizm, zwiększają wchłanianie zwrotne sodu w nerkach, pobudzając układ hormonalny związany z reniną i angiotensyną. Zwiększa to pojemność minutową serca i opór obwodowy naczyń, prowadząc w efekcie do nadciśnienia.

Wykrywanie pierwszych symptomów w zakresie nieprawidłowych parametrów ciśnienia tętniczego u dzieci i młodzieży, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci zagrożonych nadmierną masą ciała, jest bardzo istotnym kierunkiem profilaktyki kardiologicznej.

Badania prowadzone przez zespół prof. Wszyńskiej wykazały, że u około 68% dzieci z zespołem przednadciśnieniowym, dochodzi w ciągu 4 lat do utrwalenia się nadciśnienia tętniczego [1].

Cel

Celem prowadzonych badań była ocena częstości występowania nadmiernej masy ciała oraz nieprawidłowych wartości w zakresie ciśnienia tętniczego wśród dzieci w wieku od 7 do 12 lat, zamieszkałych na terenach wiejskich województwa dolnośląskiego.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono na terenach wiejskich dwóch powiatów – lubańskiego i zgorzeleckiego – województwa dolnośląskiego. Przed wykonaniem badań uzyskano pisemną zgodę rodziców na ich przeprowadzenie. Badanie przeprowadzono w godzinach przedpołudniowych w szkolnych gabinetach pielęgniarskich, w warunkach pozwalających na zachowanie pełnej intymności i anonimowości. Wszystkie dzieci zostały wcześniej poinformowane o wykonywanych badaniach.

Pomiary przeprowadzono w ciągu 2 miesięcy (wrzesień–październik 2008 roku). Wykonano następujące pomiary antropometryczne: pomiar masy ciała i wzrostu (bez obuwia, w białym) przy użyciu wagi lekarskiej z wbudowanym

antropometrem. Pozwoliło to na obliczenie wskaźnika BMI, który jest ilorazem masy ciała (wyrażonego w kg) i kwadratu wysokości badanego (wyrażonego w metrach), a służącego do oceny ogólnego otluszczenia. Wskaźnik ten jest powszechnie stosowany w badaniach epidemiologicznych w rozpoznawaniu nadwagi i otyłości. Wielkość wskaźnika BMI pozwoliła na wyodrębnienie spośród przebadanych dzieci grupy osób z nadwagą i z otyłością. W tym celu zastosowano progi wskaźnika BMI, ustalone dla nadwagi i otyłości w zależności od płci i wieku badanego dziecka z przedziału od 2 do 18 lat, a opracowane przez International Obesity Task Force (IOTF) i opublikowane przez Cole'a i wsp. [2].

Nadwagę określano wówczas, gdy mieściła się pomiędzy „ekwiwalentem BMI 25 i 30 u dorosłych”, natomiast otyłość, jeżeli BMI znajdowało się na poziomie lub powyżej ekwiwalentu „BMI 30 u dorosłych”. Grupę porównawczą dla dzieci z nadmiarem masy ciała stanowiły dzieci o prawidłowych parametrach wskaźnika względnej masy ciała.

Wszystkim dzieciom zmierzono ciśnienie tętnicze krwi. Przed badaniami pouczono dzieci o technice wykonywania pomiarów. Nie wykonywano pomiarów ciśnienia bezpośrednio po lekcjach wychowania fizycznego, przed i po sprawdzianach oraz bezpośrednio po posiłkach. Zapewniono niezbędne uspokojenie dziecka przed pomiarem. Pomiary wykonywano metodą osłuchową przy użyciu jednakowej aparatury, indywidualnie dobierano szerokość mankietu pomiarowego, w zależności od obwodu ramienia dziecka. Pomiary wykonywano na prawym przedramieniu, po około 10-minutowym okresie spoczynku w pozycji siedzącej.

Ocenę wartości ciśnienia tętniczego u badanych dzieci dokonano zgodnie z IV raportem (IVR) Grupy Roboczej ds. Kontroli Ciśnienia u Dzieci (NH-BPEP, National High Blood Pressure Education Program on Children and Adolescent).

Interpretacji pomiarów ciśnienia tętniczego u badanych dzieci dokonano na podstawie rozkładów centylowych (siatek) ciśnienia tętniczego uwzględniających wiek, płeć oraz poziom centylowy wysokości ciała dziecka. Ciśnienie prawidłowe (norma) określano wówczas, gdy zarówno ciśnienie skurczowe (SBP – *systolicbloodpressure*), jak i ciśnienie rozkurczowe (DBP – *diastolicbloodpressure*) przyjmują wartości niższe od poziomu centylowego c90 dla obu ciśnień. Stan podwyższonego ciśnienia stwierdzano wówczas, gdy SBP i/lub DBP były wyższe od poziomu centylowego c90 dla obu ciśnień [3].

Analizy statystyczne oraz prezentację graficzną wykonano przy użyciu pakietów Statistica v 9.0 oraz MS Excel.

Wyniki

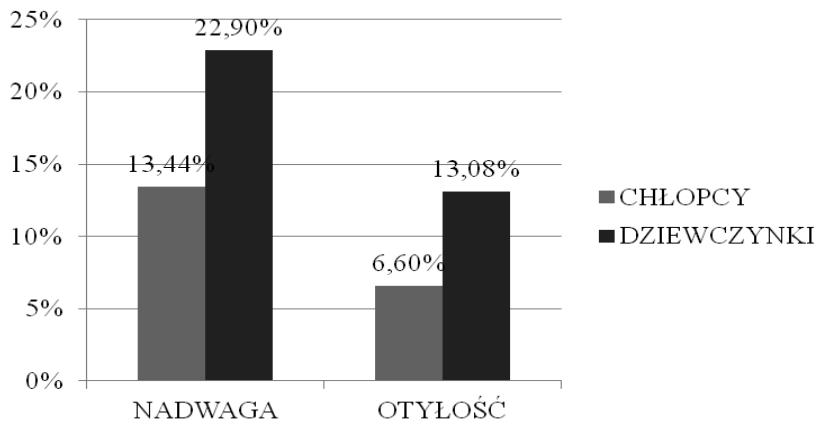
Przebadano 638 dzieci w wieku 7–12 lat, uczących się w szkołach podstawowych w klasach I–VI. W grupie tej znajdowało się 424 chłopców (66,5%) i 214 (33,5%) dziewcząt.

Tabela 1. Liczebność badanej zbiorowości z uwzględnieniem wieku i płci badanych (% liczony w odniesieniu do danej grupy wiekowej)

Wiek (w latach)	Chłopcy	%	Dziewczynki	%	Ogółem	%
7	131	30,90	58	27,10	189	29,62
8	41	9,67	16	7,48	57	8,93
9	92	21,70	59	27,57	151	23,67
10	71	16,75	37	17,29	108	16,93
11	32	7,54	21	9,81	53	8,31
12	57	13,44	23	10,75	80	12,54
Ogółem	424	100,00	214	100,00	638	100,00

Wśród ogółu przebadanych chłopców, nadwagę zaobserwowano u 13,44%, a otyłość u 6,60%. Natomiast spośród badanych dziewcząt, u 22,89% stwierdzono się nadwagę, a u 13,08% otyłość (ryc. 1).

Rycina 1. Udział procentowy nadwagi i otyłości w badanej zbiorowości dzieci z uwzględnieniem płci



Szczególnie wysoki odsetek nadwagi zaobserwowano u 11-letnich chłopców (21,87%) oraz dziewcząt 7-letnich (31,03%), 8-letnich (37,50%) i 11-letnich (33,33%). Niepokojąco wysoki odsetek otyłych osób zaobserwo-

wano wśród 9-letnich chłopców (9,78%) oraz 8-letnich dziewcząt (43,75%) – tabela 2.

Tabela 2. Liczebność (n) i udział procentowy (%) dzieci z nadwagą i otyłością według wieku i płci badanych

Wiek	NADWAGA				OTYŁOŚĆ			
	Chłopcy (n)	%	Dziewczynki (n)	%	Chłopcy (n)	%	Dziewczynki (n)	%
7	16	12,21	18	31,03	9	6,87	6	10,34
8	0	0,00	6	37,50	0	0,00	7	43,75
9	12	13,04	7	11,86	9	9,78	6	10,17
10	11	15,49	8	21,62	3	4,23	3	8,11
11	7	21,88	7	33,33	2	6,25	3	14,29
12	11	19,30	3	13,04	5	8,77	3	13,04

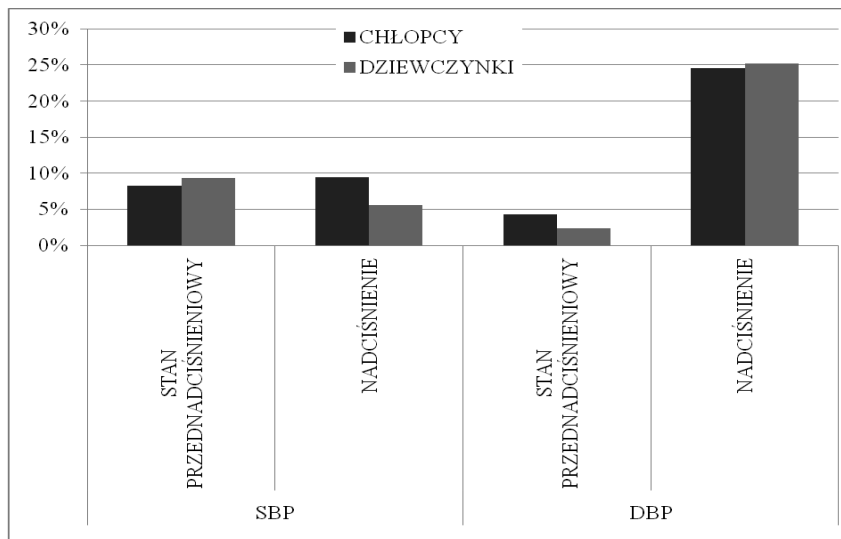
W tabeli 3 zestawiono wartości dotyczące częstości występowania nadmiernej masy ciała (łącznie: nadwaga + otyłość) wśród badanych, uwzględniając wiek i płeć. Wysoki odsetek powyższego zjawiska zaobserwowano u dziewcząt 8-letnich (81,25%) i 11-letnich (47,62%). U chłopców najwyższy odsetek badanych z nadmiarem masy ciała wystąpił wśród 11- i 12-latków, odpowiednio: 28,13% oraz 29,82%.

Tabela 3. Liczebność (n) i udział procentowy (%) dzieci z nadmierną masą ciała (nadwaga + otyłość) z podziałem na wiek i płeć badanych

Wiek	PODWYŻSZONA MASA CIAŁA			
	Chłopcy	%	Dziewczynki	%
	(n)		(n)	
7	25	19,08	24	41,38
8	0	0,00	13	81,25
9	21	22,83	13	22,03
10	14	19,72	11	29,73
11	9	28,13	10	47,62
12	17	29,82	6	26,09
Ogółem	86	20,28	77	35,98

Stan przednadcisnieniowy w zakresie SBP rozpoznano u 8,25% (35) ogółu przebadanych chłopców oraz u 9,34% (20) ogółu przebadanych dziewcząt, a nadciśnienie, u 9,43% (40) chłopców i 5,6% (12) dziewcząt. W zakresie DBP stan przednadcisnieniowy rozpoznano u 4,24% (18) chłopców i u 2,33% (5) dziewcząt; a nadciśnienie u 24,52% (104) i 25,23% (54) badanych chłopców i dziewcząt – rycina 2.

Rycina 2. Częstość występowania podwyższonych parametrów ciśnienia tętniczego krwi skurczowego SBP i rozkurczowego DBP z uwzględnieniem płci badanych



Stan przednadciśnieniowy w zakresie SBP występuje najliczniej w grupie 7-letnich (18,96%), 8-letnich (18,75%) oraz 9-letnich (10,16%) dziewcząt oraz 11-letnich (12,50%) i 9-letnich (11,95%) chłopców. Natomiast nadciśnienie w najwyższym odsetku zaobserwowano, odpowiednio, u 8-letnich dziewcząt (12,50%) oraz u 7-letnich (15,26%) i 12-letnich (16,90%) chłopców – tabela 4.

Tabela 4. Występowanie nieprawidłowych wartości skurczowego ciśnienia tętniczego (SBP) u badanych chłopców – CH i dziewcząt – DZ, z uwzględnieniem wieku badanych

Wiek	STAN PRZEDNADCIŚNIENIOWY				NADCIŚNIENIE			
	CH	%	DZ	%	CH	%	DZ	%
7	10	7,63	11	18,96	20	15,26	4	6,89
8	3	7,31	3	18,75	2	4,87	2	12,50
9	11	11,95	6	10,16	3	3,26	1	1,69
10	6	8,45	–	–	12	16,90	2	5,40
11	4	12,50	–	–	1	3,12	1	4,76
12	1	1,75	–	–	2	3,50	2	8,69

Najliczniejszą grupą w badanej zbiorowości dzieci, u której stwierdzono występowanie stanu przednadciśnieniowego w zakresie ciśnienia rozkurczowego (DBP), byli chłopcy 10-letni (23,94%). U dziewcząt odsetek ten był znacznie niższy, a najwyższy (6,25%) zaobserwowano u 8-letnich dziewcząt. Nadciśnienie tętnicze najczęściej dotyczyło 11- i 12-letnich chłopców, wynosząc odpowiednio: 34,37% i 36,84%. U dziewcząt szczególnie często rozpoznano nadciśnienie tętnicze w grupie 8-latek (43,75%) oraz 11-latek (42,85%) – tabela 5.

Tabela 5. Występowanie nieprawidłowych wartości rozkurczowego ciśnienia tętniczego (DBP) u badanych chłopców – CH i dziewcząt – DZ z uwzględnieniem wieku badanych

Wiek	STAN PRZEDNADCIŚNIENIOWY				NADCIŚNIENIE			
	CH	%	DZ	%	CH	%	DZ	%
7	10	7,63	1	1,72	30	22,90	13	22,41
8	3	7,31	1	6,25	5	12,19	7	43,75
9	1	1,08	3	5,08	20	21,73	9	15,25
10	17	23,94	–	–	4	5,63	11	29,73
11	–	–	–	–	11	34,37	9	42,85
12	–	–	–	–	21	36,84	5	21,73

Wyniki prowadzonych badań wskazują, że występowanie nieprawidłowych wartości w zakresie ciśnienia tętniczego krwi – zarówno skurczowego, jak i rozkurczowego – jest istotnie statystycznie częstsze wśród badanych z nadmierną masą ciała.

W świetle wyników przeprowadzonych badań częściej rozpoznawano nieprawidłowe wartości w zakresie ciśnienia rozkurczowego krwi w grupie dziewcząt z nadmiarem masy ciała.

Natomiast wyższe wartości w zakresie ciśnienie skurczowego u badanych z nadmiarem masy ciała występują na podobnym poziomie, dotycząc odpowiednio: 24,71% chłopców oraz 28,57% dziewcząt.

Tabela 6. Częstość występowania nieprawidłowych wartości ciśnienia tętniczego w zależności od poziomu masy ciała z uwzględnieniem płci oraz wynik testu χ^2

Płeć	WIELKOŚĆ WSKAŹNIKA WHtR	masa ciała w normie	nadmierna masa ciała	wartość testu χ^2 $p \leq 0,001$
CHŁOPCY	SBP prawidłowe	285 (84,07%)	64 (75,29%)	$\chi^2 = 3,59$, $p = 0,057$
	SBP nieprawidłowe	54 (19,93%)	21 (24,71%)	
	DBP prawidłowe	251 (74,04%)	51 (60,00%)	$\chi^2 = 6,53$, $p = 0,01$
	DBP nieprawidłowe	88 (25,96%)	34 (40,00%)	
DZIEWCZYNKI	SBP prawidłowe	126 (91,97%)	55 (71,43%)	$\chi^2 = 15,94$ $p = 0,00007$
	SBP nieprawidłowe	11 (8,03%)	22 (28,57%)	
	DBP prawidłowe	121 (88,32%)	34 (44,16%)	$\chi^2 = 48,15$, $p = 0,0000$
	DBP nieprawidłowe	16 (11,68%)	43 (55,84%)	
OGÓLEM	SBP prawidłowe	411 (86,34%)	119 (73,46%)	$\chi^2 = 14,27$, $p = 0,0016$
	SBP nieprawidłowe	65 (13,66%)	43 (26,54%)	
	DBP prawidłowe	372 (78,15%)	85 (52,47%)	$\chi^2 = 39,22$, $p = 0,0000$
	DBP nieprawidłowe	104 (21,85%)	77 (47,53%)	

Dyskusja

Według American Heart Association, otyłość, obok palenia papierosów, stała się podstawowym czynnikiem ryzyka rozwoju choroby wieńcowej i nadciśnienia tętniczego. Wiele niekorzystnych zmian metabolicznych i hemodynamicznych, do których dochodzi w organizmie na skutek nadmiernej masy ciała, może w sposób pośredni i bezpośredni wpływać na rozwój innych dodatkowych schorzeń.

Raport WHO wskazał, że otyłość zwiększa ponadtrzykrotnie ryzyko rozwoju: cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, zespołu bezdechu sennego, zaburzeń gospodarki lipidowej, niewydolności serca [4]. Wzrost występowania otyłości wpłynął na wzrost występowania nadciśnienia tętniczego, co zostało również udokumentowane w wielu doniesieniach naukowych. Dla przykładu, w badaniu Framingham wykazano, że u 70% mężczyzn i 61% kobiet rozwój nadciśnienia tętniczego wiązał się bezpośrednio z otyłością, przy czym wzrostowi masy ciała o każde 5 kg towarzyszył wzrost ciśnienia skurczowego o 4,5 mmHg [5]. Badania prowadzone na całym świecie wskazują na wzrost występowania zjawiska nadmiernej masy ciała wśród coraz młodszych grup wiekowych. Raport WHO wykazał, że w 2007 roku 22 miliony dzieci na świecie w wieku mniej niż 5 lat wykazywało nadmierną masę ciała (nadwagę), a w 2010 roku liczba dzieci z nadmierną masą ciała szacowana jest już na 42 miliony.

Wyniki badań nad częstością występowania nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży w Polsce również ukazują tendencje wzrostowe. Według różnych badaczy, nadwaga i otyłość dotyczy od 3% do 8% chłopców oraz od 4% do 11% dziewcząt. W badaniach prowadzonych wśród uczniów szkół wrocławskich w wieku od 8 do 18 lat częstość występowania nadmiernej masy ciała stwierdzono u 20,42% chłopców oraz 18,67% dziewcząt, zwracając szczególną uwagę na grupę badanych w wieku pokwitaniowym jako szczególnie narażoną na skłonność do występowania nadmiernej masy ciała [6]. W badaniach własnych nadmierną masę ciała zaobserwowano u 21,46% chłopców oraz 37,85% dziewcząt. Co potwierdzone jest wynikami innych badań, na podstawie których stwierdzić można, że w mieście jest więcej otyłych chłopców, natomiast na wsi – dziewcząt. W związku z tym, że epidemia otyłości dotyczy dzieci w ich młodszych organizmach, obserwuje się nieprawidłowości będące jej konsekwencją. Freedman wraz z współpracownikami [7] wykazali, że u dzieci z nadwagą i otyłością prawdopodobieństwo wystąpienia podwyższonych parametrów ciśnienia skurczowego i rozkurczowego jest, odpowiednio, 7,1 i 2,4 razy większe, niż u dzieci z prawidłową masą ciała. Z kolei badania skринingowe prowadzone przez Sorof i wsp. wskazują, że u dzieci i młodzieży otyłej istnieje 3-krotnie wyższe ryzyko rozwoju nadciśnienia tętniczego w porównaniu z grupą o prawidłowych parametrach masy ciała. Podkreśla się też, że szczególnie niekorzystne są wysokie wartości ciśnienia skurczowego występujące u otyłych nastolatków. Ponadto dzieci z nadmiarem masy ciała i podwyższonymi wartościami ciśnienia tętniczego wykazywały szybszą czynność serca w spoczynku niż dzieci szczupłe z ciśnieniem tętniczym w granicach normy [8]. Badania prowadzone w polskich ośrodkach wykazały u pacjentów z pierwotnym nadciśnieniem tętniczym wyższy wskaźnik BMI niż w grupie kontrolnej. Spośród badanych dzieci, u których stwierdzono nadciśnienie tę-

nicze, 55% było otyłych, podczas gdy w grupie kontrolnej (o prawidłowych wartościach ciśnienia tętniczego) otyłość stwierdzono u 16% [9]. Wyniki badań wrocławskich wśród dzieci w wieku od 13 do 15 lat wykazały, że podwyższone wartości zarówno w zakresie ciśnienia krwi skurczowego (SBP), jak i rozkurczowego (DBP), istotnie statystycznie częściej stwierdzono w grupie tak chłopców, jak i dziewcząt z nadmierną masą ciała. Ryzyko pojawienia się podwyższonych wartości w zakresie ciśnienia skurczowego i rozkurczowego u dziewcząt z nadmierną masą ciała w porównaniu do dziewcząt z prawidłową masą ciała, było odpowiednio: 5,5 oraz 2,5 razy większe. U chłopców z nadmiarem masy ciała to ryzyko wzrastało, odpowiednio, w przypadku ciśnienia skurczowego 3,6 razy oraz rozkurczowego 4,3 razy [10].

