

**Innowacje
w Pielęgniarstwie
i Naukach
o Zdrowiu**

Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu

3(4)/2019

Włocławek 2019

Państwowa Uczelnia Zawodowa we Włocławku

Rada naukowa

dr hab. n. o zdr. Mariusz Wysokiński (UM, Lublin, Polska)
prof. dr hab. Joanna Rosińczuk (UM, Wrocław, Polska)
Assistant Professor, Ph.D. Helena Kadučáková, (Catholic University in Ruzomberok, Slovakia)
Assistant Professor, Ph.D. Zuzana Hudáková (Catholic University in Ruzomberok, Slovakia)
dr Ewa Barczykowska (Wyższa Szkoła Medyczna, Legnica, Polska)
dr Wiesław Fidecki (UM, Lublin, Polska)
dr Sefika Dilek Guven (Fundamentals of Nursing Department, Nevşehir Hacı Bektaş Veli
Üniversity, Turkey)

Kolegium redakcyjne

Redaktor naczelny: dr n. med. Beata Haor (PUZ we Włocławku, CM UMK w Bydgoszczy)
Zastępca redaktora naczelnego: dr hab. n. o zdr. Robert Ślusarz
(PUZ we Włocławku; CM UMK w Bydgoszczy)
Zastępca redaktora naczelnego: dr hab. n. o zdr. Mariola Głowacka
(Mazowiecka Uczelnia Publiczna w Płocku)
Sekretarz redakcji: dr n. o zdr. Anna Antczak-Komoterska (PUZ we Włocławku)
Sekretarz redakcji: dr n. med. Dorota Kochman (PUZ we Włocławku)
Redaktor językowy (j. polski): dr Maciej Krzemiński (PUZ we Włocławku)
Redaktor językowy (j. angielski): mgr Marta Waszin (PUZ we Włocławku)

Lista recenzentów publikowana jest na stronie czasopisma:
wyd.edu.pl/index.php/zblizenia-cywilizacyjne-civilizations-rapprochements

Projekt okładki

Kamil Zgodziński

Czasopismo jest wydawane na zasadach licencji niewyłącznej Creative Commons.



ISSN 2451-1846

© Copyright by Państwowa Uczelnia Zawodowa we Włocławku
Włocławek 2016

Redakcja czasopisma:

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

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

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

Spis treści

Od Redakcji/Editorial.....	8
-------------------------------	---

Artykuły oryginalne/Original

MAGDALENA ZAWIDZKA, BEATA HAOR, KLAUDIA DASZUTA Analiza wiedzy studentów PWSZ we Włocławku na temat udzielania pierwszej pomocy.....	9
ANNA PIOTROWSKA, AGNIESZKA PIERNIKOWSKA, ANNA MIZIEWICZ Zachowania zdrowotne i umiejętności w zakresie profilaktyki możliwych powikłań u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym	27
KATARZYNA ROGOWSKA, MONIKA RYCHLEWSKA Wpływ kształcenia podyplomowego na rozwój kompetencji zawodowych pielęgniarek opieki długoterminowej.....	43
MARZENA CHWIAŁKOWSKA, NINA MORAWSKA Wpływ szkoleń na znajomość metod leczenia bólu przez pielęgniarki pracujące w hospicjum.....	59

Opis przypadku/Case Report

NATALIA PAWLAK, ZUZANNA STRZĄSKA – KLIŚ

Projektowanie opieki pielęgniarskiej pacjenta geriatrycznego
mieszkającego w Domu Pomocy Społecznej z wykorzystaniem
ICNP@.....72

Artykuły poglądowe/Review

NATALIA KOT, PAULINA ŻELAZEK

Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej realizowanej wobec pacjenta
w przebiegu raku żołądka92

ISSN: 2451-1846

Od Redakcji/Editorial

Szanowni Państwo,

Z przyjemnością przekazujemy Państwu kolejny numer międzynarodowego kwartalnika naukowego *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu (Innovations in Nursing and Health Sciences)*.

Zapraszamy do nadsyłania tekstów i zgłaszania sugestii dotyczących publikacji.

Z poważaniem
Redakcja

Analiza wiedzy studentów PWSZ we Włocławku na temat udzielania pierwszej pomocy

Analysis of the knowledge of PWSZ students in Włocławek about providing first pre – medical help

MAGDALENA ZAWIDZKA¹, BEATA HAOR², KLAUDIA DASZUTA^{2,3}

¹Studenckie Koło Naukowe Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk o Zdrowiu Państwowej Uczelni Zawodowej we Włocławku, opiekun Koła: dr Beata Haor

² Instytut Nauk o Zdrowiu Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej we Włocławku

³ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Włocławku im. bł. ks. J. Popiełuszki, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii

DOI: <http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2019.013>

ISSN: 2451-1846

Streszczenie:

Wstęp. Pierwsza pomoc to proste czynności wykonywane natychmiast przez pierwszych świadków zdarzenia w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowia i życia ludzkiego, zanim przybędą wykwalifikowane służby ratownicze. Do udzielania pierwszej pomocy zobligowany jest każdy obywatel.

Cel. Celem badań była analiza wiedzy studentów PWSZ we Włocławku na temat udzielania pierwszej pomocy

Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród 183 studentów PWSZ we Włocławku. Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankietowania oraz autorski kwestionariusz ankiety.

Wyniki. Studenci dysponują zróżnicowaną wiedzą na temat aspektów udzielania pierwszej pomocy. Większość ankietowanych potwierdziło, że każdy obywatel ma obowiązek podejmować działania służące udzielaniu pomocy. Niemniej jednak znaczny odsetek badanych nie podjąłby takich czynności.

Wnioski. Studenci prezentują umiarkowany poziom wiedzy w zakresie udzielania pierwszej pomocy. Niezbędne są systematyczne działania

edukacyjne w zakresie ich przygotowania do świadomego, odpowiedzialnego udziału w ratowaniu życia drugiego człowieka.

Słowa kluczowe: pierwsza pomoc, wiedza, BLS.

Abstract:

Introduction. First aid is simply activities taken immediately by the first witnesses of the event in the situation of a sudden threat to health and human life before the arrival of qualified emergency services. Every citizen is obliged to provide first aid.

The aim. The aim of the research was to analyze the knowledge about first aid of PWSZ students in Włocławek.

Material and methods. The research was conducted among 185 students of PWSZ in Włocławek. The method of diagnostic survey, questionnaire and author's questionnaire were used.

Results. Students have moderate knowledge about the aspects of first aid. Most of the respondents confirmed that every citizen is obliged to take actions to provide help. Nevertheless, a significant percentage of respondents would not undertake such activities.

Conclusions. Students present a moderate level of knowledge in the field of first aid. Systematic educational activities are necessary in the field of their preparation for conscious, responsible participation in saving lives of other people.

Key words. First aid, knowledge, BLS.

Wstęp

Pierwszą pomoc określamy jako zespół czynności wykonywanych w celu ratowania osoby znajdującej się w nagłym stanie zagrożenia życia, przez osobę będącą w miejscu zdarzenia przy użyciu wyrobów medycznych, a także produktów leczniczych wydawanych bez pisemnego zlecenia lekarskiego. Na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej każdy obywatel jest zobligowany do udzielenia pierwszej pomocy każdemu, kto jej potrzebuje. Obowiązek ten zapisany jest w Ustawie o Państwowym Ratownictwie

Medycznym z dnia 8 września 2006r. raz w art. 162 Kodeksu Karnego [1,2,3,4].

Każdy człowiek powinien posiadać umiejętność udzielania pierwszej pomocy. Dzięki znajomości tych zasad, zwiększa się szansa na przeżycie osoby poszkodowanej z uwagi na udzielane jej wsparcie do momentu przyjazdu wykwalifikowanych służb. Opanowanie podstawowych zabiegów resuscytacyjnych BLS (*Basic Life Support*) czyli bezprzryzadowego utrzymania drożności dróg oddechowych oraz podtrzymania oddychania i krążenia, daje możliwość sprawnego działania w udzielaniu pierwszej pomocy [5].

Niezwykle ważnym elementem udzielania pierwszej pomocy jest tzw. łańcuch przeżycia. Składa się z czterech ogniw, które wskazują kolejne etapy w przypadku NZK (nagłego zatrzymania krążenia) oraz wykorzystania czasu przed przystąpieniem do medycznych czynności ratunkowych. Pierwsze ogniwo dotyczy rozpoznania stanu zagrożenia życia oraz wezwania profesjonalnej pomocy, a także upewnienia się, że podjęcie czynności ratujących życie jest możliwe i nie zagraża życiu osoby udzielającej pomocy. Drugie ogniwo informuje o wczesnym rozpoczęciu RKO (resuscytacji krążeniowo - oddechowej), dzięki czemu zwiększa się szanse na przeżycie do momentu przyjazdu zespołu ratownictwa medycznego. Trzecim ogniwem jest możliwie jak najszybsza defibrylacja. Ostatnim ogniwem jest opieka poresuscytacyjna, której zadaniem jest utrzymanie prawidłowych funkcji mózgu oraz serca [5].

Cel pracy

Celem badań była analiza wiedzy studentów Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej we Włocławku na temat udzielania pierwszej pomocy.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród 185 studentów PWSZ we Włocławku. Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankietowania oraz autorski kwestionariusz ankiety.

Wyniki

Grupę badaną stanowią studenci kierunków: pielęgniarstwo (20,75%), pedagogika (13,145), mechanika i budowa maszyn (10,38%), inżynieria zarządzania (10,38%), administracja (10,92%), finanse i rachunkowość (11,47%), informatyka (9,28%) oraz nowe media i e – biznes (6,65%) i filologia angielska (7,65%). Większość badanych stanowiły kobiety (64%) oraz mieszkańcy miasta (61,60%). Średnia wieku respondentów wynosiła 29,33. Ponad połowa ankietowanych to panny i kawalerowie (53%), natomiast 1,6% respondentów stanowili wdowy i wdowcy. Poniżej zaprezentowano wyniki badań własnych.

Tabela 1 przedstawia procentowy rozkład odpowiedzi respondentów na pytanie dotyczące subiektywnej opinii ankietowanych nt. wiedzy z zakresu udzielania pierwszej pomocy.

Tab.1. Opinia badanych nt. swojej wiedzy z zakresu udzielania pierwszej pomocy.

1.Jak ocenia Pan/Pani swoją wiedzę z zakresu udzielania pierwszej pomocy?	Odpowiedzi	
	%	N
Bardzo dobrze	12,9%	24
Dobrze	28,5%	53
Umiarkowanie	38,2%	71
Niezbyt dobrze	15,6%	29
Źle	4,8%	9

Źródło: Opracowanie własne.

Jak wynika z tabeli 1 swoją wiedzę nt. udzielania pierwszej pomocy bardzo dobrze oceniazaledwie 12,9% badanych, a dobrze 28,5%. Około 38% (38,2%) respondentów uważa, że jego wiedza w powyższym zakresie jest na poziomie umiarkowanym. Natomiast około 16% ankietowanych (15,6%) ocenia swoją wiedzę niezbyt dobrze, zaś 4,8% źle.

Tabela 2 przedstawia procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie dotyczące źródła informacji nt. udzielania pierwszej pomocy.

Tab.2. Opinia respondentów nt. źródła informacji nt. udzielania pierwszej pomocy.

2. Skąd czerpie Pan/Pani wiedzę nt. udzielania pierwszej pomocy?	Odpowiedzi	
	%	N
Środki masowego przekazu (Internet,radio, TV, gazety)	12,9%	26
Książki (podręczniki, poradniki)	30,3%	61
Z zajęć, kursów, szkoleń	38,3%	77
Własnego doświadczenia	12,9%	26
Od innych osób	5,5%	11

Źródło: Opracowanie własne.

Jak wynika z tabeli 2 około 38% ankietowanych (38,3%) deklaruje, że swoją wiedzę nt. pierwszej pomocy czerpie z zajęć, kursów i szkoleń, nieco mniej (30,3%) badanych korzysta z książek. Środki masowego przekazu oraz własne doświadczenia wykorzystuje blisko 13% respondentów (12,9). Natomiast 5,5% ankietowanych wiedzę o udzielaniu pierwszej pomocy uzyskuje od innych osób.

Tabela 3 obrazuje procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie dotyczące ewentualnej możliwości podjęcia się udzielenia pierwszej pomocy:

Tab.3. Opinia respondentów nt. podjęcia się udzielania pierwszej pomocy.

3. Czy podjąłby/ podjęłaby się Pani/Pan udzielenia pierwszej pomocy?	Odpowiedzi	
	%	N
Tak	49,2%	91
Nie	29,2%	54
Nie wiem	21,6%	40

Źródło: Opracowanie własne.

Jak wynika z tabeli 3 około 50% badanych (49,2%) deklaruje, że w razie konieczności jest w stanie podjąć się udzielenia pierwszej pomocy. Natomiast 29,2% ankietowanych nie jest na to gotowa. Znaczny odsetek respondentów (21,6%) nie potrafi jednoznacznie stwierdzić, czy podejmie się udzielenia pierwszej pomocy.

W tabeli 4 przedstawiono procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie dotyczące momentu rozpoczęcia resuscytacji oddechowo – krążeniowej.

Tab.4. Opinia respondentów nt. czasu rozpoczęcia RKO.

4. Czy wie Pan/Pani kiedy należy rozpocząć resuscytację krążeniowo-oddechową (uciskanie klatki piersiowej i oddechy ratunkowe) u osoby poszkodowanej?	Odpowiedzi	
	%	N
Gdy jest nieprzytomna i prawidłowo oddycha	20,5%	38
Gdy jest nieprzytomna i nie oddycha lub oddycha słabo, niewydolnie	57,8%	107
Gdy jest przytomna i nie oddycha lub oddycha słabo, niewydolnie	15,7%	29
Nie wiem	5,9%	11

Źródło: Opracowanie własne.

Jak wynika z tabeli 4 około 58% ankietowanych (57,8%) prawidłowo wskazało, że RKO należy rozpocząć wtedy, gdy pacjent jest nieprzytomny i nie oddycha lub oddycha słabo/niewydolnie. Nieco ponad 20% badanych (20,5%) wskazało, że należy to zrobić, gdy poszkodowany jest nieprzytomny i prawidłowo oddycha. Około 16% respondentów (15,7%) jest zadania, że resuscytację krążeniowo – oddechową należy rozpocząć, gdy osoba jest przytomna i nie oddycha lub oddycha słabo i niewydolnie. Natomiast blisko 6% (5,9%) ankietowanych nie potrafi wskazać, kiedy należy zacząć RKO.

Tabela 5 prezentuje procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie dotyczące sposobu sprawdzania oddechu u poszkodowanego.

Tab.5. Opinia respondentów nt. sprawdzania oddechu u poszkodowanego.

5.Czy wie Pan/Pani jak sprawdzić oddech u poszkodowanego?	Odpowiedzi	
	%	N
Zbliżając policzek do ust poszkodowanego i jednocześnie sprawdzając ruchy klatki piersiowej przez 10 sekund	36,8%	68
Obserwując ruchy klatki piersiowej i licząc je przez 1 minutę	36,8%	68
Zbliżając lusterko do ust poszkodowanego i obserwując osadzającą się parę wodną	19,5%	36
Nie wiem	7%	13

Źródło: Opracowanie własne.

Jak wynika z tabeli 5 około 37% badanych (36,8%) wskazało prawidłową odpowiedź twierdząc, że oddechy należy sprawdzić poprzez zbliżenie policzka do ust poszkodowanego i jednoczesne ocenianie ruchów klatki piersiowej przez 10 sekund. Taki sam odsetek ankietowanych (36,8%) jest zdania, że oddechy należy sprawdzić

obserwując ruchy klatki piersiowej i licząc je przez 1 minutę. Około 20% respondentów (19,5%) uważa, że należy to robić przykładając lusterko do ust poszkodowanego i obserwując osadzającą się na nim parę wodną. Natomiast 7% badanych nie potrafi określić sposobu sprawdzania oddechu u poszkodowanego.

W tabeli 6 zaprezentowano procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie dotyczące sposobu udrażniania dróg oddechowych.

Tab.6. Opinia respondentów nt. sposobu udrażniania dróg oddechowych.

6.Czy wie Pan/Pani jak udrożnić u poszkodowanego drogi oddechowe?	Odpowiedzi	
	%	N
Odginając mu głowę do tyłu i unosząc żuchwę	47,6%	88
Przyginając mu głowę do klatki piersiowej	30,3%	56
Otwierając mu szeroko usta	16,8%	31
Nie wiem	5,4%	10

Źródło: Opracowanie własne.

Jak wynika z tabeli 6 blisko 50% ankietowanych (47,6%) wskazało prawidłowy sposób udrażniania dróg oddechowych. Natomiast 30,3% badanych jest zdania, że przygięcie głowy do klatki piersiowej jest właściwym postępowaniem. Z kolei 16,8% respondentów wskazało otwieranie szeroko ust poszkodowanemu, jako prawidłowe postępowanie przy udrażnianiu dróg oddechowych. Natomiast 5,4% badanych nie potrafił powiedzieć w jakiś sposób należy udrożnić drogi oddechowe.

W tabeli 7 przedstawiono procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie dotyczące prawidłowej sekwencji uciśnień klatki piersiowej do liczby oddechów u osoby dorosłej.

Tab.7. Opinia respondentów nt. sekwencji uciśnień klatki piersiowej do oddechów.

7. Czy wie Pan/Pani jaka jest prawidłowa sekwencja uciśnień klatki piersiowej do liczby oddechów u osoby dorosłej?	Odpowiedzi	
	%	N
30:2	62,2%	115
15:1	20%	37
40:4	13,5%	25
Nie wiem	4,3%	8

Źródło: Opracowanie własne.

Jak wynika z tabeli 7 zdecydowana większość respondentów (62,2%) wskazała prawidłową sekwencję uciśnień klatki piersiowej do oddechów tj. 30:2. Natomiast 20% badanych jest zdania, że prawidłową sekwencją jest stosunek 15:2, natomiast 13,5% ankietowanych uważa, że 40:4. Zaś 4,3% respondentów nie potrafi wskazać poprawnej odpowiedzi.

W tabeli 8 zaprezentowano procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie dotyczące opinii, czy w resuscytacji krążeniowo-oddechowej wykonywanej przez jedną osobę można ograniczyć się tylko do wykonywania uciśnień klatki piersiowej.

Tab.8. Opinia respondentów nt. ograniczenia RKO do uciśnień.

8.Czy według Pana/Pani opinii w resuscytacji krążeniowo-oddechowej wykonywanej przez jedną osobę można ograniczyć się tylko do wykonywania uciśnień klatki piersiowej?	Odpowiedzi	
	%	N
Tak	45,4%	84
Nie	39,5%	73
Nie wiem	15,1%	28

Źródło: Opracowanie własne.

Jak wynika z tabeli 8 około 45% badanych (45,4%) uważa, że w przypadku kiedy jedna osoba wykonuje resuscytację oddechowo – krążeniową, można ją ograniczyć tylko do uciśnień klatki piersiowej. Niespełna 40% ankietowanych (39,5%) jest zadania, że nie można pominąć wdechów i należy wykonać pełne RKO. Natomiast nieco ponad 15% respondentów (15,1%) nie potrafiło wskazać jednoznacznej odpowiedzi.

W tabeli 9 przedstawiono procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie dotyczące wskazania prawidłowego miejsca ucisku klatki piersiowej.

Tab.9. Opinia respondentów nt. miejsca uciśnień klatki piersiowej.

9. Czy wie Pan/Pani jakie jest prawidłowe miejsce do ucisku klatki piersiowej?	Odpowiedzi	
	%	N
Środek klatki piersiowej na mostku	38,4%	71
Lewa strona klatki piersiowej	29,2%	54
Dolny koniec mostka	24,3%	45
Nie wiem	8,1%	15

Źródło: Opracowanie własne.

