

Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku

Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu

4(1)/2016

Rada naukowa

dr hab. Mariusz Wysokiński
dr hab. Joanna Rosińczuk
doc. PhDr. Helena Kadučáková, PhD.
doc. PhDr. Zuzanna Hudáková, PhD.
dr Ewa Barczykowska
dr Wiesław Fidecki

Kolegium redakcyjne

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

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

Projekt okładki

Kamil Zgodziński

Czasopismo jest wydawane na zasadach licencji niewyłączonej Creative Commons.



ISSN 2451-1846
ISSN (online) 2541-1846

© Copyright by Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku
Włocławek 2016

Redakcja czasopisma:

Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu
Instytut Nauk o Zdrowiu
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/Contents

Od Redakcji /Editorial.....6

Artykuły oryginalne/Original

Magdalena Delura, Maria Posłuszna-Owczar, Leokadia Rezmerska
Satysfakcja pacjentów z pielęgniarskiej opieki przedoperacyjnej8-15

Małgorzata Łuczak, Maria Posłuszna-Owczar
Rehabilitacja kardiologiczna czynnikiem poprawy jakości życia chorych po
przebytych zawale mięśnia sercowego.....16-25

Katarzyna Stachoń, Mariola Rybka
Pielęgniarstwo jako zawód zaufania publicznego w opinii pacjentów26-31

Danuta Pantlinowska, Anna Antczak
Wpływ akceptacji choroby na jakość życia pacjentów z cukrzycą typu 232-39

Opis przypadku/Case Report

Karolina Filipka
Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej w opiece nad pacjentem w podeszłym
wieku z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc- studium przypadku.....41-49

Artykuły pogładowe/Review

Klaudia Rutka
Rola i zadania szpitalnego koordynatora transplantacyjnego51-57

Od Redakcji/Editorial

Szanowni Państwo,

Z przyjemnością przekazujemy Państwu czwarty numer międzynarodowego kwartalnika naukowego *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu (Innovations in Nursing and Health Sciences)*. Prezentujemy w nim kolejne artykuły oryginalne, pracę pogładową i studium przypadku. Bieżący numer zamyka pierwszy rok ukazywania się czasopisma. Mamy nadzieję, że mieli Państwo okazję zapoznać się z interesującymi opracowaniami z zakresu nauk o zdrowiu.

W nowym 2017 roku zapraszamy Państwa do nadsyłania kolejnych tekstów i zgłaszania sugestii dotyczących publikacji.

Z poważaniem
Redakcja

Artykuły oryginalne/Original

Magdalena Delura¹, Maria Połusznna-Owczarz², Leokadia Rezmerska³

¹ Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie, Szpitalny Oddział Ratunkowy

² Kujawska Szkoła Wyższa we Włocławku, Wydział Nauk o Zdrowiu

³ Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku, Instytut Nauk o Zdrowiu

Satysfakcja pacjentów z pielęgniarstwiej opieki przedoperacyjnej

Patients' satisfaction with preoperative nursing care

Streszczenie

Wstęp. Istotnym elementem zarządzania jakością w zakładach opieki zdrowotnej stał się pomiar satysfakcji pacjenta z otrzymanych świadczeń medycznych. Badanie satysfakcji pacjenta jest badaniem subiektywnych ocen pacjenta opartych na indywidualnym doświadczeniu, wymaganiach i oczekiwaniach. Dla pacjenta jakość usług medycznych zależy od kwalifikacji lekarzy i pielęgniarek, od przebiegu procesu terapeutycznego oraz od poprawy stanu zdrowia. Pacjent ocenia respektowanie praw pacjenta, postawę personelu, proces pielęgnowania, dostępność i warunki udzielania świadczeń, wygodę korzystania ze świadczeń, sprawność organizacyjną w udzielaniu świadczeń oraz uzyskane efekty zdrowotne.

Cel. Celem badań jest poznanie i analiza poziomu satysfakcji pacjenta z przedoperacyjnej opieki pielęgniarstwiej.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie. Grupę badaną stanowiło 60 pacjentów będących w okresie przedoperacyjnym przebywających w 4 oddziałach zabiegowych. Dla wykonania badań wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego z użyciem kwestionariusza ankiety własnej konstrukcji.

Wyniki. Na podstawie wykonanych badań stwierdzono, że pacjenci będący w okresie przedoperacyjnym prezentują wysoką satysfakcję z opieki pielęgniarstwiej świadczonej w oddziale szpitalnym. Na poziomie satysfakcji pacjentów wpływają określone czynniki socjodemograficzne.

Wnioski. 1. Satysfakcja pacjentów z opieki pielęgniarstwiej przedoperacyjnej jest wyższa w grupie mężczyzn niż w grupie kobiet. 2. Satysfakcja pacjentów z opieki pielęgniarstwiej przedoperacyjnej jest wyższa w grupie osób będących w związku małżeńskim jak i będących w stanie wolnym w porównaniu z grupą osób owdowiałych. 3. Satysfakcja pacjentów z opieki pielęgniarstwiej przedoperacyjnej jest wyższa wśród osób mieszkających na wsi w porównaniu z grupą osób mieszkających w mieście. 4. Satysfakcja pacjentów z opieki pielęgniarstwiej przedoperacyjnej jest jednakowo wysoka wśród osób mających jako źródło dochodu stałą pracę jak i wśród osób mających okresową pracę lub osób, których źródłem utrzymania jest emerytura.

Abstract

Introduction. The measurement of patient satisfaction with the medical services received has become an important element of quality management in health care. Patient's satisfaction test is a study of patient's subjective assessments based on individual experience, requirements and expectations. For the patient,

the quality of medical services depends on the qualifications of doctors and nurses, on the course of the therapeutic process as well as on the improvement of health. The patient assesses the respect for the rights of the patient, the attitude of the staff, the nursing process, and the availability and conditions for granting services, convenience in the services, organizational efficiency in the provision of services and the resulting health effects.

Aim. The aim of the research is to understand and analyze the level of patient's satisfaction with pre-operative nursing care.

Material and methods. The study was conducted at the Specialist Hospital in Ciechanów. The study group included 60 patients preoperatively staying in 4 surgical wards. In the study the diagnostic survey method using a questionnaire of our own design was applied.

Results. Based on the studies it has been found that patients in the preoperative period present high satisfaction with nursing care provided in a hospital ward. The level of satisfaction of patients is affected by certain socio-demographic factors.

Conclusions. 1. Patients' satisfaction with preoperative nursing care is higher in men when compared to women. 2. Patients' satisfaction with preoperative nursing care is higher among those who are married and who are unmarried, compared with a group of respondents being a widow or widower. 3. Satisfaction of patients with pre-operative nursing care is higher among those living in rural areas compared with those living in the city. 4. Patients' satisfaction with preoperative nursing care is equally high among respondents with a source of income from a permanent job as well as among those with temporary jobs or people whose source of income is based on retirement benefits.

Słowa kluczowe: pacjent, satysfakcja, opieka pielęgnarska

Keywords: patient, satisfaction, nursing care

Wstęp

Jakość opieki może być oceniana względem świadczeniodawcy jak i świadczeniobiorcy. Sposobem oceny jakości opieki z punktu widzenia pacjenta czyli świadczeniobiorcy jest badanie jego satysfakcji. Satysfakcja może być definiowana jako „przyjemność jaką odczuwamy, gdy osiągniemy coś, na czym nam zależało lub jest to też zadośćuczynienie za wyrządzoną komuś krzywdę lub za obrazę”. Pojęcie to rozumiane jest także jako „wyobrażenie, pogląd, zdanie o czymś, rozumienie, uświadamianie sobie czegoś”, a także może to być „myślowe odzwierciedlenie całościowego ujęcia istotnych cech przedmiotów czy zjawisk, myślowy odpowiednik nazwy”. Poczucie satysfakcji jest zjawiskiem psychicznym oraz subiektywnym uczuciem przyjemności i zadowolenia, które przejawia się w postaci pewnych istotnych postaw, zachowań, reakcji [1,2].

Analizując pojęcie satysfakcji pacjenta należy ustalić co jest istotą tego uczucia oraz jakie ważne cechy je odzwierciedlają. Jest to miara opinii chorego lub jego rodziny na temat udzielonej opieki medycznej. Na gruncie pielęgnarskim akceptowana i szeroko stosowana jest definicja N. Risser, zgodnie z którą satysfakcja pacjenta z opieki pielęgnarskiej to stopień zgodności między jego oczekiwaniami a percepcją opieki, którą realnie otrzymuje. Zależy ona od różnicy między tym, co uzyskuje chory, a jego subiektywnymi oczekiwaniami. Jeżeli różnica jest dodatnia oznacza to, że pacjent jest usatysfakcjonowany, jeżeli różnica jest ujemna świadczy to o jego niezadowoleniu. Oczekiwania pacjentów mają zatem wpływ na określanie poziomu satysfakcji z otrzymanej opieki. Oczekiwania takie mogą powstawać na podstawie wyobrażenia o idealnej opiece lub wynikać z wcześniejszych doświadczeń związanych z systemem ochrony zdrowia. Jedną z istotnych kwestii związanych z pomiarem satysfakcji pacjentów z uzyskanych świadczeń jest określenie potencjalnego wpływu indywidualnych oczekiwań na ocenę poziomu zadowolenia [2,3].

Jakość świadczonych usług medycznych oceniana jest na podstawie określonych standardów, obiektywnych danych i wskaźników ustalonych przez świadczeniodawców, kadre kierowniczą, jednostki akredytujące szpitale, ewentualnie Narodowy Fundusz Zdrowia. Natomiast satysfakcja pacjenta jest subiektywnym postrzeganiem i oceną jakości opieki świadczonej w placówce według jego własnych, subiektywnych kryteriów. Należy jednak pamiętać, że to pacjent i jego potrzeby, oczekiwania, pragnienia są w centrum uwagi personelu medycznego oraz to, że jest on główną postacią procesu. W związku z tym posiada on prawo do współdecydowania o przebiegu procesu leczenia i pielęgnowania, jak również oceny i decydowania o jakości tej opieki [4].

Okres hospitalizacji charakteryzuje największe natężenie bezpośrednich kontaktów pielęgniarki z chorym. W dużej mierze to właśnie od pielęgniarki zależy jak pacjent będzie radził sobie w przebiegu choroby, jak znieśie uciążliwości związane z procesem diagnozowania i leczenia, jak zostanie przygotowany do powrotu do środowiska domowego. Jakość opieki pielęgniarskiej stanowi znaczącą składową ogólnego wymiaru jakości opieki świadczonej w placówce ochrony zdrowia. Współcześnie pacjenci domagają się świadczeń, które spełniają ich wymagania, a tym samym podlegają weryfikacji w ramach systemu zarządzania jakością. Zarządzanie jakością przyczynia się do poprawy pozycji rynkowej oraz wizerunku i prestiżu placówki. Prowadzi także do zwiększenia wydajności oraz usprawnienia obsługi pacjentów i wzrostu ich zadowolenia [5].

Istotnym elementem zarządzania jakością w zakładach opieki zdrowotnej stał się pomiar satysfakcji pacjentów. Badanie poziomu ich zadowolenia to analiza subiektywnych ocen chorych oparta na ich indywidualnym doświadczeniu, wymaganiach i oczekiwaniach. W opinii pacjenta jakość usług medycznych zależy od kwalifikacji lekarzy i pielęgniarek, warunkuje przebieg procesu terapeutycznego oraz poprawę stanu zdrowia. Chory ocenia respektowanie jego praw, postawę personelu, proces pielęgnowania, dostępność, warunki, wygodę i sprawność organizacyjną w udzielaniu świadczeń oraz uzyskane efekty zdrowotne.

Elementem, na którym opiera się cały proces zapewniania jakości opieki pielęgniarskiej, stanowią standardy opieki pielęgniarskiej, które są normami, regułami i zasadami postępowania w opiece nad poszczególnymi grupami pacjentów. Istotą standardu jest ukierunkowanie go na pożądaną, wartościową poziom, który zmierza w kierunku ideału, ale z zachowaniem osiągalności i realistyczności. Jakość opieki pielęgniarskiej postrzegana i odczuwana przez pacjenta jest jednym z mierników całościowej opieki świadczonej w placówce ochrony zdrowia. Chory ma prawo oczekiwać i wymagać wysokiego poziomu opieki oraz uczestniczyć w podejmowaniu decyzji dotyczących jej przebiegu [6].

Celem badań, których wyniki zaprezentowano w opracowaniu była analiza poziomu satysfakcji pacjentów z przedoperacyjnej opieki pielęgniarskiej.

Materiał i metody badań

Badania przeprowadzono w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie w okresie od stycznia do kwietnia 2013 roku. Na wykonanie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu (21/KB/2012). Grupę badaną stanowili pacjenci będący w okresie przedoperacyjnym przebywający w Oddziale Chirurgii Ogólnej, Oddziale Urologicznym, Oddziale Ginekologicznym oraz w Oddziale Laryngologicznym. W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego z użyciem kwestionariusza ankiety własnej konstrukcji zawierającego 17 pytań zamkniętych jednokrotnego i wielokrotnego wyboru. Analizę statystyczną wyników badań wykonano przy użyciu programu Microsoft Office Excel 2007 z zastosowaniem testu chi kwadrat (χ^2) dla

zbadań zależności pomiędzy dwiema zmiennymi nominalnymi. Przyjęto dla wszystkich analiz współczynnik istotności na poziomie $p \leq 0,05$.

Wyniki badań

W badaniach uczestniczyło 60 pacjentów, w tym kobiety stanowiły 45 %, a mężczyźni 55% ogółu badanych. Wiek respondentów kształtował się od 20 do 80 lat, a dominujący przedział wiekowy dotyczył 71-80 lat (21,7%). Największą grupę pod względem stanu cywilnego stanowili badani pozostający w związku małżeńskim (56,7 %). Wśród respondentów dominowały osoby z wykształceniem podstawowym (46,7 %) oraz mieszkańcy miast (56,7%). Podstawowym źródłem utrzymania badanych były dochody z pracy stałej (35,0%).

Zdecydowana większość respondentów (96,3%) była zadowolona z opieki pielęgniarskiej świadczonej w oddziale szpitalnym w okresie przed operacją. Za najważniejszy element optymalnego przygotowania do operacji 31,7% osób uznało zapewnienie poczucia intymności. Natomiast 26,7% respondentów podkreśliło znaczenie poziomu kultury rozmów prowadzonych z pacjentami przez pielęgniarki. W opinii 28,3% badanych każdy z powyższych aspektów był istotny. Z kolei 11,7% chorych podkreślało znaczenie zapewnienia ciszy i spokoju, a 1,7% pacjentów - reakcje pielęgniarek na prośby pacjentów.