Wyniki badań własnych jednoznacznie wskazują, że większa masa ciała podwyższa ryzyko wystąpienia wyższych wartości ciśnienia tętniczego krwi, określanych w badaniu własnym jako ciśnienie nieprawidłowe. Podwyższone wartości zarówno w zakresie ciśnienia krwi skurczowego (SBP), jak i rozkurczowego (DBP), istotnie statystycznie częściej zaobserwowano w grupie chłopców i dziewcząt z nadmierną masą ciała.

Wnioski

1. Wśród badanych dzieci w wieku od 7 do 12 lat, uczących się w szkołach wiejskich na terenie województwa dolnośląskiego, zaobserwowano wysoki odsetek osób z nadmierną masą ciała. Szczególnie dotyczy to dziewcząt 7-, 8- i 10-letnich oraz chłopców 11- i 12-letnich. Uzyskane wyniki wskazują na konieczność podjęcia działań mających na celu walkę z nadmierną masą ciała.
2. Wysoki odsetek dzieci z nadmierną masą ciała oraz nieprawidłowymi wartościami ciśnienia tętniczego krwi powinno skłaniać do podjęcia działań prewencyjnych, które pozwalałyby na zmniejszenie skali tego niekorzystnego zjawiska. Ważnym elementem profilaktyki jest również prowadzenie systematycznych pomiarów antropometrycznych, takich jak pomiar masy i wysokości ciała, pomiary obwodów ciała oraz ciśnienia tętniczego krwi, co pozwoli na wczesne wykrycie nieprawidłowych parametrów i podjęcie właściwych działań zapobiegawczych.

Bibliografia

- [1] Wyszynska T., *Nadciśnienie tętnicze u dzieci i młodzieży*, [w:] *Nadciśnienie tętnicze*, red. A. Januszewicz, W. Januszewicz, E. Szczepańska-Sadowska i wsp., Medycyna Praktyczna, Kraków 2004, s. 789–801.
- [2] Cole T.J., Bellizzi M.C., Flegal K.M., Dietz W.H., *Establishing a Standard Definition for Child Overweight and Obesity Worldwide: International Survey*, *BMJ* 2000, s. 320.
- [3] *The Seventh Report of the Joint National Committee of Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The JNC Report*, *JAMA* 2003, Vol. 289, s. 2560–2572.
- [4] *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation*, „World Health Organization Technical Report Series” 2000, Vol. 894, s. 1–253.
- [5] Vasan R.S., Larson M.G., Leip E.P. i wsp., *Assesment of Frequency of Progression to Hypertension in Non-Hypertensive Participants in the Framingham Heart Study: a Cohort Study*, „Lancet” 2001, Vol. 358, s. 1682–1686.
- [6] Felińczak A., Szymanska-Pomorska G., Misiak K., Fal A.M., Machaj Z., *Estimation of Obesity in Developmental Age – Population of Schoolchildren in Wrocław*, „Polish Journal of Environmental Studies” 2008, Vol. 17, No. 4A, s. 118–122.
- [7] Freedman D.S., Dietz W.H., Srinivasan S.R., Berenson G.S., *The Relation of Overweight to Cardiovascular Risk Factors Among Children and Adolescents: the Bogalusa Heart Study*, „Pediatrics” 1999, Vol. 103, s. 1175–1182.
- [8] Sorof J.M., Daniels S., *Obesity Hypertension in Children: a Problem of Epidemic Proportions*, „Hypertension” 2002, Vol. 40, s. 441–447.
- [9] Wyszynska T., Litwin M., *Nadciśnienie tętnicze u dzieci i młodzieży*, Biblioteka Pediatrii, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.
- [10] Felińczak A., Kuriata E., Hama F., Seń M., Fal A.M., *Rozpoznawanie wczesnych symptomów ryzyka rozwoju chorób układu sercowo-naczyniowego u dzieci i młodzieży z nadmierną masą ciała. Czynniki ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego*, Wrocław 2010, s. 494–502.



Mariola Seń^{1,2}, Marta Szczepanik², Anna Felińczak²,
Marzena Krysa², Faustina Hama²

¹ Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Wydział Zdrowia
i Nauk Medycznych

² Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Katedra Zdrowia Publicznego

Wiedza w zakresie profilaktyki raka sutka wśród kobiet leczonych psychiatrycznie

Knowledge of prevention of breast cancer among women
who underwent psychiatric treatment

Abstract

Breast cancer in the next decade will remain as one of the most common malignant cancers in women. Over four and a half thousand women every year in Poland die because of this disease. A significant increase in incidence is observed in women after reaching 30-years of age. Epidemiological studies conducted in the United States indicate that one in eight women will have breast cancer diagnosed at some point in their lifetime. If breast cancer is diagnosed early as a small and localized tumor, the survival rate reaches up to 93%. That is why early diagnosis, regular visits to the gynecologist and performing screening and prophylactic checks play such an important role in the fight against malignant breast cancer.

The aim of this study was to assess the level of knowledge in the prevention of breast cancer and prophylactic behavior among women treated psychiatrically. The research was conducted among 100 women treated by the Specialist Team of Psychiatric Care in Wrocław. The research tool used was a questionnaire designed for this study. The resulting research material was subjected to statistical analysis using Excel program from the Microsoft Windows's Office

The interviewed women do not underwent systematic periodic examinations and preventive check-ups, were not familiar with breast self-examination techniques and rarely participated in educational programs to prevent breast cancer. Simultaneously, the health situation of the women, subjects of the study, the frequency and length of hospitalization were not conducive to the implementation of preventative measures among them. The low level of knowledge in the prevention of breast cancer was also a detrimental factor.

Keywords: breast cancer, risk factors, preventive behaviors

słowa kluczowe: rak piersi, czynniki ryzyka, zachowania profilaktyczne

Wprowadzenie

Rak sutka pozostanie w najbliższej dekadzie jednym z najczęstszych nowotworów złośliwych stwierdzanych u kobiet [6]. Pomimo upływu lat, rozwoju techniki i metod badania, liczba zachorowań na nowotwory złośliwe nadal wzrasta. W Polsce stanowią one drugą po chorobach układu krążenia przyczynę zgonów. Z powodu raka sutka w Polsce co roku umiera ponad cztery i pół tysiąca kobiet. Istotny wzrost zachorowań obserwuje się głównie po ukończeniu trzydziestego roku życia. Statystyki przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych wskazują, że jedna na osiem kobiet będzie miała rozpoznanego raka sutka w jakimś okresie swojego życia. Jednocześnie wiadomo, że jeżeli rak sutka jest rozpoznawany wcześniej jako mały i zlokalizowany guz, współczynnik przeżycia sięga 93% [7]. Dlatego tak ważną rolę w walce z nowotworami złośliwymi odgrywa wczesna diagnostyka, regularne uczęszczanie na wizyty do ginekologa oraz wykonywanie badań kontrolnych i profilaktycznych. Nowoczesna medycyna proponuje, aby traktować wszystkie kobiety jako osoby znajdujące się w grupie ryzyka zachorowalności na raka sutka. Uważa się, że najlepszym sposobem na pokonanie strachu związanego z rakiem sutka jest zmierzenie się z faktami dotyczącymi tej choroby, zaś najlepszym sposobem prewencji jest uczenie kobiet tematu dotyczącego profilaktyki raka piersi i sposobach wczesnego jego wykrywania [7].

Mimo coraz większej wiedzy w zakresie etiopatogenezy nowotworów, popularyzowania programów edukacyjnych w prasie, telewizji i Internecie oraz postępów w zakresie rozpoznawania i leczenia, nadal w odczuciu społecznym rozpoznanie raka uznaje się za synonim wyroku śmierci [2].

Cel

Celem pracy jest próba oceny poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki raka piersi oraz realizacji zachowań profilaktycznych wśród kobiet leczonych psychiatrycznie.

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone wśród 100 kobiet leczonych w Specjalistycznym Zespole Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu w 2010 roku. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety skonstruowany dla potrzeb tego badania. Ankieta zawierała 41 pytań dotyczących wiedzy badanych kobiet na temat czynników ryzyka raka piersi, występowania chorób

nowotworowych w rodzinie, regularności w poddawaniu się badaniom profilaktycznym także w zakresie zapobiegania rakowi sutka oraz danych społeczno-demograficznych. Uzyskany materiał badawczy został poddany analizie statystycznej za pomocą arkusza kalkulacyjnego Exel.

Wyniki

Większość badanych kobiet to mieszkanki dużego miasta (powyżej 100 tys. mieszkańców). W małym mieście lub na wsi zamieszkiwała częściej niż co czwarta respondentka (27%) (tab. 1).

Tabela 1. Miejsce zamieszkania badanych kobiet

Miejsce zamieszkania	Cała grupa	
	n = 100	%
Wieś	16	16,0
Miasto małe (do 20 tys.)	11	11,0
Miasto średnie (do 50 tys.)	26	26,0
Miasto duże (pow. 100 tys.)	47	47,0
Razem	100	100,0

Najmłodsza respondentka miała 21 lat, najstarsza zaś 74 lata. Średnia wieku badanych kobiet wyniosła 44 lata (SD \pm 13,8) (tab. 2).

Tabela 2. Wiek badanych kobiet

Wiek badanych	Cała grupa	
	n = 100	%
20–29	18	18,0
30–39	21	21,0
40–49	19	19,0
50–59	28	28,0
60–69	11	11,0
70–79	3	3,0
Razem	100	100,0

Znaczna część badanych kobiet posiadała wykształcenie średnie – 45%, co czwarta zawodowe (24%) i tylko niespełna co piąta (19%) wyższe (tab. 3). Wykształcenie wyższe częściej dotyczyło kobiet młodych, między 20–39 rokiem życia (56,4%).

Tabela 3. Wykształcenie badanych kobiet

Wykształcenie badanych	Cała grupa	
	n = 100	%
Wyższe	19	19,0
Średnie	45	45,0
Zawodowe	24	24,0
Podstawowe	12	12,0
Razem	100	100,0

Problemy ze zdrowiem psychicznym stają się coraz poważniejszym źródłem obniżenia jakości życia i niepełnosprawności ludzi [9] oraz przyczyną hospitalizacji. Może to wpływać na ograniczenie dbałości o własne zdrowie, szczególnie fizyczne i nieuczestniczenie m.in. w programach profilaktycznych.

Tabela 4. Częstość hospitalizacji badanych kobiet

Częstość hospitalizacji	Cała grupa	
	n = 100	%
1 raz w roku	65	65,0
2 razy w roku	23	23,0
Częściej	5	5,0
Razem	100	100,0

Badane kobiety deklarowały, że na leczenie szpitalne są kierowane średnio raz w roku (65%). Prawie co czwarta nawet częściej, bo dwa razy w roku (tab. 4).

Tabela 5. Występowanie raka piersi w rodzinie, wg wieku

Rak sutka	Wiek w latach n = 100											
	20–29		30–39		40–49		50–59		60–69		70–79	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Tak	5	27,8	3	14,3	3	15,7	7	25,0	3	27,3	0	0,0
Nie	13	72,2	18	85,7	16	84,3	21	75,0	8	72,7	3	100
Razem	18	100	21	100	19	100	28	100	11	100	3	100

Obciążenie rodzinne należy do najistotniejszych czynników ryzyka raka piersi. W przypadku kobiet obciążonych genetycznie, zachorowanie wzrasta niemal 14-krotnie w stosunku do osób nie obciążonych wadami genomu [4].

W badanej grupie kobiet rak sutka wystąpił w rodzinie w linii żeńskiej aż w 23 przypadkach (23%). Częściej mówiły o tym ankietowane w wieku 50–59 lat (tab. 5). Są to osoby potencjalnie znajdujące się w grupie zwiększonego

ryzyka zachorowania na nowotwór piersi. Jednak przy systematycznej samo-kontroli (badanie palpacyjne sutka), konsultacji lekarza ginekologa, a także wykonywaniu badań profilaktycznych (ultrasonografii i mammografii), można wykryć zmiany małe, które dają szansę na trwałe wyleczenie.

Tab. 6. Wiedza kobiet na temat badań stosowanych w profilaktyce raka piersi wg wykształcenia*

Badania profilaktyczne	Wykształcenie n = 100							
	wyższe		średnie		zawodowe		podstawowe	
	n = 19	%	n = 45	%	n = 24	%	n = 12	%
Badanie palpacyjne	19	100	32	71,1	15	62,5	9	75,0
USG	18	94,7	32	71,1	12	50,0	8	66,6
Mammografia	15	78,9	35	77,8	21	87,5	7	58,8

* dane nie sumują się do 100% ze względu na możliwość wyboru więcej niż jednej odpowiedzi

Większość respondentek bez względu na poziom wykształcenia wskazywała samobadanie piersi jako istotną metodę we wczesnym wykrywaniu raka piersi, w dalszej kolejności była to mammografia oraz USG piersi, na które najrzadziej wskazywały kobiety z wykształceniem zawodowym i podstawowym (tab. 6). Zasadne wydało się zatem zadanie pytania o znajomość techniki wykonywania samobadania piersi, która jest bezwzględny warunkiem wykonywania regularnej samokontroli gruczołu piersiowego.

Tabela 7. Znajomość techniki palpacyjnego badania piersi wśród kobiet wg wykształcenia

Badanie palpacyjne piersi	Wykształcenie n = 100							
	wyższe		średnie		zawodowe		podstawowe	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak	15	78,9	22	48,9	5	20,8	1	8,3
Nie	1	5,3	13	28,9	4	16,7	4	33,4
Trudno powiedzieć	3	15,8	10	22,2	15	62,5	7	58,3
Razem	19	100	45	100	24	100	12	100

Jedynie niespełna co druga ankietowana twierdziła, że zna technikę samobadania piersi (43%), zdecydowanie częściej były to kobiety z wykształceniem wyższym (78,9%). Znajomość ta zmniejsza się wraz ze spadkiem poziomu wykształcenia respondentek (tab. 7). Również w grupie kobiet obciążonych rodzinnie znajomość techniki samobadania piersi jest niezadawalająca; zna ją jedynie co druga badana (52,2%) (tab. 8).

Tabela 8. Znajomość techniki palpacyjnej w grupie ryzyka ze względu na rodzinne występowanie raka sutka w rodzinie

Znajomość techniki samobadania piersi	Cała grupa	
	n = 23	%
Tak	12	25,2
Nie	6	26,1
Trudno powiedzieć	5	21,7
Razem	23	100,0

Badanie przedmiotowe piersi jest niezwykle ważnym i niezbędnym elementem oceny sutfków. Powinno być przeprowadzane u wszystkich zdrowych kobiet, w ramach kontroli stanu zdrowia.

Tabela 9. Wiedza kobiet na temat częstotliwości badania palpacyjnego piersi wg wykształcenia

Częstość badania palpacyjnego piersi	Wykształcenie n = 100							
	wyższe		średnie		zawodowe		podstawowe	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1 raz w miesiącu	17	89,5	24	53,3	14	58,4	3	24,0
1 raz w tygodniu	0	00	4	8,9	2	8,3	2	16,6
Rzadziej niż 1 raz w miesiącu	0	00	2	4,4	0	00	0	00
Trudno powiedzieć	2	10,5	15	33,4	8	33,3	7	58,4
Razem	19	100	45	100	24	100	12	100

Prawie co druga badana (42%) nie wie, jak często należy wykonywać badanie palpacyjne piersi, co sugeruje, że nie podejmuje w tym zakresie żadnej aktywności. Im kobiety młodsze i lepiej wykształcone, tym większy zakres wiedzy w tym względzie (tab. 9).

Tabela 10. Wykonywanie badania palpacyjnego piersi wśród kobiet wg wykształcenia

Wykonywanie badania palpacyjnego	Wykształcenie n = 100							
	wyższe		średnie		zawodowe		Podstawowe	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak samodzielnie	6	31,6	12	26,7	3	12,5	0	00
Tak u położnej	1	5,3	1	22,1	1	4,7	0	00
Czasami	7	36,8	16	35,6	9	37,5	3	25,0
Nie wykonuję	5	26,3	16	35,6	11	45,3	9	75,0
Razem	19	100	45	100	24	100	12	100

Badania palpacyjnego piersi nie wykonuje w ogóle lub robi to tylko czasami w sumie 76% ankietowanych. Dotyczy to częściej kobiet z niższym poziomem wykształcenia (tab. 10). Regularne wykonywanie tego rodzaju badania profilaktycznego deklarowało jedynie 21 badanych (21%).

Tabela 11. Wykonywanie badania palpacyjnego piersi wśród kobiet z grupy ryzyka

Znajomość techniki samobadania piersi	Cała grupa	
	n = 23	%
Tak samodzielnie	3	13,1
Tak u położnej	3	13,1
Czasami	7	30,3
Nie wykonuję	10	43,5
Razem	23	100,0

Również respondentki z grupy ryzyka w większości nie badają swoich piersi (43,5%) lub deklarują, że robią to tylko czasami (30,3%) (tab. 10). Świadczyć to może o niskiej świadomości zdrowotnej badanych w tym zakresie i niskim poczuciu zagrożenia, ale może także wynikać ze specyfiki choroby zasadniczej.

Tabela 11. Wizyty kontrolne u ginekologa w grupie badanych kobiet wg wykształcenia

Wizyty u ginekologa	Wykształcenie n = 100							
	wyższe		średnie		zawodowe		Podstawowe	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1 raz na 6 miesięcy	2	10,5	11	24,5	0	00	0	00
1 raz w roku	7	36,9	13	28,8	8	33,3	4	33,4
Rzadziej niż 1 raz w roku	8	42,1	11	24,6	10	41,7	5	41,6
Trudno powiedzieć	2	10,5	10	22,1	6	25,0	3	25,0
Razem	19	100	45	100	24	100	12	100

Co piąta badana kobieta wyrażała opinię, że nie pamięta, kiedy ostatni raz była u ginekologa (21%), co oznacza, że nie są pod stałą kontrolą lekarza i nie wykonują profilaktycznych badań, m.in. samokontroli piersi (tab. 12).

Respondentki podające rodzinne obciążenie nowotworem piersi, także w sposób niezadawalający uczęszczają na badania kontrolne do ginekologa. Jedynie ok. 43% kobiet bada się regularnie raz w roku; ponad 56% robi to rzadziej lub nie pamięta, kiedy ostatni raz była u ginekologa (tab. 12).

Ostatnie 20 lat badań skriningowych pozwoliło przeprowadzić ocenę skuteczności mammografii. U kobiet objętych takimi badaniami wykrywa się mniej-

sze zmiany i rzadziej zajęte są węzły chłonne. Badania potwierdziły skuteczność programów skriningowych u kobiet pomiędzy 40–50 rokiem życia [8].