Jak wynika z tabeli 9 niespełna 40% ankietowanych (38,4%) za prawidłowe miejsce uznało środek klatki piersiowej. Około 30% respondentów (29,2%) jest zdania, że właściwym miejscem ucisku klatki piersiowej jest jej lewa strona. Według 24,3% badanych dolny koniec mostka jest tym odpowiednim miejscem. Natomiast 8,1% ankietowanych nie potrafiło wskazać jednoznacznej odpowiedzi.

Tabela 10 przedstawia procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie dotyczące użycia automatycznego defibrylatora AED (*Automated External Defibrillator*).

Tab.10. Opinia respondentów nt. czasu użycia AED.

10.Czy wie Pan/ Pani kiedy należy użyć automatycznego defibrylatora zewnętrznego AED u osoby poszkodowanej?	Odpowiedzi	
	%	N
Gdy jest nieprzytomna i prawidłowo oddycha	13,5%	25
Gdy jest nieprzytomna i nie oddycha lub oddycha słabo, niewydolnie	58,9%	109
Gdy jest przytomna i nie oddycha lub oddycha słabo, niewydolnie	18,9%	35
Nie wiem	8,6%	16

Źródło: Opracowanie własne.

Jak wynika z tabeli 10 około 60% badanych (58,9%) prawidłowo wskazało, że automatycznego defibrylatora należy użyć w tedy kiedy osoba poszkodowana jest nieprzytomna i nie oddycha lub oddycha słabo i niewydolnie. Około 19% ankietowanych (18,9%) jest zdania, że AED należy użyć wtedy, gdy poszkodowany jest przytomny i nie oddycha lub oddycha słabo i niewydolnie. Nieco ponad 13% respondentów (13,5%) uważa, że odpowiednim momentem, kiedy należy wykorzystać AED jest sytuacja, kiedy osoba jest nieprzytomna, ale oddycha prawidłowo. Niespełna 9% badanych (8,6%) nie potrafiło jednoznacznie określić kiedy należy użyć automatycznego defibrylatora AED.

Tabela 11 przedstawia procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie dotyczące sposobu szukania i miejsca przechowywania automatycznego defibrylatora AED.

Tab.11. Opinia respondentów nt. sposobu szukania AED.

11.Czy wie Pan/Panie gdzie i jak szukać automatycznego defibrylatora AED?	Odpowiedzi	
	%	N
Za pomocą aplikacji „Ratuj z sercem” oraz szukając naklejki z oznaczeniem AED	41,6%	77
W instytucjach użytku publicznego	44,9%	83
Nie wiem	13,5%	25

Źródło: Opracowanie własne.

Jak wynika z tabeli 11 około 42% badanych (41,6%) wiedziało, że automatyczny defibrylator AED należy odnaleźć za pomocą aplikacji „Ratuj z sercem” oraz szukając naklejki z oznaczeniem AED. Niespełna 45% ankietowanych (44,9%) poszukiwałoby defibrylatora w instytucjach użytku publicznego, zaś 13,5% nie potrafi określić, w jaki sposób i gdzie szukałoby AED.

W tabeli 12 zaprezentowano procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie dotyczące sposobu ułożenia poszkodowanego w pozycji bezpiecznej.

Tab.12. Opinia respondentów nt. ułożenia poszkodowanego w pozycji bezpiecznej.

12. Czy wie Pan/Pani jak wygląda ułożenie osoby poszkodowanej w pozycji bezpiecznej?	Odpowiedzi	
	%	N
Ułożenie poszkodowanego na brzuchu z głową odwróconą na bok	15,1%	28
Ułożenie poszkodowanego z nogami uniesionymi do góry	25,4%	47
Ułożenie poszkodowanego na boku z głową odchyloną do tyłu	49,2%	91
Nie wiem	10,3%	19

Źródło: Opracowanie własne.

Jak wynika z tabeli 12 zdecydowana większość (49,2%) respondentów wskazała prawidłowe ułożenie poszkodowanego tj. ułożenie na boku z odchylną głową. Z kolei 25,4% badanych ułożyłoby poszkodowanego z nogami do góry. Natomiast 15,1% ankietowanych zabezpieczyłoby pacjenta poprzez położenie go na brzuchu z głową odwróconą na bok. Z kolei 10,3% badanych nie potrafiło wskazać prawidłowej odpowiedzi.

W tabeli 13 przedstawiono procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie dotyczące znajomości etapów udzielania pierwszej pomocy.

Tab.13. Opinia respondentów nt. etapów pierwszej pomocy.

13. Czy wie Pan/Pani jaki jest pierwszy etap udzielania pierwszej pomocy j?	Odpowiedzi	
	%	N
Ocena sytuacji i zabezpieczenie miejsca wydarzenia	38,8%	72
Telefon pod numer alarmowy	31,9%	59
Podjęcie resuscytacji krążeniowo-oddechowej	22,2%	41
Nie wiem	13%	7

Źródło: Opracowanie własne.

Jak wynika z tabeli 13 około 39% badanych (38,8%) wskazało prawidłowo pierwszy etap łańcucha życia jako ocenę sytuacji i zabezpieczenia miejsca wydarzenia. Niespełna 32% ankietowanych (31,9%) jest zdania, że najpierw należy wykonać telefon pod numer alarmowy, a 22,2% respondentów jest zdania, że trzeba wtedy podjąć RKO. Z kolei 13% badanych nie potrafi wskazać pierwszego etapu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej.

Tabela 14 przedstawia procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie dotyczące znajomości numeru alarmowego.

Tab.14. Opinia respondentów nt. znajomości numeru alarmowego.

14. Czy wie Pan/Pani jaki jest numer alarmowy?	Odpowiedzi	
	%	N
999 lub 112	44,9%	83
998	22,7%	42
997	24,9%	46
Nie wiem	7,6%	14

Źródło: Opracowanie własne.

Jak wynika z tabeli 14 niespełna 45% ankietowanych (44,9%) prawidłowo wskazało numer alarmowy (999 lub 112). Około 24% badanych (24,9%) wskazało na numer 997, natomiast niespełna 23% respondentów (22,7%) podało numer 998. Zaś blisko 8% ankietowanych (7,6%), nie wiedziało jaki jest numer alarmowy.

Tabela 15 przedstawia procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie dotyczące wiedzy kto ma obowiązek prawny udzielania pierwszej pomocy.

Tab.15.Opinia respondentów nt. obowiązku prawnego względem udzielania pierwszej pomocy.

15. Czy wie Pan/Pani kto ma prawny obowiązek udzielania pierwszej pomocy?	Odpowiedzi	
	%	N
Każdy obywatel	58,9%	109
Każdy obywatel po kursie, szkoleniu lub z wykształcenie medycznym	20%	37
Tylko osoby z wykształceniem medycznym	13,5%	25
Nie wiem	7,6%	14

Źródło: Opracowanie własne.

Jak wynika z tabeli 14 niecałe 60% ankietowanych (28,9%) jest zdania, że każdy obywatel ma obowiązek udzielania pierwszej pomocy. Zaś 20% badanych twierdzi, że leży to w gestii osób po kursie, szkoleniu lub z wykształceniem medycznym. Niespełna 14% respondentów (13,5%) jest zdania, że pierwszej pomocy mogą udzielać tylko osoby z wykształceniem medycznym. Natomiast 7,6% badanych nie wie, kto jest objęty obowiązkiem udzielania pierwszej pomocy

Dyskusja

Posiadanie wiedzy medycznej i jej adekwatne wykorzystywanie w praktyce jest niezmiernie ważnym elementem egzystencji społeczeństwa. Świadek zdarzenia może zareagować odpowiednio szybko, dając tym samym szansę na przeżycie drugiemu człowiekowi. Ważnym aspektem jest edukacja społeczeństwa nt. udzielania pierwszej pomocy począwszy od dzieciństwa. Prowadzona jest ona m.in. przez pracowników systemu ochrony zdrowia, na których także spoczywa rola edukatorów w powyższym zakresie[6].

W badaniach własnych mniej niż połowa respondentów określa swoją wiedzę na temat udzielania pomocy przedmedycznej jako umiarkowaną oraz wskazuje, że czerpie ją głównie z zajęć, szkoleń i kursów. Większość ankietowanych potwierdziło, że każdy obywatel ma obowiązek udzielania pierwszej pomocy. Niemniej jednak znaczny odsetek badanych nie podjąłby takich działań. Ponad połowa respondentów prawidłowo wskazuje moment rozpoczęcia resuscytacji krążeniowo – oddechowej. Natomiast większość badanych nie potrafiła: prawidłowo określić zasady sprawdzania oddechu u poszkodowanego czy udrażniania dróg oddechowych, wskazać miejsce uciśnięć klatki piersiowej, potwierdzić, że pierwszym etapem udzielania pierwszej pomocy jest ocena sytuacji i zabezpieczenie miejsca wydarzenia.

Analiza badań własnych jednoznacznie wskazuje, że wiedza, którą posiadają studenci nt. udzielania pierwszej pomocy jest niewystarczająca. Podobnego zdania są respondenci bowiem tylko 12,5% ankietowanych uważa, że poziom wiedzy jaki reprezentuje jest bardzo dobry. Natomiast około 5% badanych twierdzi, że jest on zły. W badaniach Blichniarz odsetek osób bardzo dobrze oceniających swoją wiedzę nt. pierwszej pomocy jest zbliżony (12%)[7].

Przeprowadzone badanie pozwoliło stwierdzić, że studenci PWSZ we Włocławku dysponują niewystarczającą wiedzą nt. prawidłowego stosunku uciśnięć klatki piersiowej do oddechów. Takiej odpowiedzi udzieliło około 62% ankietowanych. Natomiast w badaniu Wojczyk prawidłowo odpowiedziało na to pytanie 96% badanych[8].

Zarówno badania własne jak i Czyż wykazały, że znaczny odsetek respondentów wykazuje lęk przed udzieleniem pierwszej pomocy przedmedycznej, wynikający najczęściej z niedostatecznej i nieusystematyzowanej wiedzy[9].

Uzyskane wyniki badań własnych, a także innych badaczy jasno pokazują, że użycie automatycznego defibrylatora AED sprawia problem, tak samo jak określenie, gdzie może się on znajdować[9].

W badaniach Blichniarz ponad połowa ankietowanych jest zdania, że ułożenie poszkodowanego w pozycji bezpiecznej polega na ułożeniu go bokiem, z dłonią prawą pod policzkiem, głową odchylną lekko do tyłu oraz nogą prawą zgiętą w kolanie. W badaniach własnych tego samego zdania jest niespełna 49% respondentów[7].

Wnioski

Studenci prezentują umiarkowany poziom wiedzy w zakresie udzielania pierwszej pomocy. Niezbędne są systematyczne działania edukacyjne w zakresie ich przygotowania do świadomego, odpowiedzialnego udziału w ratowaniu życia drugiego człowieka

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Propagowanie idei uczestnictwa w kursach udzielania pierwszej pomocy oraz poszerzania wiedzy na temat udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej to zadanie, w którym aktywny udział powinny brać pielęgniarki, jako członkowie interdyscyplinarnego zespołu terapeutycznego.

Bibliografia/Bibliography:

1. Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 25 kwietnia 2019 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U.2019 poz.993)
2. Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 r. (Dz.U. z 2006r. Nr 191,poz 1410).
3. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/pierwsza-pomoc> (dostęp 16.07.2019).
4. Kodeks Karny (Dz.U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.)
5. Gucwa J., Ostrowski M. Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne i wybrane stany nagłe. Medycyna Praktyczna, Kraków 2018;41–43.

6. Olejniczak D., Miciuk D., Religioni U. Ocena stanu wiedzy studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego na kierunku pielęgniarstwo na temat udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej. *Piel. Zdr. Publ.* 2013;3,2:101–110.
7. Blichniarz M., Biernacka B. Poziom wiedzy społeczeństwa na temat udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej. *Aspekty zdrowia i choroby.* 2016;1,2:39–49.
8. Wojczyk A. Stan wiedzy studentów pielęgniarstwa na temat resuscytacji krążeniowo – oddechowej. *Puls Uczelni.* 2015;9,2:7–11.
9. Czyż R., Kwiaton M., Górniak I. Ocena poziomu wiedzy studentów wybranych polskich uczelni wyższych na temat zasad udzielania pierwszej pomocy osobie dorosłej w stanach nagłych. *Jurnal of Education, Health and Sport.* 2016,6(7):399–410.

Otrzymano: 17.07.2019r.

Zaakceptowano: 01.09.2019r.

Zachowania zdrowotne i umiejętności w zakresie profilaktyki możliwych powikłań u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym

Health behaviour and skills in prevention of complications in patients with arterial hypertension

ANNA PIOTROWSKA^{1,2}, AGNIESZKA PIERNIKOWSKA^{1,3},
ANNA MIZIEWICZ⁴

¹ Instytut Nauk o Zdrowiu, Państwowa Uczelnia Zawodowa we Włocławku

² Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Włocławku im. bł. ks. J. Popiełuszki, Oddział Dziecięcy

³ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Włocławku im. bł. ks. J. Popiełuszki, Oddział Chorób Wewnętrznych i Nefrologii

⁴ Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie

DOI: <http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2019.014>

ISSN: 2451-1846

Streszczenie:

Wstęp. Zachowania zdrowotne to wszelkie zachowania lub ich brak, które mają związek ze zdrowiem i samopoczuciem człowieka. Zachowania zdrowotne można podzielić na sprzyjające zdrowiu oraz antyzdrowotne. Zachowania prozdrowotne służą wspieraniu zdrowia, zapobieganiu chorobie oraz wspomaganie powrotu do zdrowia. Zachowania antyzdrowotne przyczyniają się do powstania zaburzeń stanu zdrowia.

Cel. Celem pracy jest zbadanie poziomu umiejętności pacjentów z nadciśnieniem tętniczym w zakresie profilaktyki możliwych powikłań.

Materiał i metody. Materiał badawczy uzyskano za pomocą sondażu diagnostycznego. Natomiast jako narzędzie wykorzystano kwestionariusz ankiety składający się z metryczki oraz części głównej badającej poziom umiejętności chorych z nadciśnieniem tętniczym. Kwestionariusz ankiety zawierał 20 pytań i były to pytania w formie zamkniętej. Badania

przeprowadzono w okresie od maja do czerwca 2017 roku na Oddziale Kardiologii Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie. Uczestniczyło w nim 100 pacjentów Oddziału Kardiologii, przy czym każdy uczestnik był osobą pełnoletnią. Respondenci otrzymali informacje dotyczące zasad wypełnienia kwestionariusza ankiety, a także zapewnienie o anonimowości zebranych danych.

Wyniki. W prowadzonych badaniach nie wykazano korelacji pomiędzy wykształceniem, miejscem zamieszkania, aktywnością zawodową i czasem trwania choroby ankietowanych a ich poziomem umiejętności w zakresie profilaktyki powikłań.

Wnioski. Mobilizacja pacjenta do samokontroli i obserwacji niepokojących objawów tworzy spójną całość w procesie terapeutycznym. Włączenie chorego do procesu leczniczego poprzez mobilizowanie do samokontroli pacjenta w domu a także przygotowanie oraz poinformowanie chorego o prawidłowości w wykonywaniu poszczególnych czynności podczas samodzielnych pomiarów ma ogromne znaczenie w leczeniu nadciśnienia tętniczego krwi.

Słowa kluczowe: nadciśnienie tętnicze, powikłania, zachowania zdrowotne

Abstract:

Introduction. Health behaviour is the activity undertaken (or not) by people for the purpose of maintaining their health and well-being. Health behaviour can be divided into behaviour fostering health and unhealthy behaviour. Healthy attitude enhances health, prevents illness and fosters recovery. Unhealthy attitude contributes to health disorders.

Aim. The aim of this study is to assess the level of skills in prevention of complications in patients with arterial hypertension.

Material and method. The study used a diagnostic survey. A questionnaire consisting of metrics and main part devoted to assessment of patients skills level was used a research tool. The questionnaire included 20 closed questions. The study was carried out in the period from May to June 2018 in department of cardiology in Specialist Hospital in Ciechanów. The study covered 100 patients and each of them was a person of age. Respondents were informed about rules on filling in the questionnaire and the fact that data were rendered anonymous for statistical purposes.

Results. The study showed no connection among education, place of residence, professional activity and disease duration of respondents and their level or skills in prevention of complications.

Conclusions. Mobilising patients to self-control and observe disturbing symptoms contributes to successful treatment process. Including the sufferers in the treatment process and mobilising them to self-control together with preparing and instructing them on the right measurements of blood pressure is of significant importance in arterial hypertension treatment.

Keywords: arterial hypertension, complications, health behavior,

Wstęp

Liczba chorych na nadciśnienie tętnicze wzrasta wraz z zaawansowaniem wieku. U osób powyżej 55 roku życia prawdopodobieństwo wystąpienia choroby sięga nawet 90%. W populacji mężczyzn nadciśnienie tętnicze nieznacznie częściej występuje przed ukończeniem 60 roku życia, w grupie kobiet z kolei po 60 roku życia [1]. Rozwój choroby i jej powikłań w obrębie układu sercowo-naczyniowego uwarunkowany jest czynnikami ryzyka, wynikającymi z negatywnych zachowań w ramach stylu życia [2]. Konsekwencje nieleczonego nadciśnienia tętniczego to m.in. udar mózgu, zawał mięśnia sercowego, niewydolność nerek. Z biegiem czasu może dojść do przerostu lewej komory serca a także rozwarstwiania aorty. Powikłania nadciśnienia tętniczego przedstawia Tabela nr 1.

Tab. 1. Powikłania nieleczonego i źle leczonego nadciśnienia tętniczego [3].

Powikłania	Objawy, częstość występowania	Mechanizm
Choroba niedokrwienna serca	- Bóle zamostkowe (dławica piersiowa) - Zawał - Nagła śmierć wieńcowa (występuje istotnie częściej niż u osób zdrowych)	- Zmniejszenie rezerwy wieńcowej - Przyśpieszenie miażdżycy w naczyniach wieńcowych - Przerost mięśniówki gładkiej naczyń wieńcowych
Przerost lewej komory	- U 20 - 50% (ryzyko rośnie z czasem trwania choroby, wysokością ciśnienia i wiekiem)	- Pogrubienie ścian lewej komory w wyniku przerostu komórek mięśniowych spowodowanego zwiększonym obciążeniem. Konsekwencją jest wzrost zapotrzebowania na tlen i zmniejszenie się rezerwy wieńcowej. Dochodzi do drobnych, rozsianych ognisk martwicy i włóknienia.
Zastoinowa niewydolność krążenia	- 2 – 5% wszystkich przyjęć do szpitali, najczęstszą jej przyczyną jest nadciśnienie tętnicze	- Przerost lewej komory serca - Zmniejszenie kurczliwości serca
Powikłania mózgowie	- Udar niedokrwienny mózgu - Przejściowe ataki	- Zaburzenia autoregulacji krążenia mózgowego - Przyśpieszenie tworzenia blaszek miażdżycowych

	niedokrwienne - Encefalopatia nadciśnieniowa (otępienie)	- Mikrotętniaki - Krwawienie śródmózgowe
Retinopatia nadciśnieniowa	- Zaburzenia widzenia - Przemijająca jednostronna ślepotą - Utrata wzroku (w skrajnych przypadkach, zwłaszcza u ludzi starszych)	- Wzrost napięcia ścian naczyń - Brak autoregulacji ścian naczyń - Uszkodzenie siatkówki - Uszkodzenie naczyńki - Obrzęk tarczy nerwu wzrokowego - Zakrzep tętnicy siatkówki
Powikłania nerkowe	- Białkomocz - Przewlekła niewydolność nerek - Mocznica	- Zmiany w naczyniach nerkowych - Pogrubienie ścian tętnic nerkowych (zwężenie ich światła) - Niedokrwienie kłębuszków

Metody leczenia nadciśnienia tętniczego obejmują farmakoterapię a także zmianę stylu życia w dążeniu do normalizacji wartości ciśnienia tętniczego krwi [4]. Modyfikacja czynników ryzyka choroby, takich jak: palenie tytoniu, stres, zaburzenia lipidowe czy otyłość sprzyja redukcji ryzyka sercowo-naczyniowego [5]. Strategię terapii ustala się indywidualnie dla każdego pacjenta. Konieczne jest ustalenie podłoża rozwoju choroby, obecności chorób współistniejących oraz analiza możliwych powikłań sercowo-naczyniowych[6].