Zdecydowana większość respondentów (71,7%) twierdziła, że niczego nie trzeba zmieniać w pracy pielęgniarek sprawujących opiekę nad pacjentami w okresie przedoperacyjnym. Natomiast 15,0% osób było zdania, że należy zmienić wszystko, a 11,7% uważała, że konieczna jest ścisła współpraca pielęgniarek w zakresie pomocy chorym. Wszyscy respondenci (100%) potwierdzili, że szpital, w którym przebywali jest godny polecenia rodzinie i znajomym a także to, że doradziliby pobyt w oddziale i poddanie się operacji.

W analizie statystycznej wyników badań zbadano korelację zmiennych niezależnych (z grupy czynników socjodemograficznych) ze zmiennymi zależnymi czyli opiniami badanych na temat zadowolenia z opieki pielęgniarskiej przedoperacyjnej. Tabela 1 prezentuje satysfakcję respondentów z opieki w zależności od ich płci.

Tabela 1. Zadowolenie z opieki pielęgniarskiej a płeć badanych.

Zadowolenie \ Płeć	Tak		Nie		Razem
	n=59	%	n=1	%	
kobieta	26	96,3%	1	3,7%	27
mężczyzna	33	100,0%	0	0,0%	33
Istotność χ^2	1,24				60

Źródło: opracowanie własne

Nie stwierdzono zależności istotnej statystycznie pomiędzy płcią respondentów a zadowoleniem z opieki pielęgniarskiej. Niemniej jednak wszyscy mężczyźni (100%) i zdecydowana większość kobiet (96,3%) potwierdzili satysfakcję z udzielanych świadczeń. Tylko 1 kobieta (3,7%) zaprzeczyła takiej opinii.

Tabela 2 przedstawia zadowolenie z opieki w zależności od płci respondentów.

Tabela 2. Zadowolenie z opieki pielęgniarskiej a stan cywilny badanych.

Zadowolenie \ Stan cywilny	Tak		Nie		Razem
	n=59	%	n=1	%	
wolny / wolna	6	100,0%	0	0,0%	6
żonaty / zamężna	34	100,0%	0	0,0%	34
wdowa / wdowiec	18	94,7%	1	5,3%	19
rozwidziony / rozwiedziona	1	100,0%	0	0,0%	1
Istotność χ^2	2,19				60

Źródło: opracowanie własne

Nie potwierdzono zależności istotnej statystycznie między zadowoleniem z uzyskanej opieki a stanem cywilnych badanych. Wszyscy respondenci poza 1 osobą będącą wdową (5,3%) wyrażali satysfakcję z opieki pielęgniarskiej.

W tabeli 3 zaprezentowano opinię badanych na temat zadowolenia z opieki z uwzględnieniem ich miejsca zamieszkania.

Tabela 3. Zadowolenie z opieki pielęgniarskiej a miejsce zamieszkania badanych.

Zadowolenie \ Miejsce zamieszkania	Tak		Nie		Razem
	n=59	%	n=1	%	
Miasto	33	97,1%	1	2,9%	34
Wieś	26	100,0%	0	0,0%	26
Istotność χ^2	0,78				60

Źródło: opracowanie własne

Na podstawie analizy statystycznej nie stwierdzono zależności pomiędzy miejscem zamieszkania ankietowanych a ich zadowoleniem z opieki pielęgniarskiej. Niemniej jednak wszyscy mieszkańcy wsi (100%) i zdecydowana większość osób mieszkających w mieście (97,1%) wyraziła satysfakcję z udzielanej opieki pielęgniarskiej. Tylko jeden mieszkaniec miasta (2,9%) nie potwierdził takiego stanowiska.

W tabeli 4 zaprezentowano opinię badanych na temat zadowolenia z opieki z uwzględnieniem źródła ich utrzymania.

Tabela 4. Zadowolenie z opieki pielęgniarskiej a źródło utrzymania badanych.

Zadowolenie \ Źródło utrzymania	Tak		Nie		Razem
	n=59	%	n=1	%	
praca okresowa	9	100,0%	0	0,0%	9
praca stała	21	100,0%	0	0,0%	21
emerytura	7	100,0%	0	0,0%	7
Inne	22	95,7%	1	4,4%	23
Istotność χ^2	1,64				60

Źródło: opracowanie własne

Analiza statystyczna nie dowiodła istotnej statystycznie zależności pomiędzy źródłem utrzymania respondentów a zadowoleniem z opieki pielęgniarskiej. Niezależnie od źródła dochodów wynikających z pracy stałej, okresowej lub posiadania uprawnień emerytalnych wszyscy badani potwierdzali satysfakcję z opieki. Tylko jedna osoba dysponująca innym źródłem utrzymania (4,4%) nie potwierdziła takiego stanowiska.

Dyskusja

Badanie satysfakcji pacjenta jest istotnym elementem oceny jakości świadczonej opieki zdrowotnej. Potrzeba pomiaru i oceny jakości opieki pielęgniarskiej jest faktem niekwestionowanym, jednakże nie jest to zadanie łatwe. Zainteresowanie pomiarem jakości opieki pielęgniarskiej i jej zapewnianie jest wynikiem rosnącej tożsamości zawodowej pielęgniarek i potrzebą szukania nowych, opartych na podstawach naukowych rozwiązań w praktyce zawodowej. Ponadto pomiar jakości opieki zdrowotnej to także zalecenia instytucji finansujących świadczenia opieki zdrowotnej [7].

W odniesieniu do badań własnych stwierdzono, że pacjenci są zdecydowanie zadowoleni z pielęgniarskiej opieki przedoperacyjnej. Respondenci uważają, że zostali odpowiednio przygotowani przez pielęgniarkę do zabiegu operacyjnego oraz że ułatwiono im akceptację operacji jako metody leczenia choroby. Potwierdzają, że wyjaśniono im zasadność wykonywania badań i zabiegów. Wyniki badań własnych wskazują, że czynniki takie jak: dostępność pielęgniarek w razie potrzeby, uprzejmość, okazywanie zrozumienia i zainteresowania przez pielęgniarki, kultura rozmowy, zapewnienie intymności, reakcja na prośby chorych, szybkość reagowania mają duży wpływ na satysfakcję pacjentów z opieki przedoperacyjnej.

W toku procedury badań własnych analizowano wpływ wybranych czynników socjodemograficznych na wynik oceny opieki pielęgniarskiej przedoperacyjnej, dokonanej przez pacjentów oddziałów zabiegowych. Analiza statystyczna wyników badań własnych dowiodła, że nie istnieje istotna zależność pomiędzy zadowoleniem pacjentów z przedoperacyjnej opieki pielęgniarskiej a czynnikami socjodemograficznymi, takimi jak: płeć, stan cywilny, miejsce zamieszkania, źródło utrzymania respondentów.

W badaniach M. Motyki i współautorów wykazano duże oczekiwania pacjentów w zakresie informowania na temat własnej choroby i jednocześnie niedostateczny wynik realizacji tych oczekiwań przez lekarzy i pielęgniarki w opinii zdecydowanej większości pacjentów. W. Kapała na podstawie wyników badań w zakresie oczekiwań pacjentów hospitalizowanych wobec personelu pielęgniarskiego stwierdził, że chorzy mają problem ze sprecyzowaniem swoich oczekiwań wobec pielęgniarki. Autor wskazał, że pacjenci oczekują od pielęgniarki w największym zakresie sprawności manualnej podczas wykonywania zabiegów oraz informowania o wykonywanych czynnościach [2].

Oczekiwania pacjentów wobec pielęgniarki neurochirurgicznej badał także R. Ślusarz i współautorzy. Najistotniejsze z tych oczekiwań to: punktualność, odpowiedzialność, kultura osobista, życzliwość, przygotowanie psychiczne do zabiegu, rzetelna informacja o wykonywanych czynnościach pielęgnacyjnych, pomoc w utrzymaniu higieny, pomoc w zaspokajaniu potrzeb fizycznych, eliminowanie bólu, edukacja. Zespół badawczy R. Ślusarza i współautorów, oceniając satysfakcję pacjentów z opieki pielęgniarskiej dokonał analizy następujących aspektów opieki pielęgniarskiej: informowanie o czynnościach i zabiegach wykonywanych przez pielęgniarki, czas pielęgniarki przeznaczony dla pacjenta, szybkość reakcji na wezwanie chorego, praca pielęgniarek na dyżurach dziennych i nocnych [8].

Wyniki badań innego zespołu badawczego uwzględniają odrębne aspekty opieki pielęgniarskiej oceniane w toku badań satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej. Należą do nich takie zagadnienia jak: poprawność wykonywania zabiegów, relacje interpersonalne, sposób przyjęcia pacjenta do oddziału, podmiotowe traktowanie pacjenta, informowanie, edukacja, zaspokajanie potrzeb egzystencjalnych, warunki hotelowe, przygotowanie pacjenta do samoopieki, poświęcanie czasu i uwagi pacjentowi, takt, kultura oraz postawa pielęgniarek wobec pacjenta [7].

Porównanie uzyskanych wyników badań własnych z wynikami otrzymanymi w innych ośrodkach badawczych jest utrudnione ze względu na stosowane przez zespoły autorów różnych narzędzi badawczych i różnych kryteriów doboru grupy badanej.

Wnioski

1. Satysfakcja pacjentów z opieki pielęgniarskiej przedoperacyjnej jest wyższa w grupie mężczyzn niż w grupie kobiet. Różnice te nie są istotne statystycznie.
2. Satysfakcja pacjentów z opieki pielęgniarskiej przedoperacyjnej jest wyższa w grupie osób będących w związku małżeńskim jak i będących w stanie wolnym, w porównaniu do osób owdowiałych. Różnice te nie są istotne statystycznie.
3. Satysfakcja pacjentów z opieki pielęgniarskiej przedoperacyjnej jest wyższa wśród osób mieszkających na wsi, w porównaniu do respondentów mieszkających w mieście. Różnica ta nie jest istotna statystycznie.
4. Satysfakcja pacjentów z opieki pielęgniarskiej przedoperacyjnej jest wysoka niezależnie od źródeł dochodu badanych. Różnic istotnych statystycznie nie stwierdzono.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

W opiece pielęgniarskiej realizowanej wobec pacjentów w okresie przedoperacyjnym należy wdrażać wysoki poziom świadczeń. Zgodnie z oczekiwaniami pacjentów z oddziałów zabiegowych w opiece pielęgniarskiej należy szczególnie uwzględnić uprzejmość, życzliwość, okazywanie zainteresowania, zrozumienie problemów pacjenta, szybkość reakcji na jego prośby, zapewnienie intymności w czasie badań i zabiegów. Czynniki te mają znaczący wpływ na kształtowanie poziomu satysfakcji pacjentów z otrzymywanych świadczeń pielęgnacyjnych.

Bibliografia / Bibliography:

1. Słownik języka polskiego. Tom V. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 2007.
2. Szeszycka I. Dylematy pomiaru jakości usług profesjonalnych na przykładzie usług medycznych. *Antidotum*. 2000;4:3-11.
3. Marcinowicz L. Satysfakcja pacjenta. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*. 2008;5:7-9.
4. Mykowska A. Satysfakcja pacjenta a jakość obsługi medycznej. *Zdrowie i Zarządzanie*. 2002;4(6):69-73.
5. Burda K. Analiza problematyki satysfakcji pacjenta w powiązaniu z zagadnieniami dotyczącymi jakości opieki zdrowotnej. *Antidotum*. 2003;01:61-80.
6. Kapała W., Chudziński S., Hycza S. Oczekiwania pacjentów hospitalizowanych na oddziałach zabiegowych wobec personelu pielęgniarskiego. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*. 2008;2(1):12-18.
7. Wyrzykowska M. Ocena opieki pielęgniarskiej w opinii pacjentów. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*. 2007;1(1):3-10.
8. Wasilewski T. Subiektywna ocena wybranych aspektów satysfakcji z pobytu w szpitalu pacjentów oddziałów zabiegowych. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*. 2008;3(27):81-86.

Małgorzata Łuczak¹, Maria Połusznna-Owczarz²

¹ Szpital Powiatowy im. dr L. Błażka w Inowrocławiu, Oddział Kardiologiczny z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego i Pracownią Hemodynamiki

² Kujawska Szkoła Wyższa we Włocławku, Wydział Nauk o Zdrowiu

Rehabilitacja kardiologiczna czynnikiem poprawy jakości życia chorych po przebytych zawale mięśnia sercowego

Cardiac rehabilitation as a factor improving the quality of life of patients after myocardial infarction

Streszczenie

Wstęp. Choroby układu krążenia są jednym z najpoważniejszych problemów zdrowotnych współczesnego świata przyczyniają się do niepełnosprawności i przedwczesnych zgonów. Przebycie zawału mięśnia sercowego dla większości pacjentów jest sytuacją, która poważnie wpływa na dalsze ich życie jak i ich najbliższych. Prawidłowo realizowana rehabilitacja kardiologiczna przynosi znaczące korzyści. Przyczynia się bowiem do modyfikacji stylu życia, promując aktywność fizyczną, rezygnację z używek, zmniejszenie masy ciała, zmianę nawyków żywieniowych.

Cel. Celem badań jest poznanie i analiza wpływu rehabilitacji kardiologicznej na jakość życia chorych po przebytych zawale mięśnia sercowego.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w Szpitalu Powiatowym w Inowrocławiu. W badaniach uczestniczyło 100 pacjentów będących po przebytych zawale mięśnia sercowego. Dla przeprowadzenia badań wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego z użyciem kwestionariusza ankiety własnej konstrukcji.

Wyniki. Wykonane badania pozwoliły stwierdzić, że rehabilitacja kardiologiczna spowodowała znaczący wzrost osób prowadzących aktywny tryb życia, co korzystnie wpływa na jakość życia pacjentów.