Tabela 12. Częstotliwość wizyt kontrolnych u ginekologa osób z grupy ryzyka

Wizyty u ginekologa	Cała grupa	
	n = 23	%
I raz na 6 miesięcy	0	00
I raz w roku	10	43,6
Rzadziej niż 1 raz w roku	8	34,8
Trudno powiedzieć	5	21,6
Razem	23	100,00

Tabela 13. Badanie mammograficzne w grupie badanych kobiet wg wieku

Badanie mammograficzne	Wiek w latach n = 100											
	20–29		30–39		40–49		50–59		60–69		70–79	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak	1	5,6	1	4,8	6	31,6	17	60,7	8	72,7	2	66,7
Nie	17	94,4	19	90,5	12	63,1	8	28,6	2	18,2	1	33,3
Odmówiono mi	0	00	0	00	0	00	1	3,6	0	00	0	00
Trudno powiedzieć	0	00	1	4,7	1	5,3	2	7,1	1	9,1	0	00
Razem	18	100	21	100	19	100	28	100	11	100	3	100

Prawie dwie trzecie kobiet po 50 roku życia miało wykonane badanie mammograficzne i tylko jedna trzecia w wieku 40–49 lat (tab. 13).

Tabela 14. Wykonanie badania mammograficznego w grupie ryzyka

Badanie mammograficzne	Cała grupa	
	n = 23	%
Tak	11	47,8
Nie	12	52,2
Odmówiono mi	0	00
Trudno powiedzieć	0	00
Razem	23	100,0

Wśród kobiet z grupy ryzyka, mammografię piersi miała wykonaną jedynie prawie co druga respondentka (47,8%) (tab. 14).

Tabela 15. Wiedza badanych kobiet na temat czynników ryzyka sprzyjających powstawaniu raka piersi, wg wykształcenia*

Czynniki ryzyka	Wykształcenie n = 100							
	wyższe		średnie		zawodowe		podstawowe	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Obciążenie genetyczne	11	57,9	32	71,2	14	58,3	6	50,0
Terapia hormonalna	8	42,1	17	37,8	8	33,3	3	25,0
Niekarmienie piersią	4	21,0	7	15,5	2	8,3	1	8,3
Palenie tytoniu	4	21,0	26	55,5	16	66,7	7	58,3
Tłusta dieta	5	26,4	13	28,5	4	16,7	1	8,3
Otyłość	1	5,3	9	20,0	0	00	0	00
Picie alkoholu	1	5,3	7	15,5	0	00	0	00

* dane nie sumują się do 100% ze względu na możliwość wyboru więcej niż jednej odpowiedzi

Nieznane są przyczyny powstawania nowotworu piersi, ale wiadomo o wielu czynnikach, które zwiększają ryzyko jego wystąpienia. Zdecydowanie najczęściej badane kobiety wskazywały na czynniki genetyczne, najwięcej z wykształceniem średnim (71,1%); na palenie tytoniu wskazywały głównie badane z wykształceniem zawodowym (66,7%), podstawowym (58,3%) i średnim (55,5%) oraz czynnik hormonalny – tu dominowały respondentki z wykształceniem wyższym (42,1%), średnim (37,8%) oraz zawodowym (33,3%). Na tłustą dietę wskazywała częściej niż co czwarta chora z wykształceniem wyższym (26,3%) i średnim (28,5%). Rzadko natomiast ankietowane wskazywały otyłość, picie alkoholu czy niekarmienie piersią (tab. 15).

Tabela 16. Źródła wiedzy o profilaktyce raka piersi wg wieku*

	Wiek w latach n = 100											
	20–29		30–39		40–49		50–59		60–69		70–79	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Media	8	44,4	6	28,6	5	26,3	7	25,0	5	45,5	1	33,3
Czasopisma naukowe	4	22,2	1	4,8	0	00	3	10,7	2	18,2	0	00
Internet	8	44,4	9	42,9	2	10,5	1	3,6	0	00	0	00
Znajomi	6	33,3	7	33,3	3	15,8	7	24,0	4	36,4	1	33,3
Inni chorzy	7	38,9	5	23,8	4	25,0	7	25,0	3	27,3	3	100
Pracownicy ochrony zdrowia	5	27,8	6	28,6	3	15,8	10	35,7	2	18,2	0	00

*dane nie sumują się do 100 % ze względu na możliwość wyboru więcej niż jednej odpowiedzi

Najczęściej źródłem wiedzy dla respondentek na temat zapobiegania rakowi sutka były media, dla najmłodszych kobiet również Internet oraz znajomi, inni chorzy i pracownicy ochrony zdrowia. Najrzadziej chore sięgały po czasopisma naukowe (tab. 16).

Omówienie

W przypadku nowotworu sutka prewencja pierwotna obejmuje upowszechnienie wiedzy epidemiologicznej i poprawienie zachowań prozdrowotnych. Szacuje się, że około 70% nowotworów złośliwych jest wynikiem szkodliwych czynników związanych ze stylem życia i dietą lub występujących w otaczającym środowisku. Dużą część z nich można eliminować, zmniejszając tym samym ryzyko choroby [3]. W ostatnim 20-leciu wzrost częstości raków sutka wiąże się prawdopodobnie z rosnącą ekspozycją na estrogeny endogenne (poprawne odżywianie i wcześniejsze menarche oraz późniejsza menopauza) i egzogenne (hormonalna terapia okresu przekwitania, doustne środki antykoncepcyjne, a także zanieczyszczenie środowiska estrogenami). Antykoncepcja hormonalna wiąże się ze wzrostem zachorowalności na raka piersi jeśli jest stosowana długotrwale, u młodych palących papierosy nieródek [3]. Według badań Jassema, odżywianie z dużą ilością tłuszczów i cholesterolu może doprowadzić do nadwagi będącej czynnikiem ryzyka raka piersi. Innymi czynnikami ryzyka są: wczesna miesiączka, późna menopauza, terapia hormonalna, obciążenie rodzinne, czynniki żywieniowe oraz palenie papierosów [4]. Badania ankietowe wskazują, że poziom wiedzy badanych kobiet na temat raka sutka jest niezadawalający i nie pozwala na podejmowanie właściwych działań zapobiegawczych. Istotnymi badaniami profilaktycznymi w profilaktyce raka piersi są: badanie palpacyjne piersi, mammografia oraz USG piersi [5]. Na te badania w zapobieganiu i wczesnym wykrywaniu nowotworu piersi wskazywała także większość ankietowanych pacjentek przebywających na leczeniu psychiatrycznym. Woynarowska [10, 9] podaje, że badanie palpacyjne piersi jest podstawowym i najłatwiejszym sposobem wykrywania przez kobiety raka sutka. Znajomość techniki palpacyjnej w badanej grupie kobiet zadeklarowała niemal połowa ankietowanych. Wykonuje je jednak tylko co trzecia kobieta z wykształceniem wyższym, co czwarta z wykształceniem średnim i co dziesiąta z zawodowym. Nowotwory dziedziczne, do których należy rak piersi, występują oczywiście rodzinnie. Kryterium rozpoznawania dziedzicznego zespołu występowania nowotworu opierają się przede wszystkim na wywiadzie. Przyczyną jest mutacja genu przekazywana potomstwu. Jednak w wielu przypadkach rodzinnie występujących nowotworów, nie można wykazać dzie-

dzicznego podłoża, ale zwiększona zachorowalność może wynikać z bardzo podobnego stylu życia w rodzinie. Szacuje się, że co najmniej 75% zachorowań ma charakter sporadyczny, w około 25% chorych można stwierdzić obciążenie rodzinne, a zaledwie u 5% charakter dziedziczny [1, 8]. W badanej grupie kobiet aż 23% respondentek twierdziło, że w ich rodzinie wystąpił rak piersi u krewnych w linii żeńskiej.

Wnioski

1. Na podstawie analizy wyników ankiety można założyć, że badane kobiety nie poddają się systematycznie badaniom okresowym i profilaktycznym, nie znają techniki samobadania piersi i rzadko korzystają z programów edukacyjnych w zakresie zapobiegania rakowi piersi.
2. Prawdopodobnie należy to wiązać z ich sytuacją zdrowotną oraz częstością i długością hospitalizacji, które nie sprzyjają realizacji zachowań profilaktycznych. Nie sprzyja temu również niski poziom wiedzy w zakresie profilaktyki raka piersi.

Bibliografia

- [1] Buckman R., *Jak zwalczać raka?*, Diogenes, Warszawa 2000.
- [2] Bouchard R., Owens N.F., *Pielęgniarstwo onkologiczne*, PZWL, Warszawa 1982.
- [3] *Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy*, red. J. Jassem, R. Kordke, Via Medica, Gdańsk 2007.
- [4] *Rak piersi. Praktyczny podręcznik dla lekarzy*, red. J. Jassem, M. Krzakowski, Via Medica, Gdańsk 2009, s. 1–19.
- [5] *Onkologia. Podręcznik dla pielęgniarek*, red. A. Jeziorski, PZWL, Warszawa 2000.
- [6] Korzeniowski S., *Rak sutka u kobiet w okresie przedmenopauzalnym. Chemioterapia i leczenie hormonalne*, „Medycyna Praktyczna Ginekologia i Położnictwo” 2003, nr 5.
- [7] Nowicki A., Borowa I., Maruszak M., *Zachowania zdrowotne kobiet w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania, stanów przedrakowych i raka szyjki macicy*, „Ginekologia Polska” 2008, nr 79 (12), s. 840–849.
- [8] Parkin D.M., *Cancer of the Breast, Endometrium and Ovary. Geographic Correlation*, „European Journal of Cancer and Clinical Oncology” 1989, Vol. 25 (12), s. 1917–1925.
- [9] Przestrzelska M., Knihićka-Mercik Z., Kazimierczak I., Mess E., *Zachowania zdrowotne kobiet w profilaktyce nowotworu raka szyjki macicy i sutka*, „Onkologia Polska” 2006, nr 9/4, s. 172–175.
- [9] Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna*, PWN, Warszawa 2007.

- [10] *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, red. B. Wojtyniak, P. Goryński, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH, Warszawa 2008.
- [11] Wojciechowska U., Didkowska J., Zatoński W., *Nowotwory złośliwe w Polsce 2008 roku. Cancer in Poland 2008*, Centrum Onkologii Instytut im. M. Curie-Skłodowskiej, Warszawa 2010.

Marta Szeliga^{1,2}, Ilona Kuźmicz¹

¹ TPCh Hospicjum im. św. Łazarza, Kraków

² Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Wydział Lekarski,
Zakład Dydaktyki Medycznej

Standard współpracy zespołu interdyscyplinarnego z rodzinami osób chorych terminalnie w hospicjum

Standard of cooperation interdisciplinary team
with the families of terminally ill patients in a hospice

Abstract

Hospice care includes both terminally ill people and their families. Hospice offers a support system to help the family cope during the patient's illness and in their own bereavement. Is exercised by an interdisciplinary team that provides the flexibility and continuity. The paper presents standard of co-operation the therapeutic team with the families of hospice patients in the stationary form of care developed based on many years of experience gained from working in St. Lazarus Hospice, the Society of Friends to People in Disease in Cracow. This standard contains tasks for individual members of the interdisciplinary team at the subsequent stages of care and the principles of co-operation within the team and communicate with the families of patients.

Keywords: palliative care, family, standard of cooperation

słowa kluczowe: opieka paliatywna, rodzina, standardy współpracy

Wprowadzenie

Hospicjum jest miejscem, w którym sprawowana jest opieka zwana paliatywną tudzież hospicyjną, gdzie podmiotem są chorzy u kresu życia oraz ich bliscy. Pojęcia, takie jak: opieka paliatywna i opieka hospicyjna są, zdaniem autorytetów w tej dziedzinie (prof. Krystyna de Walden-Gałuszko [5], prof. Jacek Łuczak [13]) synonimami. Zgodnie z definicją wypracowaną przez WHO w 1990 roku, także stanowią ten sam typ opieki nad pacjentem znajdującym się w terminalnej fazie ciężkiej, nieuleczalnej choroby. Zazwyczaj jeśli różni-

cuje się te pojęcia, to ze względu na podmiot sprawujący opiekę. Medycyna paliatywna bowiem związana jest zwykle ze strukturami służby zdrowia, natomiast hospicjum jest organizacją społeczną.

Obecnie ruch hospicyjny w Polsce jest bardzo powszechny. Nie ma jednego schematu organizacyjnego polskich hospicjów. Jedne są efektem działania nieformalnych grup ludzi pragnących pomagać lub organizacji dobroczynnych, towarzystw religijnych czy kościelnych, inne są oddziałami szpitalnymi związanymi z klinikami uniwersyteckimi czy dużymi szpitalami, jeszcze inne mają charakter prywatnych przedsięwzięć [2, 0].

Celem opieki hospicyjnej „jest osiągnięcie jak najlepszej, możliwej do uzyskania jakości życia chorych i ich rodzin zarówno podczas choroby, jak i w okresie żałoby” [17]. Zatem opieka nad rodziną jest integralną częścią opieki sprawowanej w hospicjach. Mówiąc o rodzinie chorego, ma się tu na myśli osoby najbliższe z nim związane, bez względu na pokrewieństwo czy formalny status związku. Za rodzinę uznaje się alternatywne formy, które obecnie stają się coraz bardziej popularne, jak: konkubinaty, związki homoseksualne czy samotne rodzicielstwo. Rodzinę od innych zbiorowości społecznych, wyróżnia intymność stosunków łączących jej członków i trwałość związków emocjonalnych [15]. Przytaczanie tu jakiegokolwiek arbitralnej definicji rodziny jest więc nieprzydatne, ponieważ nie obejmuje różnych jej form. Ponadto „rodzina zmienia się zarówno w swoich funkcjach, jak i składzie, zależnie od cyklu życia” [12]. Charakter, funkcje oraz cele rodziny zmieniają się także wraz z rozwojem cywilizacji. Rodzina jest zwykle dla chorego najważniejszym źródłem wsparcia, zwłaszcza emocjonalnego. Sytuacja ciężkiej choroby jednego z jej członków jest jednak bardzo obciążająca i może działać destrukcyjnie. Krystyna de Walden-Gałuszko [6] nazywa nawet członków najbliższej rodziny chorego „pacjentami drugiego rzutu”. Oznacza to, że często wymagają oni nie mniejszej troski i uwagi personelu medycznego niż sam chory.

Opieka w hospicjum sprawowana jest przez wykwalifikowany zespół interdyscyplinarny, czyli grupę specjalistów reprezentujących różne zawody, zobowiązanych do współpracy w celu zapewnienia pacjentowi i jego rodzinie kompleksowej opieki [14]. W skład takiego zespołu wchodzi: lekarz, pielęgniarka, psycholog, pracownik socjalny, rehabilitant, terapeuta zajęciowy, dietetyk, kapelan, wolontariusz. Każdy z członków zespołu jest świadomy faktu posiadania przez poszczególnych pacjentów własnej, odrębnej historii rodzinnej, a każdy z członków rodziny wymaga indywidualnego przygotowania do śmierci bliskiej osoby. Na jakość świadczonej opieki wpływa w znacznym stopniu sprawność komunikacji wewnątrz zespołu terapeutycznego. Wspieranie rodziny w tym trudnym czasie jest bowiem procesem dynamicznym, a problemy i potrzeby rodziny mogą się gwałtownie zmieniać.

Spotkać się można z różnymi formami opieki hospicyjnej. Przykładowo, Towarzystwo Przyjaciół Chorych Hospicjum im. św. Łazarza w Krakowie posiada następujące struktury: Hospicjum Domowe, Oddział Stacjonarny, Poradnię Medycyny Paliatywnej, Poradnię Obrzęku Limfatycznego, Zespół Wsparcia Osieroconych, Klub dr Jana Deszcza (dla rodzin, które utraciły bliską osobę, a także dla Członków i Przyjaciół Towarzystwa).

Powszechnie panuje opinia, że najlepszym miejscem dla chorego umierającego jest jego własny dom, a najlepszymi opiekunami – najbliższa rodzina. Dlatego rodziny często mają poczucie winy oddając chorego do hospicjum lub są oskarżane o bezdusność przez dalszą rodzinę, która nie uczestniczy bezpośrednio w opiece nad chorym. Zadaniem całego zespołu, a nie tylko psychologa, jest taki problem zauważyć i udzielić stosownego wsparcia. Czasem bowiem z przyczyn medycznych (dolegliwości fizyczne trudne do opanowania w warunkach domowych), bądź społecznych (np. niemożność zapewnienia ciągłej opieki) opieka w warunkach domowych staje się uciążliwa lub wręcz niemożliwa. Wtedy w hospicjum stacjonarnym rodzina we współpracy z personelem powinna stworzyć choremu ciepłą i przyjazną atmosferę domu, połączoną z poczuciem bezpieczeństwa, jakie daje stała obecność profesjonalistów, którzy potrafią i chcą pomóc w opanowaniu pojawiających się dolegliwości i zaspokajaniu potrzeb.

Wsparcie rodzinie powinno być udzielane na wszystkich etapach, tj. od momentu kwalifikacji do hospicjum po okres żałoby [4]. Optymalnie byłoby, gdyby personel medyczny kładł nacisk na ścisłą i zindywidualizowaną współpracę z rodziną osoby chorej nie tylko w terminalnej fazie choroby, w momencie wdrożenia opieki paliatywnej, ale już na etapie wstępnego rozpoznania ciężkiej choroby, jaką jest np. choroba nowotworowa. Rodziny, które nie otrzymują odpowiednich informacji i wsparcia we wczesnych fazach leczenia pacjenta mają większe potrzeby, mniej zaufania do systemu opieki zdrowotnej i radzą sobie gorzej w późniejszych etapach, niż rodziny, które zostały poinformowane i wspierane w trakcie trwania choroby [10]. Z obserwacji własnych oraz rozmów z rodzinami chorych i osobami po stracie bliskiej osoby wynika, że często złe doświadczenia ze służbą zdrowia owocują lękiem przed skorzystaniem z pomocy hospicjum. Bywa to przyczyną niepotrzebnego dodatkowego cierpienia zarówno dla chorych, jak i ich rodzin. Nadmierne zwlekanie ze zwróceniem się z prośbą o profesjonalną pomoc lub nawet całkowite zaniechanie skorzystania z opieki hospicyjnej owocuje samotnym borykaniem się chorych i ich rodzin z nieopanowanymi dolegliwościami fizycznymi i nierozwiązanymi problemami.

W trakcie pracy z rodziną należy rozpoznać również, na jakim etapie reakcji psychologicznych na stres związany z ciężką, prowadzącą do śmierci chorobą

bliskiej osoby, znajdują się poszczególni członkowie rodziny. Jak powszechnie przyjmuje się za Elisabeth Kübler-Ross [11] – zarówno chory, jak i jego rodzina od momentu poznania niepomysłnej diagnozy przechodzą przez kolejne etapy adaptacji, którymi są: zaprzeczanie, gniew, targowanie się, depresja i akceptacja. Należy jednak pamiętać, że poszczególne etapy u różnych osób mogą trwać różnie długo, w różnej kolejności i może dojść do zatrzymania się na którymś z nich. Rozpoznanie, na którym z etapów znajdują się poszczególni członkowie rodziny chorego pozwala członkom zespołu terapeutycznego na ich lepsze zrozumienie i nawiązanie właściwej współpracy bez uprzedzeń czy oburzania się z powodu pozornie irracjonalnego zachowania.

Rodziny stające w obliczu ciężkiej, nieuleczalnej choroby jednego z jej członków borykają się z różnymi problemami natury emocjonalnej, prawnej, socjalno-bytowej, wymagają więc wsparcia na wielu płaszczyznach. Oczekiwania poszczególnych rodzin są uzależnione od ich wcześniejszego doświadczenia, relacji z chorym i wewnątrz rodziny, sytuacji socjalnej, środowiska, wieku, osobowości, osobistych wartości i wierzeń [3]. W każdej rodzinie poszczególnych jej członków należy traktować indywidualnie. Szczególnie trudną rolę, wymagającą wykazania się dużym profesjonalizmem, ma do odegrania zespół terapeutyczny w sytuacji konfliktu i różnych oczekiwań wewnątrz rodziny. Wyniki badań prowadzonych w różnych krajach, dotyczących potrzeb rodzin osób objętych opieką paliatywną pokazują, że najważniejsze dla nich jest wsparcie edukacyjne. Rodziny potrzebują informacji z wielu dziedzin: od praktycznych środków dotyczących zapewnienia opieki fizycznej, wiedzy na temat dalszych etapów choroby, sposobów radzenia z emocjami, przewyciężania lęków przed prowadzeniem trudnych rozmów, po sprawy związane z pochówkiem, możliwości uzyskania zasiłku i wiele innych. Brak odpowiednich informacji potęguje uczucie bezradności i pogłębia kryzys. Rodzaj zapotrzebowania na informację zależy w dużym stopniu od etapu choroby [8, 16].