Leczenie hipotensyjne stosuje się w nadciśnieniu o charakterze wtórnym, gdzie występuje uchwytna przyczyna choroby i jest ona potencjalnie możliwa do usunięcia[7].

Bardzo często dobranie odpowiedniego leczenia dla danego chorego wymaga wiele czasu i zaangażowania, gdyż reakcja każdego z pacjentów na zastosowane leczenie może się znacznie różnić. Niekiedy konieczne jest zastosowanie nawet kilku leków hipotensyjnych. W terapii nadciśnienia tętniczego wykorzystywane są leki moczopędne (diuretyki), które wykazują dobrą tolerancję i skuteczność działania. Zmniejszają ilość sodu oraz wody w świetle naczyń, co powoduje ich rozszerzenie. W stosowaniu leków moczopędnych bardzo ważne jest uzupełnianie potasu w organizmie, ponieważ jest on wydalany wraz z moczem, co może prowadzić do jego niedoborów[5].

Kolejną grupą leków obniżających ciśnienie tętnicze krwi są leki blokujące receptory beta układu współczulnego czyli beta-blokery. Działają one w mechanizmie blokowania receptorów znajdujących się w mięśniu serca a także w ścianach naczyń, w wyniku czego następuje osłabienie siły skurczu serca. Zmniejsza się wówczas zapotrzebowanie mięśnia sercowego na tlen. Beta-blokery często stosuje się u chorych z chorobą wieńcową, po zawale mięśnia sercowego czy przy zaburzeniach rytmu serca[8].

Antagoniści wapnia hamują przenikanie jonów wapnia do ścian komórek, przez co rozszerzają naczynia krwionośne, a co za tym idzie obniżają ciśnienie krwi. Z kolei inhibitory konwertazy angiotensyny działają poprzez zahamowanie angiotensyny II, która jest hormonem podnoszącym ciśnienie krwi. Leki z tej grupy zwiększają wydzielanie bradykininy, tlenku azotu i prostacykliny, które są substancjami powodującymi obniżenie ciśnienia. Leki te wykazują wybiórcze zablokowanie receptora, przez który wywiera działanie angiotensyna II i są nazywane lekami blokującymi receptory angiotensyny II.

Alfa-blokery z kolei blokują receptory alfa układu współczulnego, poprzez swoje działanie rozszerzają drobne tętniczki, wykazując działanie hipotensyjne. Ponadto leki z tej grupy wpływają pozytywnie na przemianę tłuszczową i węglowodanową.

Oprócz monoterapii czyli pojedynczych leków, w terapii nadciśnienia tętniczego stosuje się leczenie skojarzone czyli preparaty złożone, które zawierają więcej niż jedną substancję obniżającą ciśnienie. Wykazują one najczęściej długotrwałe działanie zatem mogą być podawane w jednorazowej dawce dziennej[9].

Dla skuteczności zastosowanego leczenia bardzo ważnym jest, aby stosowane leki były przyjmowane regularnie a chorzy nie przerywali ich stosowania po ustabilizowaniu wartości ciśnienia tętniczego. Leczenie farmakologiczne nadciśnienia tętniczego trwa najczęściej całe życie chorego[10].

W diagnostyce choroby i doborze leków w ramach farmakoterapii niezbędna jest analiza wyników pomiarów ciśnienia tętniczego krwi podczas wizyty pacjenta w gabinecie lekarskim lub poprzez dokonanie całodobowego ambulatoryjnego pomiaru ciśnienia tętniczego. Kontrolujemy w ten sposób wartość ciśnienia tętniczego co 15-20 minut w ciągu dnia oraz co 30 minut w nocy [11]. Wyniki pozwalają na weryfikację dobowej zmienności ciśnienia tętniczego, rozpoznanie nadciśnienia białego fartucha czy nadciśnienia maskowanego[2].

Materiał i metody

Badaniem objęto 100 dorosłych pacjentów w Oddziale Kardiologii Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie.

Wyniki

W badaniu uczestniczyło 52% kobiet i 48% mężczyzn. Informacje dotyczące wykształcenia respondentów zaprezentowano w Tabeli nr 2.

Tab. 2. Wykształcenie badanych.

Wykształcenie	N	%
podstawowe	11	11
zawodowe	37	37
średnie	34	34
wyższe	18	18
Ogółem	100	100

Źródło: wyniki badań własnych

Najliczniejsza grupa respondentów posiadała wykształcenie zawodowe (37%), wykształcenie średnie dotyczyło 34% osób. Z kolei 18% respondentów legitymowało się wykształceniem wyższym a 11% badanych wykształceniem podstawowym.

Tab. 3. Miejsce zamieszkania badanych.

Miejsce zamieszkania	N	%
miasto	40	40
wieś	60	60
Ogółem	100	100

Źródło: wyniki badań własnych

Jak wynika z danych zawartych w Tabeli 3 większość badanych (60%) mieszka na wsi a 40% osób to mieszkańcy miasta.

Tab. 4. Aktywność zawodowa badanych.

Aktywność zawodowa	N	%
pracujący	64	64
nie pracujący	36	36
Ogółem	100	100

Źródło: wyniki badań własnych

Większość badanych (64%) jest czynnych zawodowo a 36% respondentów nie pracuje.

Zdecydowana większość respondentów (53%) wykonuje pomiary ciśnienia tętniczego krwi tylko wtedy, gdy źle się czuje. Codzienne badanie wskazało tylko 19% chorych. Wyniki pomiarów zapisuje w książeczce kontroli ciśnienia tętniczego krwi tylko 32% osób a 68% nie zadeklarowało takiego działania.

Tab. 5. Przyjmowanie leków hipotensyjnych przez badanych.

Jak często przyjmuje Pani/Pan leki obniżające nadciśnienie tętnicze?	N	%
przyjmuję regularnie	67	67
przyjmuję tylko gdy mam wysokie ciśnienie tętnicze	33	33
Ogółem	100	100

Źródło: wyniki badań własnych

Jak wynika z Tabeli 5 zdecydowana większość badanych (67%) deklaruje regularne przyjmowanie leki hipotensyjnych. Sięga po leki

tylko wtedy, gdy występują wysokie wartości ciśnienia tętniczego krwi 33% respondentów.

Tab. 6. Zgłaszanie się na wizyty kontrolne przez badanych.

Czy uczęszcza Pani/Pan na wizyty kontrolne do lekarza?	N	%
TAK	46	46
NIE	54	54
Ogółem	100	100

Źródło: wyniki badań własnych

Kontrolne wizyty u lekarze deklaruje 54% badanych. Nie podejmuje takiego działania 46% chorych.

Tab. 7. Palenie papierosów przez badanych.

Czy pali Pani/Pan papierosy?	N	%
TAK	67	67
NIE	33	33
Ogółem	100	100

Źródło: wyniki badań własnych

Pali papierosy 67% chorych. Nie sięga po tytoń 33% pacjentów.

Tab. 8. Ilość wypalanych papierosów przez badanych.

Ile papierosów dziennie Pani Pan wypala?	N	%
kilka sztuk	29	29
1 paczkę dziennie	20	20
powyżej 1 paczki	18	18
nie palę	33	33
Ogółem	100	100

Źródło: wyniki badań własnych

Większość badanych (67%) przyznaje, że pali papierosy w różnej ilości w ciągu dnia: 29% wypala kilka sztuk, 20% osób – 1 paczkę dziennie a 18% chorych pali powyżej jednej paczki na dobę. Z kolei 33% ankietowanych nie sięga po tytoń.

Tab.9. Poziom codziennej aktywności fizycznej badanych.

Czy Pani/Pana codzienna aktywność fizyczna jest:	N	%
duża	8	8
średnia	72	72
mała	20	20
Ogółem	100	100

Źródło: wyniki badań własnych

Większość badanych (72%) oceniło swoją codzienną aktywność fizyczną jako średnią. Natomiast 20% chorych określiło ją jako małą. Tylko 8% osób oceniło swoją aktywność fizyczną jako dużą.

Tab.10. Formy aktywności fizycznej badanych.

Jakie formy aktywności fizycznej Pani/Pan realizuje?	N	%
spacery	40	40
bieganie	13	13
jazda na rowerze	44	44
pływanie	3	3
Ogółem	100	100

Źródło: wyniki badań własnych

Wśród form aktywności podejmowanych przez pacjentów można wymienić: spacery, bieganie, jazdę na rowerze czy pływanie. Najwięcej respondentów w ramach codziennej aktywności fizycznej spaceruje (40%), bądź jeździ na rowerze (44%); 13% osób biega a tylko 3% pływa.

Tab. 11. Sytuacje stresowe w życiu badanych.

Czy w Pani/Pana codziennym życiu często występują sytuacje stresowe?	N	%
często	29	29
czasami	64	64
nie występują	7	7

Ogółem	100	100
--------	-----	-----

Źródło: wyniki badań własnych

Zdecydowana większość badanych (64%) podała, że sytuacje stresujące dotyczą ich czasami lub często (29%). Nie doświadcza takich emocji tylko 7% chorych.

Tab. 12. Radzenie sobie ze stresem przez badanych.

Czy potrafi Pani / Pan radzić sobie w sytuacjach stresowych?	N	%
dobrze	33	33
średnio	45	45
słabo	16	16
nie radzę sobie	6	6
Ogółem	100	100

Źródło: wyniki badań własnych

Średnie radzenie sobie ze stresem wskazało 45% chorych a 33% pacjentów podało, że radzi sobie z tym dobrze. Trudności w tym zakresie podało 16% badanych. Natomiast 6% ankietowanych nie radzi sobie z takimi sytuacjami.

Dyskusja

Nadciśnienie tętnicze jest przyczyną 6% zgonów na całym świecie. Potwierdzają wysoki odsetek zgonów z tego powodu także polskie badania (np. NATPOL – 2002; WOBASZ, które odbyły się w latach 2002 – 2007). Badania te potwierdziły, że najczęstszymi skutkami nadciśnienia tętniczego są: udary mózgu, zawały serca, choroby nerek[12].

Czynniki ryzyka nadciśnienia tętniczego dzielą się na modyfikowalne i niemodyfikowalne. Do pierwszych zaliczamy między innymi dietę, otyłość, nadmierne spożycie alkoholu, podwyższone stężenie cholesterolu LDL, zbyt niskie stężenie cholesterolu HDL, duże stężenie trójglicerydów, małą aktywność fizyczną czy stres. Wiek, obciążający wywiad rodzinny a także płeć męska to czynniki niemodyfikowalne [1].

W prezentowanych badaniach skupiono się na wybranych umiejętnościach osób chorujących na nadciśnienie tętnicze. Większość respondentów deklaruje posiadanie własnego aparatu do pomiaru do pomiaru ciśnienia tętniczego, znajomość techniki powyższego badania, regularne przyjmowanie leków hipotensyjnych, codzienną aktywność fizyczną na średnim poziomie. Niemniej jednak większość chorych pali papierosy, średnio radzi sobie w sytuacjach stresowych.

W prowadzonych badaniach nie wykazano korelacji pomiędzy wykształceniem, miejscem zamieszkania, aktywnością zawodową ankietowanych a ich poziomem umiejętności w zakresie profilaktyki powikłań nadciśnienia tętniczego.

Wnioski

Mobilizacja pacjenta do samokontroli i obserwacji niepokojących objawów tworzy spójną całość w procesie terapeutycznym. Włączenie chorego do procesu leczenia poprzez mobilizowanie do samokontroli w domu ma ogromne znaczenie w leczeniu nadciśnienia tętniczego krwi. Konieczne jest prowadzenie działań prewencyjnych, mających na celu uświadomienie społeczeństwu, jak przeciwdziałać chorobie, jakie są konsekwencje nadciśnienia tętniczego i do jakich powikłań mogą doprowadzić.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarstwiej

Pacjent przygotowany do samoopieki w przebiegu choroby przewlekłej świadomie uczestniczy w procesie terapii. Zadaniem

pielęgniarki jest przygotowanie chorego do przejęcia odpowiedzialności za własne zdrowie.

Bibliografia/Bibliography:

1. Kawecka - Jaszcz K., Urbańska - Pośnik A., Jankowski P. Rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego w zależności od płci w świetle badań epidemiologicznych w Polsce. *Nadciśnienie tętnicze* 2007;(11):5.
2. Biała B., Cicha M. Nadciśnienie tętnicze. *Magazyn pielęgniarki i położnej*, 2011;11.
3. Jaroszek M., Respondek W. Nadciśnienie tętnicze. *Porady lekarzy i dietetyków*. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2006,44-45.
4. Kara - Perz H., Kosicka T., Głuszek J., Perz S. Nadciśnienie tętnicze utajone - niebezpieczna postać nadciśnienia tętniczego. *Kardiologia Oparta na Faktach* 2010;4.
5. Januszewicz A., Prejbisz A. Nadciśnienie tętnicze, problemy współczesnej terapii w praktyce klinicznej. *Medycyna Praktyczna*, Kraków, 2015.
6. Budaj A., Leśniak W. *Interna Szczeklika*. *Medycyna Praktyczna*, Kraków 2017.
7. Januszewicz W., Sznajderman M. *Jak żyć z nadciśnieniem tętniczym*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002, 2008.
8. Kaszuba D., Nowicka A. *Pielęgniarstwo kardiologiczne. Podręcznik dla studiów medycznych*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa, 2011.
9. Prejbisz A. *Rozpoznanie i leczenie nadciśnienia tętniczego. Drogowskaz dla lekarza*. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna. Cholezryn, 2015.
10. Krymska B. Przygotowanie pacjentów z nadciśnieniem tętniczym do samokontroli i samoopieki. *Problemy pielęgniarstwa* 2007;15,(2):3.

11. Więcek A., Nieszporek T. Postępy w nefrologii i nadciśnieniu tętniczym. Medycyna Praktyczna, Kraków 2014.
12. Taran K., Jarosińska E., Kobos J. Nadciśnienie tętnicze - niedoceniany problem edukacji medycznej. Family Medicine & Primary Care Review 2013;15:3.

Otrzymano: 04.0.2019r.

Zaakceptowano: 21.10.2019r.

Wpływ kształcenia podyplomowego na rozwój kompetencji zawodowych pielęgniarek opieki długoterminowej

The influence of post-graduate education on the development of professional skills in long-term nursing

KATARZYNA ROGOWSKA¹, MONIKA RYCHLEWSKA^{2,3}

¹ Centrum Medyczne Grupa Zdrowie, Kraszewo-Czubaki

² Instytut Nauk o Zdrowiu, Państwowa Uczelnia Zawodowa we Włocławku

³ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Włocławku im. bł. ks. J. Popiełuszki, Oddział Chirurgii Ogólnej

DOI: <http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2019.015>

ISSN: 2451-1846

Streszczenie:

Wstęp. Poziom opieki świadczonej pacjentom przebywającym w placówkach opieki długoterminowej jest niezmiernie istotny. Zmiany organizmu spowodowane procesami chorobowymi oraz na ogół cięższym i powikłanym ich przebiegiem, powodują, że wykonywanie usług pielęgnacyjnych wymaga ściśle określonego postępowania zgodnego z najlepszym aktualnie dostępnym dowodem klinicznym.

Cel. Celem pracy była ocena wpływu kształcenia podyplomowego pielęgniarek opieki długoterminowej na wzrost ich kompetencji zawodowych w zakresie profilaktyki i pielęgnowania odleżyn.

Materiał i metody. W pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym, które pomogło zgromadzić dane, był autorski kwestionariusz ankiety. Badania przeprowadzono w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym w Kraszewo-Czubaki w okresie styczeń – luty 2018 r. i została nimi objęta grupa 50 pielęgniarek tam pracujących.

Wyniki. Analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy uczestnictwem w kursach dotyczących profilaktyki i pielęgnacji odleżyn

przez pielęgniarki, a tym jakie metody profilaktyki przeciwoleżynowej stosują. Nie zaobserwowano istotnej statystycznie zależności pomiędzy wykształceniem i stażem pracy pielęgniarek a znajomością: skal dotyczących oceny ryzyka rozwoju odleżyn, czynników ryzyka i punktacji wg skali Norton, klasyfikacji wg Thorrance'a, zasadami pielęgnacji ran przewlekłych

Wnioski. Zastosowanie w praktyce wiedzy zdobytej przez pielęgniarki podczas kształcenia podyplomowego przyczynia się nie tylko do polepszania ich usług, ale poprawia też jakość życia pacjentów.

Słowa kluczowe: odleżyny, profilaktyka, wiedza, pielęgniarstwo.

Abstract:

Introduction. The level of quality of care for patients in long-term care facilities is of vital importance. Changes in the body caused by disease or complicated course of disease lead to the fact that nursing care provided must be in accordance with the best available clinical proof.

Aim. The aim of this study was to evaluate the influence of post-graduate education on the development of professional skills in long-term nursing and the activities of bedsore prevention.

Material and methods. The diagnostic survey was used and the main research tool applied, which helped to collect the data needed, was our own survey questionnaire. The study was carried out in Nursing Home in Kraszewo-Czubaki over the period January -February 2018. The survey research covered a group of 50 nurses.

Results. Statistical analysis showed significant relationship between the participation in training courses devoted to pressure sores prevention and the methods chosen by nurses. There was no statistically significant relationship among education, professional experience of nurses and the knowledge of the assessment of risk for the development of pressure sores, risk factors and the score in Norton Scale, classification by Thorrance, pressure sores care.

Conclusions. To application of the knowledge acquired in post-graduate education in practice contributes to improvement of nursing care but also improves patients' quality of life.

Key words: pressure sores, prevention, knowledge, nurse

Wstęp

Odleżyny to jeden z problemów pielęgnacyjnych pacjentów przebywających w placówkach opieki długoterminowej. Mimo rozwoju medycyny i coraz większych możliwości terapeutycznych, skala tego zjawiska jest bardzo duża. Istnieje wiele elementów, które odgrywają znaczącą rolę w procesie tworzenia odleżyn. Ich współistnienie pięciokrotnie zwiększa ryzyko wystąpienia rany.

Wśród uwarunkowań powstania odleżyn wyróżnia się czynniki wewnętrzne oraz zewnętrzne.