Wnioski. 1. Stan wiedzy chorych po zawale mięśnia sercowego na temat rehabilitacji kardiologicznej zależy istotnie od poziomu wykształcenia osób badanych. 2. Korzystanie z pomocy specjalistycznej wśród chorych po przebyciu zawału mięśnia sercowego zależy istotnie od miejsca zamieszkania osób badanych. 3. Korzyści z rehabilitacji kardiologicznej wśród chorych po zawale mięśnia sercowego są zależne istotnie od czasu jej trwania. 4. Sytuacja materialna chorych po zawale mięśnia sercowego realizujących program rehabilitacji istotnie zależy od statusu finansowego. 5. Stosowanie prawidłowej diety wśród chorych po zawale mięśnia zależy istotnie od statusu finansowego. Najmniej zamożna grupa chorych w znacznej większości nie stosuje odpowiedniej diety lub ma zdecydowane trudności z prowadzeniem prawidłowego sposobu odżywiania.

Abstract

Introduction. Cardiovascular diseases are one of the most serious health problems of the contemporary world contributing to disability and premature death. A history of myocardial infarction for most patients is a situation which seriously affects their further life and that of their loved ones. Properly implemented

cardiac rehabilitation brings significant benefits. It contributes to lifestyle modification, promoting physical activity, giving up drugs, weight loss, change in eating habits.

Aim. The aim of the research is to understand and analyze the impact of cardiac rehabilitation on the quality of life of patients after myocardial infarction.

Material and methods. The study was conducted in the District Hospital in Inowrocław. It included 100 patients after myocardial infarction. The test used diagnostic survey method applying a questionnaire of our own design.

Results. Our findings revealed that cardiac rehabilitation resulted in a significant increase of people with an active lifestyle, which positively affects patients' quality of life.

Conclusions. 1. The state of knowledge of patients after myocardial infarction on cardiac rehabilitation depends significantly on the level of education of the respondents. 2. The use of specialist support in patients after myocardial infarction depends significantly on the place of residence of the respondents. 3. The benefits of cardiac rehabilitation in patients after myocardial infarction depend significantly on its duration. 4. The material situation of patients after myocardial infarction implementing rehabilitation program is significantly conditioned on their financial status. 5. Following appropriate diet by patients after myocardial infarction depends significantly on the financial status. The least wealthy group of patients in their vast majority do not apply a proper diet or have strong difficulties with the its implementation.

Słowa kluczowe: pacjent, zawał mięśnia sercowego, jakość życia, rehabilitacja

Keywords: patient, myocardial infarction, quality of life, rehabilitation

Wstęp

Choroby układu krążenia stanowią jeden z najpoważniejszych problemów zdrowotnych współczesnego świata prowadząc do niepełnosprawności oraz zgonów. Przyczyną największej umieralności jest choroba wieńcowa. Z powodu dużego rozpowszechnienia, przebiegu oraz konsekwencji choroby układu krążenia są specyficznym obszarem zainteresowania badaczy oceniających jakość życia. Opiniuje się nie tylko stan zdrowia chorych, skuteczność leczenia oraz wpływ stosowania nowych leków lecz także to, czy zastosowane leczenie przyniosło oczekiwany skutek, czy poprawiło codzienne funkcjonowanie, ograniczyło cierpienie, stworzyło możliwość powrotu do aktywności w życiu rodzinnym, społecznym i zawodowym.

Przebyte zawału mięśnia sercowego dla większości pacjentów jest sytuacją, która poważnie wpływa na dalsze życie chorych jak i ich najbliższych. Bezpośrednie zagrożenie życia sprawia, że pacjenci zadają sobie pytania o przyczyny i następstwa choroby. Zastanawiają się jak zminimalizować ryzyko ponownego incydentu, jak zmienić swoje życie, nawyki, przyzwyczajenia, aby dłużej cieszyć się zdrowiem. Odpowiedzi na te nurtujące pytania pacjenci mogą znaleźć podczas uczestniczenia w rehabilitacji kardiologicznej, gdzie pod nadzorem specjalistów mogą odzyskać dawną sprawność i rozpocząć prowadzenie normalnego życia o ile potrafią stosować się do zasad prozdrowotnego stylu życia.

Prawidłowo prowadzona rehabilitacja kardiologiczna przynosi korzyści daleko wykraczające poza usprawnianie ruchowe pacjentów. Przyczynia się bowiem do zmiany stylu życia, promując aktywność fizyczną, rezygnację z używek, zmniejszenie masy ciała, modyfikację nawyków żywieniowych. Dzięki temu można obniżyć wartości ciśnienia tętniczego, poprawić profil lipidowy i metabolizm węglowodanów, zahamować rozwój, a nawet regresję miażdżycy. Możemy również poprawić wydolność układu krążeniowo-oddechowego, wydolność narządu ruchu oraz sprawność fizyczną. Poprawia się współpraca pacjentów z zespołem terapeutycznym, przestrzeganie zaleceń. Rehabilitacja kardiologiczna stanowi źródło wsparcia

psychicznego dla pacjentów w trudnych pierwszych miesiącach po przebyciu zawału mięśnia sercowego [1].

Celem badań jest analiza wpływu rehabilitacji kardiologicznej na jakość życia chorych po przebyciu zawale mięśnia sercowego.

Materiał i metody badań

Badania przeprowadzono w Szpitalu Powiatowym w Inowrocławiu, w Oddziale Kardiologicznym z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego i Pracownią Hemodynamiki oraz w Poradni Kardiologicznej. Na wykonanie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu (12/KB/2011). Grupę badaną stanowiło 100 pacjentów po przebyciu zawale mięśnia sercowego. Dla przeprowadzenia badań wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego z użyciem kwestionariusza ankiety własnej konstrukcji zawierającego 32 pytania. Do analizy statystycznej wyników badań zastosowano test chi-kwadrat (χ^2) w celu weryfikacji zależności pomiędzy badanymi cechami. Dla wszystkich analiz przyjęto współczynnik istotności na poziomie $p \leq 0,05$.

Wyniki badań

W badaniach uczestniczyło 100 pacjentów; skład pod względem płci wyglądał następująco: kobiety – 50%, mężczyźni – 50%. Wiek pacjentów kształtował się od 46 do 65 lat, a dominujący przedział wiekowy to 56-60 lat (36%). Największą grupę pod względem stanu cywilnego stanowili respondenci pozostający w związku małżeńskim (81%). Wśród badanych dominowały osoby z wykształceniem zawodowym (48%) oraz mieszkańcy miast (72%). Podstawowym źródłem utrzymania respondentów była renta lub emerytura (50%). Swoje aktualne warunki materialne badani określali najczęściej jako bardzo dobre i dobre (47%). Najliczniejszą grupą (50%) byli pacjenci realizujący rehabilitację kardiologiczną krócej niż 1 rok po przebyciu ostrego incydentu choroby.

W analizie wyników badań stwierdzono istotną zależność pomiędzy wykształceniem badanych a posiadaniem pełnej wiedzy na temat zagadnień dotyczących prowadzenia rehabilitacji kardiologicznej po przebyciu zawale mięśnia sercowego ($\chi^2=22,9921$). Grupę respondentów z wykształceniem wyższym cechuje największy odsetek osób deklarujących posiadanie kompletnej wiedzy na temat rehabilitacji kardiologicznej (tabela 1).

Tabela 1. Wiedza na temat rehabilitacji po zawale mięśnia sercowego a wykształcenie badanych.

Wiedza		Wykształcenie			
		podstawowe	zawodowe	średnie	wyższe
Niekompletna wiedza	n	4	47	24	5
	%	100 %	98 %	63 %	50 %
Pełna wiedza	n	0	1	14	5
	%	0 %	2 %	37 %	50 %
RAZEM	n	4	48	38	10
	%	100 %	100 %	100 %	100

Źródło: opracowanie własne

Analizując związek pomiędzy miejscem zamieszkania pacjentów a systematycznym poddawaniem się wizytom kontrolnym związanym z oceną efektów rehabilitacji kardiologicznej

po zawale mięśnia sercowego można stwierdzić, że mieszkańcy obszarów wiejskich częściej rezygnują z takich wizyt. Natomiast większość badanych z obszarów miejskich deklaruje swą systematyczność w korzystaniu z pomocy specjalistycznej lub zwiększenie częstości wizyt kontrolnych u lekarza po przebyciu zawału serca (tabela 2). Różnice te są istotne statystycznie ($\chi^2 = 21,6138$).

Tabela 2. Kontrole lekarskie po zawale mięśnia sercowego a miejsce zamieszkania osób badanych.

Kontrole lekarskie		Miejsce zamieszkania	
		miasto	wieś
Częste	n	36	6
	%	50 %	21 %
Okresowe	n	22	3
	%	31 %	11 %
Brak	n	14	19
	%	19 %	68 %
RAZEM	n	72	28
	%	100 %	100 %

Źródło: opracowanie własne

Z dokonanej analizy wynika, że nie ma istotnej statystycznie zależności pomiędzy korzyściami wynikającymi z prowadzenia rehabilitacji kardiologicznej a postawami życiowymi osób po zawale mięśnia sercowego ($\chi^2=4,0251$). Pomimo tego należy podkreślić, że osoby prezentujące postawę optymistyczną zdecydowanie częściej podkreślają korzyści z rehabilitacji kardiologicznej niż osoby z postawą pesymistyczną, które nie potrafią określić czy rehabilitacja jest korzystna czy nie (tabela 3).

Tabela 3. Korzyści z rehabilitacji po zawale mięśnia sercowego a postawy życiowe osób badanych.

Korzyści z rehabilitacji		Postawy	
		optymistyczna	pesymistyczna
Występują	n	41	4
	%	49 %	24 %
Nie występują	n	2	1
	%	2 %	6 %
Trudno powiedzieć	n	40	12
	%	48 %	70 %
RAZEM	n	83	17
	%	100 %	100 %

Źródło: opracowanie własne

Analizując korzyści z rehabilitacji kardiologicznej w zależności od jej czasu trwania można stwierdzić, że w największym stopniu korzyści z rehabilitacji występują wtedy, gdy trwa ona do 5 lat (tabela 4). Stwierdzono w tym zakresie zależność istotną statystycznie ($\chi^2 = 10,9952$).

Tabela 4. Korzyści z rehabilitacji po zawale mięśnia sercowego a czas trwania rehabilitacji.

Korzyści z rehabilitacji		Okres rehabilitacji		
		do 1 roku	do 5 lat	do 10 i więcej lat
Występują	n	12	23	3
	%	24 %	58 %	30 %
Nie występują	n	12	6	2
	%	24 %	15 %	20 %
Trudno powiedzieć	n	26	11	5
	%	52 %	27 %	50 %
RAZEM	n	50	40	10
	%	100 %	100 %	100 %

Źródło: opracowanie własne

Dokonana analiza pokazuje, że czas trwania rehabilitacji kardiologicznej nie ma istotnego statystycznie wpływu na podjęcie próby eliminacji któregoś z czynników ryzyka ($\chi^2=6,8253$). Należy jednak zwrócić uwagę, że wraz z długością trwania rehabilitacji kardiologicznej zwiększa się liczba osób wykazujących brak chęci eliminowania czynników ryzyka zawału mięśnia sercowego (tabela 5).

Tabela 5. Eliminacja czynników ryzyka zawału mięśnia sercowego a czas trwania rehabilitacji kardiologicznej.

Eliminacja czynników ryzyka		Okres rehabilitacji		
		do 1 roku	2-5 lat	6 i więcej lat
Brak stosowania używek	n	15	18	1
	%	30 %	20 %	10 %
Eliminacja czynników ryzyka	n	12	6	2
	%	46 %	63 %	40 %
Brak chęci eliminacji czynników ryzyka	n	12	7	5
	%	24 %	17 %	50 %
RAZEM	n	50	40	10
	%	100 %	100 %	100 %

Źródło: opracowanie własne

Z przeprowadzonej analizy wynika, że respondenci najmniej zamożni w największym stopniu odczuli pogorszenie swojej sytuacji materialnej w okresie rehabilitacji kardiologicznej. Badani w dobrej i bardzo dobrej sytuacji finansowej najczęściej wskazywali, że okres rehabilitacji nie zmienił ich sytuacji finansowej (tabela 6). Różnice te są istotne statystycznie ($\chi^2=27,1202$).

Tabela 6. Zmiana sytuacji materialnej podczas rehabilitacji kardiologicznej a warunki finansowe badanych.

Sytuacja materialna		Warunki finansowe		
		dobre i bardzo dobre	średnie	Złe
Sytuacja materialna nie uległa zmianie	n	33	9	1
	%	70 %	20 %	11 %
Pogorszenie sytuacji materialnej	n	14	35	8
	%	30 %	80 %	89 %
RAZEM	n	47	44	9
	%	100 %	100 %	100 %

Źródło: opracowanie własne

Analiza wyników dowiodła, że respondenci deklarujący dobrą sytuację materialną wdrażają założenia diety przeciwmiażdżycowej. Natomiast najmniej zamożna grupa respondentów w większości nie stosuje się do wymagań diety (tabela 7). Zależności te są istotne statystycznie ($\chi^2 = 33,0322$).

Tabela 7. Stosowanie diety przeciwmiażdżycowej a warunki finansowe badanych.

Stosowanie diety		Warunki finansowe		
		dobre i bardzo dobre	średnie	Złe
Stosowanie diety przed i po zawale	n	12	3	1
	%	25 %	7 %	11 %
Stosowanie diety po zawale	n	31	15	1
	%	66 %	34 %	11 %
Brak stosowania diety	n	4	26	7
	%	8 %	59 %	78 %
RAZEM	n	47	44	9
	%	100 %	100 %	100 %

Źródło: opracowanie własne

Z przeprowadzonej analizy wynika, że wiek pacjentów nie ma istotnego statystycznie wpływu na zmianę trybu życia po przebytych zawale ($\chi^2 = 13,2874$). Zauważyć można jednak, że im młodszy wiek badanych, tym większa aktywność życiowa. Niepokojącym faktem jest rezygnację z aktywności życiowej po przebytych zawale mięśnia sercowego deklaruje aż 11 % osób będących w wieku 56-60 lat (tabela 8).

Tabela 8. Tryb życia po zawale mięśnia sercowego a wiek badanych.

Tryb życia		Wiek			
		46-50 lat	51-55 lat	56-60 lat	60-65 lat
Zawsze był aktywny	n	12	15	15	5
	%	63 %	44 %	42 %	46 %
Stał się aktywny po zawale	n	3	11	5	2
	%	16 %	32 %	14 %	18 %
Nastąpiła rezygnacja z aktywności po zawale	n	0	0	4	0
	%	0 %	0 %	11 %	0 %

Nie był i nadal nie jest aktywny	n	4	8	12	4
	%	21 %	24 %	33 %	36 %
RAZEM	n	19	34	36	11
	%	100 %	100 %	100 %	100 %

Źródło: opracowanie własne

Prowadzenie rehabilitacji kardiologicznej nie wpłynęło na relacje rodzinne badanych oraz ich kontakty ze znajomymi. Zdecydowana większość chorych (60%) może liczyć na wsparcie bliskich jak i znajomych. Niemniej jednak 21% respondentów wskazała, że po przebytym zawale doszło do negatywnych zmian w ich kontaktach ze znajomymi.

Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że fakt przebycia niedokrwienia mięśnia sercowego nie wpłynął szczególnie na życie intymne u 79% pacjentów. Jedynie 21% badanych zauważyło zmiany w pożyciu, wśród których tylko u 5% wystąpiła impotencja, a 38 % uskarżało się na lęk przed wystąpieniem dolegliwości bólowych. Natomiast 52% respondentów podało, że mogło liczyć na większą czułość i delikatność współmałżonka.

Dyskusja

Przeprowadzone badania dotyczyły określenia wpływu rehabilitacji kardiologicznej na poprawę jakości życia pacjentów po przebytym zawale mięśnia sercowego. Analizując wyniki badań stwierdzono, że rehabilitację przez pierwszy rok po zawale mięśnia sercowego prowadziło 50% respondentów. Z kolei 40% badanych realizowało rehabilitację kardiologiczną do 5 lat. Najmniej liczną grupę (10%) tworzyły osoby prowadzące rehabilitację 10 lat i dłużej. W badaniach Szczygielskiej - Majewskiej M. i współautorów także największą grupę stanowili respondenci stosujący rehabilitację kardiologiczną w okresie do 1 roku od momentu wystąpienia zawału mięśnia sercowego (67%). Okres pierwszego roku po ostrym incydencie choroby jest szczególnie istotny w przebiegu planu terapii i kompleksowej rehabilitacji [2].

Z przeprowadzonych badań wynika, że prowadzenie rehabilitacji kardiologicznej spowodowało, iż większość respondentów (67%) zaczęła systematycznie sprawdzać stan swojego zdrowia, zgłaszać się na wizyty kontrolne. Jednak pomimo częstych kontaktów z członkami zespołu terapeutycznego badani nie są w pełni zmotywowani do zmian w swoim stylu życia. W badaniach Antoniewicz M. przebycie choroby spowodowało, że aż 88 % respondentów wykazało większe zainteresowanie stanem swojego zdrowia, niż z okresu przed chorobą [3].

Według badań Szczygielskiej-Majewskiej M. i współautorów 15% chorych zdobywało wiedzę samodzielnie na temat zagadnień dotyczących rehabilitacji, a więc informacje, którymi dysponowali były niepełne, wymagające uzupełnień. Chęć poszerzenia wiedzy wyraziło 19% badanych, co było wskazówką dla zespołu rehabilitacyjnego, aby informacje dla chorych były przekazywane i powtarzane podczas każdego spotkania z pacjentem [2].

Z wyników ankiety wywnioskowano, że podczas prowadzenia rehabilitacji kardiologicznej wzrósł odsetek chorych prowadzących aktywny tryb życia. Zjawisko to jest bardzo pożądane w przebiegu rehabilitacji, ponieważ korzystnie wpływa na jakość życia pacjentów. Prowadzenie aktywnego trybu życia powoduje lepsze samopoczucie psychiczne i fizyczne oraz zwiększa kondycję fizyczną pacjentów. Pozwala również utrzymać prawidłową masę ciała oraz niesie za sobą szereg innych korzyści zdrowotnych.

Natomiast w badaniach przeprowadzonych przez Szczygielską-Majewską M. i współautorów stwierdzono, że znaczący odsetek respondentów zmniejszył swoją aktywność fizyczną, co niestety jest negatywnym zjawiskiem w przypadku prowadzenia rehabilitacji

kardiologicznej [2]. Badania Oldridge'a i O'Connor jednoznacznie określiły, iż rehabilitacja kardiologiczna oparta szczególnie na ćwiczeniach fizycznych u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca powoduje spadek śmiertelności o 20-32%. Dlatego jednym z ważniejszych elementów rehabilitacji kardiologicznej powinna być ciągła, regularna aktywność fizyczna [4].

W badaniach własnych stwierdzono, że prowadzenie rehabilitacji kardiologicznej spowodowało, iż ponad połowa badanych chorych podjęła próbę eliminacji czynników ryzyka zawału mięśnia sercowego (66 %). W badaniach Szczygielskiej-Majewskiej M. i współautorów, można zaobserwować, że przebycie choroby miało korzystny wpływ na eliminację palenia papierosów - rzuciło palenie 56 % osób, a gotowość zaprzestania palenia wyraziło 10% badanych [2]. Tymczasem z rejestru EURO-ASPIRE wynika, że co piąta osoba po przebytym ostrym zespole wieńcowym nadal pali papierosy. Jest to bardzo niepożądane zjawisko. Wiąże się to również ze znacznym zwiększeniem śmiertelności [5].

Dylewicz P. i współautorzy w swoich badaniach wykazali, że trening rehabilitacyjny istotnie obniża stężenie cholesterolu całkowitego, trójglicerydów, skurczowego ciśnienia tętniczego i co ważniejsze motywuje chorych do rzucenia palenia tytoniu. Zjawisko zaprzestania palenia papierosów jest pozytywną zmianą ponieważ, zmniejsza śmiertelność po zawale mięśnia sercowego. Udowodniono, iż osoby z chorobą niedokrwienną serca kontynuujące palenie papierosów są narażone aż w 60 % na większe ryzyko zgonu. Częstość występowania zawału serca jest od 2 do 5 razy większa w porównaniu z niepalącymi [4].

Z przeprowadzonych badań własnych wynika, iż przed rozpoczęciem rehabilitacji kardiologicznej większość z ankietowanych nie stosowała prawidłowej diety (84 %). W trakcie prowadzenia rehabilitacji przeważająca grupa respondentów jednak zaczęła przestrzegać zaleceń dietetycznych (63 %). W badaniach GISSI Prevenzione przeprowadzonych w grupie pacjentów po zawale mięśnia sercowego wykazano, iż spożywanie kwasów omega-3 zawartych w diecie śródziemnomorskiej w istotnym stopniu redukuje śmiertelność całkowitą, a także zmniejsza o 30 % liczbę zgonów z powodów sercowo-naczyniowych [5]. Podobne wyniki zaobserwowano w badaniach Szczygielskiej-Majewskiej M. i współautorów, gdzie fakt przebycia choroby spowodował, że większość respondentów (58%) zaczęło stosować prawidłową dietę [2].

Z badań własnych wynika, że zdecydowana większość chorych może liczyć na wsparcie bliskich jak i znajomych. Przestrzeganie zaleceń rehabilitacji kardiologicznej staje się łatwiejsze, bardziej motywujące, kiedy cała rodzina włącza się w proces rehabilitacji. Nie mniej jednak doszło także do negatywnych zmian w kontaktach ze znajomymi. Porównywalne wyniki zaobserwowano w ogólnoeuropejskim badaniu EURO-ACTION, gdzie największe korzyści przynoszą takie programy rehabilitacji, które angażują całe rodziny pacjentów. Zauważono, że już po roku od rozpoczęcia rehabilitacji istotnie poprawia się styl życia pacjentów i ich rodzin, gdzie najważniejszą rolę odgrywa zmiana diety, stosowanie aktywności fizycznej oraz pozytywne zmiany w pozostałych aspektach życia [5].

Równie ważne jak utrzymanie dobrych kontaktów z rodziną i znajomymi jest udane życie seksualne badanych. Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że fakt przebycia niedokrwienia mięśnia sercowego nie wpłynął szczególnie na życie intymne większości pacjentów. W badaniach Antoniewicz M., na pytanie, jak fakt przebycia zawału mięśnia sercowego wpłynął na życie seksualne, 32 % ankietowanych zaprzeczyło takiej sytuacji, 35% wskazało, że nastąpił niewielki spadek zainteresowania życiem seksualnym, a 33% badanych stwierdziło, że incydent niedokrwienia mięśnia sercowego spowodował zupełny spadek zainteresowania życiem seksualnym [3].

Z przeprowadzonych badań wynika, że respondenci najmniej zamożni w największym stopniu wskazywali na pogorszenie swojej sytuacji materialnej w związku z prowadzeniem rehabilitacji kardiologicznej. Wraz z polepszeniem warunków finansowych wprowadzenie rehabilitacji kardiologicznej miało coraz mniejszy wpływ na odczuwanie pogorszenia sytuacji materialnej przez respondentów. Respondenci w dobrej sytuacji materialnej częściej stosują zasady dietoterapii. Natomiast pacjenci w złej sytuacji materialnej mają trudności z prowadzeniem prawidłowego sposobu odżywiania. W badaniach Szczygielskiej-Majewskiej M. i współautorów kwestia zbyt wysokich wydatków na prowadzenie kompleksowej rehabilitacji dotyczyła aż 94% badanych [2].

Z analizy badań własnych wynika, iż respondenci, których czas trwania rehabilitacji kardiologicznej trwa do 5 lat są zdecydowanie najczęściej zadowoleni z tej formy terapii. Według Antoniewicz M., nastawienie to ma związek z brakiem odczuwania nawrotu dolegliwości dławicowych, szybszym powrotem do aktywności życiowej i zawodowej. Dzięki temu ocena jakości życia tych pacjentów jest znacznie wyższa, a przebycie zawału mięśnia sercowego nie ogranicza ich w codziennym życiu [3].

Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne zaleca, aby pacjenci po przebytych zawałach mięśnia sercowego podjęli działania w kierunku zmiany stylu swojego życia jeszcze podczas pobytu w szpitalu. Istotne aspekty, które powinni zmienić dotyczą: redukcji masy ciała, podjęcia regularnej aktywności fizycznej, zaprzestania palenia tytoniu oraz stosowania się do zaleceń dietetycznych. Zalecając pacjentom modyfikację stylu życia, za każdym razem należy rozważyć aktualny stan zdrowia pacjentów oraz jego warunki socjoekonomiczne.

Z przeprowadzonych badań własnych wynika, iż pacjenci po przebytych zawałach mięśnia sercowego, z wyższym wykształceniem oraz posiadający dobrą sytuację finansową dysponują większym zasobem wiedzy na temat terapii i rehabilitacji kardiologicznej oraz wykazują gotowość do przestrzegania zasad rehabilitacji. Z badań przeprowadzonych przez GOSPEL wynika, że pacjenci z wyższym wykształceniem i większymi dochodami częściej uczestniczą w rehabilitacji fizycznej, a także wykazują zwiększoną potrzebę uczestniczenia w procesie rehabilitacji [5].

Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna jest działaniem mającym na celu opóźnić rozwój choroby, zmniejszyć ryzyko jej ostrych incydentów oraz skrócić czas leczenia. Efektem tych działań ma być wydłużenie życia pacjentów i poprawa jego jakości. Schemat rehabilitacji powinien być opracowany dla każdego chorego indywidualnie, z dostosowaniem do jego potrzeb i możliwości. Oddziaływanie terapeutyczne i rehabilitacyjne na pacjentów może być skuteczne tylko wówczas, gdy nie jest ograniczone wyłącznie do nich samych lecz obejmuje także ich bliskich. Tylko wspólne uczestniczenie w terapii może pomóc pacjentom odzyskać pełnię sił i optymalną jakość życia.

Wnioski

1. Stan wiedzy chorych po zawałach mięśnia sercowego na temat rehabilitacji kardiologicznej zależy istotnie od poziomu wykształcenia osób badanych. Chorzy z wyższym wykształceniem prezentują wyższy poziom wiedzy w tym zakresie.
2. Korzystanie z pomocy specjalistycznej przez chorych po przebyciu zawału mięśnia sercowego zależy istotnie od miejsca ich zamieszkania. Mieszkańcy miast częściej korzystają z wizyt lekarskich niż mieszkańcy wsi.
3. Korzyści z rehabilitacji kardiologicznej wśród chorych po zawałach mięśnia sercowego są zależne istotnie od czasu jej trwania. W największym zakresie dotyczą pacjentów, którzy wdrażają jej założenia co najmniej przez okres 5 lat po zawałach mięśnia sercowego.

4. Sytuacja materialna chorych po zawale mięśnia sercowego realizujących program rehabilitacji istotnie zależy od ich wcześniejszego statusu finansowego. Populacja najmniej zamożna w największym stopniu odczuwa pogorszenie sytuacji materialnej.
5. Stosowanie prawidłowej diety wśród chorych po zawale mięśnia zależy istotnie od ich statusu finansowego. Najmniej zamożna grupa chorych w większości nie stosuje odpowiedniej diety lub ma zdecydowane trudności z prowadzeniem prawidłowego sposobu odżywiania.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarstwa

Pielęgniarka będąc członkiem interdyscyplinarnego zespołu terapeutycznego aktywnie uczestniczy w programie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej oraz wpływa na kształtowanie i poprawę jakości życia chorych po przebytych zawale mięśnia sercowego.

Bibliografia / Bibliography:

1. Ambroziak M. Wysiłek fizyczny a układ krążenia. Podstawy fizjologiczne i genetyczne. Wpływ na ryzyko chorób sercowo-naczyniowych. *Postępy Nauk Medycznych*. 2008;10:653-659.
2. Szczygielska-Majewska M., Majcher P., Bulikowski W., Stawińska T., Jaracz E. Problemy osób po zawale mięśnia sercowego na etapie rehabilitacji uzdrowiskowej. *Balneologia Polska*. 2008;1:24-28.
3. Antoniewicz M. Jakość życia pacjentów po zawale mięśnia sercowego. W: Wałęga-Szych D. (red.), *Jakość życia ludzi chorych i przewlekle chorych a działania pielęgniarki*. Acta Scholae Superioris Medicine Legnicensis. 2008;2:69-78.
4. Dylewicz P., Borowicz-Bieńkowska S. Czy rehabilitacja kardiologiczna jest potrzebna w dobie nowoczesnej kardiologii interwencyjnej i kardiochirurgii? *Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska*. 2006;3(1):92-95.
5. Strzelak A. Modyfikacja stylu życia w profilaktyce wtórnej choroby niedokrwiennej serca u pacjentów po ostrym zespole wieńcowym z uniesieniem odcinka ST. *Kardiologia na co dzień*. 2008;3(4):105-108.

Katarzyna Stachoń¹ Mariola Rybka²

¹ Wojewódzki Szpital Zespolony w Toruniu, Szpital Zakaźny, Oddział Schorzeń Przewodu Pokarmowego

² Szpital Lipno Spółka z o.o.