Kolejną bardzo ważną rolę zespołu interdyscyplinarnego hospicjum w stosunku do rodziny jest przerwanie zmowy milczenia. Często bliscy uważają, że prawda jest zbyt bolesna, by chory mógł ją znieść. Nie dopuszczają, aby chory mówił np. o nadchodzącej śmierci, przerywają mu, zaprzeczają. Kryją się za maską sztucznego uśmiechu bowiem w społeczeństwie panuje powszechne, acz błędne przekonanie, że za wszelką cenę należy ukrywać swoje uczucia przed chorym, zachowywać uśmiech na twarzy i udawać pogodę ducha. Skutkiem może być wtedy izolowanie się chorego od rodziny, która jego zdaniem go nie rozumie i bagatelizuje jego problemy. Z drugiej jednak strony sam pacjent także często ukrywa prawdziwe uczucia przed rodziną w obawie, by jej nie ranić. Trwanie w takiej zmowie milczenia powoduje jednak, że pacjent i jego bliscy bezzwrotnie tracą szansę na wzajemne zrozumienie, szczerą rozmowę, przeka-

zanie ostatniej woli, udzielenie rad, wskazówek, uporządkowanie „ziemskich” spraw [9]. Zwykle takie szczere rozmowy po okresie przemilczania wielu spraw i wzajemnego okłamywania są trudne, ale przynoszą widoczną ulgę zarówno choremu, jak i jego bliskim. Osieroconym ułatwiają też późniejsze przejście przez okres żałoby, bez wyrzucania sobie: „dlaczego nie pozwoliłam mu wtedy dokończyć”, „dlaczego jej nie wysłuchałem”.

Współpraca hospicjum z rodziną nie powinna kończyć się z chwilą śmierci chorego, wobec którego świadczyło opiekę. Teraz stoi ono przed kolejnym zadaniem, jakim jest pomoc bliskim zmarłego w przejściu przez okres żałoby. Jak pisze Helen Alexander: „Śmierć kogoś, kogo kochamy, to jedno z najbardziej przygnębiających i wyniszczających wydarzeń w naszym życiu. Jest to doświadczenie porażające i oszałamiające, o którym nie można powiedzieć, że będzie się je miało za sobą po paru tygodniach lub miesiącach. Żałoba to proces długi i indywidualny; nigdy doznania dwóch osób nie są identyczne”. Zauważa ona jednakże, że „dzielenie ich z kimś, kto przeszedł przez coś podobnego, może pomóc osobie cierpiącej”, dlatego różne formy wsparcia oferowanego w tym czasie przez hospicjum, w tym m.in. tworzenie grup wsparcia dla osieroconych ma tak doniosłe znaczenie i może w znaczący sposób zmienić przechodzenie przez trudny okres żałoby, a w szczególności zapobiec przerozdzeniu się jej w żałobę patologiczną [1].

Cel pracy

Opracowanie standardu, który wskazywałby interdyscyplinarnym zespołom terapeutycznym hospicjów oraz oddziałów opieki paliatywnej jak można w sposób przemyślany i zorganizowany współpracować z rodzinami pacjentów tak, by możliwie najlepiej rozpoznać ich potrzeby i udzielić adekwatnego wsparcia.

Metody

Przedstawiony poniżej standard został opracowany na podstawie wieloletniej, uczestniczącej obserwacji pracy zespołu terapeutycznego Oddziału Stacjonarnego Towarzystwa Przyjaciół Chorych Hospicjum im. św. Łazarza w Krakowie, które jest najstarszą tego typu placówką w kraju.

Wyniki

Zespół interdyscyplinarny hospicjum prowadzi wspierającą opiekę nad rodzinami i opiekunami swych podopiecznych od momentu kwalifikowania cho-

rego do hospicjum do okresu żałoby. Uwzględniane są potrzeby biologiczne, duchowe i psychospołeczne rodziny.

Uzasadnienie

Wspieranie rodzin i bliskich osób u kresu życia jest integralną częścią opieki paliatywnej. W warunkach opieki stacjonarnej chory również nie może zostać odizolowany od rodziny, a pomoc rodzinie borykającej się z ogromnym cierpieniem i licznymi problemami, jest równie ważna, co opieka nad samym chorym.

Kryteria struktury

1. W skład zespołu interdyscyplinarnego współpracującego z rodziną i znajomymi chorego wchodzi lekarz, pielęgniarki, pracownik socjalny, psychodolży, kapelan, rehabilitanci, terapeuta zajęciowy, dietetyk, wolontariusze.
2. Członkowie zespołu posiadają wysokie kwalifikacje w zakresie medycyny i opieki paliatywnej.
3. Pracownicy i wolontariusze posiadają wiedzę i umiejętności w zakresie komunikacji z pacjentem i jego rodziną w sytuacjach trudnych, przekazywania niepomyślnych informacji.
4. Personel stale podnosi swoje kwalifikacje uczestnicząc w kursach, szkoleniach i konferencjach naukowych.
5. Opracowano dokumentację opieki nad chorym uwzględniającą elementy współpracy z rodziną:
 - Karta badania społecznego,
 - Dekursus – karta opisująca przebieg opieki nad chorym i jego rodziną.
6. Przygotowano karty informacyjne:
 - dla rodzin i bliskich chorych przebywających na Oddziale Stacjonarnym Hospicjum im. św. Łazarza,
 - dla osób w żałobie.
7. Oddział dysponuje ustronnym miejscem, w którym członkowie zespołu terapeutycznego mogą swobodnie prowadzić rozmowę z rodziną.
8. Hospicjum posiada darmowe pokoje gościnne dla rodzin, które mieszkają poza Krakowem.
9. Sale wyposażone są w zasłony zapewniające chorym i ich rodzinom intymność.
10. Hospicjum dysponuje ogrodem, w którym chory wspólnie z rodziną może spędzić wolny czas.
11. Rodziny mogą korzystać z kuchni hospicyjnej.
12. Hospicjum dysponuje kaplicą, w której mogą wspólnie spędzić czas na modlitwie.

13. Na oddziale znajduje się specjalny pokój, w którym rodzina może w godny sposób, bez pośpiechu, pożegnać się z chorym i jego ciałem.

Kryteria procesu

Faza wstępna opieki (kwalifikowanie do opieki)

1. Wywiad z rodziną (upoważnieni: pracownik socjalny, lekarz, naczelną pielęgniarka).
2. Wstępna ocena poziomu przygotowania rodziny na nadejście kolejnych etapów terminalnej fazy choroby oraz śmierć chorego (świadomość rozpoznania, rokowania, oczekiwania i problemy rodziny).
3. Udzielenie informacji rodzinie na temat ich praw, zakresu opieki paliatywnej, rodzaju pomocy, jaką mogą uzyskać w hospicjum (pracownik socjalny).
4. Uzyskanie zgody chorego i/lub jego rodziny na przyjęcie do hospicjum.
5. Opracowanie i udokumentowanie wstępnego planu działania.
6. Przygotowanie zespołu terapeutycznego na przyjęcie chorego i jego rodziny, z uwzględnieniem spodziewanych problemów i proponowanych działań.

Faza druga (przyjęcie chorego do hospicjum)

1. Wywiad społeczny przeprowadzony z chorym (jeżeli jest to możliwe ze względu na stan zdrowia), uwzględniający:
 - jego oczekiwania,
 - problemy,
 - posiadaną wiedzę na temat choroby i rokowania,
 - wyznaczenie głównego opiekuna i osób do kontaktu.
2. Rozmowa z bliskimi chorego – wywiad obejmujący:
 - sytuację rodzinną (w tym opracowanie genogramu),
 - główne problemy rodziny,
 - komunikację w relacjach: rodzina–chory, chory–personel, chory–rodzina,
 - oczekiwania rodziny od opieki hospicyjnej,
 - wyznanie religijne chorego, w przypadku chrześcijan – przyjęte sakramenty,
 - osoby zagrożone patologicznym osieroceniem.

Osoby uprawnione do zbierania powyższych wywiadów: lekarz, pielęgniarka, pracownik socjalny, psycholog.

3. Udokumentowanie wyników przeprowadzonych rozmów – wypełnienie Karty badania społecznego, która uwzględni wszystkie wymienione elementy wywiadu.

4. Poinformowanie bliskich chorego o formach współpracy personelu z rodziną, pomocy, jakiej rodzina może oczekiwać, możliwości włączenia się w sprawowanie opieki.
5. Zapewnienie o możliwości 24-godzinnego kontaktu rodziny z hospicjum, przebywania rodziny w oddziale o każdej porze i czuwania przy chorym w dzień i w nocy, korzystania z pokoi gościnnych.
6. Przekazanie opiekunom chorego karty z informacjami dla rodzin i bliskich chorych przebywających na Oddziale Stacjonarnym.

Faza trzecia (okres pobytu chorego w hospicjum)

1. Każdego dnia rano odprawa z udziałem pielęgniarki koordynującej, lekarza prowadzącego, pracownika socjalnego, psychologa, rehabilitanta, dietetyka – omówienie problemów chorego i jego rodziny wynikłych w minionej dobie, wyznaczanie działań na dany dzień.
2. Zebranie wszystkich członków zespołu terapeutycznego 2 razy w tygodniu – omówienie problemów pacjenta i jego rodziny, ocena dystresu fizycznego, psychicznego i społecznego. Ustalenie planu działania i wyznaczenie zadania, za które odpowiedzialni są poszczególni członkowie zespołu.
3. Realizacja zaplanowanych działań przez poszczególnych członków zespołu.
4. Stałe monitorowanie i dokumentowanie skuteczności zrealizowanych zadań/czynności.
5. Prowadzenie przez zespół wspólnej dokumentacji, w tym dokumentowanie spostrzeżeń i podjętych działań przez poszczególnych jego członków na jednej karcie, zwanej dekursusem.
6. Informowanie rodziny o zmianach zachodzących w stanie pacjenta, kontakt telefoniczny z rodziną w razie jego pogorszenia.
7. Angażowanie rodziny w podejmowane działania, włączanie jej do procesu decydowania o sposobach leczenia, pielęgnacji, rehabilitacji i innych działań podejmowanych przez zespół. Wspieranie rodziny na każdym etapie choroby.
8. Umożliwienie choremu korzystania z przepustek i/lub przygotowanie do wypisu w okresie opanowanych dolegliwości i w miarę możliwości rodziny.
9. Przygotowanie rodziny do odejścia bliskiej osoby (poinformowanie o tym, co może dziać się z chorym; wytłumaczenie, dlaczego występują pewne objawy – np. oddech charczący; edukacja w zakresie możliwości udziału rodziny w odejściu bliskiego – np. modlitwa, możliwość zapalenia świecy, trzymania za rękę itd.) – odpowiedzialni: pielęgniarka, psycholog.

Faza czwarta (okres osierocenia)

I. Bezpośrednio po śmierci chorego:

1. Informacja o zgonie (jeżeli rodziny nie było przy śmierci chorego) – upoważnieni: lekarz, pielęgniarka.
2. Wysłuchanie rodziny, jej obaw, wątpliwości, udzielenie stosownych wyjaśnień – lekarz, pielęgniarka, pracownik socjalny, psycholog, wolontariusz.
3. Umożliwienie rodzinie spokojnego pożegnania się z chorym w przeznaczonym do tego pokoju.
4. Przekazanie karty statystycznej, karty informacyjnej z pobytu chorego w oddziale, wyjaśnienie wszelkich wątpliwości rodziny odnośnie do okoliczności śmierci chorego – lekarz, pielęgniarka.
5. Omówienie procedury postępowania z ciałem, organizacji pochówku, uzyskania aktu zgonu, zasiłku pogrzebowego, ewentualnie pomocy społecznej – pielęgniarka, pracownik socjalny lub psycholog.
6. Poinformowanie o gotowości dalszej pomocy. Wręczenie karty informującej o formach wsparcia dla osób w żałobie oferowanych przez hospicjum (kontakt, terminy) – pielęgniarka, psycholog.
7. Uzyskanie od rodziny decyzji odnośnie do dalszego postępowania z ciałem (chłódnia hospicyjna, zakład pogrzebowy wybrany przez rodzinę) – pielęgniarka, pracownik socjalny.
8. Dokonanie bilansu sprawowanej opieki przez zespół i wyciągnięcie wniosków na przyszłość.

II. W kolejnych dniach

1. Indywidualne spotkania i rozmowy telefoniczne w ramach dyżuru psychologa (2 razy tygodniowo).
2. Indywidualne spotkania i rozmowy telefoniczne w ramach dyżuru wolontariusza (2 razy w miesiącu).
3. Msza św. i spotkania dla osób w żałobie (1 raz w miesiącu).
4. Spotkania osób osieroconych przy kawie i herbacie z psychologiem (2 razy w miesiącu).
5. Możliwość kontaktu z kapłanem (1 raz w miesiącu).
6. Konsultacje pracownika socjalnego (codziennie).
7. Konsultacje prawnika (po umówieniu telefonicznym).

Kryteria wyniku

1. Rodzina otrzymuje w sposób zindywidualizowany pomoc adekwatną do jej potrzeb.
2. Rodzina włączana jest w opiekę nad chorym i staje się częścią zespołu terapeutycznego.

3. Rodzina ma poczucie, że z jej strony i strony zespołu terapeutycznego zostały podjęte wszelkie możliwe działania zmierzające do podniesienia jakości ostatnich chwil życia chorego.
4. Bliscy zmarłego wiedzą, że nie zostaną sami z problemem osierocenia.
5. Podjęto działania profilaktyczne zapobiegające patologicznej żalobie.

Bibliografia

- [1] Alexander H., *Doświadczenie żaloby, różne rodzaje śmierci, różne typy żaloby*, W Drodze, Poznań 2001, s. 7.
- [2] Bortnowska H., *Ruch hospicyjny – historia, cele, stan obecny*, [w:] *TPCh Hospicjum (Kraków). Materiały dla wolontariuszy TPCh hospicjum w Krakowie*, Kraków 2001, s. 3–8.
- [3] Brown J., Farley G., *Wspieranie rodziny w obliczu straty i smutku*, [w:] *Opieka paliatywna*, S. Kinghorn, S. Gaines (red.), K. de Walden-Gałuszko, A. Gaworska-Krzemińska (red. wyd. polskiego), Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2012, s. 133–149.
- [4] Chmiel I., Kochan K., Brzostek T., *Triada przygotowania do śmierci w Hospicjum im. św. Łazarza w Krakowie*, [w:] *W drodze do brzegu życia*, t. 5, red. E. Krajewska-Kułać, C. Łukaszuk, B. Jankowiak, Białystok 2008, s. 159–166.
- [5] de Walden-Gałuszko K., *Filozofia postępowania w opiece paliatywnej*, [w:] *Podstawy opieki paliatywnej*, red. K. de Walden-Gałuszko, PZWL, Warszawa 2005, s. 11–19.
- [6] de Walden-Gałuszko K., *Problemy psychoonkologiczne rodziny*, [w:] *Psychoonkologia*, red. K. de Walden-Gałuszko, Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000, s. 83–99.
- [7] Górecki M., *Hospicjum w służbie umierających*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2000.
- [8] Hudson P.L., Aranda S., Kristjanson L.J., *Meeting the Supportive Needs of Family Caregivers in Palliative Care: Challenges for Health Professionals*, „Journal of Palliative Medicine” 2004, Vol. 7 (1), s. 19–25.
- [9] Kinghorn S., Gaines S., Satterley G., *Komunikacja w zaawansowanej chorobie: wyzwania i możliwości*, [w:] *Opieka paliatywna...*, s. 99–115.
- [10] Kristjanson L.J., White K., *Clinical Support for Families in the Palliative Care Phase of Hematologic or Oncologic Illness*, „Hematology/Oncology Clinics of North America” 2002, Vol. 16 (3), s. 745–762.
- [11] Kübler-Ross E., *On Death and Dying*, Macmillan, New York 1969.
- [12] Kwak A., *Rodzina w dobie przemian. Małżeństwo i kohabitacja*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2005, s. 81.
- [13] Łuczak J., *Co to jest leczenie objawowe (paliatywne), opieka paliatywna – hospicyjna i dlaczego warto z nich korzystać?*, „Przegląd Terapeutyczny” 2007, nr 3, s. 1–22 www.inpid.amu.edu.pl/~ptt/przegląd/03/Luczak.pdf.

- [14] O'Connor M., Fisher C., Guilfoyle A., *Interdisciplinary Teams in Palliative Care: a Critical Reflection*, „International Journal of Palliative Nursing” 2006, Vol. 12 (3), s. 132–137.
- [15] Tobiasz Adamczyk B., *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Wydawnictwo Collegium Medicum UJ, Kraków 1995.
- [16] Wilkes L., White K., O’Riordan L., *Empowerment Through Information: Supporting Rural Families of Oncology Patients in Palliative Care*, „Australian Journal of Rural Health” 2000, Vol. 8 (1), s. 41–46.
- [17] World Health Organization, *Cancer Pain Relief and Palliative Care. Report of a WHO Expert Committee*, Geneva 1990.



Zbigniew Tokarski¹, Ewa Pieprzowska¹

¹ Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego

Odleżyny jako problem osób opiekujących się chorym przewlekle

Pressure sores as a problem of caring for the chronically ill

Abstract

An aging population, growing number of bedridden patients, the increasing number of patients in nursing homes and hospices, aggressive treatment are just some of the factors responsible for the increased risk of occurrence of pressure ulcers. The prognosis in cases of severe pressure ulcers is usually poor because the sores most often occur in individuals coping with serious illnesses. Pressure ulcers healing indices are very different – from several to tens of percent, this is due to multifactorial effects on the healing process (from the risk factors, comorbidities to daily care and therapeutics). Despite the new types of dressings and the development of medicine the problem is still very current and there is a continuing need for education in this area not only of medical staff but also of patients and their caregivers.

It ought to be mentioned that the pressure ulcer is never an independent disease. It is always accompanied by systemic disease, leading to prolonged immobilization of the patient. It is the result of occlusion of blood vessels by pressure acting from outside, and endothelial damage in the microcirculation by friction, which can directly damage the skin.

The aim of this study was to determine the degree of knowledge and involvement of people surveyed in the care of chronically ill patients with pressure ulcers. Based on analysis of research it can be concluded that caregivers of chronically ill patients have the required knowledge and skills. They are able to schedule nursery operations, are versed in the use of modern dressings, they can get information on care, prevention and nutrition of the patient

Keywords: pressure ulcer, nursing, family

słowa kluczowe: odleżyny, pielęgniarstwo, rodzina

Wprowadzenie

Starzenie się społeczeństwa, wciąż rosnąca liczba obłożnie chorych, zwiększająca się liczba pacjentów domów opieki, zakładów opiekuńczych i hospicjów, agresywne leczenie – to tylko niektóre czynniki odpowiedzialne za zwiększo-

ne ryzyko pojawiania się odleżyn. Rokowanie w przypadkach odleżyn jest zazwyczaj poważne, gdyż rany te najczęściej pojawiają się u osób obciążonych poważnymi schorzeniami. Wskaźniki wygojenia ran odleżynowych są bardzo różne i sięgają od kilku do kilkudziesięciu procent. Wynika to z wieloczynnikowego wpływu na proces gojenia (od czynników ryzyka, chorób współistniejących, po codzienną pielęgnację i działania terapeutyczne). Mimo nowych rodzajów opatrunków i rozwoju medycyny problem jest nadal bardzo aktualny i istnieje ciągła potrzeba edukacji w tym zakresie nie tylko personelu medycznego, ale również pacjentów i ich opiekunów.