Do czynników wewnętrznych (ustrojowych) zalicza się:

- wiek – proces starzenia znacznie zwiększa predyspozycje do rozwoju odleżyn; wiąże się to ze zmianami, które zachodzą w obrębie skóry oraz z ograniczeniem aktywności ruchowej;
- płeć – skóra kobiet jest na ogół cieńsza i delikatniejsza, w związku z czym płeć żeńska jest bardziej zagrożona rozwojem patologicznych zmian na skórze;
- masa ciała – nadwaga powoduje wzrost ucisku w miejscach, gdzie tkanka kostna jest okryta cienką warstwą tkanki podskórnej; niedowaga czy też brak odpowiedniej ilości tkanki tłuszczowej wywołują zwiększenie nacisku powierzchniowego na skórę;
- temperatura ciała – obniżona ciepłota ciała (< 36,6°C) doprowadza do obkurczenia naczyń krwionośnych i w związku z tym zaburzenia perfuzji na poziomie tkankowym; gorączka z kolei zwiększa potliwość i wilgotność skóry oraz wzmacnia metabolizm;
- kondycja/rodzaje skóry – najbardziej podatna na uszkodzenia jest skóra osób w podeszłym wieku; spowodowane jest to zmniejszeniem tkanki podskórnej, obniżeniem elastyczności skóry i wrażliwości na bodźce bólowe;
- aktywność/uruchomienie – najbardziej niekorzystne jest unieruchomienie pacjenta w jednej pozycji, gdy masa ciała jest skupiona na małej powierzchni, co prowadzi do zwiększenia nacisku;

- czynność zwieraczy odbytu i cewki moczowej – wilgotne środowisko oraz kwaśny odczyn moczu i kału powodują zmianę pH skóry, jej rozmiękanie, niejednokrotnie doprowadzając do maceracji naskórka oraz zmniejszenia odporności skóry na urazy[1];
- apetyt/odżywianie – ogólne wyniszczenie, niedożywienie, niedobór witaminy C, B₁₂, Zn i Fe oraz dieta uboga w białko znacząco wpływają na rozwój odleżyn[2]; u osób w podeszłym wieku bardzo duży wpływ na stan odżywienia ma występowanie dysfagii, trudności w gryzieniu oraz przełykaniu[3];
- gospodarka wodno-elektrolitowa – zarówno odwodnienie organizmu, jak i uogólnione obrzęki mają wpływ na kondycję skóry, zaburzając przepływ tkankowy;
- stan psychiczny – pacjenci z zaburzeniami psychicznymi nie przestrzegają zaleceń odnośnie pielęgnacji skóry;
- niewydolność układu neurologicznego, zaburzenia świadomości – chorzy po udarze mózgu, uszkodzeniu rdzenia kręgowego, pacjenci w apatii nie odczuwają dyskomfortu bólowego spowodowanego długotrwałym uciskiem, co prowadzi do nasilenia się zmian;
- niewydolność układu krążenia – obniżone parametry Hb i RBC, niskie ciśnienie krwi, uszkodzenie naczyń obwodowych w przebiegu cukrzycy, miażdżycy zmniejsza elastyczność naczyń krwionośnych;
- niewydolność układu oddechowego – przewlekłe stany zapalne oskrzeli i płuc, rozedma, gruźlica, astma, słabsza wydolność mięśni oddechowych, duszność powodują niedotlenienie tkanek organizmu;
- zabiegi usprawniające pracę układu kostno-mięśniowego – pacjenci po zabiegach ortopedycznych kręgosłupa, po wszczępieniu endoprotezy, z założonym gipsem, stabilizatorem zewnętrznym są w grupie ryzyka powstania odleżyn;
- choroby współistniejące, które zwiększają możliwość wystąpienia odleżyn to: miażdżycy, cukrzyca, otyłość, anemia, choroby nowotworowe, stwardnienie rozsiane, a także alkoholizm i nikotynizm [1].

Czynniki zewnętrzne mające wpływ na powstawanie odleżyn to:

- długotrwały ucisk – spowodowany niemożliwością lub brakiem zmiany pozycji,
- tarcie – może towarzyszyć nieprawidłowej zmianie pozycji ciała, czynnościom higienicznym[4],
- temperatura otoczenia – niska - może spowodować wychłodzenie organizmu, obkurczenie naczyń krwionośnych a następnie osłabienie przepływu tkankowego; zbyt wysoka natomiast wywołuje wzmożoną potliwość;
- poziom opieki – czynniki obniżające jakość świadczonych usług na rzecz pacjenta to m.in.: niedostateczny poziom wiedzy, brak standardów, złe nawyki, niedostatki kadrowe, zła organizacja pracy, brak narzędzi pomiaru stopnia ryzyka, trudny dostęp do szkoleń;
- bielizna pościelowa – najlepiej, gdy jest wykonana z miękkich i suchych materiałów, powinna być dokładnie naciągnięta i umocowana, żeby nie powstawały zagniecenia; należy również unikać stosowania foliowych podkładów, gdyż mogą wywołać odparzenia[1];
- złe warunki ekonomiczne – brak odpowiedniego sprzętu p/odleżynowego, opatrunków i środków higienicznych [5];
- leki – środki p/bólowe, psychotropowe, uspokajające i sterydy wpływają na ograniczenie reakcji chorego na bodźce [6].

Do powstania odleżyn może dojść w dowolnej części ciała. Jednak ponad 70% ran tworzy się w obrębie dolnej połowy ciała i w zależności od pozycji, jaką przyjmuje pacjent, powstają one w okolicy: kości krzyżowej (ok. 40%), krętarzy (ok. 10%), guzów piętowych (ok. 10%), guzów kulszowych (ok. 5%) i kostek bocznych goleni (ok. 5%)[7].

W zależności od przyjętego kryterium wyróżnia się kilka podziałów odleżyn. Ze względu na czas wymagany do wyleczenia dzieli się je na:

- odleżyny zwykłe, gdzie nie dochodzi do zaburzeń ukrwienia, i które goją się w okresie kilku tygodni;
- odleżyny miazdżycowe, w przypadku których czas gojenia wydłuża się do kilkunastu tygodni ze względu na zaburzenia ukrwienia;
- odleżyny terminalne występujące u ludzi umierających, które nie ulegają wygojeniu.

Istnieje także kilka podziałów stopnia zaawansowania odleżyn ze względu na ich wygląd, głębokość lub wielkość. Są to m.in.: skala Guttmana, skala Thorrance'a, skala Enisa i Sarmiento.

Ocena ryzyka i rozpoznanie pacjenta zagrożonego wystąpieniem odleżyn opiera się na dokładnym oraz starannym prowadzeniu dokumentacji pielęgniarstwa z wykorzystaniem dostępnych skal [8]. Pionierską skalą w tej dziedzinie jest punktowa skala oceny ryzyka rozwoju odleżyn wg Doreen Norton. Uwzględnia się w niej 5 elementów: stan fizyczny, stan świadomości, aktywności, samodzielności podczas zmiany pozycji ciała, funkcję zwieraczy odbytu i cewki moczowej. Każdy czynnik jest osobno analizowany w skali czterostopniowej (1-4 pkt.). Maksymalnie chory może otrzymać 20 pkt. Wartość graniczną stanowi 14 pkt. i oznacza zagrożenie powstaniem odleżyn [9].

Każdy pacjent w momencie przyjęcia na oddział podlega szczegółowej ocenie pod kątem zagrożenia wystąpieniem odleżyn. Jeśli w chwili przyjęcia stwierdza się odleżyny, to oceniana jest ich lokalizacja, stadium, rozległość uszkodzenia, ilość i rodzaj wysięku, obecność przetok i rozległość tkanek zmacerowanych lub martwiczych. Po tym etapie ustala się indywidualny program opieki. Pacjenci bez odleżyn podlegają zaś szczegółowo opisanej procedurze profilaktycznej. Uzyskany materiał stanowi element dokumentacji medycznej chorego [5].

Podczas wszelkich zabiegów pielęgnacyjnych oraz przy przemieszczaniu podopiecznego, należy zadbać o jego bezpieczeństwo, a także zwrócić szczególną uwagę, aby nie uszkodzić jego delikatnej skóry. W związku z tym niezbędne jest stosowanie

sprzętu pomocniczego, np. podnośników. Dzięki tym przedmiotom ogranicza się ryzyko mikrourazów naskórka, a także wysiłek personelu i ból pacjenta.

Kolejny element prewencji odleżyn to stosowanie materacy przeciwodleżynowych różnych klas. Rodzaj materaca powinno się dobierać indywidualnie, w zależności od stanu chorego i poziomu ryzyka rozwoju odleżyn, czy też stopnia występującej już odleżyny. Materace stosuje się w celu zmniejszenia ciśnienia międzypowierzchniowego.

Duże znaczenie w działaniach przeciwodleżynowych ma ocena stanu skóry oraz zabiegi pielęgnacyjne zapobiegające jej uszkodzeniu. Bardzo ważne są codzienne czynności higieniczne. Skóra powinna pozostawać czysta i sucha. Należy ją myć ciepłą wodą z delikatnymi środkami oczyszczającymi. Zaleca się mydło o pH 5,5 nie zawierające perfum, mydło szare lub dziecięce. Można stosować preparaty zawierające lanolinę. Po każdym myciu skórę powinno się delikatnie osuszyć, zwłaszcza w fałdach.

Dodatkowo w ramach działań profilaktycznych można stosować opatrunki hydrokoloidowe. Zarówno te standardowe, jak i cienkie oraz folię poliuretanową lub opatrunki silikonowe takie jak: Vellaform, Silflex, które głównie chronią przed działaniem sił tnących i tarcia.

Ważnym elementem profilaktyki przeciwodleżynowej jest ocena oraz postępowanie w przypadku upośledzenia funkcji zwieraczy, czyli nietrzymania moczu i stolca. Ocena rodzaju dysfunkcji zwieraczy powinna obejmować przyczyny, które ją powodują, np. objawy uboczne stosowanych leków, zakażenie układu moczowego[10]. Istotne jest także, aby zastosowane metody nie eliminowały wysiłków podejmowanych w celu odzyskania przez pacjenta sprawności zwieraczy [6].

Kolejnym aspektem zapobiegania odleżynom jest dieta i uzupełnianie niedoborów pokarmowych.

Rodzina powinna uczestniczyć w działaniach z zakresu profilaktyki p/odleżynowej.

U pacjentów, u których pomimo stosowania różnych zabiegów profilaktycznych dochodzi do rozwoju odleżyn lub odleżyny powstały wcześniej, konieczne jest wdrożenie nowoczesnego leczenia. Jest to proces długotrwały i wymagający skojarzenia różnych wzajemnie uzupełniających się działań. Mimo istniejącego podziału na leczenie ogólne i miejscowe, to zawsze leczenie powinno być interdyscyplinarne, uwzględniające wszystkie aspekty patofizjologii trudno gojącej się rany. Tak więc, w działaniach terapeutycznych nadal obowiązuje kontynuacja czynności profilaktycznych, które mogą wymagać modyfikacji i zintensyfikowania[11].

Cel

Celem pracy była ocena wpływu kształcenia podyplomowego pielęgniarek opieki długoterminowej na wzrost ich kompetencji zawodowych w zakresie profilaktyki i pielęgnowania odleżyn.

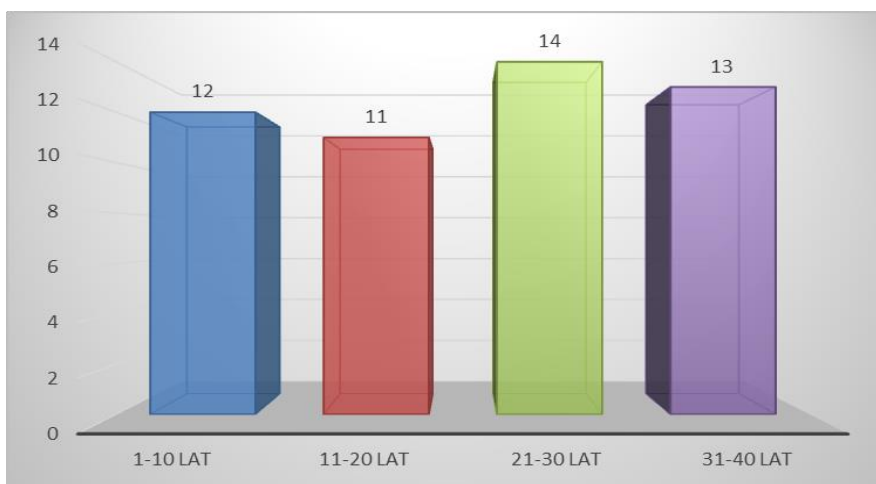
Materiał i metody

Badaniami została objęta grupa 50 pielęgniarek opieki długoterminowej pracujących w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Kraszewo-Czubaki. Miały one charakter anonimowy i dobrowolny. Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej testem χ^2 dla prób niezależnych. Przyjęto 5% ryzyka błędu wnioskowania. Wartość prawdopodobieństwa $p < 0,05$ uznano za statystycznie istotną.

Analiza badań została przedstawiona w postaci tabel i wykresów. Kwestionariusz ankiety własnego autorstwa użyto jako narzędzie do pozyskania wyników badań, które zostały poddane interpretacji w kierunku wyznaczonych hipotez oraz problemów badawczych.

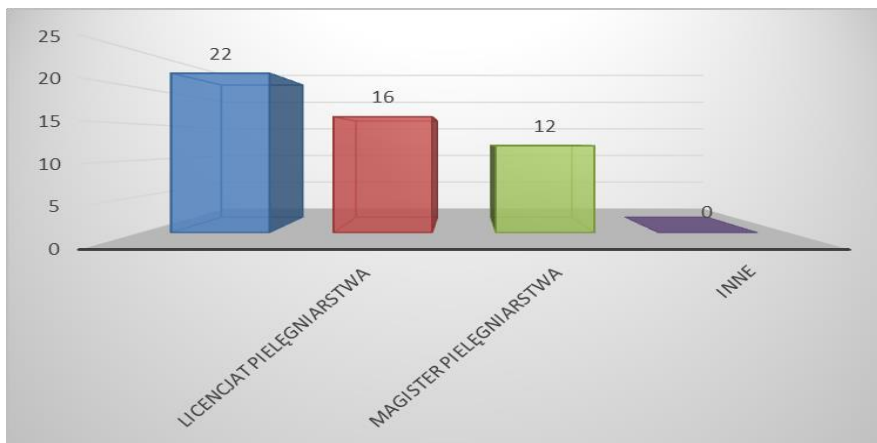
Wyniki

Staż pracy pielęgniarek uczestniczących w badaniu był zróżnicowany: 26% badanych to pielęgniarki pracujące 31-40 lat; 28% ankietowanych posiadało staż pracy 21-30 lat; 22% respondentów pracuje 11-20 lat. Natomiast 24% badanych osób zadeklarowało, iż pracuje w zawodzie 1-10 lat. Staż pracy badanych prezentuje rycina nr 1.



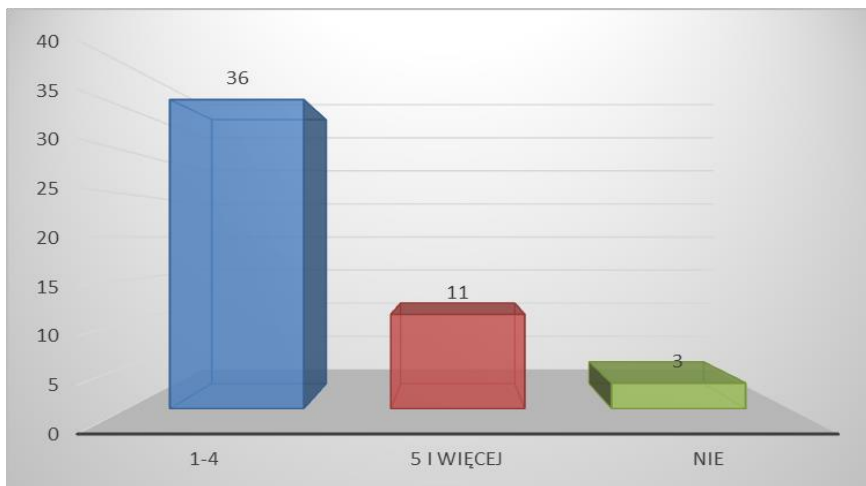
Ryc.1. Staż pracy zawodowej badanych.

Większość respondentów (44% badanej grupy) to absolwenci liceum, bądź studium medycznego. Tytuł licencjata pielęgniarstwa posiadało 32% ankietowanych a 24% to magistry pielęgniarstwa. Wykształcenie badanych prezentuje rycina 2.

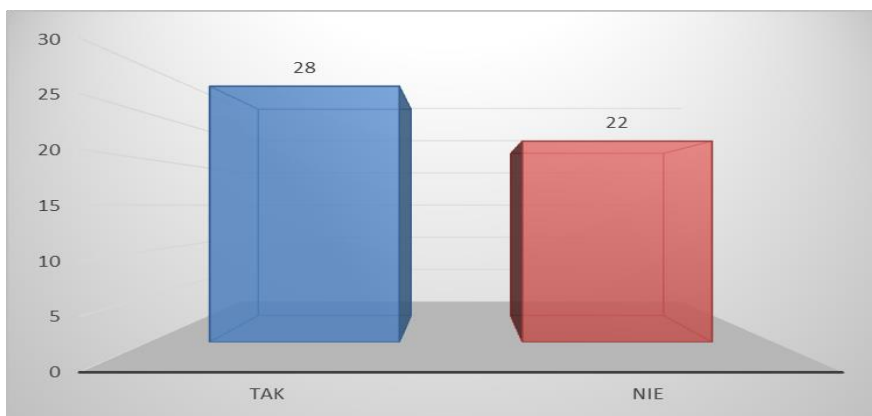


Ryc.2. Wykształcenie badanych.

Pielęgniarki deklarowały uczestnictwo w kształceniu podyplomowym: kursach, szkoleniach i konferencjach zawodowych. Udział w ponad pięciu formach kształcenia deklarowało 22% respondentów; 6% badanych w ogóle nie uczestniczyło w takich działaniach. Z kolei 56% pielęgniarek, biorących udział w formach kształcenia podyplomowego, uczestniczyło także w kursach dotyczących profilaktyki i pielęgnacji odleżyn. Rycina 3 i 4 prezentuje uczestnictwo respondentów w różnych formach doskonalenia zawodowego.



Ryc. 3. Uczestnictwo badanych w kursach, szkoleniach, konferencjach zawodowych.

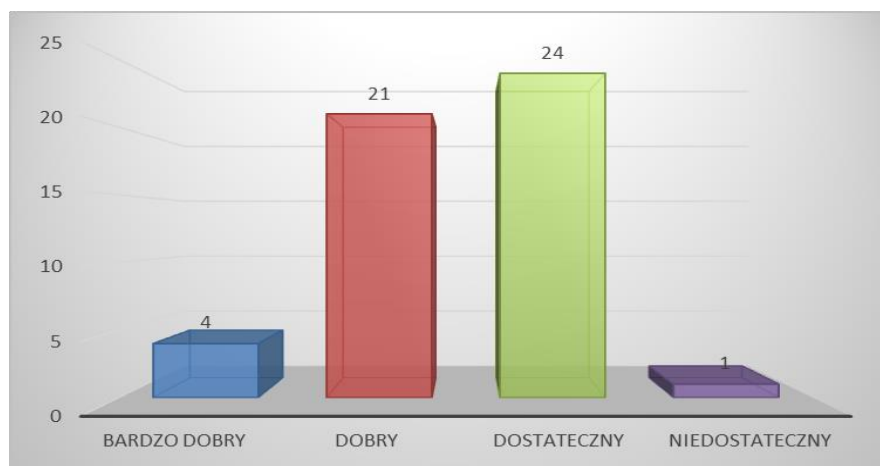


Ryc. 4. Uczestnictwo badanych w kursach dotyczących profilaktyki i pielęgnacji odleżyn.

Analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy uczestnictwem w kursach dotyczących profilaktyki i pielęgnacji odleżyn przez ankietowanych, a tym jakie metody profilaktyki przeciwoodleżynowej stosują. Ponad 11% ankietowanych, którzy

uczestniczyli w kursach przyznaje, iż edukuje pacjenta oraz jego rodzinę. Więcej niż 10% pielęgniarek deklaruje także, że wykonuje profilaktyczne opatrunki. Z kolei ponad 16% ankietowanych, które nie uczestniczyły w kursach przyznaje, że stosuje w profilaktyce przeciwoleżynowej sprzęt pomocniczy i różnego rodzaju udogodnienia. Ponad 15% tej grupy zmienia pozycję ułożeniową chorego. Natomiast jedynie ok. 2% badanych wykonuje profilaktyczne opatrunki i ponad 3% edukuje pacjenta oraz jego rodzinę.

Rycina 5 prezentuje samoocenę poziom wiedzy i kompetencji zawodowych badanych.

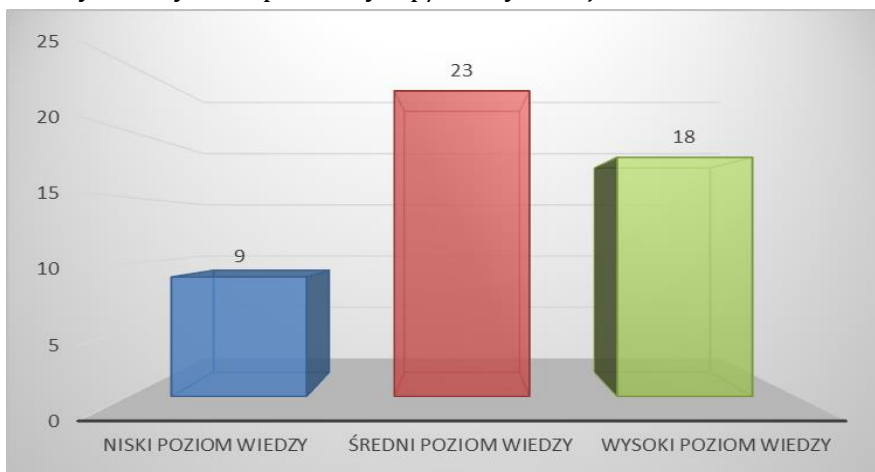


Ryc. 5. Ocena badanych nt. poziomu własnej wiedzy i kompetencji zawodowych.