Pielęgniarstwo jako zawód zaufania publicznego w opinii pacjentów

Nursing as a profession of public trust in the opinion of patients

Streszczenie

Wstęp. Pielęgniarstwo w ujęciu teoretycznym jest profesją o wyjątkowym charakterze oraz misją związaną z opieką nad pacjentem. W ujęciu praktycznym stanowi bardzo odpowiedzialną, stresującą i ciężką pracę. W ostatnich latach pielęgniarstwo przeszło liczne reformy, które wpłynęły na obecną autonomię zawodu. Obecnie stanowi integralną część systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

Cel. Celem pracy jest zbadanie opinii pacjentów na temat pielęgniarstwa jako zawodu zaufania publicznego na podstawie ich oceny pielęgniarek/pielęgniarzy jako osób godnych zaufania oraz ustalenie wpływ czynników socjodemograficznych na te opinie.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Toruniu oraz Podstawowej Opiece Zdrowotnej w Toruniu. W badaniach dobrowolnie uczestniczyło 107 dorosłych pacjentów. Badania przeprowadzono metodą szacowania i metodą sondażu diagnostycznego. Jako narzędzie badawcze posłużył kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. Wykorzystany po wcześniejszym uzyskaniu zgody dyrekcji obu placówek oraz Komisji Bioetycznej.

Wyniki. Na podstawie analizy uzyskanych wyników można wywnioskować, iż wśród respondentów nie ma ani jednej osoby, która nie darzyłaby pielęgniarek zaufaniem. Dodatkowo wynika, że mężczyźni w większym stopniu niż kobiety uważają pielęgniarkę/pielęgniarza za osobę godną zaufania. Najwięcej osób z deklaracją „raczej tak” znajduje się w grupie 31-50 lat, co stanowi 42,9% badanych. Analizując ilość udzielonych odpowiedzi „raczej tak”, można wysunąć wnioski, iż liczba respondentów opowiadających się za tym stwierdzeniem rośnie wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia. Uzyskane dane są dowodem na to, iż ankietowani z miast uważają pielęgniarkę/pielęgniarza za osoby godne zaufania w większym stopniu niż pacjenci ze wsi.

Wnioski. 1. Opinie społeczeństwa na temat personelu pielęgniarzkiego są pozytywne. 2. Czynniki socjometryczne mają słaby wpływ na poziom zaufania do zawodu pielęgniarki.

Abstract

Introduction. Nursing in theoretical terms is a profession with a unique character and mission related to patient care. In practical terms it is very responsible, stressful and hard work. In recent years, nursing underwent numerous reforms that affect the current autonomy of the profession. Currently, it is an integral part of the health care system in Poland.

Aim. The aim of the study is to examine patients' views about nursing as a profession of public trust on the basis of their evaluation of nurses/male nurses as people worthy of confidence and determination of the impact of socio-demographic factors on these opinions.

Material and methods. The study was conducted at the Regional Hospital in Toruń and Primary Health Care in Torun. In the study there voluntarily participated 107 adult patients. The research was carried out by means of estimating method and a diagnostic survey. As a research tool our own questionnaire applied after obtaining the prior consent from the management of both institutions as well as from the Bioethics Committee.

Results. Based on the analysis of the results it can be concluded that among the respondents there is not one person who does not trust nurses. Additionally it shows that men more than women believe the nurse / nurse for a trustworthy person. Most people with the declaration "rather yes" is in the group of 31-50 years, which is 42.9% of the respondents. Analyzing the number of answers "rather yes", you can eject the conclusion that the number of respondents opting for this statement increases with the level of education. The data obtained are proof of the fact that respondents from the cities believe the nurse / nurse as a person worthy of trust to a greater extent than those from the countryside.

Conclusions. 1. Public opinions on the nursing staff are positive. 2. Socio-demographic factors have a weak impact on the level of trust to the nursing profession.

Słowa kluczowe: pielęgniarstwo, zawód zaufania publicznego, pacjent

Key words: nursing, the profession of public trust, the patient

Wstęp

Pielęgniarstwo jest zawodem o szczególnej misji związanej ze sprawowaniem opieki nad pacjentem.

Współcześnie wyniki badań naukowych pozwalają pielęgniarkom na realizację świadczeń zawodowych opartych na wiedzy sprawdzonej empirycznie. Umożliwiają również wykorzystanie najnowszych rozwiązań w zakresie nauk o zdrowiu w dążeniu do najwyższej jakości świadczonych usług. Gwarantuje to działania właściwe, efektywne i w najwyższym stopniu korzystne dla pacjenta. Ogranicza się w ten sposób lub eliminuje rozwiązania niewłaściwe, poprawiając tym samym jakość opieki pielęgniarskiej. Minimalizuje się również niepotrzebne koszty, dzięki czemu działania pielęgniarki stają się zgodne z aktualnie szeroko stosowaną polityką ograniczania kosztów w zakładach opieki zdrowotnej [1].

Pielęgniarstwo to profesja stanowiąca integralną część systemu ochrony zdrowia w Polsce. W ostatnich dekadach wzmocniła się pozycja zawodu i zwiększył zakres autonomii pielęgniarki. Przepisy prawne jasno zdefiniowały zakres jej kompetencji oraz samodzielności. Niestety dotychczasowe przeobrażenia systemu ochrony zdrowia utrwaliły negatywny wizerunek świadczeń opieki zdrowotnej. Wzrósł także poziom oczekiwań pacjentów wobec świadczeniodawców, w tym również w odniesieniu do pielęgniarek. Aktualnie bowiem pacjent jest aktywnym uczestnikiem rynku usług zdrowotnych oraz świadomym, w zakresie swoich praw i oczekiwań, biorcą świadczeń w systemie. Uzasadniona jest zatem pod każdym względem dbałość o jego opinie.

Termin zawód zaufania społecznego możemy odnaleźć w art. 17 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. Artykuł ten wiąże wykonywanie zawodu zaufania publicznego z istnieniem samorządu zawodowego. Do zawodów zaufania publicznego zalicza się profesje, których przedstawiciele wykonują zadania o szczególnym charakterze z punktu widzenia troski o realizację interesu publicznego [2].

Trybunał Konstytucyjny w orzeczeniu z 7 maja 2002 r. określa zawód zaufania

publicznego, jako „polegający na obsłudze osobistych potrzeb ludzkich, wiążący się z przyjmowaniem informacji dotyczących życia osobistego i zorganizowany w sposób uzasadniający przekonanie społeczne o właściwym dla interesów jednostki wykorzystywaniu tych informacji przez świadczących usługi. Wykonywanie zawodu zaufania publicznego określane jest dodatkowo normami etyki zawodowej, szczególną treścią ślubowania, tradycją korporacji zawodowej czy szczególnym charakterem wykształcenia wyższego i uzyskanej specjalizacji” [2]. Obecnie w polskim systemie prawnym obowiązują regulacje ustawowe powołujące samorządy zawodowe zawodów zaufania publicznego [3].

Centrum Badania Opinii Społecznej w Polsce prowadzi między innymi badania nad opinią społeczną dotyczące zawodów zaufania publicznego. Odpowiedzi ankietowanych dowodzą, iż zawód zaufania publicznego kojarzy się polskiemu społeczeństwu z profesjami wymagającymi od osób, które podejmują się jego wykonywania specjalnych standardów etycznych, moralnych i wysokiej jakości usług. Działania przedstawicieli takich zawodów wiążą się z ochroną życia, zdrowia, wolności i godności ludzkiej, dlatego ich znaczenie dla społeczeństwa jest szczególne [4]. Polskie pielęgniarki mają duże poparcie społeczeństwa wynoszące aż 88% i w rankingu 26 zawodów zawodów zaufania publicznego zajmują drugie miejsce [5]. Osobom związanym z takimi profesjami społeczeństwo często powierza informacje na temat swego życia prywatnego, które stanowią tajemnicę zawodową.

Należy podkreślić także pozycję zawodową pielęgniarek, którym zgodnie z art. 24 Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej przysługuje ochrona prawna przewidziana dla funkcjonariuszy publicznych [4].

Celem pracy jest zbadanie opinii na temat pielęgniarstwa jako zawodu zaufania publicznego na podstawie oceny pielęgniarek/pielęgniarzy przez pacjentów oraz ustalenie wpływ czynników socjodemograficznych na te opinie.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w okresie od września 2015 do marca 2016 roku wśród 107 dorosłych pacjentów oddziałów Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego oraz placówki podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w Toruniu. Badani zostali poinformowani, że udział w badaniu jest dobrowolny. Oddziały szpitalne oraz przychodnię POZ, których pacjenci zostali poddani badaniu, wybrano losowo. W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety wykorzystany po wcześniejszym uzyskaniu zgody pacjentów, dyrekcji obu placówek oraz Komisji Bioetycznej.

Analizę statystyczną wyników badań wykonano przy użyciu programu Microsoft Office Excel 2007 z zastosowaniem testu chi kwadrat (χ^2) dla zbadania zależności pomiędzy dwiema zmiennymi nominalnymi oraz określono współczynnik korelacji Spearmana. Przyjęto dla wszystkich analiz współczynnik istotności na poziomie $p \leq 0,05$.

Wyniki

Ponad połowę ankietowanych (53,3%) stanowiły kobiety. Najlicniejszą grupą byli respondenci w wieku 31-50 lat (43,9% badanych). Wśród badanych dominowały osoby z wykształceniem średnim (43,9%) a najmniej liczną grupę stanowiły osoby z wykształceniem podstawowym/gimnazjalnym (4 osoby - 3,7% badanych). Respondenci najczęściej mieszkali w mieście (67,3%) a mieszkańcami wsi było 32,7% pacjentów.

Udzielając odpowiedzi na pytanie dotyczące tego, czy pielęgniarka/pielęgniarz jest osobą godną zaufania respondenci mogli wskazać jeden z czterech wariantów: „nie”, „raczej nie”, „raczej tak”, „tak”.

Wyniki badań wskazują na słabą i nikłą korelację między wiekiem, płcią, wykształceniem i miejscem zamieszkania badanych a prezentowaną przez nich opinią na temat poziomu zaufania wobec grupy zawodowej pielęgniarek/pielęgniarzy.

Niezależnie od płci respondentów żaden z nich nie wybrał odpowiedzi negatywnej, świadczącej o zupełnym braku zaufania wobec pielęgniarek/pielęgniarzy. Odpowiedź „raczej nie” wybrało więcej kobiet (66,7%) niż mężczyzn (33,3%). Natomiast raczej ufa grupie zawodowej 51,4% mężczyzn i 48,6% kobiet. Wśród pacjentów deklarujących swoje pełne zaufanie do pielęgniarek i pielęgniarzy było 43,5% kobiet i 56,5% mężczyzn.

Raczej nie ufa pielęgniarkom/pielęgniarzom tylko 3 badanych w wieku 31-50 lat. Częściowe zaufanie do grupy zawodowej prezentowali respondenci z grupy wiekowej 31-50 lat (42,9%) oraz 18-30 lat (28,6%). W dalszej kolejności osoby w wieku 51-70 lat (20,0%), powyżej 90 lat (5,7%) oraz 71-90 lat (2,9%). Częściej pełne zaufanie deklarowało 42,0% respondentów w wieku 31-50 lat oraz 51-70 lat (36,2%), w porównaniu do badanych z kategorii wiekowej 18-30 lat (15,9%) i 71-90 lat (5,8%).

Raczej nie ufa pielęgniarkom/pielęgniarzom 66,7% badanych z wykształceniem wyższym i tylko 1 pacjent z wykształceniem średnim (33,3%). Takiej odpowiedzi nie udzielił żaden z respondentów z wykształceniem zawodowym i podstawowym. Częściowe zaufanie deklarowało 40% badanych z wykształceniem wyższym i 37,1% absolwentów szkół średnich oraz 17,1% pacjentów legitymujących się ukończeniem szkoły zawodowej i 5,7% osób, które ukończyły tylko szkołę podstawową/gimnazjum. Natomiast pełne zaufanie wskazało 47,8% badanych ze średnim wykształceniem i 29,0% absolwentów szkół wyższych oraz 20,3% respondentów legitymujących się wykształceniem zawodowym i 2,9% osób, które ukończyły szkołę podstawową/gimnazjum.

Raczej nie darzy zaufaniem grupy pielęgniarek i pielęgniarzy 66,7% mieszkańców miast i 33,3% osób, które mieszkają na wsi. Częściowe zaufanie prezentuje 77,1% respondentów z miasta i 22,9% ze wsi. Natomiast pełne zaufanie wskazało 62,3% mieszkańców miast i 37,7% osób pochodzących ze wsi.

Dyskusja

Przeprowadzenie badań własnych oraz analiza pytania o opinie pacjentów na temat pielęgniarek/pielęgniarzy jako osób godnych zaufania pozwoliły ocenić w jakim stopniu czynniki socjodemograficzne wpływają na postrzeganie pielęgniarstwa jako zawodu zaufania publicznego.

Marcinowicz i współautorzy ustalili zależność między zadowoleniem pacjentów z opieki i wpływem czynników socjodemograficznych [6]. W aktualnych badaniach wprowadzicie współczynnik korelacji Spearmana potwierdził tę zależność, ale wykazał słabe powiązanie. W badaniach Brodzińskiej nie ustalono takiej zależności. Badania Kozimali wykazały, iż zależność pomiędzy wpływem czynników socjodemograficznych jak: wiek, płeć oraz poziom wykształcenia respondentów na doświadczenia pacjentów nie jest istotna statystycznie [7]. Brak statystycznie znamiennej zależności w ocenie opieki pielęgniarstwa autorka tłumaczy małą liczbą osób z wykształceniem wyższym oraz małą liczebnością osób w przedziale wiekowym 21-30 lat uczestniczących w badaniu.

Badania Kojder i Zarzyckiej dowodzą, iż pozytywniej oceniają pielęgniarki pacjenci mający z nią osobisty kontakt niż te osoby, które nie korzystają z jej usług [8]. Podobnie twierdzą Leszczyńska i współautorzy, badający opinie pacjentów na temat pielęgniarek środowiskowych. Wykazali oni, że bardzo wyraźną zależność pomiędzy częstością wizyt pielęgniarki, a łączną oceną jakości jej usług ($p=0,00001$) [9].