Choroba przewlekła wywołuje w życiu rodziny poważny kryzys. Zmianie ulega system wartości, rytm życia, pełnione role i zadania, zachodzi konieczność przeorganizowania wielu spraw. Rodzina musi też poradzić sobie z lękiem, bezsilnością, zalem, niepewnością. Jeśli choruje mężczyzna, który do tej pory dbał o sprawy materialne rodziny, jego choroba powoduje zachwianie finansowego bezpieczeństwa i zmianę poziomu życia, a nawet zagrożenie egzystencji rodziny i konieczność podjęcia pracy zarobkowej przez inne osoby. Gdy pacjentem staje się kobieta, zaburzona zostaje sfera emocjonalna i organizacja życia rodzinnego. Choroba przewlekła, jak sama nazwa wskazuje, ma to do siebie że dolegliwości zdrowotne nie mijają, a wręcz przeciwnie, utrzymują się latami lub nasilają w miarę upływu czasu. Powoduje to negatywne skutki w każdej niemal sferze życia: obniża się sprawność organizmu i samopoczucie fizyczne, pogarsza się samopoczucie psychiczne (mogą występować naprzemiennie np. obniżenie nastroju, drażliwość, agresja, lęk, obojętność emocjonalna), zmienia się rytm życia, który zostaje podporządkowany chorobie (wizyty lekarskie, zabiegi, leki), zmiana ulega wygląd osoby chorej (wyniszczenie, otwarte rany, łysienie, okaleczenie po zabiegu operacyjnym), maleje aktywność życiowa (zawodowa, towarzyska, fizyczna, samoobsługa), zmienia się ilość i rodzaj kontaktów z innymi ludźmi, następują zmiany w hierarchii wartości (zachwiane zostaje poczucie sensu życia, większego znaczenia nabierają wartości niematerialne np. rodzina, religia) [10].

Długotrwały pobyt przewlekle chorego w domu wiąże się z zapewnieniem przez rodzinę całodobowej opieki oraz dostosowania sprzętów domowych do potrzeb chorego. Opieka nad chorym powinna być wyzwaniem nie tylko dla bezpośredniego opiekuna, ale również dla krewnych i przyjaciół. Nieorganizowanie opieki i pomocy wiąże się bowiem z wystąpieniem u opiekuna zmęczenia, stresu, a nawet choroby. Celem każdego opiekuna powinno być umożliwienie choremu maksymalnej samodzielności, należy oczywiście pomagać choremu w czynnościach fizjologicznych, z którymi sobie nie radzi oraz umożliwić mu codzienną aktywność. Nadopiekuńczość i wyłączenie chorego we wszystkich czynnościach prowadzi do bezradności i przerzucenia

odpowiedzialności na opiekuna, dlatego należy pomagać tam, gdzie jest to naprawdę konieczne i uzasadnione stanem zdrowia. Pacjenci w wieku podeszłym w zaawansowanym stadium choroby przewlekłej wymagają holistycznej opieki, sprawowanej przez zespół osób przygotowanych do świadczenia takiej pomocy. Taki model gwarantuje skuteczność medyczną oraz humanistyczny jej wymiar.

Odleżyna (*decubitus*) jest „miejscową martwicą tkanek, przechodzącą w owrzodzenie, powstałą na skutek zamknięcia krążenia z powodu działania na naczynia ucisku, sił ścinających i tarcia. Stan ten może dotyczyć wszystkich warstw, począwszy od naskórka, na tkance kostnej kończąc” [7: 185]. Należy pamiętać, że odleżyna towarzyszy chorobom ogólnoustrojowym, prowadzącym do długotrwałego unieruchomienia pacjenta. Jest efektem zamknięcia światła naczyń krwionośnych przez ciśnienie działające z zewnątrz i śródbłonkowego uszkodzenia w mikrokrażeniu przez siły ścinające, do tego dołącza się tarcie, mogące bezpośrednio uszkadzać skórę. „Długotrwałe ucisk na skórę i tkankę podskórną powoduje zamykanie światła kapilar przewodzących krew. Uciśnięty obszar skóry nie może być już wystarczająco ukrwiony i zaopatrzony w tlen” [1: 31]. W wyniku tarcia w wilgotnym środowisku, np. w sytuacji wzmożonego pocenia, zacieku moczu, treści jelitowej lub kałowej, o wiele szybciej dochodzi do maceracji naskórka i powstania rany.

Można wyróżnić kilka czynników ryzyka odleżyn. Należą do nich czynniki patofizjologiczne: wyniszczenie, wychudzenie chorego – zmniejszenie warstwy tkanek miękkich i zniesienie funkcji ochronnej skóry, otyłość – zwiększona siła ucisku na tkanki i naczynia, zaburzenia świadomości – zniesiona reakcja na ból, obniżona lub zniesiona aktywność chorego, niskie ciśnienie skurczowe krwi – zmniejszona tolerancja na ucisk, obniżone stężenie białka w surowicy – obniżenie ciśnienia osmotycznego krwi i powstanie obrzęku śródmiąższowego, niskie stężenie hemoglobiny i żelaza w surowicy – zmniejszenie tolerancji na miejscowe niedotlenienie, odwodnienie – mniejsza elastyczność skóry zwiększająca ryzyko uszkodzenia, gorączka – zwiększona potliwość i wilgotność skóry, choroby układu krążenia, miażdżyca, cukrzyca, porażenia, niedowłady, stwardnienie rozsiane, uszkodzenie rdzenia kręgowego, demencja starcza – zaburzenie tkankowego przewodzenia krwi, zaburzenia lub utrata czucia, zaburzenia ze strony układu oddechowego – zapalenie oskrzeli i płuc, astma oskrzelowa, gruźlica, rozedma, duszność – zmniejszenie elastyczności żeber [9, 11].

Najbardziej narażone na powstawanie odleżyn są te części ciała, gdzie elementy kostne znajdują się w bezpośredniej bliskości skóry. Aż 70% odleżyn występuje więc poniżej pasa w okolicach miednicy, stawów biodrowych. Prawie co druga odleżyna powstaje w okolicy krzyżowej [7].

Klasyfikacja odleżyn – ocena odleżyny polega na opisanu jej lokalizacji, stadium i rozległości uszkodzenia (długość, szerokość, głębokość), obecności przetok, wysięku, rozległości tkanek zmacerowanych albo zmienionych martwiczo, tworzenia lub braku ziarniny [12]. Właściwe określenie stadium rozwoju odleżyny jest też źródłem informacji o zagrożeniu, jakie niesie ona ze sobą, rokowaniu co do gojenia i zadaniach stojących przed opiekunami lub personelem. Pozwala też na właściwy dobór opatrunków.

Wśród wczesnych objawów powstawania odleżyny można wyróżnić: zaczerwienienie skóry, nieznikające po usunięciu ucisku, stwardnienie zagrożonego miejsca, pojawienie się pęcherzy na skórze, otarcie naskórka, zakażenie. Późne objawy to przede wszystkim: owrzodzenie skóry obejmujące skórę właściwą, martwica, zakażenie owrzodzenia, wydzielina, zakażenie uogólnione, ogólnoustrojowa infekcja.

Najbardziej rozpowszechnioną klasyfikacją do oceny jest 5-stopniowa skala wg Torrance'a, w której:

STOPIEŃ I: zaczerwienieniem blednącym, ucisk powoduje zblednięcie zaczerwienienia ponieważ mikrokrążenie nie jest uszkodzone, ciągliwość skóry jest zachowana.

STOPIEŃ II: zaczerwienienie nieblednące, uszkodzenie mikrokrążenia powoduje miejscowy odczyn zapalny (obrzęk, zaczerwienienie, wzrost ucieplenia tkanek, ból i pieczenie), mogą pojawiać się powierzchowne uszkodzenia naskórka, pęcherze.

STOPIEŃ III: uszkodzenie wszystkich warstw skóry do granicy z tkanką podskórną, brzegi rany są dobrze odgraniczone, otoczone obrzękiem i rumieniem, a dno wypełnia czerwona ziarnina lub żółte masy rozpadających się tkanek, pojawia się wysięk surowiczokrwisty.

STOPIEŃ IV: uszkodzenie obejmuje skórę i tkankę podskórną, brzeg rany zwykle jest dobrze odgraniczony a dno odleżyny może pokrywać czarna martwica, stwierdza się kliniczne objawy infekcji.

STOPIEŃ V: martwica dotyczy także powięzi, mięśni, stawów i kości. Powstają jamy i kieszenie często ze sobą połączone, rana wypełniona jest czarno-brązowymi masami rozpadających się tkanek, u chorych stwierdza się objawy ogólnoustrojowej infekcji, w posiewach obecność bakterii beztlenowych [12].

Europejska Grupa Doradcza ds. Odleżyn (EPUAP) klasyfikuje odleżyny w 4 stopniach:

Odleżyna I stopnia – utrzymujące się przebarwienie nieuszkodzonej skóry, stwardnienie, obrzęk, ciepło; odleżyna II stopnia – niezbyt głębokie uszkodzenie skóry, które obejmuje naskórek i skórę właściwą; odleżyna III stopnia – głębokie uszkodzenie skóry obejmujące uszkodzenie lub martwicę

tkanki podskórnej i postępujące w głąb powięzi; odleżyna IV stopnia – rozległe zniszczenie, martwica tkanki lub uszkodzenie mięśni, kości połączone z głębokim uszkodzeniem skóry [12]. Biorąc pod uwagę czas gojenia wyróżnia się: odleżyny zwykłe, które w przypadku prawidłowo prowadzonej pielęgnacji goją się w okresie kilku tygodni, odleżyny miazdźcowe, w przypadku których ze względu na zaburzenia ukrwienia, czas gojenia wynosi nawet kilkanaście tygodni; odleżyny terminalne występujące u chorych umierających, których nie udaje się wygoić.

Praktyczną i prostszą klasyfikacją jest ta oparta na kolorach, pozwala ona na odpowiedni dobór opatrunków:

- a) rany „czarne” to najczęściej odleżyny w znacznym stopniu zaawansowania III, IV lub V stopnia. Stwierdza się tu suchą i twardą martwicę lub dużą ilość wysięku gromadzącego się w kieszeniach i przetokach. Martwica znajduje się w dnie, w całości rany lub jej części. Zwykle potrzebna jest interwencja chirurgiczna, aby oczyścić ranę i przygotować ją na dalsze leczenie,
- b) rany „żółte” z dużym wysiękiem pokryte są martwicą rozplywną. Współistniejące zakażenie nasila procesy martwicze,
- c) rany „czerwone” to rany w fazie ziarninowania, dobrze unaczyniona tkanka jest żywo czerwona, delikatna i łatwo krwawi przy urazie. Dochodzi do tworzenia się mikrokrażeń w ranie i zwiększonego powstawania i podziału komórek wytwarzających kolagen,
- d) rany „różowe” to rany naskórkujące (napęcznianie komórek od brzegów rany na istniejącą ziarninę) wymagające pobudzenia i ochrony nowego naskórka.

Ocena ryzyka rozwoju odleżyn i ich profilaktyka – praktyczną i użyteczną metodą pozwalającą na systematyczną ocenę czynników ryzyka są skale oceny rozwoju ryzyka odleżyn. Najczęściej stosuje się skale: Norton, Waterlow, Braden i Douglas.

Skala punktowa D. Norton za najbardziej istotne uważa pięć czynników ryzyka powstawania odleżyn: stan fizyczny (odżywienie, uszkodzenia tkanek, masa mięśni, kondycja skóry), stan świadomości, aktywność (zdolność poruszania się), stopień samodzielności przy zmianie pozycji, czynność zwieraczy odbytu i cewki moczowej. Ryzyko rozwoju odleżyn stwierdza się u pacjentów z wynikiem niższym niż 14 punktów.

Skala punktowa J. Waterlow, oceniana jest jako jedna z najdoskonalszych, bierze się w niej pod uwagę czynniki predysponujące do powstawania odleżyn oraz kategorie ryzyka: budowa ciała, stan skóry, płeć i wiek, wypróżnianie, zdolność ruchową, apetyt, dodatkowe czynniki ryzyka (niedożywienie, operacje i urazy, współistniejące choroby, przyjmowane leki). Ryzyko powstawania odleżyn stwierdza się na poziomie 10–14 punktów i rośnie wraz z liczbą punktów.

Skala punktowa Braden powstała w oparciu o założenie, że w etiologii ran odleżynowych największą rolę odgrywa siła i czas trwania ucisku oraz tolerancja skóry i tkanek na obecność tych bodźców. Pod uwagę bierze się: percepcję sensoryczną – reakcję na ból i polecenia werbalne, wilgotność skóry, mobilność, zmianę pozycji, aktywność, zdolność poruszania, stan odżywienia, siły poprzecznie tnące. Wartość progową ustala się na poziomie 15 punktów. Maksimum punktów wynosi 23 i oznacza niskie ryzyko, minimum wynosi 6 punktów i oznacza wysokie ryzyko rozwoju odleżyn.

Skala punktowa Douglasa ocenia: stan odżywienia, aktywność, czynność zwieraczy odbytu i cewki moczowej, ból, stan skóry, stan świadomości. Maksymalna liczba uzyskanych punktów wynosi 24, ryzyko rozwoju odleżyn stwierdza się u chorych z wynikiem równym lub mniejszym niż 18 punktów.

Dla pacjentów przebywających w środowisku domowym istnieje skala Walsall, będąca adaptacją skali Waterlow. Bierze ona pod uwagę, oprócz istnienia stopnia świadomości, mobilności, kondycji skóry, stanu odżywiania, bólu, nietrzymania moczu i stolca, a także istnienie chorób predysponujących i stopnia opieki. Ryzyko wzrasta wraz z liczbą przyznanych punktów.

Profilaktykę przeciwoleżynową stosuje się w celu niedopuszczenia do pojawienia się odleżyn. Właściwie prowadzona profilaktyka jest jednym z najlepszych i najważniejszych sposobów chroniących pacjentów przed niepotrzebnym cierpieniem i bólem [6].

Do działań zapobiegających powstawaniu i rozwojowi odleżyn należą:

- a) identyfikacja chorych z grup ryzyka oraz określenie przyczyny ich powstania za pomocą odpowiedniej skali; „Pogorszenie kondycji chorego wymaga szybkiej reakcji, gdyż zmiany na skórze mogą powstać nawet w ciągu kilku godzin niedyspozycji pacjenta” [2: 147],
- b) eliminacja zidentyfikowanych czynników ryzyka,
- c) zmniejszenie lub unikanie ucisku następujące dzięki zastosowaniu specjalnych materacy przeciwoleżynowych, które można podzielić na statyczne i dynamiczne: statyczne, czyli stałociśnieniowe, stosowane są zwykle u chorych z niskim ryzykiem rozwoju odleżyn. Dynamiczne, czyli zmiennościśnieniowe, są zasilane za pomocą kompresora, który wtłacza powietrze do komór materaca i co pewien czas przemieszcza je pomiędzy poszczególnymi komorami, co działa pobudzająco na krążenie. Oprócz odpowiednio dobranego materaca stosować można poduszki przeciwoleżynowe (w tym również zmiennościśnieniowe), podkładki, wałki i kliny, a także ochraniające z runa owczego. Unikać należy twardych kółek pod łokcie i pięty. Do transportu i zmiany pozycji chorego służą maty, hamaki i rękawy ślizgowe, które pozwalają na bezuciskowe przenoszenie pacjenta,
- d) czas działania ucisku – im częściej pacjent ma zmienianą pozycję w łóżku, tym krótszy jest czas działania ucisku. Zaleca się 2-godzinny odstęp po-

- między zmianami pozycji ciała. Zmiana pozycji pozwala na dokładną obserwację miejsc narażonych, zwiększa dostęp świeżego powietrza i wpływa na aktywność ruchową pacjenta,
- e) ułatwienie przepływu krwi, czyli uruchamianie chorego, wykonywanie ćwiczeń biernych i jeśli to możliwe, również czynnych, zachęcanie do samodzielnego ruchu, odpowiednie ułożenie kończyn, by uniknąć nadmiernego zgięcia w stawach (przykurcze),
 - f) pielęgnowanie skóry; „U osób w wieku starszym stopniowo zmniejsza się ilość włókien kolagenowych, degeneracji ulegają włókna elastyczne, co powoduje jej wiotczenie, staje się ona pomarszczona, a swoim wyglądem często przypomina pergamin” [6: 135]. Codzienne mycie skóry z użyciem środków o neutralnym pH 5,5. Szczególną ostrożność należy zachować podczas wykonywania czynności pielęgnacyjnych, tzn. przy sianiu łóżka, zmianie pozycji, aby nie doszło do otarcia naskórka,
 - g) odżywianie – w zależności od stanu ogólnego oraz choroby podstawowej należy dobrać składniki diety tak, aby zapobiec niedoborom białka, witamin i mikroelementów, zwłaszcza witamin A, C B i E oraz cynku i żelaza. Jeśli dieta naturalna jest niewystarczająca, można zastosować gotowe odżywki przemysłowe o odpowiednio dobranym składzie i wartości energetycznej np. Nutrison, Peptisorb, Portagen, Ensure, Nutridrink i inne,
 - h) edukacja – chorym i opiekunom należy wyjaśnić cel podejmowanych działań oraz zapoznać ich ze sposobami postępowania profilaktycznego, gdyż tylko w sytuacji, gdy rodzina i pacjent zaakceptują proponowaną zasadę postępowania, można mieć nadzieję na dobrą współpracę. Zawsze należy brać pod uwagę komfort chorego, u chorych umierających należy odstąpić od intensywnych czynności profilaktycznych.

Leczenie odleżyn – pomimo stosowania profilaktyki u części chorych może jednak dojść do powstania odleżyny. Należy wtedy podjąć skuteczne działania terapeutyczne. „Leczenie odleżyny jest uzależnione przede wszystkim od stopnia ciężkości stanu ogólnego pacjenta i stanu samej rany” [4: 57]. Mimo powszechnie stosowanego podziału na leczenie ogólne i miejscowe, to zawsze leczenie powinno być interdyscyplinarne [8]. Dlatego więc nadal obowiązuje kontynuacja wszystkich działań profilaktycznych, które wymagają nieraz modyfikacji. W leczeniu ran znajdują zastosowanie nowoczesne opatrunki spełniające cechy opatrunku idealnego, które utrzymują wilgotność na powierzchni rany, wytwarzają lekko kwaśny odczyn pod opatrunkiem, stymulują aktywność enzymów litycznych rozpuszczających martwicę, pobudzają angiogenezę i ziarninowanie, nie przywierają do rany, pochłaniają nadmiar wysięku, zapewniają prawidłową wymianę gazową, utrzymują odpowiednią temperaturę, są odporne na wodę i uszkodzenia, są łatwe do założenia i usunięcia – tak, by rodzina lub samodzielnie pacjent byli go w stanie zmienić,

dostępne są w różnych rozmiarach i kształtach, mogą być utrzymywane na ranie nawet przez kilka dni, redukują koszty leczenia oraz są dostępne w obrocie krajowym. „Należy pamiętać, że zastosowanie opatrunków nowoczesnych nie rozwiązuje w całości problemu, ponieważ nie usuwa przyczyny chorobowej. Stanowi jedynie jeden z elementów kompleksowego leczenia ran” [5: 14]. Zastosowanie opatrunków zależy od etiologii, rozmiarów rany, ilości wysięku i zaawansowania procesu gojenia. Wymaga umiejętności prawidłowego doboru opatrunku i podejmowania decyzji dotyczących zmiany typu opatrunku, w zależności od zmieniającego się stanu rany.

Obecnie dostępne na rynku nowoczesne opatrunki można podzielić na 7 grup:

BŁONY PÓŁPRZEPUSZCZALNE – cienkie błony przylegające do rany o małych właściwościach pochłaniających, zapewniają środowisko wilgotne, pozwalają ranie na parowanie, nie przepuszczając jednocześnie wody i bakterii. Mogą być stosowane jako opatrunek wtórny na rany sączące. Istnieje możliwość obserwacji rany pod opatrunkiem.

HYDROŻELE – opatrunki o dużej możliwości pochłaniania wysięku i właściwościach oczyszczających, utrzymują wilgotność rany, powodują uwodnienie tkanki martwiczej, ułatwiają proces naturalnej autolizy, czyli oczyszczania martwicy. Stosowane są na odleżyny II, III i IV stopnia. Mogą pozostawać w ranie do 3 dni.

HYDROKOLOIDY – aktywne, nieprzepuszczalne dla wody opatrunki, utrzymujące wilgotne środowisko. Obniżają pH rany, hamując rozwój bakterii. Stosowane są na rany II, III stopnia z małym wysiękiem, nie na rany suche.