Większość pielęgniarek ocenia poziom własnej wiedzy i kompetencji zawodowych jako dostateczny – 48% osób i dobry – 42% osób. Tylko 8% ankietowanych wskazało na poziom bardzo dobry a 2% osób na niedostateczny.

W grupie badanej przeważał średni poziom wiedzy na temat profilaktyki p/odleżynowej (46% respondentów). Natomiast

36% pielęgniarek określiło swoją wiedzę na poziomie bardzo dobrym a 18%- na poziomie niskim. Rycina 6 prezentuje samoocenę poziomu wiedzy badanych nt. profilaktyki p/odleżynowej.



Ryc. 6. Poziom wiedzy pielęgniarek w zakresie zagadnień związanych z profilaktyką p/odleżynową.

Nie zaobserwowano istotnej statystycznie zależności pomiędzy wykształceniem i stażem pracy pielęgniarek a ich wiedzą w zakresie znajomości: skal dotyczących oceny ryzyka rozwoju odleżyn, czynników ryzyka wg skali Norton, objawów infekcji w ranie, antyseptyków zalecanych do oczyszczenia rany przewlekłej, etapów postępowania w przebiegu zakażenia rany, rodzajów opatrunków stosowanych w zaopatrywaniu odleżyn.

Analiza statystyczna wykazała jedynie zależność pomiędzy wykształceniem ankietowanych a ich wiedzą nt. ilości dni koniecznych do pozostawiania na odleżynie błony poliuretanowej. Połowa absolwentów liceum lub studium medycznym uważa że powinny to być 3 dni. Natomiast ponad 83% magistrów pielęgniarstwa twierdzi, że to okres do 7 dni.

Dyskusja

Badania własne wykazały istotną zależność pomiędzy uczestnictwem w kursach dotyczących profilaktyki i pielęgnacji odleżyn przez ankietowanych, a tym jakie metody profilaktyki przeciwoodleżynowej stosują.

W opinii zdecydowanej większości pielęgniarek opieki długoterminowej posiadają one średnie lub wysokie kompetencje zawodowe i wiedze specjalistyczną.

W 2002 roku przeprowadzono badania wśród pielęgniarek pracujących w Klinice Neurologii, których celem było określenie wiedzy pielęgniarek w zakresie profilaktyki i pielęgnowania odleżyn, a także określenie czynników utrudniających opiekę nad pacjentami z odleżynami oraz poznanie opinii pielęgniarek na temat przyjętego standardu postępowania. Udział w szkoleniach wewnątrzoddziałowych dotyczących odleżyn zadeklarowało 95% badanych. Wszystkie pielęgniarki natomiast uważają, że wiedza na temat odleżyn powinna być systematycznie uaktualniana w ramach szkoleń [12].

W wyniku analizy badań własnych nie zaobserwowano istotnej statystycznie zależności pomiędzy stażem pracy ankietowanych, a ich poziomem wiedzy w zakresie profilaktyki i pielęgnacji odleżyn. Nie wykazano również znaczącego wpływu stopnia wykształcenia na poziom wiedzy pielęgniarek w omawianym zakresie. Analiza statystyczna wykazała jedynie zależność pomiędzy wykształceniem ankietowanych, a ich wiedzą dotyczącą okresu pozostawiania na odleżynie błony poliuretanowej.

Podobne wyniki uzyskano w badaniach przeprowadzonych w 2014 roku na grupie 100 pielęgniarek, które posiadały specjalistyczne kwalifikacje [13].

Wnioski

Na podstawie analizy wyników przeprowadzonych badań wysunięto następujące wnioski:

1. Uczestnictwo w kursach dotyczących profilaktyki i pielęgnacji odleżyn ma znaczący wpływ na wzrost kompetencji pielęgniarek i na to, jakie metody profilaktyki przeciwoleżynowej stosują w codziennej pracy zawodowej.
2. Staż pracy i wykształcenie pielęgniarek nie ma wpływu na poziom wiedzy pielęgniarek w zakresie profilaktyki i pielęgnacji odleżyn.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarstwa

Systematyczny udział w zróżnicowanych formach kształcenia podyplomowego umożliwi pielęgniarcom wdrażanie dobrych praktyk w zakresie profilaktyki i pielęgnacji odleżyn u pacjentów.

Bibliografia/Bibliography:

1. Jakięła K., Krzemińska S., Borodnicz-Cedro A., Arendarczyk M. Czynniki wewnętrzne i zewnętrzne wpływające na powstawanie odleżyn u pacjentów leczonych na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*. 2014;(2):135-142.
2. Krupińska E. Ocena ryzyka powstania odleżyn przy użyciu dostępnych skal – opis przypadku. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2012;(3):380-384.
3. Dullek M., Młynarska A. Ocena stanu odżywienia i ryzyka powstania odleżyn wśród pensjonariuszek zakładu opiekuńczo-leczniczego. *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia*. 2016;(1):3-6.
4. Kiejda J., Jaracz K. Skuteczne zapobieganie odleżynom i ich leczenie - przegląd dostępnych w Polsce metod pielęgnowania oraz leczenia. *Zakażenia*. 2007;7(4):96-101.
5. Ligas M., Wojtkiewicz W. Odleżynom można zapobiec. *Ogólnopolski Przewodnik Medyczny*. 2008(5):36-40.
6. Rauer K., Rauer J.: Etiologia, patogeneza i profilaktyka odleżyn. *Pielęgniarstwo Polskie*. 2007;1(23):41-47.

7. Dzikowska M., Merklinger-Soma M., Gajda K. Analiza występowania odleżyn u pacjentów przebywających w szpitalu specjalistycznym o profilu zachowawczym. *Probl. Pielęg.* 2011;19(2):162-170.
8. Graczyk M., Bronszkiewicz E., Zgorzelak B.: Profilaktyka i leczenie odleżyn – ocena pacjentów przebywających na oddziale stacjonarnym Hospicjum im. bł. ks. J. Popiełuszki w Bydgoszczy w latach 2012-2013. *Medycyna Paliatywna w Praktyce.* 2014;8 (3):91-102.
9. Cierzniakowska K., Szewczyk M., Łabuńska A., Michalak S., Popow A. Jawień A. Ocena ryzyka rozwoju odleżyn na podstawie skali Doreen Norton. *Leczenie Ran.* 2011;8(1):7-13.
10. Butlewska B., Kurowska K. Odleżyny to poważny problem. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej.* 2011;(3):8-9.
11. Krasowski G., Kruk M. *Leczenie odleżyn i ran przewlekłych.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2008;24-43.
12. Ślusarz R., Beuth W., Książkiewicz B., Śniegocki M., Pawlas A. Wiedza pielęgniarek z oddziału neurologii na temat profilaktyki i pielęgnowania odleżyn – ocena przyjętego standardu. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska.* 2003;319-324.
13. Bazaliński D., Fąfara A., Ząbek P., Kózka M. Profilaktyka i leczenie odleżyn w praktyce personelu pielęgniarskiego oddziałów neurologicznych w odniesieniu do wytycznych Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran. *Doniesienie wstępne. Leczenie Ran.* 2015;179-186.

Otrzymano: 28.10.2019r.

Zaakceptowano: 14.11.2019r.

Wpływ szkoleń na znajomość metod leczenia bólu przez pielęgniarki pracujące w hospicjum

The influence of training on the use of methods of pain treatment used by nurses working in hospice

MARZENA CHWIAŁKOWSKA^{1,2}, NINA MORAWSKA³

¹ Instytut Nauk o Zdrowiu, Państwowa Uczelnia Zawodowa we Włocławku

² Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Włocławku im. bł. ks. J. Popiełuszki, Oddział Pulmonologii, Diagnostyki i Leczenia Raka Płuc

³ Centrum Medyczne Grupa Zdrowie w Kraszewo Czubaki 23a

DOI: <http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2019.016>

ISSN: 2451+1846

Streszczenie:

Wstęp. Ból w chorobie nowotworowej jest znaczącym czynnikiem zwiększającym cierpienie, niepokój i zależność chorego od innych osób. Im dolegliwości bólowe są silniejsze, tym pacjent jest mniej samodzielny i wymaga większego wsparcia w prostych czynnościach dnia codziennego. Zasadniczą rolę w procesie rozpoznawania i kontrolowania bólu odgrywa pielęgniarka, która spędza w hospicjum z pacjentem najwięcej czasu.

Cel. Celem pracy była ocena wiedzy pielęgniarek uzyskanej w czasie szkoleń w zakresie metod leczenia bólu.

Materiały i metody. Materiał do analizy stanowiły ankiety przeprowadzone wśród 50 pielęgniarek pracujących w Zakładzie Opiekuńczo Leczniczym Kraszewo Czubaki. Badanie zostało przeprowadzone z wykorzystaniem metody sondażu diagnostycznego.

Wyniki. Ponad 84% osób uczestniczących w szkoleniach twierdzi, że zna metody leczenia bólu. Natomiast ponad 83% badanych, które nie brały

udziału w formach kształcenia podyplomowego przyznaje, że nie posiada wiedzy w zakresie terapii bólu.

Wnioski. W wyniku przeprowadzonych badań ustalono istotny wpływ szkoleń na znajomość metod leczenia bólu przez pielęgniarki pracujące w hospicjum.

Słowo kluczowe: ból, hospicjum, wiedza

Abstract:

Introduction. Pain in cancer diseases is a significant factor increasing suffering, anxiety and sufferer's dependence on other people. The stronger the pain, the more dependent the patients are. They require more help in everyday activities. Nurses play the key role in recognition and controlling the pain since they spend a considerable amount of time with patients in hospice.

Aim. The aim of this study was to assess the knowledge of nurses on pain treatment delivered in training on methods of pain treatment.

Material and method. The study used questionnaire carried out among 50 nurses working in Nursing Home facility in Kraszewo Czubaki. The study was conducted with the use of diagnostic survey.

Results. More than 84% of respondents participating in training claim that they are familiar with the methods of pain treatment. However, 83% of respondents, who have not participated in any post-graduate training on methods of pain treatment, do not have sufficient knowledge about methods of pain treatment.

Conclusions. The study showed that training has significant influence on the knowledge about methods of pain treatment used by nurses working in hospice.

Key words: pain, hospice, knowledge

Wstęp

Ból jest zjawiskiem, które towarzyszy ludzkości od zarania dziejów. To czynnik, który jest nieodzownym elementem życia każdego człowieka. Ból jest naturalną reakcją organizmu, która informuje o

nieprawidłowościach związanych z funkcjonowaniem ciała bądź działania zewnętrznych czynników uszkadzających.

Słowo ból wywodzi się z języka greckiego, w którym „poine” oznaczało karę, stąd w wielu kulturach słowo to wiązano z koncepcją ukarania i zemsty. Według Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu - ból (łac. dolor) „jest to nieprzyjemne, zmysłowe i emocjonalne przeżycie towarzyszące istniejącemu lub zagrażającemu uszkodzeniu tkanki, bądź odnoszone do takiego uszkodzenia”. Ból jest więc reakcją obronną organizmu, odczuciem subiektywnym, cennym objawem diagnostycznym, występuje jako objaw większości chorób. Jeżeli doznania bólowe są bardzo silne i trwają zbyt długo, jak np. w schyłkowym stadium choroby nowotworowej, ból traci swoją rolę diagnostyczną (jako czynnik ostrzegawczo-obronny) i staje się cierpieniem [1,2,3].

Uczucie bólu stanowi informację o rozpoczętym lub będącym w toku procesie chorobowym. Stanowią dla człowieka przede wszystkim negatywne przeżycie, któremu towarzyszą doznania:

- fizyczne: wymioty, nudności, brak apetytu, ograniczenie aktywności fizycznej, zaburzenia rytmu czuwania i snu,
- socjalne: ograniczenia w życiu rodzinnym oraz społecznym,
- psychiczne: gniew, strach, lęk, depresja,
- duchowe: cierpienie.

W podstawowym ujęciu ból dzielimy na: ostry i przewlekły. Pierwszy z nich trwa do trzech miesięcy od momentu jego powstania, zaś drugi - więcej niż trzy miesiące i nie ustępuje mimo wygojenia się struktur tkankowych. Ból ostry jest dolegliwością, która trwa krótko i szybko przemija [4,5,6].

Ból jest zjawiskiem subiektywnym i złożonym, a więc istnieją znaczne problemy z jego oceną. Dlatego też dużą wagę przywiązuje się wywiadom przeprowadzanym przez lekarzy i pielęgniarki. Pytania stawiane choremu powinny pozwolić uzyskać informację na temat lokalizacji bólu, przyczyn występowania oraz jego charakteru. Istotne

znaczenie ma również poziom nasilenia bólu a także metody, które pozwalają go zredukować.

Zwalczanie bólu jest możliwe przy zastosowaniu metod farmakologicznych, jak i nefarmakologicznych. Farmakologiczne leczenie bólu prowadzone jest na podstawie podstawowych założeń trzystopniowej drabiny analgetycznej, która została opracowana przez Światową Organizację Zdrowia w 1986 r [7-12]. Drabina analgetyczna zakłada wdrożenie farmakoterapii bólu w oparciu o trzy stopnie:

- I stopień – nieopiod +/- leki pomocnicze;
- II stopień – słaby opiod w połączeniu z I stopniem;
- III stopień – silny opiod w połączeniu z I stopniem.

Do najpopularniejszych metod leczenia nefarmakologicznego bólu zalicza się:

- blokady;
- techniki rehabilitacyjne;
- leczenie chirurgiczne;
- psychoterapię;
- techniki wspomagające.

Podstawowym błędem w terapii bólu jest nieumiejętność doboru prawidłowego programu leczenia niwelującego dolegliwości. Bardzo często zdarza się, że pacjenci otrzymują środki przeciwbólowe bez uwzględnienia ich uwag. Niekiedy leki podawane są drogą domięśniową zamiast drogą dożylną, co skutkuje ich wolniejszym wchłanianiem. Dolegliwości bólowe nie mogą być właściwie leczone bez dokładnego i wnikliwego rozpoznania, które stanowi integralną część procesu pielęgnowania, będącego podstawą pracy a zarazem obowiązkiem pielęgniarki. Konsekwencją rozpoznania bólu jest podjęcie właściwych czynności zmierzających do rozwiązania problemu. Identyfikacja bólu polega na obiektywnym i subiektywnym zebraniu informacji określających stan zdrowia pacjenta. Rozpoznanie bólu stanowi osobistą ocenę odczucia danej jednostki, które obejmuje również fizyczną, emocjonalną, behawioralną i poznawczą odpowiedź chorego na powyższe doznanie [4].

Celem podjęcia przez pielęgniarkę działań opiekuńczych w stosunku do pacjenta cierpiącego z powodu bólu powinno być wyeliminowanie lub zmniejszenie dolegliwości do poziomu akceptowanego przez chorego. W opanowywaniu bólu zespół pielęgniarski przykłada dużą wagę do czynników zewnętrznych, psychicznych i duchowych wpływających na odczuwanie dolegliwości. Pielęgniarka powinna znać i umiejętnie przekazywać niezbędne informacje na temat mechanizmów bólu i jego źródeł w chorobie nowotworowej[13]. Dostosowując zakres wiadomości, ich formę i język do możliwości poznawczych chorego, pielęgniarka zwiększa poczucie bezpieczeństwa pacjenta i buduje swój wizerunek jako profesjonalisty w pielęgnowaniu. Zaznajamiając pacjenta z metodami terapii bólu i możliwymi objawami ubocznymi, ułatwia mu zrozumienie stanu jego zdrowia, zmniejsza lęk, a przede wszystkim pomaga stać się aktywnym podmiotem leczenia. By móc podjąć zadania służące łagodzeniu dolegliwości bólowych, zespół pielęgniarski powinien znać narzędzia służące do oceny natężenia bólu [14].

Cel pracy

Celem pracy była ocena wiedzy pielęgniarek uzyskanej w czasie szkoleń w zakresie metod leczenia bólu.

Materiały i metody

Badania dotyczyły 50 pielęgniarek i pielęgniarza pracujących w Zakładzie Opiekuńczo Lecznicznym w Kraszewo – Czubaki (hospicjum). W pracy wykorzystano autorskie narzędzie badawcze - kwestionariusz ankiety, który zawierał 20 pytań służących weryfikacji wiedzy respondentów nt. leczenia bólu.

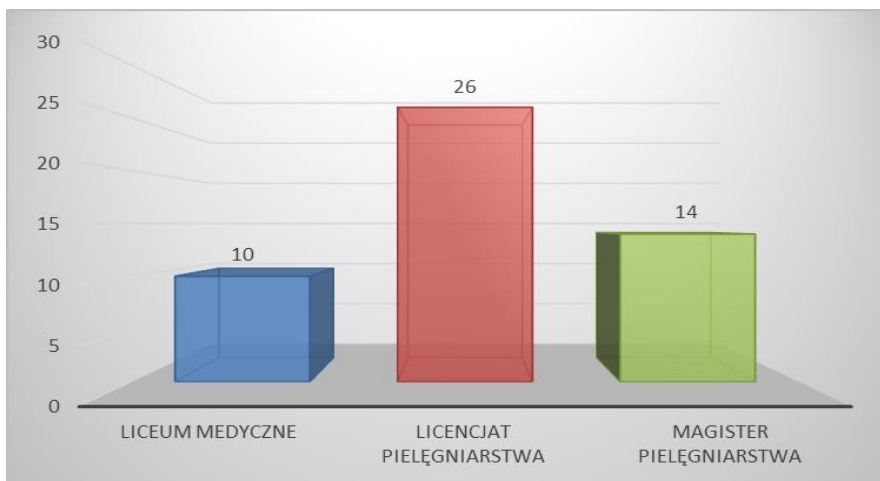
Respondentów podzielono na cztery grupy wiekowe, wśród których najliczniejszą tworzyły osoby między 34-45 rokiem życia (42% badanych). Charakterystykę wieku badanych prezentuje Tabela 1.

Tab. 1. Wiek badanych.

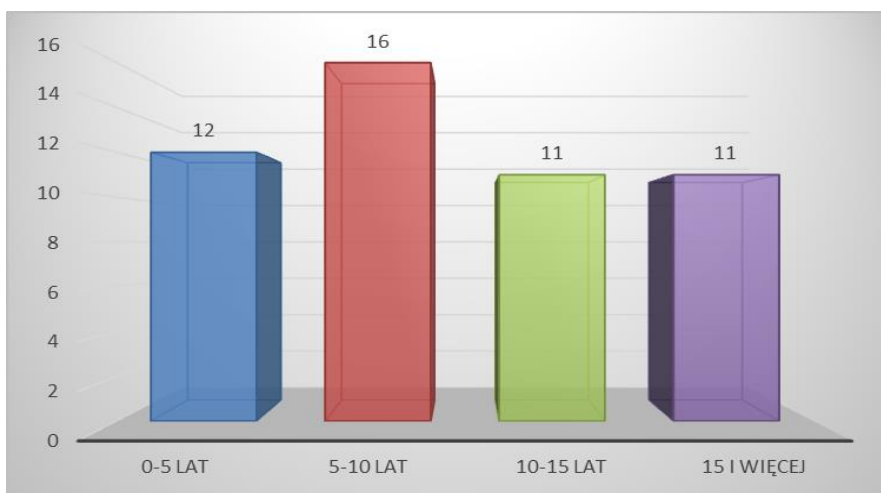
Wiek	N	%
25-35 lat	15	30
34-45 lat	21	42
45-55 lat	6	12
55-65 lat	8	16
Ogółem	50	100

W badaniu wzięło udział 50 osób, w tym 49 kobiety i 1 mężczyzna.