Obecność pielęgniarek w grupie zawodów zaufania społecznego w Polsce potwierdza profesjonalizm tej grupy zawodowej, wysoką jakość usług, bezpośrednią służbę ludziom oraz działalność w interesie społecznym[3]. Badania prowadzone przez CBOS w 2004 roku dotyczące opinii na temat zawodów zaufania publicznego wskazują na uznanie dla pozycji pielęgniarek przez 88% respondentów. Wyżej notowani byli tylko lekarze (poparcie 94% badanych) [5]. W badaniach nad uczciwością i rzetelnością zawodową (CBOS 2006), które niewątpliwie wiążą się z zaufaniem pielęgniarki znalazły się na bardzo wysokim drugim miejscu z 60% poparciem respondentów. Należy dodać, że na pierwszym miejscu znaleźli się przedstawiciele świata nauki.

Na amerykańskiej liście „The Gallup Poll”, pielęgniarki od kilku lat (czyli od momentu kiedy zostały na niej uwzględnione) zajmują pierwszą pozycję [10].

Badaniem poziomu zaufania społecznego zajmowały się również Skorupska i Machowicz [11]. Wśród dziesięciu zaproponowanych profesji pielęgniarki zajęły najwyższą pozycję. Potwierdzeniem tych deklaracji może być fakt, iż aż 85, 8% ankietowanych, mając do wyboru różnych świadczeniodawców usług opiekuńczych to właśnie pielęgniarki powierzyłyby opiekę nad najbliższą osobą. W badaniach Mędrzyckiej - Dąbrowskiej w pytaniu dotyczącym wizerunku zawodu pielęgniarki w społeczeństwie połowa badanych (50,8% kobiet i 46,2% mężczyzn) była zdania, iż pielęgniarstwo jest zawodem cieszącym się dużym zaufaniem i szacunkiem społecznym [12]. Analiza wyników badań własnych także dowodzi, iż żaden z respondentów nie wyraził zupełnego braku zaufania wobec pielęgniarki.

Odmienne wyniki w badaniach uzyskały Grabska i Stefańska, w których 76% respondentów deklarowało zaufanie do pielęgniarek, a 16% było przeciwnego zdania. Pozostali pacjenci stanowiący 8% nie potrafili określić swego zdania w tej kwestii. Mroczek i współautorzy badając wizerunek społeczny zawodu pielęgniarki doszli do wniosku, iż respondenci uplasowali ten zawód pod względem zaufania dopiero na czwartym miejscu (opinie 31% ankietowanych), darząc największym zaufaniem lekarzy (57%) [12]. Podobne zdanie ankietowani wyrazili podczas badań Jończyk. Negatywne opinie dotyczyły zaufania do sposobów sprawowania opieki pielęgniarskiej [14].

Przyjmuje się, że szacunek wobec zawodów i ich hierarchia stanowi odzwierciedlenie stratyfikacji społecznej oraz statusu społecznego osób zajmujących się daną profesją. W przypadku zawodów medycznych, a zwłaszcza pielęgniarstwa może być czynnikiem wpływającym na relacje z pacjentem i jego zachowania wobec personelu.

Wnioski

1. Opinie społeczeństwa na temat personelu pielęgniarskiego są pozytywne.
2. Czynniki socjometryczne mają słaby wpływ na poziom zaufania do zawodu pielęgniarki.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Opinia pacjentów na temat postrzegania pielęgniarstwa stanowi integralną część oceny zawodu jako profesji zaufania publicznego. Wnikliwa analiza składowych może przełożyć się na poprawę postrzegania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza. Niepoehlebne skojarzenia i opinie zwłaszcza wśród młodych osób mogą przyczynić się do zwiększania niedoborów personelu. Analizowanie badań tego typu może wpływać na poprawę wizerunku polskiej pielęgniarki, a tym samym na promocję zawodu.

Bibliografia / Bibliography:

1. Łukasz-Paluch K., Franek G. A. Ruch zawodowy i przemiany w kształceniu podstawowym pielęgniarek na przełomie wieków. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2008; 16(1,2): 173-180.
2. Wojtczak K. Reglamentacja form wykonywania zawodów zaufania publicznego w rozwiązaniach prawa polskiego państw Unii Europejskiej. [w:] *Zawody zaufania publicznego a interes publiczny - korporacyjna reglamentacja versus wolność wykonywania zawodu*. Dział Wydawniczy Kancelarii Senatu. Warszawa 2002.
3. Krasnowolski A. Zawody zaufania publicznego, zawody regulowane oraz wolne zawody. Geneza, funkcjonowanie i aktualne problemy. [w:] *Opracowania tematyczne OT-625*. Kancelaria Senatu. Biuro Analiz i Dokumentacji. Warszawa 2013.
4. Skowroński A. W interesie obywateli i publicznym. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*. 2009;1-2:6-7.
5. Badora B., Roguska B. Opinia społeczna na temat zawodów zaufania publicznego. [w:] *Komunikat z badań CBOS*. Warszawa 2004.
6. Marcinowicz L., Borzuchowska A., Grębowski R., Rybaczuk M. Wybrane elementy jakości usług pielęgniarek i położnych rodzinnych w ocenie pacjentów. Cz. II. Zadowolenie pacjentów z pielęgniarki i położnej rodzinnej. *Zdrowie Publiczne*. 2002;112(1):69-72.
7. Kozimala M., Putowski L. Ocena satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej w Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu. *Annales Academiae Medicae Silesiensis*. 2009;63(1):20-27.
8. Kojder E., Zarzycka D. Wizerunek zawodowy pielęgniarki i jego determinanty. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2014;2(47):47-52.
9. Leszczyńska M., Krajewska-Kułąk E., Łukaszuk C., Sobolewski M., Kędziora-Kornatowska K., Borzuchowska A. Opinia pacjentów o jakości usług podstawowej opieki zdrowotnej na terenie miasta Jasła i jego okolic. *Probl. Hig. Epidemiolog.* 2007;88(3):277-285.
10. Derczyński W. O uczciwości i rzetelności zawodowej. [w:] *Komunikat z badań CBOS*. Warszawa 2006.
11. Skorupska A., Machowicz A. Wybrane aspekty postaw pracowników ochrony zdrowia wobec pielęgniarek. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2010;18(1):53-59.
12. Mędrzycka-Dąbrowska W., Bąkowska G., Kwiecień-Jaguś K., Gaworska-Krzemińska A. Postrzeganie zawodu pielęgniarki przez młodzież szkół ponadgimnazjalnych jako wybór przyszłego zawodu - doniesienia wstępne. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2012;20(2):192-200.
13. Mroczek B., Parakiewicz A., Grochans E. i wsp. Wizerunek społeczny zawodu pielęgniarki. *Fam. Med. Prim. Care Rev.* 2012;14(1):4-47.
14. Jończyk J. Ocena satysfakcji pacjenta w kontekście jakości opieki zdrowotnej. *Prace naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*. 2011;155:301-310.

Danuta Pantlinowska¹ Anna Antczak²

¹Zespół Opieki Zdrowotnej, Zakład Opiekuńczo – Leczniczy w Chełmnie

²Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku, Instytut Nauk o Zdrowiu

Wpływ akceptacji choroby na jakość życia pacjentów z cukrzycą typu 2

Effect of disease acceptance on the quality of life of patients with type 2 diabetes

Streszczenie

Wstęp. Cukrzyca typu 2 jest chorobą przewlekłą, rozwija się często bezobjawowo, nie wykazując problemów klinicznych, natomiast często po rozpoznaniu towarzyszą już jej powikłania mikronaczyniowe i makronaczyniowe. Przewlekła choroba zmienia obraz świata, przewartościowuje życie większości osób, które zmuszone są do zmiany swoich życiowych celów. W zależności od zaistniałej sytuacji każdy człowiek inaczej reaguje na chorobę. Jedni ludzie akceptują ten stan, inni nie mogą pogodzić się z faktem choroby.

Cel. Celem badań było wskazanie zależności między zaakceptowaniem przez pacjentów cukrzycy typu 2, a jakością ich życia. Jednocześnie na podstawie przeprowadzonych badań można ocenić przystosowanie się do życia z chorobą.

Materiał i metody. W badaniach wzięło udział 80 osób ze zdiagnozowaną cukrzycą typu 2. Byli to pacjenci hospitalizowani w Oddziale Chorób Wewnętrznych i zarejestrowani w Poradni Diabetologicznej Zespołu Opieki Zdrowotnej w Chełmnie. Jako narzędzie badawcze zastosowano Kwestionariusz Oceny Jakości Życia SF-36 oraz kwestionariusz AIS. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę powyższej placówki oraz Komisji Bioetycznej.

Wyniki. Średni wartość punktowa jakości życia wyniosła wśród badanych - 78,64 punktu. Wynik ten wskazuje, że badane to grupa o przeciętnym poziomie jakości życia, na granicy poziomu wysokiego. Największy negatywny wpływ na poziom jakości życia badanych miało ogólne poczucie zdrowia. Ze wszystkich obszarów akceptacji choroby, najwyżej ocenili badani poczucie - myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby - średnia 3,74 punktu oraz mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się człowiekiem pełnowartościowym - średnia 3,64 punktu.

Wnioski. 1. Pacjenci wykazujący wyższy stopień akceptacji lepiej funkcjonują w sferze emocjonalnej i fizycznej, a co za tym idzie mogą realizować się w sferze zawodowej oraz społecznej. 2. Pacjenci wykazujący wyższy stopień akceptacji choroby łatwiej przystosowali się do ograniczeń narzuconych przez chorobę. 3. Pacjenci wykazujący wyższy stopień akceptacji choroby czują się ludźmi pełnowartościowymi.

Abstract

Introduction. Type 2 diabetes is a chronic disease and its development is often asymptomatic, showing no clinical problems, but often after diagnosis it is already accompanied by the microvascular and macrovascular complications. A chronic disease changes the picture of the world, revalues the lives of

most people who are forced to change their life goals. Depending on the situation, each person reacts differently to the illness. Some people accept this condition, others cannot accept the fact of the disease.

Aim. The aim of the study was to identify the relationship between the acceptance by patients with type 2 diabetes, and the quality of their lives. At the same time based on the studies carried out it is possible to evaluate one's adaptation to living with the disease.

Material and methods. The study included 80 patients diagnosed with type 2 diabetes. They were the patients hospitalized in the Department of Internal Medicine and registered in the Outpatient Diabetes Health Care Centre in Chełmno. As a research tool the Quality of Life Rating Questionnaire SF-36 and AIS questionnaire were applied. The study was approved by the aforementioned institutions and the Committee on Bioethics.

Results. The average point value of quality of life among the respondents was 78.64 points. This result indicates that the study group is a group with an average level of quality of life, on the border of the high level. The biggest negative impact on the quality of life of respondents came from a general feeling of health. Of all the areas of the disease acceptance, most respondents assessed the sense - I think people staying with me are often embarrassed because of my illness - average 3.74 point, and my state of health makes me not feel a fully fulfilled person - average 3.64 point.

Conclusions. 1. Patients indicating a higher degree of acceptance function better in emotional and physics pheresl, and thus may be realized in the professional and social sphere. 2. Patients exhibiting a higher degree of acceptance of the disease more easily adapted to the limitations imposed by the disease. 3. Patients showing a higher degree of acceptance of the disease feel fully-fulfilled as a person.

Słowa kluczowe: cukrzyca typu 2, jakość życia, akceptacja, pacjent

Key words: type 2 diabetes, quality of life, acceptance, patient

Wstęp

Cukrzyca typu 2 jest chorobą cywilizacyjną, przewlekłą, która często rozwija się podstępnie przez długie lata bez objawów somatycznych, a w momencie rozpoznania towarzyszą jej liczne powikłania mikronaczyniowe i makronaczyniowe. Przewlekłość procesu chorobowego odmienia postrzeganie świata, przewartościowuje życie większości pacjentów, którzy zmuszeni są do zmiany swoich ról życiowych. Każdy człowiek inaczej odnosi się do rozpoznania choroby. Niektórzy ludzie akceptują ten stan bez większych problemów, godząc się z diagnozą, natomiast inni nie mogą pogodzić się z faktem choroby. Osoby, które akceptują swoją chorobę, doświadczają mniej negatywnych emocji i chętniej współuczestniczą w procesie leczenia. U takich pacjentów możemy zaobserwować lepszą jakość życia z chorobą.

Holistyczna koncepcja opieki nad pacjentem powoduje wzmożone zainteresowanie się tematyką jakości życia osób z rozpoznaną chorobą przewlekłą, która stanowi wskaźnik jakości opieki. Zapożyczenie pojęcia „jakość życia” z nauk społecznych na grunt medycyny wynikało z zaprzeczenia tradycyjnych metod ewaluacji stanu zdrowia. Postęp technologii medycznej, cywilizacji oraz farmakologii zrodził nowe wyzwanie dla opieki medycznej, polegające nie tylko na wydłużaniu życia pacjentów, ale też na poprawie jego jakości. Aspekt ten jest szczególnie istotny w przypadku chorób przewlekłych, między innymi cukrzycy [1].

Według odniesienia do literatury, badanie jakości życia (QOL) chorych na cukrzycę powinno stanowić stałą składową opieki diabetologicznej, ponieważ cukrzyca jako przewlekła choroba metaboliczna z licznymi powikłaniami, powoduje wiele zaburzeń w sferze biologicznej, psychicznej i społecznej pacjenta. Gorszy stan kliniczny chorego obniża jakość jego życia [2,3]. Postawa pacjenta wobec choroby zależy od wielu elementów, do których między innymi należą: osobowość pacjenta, indywidualne skłonności do zachowań zdrowotnych, akceptacja choroby, sposoby radzenia sobie ze stresem, wsparcie społeczne [2]. Akceptacja choroby oznacza

przyjęcie pozytywnej postawy wobec danej sytuacji, sprzyja mobilizacji sił pacjenta i umożliwia zapobieganiu obniżeniu jakości życia w konsekwencji choroby przewlekłej[4,5].

Celem badań własnych było określenie poziomu akceptacji choroby oraz jej wpływu na jakość życia u pacjentów z cukrzycą typu 2.

Materiał i metody

Badania były prowadzone wśród pacjentów leczonych w Oddziale Chorób Wewnętrznych oraz zarejestrowanych w Poradni Diabetologicznej Zespołu Opieki Zdrowotnej w Chełmie. Dane zbierano w okresie od 01.12.2015 roku do 01.04.2016 roku.