ALGINIANY – opatrunki z naturalnych polimerów otrzymanych z glonów morskich, w kontakcie z wysiękiem tworzą żelową powłokę o dużych właściwościach pochłaniających i hemostatycznych. Stosowane do czystych i sączących odleżyn.

DEKSTRANOMERY – opatrunki zbudowane z małych sferycznych ziarenek polisacharydów, które w kontakcie z wysiękiem tworzą żel. Stosowane na duże, głębokie, mocno wydzielające i zainfekowane odleżyny IV i V stopnia.

OPATRUNKI POLIURETANOWE – opatrunki z miękkiej, elastycznej pianki poliuretanowej o dużych właściwościach pochłaniających, izolacyjnych i oczyszczających. Stosowane na rany o średnim lub dużym wysięku II, III i IV stopnia.

OPATRUNKI ZŁOŻONE – na bazie opatrunków jednolitych o skomplikowanej strukturze i szerokim spektrum działania, oddziałujące wielostronnie na powierzchnię ran [5].

Niestety, nawet znajomość nowoczesnych opatrunków i prawidłowe ich stosowanie nie daje pełnej gwarancji wyleczenia. Wraz ze zmianą odpowied-

niego opatrunku, musi iść w parze profilaktyka, poprawa ogólnego stanu zdrowia oraz ochrona pacjenta przed urazami. Interwencja chirurgiczna wskazana jest w przypadku ran czarnych, żółtych i powikłań odleżyn (zakażenia, przetoki skórne lub przetoki do jam i narządów). Większość tych ran wymaga chirurgicznego oczyszczenia – jako pierwszego etapu, który umożliwia dalsze działanie stosowanych opatrunków. W rozległych odleżynach, gdy rana jest czysta, można wykonać przeszczepę skóry zdrowej.

Cel

Celem pracy jest określenie stopnia wiedzy i zaangażowania osób ankietowanych w opiekę nad przewlekle chorymi z odleżynami oraz wykazanie zależności pomiędzy posiadaną wiedzą osób opiekujących się a postępowaniem w leczeniu.

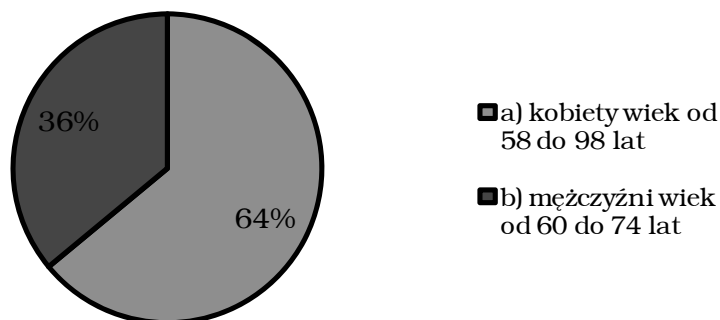
Metody zastosowane w pracy – metodą zastosowaną w pracy był sondaż diagnostyczny, techniką kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. Respondenci byli poinformowani o celu badania i anonimowości i po wyrażeniu zgody wypełnili ankietę, która została przeprowadzona wśród rodzin osób przewlekle chorych przebywających w środowisku domowym na terenie Łodzi. W badaniu wzięło udział 50 osób, w większości kobiety (82%), mężczyźni stanowili 18% badanych. Najliczniejszą grupę (54%) stanowiły osoby powyżej 45 roku życia, nieco mniejszą (32%) osoby w wieku 36–45 lat, a najmniej liczną (14%) osoby w wieku 26–35 lat. Pod względem miejsca zamieszkania niemal w równych częściach były to osoby ze wsi (48%), jak i z miast do 50 tysięcy mieszkańców (50%), tylko 2% respondentów zamieszkuje miasta powyżej 50 tysięcy. Zdecydowana większość (54%) posiada wykształcenie średnie, następnie zawodowe (36%), wyższe (8%) i podstawowe tylko 2%.

Wyniki

Starzejące się społeczeństwo, rosnąca wciąż liczba obłożnie chorych i pacjentów domów opieki to tylko niektóre czynniki odpowiadające za zwiększone ryzyko powstawania odleżyn. Niestety, rokowanie w przypadku wystąpienia odleżyn jest poważne, gdyż rany te najczęściej występują u osób obciążonych dodatkowymi schorzeniami. Mimo rozwoju medycyny i stosowania nowoczesnych opatrunków, problem pozostaje aktualny. Istnieje też ciągła potrzeba edukacji nie tylko personelu medycznego, ale również pacjentów i opiekunów.

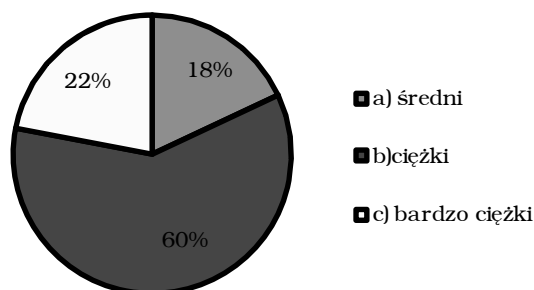
Pacjenci, to kobiety w wieku od 58 do 98 lat (64%) oraz mężczyźni w wieku od 60 do 74 lat (36%), (ryc. 1).

Rycina 1. Wiek i płeć chorych



Większość pacjentów (60%) to osoby w stanie ciężkim, bardzo ciężkim (22%), a w stanie średnim (18%) (ryc. 2).

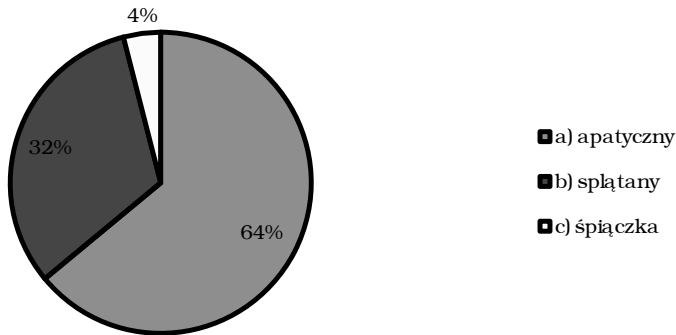
Rycina 2. Stan fizyczny chorych



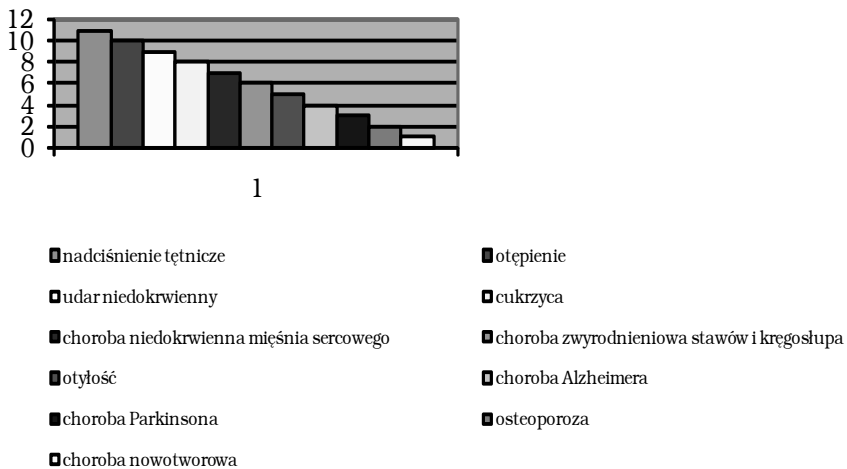
Stan psychiczny tych pacjentów wahał się od apatycznego (64%), przez splątanie (32%) do śpiączki, w której przebywało 4% chorych (ryc. 3).

W większości byli to pacjenci leżący (82%), część spędza dzień w pozycji siedzącej na wózku inwalidzkim (14%), a 4% pacjentów porusza się z pomocą innych osób. Bardzo podobnie przedstawia się podział pacjentów po względem zdolności poruszania się. 56% pacjentów nie panuje nad zwieraczami, 27% moczy się często, a 17% sporadycznie. Pacjenci przewlekle chorzy, oprócz choroby podstawowej, mają rozpoznane inne schorzenia. Najczęstszymi chorobami współistniejącymi wśród badanej grupy były: nadciśnienie tętnicze, otępienie, udar niedokrwienny, cukrzyca, choroba niedokrwienna mięśnia sercowego, choroba zwyrodnieniowa stawów i kręgosłupa, otyłość, choroba Alzheimera, choroba Parkinsona, osteoporoza i choroba nowotworowa. Powyższe schorzenia przedstawia ryc. 4.

Rycina 3. Stan psychiczny chorych



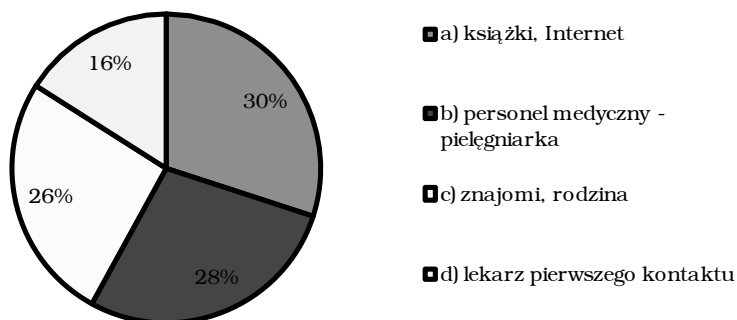
Rycina 4. Występowanie schorzeń współistniejących



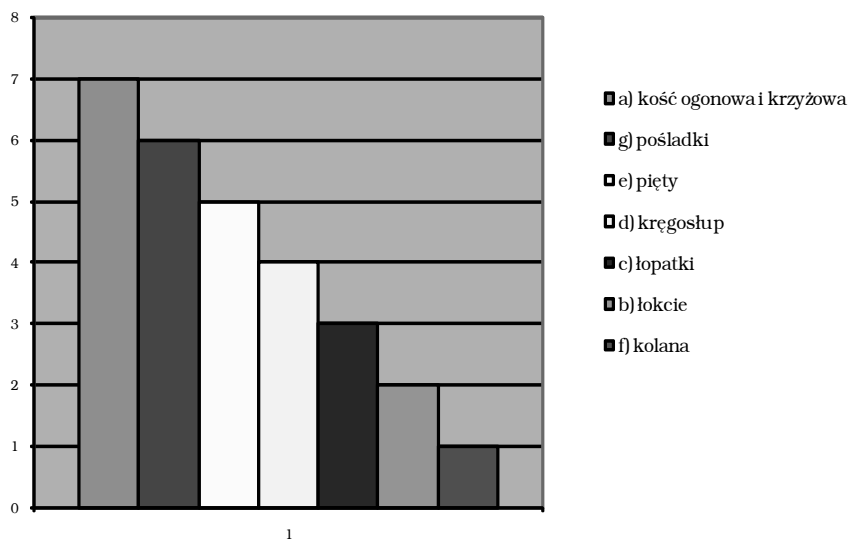
Pacjent przewlekle chory narażony jest na powstawanie odleżyn. Osoby, które się nim opiekują powinny posiadać odpowiednią wiedzę, dlatego zapytano osoby opiekujące się o źródła wiedzy o zapobieganiu i powstawaniu odleżyn. Z przeprowadzonej analizy wynika, że respondenci najczęściej korzystali z wiedzy zawartej w książkach i Internecie (30%), źródłem wiedzy był również personel medyczny, w tym głównie pielęgniarki (28%), znajomi i rodzina (26%) oraz w 16% lekarz pierwszego kontaktu. Powyższe dane przedstawia ryc. 5.

Miejsca, w których najczęściej dochodzi do powstawania odleżyn według ankietowanych, to kość ogonowa i krzyżowa, pośladki, pięty, kręgosłup, łopatki, łokcie i kolana. Dane zawarte są w wykresie 6.

Rycina 5. Źródła wiedzy na temat odleżyn

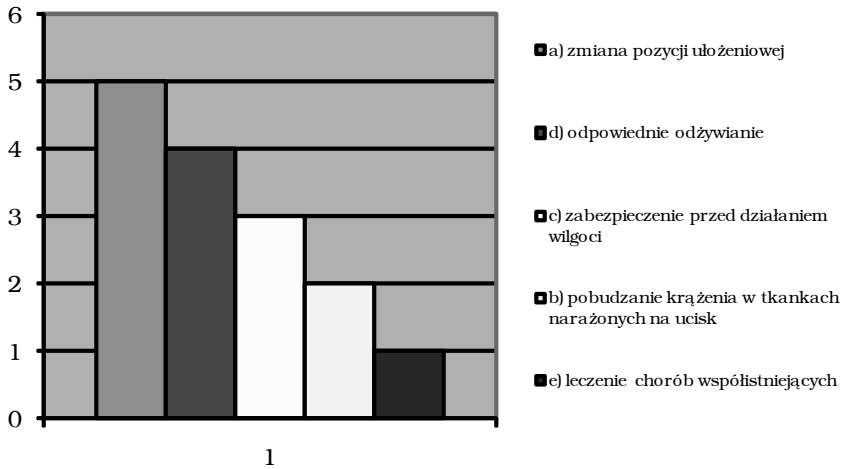


Rycina 6. Miejsca narażone na odleżyny wg respondentów



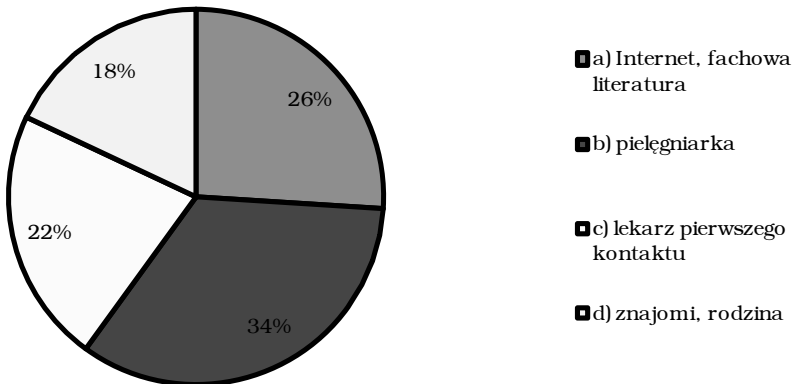
W profilaktyce przeciwoleżynowej najważniejsza, według badanych, jest zmiana pozycji ułożeniowej, następnie odpowiednie odżywianie, zabezpieczenie przed działaniem wilgoci, pobudzanie krążenia w tkankach narażonych na ucisk oraz leczenie chorób współistniejących – prezentuje to ryc. 7.

Rycina 7. Postępowanie przeciwoleżynowe badanych osób



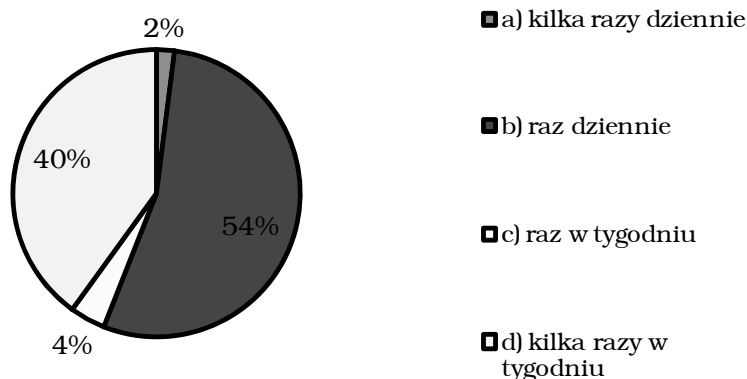
Chcąc poszerzyć wiedzę o opatrunkach, respondenci korzystali najczęściej z pomocy pielęgniarki (34%), fachowej literatury (26%), wiedzy lekarza pierwszego kontaktu (22%) oraz rodziny i znajomych (18%), ryc. 8.

Rycina 8. Źródła wiedzy na temat opatrunków



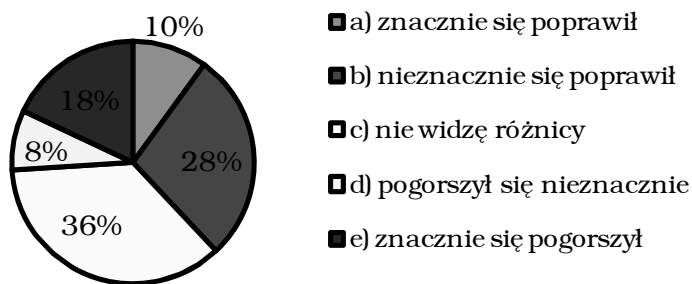
Ważna jest również częstotliwość zmiany opatrunków u osób leżących. Z przeprowadzonych badań wynika, że badane osoby zmieniają opatrunki: raz dziennie (54%), kilka razy w tygodniu (40%), raz w tygodniu (4%) oraz kilka razy dziennie (2%) (ryc. 9).

Rycina 9. Częstotliwość zmiany opatrunku



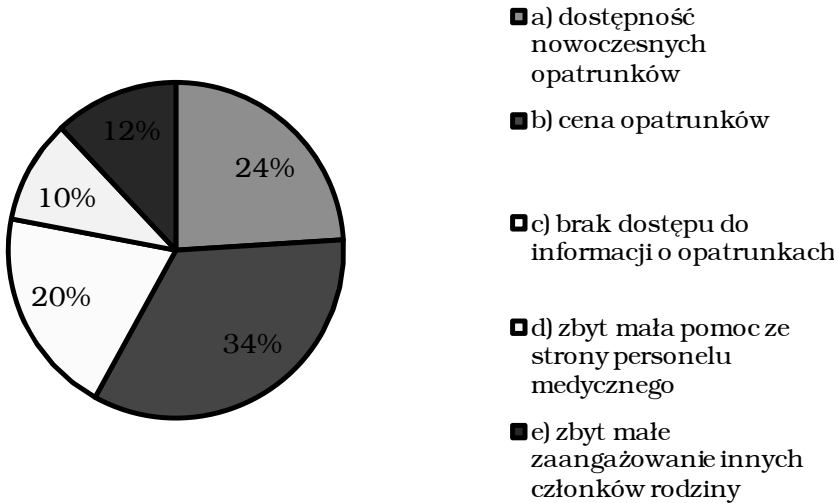
Obecnie osoby opiekujące się chorym przewlekle mogą korzystać z nowoczesnych opatrunków. Przeprowadzona analiza badań potwierdziła, że najczęściej stosowane opatrunki to: Tender Wet 24, Tender Wet, Sorbalgon, Octanisept, Atrauman Ag, Actisorb Silver, Fibracol Plus oraz Granuflex. Stan odleżyn osób chorych, u których stosowano nowej generacji opatrunki w ostatnim miesiącu, znacznie się poprawił u 10% chorych, nieznacznie poprawił się u 28%, nieznacznie się pogorszył u 8%, znacznie się pogorszył u 18%, a różnicy w stanie odleżyny nie zauważyło 36% ankietowanych (ryc. 10).

Rycina 10. Ocena stanu odleżyn w ciągu ostatniego miesiąca po zastosowaniu opatrunku



Największymi problemami dla ankietowanych w opiece nad osobami przewlekle chorymi są ceny specjalistycznych opatrunków (34%), dostępność opatrunków (24%), brak dostępu do informacji o tych opatrunkach (20%), niedostateczne zaangażowanie w opiekę innych członków rodziny (12%) oraz zbyt mała pomoc personelu medycznego (10%) (ryc. 11).

Rycina 11. Problemy wynikające z opieki nad przewlekle chorym



Jednocześnie dało się zauważyć, że opieka nad osobą przewlekle chorą wymaga ogromnego zaangażowania wszystkich członków rodziny, gdyż zarówno wytrzymałość psychiczna, jak i fizyczna są doprowadzone do granic możliwości. Do takiego wysiłku, trwającego niekiedy miesiącami zdolne są osoby wrażliwe na ludzkie nieszczęście, wykazujące zrozumienie, delikatność, takt, dokładność, skrupulatność i cierpliwość [3]. Właściwa opieka domowa wymaga więc zmiany dotychczasowych celów i zadań, wymusza inną organizację dotychczasowego życia i wypracowanie odpowiedniego modelu wsparcia. Jest to wyzwanie trudne, lecz jednocześnie należy pamiętać, że czas przewlekłej choroby i okres poprzedzający śmierć mogą okazać się niezwykle ważne, spowodować głęboką przemianę chorej osoby, wzajemnych relacji z bliskimi i stać się źródłem silnych przeżyć dla otoczenia. Pacjenci w zaawansowanym stadium choroby przewlekłej wymagają holistycznej opieki sprawowanej przez zespół osób przygotowanych do świadczenia takiej pomocy. Taki model gwarantuje skuteczność medyczną oraz jej humanistyczny wymiar.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonej analizy badań można stwierdzić, że osoby opiekujące się przewlekle chorymi posiadają wiedzę i umiejętności potrzebne do sprawowania opieki. Potrafią zaplanować czynności pielęgnacyjne, są zorientowani w stosowaniu nowoczesnych opatrunków, potrafią zdobyć informacje na temat pielęgnacji, profilaktyki przeciwoleźynowej i odżywiania chorego.