Ponad połowa badanej grupy (52%) posiadała tytuł licencjata pielęgniarstwa, 28% osób - tytuł magistra pielęgniarstwa, natomiast 20% respondentów ukończyło liceum medyczne. Rycina 1 prezentuje wykształcenie badanych.

**Ryc. 1. Wykształcenie badanych.**

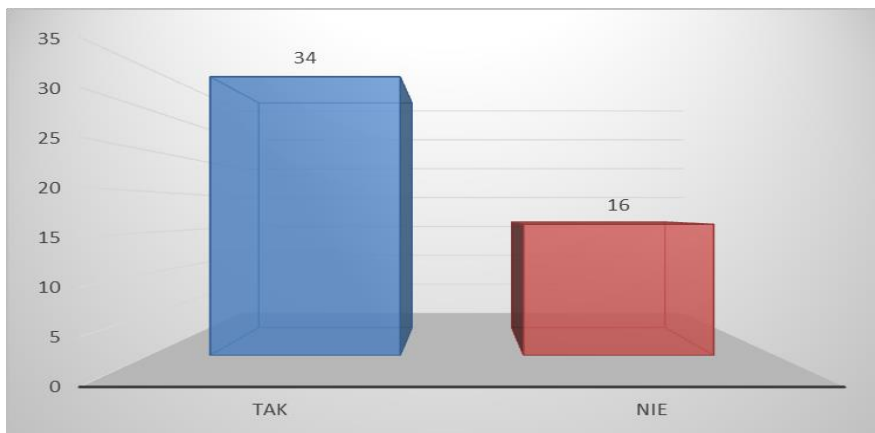
Wśród respondentów zostały wyodrębnione cztery grupy z uwagi na staż pracy. Najliczniejszą grupę respondentów stanowiły osoby pracujące w zawodzie od 5 do 10 lat – 32%, 24% badanych posiadało staż 0-5 lat, odpowiednio po 22% badanych pracowało w zawodzie 10-15 lat oraz 15 lat i więcej. Rycina 2 ilustruje staż pracy respondentów.



Ryc. 2. Staż pracy badanych.

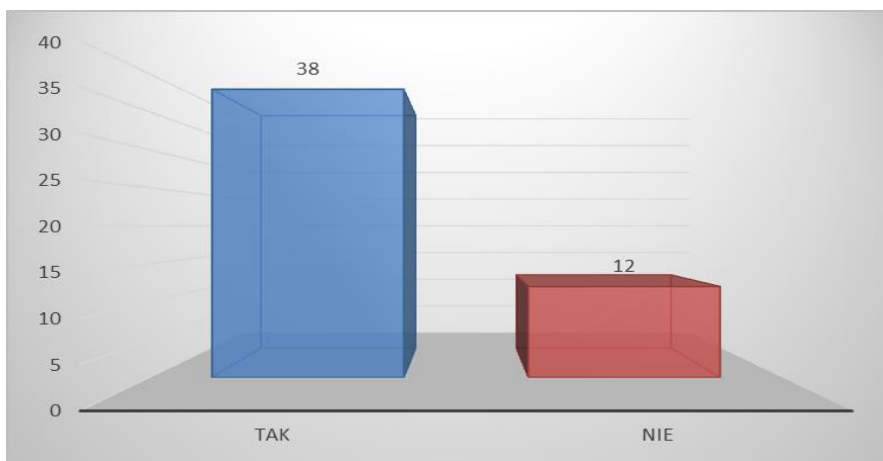
Wyniki

Ponad połowa ankietowanych brała udział w szkoleniach na temat leczenia bólu (64%). Natomiast 36% badanych nie uczestniczyła w żadnym szkoleniu z tego zakresu. Rycina 3 przedstawia udział respondentów w szkoleniach.



Ryc. 3. Udział badanych w szkoleniach na temat bólu.

Większość badanych (76% osób) była zdania, że zna metody leczenia bólu. Odmiennego zdania było 24% osób. Opinie respondentów w zakresie posiadania wiedzy nt. terapii bólu przedstawia rycina 4.



Ryc.4. Znajomość metod leczenia bólu w opinii badanych.

Analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy uczestnictwem w szkoleniach na temat leczenia bólu przez ankietowanych, a ich znajomością metod terapii. Ponad 84% osób uczestniczących w szkoleniach twierdziło, iż zna metody leczenia bólu. Natomiast ponad 83% badanych, którzy nie brali udziału w szkoleniach przyznało, iż nie posiada wiedzy w tym zakresie, co prezentuje Tabela 2.

Tab. 2. Znajomość metod leczenia bólu przez badanych a uczestnictwo w szkoleniach

			Czy uczestniczy Pani/Pan w szkoleniach na temat leczenia bólu?		Ogółem	Chi-kwadrat Pearsona	P
			tak	nie			
Czy zna Pani/Pan metody leczenia bólu?	tak	N	32	6	38	19,12	0,001
		%	84,2%	15,8%	100,0%		
	nie	N	2	10	12		
		%	16,7%	83,3%	100,0%		
Ogółem		N	34	16	50		
		%	68,0%	32,0%	100,0%		

Dyskusja

Bardzo często dochodzi do sytuacji, w których ocena bólu odbywa się w oparciu o objawy obiektywne oraz analizę zachowań pacjenta. Jest to podstawowy błąd w ocenie dolegliwości bólowych. Koniecznym jest zwrócenie uwagi na subiektywne odczucia zgłaszane w tym zakresie przez chorego. Złe zdiagnozowanie bólu może skutkować podjęciem niewłaściwych metod leczenia [15].

W wyniku przeprowadzonych badań ustalono zależność pomiędzy uczestnictwem pielęgniarek w szkoleniach na temat leczenia bólu, a znajomością metod terapii w powyższym zakresie.

Wyznaczony współczynnik korelacji w tym badaniu wynosi 19,12, co wykazuje bardzo silną zależność zmiennych.

Wrona i współautorzy zauważają, że nieustanne włączanie do specjalistycznych programów nauczania zasad oceny i monitorowania bólu przyczynia się do lepszego przewidywania przez pielęgniarki potrzeb pacjenta cierpiącego z powodu bólu w chorobie nowotworowej. Wykwalifikowany zespół pielęgniarski staje się rzecznikiem i przewodnikiem chorego na trudnej drodze leczenia, tak by mógł odnieść z niego jak największe korzyści [16].

Wnioski

W wyniku przeprowadzonych badań ustalono istotny wpływ szkoleń na znajomość metod leczenia bólu przez pielęgniarki pracujące w hospicjum.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Pielęgniarka powinna systematycznie podnosić swoje kwalifikacje zawodowe, aby prowadzić skutecznie monitorowanie i leczenie dolegliwości bólowych wśród pacjentów oddziałów hospicyjnych.

Bibliografia/Bibliography:

1. Hadjistavropoulos H.D., Craig K.D. Acute and chronic low back pain: cognitive, affective, and behavioral dimensions. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1994;62:341-349.
2. Schwob M. *Ból*. Książnica. Katowice 1999;74-76.
3. Wordliczek J., Dobrogowski J. *Leczenie bólu*. PZWL. Warszawa 2007;11-27.
4. Korzeniowska K., Szalek E. *Ból*. *Farmacja Współczesna*. 2010;3:9.
5. Loeser J.D., Treede R.D. *Pain* 2008;137,3:473-477.

6. Steciwko A., Kurpas D. Podstawowe zasady leczenia ostrego i przewlekłego bólu w praktyce lekarza rodzinnego. *Terapia*. 2006;9:53-60.
7. Dobrogowski J. Niefarmakologiczne metody leczenia bólu. *Polski Przegląd Neurologiczny*. 2007;3(4):272.
8. Dobrogowski J., Jassem J., Krajnik M., Wordliczek J. Stanowisko dotyczące postępowania przeciwbólowego u chorych na nowotwory. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2009;2:88.
9. Dobrogowski J., Wordliczek J. *Medycyna bólu*. Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego UJ. Kraków 2002;15.
10. Hilgier M. *Bóle nowotworowe i ich leczenie*. MCKP UJ. Kraków. 2002; 187-209.
11. https://www.doz.pl/czytelnia/a200-Bol_przewlekly_nie_musi_byc_cierpieniem
12. Larysz A., Czapla K., Copik I. Ból jako piaty element życiowy. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*. 2013;6:40-41.
13. Puntillo K., Wilkie D. *Assessment of pain in the critically ill*. [w:] Puntillo K. *Pain in critically ill*. Aspen Publishers, Gaithersburg 1991.
14. Wołowicka L., Marciniak R., Bartkowska-Śniatkowska A., Trojanowska I. *Oczekiwania pacjentów w zakresie leczenia bólu okołoperacyjnego*. [w:] *Postępy pielęgniarstwa i promocji zdrowia*. Cz.13. Wydawnictwo Akademii Medycznej. Poznań 1998;110-114.
15. Von Roenn JH., Cleeland CS., Gonin R., Hatfield AK., Pandya KJ. *Physician attitudes and practice in cancer pain management: A survey from the Eastern Cooperative Oncology Group*. *Ann Intern Med* 1993;121-126.

16. Wrona B., Janecki M, Fimiarzyc A. Wiedza pielęgniarek na temat aktualnych wytycznych leczenia bólu w chorobie nowotworowej, Medycyna Paliatywna 2014, 6(4):208-214.

Otrzymano: 29.10.2019r.

Zaakceptowano: 12.11.2019r.

Opis przypadku/Case report

Projektowanie opieki pielęgniarstwiej pacjenta geriatrycznego mieszkającego w Domu Pomocy Społecznej z wykorzystaniem ICNP®

Designing nursing care for a geriatric patient living in a Nursing Home using ICNP®

NATALIA PAWLAK¹, ZUZANNA STRZĄSKA – KLIŚ¹.

¹Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

DOI: <http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2019.017>

ISSN: 2451-1846

Streszczenie:

Wstęp. Według teorii Liliane Israel, starzenie się można określić jako działanie czasu na osobę [1]. Na przebieg czasu i nadchodzący okres starości nie mamy wpływu, jednak możemy sprawić, aby czas ten był okresem godnej starości. Wiele osób doświadcza pojawiających się problemów z pamięcią, zmniejszenia wydolności i odporności na wysiłek fizyczny, pogorszenia słuchu i wzroku czy spadku elastyczności skóry. Należy pamiętać, że na proces ten składają się czynniki biologiczne, psychologiczne oraz środowiskowe. Prognozy demograficzne wskazują na stopniowe starzenie się społeczeństwa; coraz częściej będziemy stykać się z osobami powyżej 90. roku życia. Polska obecnie staje przed dużym wyzwaniem – nie tylko medycznym, lecz również o charakterze ekonomicznym czy społecznym.

Cel pracy. Celem pracy jest określenie zadań pielęgniarki w opiece nad pacjentem geriatrycznym mieszkającego w Domu Pomocy Społecznej, z wykorzystaniem klasyfikacji ICNP®.

Prezentacja przypadku. Pacjentka 91 lat, zakwalifikowana do DPS na podstawie oceny sprawności ruchowej za pomocą Międzynarodowej skali Barthel. Pacjentka uskarża się na problemy z koncentracją oraz pamięcią.

W związku z nabytą u pacjentki cukrzycą typu II stosuje się do diety lekkostrawnej. Zgłasza uczucie duszności, wynikające z przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP), którą potęguje sporadyczne palenie tytoniu. Z wywiadu w roku 2012 pacjentka przeżyła zabieg implantacji układu stymulującego serca z uwagi na zespół tachykardia – bradykardia. W dokumentacji medycznej odnotowano informację o III stadium choroby nerek oraz nawracającym zakażeniu układu moczowego.

Wnioski. Proces starzenia jest poddawany ciągłej obserwacji i badaniom, aby ocenić przyczyny jego rozpoczęcia i przebiegania. Jest od jednak nieunikniony. Projektowanie opieki nad pacjentem geriatrycznym z zastosowaniem klasyfikacji ICNP® daje możliwość nadania opiece wieloaspektowości oraz stworzeniu profilu pielęgniarki – specjalisty, z zakresu kompetencji takich jak dziedziny internistyczne czy geriatryczne.

Słowa kluczowe: geriatryka, pacjent geriatryczny, dom pomocy społecznej, proces pielęgnowania, ICNP®.

Abstract:

Introduction. According to the theory of Liliane Israel, aging can be defined as the impact of time on people [1]. We cannot influence the course of time and the upcoming period of old age, however, we can make this time a period of dignified ageing. Many people develop memory problems, reduced physical capacity and resistance to physical effort, reduced hearing and vision or decline in skin's elasticity. It should be remembered that biological, psychological and environmental factors comprise that process. Demographic outlook indicates gradual aging of the population; the number of people over 90 years old will more frequently arise. Poland is currently facing a major challenge - not only medical but also of an economic and social nature.

Aim of the study. The purpose of the study is to define the tasks of a nurse in caring for a geriatric patient living in a Nursing Home, using the ICNP ® classification.

Case study. Woman, 91 years old, referred to DPS on the grounds of mobility assessment using the International Barthel scale. The patient complains about problems with concentration and memory. With regard to the patient's type II diabetes an easily digestible diet is applied. Patient reports

breathing difficulty due to chronic obstructive pulmonary disease (COPD), which is increased by occasional smoking. Medical history from 2012 shows that the patient underwent cardiac pacing implantation due to tachycardia-bradycardia syndrome. It also showed stage III kidney disease and recurrent urinary tract infection.

Conclusions. The aging process is subject to constant observation and research in order to assess the reasons for its beginning and course. However, it is inevitable. Designing care for a geriatric patient using the ICNP® classification allows us to give nursing care multidimensional status and create a profile of a nurse - a specialist in the field of internal medicine or geriatrics.

Keywords: geriatrics, geriatric patient, nursing home, nursing process, ICNP®.

Wstęp

Według teorii Liliane Israel, starzenie się można określić jako naturalne działanie czasu na osobę [1]. Z uwagi na wartość średniej długości życia, szczególnie w krajach rozwiniętych, starzenie się populacji jest obecnie zjawiskiem globalnym. Wiąże się ono ze zwiększonym ryzykiem rozwoju chorób przewlekłych, niepełnosprawnością fizyczną, zaburzeniami psychicznymi, zależnością od osób trzecich oraz wielochorobowością. Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia, za osoby w wieku podeszłym uznaje się te, które ukończyły 65 rok życia [2]. Prognozy demograficzne na kolejne lata wskazują na wzrost liczby osób w wieku podeszłym. Sytuacja ta determinuje między innymi konieczność zwiększenia miejsc opieki instytucjonalnej dla osób starszych, w tym również miejsc w Domach Pomocy Społecznej (DPS) [3]. DPS świadczy usługi bytowe, wspomagające, opiekuńcze oraz edukacyjne osobom wymagającym całodobowej opieki wynikającej z wieku, niepełnosprawności oraz choroby [3]. Zainteresowanie osób starszych pomocą publicznych instytucji opiekuńczych może wynikać m.in. ze względu na spadek zainteresowania rodziny oraz różnicą

międzypokoleniową wprowadzającą napięcie w relacjach z bliskimi [4].

Starzenie stanowi wyjątkowe wyzwanie dla wszystkich grup społecznych [2]. Potrzeby zdrowotne oraz problemy zdrowotne osób starszych muszą być rozpatrywane równolegle [5]. Problemy geriatryczne, do których warto się odnieść to depresja, nietrzymanie moczu oraz stolca, upadki oraz zaburzenia koordynacji ruchowej, zaburzenia słuchu i wzroku, otępienie oraz odleżyny. Do występowania tych problemów przyczyniają się także przewlekłe oraz ostre stany chorobowe [6].

Ważnym aspektem opieki nad pacjentem geriatrycznym jest Kompleksowa ocena geriatryczna (z ang. Comprehensive Geriatric Assessment - CGA) definiowana jako wielowymiarowy, multidyscyplinarny proces, który identyfikuje potrzeby medyczne, społeczne oraz funkcjonalne, co pozwala na tworzenie planu opieki w celu zaspokojenia potrzeb osoby w wieku podeszłym [7]. CGA jest skuteczna oraz niezbędna w ocenie funkcjonowania osób starszych w warunkach szpitalnych, zakładach opiekuńczo – leczniczych jak i domowych. CGA jest także narzędziem wykorzystywanym w planowaniu działań zwiększających prawdopodobieństwo życia w domu oraz uniknięcia opieki instytucjonalnej oraz śmierci [7].

Bardzo ważnym elementem kształcenia pielęgniarek jest opieka skoncentrowana na osobach w wieku podeszłym. Program studiów przewiduje kompleksowe przygotowanie w tym zakresie. Uwzględnia ono m.in. wiedzę potrzebną do rozpoznawania problemów chorego oraz zaplanowania interwencji pielęgniarских, umiejętności z zakresu komunikacji z pacjentem geriatrycznym i jego bliskimi oraz empatię i zrozumienie [6].

Starzejące się społeczeństwo staje się wyzwaniem dla systemu opieki zdrowotnej ze względu na długoterminowy charakter opieki oraz koszty z nią związane powodując potrzebę rozwoju nowych strategii

opieki w celu zaspokojenia szczególnych wymagań osób starszych oraz ich rodzin [2].

Cel

Celem pracy jest zaplanowanie opieki pielęgniarstwiej nad pacjentem geriatrycznym mieszkającym w DPS poprzez opracowanie diagnoz oraz interwencji. W planowaniu opieki pielęgniarstwiej bazowano na tradycyjnym modelu procesu pielęgnowania, który rozszerzono o opracowanie w oparciu o Międzynarodową Klasyfikację Praktyki Pielęgniarstwiej ICNP®.

Materiał i metody:

Praca została przygotowana z zastosowaniem metody indywidualnego przypadku; do jej opracowania wykorzystano następujące techniki zbierania danych: wywiad bezpośredni, obserwacja chorego, analiza dokumentacji medycznej (historii choroby, wyników badań, karty gorączkowej, karty indywidualnej opieki pielęgniarstwiej), pomiar podstawowych parametrów życiowych (tętno, ciśnienie tętnicze krwi, częstość oddechów, temperatura ciała). Badanie, przeprowadzono w kwietniu 2018 r., a na jego realizację otrzymano zgodę kierownictwa DPS, w którym mieszkała pacjentka. Na podstawie zebranych informacji postawiono diagnozy pielęgniarstwiej oraz sformułowano indywidualny plan opieki pielęgniarstwiej z zastosowaniem klasyfikacji ICNP®.

Prezentacja przypadku

Pacjentka, lat 91, urodzona w Warszawie. Ma dwoje dzieci: córkę oraz syna, którzy na stałe mieszkają poza granicami kraju. Ze względu na samotność oraz problemy w wykonywaniu czynności dnia codziennego pacjentka zdecydowała się na pobyt stały w DPS (od 2010 roku). Przy przyjęciu do DPS stan chorej pod kątem sprawności ruchowej został oceniony przy użyciu Międzynarodowej Skali Barthel, w której uzyskała 75/100 punktów, co wskazuje

na „lekki” stan pacjenta [8]. Mąż pacjentki zmarł w roku 2009, chora otrzymuje po nim emeryturę.

W wywiadzie pacjentka zgłasza duszność. Jednym z powodów jest przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP), rozpoznana w roku 2010, którą nasila sporadyczne palenie tytoniu. W roku 2012 pacjentka przeżyła zabieg implantacji układu stymulującego serca z uwagi na zespół tachykardia – bradykardia. Jest pod stałą kontrolą kardiologa. W dokumentacji medycznej odnotowano informację o III stadium przewlekłej choroby nerek oraz nawracającym zakażeniu układu moczowego. Chora z zgłasza dolegliwości bólowe układu kostno-stawowego, w szczególności w obszarze stawów dłoni, nadgarstków, łokci i kolan. Ból ocenia na 4 na skali VAS. Przyczyną dolegliwości jest reumatoidalne zapalenie stawów. W związku ze zdiagnozowaną u pacjentki cukrzycą typu II, stosuje dietę cukrzycową, którą samodzielnie modyfikuje bez konsultacji z dietetykiem. Pacjentka zgłasza problemy z koncentracją uwagi oraz pamięcią. Przypomina sobie tylko wybiórcze sytuacje z życia codziennego.