W badaniach wzięło udział 80 osób ze zdiagnozowaną cukrzycą typu 2. Pacjenci zostali poinformowani, że wyniki niniejszych badań zostaną wykorzystane do celów naukowych. Zastosowano Kwestionariusz Oceny Jakości Życia SF-36 oraz kwestionariusz AIS. Pacjentom wraz z kwestionariuszem ankiety wręczano informację o anonimowości badania.

Najliczniejszą grupę stanowili respondenci w przedziale wiekowym: 41-50 lat (25%) oraz 51-60 lat (26,3%). Większość badanych stanowiły kobiety (86,3%), mieszkańcy miasta (70%). Największą grupę stanowili badani ze średnim wykształceniem (43,8%) oraz legitymujące się wyższym wykształceniem (35%). W grupie respondentów przeważały osoby aktywne zawodowo (57,5%). Zdecydowaną większość badanych stanowiły osoby chorujące do 5 lat (57,5% pacjentów , 6-15 lat (26% osób), powyżej 15 lat (16,3% respondentów).

Wyniki

W badaniu wykorzystano kwestionariusz SF – 36, umożliwiający subiektywną ocenę stanu zdrowia. W pierwszej tabeli przedstawiono średni wynik jakości życia, stanowiący odniesienie do dalszych badań. Przedstawione w pracy wyniki stanowią jedynie element przeprowadzonych pierwotnie badań.

Tabela 1. Średni wynik jakości życia.

N	Średnia	SD	Ufność -95,0%	Ufność +95,0%	minimum	maksimum	Q25	mediana	Q75
80	78,6	31,5	71,6	85,6	26,0	149,0	52,0	80,0	102,5

Źródło: opracowanie własne

Średni wartość punktowa jakości życia wyniosła wśród badanych – 78,64 punktu. Wynik ten wskazuje, że badane to grupa o przeciętnym poziomie jakości życia, na granicy poziomu wysokiego.

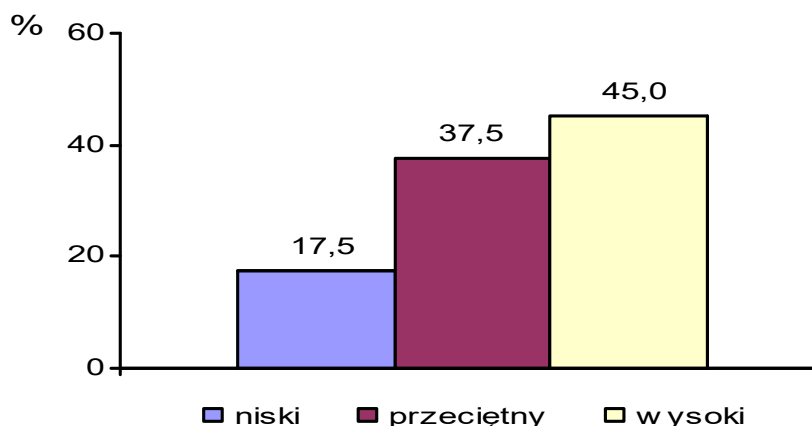
Tabela 2 i rycina 2 prezentuje poziom jakości życia respondentów.

Tabela 2. Poziom jakości życia badanych.

poziom	liczba	%
niski	14	17,5
przeciętny	30	37,5
wysoki	36	45,0
Razem	80	100,0

Źródło: opracowanie własne

Rycina 1. Rozkład poziomu jakości życia badanych.



Źródło: opracowanie własne

Najwięcej badanych prezentowało wysoki poziom jakości życia – 36 osób (45,0%). Najmniejszy odsetek respondentów oceniał swój poziom jakości życia jako niski – 14 osób (17,5%).

W tabeli 3 przedstawiono wyniki oceny poszczególnych podskal jakości życia respondentów.

Tabela 3. Średnie wyniki podskal jakości życia badanych.

Pozycja	Średnia	SD	Wartość maksymalna	Wskaźnik %
funkcjonowanie fizyczne (PF)	19,30	14,949	50	38,6
ograniczenia w pełnieniu ról (RP)	10,94	6,940	20	54,7
dolegliwości bólowe (BP)	3,80	2,021	9	42,2
ogólne poczucie zdrowia (GH)	11,38	2,901	20	56,9
witalność (VT)	9,83	2,984	20	49,1
funkcjonowanie społeczne (SF)	3,18	1,465	8	39,7
ograniczenie w pełnieniu ról wynikających z problemów emocjonalnych (RE)	7,81	6,051	15	52,1
poczucie zdrowia psychicznego (MH)	9,89	3,190	25	39,6

Źródło: opracowanie własne

Największy negatywny wpływ na poziom jakości życia badanych miało ogólne poczucie zdrowia (GH). Wskaźnik wyniósł 56,9% negatywnych punktów możliwych do osiągnięcia. W dalszej kolejności były to ograniczenia w pełnieniu ról (RP) – 54,7% oraz ograniczenie w pełnieniu ról wynikających z problemów emocjonalnych (RE) – 52,1%. W najmniejszym

stopniu taki wpływ dotyczył funkcjonowania społeczne (SF) - 39,7% poczucia zdrowia psychicznego (MH) - 42,2% oraz funkcjonowania fizycznego (PF) - 38,6%.

Drugim narzędziem wykorzystanym w badaniu stanowiła Skala Akceptacji Choroby (AIS). W przypadku niniejszych badań analizowano akceptację choroby wśród pacjentów z rozpoznaną cukrzycą typu 2.

W tabeli 4 przedstawiono średnie wyniki ocen prezentowanych przez badanych w AIS.

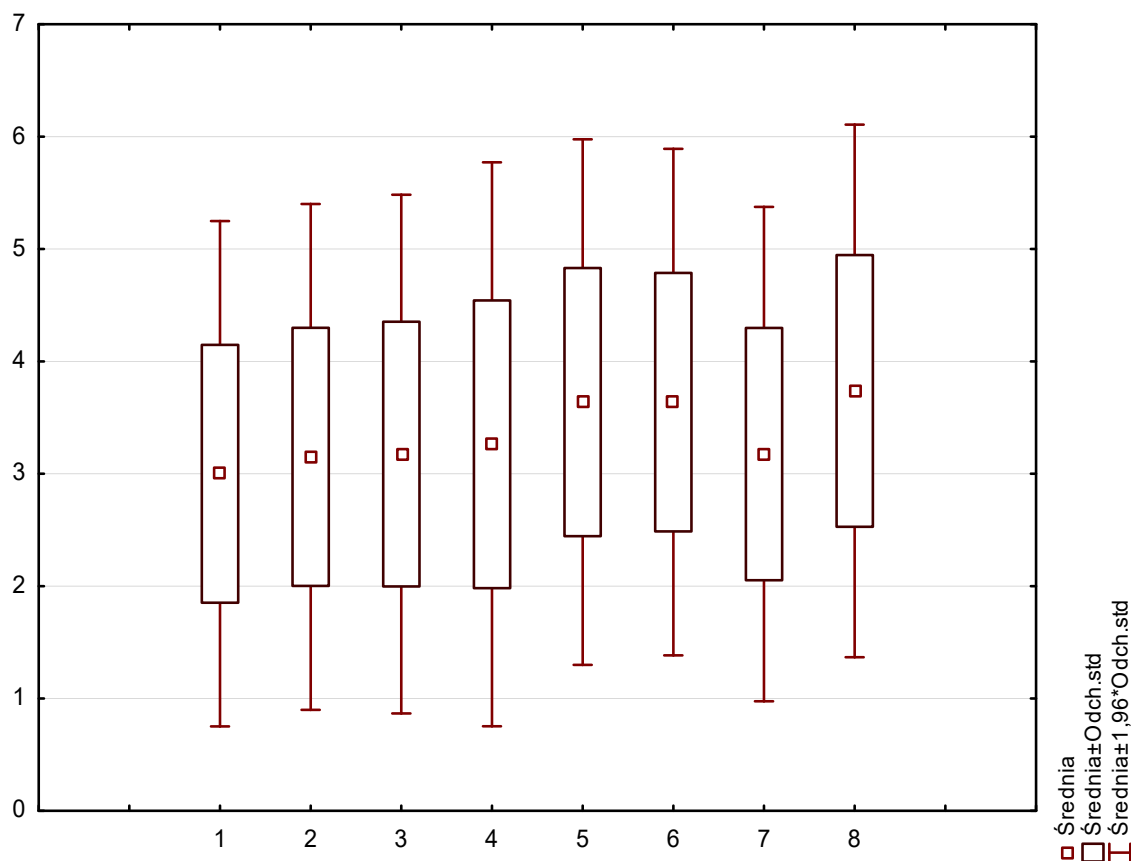
Tabela 4. Średnie oceny utrudnień wynikających z choroby przez badanych wg kwestionariusza AIS.

L.p.	Pozycja	N	Średnia	SD	Ufność -95,0%	Ufność +95,0%	Mediana	Grupa normalizacyjna średnia/ SD
1	mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę	80	3,00	1,147	2,74	3,26	1,0	2,63/ 1,32
2	z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię	80	3,15	1,148	2,89	3,41	1,0	2,45/ 1,37
3	choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny	80	3,18	1,178	2,91	3,44	1,0	3,29/ 1,44
4	problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę	80	3,26	1,280	2,98	3,55	1,0	2,59/ 1,32
5	choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół	80	3,64	1,193	3,37	3,90	1,0	2,36/ 1,37
6	mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się człowiekiem pełnowartościowym	80	3,64	1,150	3,38	3,89	1,0	3,31/ 1,38
7	nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być	80	3,18	1,123	2,93	3,42	1,0	3,81/ 1,51
8	myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby	80	3,74	1,209	3,47	4,01	1,0	3,01/ 1,45

Źródło: opracowanie własne

Rycina 2 prezentuje średnie wyniki ocen akceptacji choroby przez badanych.

Rycina 2. Rozkład średnich ocen trudnień wynikających z choroby przez badanych wg kwestionariusza AIS.



Źródło: opracowanie własne

Ze wszystkich rozpatrywanych obszarów akceptacji choroby, najwyżej respondenci ocenili poczucie „myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby” – średnia 3,74 punktu oraz „mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się człowiekiem pełnowartościowym” - średnia 3,64 punktu. Najniżej natomiast ze wszystkich pozycji oceniono poczucie: „z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię” – średnia 3,15 punktu oraz „mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę” – średnia 3,0. Nadmienić należy, że w porównaniu z wynikami grupy normalizacyjnej, badani uzyskali w każdym z aspektów akceptacji choroby z wyjątkiem pozycji: „choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny” – średnia 3,0 punktu oraz: „nigdy nie będę samowystarczalnym w takim, w jakim chciałbym być” – średnia 7,0 punktu.

Dyskusja

Przeprowadzenie badań własnych oraz ich analiza pozwoliły ocenić wpływ akceptacji choroby przewlekłej jaką jest cukrzyca typu 2 w odniesieniu do jakości życia pacjentów. Cukrzyca stanowi współcześnie jedną z najczęściej rozpoznawanych chorób metabolicznych.

Wielu naukowców, analizując kwestie jakości życia, wskazuje subiektywny aspekt tych badań, który jest obrazem sytuacji, emocji i odczuć pacjenta. Ocena dotyczy jakości życia w odniesieniu do stanu szeroko rozumianego zdrowia: dobrostanu fizycznego, psychicznego i socjalnego. Badaniu poddawany jest stopień trudności w czynnościach życia codziennego, w tym w pracy, w czasie wypoczynku i prowadzeniu domu oraz wynikające z nich problemy w relacjach z rodziną, przyjaciółmi i społeczeństwem oraz stopień satysfakcji osiąganey w danej dziedzinie życia.

Postawa pacjenta wobec choroby zależy od wielu elementów, do których należą: osobowość pacjenta, indywidualne skłonności do zachowań zdrowotnych, akceptacja choroby, sposoby radzenia sobie ze stresem, wsparcie społeczne. Akceptacja choroby oznacza przyjęcie pozytywnej postawy wobec danej sytuacji, sprzyja mobilizacji sił pacjenta i umożliwia zapobieganiu obniżeniu jakości życia w konsekwencji choroby przewlekłej.

K. Kurowska i B. Lach w latach 2010 – 2011 przeprowadziły badania w grupie 77 chorych na cukrzycę typu 2, przebywających w Klinice Endokrynologii i Diabetologii Szpitala Uniwersyteckiego im. A. Jurasza w Bydgoszczy. W badaniach wykorzystano skalę akceptacji choroby (AIS) w adaptacji Juczyńskiego oraz kwestionariusz CISS, służący pomiarowi radzenia sobie ze stresem w sytuacjach trudnych. Badanie wykazało przeciętny stopień akceptacji choroby - badana grupa uzyskała 25,16 punktów. Wśród pacjentów zaobserwowano wystąpienie wszystkich stylów radzenia sobie ze stresem. Najczęściej był to styl zadaniowy. W badaniach wskazano, że istnieje związek między stopniem przystosowania się do choroby a stylami radzenia sobie ze stresem. Akceptacja choroby malała wraz ze wzrostem stylu skoncentrowanego na emocjach [6].

Badania dotyczące akceptacji choroby przeprowadzono również wśród pacjentów Przychodni Diabetologicznych Wojewódzkiego Centrum Medycznego i Wojewódzkiego Szpitala w Opolu. Badanie dotyczyło 98 chorych, wśród których znajdowały się osoby z cukrzycą typu 2, typu 1, typu LADA, cukrzycą ciążową oraz wtórną. Brak wiedzy na temat typu choroby wskazało 10% badanych. Średnia liczby punktów w skali AIS wśród wszystkich badanych wynosiła 29 pkt. Ponad połowa respondentów (57%) akceptowała swoją chorobę na poziomie wysokim. Można zatem przyjąć, że poziom jakości życia i subiektywnej oceny zdrowia pacjenta zależy od stopnia akceptacji cukrzycy. Akceptacja choroby zależy od takich czynników jak: płeć, wiek, wartość wskaźników zdrowotnych, przebieg cukrzycy oraz zastosowana farmakoterapia. Wyższy stopień akceptacji choroby wpływa na wyższą ocenę jakości życia i zdrowia pacjenta [7].