Bibliografia

- [1] Budynek M., Nowacki C., *Opatrywanie ran – wiedza i umiejętności*, Wydawnictwo Makmed, Lublin 2008.
- [2] de Walden-Gałuszko K., Kaptacz A., *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej*, PZWL, Warszawa 2005.
- [3] Kochaniuk H.M., *Pielęgniarska opieka nad osobami starszymi*, Dr Josef Raabe Spółka Wydawnicza, Warszawa 2008.
- [4] Kapała W., *Pielęgniarstwo w chirurgii*, Czelej, Lublin 2006.
- [5] Kaptacz I., *Wieloaspektowe podejście do leczenia odleżyn*, [w:] *Medi – Forum Opieki Długoterminowej – wydanie specjalne*, Stowarzyszenie na Rzecz Opieki Długoterminowej i Pomocy Społecznej „Dom Pod Słońcem”, Toruń 2010, s. 14–16.
- [6] Kędziora-Kornatowska K., Muszalik M., *Kompedium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku*, Czelej, Lublin 2007.
- [7] Krakowiak P., Krzyżanowski D., Modlińska A., *Przewlekle chory w domu*, Fundacja Lubię Pomagać, Gdańsk 2011.
- [8] Krasowski G., Kruk M., *Leczenie odleżyn i ran przewlekłych*, PZWL, Warszawa 2009.
- [9] Kózka M., *Odleżyna – ryzyko wystąpienia*, [w:] *Diagnozy i interwencje pielęgniarские*, red. M Kózka, L. Płaszewska-Żywko, PZWL, Warszawa 2008, s. 183–190.
- [10] Niechwiadowicz-Czapka T., Klimczyk A., *Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa geriatrycznego*, Continuo, Wrocław 2010.
- [11] Sopata M., *Etiologia i patogenеза powstawania odleżyn*, „Inforanek” 2009, nr 1 (4), s. 4–5.
- [12] Sierakowska M., *Ocena odleżyn*, [w:] *Badania fizykalne w praktyce pielęgniarek i położnych*, red. E. Krajewska-Kułak, M. Szczepański, Czelej, Lublin 2008, s. 429–441.

Katarína Zrubáková, Mariana Magerčiaková

¹ Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Slovakia

Osobitosti starostlivosti o polymorbídneho seniora v domácom prostredí

Cares individuality of polymorbidity senior in home environment

Abstract

This contribution is presenting individuality of professional and laic cares for geriatric patient in home environment. In the introduction we are describing meaning of home cares at seniors, as well as a possibility of service providing by senior in individual community. Heart of introduction is focused on presentation of nurse's care and on possibility to coordinate cares with family members. We mention casuistic, we demonstrate cooperation nurse ADOS and family members on individual cases.

Keywords: polymorbiditas, ADOS, senior in home environment, cares coordination: nurse-family member

Úvod

„Staroba sama nie je choroba, ale starnúci a starý organizmus sa s chorobami stretáva častejšie ako v inom vekovom období. Príčiny chorôb sú tie isté ako u mladých ľudí, ale terén, na ktorý choroby pôsobia je iný, ovplyvnený procesom starnutia“ [10]. Jednotlivé systémy a orgány staršieho človeka tak reagujú na vyvolávajúcu príčinu iným spôsobom. Zmenená funkčná rezerva organizmu staršieho jedinca podmieňuje urýchlenie patologického procesu a vznik chronických ochorení. Niektoré ochorenia sa vyskytujú u starších jedincov častejšie ako v iných vekových skupinách. Osobitosti v klinickom obraze a priebehu ochorenia u staršieho človeka majú všeobecnú platnosť bez ohľadu na medicínsky odbor. Medzi najdôležitejšie patria:

- polymorbidita,
- osobitosti klinického obrazu ochorenia,
- osobitosti priebehu ochorenia,
- komplikácie chorôb v starobe
- sociálny rozmer ochorenia,
- špecifické geriatrické syndrómy [3].

Práve spomenutá polymorbidita je fenomén typický pre staršiu populáciu a preto jej venujeme pozornosť aj v nasledujúcom príspevku.

Cieľ príspevku:

- 1) definovať pojem polymorbidita, polymorbídny senior/geriatrický pacient,
- 2) opísať špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o polymorbídneho seniora v domácom prostredí,
- 3) prezentovať na príkladoch kazuistik zvláštnosti ošetrovateľskej starostlivosti o polymorbídneho seniora v domácom prostredí.

Polymorbidita vo vyššom veku

Polymorbidita je výskyt viacerých ochorení (5 – 8) rôznej príčiny, manifestných alebo latentných, u toho istého jedinca [8]. Hegyi, Krajčík [2] charakterizujú polymorbiditu ako „výskyt viacerých ochorení súčasne, ochorenia sú bez zjavnej súvislosti, pridružené alebo dochádza ku kauzálnemu reťazeniu chorôb. K príčinám zvýšenej chorobnosti a úmrtnosti patria: 1. sklon k insuficiencii orgánov, 2. sumačný účinok nox (degeneratívne ochorenia, nádory)“. Vo veľkom lekárskom slovníku [9] je rovnako charakterizovaná ako ... výskyt viacero ochorení súčasne, jav charakteristický pre starší vek. S polymorbiditou seniorov sa najčastejšie spájajú diagnózy: ICHS, hypertenzia, diabetes mellitus, arthróza.

Polymorbídny senior je preto z medicínskeho aj ošetrovateľského hľadiska označovaný ako rizikový pacient, vyžaduje si ustavičnú pozornosť a medziodborovú spoluprácu. Odborná starostlivosť môže byť zabezpečená v zdravotníckych a sociálnych zariadeniach ako aj v domácom prostredí.

Domáca starostlivosť o polymorbídneho seniora

Termín „domáca starostlivosť“ je v odbornej literatúre rôzne definovaný. Napríklad OECD [5] definuje domácu starostlivosť ako služby poskytované v domácnosti závislej osoby. Topinková [14] domácu starostlivosť špecifikuje ako osobitný druh starostlivosti, ktorý má svoje rysy: komplexnosť – medziodborovosť – tímová práca – súčasné poskytovanie zdravotných a sociálnych služieb a ich vzájomné neostré ohraničenie – spolupráca a kontakt medzi profesionálnou a neprofesionálnou, laickou starostlivosťou – dlhodobosť, zvlášť, keď ide o geriatrických pacientov.

Domáca starostlivosť o polymorbídneho seniora má svoje výhody aj nevýhody.

Výhody domácej starostlivosti

- Starší človek žije v známom prostredí, komunikuje so svojimi najbližšími.
- U svojich príbuzných a blízkych nachádza pomoc, radu, lásku, oporu a pocit spolupatričnosti. V rodinnom kruhu nestráca pocit bezpečia.
- Domáca starostlivosť môže zaistiť všetku potrebnú odbornú starostlivosť (ošetrovateľskú, poradenskú, medicínsku...), dať pacientovi istotu, že ani pri náhlom zhoršení zdravotného stavu nezostane sám alebo odkázaný na pomoc bezmocných členov rodiny [4].
- Domáca starostlivosť je zároveň finančne primeraná a efektívna.
- Domáca starostlivosť kontinuálne nadväzuje na predchádzajúcu ústavnú starostlivosť.
- V domácom prostredí sa znižuje riziko adaptačného zlyhania starnúceho organizmu a eliminuje sa sumačný následok nox [3].

Nevýhody domácej starostlivosti

- Strach chorého, že bude rodine na príťaž.
- Nedostatočné vedomosti a zručnosti, nedôvera vo vlastné schopnosti u domácich opatrovateľov.
- Zlý zdravotný stav opatrovateľov (manžel, manželka).
- Pracovná vyťaženosť rodinných opatrovateľov – dcéra, nevesta, syn...
- Dlhodobá únava blízkeho – hlavne ak nemá oporu a pomoc od ostatných členov rodiny.
- U rizikových seniorov s malou frekvenciou návštev príbuzných môže byť domáce prostredie málo stimulujúce [6, 18]
- Domáce prostredie môže byť nevhodné alebo nedostačujúce z dôvodu nedostatku miesta, nevhodnom zariadení domácnosti [17].
- Zlá sociálna a ekonomická situácia rodiny.
- Zlá lokalita domácnosti – sťažený prístup k zdravotníckym pracovníkom, respektíve absencia ADOS v príslušnej lokalite.

Ošetrovateľská starostlivosť o polymorbídneho seniora

Domácu ošetrovateľskú starostlivosť poskytuje sestra s príslušnou odbornou spôsobilosťou prostredníctvom ADOS. Je určená osobám všetkých kategórií a navrhuje ju lekár všeobecnej zdravotnej starostlivosti [11].

Úlohou DOS je humánna starostlivosť o chorých a ich rodiny, dostupnosť ošetrovateľskej starostlivosti, úspora lôžok v liečebniach a nemocniciach.

ADOS ako samostatná funkčná jednotka umožňuje ošetrovateľský monitoring potrieb, diagnostiku, plánovanie, realizáciu, vyhodnocovanie a zdokumentovanie ošetrovateľskej starostlivosti [12]. Intervencie sú zamerané na prevenciu, terapiu, rehabilitáciu, edukáciu, zdravotnú výchovu a spoluprácu s orgánmi sociálnej pomoci.

Seniori patria medzi najčastejších klientov ADOS, v Slovenskej republike u nich sestry riešia tieto zdravotné problémy alebo chorobné stavy: Hypertenzia, Nádorové ochorenia, Ochorenia pohybového systému, Poruchy zraku, sluchu, Zmätenosť, Alzheimerova choroba, Problémy s chrupom, Užívanie liekov, zneužívanie látok [1].

Najčastejšie ošetrovateľské intervencie u polymorbídneho seniora

Sestry u polymorbídneho seniora musia pravidelne hodnotiť aktuálny zdravotný stav a zabezpečujú ošetrovateľské intervencie, ktoré súvisia s hlavným ochorením a pridruženými komplikáciami.

Medzi výkony patria:

- ošetrovanie rán (dekubity, vredy predkolenia), starostlivosť o kanyly, katétre, drény,
- starostlivosť o tracheostomické kanyly, starostlivosť o stómie, odsávanie hlienov,
- aplikácie injekčnej a infúznej liečby, ošetrovateľská rehabilitácia,
- prevencia dekubitov, polohovanie, meranie vitálnych funkcií,
- odber biologického materiálu, odborný nácvik potrebných výkonov pri ošetrovaní chorého v domácnosti,
- poučenie príbuzných, alebo členov komunity ako sa starať o chorého.

Ošetrovateľská starostlivosť o polymorbídneho seniora v klinickej praxi

Ako už bolo v predchádzajúcom teoretickom vstupe napísané, ošetrovateľská starostlivosť o polymorbídneho seniora býva často realizovaná v prostredí ich domácnosti. Predpokladom je však domácnosť spĺňajúca stanovené kritéria a dostupnosť zdravotníckych a sociálnych služieb.

Ako vyzerá starostlivosť o polymorbídneho seniora v domácom prostredí a aké problémy ju sprevádzajú prezentujeme na troch kazuistikách.

Problém

1. Aká je spolupráca sestra, senior, rodinný príslušník v domácej starostlivosti?
2. Odlišuje sa ošetrovateľská starostlivosť o polymorbídneho seniora zmenou hlavnej diagnózy?

Cieľ

1. Prezentovať zvláštnosti ošetrovateľskej starostlivosti o polymorbídnych seniorov v domácom prostredí.
2. Porovnať koordináciu starostlivosti v jednotlivých prípadových štúdiách.
3. Prezentovať problémy odbornej a laickej starostlivosti o polymorbídneho seniora v domácom prostredí.

Metóda zberu údajov

Hlavnou metódou bola kazuistika, ktorá obsahuje anamnézu, katamnézu, analýzu, interpretáciu a diskusiu. Pomocnými metódami boli neštruktúrovaný a pološtruktúrovaný rozhovor, pozorovanie, analýza dokumentov – zdravotného záznamu seniorov.

Kazuistika 1

86-ročná pacientka po prekonaní náhlej cievnej mozgovej príhody s pravostrannou hemiparézou prepustená z neurologického oddelenia UVN v Ružomberku 3.2.2012 do domácej starostlivosti. Na odporúčanie lekára bola pacientka 6.2.2012 prijatá do Agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti (Charitas Ružomberok). Získanie anamnestických údajov bolo čiastočné, vzhľadom na afáziu ľahkého stupňa. Informácie doplnila dcéra pacientky. Pacientka je pri vedomí orientovaná, býva s dcérou a má zabezpečenú opatrovateľskú a ošetrovateľskú službu. Do ošetrovania sa zapája aj rodina, sestra ich učí, ako čistiť ranu a upozorňuje ich na dôležitosť polohovania.

Osobná anamnéza: arteriálna hypertenzia, chronická ICHS, anemický syndróm, imobilita, demencia, dysfágia. Operácie: operácia maternice v roku 1989.

Rodinná anamnéza:

Matka: liečila sa na vysoký krvný tlak, zomrela ako 92 ročná na starobu. Otec: zomrel ako 70 ročný na zápal pľúc. Súrodenci: 1 sestra – lieči sa na vysoký tlak, brat bez pozoruhodností.

Deti: dve dcéry, jedna sa lieči na srdce, druhá je zdravá.

Lieková anamnéza: Anopyrin 100mg 1-0-0, Ascorutin tbl. 1-0-0, Ebi-xa 2-0-0, Tritace 5mg 1-0-1, Tiapridal tbl. ½- 0-1, Tensiomin 25mg pri Tk vyššom ako 150/100, Prestárium A 5mg 1/2-0-1/2, Kaldyum 600mg 1-1-0, Omeprazol 20mg 0-0-1, Ambrosorm 30mg 1-1-1.

Abúzy:

Alkohol, fajčenie, káva, lieky, drogy – neudáva.

Sociálna anamnéza:

Stav: vdova. Bytové podmienky: býva v rodinnom dome spolu s mladšou dcérou a jej rodinou. Ekonomické podmienky: dobré.

Pracovná anamnéza:

Vzdelanie: základné. Zamestnanie: dôchodkyňa. Pracovala: ako kuchárka na poľnohospodárskom družstve.

Analýza a interpretácia

Pri prvom vyšetrení pacientky sestra ADOS zmerala vitálne funkcie: TK: 170/90 mm Hg. P: 79' – nitkovitý, pravidelný, D: 16' – pravidelné eupnoe TT: 36,6 °C – afebrilná. Posúdila zdravotný a psychický stav a stanovila nasledovné diagnózy:

Aktuálne: Porušené prehĺtanie – 00103, Nedostatočná výživa – 00002, Deficit telesných tekutín – 00027, Úplná inkontinencia moču – 00021, Záпча – 00011, Spánková deprivácia – 00096, Zhoršená pohyblivosť – 00085, Únava – 00093, Intolerancia aktivity – 00092, Deficit sebaopatery pri obliekaní a úprave zovňajšku – 00109, Deficit sebaopatery pri kúpaní a hygiene – 00108, Deficit sebaopatery pri stravovaní – 00102, Deficit sebaopatery pri vyprázdňovaní – 00110, Zhoršená verbálna komunikácia – 00051, Bezmocnosť – 00125, Narušený obraz tela – 0018, Neefektívne plnenie role – 00055, Úzkosť – 00146, Narušená integrita kože – 00046 Akútne bolesti – 00132

Potenciálne: Riziko infekcie – 00004, Riziko pádu – 00155

U pacientky po prepustení z ústavnej liečby v prvý deň posudzovania bol vyhodnotený Barthelov test 20 bodov – vysoký stupeň závislosti, Waterlow skóre rizika dekubitov – 27 bodov – veľmi vysoké riziko vzniku dekubitov. Nortonovej stupnica hodnotenia dekubitov tam pacientka získala 15 bodov – riziko vzniku dekubitov.

Dcéra pacientky bola oboznámená o životospráve, ktorá prispieva k hojeniu dekubitov. Pri realizácii naplánovaných ošetrovateľských intervencií pacientka pasívne spolupracovala.. Pre imobilitu a občasnú inkontinenciu moču jej bol zavedený permanentný katéter číslo 20. Počas posudzovania pacientka nemala žiadne odborné vyšetrenia.

U pacientky bola realizovaná starostlivosť o dekubit III. stupňa v sakrálnej oblasti veľkosti 4x2 cm, 1 cm hlboký so sekrétom, okolie rany bez známok infekcie a dekubity I. stupňa na oboch päťach. Ordinácia lekára – dekubit I. stupňa vypláchnutý fyziologickým roztokom a okolie rany ošetrené Menalind krémom, rana prekrytá sterilným krytím. Dekubit III. stupňa vypláchnutý fyziologickým roztokom, ošetrený 5–10% Betadinom, priložené sacie krytie – TenderWet (krytie zabezpečila dcéra pacientky).

Každý deň sa robil záznam o polohovaní.

Bola zabezpečená starostlivosť o výživu – pacientka pociťovala nechutenstvo a odmietala stravu. Zabezpečili sme kontakt s dcérami v obedných a večerných hodinách, čím sa čiastočne odstránil problém.

Zhrnutie starostlivosti

Na konci posudzovania pacientka čiastočne spolupracuje pri vykonávaní ošetrovateľských činností. Stupeň imobility sa nezmenil, dôkladnou starostlivosťou sa zabránilo vzniku nových dekubitov a dekubit v sakrálnej oblasti sa znižuje a je bez sekrécie. Dekubity na päťach sú bez opuchu, nejavia známky zápalu. Permanentný katéter je priechodný, denne ošetrovaný bez zápalu. Príjem potravy sa podaril upraviť, podobne sa vyriešil problém s vylučovaním potravy, pacientka netrpela zápchou. Naďalej sa pokračuje v naplánovaných intervenciách v domácom prostredí. Ošetrovateľskú starostlivosť vykonáva sestra ADOS a rodinní príslušníci.

Kazuistika 2

Anamnéza

86-ročná pacientka žijúca s o rok mladším manželom v rodinnom dome, v malej dedine bez možnosti komunitných služieb a zdravotného strediska¹. Niekoľko mesiacov (približný začiatok na jar v roku 2010) postupné zhoršovanie pamäte, ktoré sa v januári tohto roku ešte zvýraznilo, pacientka začala byť agresívna, nepozná príbuzných, neadekvátne sa správa, má narušený cirkadiálny rytmus. Bolesti hlavy neudáva, úraz hlavy nebol zistený. Pri neurologickom vyšetrení (júl 2011) objektívne zistená dezorientácia v čase, priestorová orientácia v norme, reč plynulá, okohybné poruchy, chôdza s antalgickým úklonom doprava, bolesti v Th-L chrbtici, chronické. Diagnostický záver – AS cerebri, demencia v strednom štádiu, odporučené psychiatrické vyšetrenie.

Osobná anamnéza: polymorbídna pacientka so základným vzdelaním, ktorá v minulosti pracovala v miestnom JRD (jednotnom roľníckom družstve).

Diagnostikované ochorenia: Ischemická choroba srdca, Arteriálna hypertenzia, As cerebri, stav po i.m. po cholecystektómii, Vertebroalgický syndróm, osteoporóza, coxarthróza, chronická gastritída, demencia, kognitívne poruchy, dekubit na päte PDK, čiastočná imobilita

¹ Praktický lekár je vo vedľajšej dedine vzdialenej 7 km, k špecialistom dochádza v doprave dcéry do okresného mesta vzdialeného 15 km.