W tabeli 1. Zaprezentowano szczegółowe informacje o chorej oraz wyniki badania podmiotowego.

Tabela 1. Arkusz indywidualnego opisu przypadku opracowanie na podstawie Lesińska-Sawicka M (2009) [9].

DANE SOCJODEMOGRAFICZNE	
Rok urodzenia: 12.10.1928r.	Płeć: Kobieta
Stan cywilny: wdowa	Wykonywany zawód: emerytka
STAN OGÓLNY (podczas zbierania wywiadu)	
Temperatura: 36.2°C	
Tętno (liczba/napięcie/rytm): 62 ud/min, dobrze napięte, miarowe	
Oddechy: 18 oddechów/min	
Ciśnienie tętnicze: 132/75 mmHg	
Masa ciała: 56kg	
Wzrost: 1,55m	

WYWIAD RODZINNY

Członkowie rodziny: córka (66lat), syn (70lat)

Ważne wydarzenia w rodzinie – ostatnie lata: nie podaje

Choroby występujące w rodzinie: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, niedoczynność tarczycy, zaćma, rak piersi, choroba wieńcowa

Hobby/ zainteresowania: szydełkowanie, gra w scrabble, rozwiązywanie krzyżówek

Formy spędzania czasu wolnego: spacer, spędzanie czasu z współmieszkańcami DPS-u

Nałogi w rodzinie: palenie tytoniu, alkoholizm

Błędy żywieniowe (jakościowe i ilościowe): pacjentka ogranicza spożywanie produktów odzwierzęcych bez ustaleń dietetycznych.

psychiczne/fizyczne: w stanie dobrym

Ograniczone kontakty/brak wsparcia społecznego: nie dotyczy

Źródło: wyniki badań własnych

Tabela 2. Badanie fizykalne - opracowanie na podstawie Lesińska-Sawicka M (2009) [4].

UKŁAD ODDECHOWY				
Liczba oddechów	Typ oddechu	Kaszel	Inne objawy	
18 oddechów/min	Miarowy/przyspieszony zależny od wysiłku fizycznego	Nie dotyczy	Duszność	
UKŁAD KRAŻENIA				
Ciśnienie	Tętno	Sinica	Obrzęki	Duszność
132/75 mmHg	62 ud/min	Nie dotyczy	Kończyn dolnych	Przy nadmiernym wysiłku fizycznym
UKŁAD POKARMOWY				
Uzębienie	Łaknienie	Stolec	Dieta	Inne
Proteza zębowa górna i dolna	Prawidłowe	Prawidłowy	Cukrzycowa, lekkostrawna	Nie dotyczy
UKŁAD MOCZOWY				
Objętość moczu	Jakość	Inne objawy	Wyroby medyczne	
Trudny do określenia pacjentka aktywna (4-6 mikcji na dobę)	Barwy słomkowej	Nietrzymanie moczu	Pieluchomajtki	
UKŁAD PŁCIOWY				
Cykl płciowy		Inne cechy		
Adekwatny do wieku		Nie dotyczy		
UKŁAD NERWOWY				
Świadomość wg skali Glasgow	Niedowład/drżenia	Mowa	Inne objawy	
15 pkt łagodnie	Nie dotyczy	Brak zaburzeń	Ostępnie starcze	

Źródło: wyniki badań własnych

Diagnozy i interwencje pielęgniarские

Po przeprowadzonym badaniu podmiotowym i przedmiotowym zdiagnozowano u pacjentki następujące problemy pielęgnacyjne: duszność nasilająca się podczas wysiłku, co znacznie utrudnia chorej samoopiekę, zawroty głowy występujące na skutek częstych zmian wartości ciśnienia tętniczego krwi, nietrzymanie moczu, dolegliwości bólowe stawów wynikające z choroby reumatycznej, zaburzenia funkcji poznawczych, kłopoty z pamięcią świeżą spowodowane otępieniem starczym.

Poniżej przedstawiono plan opieki pielęgniarskiej nad pacjentką w odniesieniu do zdiagnozowanych problemów pielęgnacyjnych z wykorzystaniem Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej ICNP® (Tabela 3.)

Opieka została zaplanowana i zrealizowana w oparciu o modele Virginii Henderson i Callisty Roy.

Poniżej, w Tabeli 3., zaprezentowano najważniejsze problemy pielęgnacyjne opisywanego chorego w sposób tradycyjny oraz z wykorzystaniem ICNP®.

Tabela 3. Proces pielęgnowania pacjenta geriatrycznego mieszkającego w Domu Pomocy Społecznej z wykorzystaniem ICNP®.

Problem pielęgnacyjny I	Diagnoza negatywna (+kod ICNP®)
Duszność wysiłkowa	Duszność funkcjonalna (wysiłkowa) [10029141]
Cel planowanych działań pielęgniarских:	Zmniejszenie dolegliwości
Planowane interwencje pielęgniarские:	Interwencje pielęgniarские ICNP®:
- ocena charakteru, stopnia nasilenia duszności oraz czynników wywołujących tę dolegliwość	- ocenianie akceptacji stanu zdrowia [10026249]; -ocena stopnia samodzielności

<ul style="list-style-type: none"> - ocena stanu psychicznego pacjenta pod kątem stopnia samodzielności, męczliwości podczas wykonywania czynności samoobsługowych; - promocja i wsparcie pacjenta w poprawie zakresu samoobsługi oraz samopielęgnacji w DPS; - prowadzenie zajęć aktywizujących fizycznie pensjonariuszy w stopniu niskim/umiarkowanym; - nauczanie metod/technik bezpiecznego upadku; wprowadzenie urządzeń wspomagających chodzenie m.in. laski, chodziki; - zapewnienie prawidłowego mikroklimatu w pokoju pacjentki, zapewnienie częstego dostępu do świeżego powietrza; - eliminowanie czynników nasilających duszność (m.in. nadmierny wysiłek fizyczny); - uczenie oraz motywowanie pacjenta do wykonywania ćwiczeń oddechowych usprawniających wentylację płuc. 	<p>[10002723]; -ocenie zmęczenia [10026086] - ocenianie zdolności do zarządzania stresem [10044130]</p> <p>- ocenianie stanu oddechowego [10036786] + termin z osi P: duszność funkcjonalna (wysiłkowa) [10008268]</p> <p>- ocenianie warunków mieszkaniowych [10030625] + termin z osi Ś: nawilżacz [10009228] + termin z osi P: temperatura [10019556]</p> <p>- nauczanie o ćwiczeniach [10040125] + termin z osi Ś: ćwiczenia oddechowe [10004221]</p> <p>-promowanie samoopieki [10026347]</p> <p>-nauczanie o ćwiczeniach [10040125]; -nauczanie o sposobie zwiększania tolerancji aktywności ruchowej [10024660]</p> <p>- nauczanie o prewencji upadków [10040253]; - demonstrowanie metod prewencji upadków [10040248]</p> <p>Terapia z wykorzystaniem urządzenia wspomagającego [10039158].</p>
<p>Ocena realizowanych działań pielęgniarских: Duszność wysiłkowa zmniejszyła się</p>	<p>Diagnoza pozytywna/negatywna ICNP®: Bez duszności [10029164]</p>
<p>Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej:</p>	

<p>Działanie opiera się na próbie nauczania pacjentki efektywnych ćwiczeń oddechowych, które w znaczący sposób zredukują dolegliwości związane z dusznością podczas aktywności, a to nada pacjentce większe poczucie samodzielności oraz możliwości spełniania potrzeb biologicznych, fizycznych i społecznych.</p>	
Problem pielęgnacyjny II	Diagnoza negatywna (+kod ICNP®)
Zawroty głowy występujące na skutek częstych zmian wartości ciśnienia tętniczego krwi.	Zawroty głowy [10045584]
Cel planowanych działań pielęgnarskich:	Zmniejszenie częstości występowanie zawrotów głowy oraz zmian wartości ciśnienia tętniczego.
Planowane interwencje pielęgnarskie:	Interwencje pielęgnarskie ICNP®:
<ul style="list-style-type: none"> - monitorowanie układu krążenia m.in. codzienne pomiary podstawowych parametrów tj. ciśnienia tętniczego, tętna, saturacji; - niwelowanie czynników nasilający deficyt tlenowy współistniejący z zawrotami głowy, m.in. ułożenie pacjentki w pozycji wysokiej, nauczanie o tlenoterapii; - zredukowanie napięcia emocjonalnego; - podaż środków farmakologicznych zgodnie ze zleceniem; - edukacja pacjentki pod kątem regularnych pomiarów ciśnienia oraz przyjmowania stałych zleconych leków na nadciśnienie tętnicze; - edukacja w zakresie obserwowania oraz identyfikowania sytuacji, w których dolegliwości występują i/lub nasilają się; - redukcja lęku oraz napięcia 	<ul style="list-style-type: none"> - monitorowanie ciśnienia krwi [10032052] -pozycjonowanie pacjenta [10014761] - nauczanie o tlenoterapii [10044786] - zarządzanie negatywnymi emocjami [10031851] - administrowanie lekiem [10025444] -nauczanie o pomiarze ciśnienia krwi [10044148] - nauczanie o podawaniu leku [10040712] - używanie (wykorzystywanie) technik obniżania napięcia [10036202]

emocjonalnego;	
Ocena realizowanych działań pielęgniarских: Częstość zawrotów głowy zminimalizowano	Diagnoza pozytywna/negatywna ICNP®: Bez zawrotów głowy [10045681]
Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej:	
Zawroty głowy u pacjentów geriatrycznych, stanowią istotny problem ze względu na ogólne pogorszenie sprawności oraz ograniczenie samodzielności. Podobnie, jak w przypadku innych grup wiekowych, przyczyny układowych i nieukładowych zawrotów głowy u osób w podeszłym wieku należy wnikliwie analizować oraz dokonywać działań mających na celu zminimalizowanie ryzyka bądź całkowite ich usunięcie [10].	
Problem pielęgnacyjny III	Diagnoza negatywna (+kod ICNP®)
Nietrzymanie moczu	Nietrzymanie moczu [10025686]
Cel planowanych działań pielęgniarских:	Zmniejszenie dolegliwości nietrzymania moczu
Planowane interwencje pielęgniarские:	Interwencje pielęgniarские ICNP®:
<ul style="list-style-type: none"> - wywiad oraz ocena funkcjonalna dolnych dróg moczowych oraz poziomu zdolności poznawczych; - omówienie z pacjentem oraz jego rodziną metod leczenia nietrzymania moczu, poddanie pacjentki szczegółowemu badaniu geriatrycznemu; - prowadzenie bilansu płynów; - wprowadzenie technik kontrolowania nietrzymania moczu tj. pomoc w prowadzeniu dziennika mikcji (dziennika funkcjonowania pęcherza moczowego) poprzez odnotowywanie częstotliwości mikcji; - wprowadzenie programu ćwiczenia 	<ul style="list-style-type: none"> - ewaluacja statusu układu moczowo – płciowego [10034011] - ocenianie trzymania moczu [10030781] - badanie fizykalne [110032258] - zarządzanie nietrzymaniem moczu [10035238] - stosowanie treningu pęcherza moczowego [10045219] - monitorowanie tolerancji aktywności ruchowej [10036622] - asystowanie w czynnościach

<p>pęcherza moczowego;</p> <ul style="list-style-type: none"> - ocena stanu pacjentki pod kątem możliwości samodzielnego korzystania z toalety, tj. sprawności podnoszenia się z krzesła lub łóżka, korzystania z urządzeń pomocniczych m.in. laski, chodzika, wózka; - usunięcie barier środowiskowych utrudniających dostęp do toalety w DPS; 	<p>toaletowych [10023631].</p>
<p>Ocena realizowanych działań pielęgniarских: Nietrzymanie moczu utrzymuje się.</p>	<p>Diagnoza negatywna ICNP®: Zaburzone oddawanie moczu [10021790].</p>
<p>Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej:</p> <p>Nietrzymanie moczu jest problemem zarówno ze sfery zdrowotnej, jak również społecznej. Osoby starsze z tego powodu oraz dyskomfortu i skrupowania z nim związanych, zaczynają unikać relacji i kontaktu z pozostałymi osobami, w obawie przed kompromitacją incydem inkontynencji.</p>	
<p>Problem pielęgnacyjny IV</p>	<p>Diagnoza negatywna (+kod ICNP®)</p>
<p>Dolegliwości bólowe stawów spowodowane reumatoidalnym zapaleniem stawów</p>	<p>Ból [10023130] + termin z osi P: układ mięśniowo szkieletowy [10012344]</p>
<p>Cel planowanych działań pielęgniarских:</p>	<p>Zmniejszenie dolegliwości bólowych</p>
<p>Planowane interwencje pielęgniarские:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ocena natężenia bólu przy użyciu skali VAS (4/10), lokalizacji bólu, czasu trwania i czynników wywołujących dolegliwości; - identyfikacja i ocena wcześniejszych doświadczeń związanych z bólem oraz metod stosowanych do zwalczania dolegliwości bólowych; - wyjaśnienie chorej przyczyny bólu oraz 	<p>Interwencje pielęgniarские ICNP®:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ocenianie bólu [10026119] - ocenianie wiedzy o zarządzaniu bólem [10039041] - ocenianie kontroli bólu [10002710] - nauczanie o bólu [10039115] - monitorowanie bólu [10038929] - ewaluacja odpowiedzi na

<p>jego wpływu na organizm; - zredukowanie lub wyeliminowanie czynników zwiększających ból – nadmierna aktywność fizyczna; - stosowanie nefarmakologicznych metod leczenia bólu, tj. zadbanie o zapewnienie ciepłego ubrania w obszarach dolegliwości, zaproponowanie chorej interakcji z innymi pensjonariuszami, aktywizowanie do wykonywania ulubionych czynności, zadbanie o wypoczynek; - podaż środków p/bólowych zgodnie ze zleceniem lekarskim.</p>	<p>zarządzanie bólem [10034053] - administrowanie lekiem przeciwbólowym [10023084]</p>
<p>Ocena realizowanych działań pielęgniarских: Dolegliwości bólowe zmniejszyły się</p>	<p>Diagnoza pozytywna/negatywna ICNP®: Radzenie sobie z bólem [10040749]</p>
<p>Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej:</p>	
<p>W celu efektywnej terapii przeciwbólowej należy regularnie dokonywać oceny dolegliwości z uwzględnieniem natężenia, lokalizacji, czasu trwania oraz charakteru bólu [11].</p>	
<p>Problem pielęgnacyjny V</p>	<p>Diagnoza negatywna (+kod ICNP®)</p>
<p>Zaburzenia funkcji poznawczych, kłopoty z pamięcią świeżą spowodowane otępieniem starczym.</p>	<p>Zaburzone funkcje poznawcze [10022321]</p>
<p>Cel planowanych działań pielęgniarских:</p>	<p>Zmniejszenie zaburzeń funkcji poznawczych</p>
<p>Planowane interwencje pielęgniarские:</p>	<p>Interwencje pielęgniarские ICNP®:</p>
<p>- ocena funkcji poznawczych; - w sposób jasny i prosty wyjaśnianie pacjentce na czym polegają zaburzenia spowodowane otępieniem; - edukacja opiekunów w zakresie</p>	<p>- ocenianie funkcji poznawczych [10025883] - nauczanie o chorobie [10024116] - nauczanie technik</p>

<p>sprawowania opieki nad chorą: utrzymanie przyzwyczajzeń/upodobań chorej, unikanie zmian w najbliższym otoczeniu, systematyczne utrwalanie podstawowych informacji dotyczących tożsamości chorego i jego rodziny, umieszczanie w pokojach napisów, rysunków, symboli, które ułatwią orientację; - w każdej trudnej dla chorego sytuacji okazywanie życzliwości oraz wsparcia; -ocena reakcji na przeprowadzoną edukację.</p>	<p>pamięciowych [10024673] + termin z osi Ś: urządzenie wspomagające pamięć [10043192] - nauczanie technik relaksacji [10038699] -ocenie reakcji na nauczanie [10024279]</p>
<p>Ocena realizowanych działań pielęgniarских: Funkcje poznawcze w granicach normy</p>	<p>Diagnoza pozytywna/negatywna ICNP®: Funkcje poznawcze w granicach normy [10028367]</p>
<p>Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej:</p>	
<p>Część zaburzeń poznawczych wiąże się z wiekiem i wpływa w sposób istotny na codzienne funkcjonowanie osoby starszej. Nazywane są one wtedy zaburzeniami związanymi z wiekiem. Osoba w podeszłym wieku często skarży się na gorsze funkcjonowanie w sytuacjach, gdy powinna podjąć szybką decyzję, przeanalizować znaczną ilość informacji lub wykonywać równolegle kilka różnych czynności.</p>	

Dyskusja

W planowaniu opieki pielęgniarskiej nad pacjentem geriatrycznym ważne jest przede wszystkim uwzględnienie procedur diagnostyczno-terapeutycznych w zakresie udzielania przez pielęgniarkę świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, zgodnie z przepisami Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 r. (Dz. U. 2011 nr 174 poz. 1039) [12]. Działania te obejmują m.in. wywiad pielęgniarский, badanie przedmiotowe, ocenę sprawności funkcjonalnej w zakresie czynności życia codziennego przy użyciu

Skali Oceny Podstawowych Czynności Życia Codziennego wg Katza (Activities of Daily Living - ADL) Skali Oceny Złożonych Czynności Życia Codziennego wg Lawtona (Instrumental Activities of Daily Living - IADL), Skali Barthel, ocenę stopnia nietrzymania moczu, planowanie procesu pielęgnacji, edukację w zakresie działań zwiększających komfort w wykonywaniu codziennych czynności, ograniczanie następstw niepełnosprawności przez aktywizację psychiczną i fizyczną w procesie samoopieki oraz współpracę pielęgniarki z innymi członkami zespołu geriatrycznego [12]. Kompetencje te umożliwiają opracowanie zindywidualizowanego planu opieki nad pacjentem geriatrycznym wymagającym holistycznej opieki, z uwzględnieniem zarówno opieki w zakresie dolegliwości somatycznych, jak i psychospołecznych.

W wielu przypadkach osoby w wieku podeszłym pozostają pod opieką lekarza geriatry [13]. Często z racji zaawansowanego wieku oraz wielochorobowości pojawia się u nich ryzyko nagłego pogorszenia stanu zdrowia lub zgonu, a liczne objawy wymagają od pielęgniarki wnikliwej obserwacji oraz interwencji uwzględniającej opiekę holistyczną [13].

Dokonując analizy umiejętności pielęgniarских niezbędnych do sprawowania opieki nad pacjentem geriatrycznym, stwierdzono, że ważną kompetencją jest efektywna komunikacja z pacjentem, często niesamodzielnym oraz niezdolnym do werbalizowania swoich potrzeb. Komunikacja z pacjentami geriatrycznymi może stanowić wyzwanie, które jednak warto podjąć, bowiem tylko dzięki temu można przeprowadzić wnikliwy wywiad i rozpocząć skuteczne leczenie i opiekę prowadzące do poprawy jakości jego życia. Brak efektywnej komunikacji może powodować u osób sprawujących opiekę poczucie bezradności, frustrację czy zniechęcenie, co w dłuższej perspektywie może skutkować wypaleniem zawodowym. Dlatego tak ważnym jest odpowiednie przygotowanie oraz stałe doszktałenie w zakresie sprawowanej opieki, dzięki czemu niezbędne kompetencje przyczynią

się, nie tylko do poprawy jakości świadczeń i w efekcie lepszego stanu chorych, ale także poczucia komfortu pracy świadczeniodawców.

Jednym z najistotniejszych działań zwiększających efektywność w zakresie opieki pielęgniarskiej jest prowadzenie ujednoczonego procesu pielęgnacyjnego, celem wystandaryzowania pewnych czynności i postępowania [14]. Klasyfikacja problemów pielęgnacyjnych metodą ICNP® umożliwia między innymi uniwersalne monitorowanie liczby, charakteru czy jakości udzielanych świadczeń w jednostkowej analizie świadczeń pielęgniarskich, ale także w kontekście usług realizowanych w wielu ośrodkach z uwzględnieniem skali międzynarodowej.

Wnioski

Wstępna ocena stanu pacjenta, identyfikacja najważniejszych problemów oraz planowanie i podejmowanie interwencji w ramach zindywidualizowanego planu opieki pozwalają zarówno na poprawę stanu chorego, ale także zapewnienie bezpieczeństwa i poprawy jego jakości życia. Na podstawie postawionych diagnoz pielęgniarskich zaplanowano interwencje, z uwzględnieniem podejścia holistycznego na wszystkich etapach realizacji planu opieki. Opracowanie opieki pielęgniarskiej w oparciu o ICNP® umożliwia nie tylko monitorowanie ilości i jakości realizowanych świadczeń, ale również planowanie badań naukowych, co w efekcie wpływa na rozwój zarówno wystandaryzowanego pielęgniarstwa, jak również praktyki pielęgniarskiej opartej na dowodach naukowych.

Bibliografia/Bibliography:

1. Zych A.A. Człowiek wobec starości – szkice z gerontologii społecznej. Wydawnictwo Śląskie. Warszawa 1993;45-50.
2. World Health Organization. The growing need for home health care for the elderly. Home health care for the elderly as an integral part of

- primary health care services. 2013. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326801/EMROPUB_2015_EN_1901.pdf?sequence=1&isAllowed=y [data dostępu: 02.12.2019r.].
3. Nowak-Kapusta Z., Franek G., Leszczyńska K., Ćmiel-Giergielewicz M. Charakterystyka wybranych elementów sytuacji społeczno-zdrowotnej mieszkańców domów pomocy społecznej z uwzględnieniem występowania u nich objawów depresji. *Gerontologia Polska* 2017;25:5-11.
 4. Traczyk J., Kędzia P., Skrzek A. Jakość życia, sprawność funkcjonalna oraz występowanie ryzyka depresji u kobiet po 60 roku życia mieszkających w domach opieki społecznej i samodzielnie. *Gerontologia Polska* 2016;24:32-39.
 5. Shrivastava SR., Shrivastava PS., Ramasamy J. Health-care of Elderly: Determinants, Needs and Services. *Int J Prev Med.* 2013;4(10):1224-1225.
 6. Bieniek-Kamińska N., Fecko-Gałowicz K., Olchawa J. Wybrane wielkie problemy geriatryczne wśród mieszkańców przebywających w Domu Pomocy Społecznej w Mogilnie. *Problemy pielęgniarstwa.* 2017; 215-220.
 7. Parker S. G., Mcleod A., Mccue P. et. al. New Horizons in Comprehensive Geriatric Assessment. *Age and Ageing* 2017;46:713-721.
 8. Karta oceny stanu zdrowia pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel. Załącznik Nr 12 do zarządzenia Nr 69/2007/DSOZ z dnia 25 września 2007 r. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia <https://www.nfz-lodz.pl/attachments/article/5719/Skala%20Barthel.pdf> [data dostępu: 03.12.2019r]
 9. Lesińska-Sawicka M.(red.). *Metoda Case Study w pielęgniarstwie.* Borgis Wydawnictwo Medyczne. Warszawa 2009.

10. Katsarkas A. Dizziness in aging: a retrospective study of 1194 cases. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1994;110(3):296-301.
11. Kaptacz A., Walden- Gałuszko K. *Pielęgniarstwo opieki paliatywnej.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2016.
12. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. (Dz. U. 2011 nr 174 poz. 1039)
13. Wieczorkowska – Tobis K., Talarska D. *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2015.
14. Derejczyk J., Grodzicki T., Jakrzewska – Sawińska A. Standardy świadczenia usług medycznych w specjalności geriatrya. *Gerontologia Polska* 2003;13,(2):67-83.

Otrzymano: 09.12.2019r.

Zaakceptowano: 16.12.2019r.

Artykuły poglądowe/Review

Wybrane aspekty opieki pielęgniarstwiej realizowanej wobec pacjenta w przebiegu raku żołądka

Selected aspects of nursing care in patients with gastric cancer

NATALIA KOT¹, PAULINA ŻELAZEK¹

¹Studenckie Koło Naukowe Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk o Zdrowiu PUZ we Włocławku, opiekun Koła: dr Beata Haor

DOI: <http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2019.018>

ISSN: 2541-1846

Streszczenie

Wstęp. Rak żołądka jest nowotworem złośliwym, który wywodzi się z komórek warstwy wewnętrznej narządu. Cechuje się długim okresem bezobjawowym. Zapadalność na raka żołądka zwiększa się po 50 roku życia, szczególnie w populacji mężczyzn.

Cel. Celem pracy była analiza wybranych aspektów opieki pielęgniarstwiej realizowanej wobec pacjenta w przebiegu raka żołądka.

Materiały i metody. W pracy zastosowano metodę analizy piśmiennictwa poświęconego zagadnieniom klinicznym i opiece nad chorym z rakiem żołądka oraz mapowanie diagnoz i interwencji pielęgniarstwiej przy użyciu słownika ICNP®.

Wyniki i wnioski. Zastosowanie klasyfikacji ICNP® umożliwia odzwierciedlenie sytuacji zdrowotnej pacjenta w przebiegu raka żołądka oraz planowanie założeń opieki pielęgniarstwiej w oparciu o ujednoczoną terminologię zawodową.

Słowa kluczowe: pielęgnacja, ICNP®, rak żołądka.

Abstract

Introduction. Gastric cancer is malignant cancer, which is generated in the internal layers of the stomach. This type of cancer is often asymptomatic.

There is a higher incidence of gastric cancer in patients over 50 years of age , especially in men.

Aim. The aim of this study was to analyse selected aspects of nursing care in patients with gastric cancer.

Material and methods

Analysis of available literature related to clinical aspects and nursing care in patients with gastric cancer and the activities of mapping medical diagnosis together with nursing care with the use of ICNP® dictionary.

Results. The use of ICNP® classification allows to reflect patient's health situation in patients with gastric cancer and to plan medical care based on uniform professional terminology.

Key words: nurse, ICNP, gastric cancer

Wstęp

Rak żołądka jest to nowotwór złośliwy, który wywodzi się z komórek nabłonkowych lub różnicuje się w tym kierunku. Najczęściej znajduje się przy ujściu przełyku lub odźwierniku, co powoduje ich zwężenie [1].

Istnieją różne klasyfikacje raków żołądka. Makroskopowo wyróżnia się trzy typy: polipowaty, wrzodziejący i rozlany. Ten ostatni nacieka całą grubość ściany żołądka, powodując jego usztywnienie i obkurczenie. Makroskopowo wg najczęściej stosowanego podziału Laurena wyróżniamy 3 typy:

I – typ jelitowy (ok. 60%), tworzy struktury gruczołowe, najczęściej rozwija się na podłożu zmian przedrakowych i jest zwykle umiejscowiony obwodowo. Cechuje go częstsze występowanie u płci męskiej [1,7].

II – typ rozlany (ok. 30%), zwykle zbudowany z komórek sygnetycznych, które naciekają pojedynczo lub w małych grupach. Charakteryzuje się częstszym występowaniem u osób młodszych, a w jego powstawaniu podkreśla się predyspozycje genetyczne (występuje rodzinnie) [1,7].

III – typ mieszany (około 10%), widoczne są oba komponenty, klinicznie traktowany tak jak typ rozlany [1,7].

Według klasyfikacji WHO nowotwory dzieli się zależnie od typów komórek, z których się wywodzą; wyróżnia się:

- gruczolakoraka cewkowego (adenocarcinoma tubulare),
- gruczolakoraka brodawkowego (adenocarcinoma papillare),
- gruczolakoraka śluzowego (adenocarcinoma mucinosum),
- gruczolakoraka o typie poorly cohesive,
- gruczolakoraka mieszanego (adenocarcinomamixtum),
- raka płaskonabłonkowego (carcinoma planoepitheliale),
- raka gruczołowo-płaskonabłonkowego (carcinoma adenoplanoepitheliale),
- raka niezróżnicowanego (carcinoma non-differentiatum) [7].

Rak żołądka stanowi jeden z najczęstszych nowotworów złośliwych tego narządu (ok. 90-95% wszystkich przypadków) [1]. Zwykle występuje samoistnie u osób po 50 r.ż. W większości przypadków jest to gruczolakorak [1]. Uważa się, że zwiększone ryzyko zachorowania na raka żołądka wynika m. in. ze stosowania nieprawidłowej diety tzn. wysokiego spożycia soli kuchennej, żywności wędzonej i marynowanej, nitrozoamin, aflatoksyn; małej konsumpcji tłuszczów zwierzęcych i białka, świeżych owoców i warzyw, mleka, pełnoziarnistego pieczywa, witamin A, E, C. Przyczyny choroby upatruje się również w paleniu tytoniu, uwarunkowaniach genetycznych a także zakażeniu *Helicobacter pylori*. Wspomniana bakteria zwiększa zapadalność na raka i chłoniaka żołądka. Sprzyja przewlekłemu zapaleniu błony śluzowej, co prowadzi do rozwoju zmian nowotworowych. Przyjmuje się, że od zakażenia do rozwoju nowotworu mija powyżej 30 lat [2,3,7].

Według Krajowego Rejestru Nowotworów w 2009 roku w Polsce częstość zachorowań na raka żołądka wśród mężczyzn była wyższa niż średnia dla krajów Unii Europejskiej. Natomiast wśród kobiet w Polsce zachorowania na nowotwory żołądka są rzadsze [4]. W 2015 roku odsetek zachorowań na nowotwór złośliwy żołądka wśród mężczyzn wyniósł 4,3% a 2,4% w populacji kobiet [4].

Wśród pierwszych symptomów raka można wyróżnić objawy dyspeptyczne żołądka m.in. uczucie gniecienia w nadbrzuszu.

Występuje zaburzenie/brak apetytu oraz częste odbijania i odruchy wymiotne. Bóle w nadbrzuszu występują zwykle po posiłku i przybierają charakter kłujący, szarpiący [5,7].

Postępowanie terapeutyczne polega głównie na leczeniu operacyjnym. Resekcja żołądka może być subtotalna lub totalna. Gastrektomii subtotalna (prawie całkowita), polega na wycięciu $\frac{3}{4}$ żołądka. Wykonuje się ją tylko wtedy, gdy możliwe jest osiągnięcie resekcji radykalnej bez konieczności usuwania całego narządu. Natomiast gastrektomię totalną przeprowadza się w każdym innym przypadku. Polega na całkowitej resekcji żołądka [5,6].

W trakcie zabiegu operacyjnego usuwa się również regionalne węzły chłonne. Usunięcie śledziony nie jest rekomendowane, chyba że stwierdza się jej naciekanie przez nowotwór. Ciągłość przewodu pokarmowego odtwarza się najczęściej poprzez zespolenie przełyku z jelitem. W zależności od rodzaju nowotworu i jego stopnia zaawansowania stosuje się też leczenie skojarzone w postaci radioterapii i chemioterapii [7,8]. W raku wczesnym, po wykonanym leczeniu endoskopowym konieczne jest wykonywanie kontrolnych gastrokopii z pobraniem wycinków i wykonaniem endosonografii [5,6].

Cel

Celem pracy była analiza wybranych aspektów opieki pielęgniarskiej realizowanej wobec pacjenta w przebiegu raka żołądka.

Materiał i metody

W pracy zastosowano metodę analizy piśmiennictwa poświęconego zagadnieniom klinicznym i opiece nad chorym z rakiem żołądka oraz mapowanie diagnoz i interwencji pielęgniarskich przy użyciu słownika ICNP® (wersja z 2019r.) [9].

Przegląd

Poniżej zaprezentowano propozycje dotyczące projektowania opieki pielęgniarskiej wobec pacjenta w różnym stadium zaawansowania raka żołądka.

Diagnoza pielęgniarska nr. 1. Ból chroniczny [10000546]

Przedmiot: ból [10013950];zaburzona percepcja [10012815]

Ból: zaburzona percepcja: nasilenie przykrego odczucia cielesnego, subiektywne odczuwanie cierpienia, grymas, zmiana napięcia mięśni, zachowania obronne, zawężone pole uwagi, zmienione postrzeganie czasu, wycofanie się z kontaktów społecznych, zaburzony proces myślowy, zachowanie rozprasające, niepokój i utrata apetytu.

Interwencje:

1. Ocenianie bólu [10026119]
 2. Ocenianie psychologicznej odpowiedzi na ból [10038964]
 3. Ocenianie wiedzy o zarządzaniu bólem [10039041]
 4. Ocenianie wiedzy o bólu [10039104]
 5. Współdziałanie przy formułowaniu planu zarządzania bólem [10039831]
 6. Współdziałanie ze specjalistą leczenia bólu [10039601]
 7. Konsultowanie zarządzania bólem [10024331]
 8. Administrowanie lekiem przeciwbólowym [10023084]
 9. Identyfikowanie postawy wobec bólu [10009654]
 10. Implementacja wytycznych dotyczących bólu [10009872]
 11. Monitorowanie bólu [10038929]
 12. Nauczanie o zarządzaniu bólem [10019489]
 13. Nauczanie rodziny o zarządzaniu bólem [10038337]
 14. Zarządzanie bólem [10011660]
 15. Ewaluacja odpowiedzi psychospołecznej na instruowanie dotyczące bólu [10007148]
 16. Ewaluacja odpowiedzi na zarządzanie bólem [10034053]
- Diagnoza/Wynik: zredukowany ból [10027917]

Diagnoza pielęgniarska nr. 2. Rana chirurgiczna [10023148]

Przedmiot: rana [10021178]

Rana: nacięcie tkanki za pomocą ostrego instrumentu chirurgicznego w celu utworzenia dostępu do przestrzeni ciała lub narządu, skutkujące wyciekami płynu surowiczego i krwi, zachowujące jałowość, czyli nieobecność oznak infekcji lub zbierania się ropy.

Interwencje:

1. Ewaluacja ryzyka zakażenia po operacji [10034048]
2. Ewaluacja gojenia się rany [10007218]
3. Ewaluacja oznak i objawów zakażenia po operacji [10034069]
4. Ewaluacja odpowiedzi psychospołecznej na instruowanie dotyczące rany [10007124]
5. Utrzymywanie drenażu rany [10036596]
6. Ewaluacja przewodów i drenów [10034076]
7. Nauczanie o pielęgnacji rany [10034961]
8. Nauczanie o gojeniu się rany [10034974]
9. Ocenianie rany [10030799]
10. Pielęgnacja rany chirurgicznej [10032863]

Diagnoza/Wynik: Efektywne gojenie rany [10035096]

Diagnoza pielęgniarska nr. 3. Zaburzony status odżywienia [10025746]

Przedmiot: status odżywienia [10013419]; zaburzony status odżywienia [10012804]

Zaburzony status odżywienia: właściwość: kondycja osoby w odniesieniu do innych, względna pozycja osoby.

Interwencje:

1. Monitorowanie odżywiania [10036032]
2. Monitorowanie wagi ciała [10032121]
3. Nauczanie o reżimie terapii [10024625]
4. Ocenianie statusu odżywienia [10030660]
5. Współdziałanie z lekarzem [10023565]
6. Zarządzanie statusem odżywienia [10036013]
7. Nauczanie o potrzebach dietetycznych [10046533]

Diagnoza/Wynik: Pozytywny status odżywienia [10025002]

Diagnoza pielęgniarska nr. 4. Brak apetytu [10033399]

Przedmiot: Apetyt [10002455]

Apetyt: doznanie pragnienia zaspokojenia potrzeby spożycia substancji odżywczych lub określonego typu pokarmu

Interwencje:

1. Ważenie pacjenta [10033323]
 2. Asystowanie w jedzeniu i piciu [10037269]
 3. Monitorowanie odżywiania [10036032]
 4. Monitorowanie spożycia pokarmów [10036614]
 5. Ocenianie postawy wobec statusu odżywienia [10002694]
 6. Ocenianie zachowań związanych z jedzeniem lub piciem [10002747]
 7. Ocenianie ryzyka zaburzonego statusu odżywienia [10040921]
- Diagnoza/Wynik: Pozytywny apetyt [10040333]

Diagnoza pielęgniarska nr. 5. Brak wiedzy o chorobie [10021994]

Przedmiot: Wiedza [10011042]

Wiedza: specyficzny kontekst myślenia wynikające z mądrości własnej, nabytej wiedzy, informacji lub umiejętności

Interwencje:

1. Ocenianie gotowości do uczenia się [10002781]
 2. Nauczanie o zachowaniach prozdrowotnych [10032956]
 3. Nauczanie o potrzebach dietetycznych [10046533]
 4. Poradnictwo dla pacjenta [10031062]
 5. Promowanie samodzielnego zarządzania objawami [10038469]
 6. Zapewnienie materiału instruktażowego [10024493]
 7. Promowanie zachowań prozdrowotnych [10032465]
- Diagnoza/Wynik: Adekwatna wiedza [10027112]

Diagnoza pielęgniarska nr. 6. Nastrój depresyjny [10022402]

Przedmiot: nastrój [10036241]; nastrój depresyjny [10005784]

Nastrój depresyjny : negatywna emocja: różnorodne uczucia, od smutku do melancholii, z obniżoną koncentracją, utratą apetytu i bezsennością

Interwencje:

1. Ocenianie nastroju [10038938]
 2. Ocenianie nastroju depresyjnego [10026055]
 3. Administrowanie lekiem [10025444]
 4. Kierowanie na terapię zajęciową [10026415]
 5. Identyfikowanie statusu psychologicznego [10044241]
- Diagnoza/Wynik: Zmniejszony nastrój depresyjny [10027901]

Diagnoza pielęgniarska nr. 7. Strach przed śmiercią [10000703]

Przedmiot: strach przed śmiercią [10026541]; strach [10007738]

Strach przed śmiercią: emocja negatywna: poczucie zagrożenia, niebezpieczeństwa lub utrzymujący się stres wywołany znanymi lub nieznanymi przyczynami, czasami związany z fizjologiczną reakcją „walcz lub uciekaj”.

Interwencje:

1. Poradnictwo dotyczące strachu [10026208]
 2. Terapia w grupie wsparcia [10019135]
 3. Ocenianie strachu [10024267]
 4. Ocenianie strachu przed śmiercią [10026093]
- Diagnoza/Wynik: Zredukowany strach [10027889]

Wnioski

Zastosowanie klasyfikacji ICNP® umożliwia odzwierciedlenie sytuacji zdrowotnej pacjenta w przebiegu raka żołądka oraz planowanie założeń opieki pielęgniarskiej w oparciu o ujednoczoną terminologię zawodową.

Bibliografia/Bibliography:

1. Domagała W., Chosia M., Uraśńska E. Podstawy Patologii. PZWL, Warszawa 2010.

2. Jakubowska A., Wojnarska B., Lubiński J. Dziedziczny rak żołądka. *Postępy Nauk Medycznych* 2008;526-528.
3. Munoz S.E., Ferrearoni M., La Vecchia C., Decarli A. Gastric cancer factor in subjects with family history. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1997; 6 (2): 137-40.
4. Didkowska J., Wojciechowska U., Olasek P. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2015 roku. Ministerstwo Zdrowia, 2017.
5. Januszewicz W., Wysocki W.M., Starzyńska T. Rak żołądka [data dostępu 12.08.2019r.].
6. Wysocki W.M., Jankowski M. Obserwacja chorych po leczeniu z powodu wybranych nowotworów złośliwych. Część V: rak żołądka. *Med. Prakt.*, 2017; 6: 34-35.
7. <http://onkologia.org.pl/rak-zoladka/.com> [data dostępu 16.12.2019r.].
8. Koper A. Pielęgniarstwo onkologiczne. PZWL, Warszawa 2011.
9. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser> [data dostępu 16.12.2019]

Otrzymano: 09.12.2019r.

Zaakceptowano: 16.12.2019r.