Lieková anamnéza: pacientka užíva: Haloperidol 1,5 mg. 1-0-2, Gopten 2 mg. 1-0-0, Digoxín 125 mg. 1-0-0, Coronal 5 1-0-0, Helicid 20 mg. 1-0-0, Venter 1g. 1-1-1, Costi 10 mg. 1-1-1, Rhefluin ½-0-0, Euphyllin 200 mg. 1-0-1, Plaquenil 200 mg. 1-0-0, Tanakan 1-1-0, Anopyrín 100 mg, Tramal, Novalgin, Neurol podľa potreby

Katamnéza

Pacientka má od roku 1972 diagnostikovanú Ischemickú chorobu srdca a hypertenziu. V roku 1975 pre problémy s chrbticou – VAS, postmenopauzálna osteoporóza odchádza na invalidný dôchodok. Trpí chronickou bolesťou. Je po infarkte myokardu (1995). K lekárovi a do odborných ambulancií chodí so zaťom a dcérou, ktorá má strednú zdravotnícku školu, v minulosti pracovala ako sestra v odbornej ambulancii, toho času je už na dôchodku a je zároveň aj opatrovateľom pacientky. Pacientka je dispenzarizovaná v internej, reumatologickej, neurologickej ambulancii. V minulosti liečená pre problémy so zrakom – cataracta senilis. V dokumentácii viackrát zaznamenané ošetrované úrazy, poranenia v dôsledku pádu. Naposledy v auguste 2011, kedy mala početné hematómy na trupe, tvárovej časti a fracturu dvoch prstov pravej ruky. Od jari v roku 2010 blízki príbuzní spozorovali zmeny správania sa pacientky a poruchy pamäte. Počiatočné prejavy boli sporadické – nepoznala niektorých príbuzných, strácala veci.

V roku 2011 sa problémy prehĺbili, vyžadovala si takmer 24 hodinovú starostlivosť príbuzných, dozor nad užívaním liekov, pomoc pri aktivitách denného života. Na jar 2012 sa pridružila aj čiastočná imobila, bol vykonaný Barthelovej test – 40 bodov.

Analýza a interpretácia

Odborná starostlivosť bola u pacientky realizovaná v ambulancii praktického lekára, v ambulanciách špecialistov a pravidelne sestrou/ opatrovateľkou.

U pacientky bol pravidelne hodnotený zdravotný a psychický stav, bol opakovane vykonaný Barthelovej, AIDL, MMSE test a u rodinných príslušníkov aj BM dotazník, ktorý v závere starostlivosti dosiahol hodnoty v rozmedzí 4-4,9². Pri zhodnotení celkového stavu sestrou boli stanovené ošetrovateľské diagnózy:

Aktuálne: Narušené vyprázdňovanie 00016, Narušený spánok, insomnia 00095, Narušená pohyblivosť 00085, Narušená chôdza 00088, Deficit sebaopatery pri obliekaní 00109, Deficit sebaopatery pri kúpaní 00108, Deficit sebaopatery pri jedení 00102, Deficit sebaopatery pri vyprázdňovaní 00110,

² Považujeme prítomnosť syndrómu psychického vyčerpania za potvrdenú

Narušená pamäť 00131, Strach 00148, Narušená kožná integrita 00046, Akútna bolesť 00132

Potencionálne: Riziko deficitu objemu telových tekutín 00028, Riziko infekcie 00004, Riziko úrazu 00038, Riziko narušenia kožnej integrity 00047, Riziko narušenia vzťahov v rodine 00058.

U pacientky boli pravidelne realizované intervencie:

- Ošetrovanie dekubitu: pacientka mala dekubit 2 št. v sakrálnej oblasti a 3 št. na päte pravej dolnej končatiny, ktorý sa ošetroval 2x denne a raz do týždňa kontrolovaný v chirurgickej ambulancii.
- Prevencia dekubitov – polohovanie a mobilizácia pacientky, starostlivosť o adekvátny prísun potravy.
- Podávanie liekov – per os, i.m. a lokálne.
- Starostlivosť o vyprázdňovanie – v prípade zápchy podávanie laxancii, starostlivosť o intímnu hygienu, používanie jednorazových pomôcok.

Zhrnutie starostlivosti

Pacientka bola v odbornej starostlivosti od januára 2012, do tej doby bola rodina schopná zabezpečiť optimálnu starostlivosť. Prioritnými diagnózami bola demencia, dekubit na PDK a chronická bolesť v súvislosti s VAS. Pacientka bola pravidelne ošetrovaná sestrou a pri zhoršení zdravotného stavu v máji 2012, bola odborná starostlivosť realizovaná aj v chirurgickej ambulancii a počas komplikácii praktickým lekárom, prostredníctvom návštevnej služby. Ku koncu starostlivosti došlo k rapídne zhoršeniu zdravotného aj mentálneho stavu pacientky. Demencia prešla do konečného štádia, pacientka nepoznávala rodinných príslušníkov, bola imobilná a inkontinentná, napriek pravidelnému ošetrovaniu, dekubit na päte neprejavoval známky hojenia. Koncom júna 2012 pacientka zomrela.

Kazuistika 3

Anamnéza

91-ročný senior prepustený z geriatrického oddelenia do domácej starostlivosti po prekonaní cievej mozgovej príhody. Pacient je stabilizovaný, bez príznakov demencie, pohybuje sa s doprovodom a pomocou palice. Má ranu po tracheostomickej kanyle, ktorá je kľudná, bez zápalu, sterilne prekrytá. Pre inkontinenciu používa jednorazové plienky. Stravu má šetriacu pre stav po operácii karcinómu žalúdka.

Rodinná anamnéza: rodičia zomreli na starobu, je najstarší z 12 súrodencov, žijú všetci.

Sociálna anamnéza: ženatý, manželka je dôchodkyňa, má dve deti, dcéra je dôchodkyňa, syn vedie rodinnú stavebnú firmu.

Pracovná anamnéza: založil stavebnú firmu, kde pracoval až do odchodu do dôchodku vo veku 68 rokov.

Farmakoterapia: Lovenox 40 mg 1-0-0 s.c. Norvasc 5 mg 1-0-1/2, Simvastatin 20 mg 0-0-1, Nexium 40 mg 1-0-0, Thrombo ASS 100 mg 0-1-0 Tresleen 50 mg 1-0-0

Vyšetrenia: výška: 158 cm TK: 125/75 Torr, hmotnosť: 50 kg, P: 78/min.

BMI: 20,03 D: 24 /min., telesná teplota: 36,6 °C

Katamnéza

Pacient má viacero chronických ochorení, ktoré mu boli v priebehu predchádzajúcich rokov diagnostikované. Sú to: Stp. hemoragickej NCMP s lýzou a dysfágiou, Stp. pneumoniám, Fibrilácia predsiení, Stp. Tracheostomiám, Stp. B2 propter Ca ventriculi, Stp. CHE, Stp.endarteriectomiám propter 80% ACI stenosis, Fibrilácia predsiení, Depresia, Normocytárna hypochrómna anémia, Marasmus, Sarkopenia, Struma nodosa, Benígna hyperplázia prostaty, Chronická obličková insuficienci.

V septembri minulého roku (2011) pacient prekonal NCMP s vážnym priebehom a neistou prognózou – existencia viacerých rizikových faktorov, polymorbidita, vysoký vek, dekompenzácia zdravotného stavu, inštitucionálna liečba.

Liečba prebiehala 4 mesiace v ústavnom zariadení a začiatkom januára 2012 bol prepustený do domáceho prostredia.

Analýza a interpretácia

Dňa 9.1. 2012 klient vyšetrený domácim lekárom. V rovnaký deň bolo realizované ošetrovateľské posúdenie zdravotného stavu, kde boli stanovené nasledovné diagnózy:

Aktuálne: Narušené prehĺtanie 00103, Narušené vyprázdňovanie. 00016, Narušený spánok, insomnia 00095, Narušená pohyblivosť 00085, Narušená chôdza 00088, Únava 00093, Deficit sebaopatery pri obliekaní 00109, Deficit sebaopatery pri kúpaní 00108, Deficit sebaopatery pri jedení 00102, Deficit sebaopatery pri vyprázdňovaní 00110, Narušená pamäť 00131, Strach 00148, Neschopnosť rodiny zvládť záťaž 00073, Narušená kožná integrita 00046

Potencionálne: Riziko deficitu objemu telových tekutín 00028, Riziko situácie zníženej sebaúcty 00153, Riziko infekcie 00004, Riziko úrazu 00038,

Riziko narušenia kožnej integrity 00047, Riziko narušenia vzťahov v rodine 00058

Bol vykonaný aj Barthelov test základných denných činností – klient dosiahol 50 bodov – stredný stupeň závislosti. A rovnako bol realizovaný Test inštrumentálnych denných činností – klient dosiahol 25 bodov, čo znamená závislosť.

Na základe stanovených diagnóz boli naplánované jednotlivé ošetrovateľské intervencie, ktoré boli realizované aj za spolupráce opatrovateľky. V pravidelných intervaloch boli realizované tieto činnosti:

- starostlivosť o výživu, v súvislosti s narušeným prehĺtaním a stavom po zavedení tracheostómie. Klient bol poučený o príčinách porušeného prehĺtania, stravu mal primerane pripravenú, počas každého jedla bola prítomná opatrovateľka/sestra.
- Ošetrovateľská rehabilitácia – chôdza v domácnosti, chôdza s využitím kompenzačných pomôcok, nácvik sebaobslužných činností, monitorovanie celkového stavu pacienta, fyziologických funkcií, bolesti.
- Starostlivosť o odpočinok a spánok – pozorovanie pacienta, rozhovor s pacientom o príčinách poruchy spánku a realizácii opatrení na zabezpečenie pokojného nočného spánku, podanie hypnotika.
- Starostlivosť o vyprázdňovanie – používanie jednorázových pomôcok (plienkové nohavičky), hygienická starostlivosť.
- Pravidelné ošetrovanie rany – previaz rany až do chirurgického uzatvorenia – 7.3. 2012.
- Pomoc pri sebaobslužných činnostiach – kontrola aktuálneho stavu – funkčné testy.

Celkové zhrnutie starostlivosti o pacienta

Pri príchode domov bol zdravotný stav seniora ovplyvnený dlhodobou hospitalizáciou, klient mal miernu depresiu, bál sa ďalšej existencie v domácnosti.

Na základe posudzovania sme zistili klientove prioritné požiadavky na starostlivosť. Klient udával ako svoj najprioritnejší cieľ nerušený, celonočný spánok. Udával zlú kvalitu spánku, sťažené zaspávanie, časté budenie, žiadal si hypnotiká. Intervencie boli hlavne zamerané na alternatívne činnosti, akým je úprava prostredia, lôžka, čítanie, tichá hudba. Bol podávaný ukludňujúci nápoj, neskôr prírodný prostriedok na spanie. Klient udáva zlepšenie kvality spánku. Ďalším dôležitým cieľom bolo zlepšenie samostatného pohybu v rámci domácnosti. U klienta sme pravidelne vykonávali cvičenia na zlepšenie pohyblivosti, zvýšenia sily, udržania rovnováhy. Ako pomôcku klient používa palicu, treba ho však mať stále pod dohľadom, aj keď klient podľa svojho názoru, je dostatočne samostatný.

Zlepšenie prehĺtania bolo našim ďalším cieľom. U pacienta sa zhoršené prehĺtanie prejavovalo kašľaním, vypadávaním potravy z úst. Po objasnení príčin klient spolupracoval na zlepšení. Klientovi sa podávala strava primerane nakrájaná, tekuté jedlá a nápoje boli zahusťované, klient používal malú lyžičku a bol upozorňovaný na pomalé jedenie. Po 4 dňoch pacient jedol pomaly, príznaky porušeného prehĺtania ustúpili.

Ďalším problémom bolo riziko infekcie v súvislosti s otvorenou ranou po tracheostomickej kanyle. Hlavným cieľom bolo zabrániť vzniku zápalu a to pravidelným, aseptickým preväzovaním po každom príjme potravy, prípadne po akomkoľvek znečistení. Tieto intervencie bolo potrebné realizovať až do uzatvorenia rany chirurgickou cestou.

Diskusia

Kvalitnú starostlivosť o nesebestačné a dlhodobo choré osoby vyššieho veku si dnes už nedokážeme predstaviť bez niektorých foriem domácej starostlivosti [15]. Domáce prostredie, pokiaľ spĺňa požadované kritéria, je pre seniora nenahraditeľné. Na príkladoch troch kazuistik sme prezentovali realizáciu domácej starostlivosti o polymorbídneho seniora v praxi. V úvode praktickej časti príspevku sme definovali 3 ciele, ktoré sme splnili.

Pri prvom celi sme chceli *prezentovať zvláštnosti ošetrovateľskej starostlivosti o polymorbídnych seniorov v domácom prostredí*. V Slovenskej republike sa domáca starostlivosť realizuje prostredníctvom ADOS. Pričom sestry najčastejšie riešia problémy v súvislosti s diagnózami: hypertenzia, ICHS, onkologické ochorenie, artritída, poškodenie zmyslových funkcií, demencia, zmätenosť [1]. V našom prípade boli dvaja pacienti (1. a 3. kazuistika) po prekonaní NCMP a jedna pacientka mala ako hlavnú diagnózu demenciu. Ošetrovateľská starostlivosť bola zameraná na pravidelné sledovanie a hodnotenie aktuálneho stavu pacientov a realizovali sa ošetrovateľské intervencie v súlade s kompetenciami sestry v ADOS. Vo všetkých prípadoch bola starostlivosť zameraná na ošetrovanie rán – dekubity, rana po tracheostómii. Ďalšími intervenciami boli aktivity spojené s prevenciou (predchádzanie komplikácií) a edukáciou príbuzných, výnimkou bola rodina pacienta v tretej kazuistike, kedy manželka nebola schopná postarať sa adekvátne o manžela a starostlivosť vykonávala opatrovatelka.

Cieľom 2 bolo *porovnať koordináciu starostlivosti v jednotlivých prípadových štúdiách*. V komunitnej starostlivosti realizovanej v domácom prostredí je odborná starostlivosť striedaná s laickou starostlivosťou. V domácom prostredí môžu byť poskytované rôzne služby – zdravotné, sociálne, dobrovoľnícke a i. [16]. Nevyhnutná je však primeraná spolupráca odborníkov – praktický lekár,

špecialista, so sestrou, rodinou seniora alebo opatrovateľom, fyzioterapeutom alebo sociálnym pracovníkom [18]. V našich prípadových štúdiách sestry spolupracovali s praktickým lekárom, ktorý indikoval starostlivosť, s rodinnými príslušníkmi a v poslednom prípade hlavne s opatrovateľkou. Koordinácia starostlivosti bola na primeranej úrovni, len v druhej kazuistike situáciu sťažovalo geografické umiestnenie domácnosti – ťažká dostupnosť zdravotných a sociálnych služieb.

Cieľom 3 bolo *prezentovať problémy odbornej a laickej starostlivosti o polymorbídneho seniora v domácom prostredí*. Starostlivosť o seniora v jeho prirodzenom prostredí môže byť obohacujúca, ale často so sebou prináša aj celú radu problémov. Ide o problémy súvisiace s domácnosťou, zdravotným stavom pacienta, dostupnosťou služieb a spoluprácou rodinných príslušníkov [3]. Domácnosť pacienta môže byť neprimerane uspokojená pacientovým potrebám, stav pacienta nie je stabilizovaný a rodinní príslušníci nezvládnu pomoc pri odborných výkonoch, prípadne zdravotný stav sa v priebehu krátkého obdobia zhoršuje v súvislosti s polymorbiditou seniora [13].

V prezentovaných kazuistikách sme sa stretli s problémom dostupnosti starostlivosti, pre nepriaznivé geografické umiestnenie domácnosti. Čo sa týkalo profesionálnej starostlivosti – problém so spoluprácou s rodinou – posledná kazuistika, nedostatočné vedomosti a zručnosti v starostlivosti o matku v prvej kazuistike.

Záver

Podľa zásad modernej gerontológie je najvhodnejším prostredím pre chronicky chorého seniora je jeho rodina a domáce prostredie. Rodina spája svojich členov intímnymi pocitmi a vzťahmi, vzájomnou pomocou a spoluprácou, citová opora a vzájomná istota, pocit spolunáležitosti, umožňujú členom rodiny prekonávať prekážky a konflikty. Dáva pocit istoty. Ochorenie niektorého člena zasahuje a ovplyvňuje celú rodinu. [7]. Jej benefit podporuje primeraná starostlivosť zo strany zdravotníckych a sociálnych pracovníkov ako aj primerané komunitné služby. Aj v našom teoreticko-praktickom príspevku sme popísali výhody a nevýhody domácej starostlivosti u polymorbídnych seniorov a na konkrétnych prípadoch demonštrovali efekt ošetrovateľskej starostlivosti a koordináciu starostlivosti s rodinnými príslušníkmi. Ak má sestra ideálne podmienky pre starostlivosť o polymorbídneho seniora, rodina/opatrovateľ primerane spolupracujú, prináša to so sebou žiaduci efekt – stabilizovanie, zlepšenie zdravotného stavu seniora. No žiaľ v prípade nepriaznivej diagnózy, ani včasná a sústavná starostlivosť nepomôže zastaviť nezvratnosť chorobného stavu.

Literatúra

- [1] Hanzlíková A. a kol., *Komunitné ošetrovatelstvo*, 1. vyd., Osveta, Martin 2004, 279 s.
- [2] Hegyi L., Krajčík Š., *Geriatría pre praktického lekára*, 1. vyd., Herba, Bratislava 2004, 298 s.
- [3] Hegyi L., Krajčík Š., *Geriatría*, 1. vyd., Herba, Bratislava 2010, 608 s.
- [4] Holíková I., *Nejdůležitější je spolupráce rodiny*, „Florence“ 2012, Roč. VII, č. 9, 30–31 s.
- [5] Hrozenká M. a kol., *Sociálna práca so staršími ľuďmi*, Osveta, Martin 2008, 182 s.
- [6] Jarošová D., *Péče o seniory*, Ostravská univerzita, Ostrava 2006, s. 110.
- [7] Kadučáková H., *Špecifiká starostlivosti o deti s mentálnym postihnutím. Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve a v pôrodnej asistencii*, Univerzita Komenského, JLF Martin, Univerzita Palackého, LF Olomouc, Martin 2011, s. 152–159.
- [8] Kalvach Z. a kol., *Geriatrické syndrómy a geriatrický pacient*, 1. vyd., Grada, Praha 2008, 336 s.
- [9] *Lekársky slovník – Polymorbidita*, Dostupné na internete. www.lekarske.slovniky.cz/pojem/polymorbidita [cit. 14.09.2012].
- [10] Nemeth F. a kol., *Geriatría a geriatrické ošetrovatelstvo*, Osveta, Martin 2009, 193 s.
- [11] Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o poskytovaní domácej ošetrovateľskej starostlivosti, Vestník Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, čiastka 8–10, roč. 55, Marec 2007.
- [12] Rybárová L., *Uplatnenie metódy ošetrovateľského procesu v komunitnej ošetrovateľskej praxi*, dostupné na internete: www.old.unipo.sk/FZ/molisa2/25.pdf [cit. 10.09.2012].
- [13] Spencer S., Unsworth J., Burke W., *Developing Community Nursing Practice*, Open University Press, Philadelphia 2001, 216 p.
- [14] Topinková E., Neuwirth J., *Geriatría pro praktického lékaře*, Grada, Praha 1995, 297 s.
- [15] Topinková E., *Geriatría pro praxi*, Galén, Praha 2005, 270 s.
- [16] Winseme S.J., Keleher H., *Community Nursing Practice: Theory, Skills and Issues*, N.S.W. Allen and Unwin, Crows Nest 2006, 451 p.
- [17] Zrubáková K., Magerčiaková M., *Domáca starostlivosť o seniora z pohľadu ošetrovateľstva*, „Ružomerské zdravotnícke dni“, IV. Ročník. Fakulta zdravotníctva, Ružomberok 2010, 456–467 s.
- [18] Zrubáková K., *Komplexná ošetrovateľská starostlivosť o geriatrického pacienta v komunitě* – dizertačná práca, Trnavská univerzita, Trnava 2009, 201 s.