W latach 2010-2011 badanie przeprowadzono w grupie 100 osób chorych na cukrzycę typu 1 i 2. Badanie przeprowadzono wśród pacjentów Oddziału Wewnętrznego Szpitala Wojewódzkiego w Bełchatowie i leczonych w Klinice Diabetologii i Chorób Metabolicznych w Szpitalu Klinicznym w Łodzi. W badaniu zastosowano kwestionariusz ADDQoL, autorstwa Clare Bradley. Wykazano, że cukrzyca niezależnie od jej typu w sposób znaczący wpływa na pogorszenie ogólnej jakości życia. Badani wiążą ten fakt z wiekiem, w którym rozpoznano cukrzycę (im młodszy wiek, tym gorsza jakość życia). Wykazano również, że jakość życia pogarsza się w miarę trwania choroby [8].

Wyniki badania własnego przeprowadzonego wśród pacjentów Oddziału Chorób Wewnętrznych oraz Poradni Diabetologicznej w Zespole Opieki Zdrowotnej w Chełmnie wskazały, że średnia jakości życia wyniosła 78,64 pkt, co oznacza przeciętny poziom na granicy poziomu wysokiego. Wyższa jakość życia częściej dotyczyła kobiet (46,4%). Połowa badanych (50% respondentów) preferuje przeciętny poziom akceptacji choroby, a 42,5% poziom wysoki. Średnia akceptacji choroby wyniosła dla badanej grupy 26,78 pkt. Wyższy wynik uzyskały

kobiety w przedziale wiekowym do 40 lat i 51-60 lat, zamieszkałe w mieście z wykształceniem wyższym. Badania wykazały, że akceptacja choroby ma istotny wpływ na jakość życia z przewlekłą chorobą. Pacjenci akceptując swoją chorobę lepiej funkcjonują fizycznie, emocjonalnie oraz w sferze zawodowej.

Wnioski

Akceptacja choroby ma istotny wpływ na jakość życia pacjentów z cukrzycą jako chorobą przewlekłą. Ankietowani pacjenci Oddziału Wewnętrznego i Poradni Diabetologicznej potwierdzili postawioną hipotezę: jakość życia chorych z cukrzycą typu 2 zależy od stopnia akceptacji choroby. Wyższy stopień akceptacji choroby określał wyższą jakość życia pacjentów. Przekłada się to bezpośrednio na funkcjonowanie w sferze biologicznej, psychicznej, społecznej i zawodowej chorych. Pacjent akceptując chorobę wykazuje lepsze przystosowanie się do życia z cukrzycą typu 2 oraz wykazuje lepszą jakość życia z chorobą.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarstwa

Przeprowadzone badania dają możliwość wykorzystania wyników bezpośrednio w praktyce pielęgniarstwa w odniesieniu do pacjentów z cukrzycą typu 2. Mogą stanowić istotny element projektowania holistycznego planu opieki wobec pacjenta chorującego przewlekle.

Bibliografia / Bibliography:

1. Dudzińska M., Tarach J., Nowakowski A. Pomiar jakości życia zależnej od zdrowia w cukrzycy. *Diabetologia Praktyczna*. 2011;12:56-64.
2. Pietrzykowska E., Zozulińska D., Wierusz-Wysocka B. Jakość życia chorych na cukrzycę. *Pol. Merkurusz Lek*. 2007;XXIII(136):311-314.
3. Lewko J., Krajewska-Kułak E. Wielowymiarowa ocena jakości życia chorych na cukrzycę. *Pol. Merkurusz Lek*. 2010;XXVIII(168):486-489.
4. Krajewska-Kułak E. Akceptacja sytuacji związanej ze stanem zdrowia przez pacjentki oddziału patologii ciąży i położniczego. *Ginekologia Praktyczna*. 2010:31-35.
5. Basińska M., Zalewska-Rydzkowska D., Wolańska P., Junik R. Dyspozycyjny optymizm a akceptacja choroby w grupie osób z chorobą Gravesa-Basedowa. *Endokrynologia Polska*. 2008;59:23-28.
6. Kurowska K., Lach B. Akceptacja choroby i sposoby radzenia sobie ze stresem u chorych na cukrzycę typu 2. *Diabetologia Praktyczna*. 2011;12:113-119.
7. Kurpas D., Czech T. Akceptacja choroby pacjentów z cukrzycą oraz jej wpływ na jakość życia i subiektywną ocenę zdrowia. *Family Medicine & Primary Care Review*. 2012;383-388.
8. Glińska J., Skupińska A., Lewandowska M. Czynniki demograficzne a ogólna jakość życia chorych z cukrzycą typu 1 i 2. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2012;20:279-288.

Opis przypadku/Case report

Karolina Filipowska¹

¹ Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej w opiece nad pacjentem w podeszłym wieku z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc - studium przypadku

Selected Aspects of Nursing Care of Older Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease- Case Study

Streszczenie

Wstęp. POChP jest chorobą przewlekłą płuc o progresywnie wzrastającej liczbie zachorowań i śmiertelności. Charakteryzuje się postępującym i nieodwracalnym ograniczeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe. Wykazano, iż schorzenie to diagnozowane jest u blisko 8-10% Europejczyków po 30 rż. Wraz z wiekiem istotnie statystycznie wzrasta występowanie chorób przewlekłych.

Prezentacja przypadku. Opis przypadku dotyczy pacjentki w wieku 65 lat chorującej na POChP. Obejmuje on także problemy pielęgnacyjne, jakie występują u chorej oraz interwencje, które powinna podjąć pielęgniarka, by zredukować bądź całkowicie wyeliminować zdiagnozowane i zaobserwowane problemy. Prezentowane studium przypadku jest opisem teoretycznym.

Dyskusja. POChP ze względu na swój przewlekły charakter i szerokie rozpowszechnienie uznawana jest za jeden z najistotniejszych problemów zdrowia publicznego. Częstotliwość zachorowań wzrasta wraz z wiekiem. Odnotowano, że szczyt zachorowań najczęściej występuje w szóstej dekadzie życia. Główną rolę pielęgniarki w opiece nad pacjentem z tą jednostką chorobową jest wykonywanie profesjonalnych czynności pielęgnacyjnych, leczniczych, rehabilitacyjnych i diagnostycznych. Istotny aspekt stanowi również edukacja, która powinna być przeprowadzana przez pielęgniarki w trakcie pobytu chorego na oddziale.

Wnioski. W obliczu pogorszającego się sukcesywnie funkcjonowania psychospołecznego osób starszych z POChP warto byłoby się zastanowić nad wprowadzeniem przesiewowych badań w kierunku wczesnego wykrywania tej jednostki chorobowej np. w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej. Należy także dążyć do wprowadzania licznych programów przeciwdziałających POChP, a także uświadamiających społeczeństwo o identyfikowaniu POChP z oddzielną jednostką chorobową, a nie utożsamianiu jej z naturalnym elementem procesu starzenia się.

Abstract:

Introduction. COPD is a chronic pulmonary progressively increasing the number of morbidity and mortality. It is characterized by progressive and irreversible airflow limitation by inhalation. It has been shown that the disease is diagnosed here it is nearly 8-10% of Europeans after 30 years of age. As people age significantly increasing incidence of chronic diseases.

Case Presentation. Case report refers to a patient at the age of 65 sufferers of COPD. It also includes nursing problems that occur in the patient and interventions that should take a nurse, to reduce or eliminate diagnosed and observed problems. The presented case study is a description of the theoretical.

Discussion. COPD because of its chronic nature and wide dissemination is considered one of the most important public health problems. The incidence increases with age. It was noted that the peak incidence occurs most often in the sixth decade of life. The main role of nurses in the care of patients with this disease entity is to perform professional tasks care, treatment, rehabilitation and diagnostics. A significant aspect is also education, which should be carried out by nurses during the patient's stay in the ward.

Conclusions. In the face of more and worse psychosocial functioning of older people with COPD it would be worthwhile to consider introduction of screening tests for the early detection of this disease, for example in primary care. It should also seek to introduce a number of programs to counter COPD, as well as public awareness of COPD identification of a separate entity, rather than equating it with a natural part of the aging process.

Słowa kluczowe: przewlekła obturacyjna choroba płuc, opieka pielęgniarska, osoby starsze, problemy pielęgnacyjne

Key words: Chronic obstructive pulmonary disease, nursing care, elderly people, nursing problems

Wstęp

Zmiany obserwowane w strukturze demograficznej społeczeństwa coraz częściej stają się tematem publicznej dyskusji. Proces starzenia się zarówno mieszkańców Polski, jak i pozostałych krajów Unii Europejskiej (UE) w ostatnim stuleciu przybrał miano intensywnego zjawiska globalnego [1]. W konsekwencji demograficzne starzenie się ludności Polski przyczynia się do systematycznego wzrostu odsetka osób z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP) [2]. Charakteryzuje się ona przewlekłym i trwałym zredukowaniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe. Ze względu na swój przewlekły charakter i szerokie rozpowszechnienie uznawana jest za jeden z najistotniejszych problemów zdrowia publicznego [3]. Wykazano, że schorzenie to diagnozowane jest u blisko 8-10% Europejczyków po 30 rż [4]. Wraz z wiekiem istotnie statystycznie wzrasta zachorowalność na POChP [5]. Patogeneza tego schorzenia jest wieloczynnikowa [6]. Odnosi się ona zarówno do aspektów genetycznych, jak i środowiskowych i obejmuje zapalenie (przewlekłe zapalenie oskrzeli), utratę powierzchni pęcherzyków płucnych oraz zniszczenie oskrzelików oddechowych [7]. Schorzenie to w znaczący sposób obniża jakość życia chorych. Ponadto niesie za sobą znaczące konsekwencje ekonomiczne odnoszące się do wysokich kosztów przewlekłego leczenia [8]. Współpraca interdyscyplinarnego zespołu medycznego z pacjentem i jego rodziną przyczynia się do poprawy stanu ogólnego chorego oraz zredukowania lęku wynikającego z obawy przed uduszeniem [9].

Celem pracy jest dokonanie analizy problemów pielęgnacyjnych w oparciu o informację na temat sylwetki psychofizycznej pacjenta z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc w okresie zaostrzenia objawów choroby.

Prezentacja przypadku

Pani Zyta lat 65 przyjęta do Katedry i Kliniki Geriatrii dnia 22.03.2016r. w trybie nagłym z powodu zaostrzenia objawów POChP. Pacjentka skarży się na trudności w oddychaniu, nasilającą się duszność wysiłkową i kaszel z obfitym odkrztuszaniem płwociny. Pacjentka opanowana, spokojna. Zgłasza ogólne osłabienie, zmęczenie i ból w klatce piersiowej. U chorej 4 lata temu zdiagnozowano nadciśnienie tętnicze. W dniu przyjęcia wynik pomiaru

ciśnienia tętniczego (RR) - 170/110 mmHg. Chora nie przyjmuje regularnie przepisanych leków hipotensyjnych i nie prowadzi systematycznie dzienniczka samokontroli. W chwili wywiadu zachowana orientacja auto- i allopsychiczna. Pacjentka chętnie bierze udział w rozmowie i odpowiada na wszelkie pytania oraz utrzymuje kontakt wzrokowy. Kobieta została zakwalifikowana do II kategorii opieki pielęgniarskiej. Chora wymaga niewielkiej pomocy przy poruszaniu się i czynnościach higienicznych. Obecnie nie zgłasza żadnych potrzeb. Stan higieniczny bardzo dobry, włosy i skóra czyste, brak zmian patologicznych oraz zasinienia powłok skórnych. Bielizna pościelowa i osobista czysta. Pacjentka w skali Douglas uzyskała 22 pkt., a w skali Glasgow 15 pkt. W dniu dzisiejszym nie występuje stan zagrożenia życia; parametry życiowe wynoszą:

- Ciśnienie tętnicze: 120/80 mm Hg;
- Temperatura: 36,7°C;
- Tętno: 70 uderzeń/ min, równe i miarowe;
- Oddech: 16/ min, wykonywany bez wysiłku, regularny.

Pani Halina jest rencistką, posiada wyższe wykształcenie. Przez blisko 35 lat pracowała w szkole jako nauczycielka języka polskiego. Chora mieszka wraz z mężem w bloku na pierwszym piętrze. Warunki mieszkaniowe ocenia jako bardzo dobre. Mąż codziennie odwiedza pacjentkę w szpitalu. Pani Halina również zwraca uwagę na fakt, iż strasznie szybko się męczy np. idąc do łazienki. Podczas duszności odczuwa silne zawroty głowy oraz ucisk w klatce piersiowej. Pacjentka skarży się na kłopoty z zasypianiem.

U Pani Haliny 6 miesięcy temu zdiagnozowano POChP i nadciśnienie tętnicze, na które choruje od 2012 roku. W rodzinie kobiety nikt nie choruje na nadciśnienie tętnicze i POChP. Dotychczas rzadko rozpoznawano u niej objawy zapalenia płuc bądź zapalenia oskrzeli. Z wywiadu wynika, że kaszel z przezroczystą i często trudną do odkrztuszenia płwociną utrzymuje się u pacjentki od blisko 2 lat przynajmniej 4 miesiące w roku. Od tygodnia pojawiły się dodatkowo silne duszności podczas wysiłku. Pacjentka skarży się na progresywne zmniejszanie się tolerancji na wysiłek fizyczny. Od 20 lat kobieta pali około 20 papierosów dziennie. W okresie hospitalizacji udało się ograniczyć znacznie liczbę wypalanych papierosów do 5 dziennie.

Kobieta dobrze radzi sobie w sytuacjach stresowych. Jest przyjaźnie nastawiona wobec personelu medycznego. Wykazuje również dużą świadomość swojego stanu zdrowia. Chora ma założone wkłucie dożylnie.

Stan pacjentki w kolejnych dobach pobytu w szpitalu ulegał znacznej poprawie. Niemniej jednak utrzymywał się męczący kaszel. W czasie pobytu Pani Halina miała wykonywane następujące badania: morfologia krwi, spirometria, RTG klatki piersiowej.

Plan opieki pielęgniarskiej wobec pacjentki w starszym wieku w przebiegu POChP w dniu przyjęcia do szpitala

PROBLEM 1:

Niepokój spowodowany hospitalizacją i procesem leczenia.

CEL:

Zniwelowanie lęku spowodowanego hospitalizacją.

DZIAŁANIA:

- Przeprowadzenie rozmowy z pacjentką na temat choroby,
- zapewnienie poczucia bezpieczeństwa,
- zapewnienie życzliwej, cichej i spokojnej atmosfery,

- nawiązanie kontaktu emocjonalnego z pacjentką, zapoznanie się z jej potrzebami, dolegliwościami, problemami,
- zachowanie cierpliwości i spokoju podczas rozmowy,
- umożliwienie kontaktu z lekarzem,
- zapoznanie pacjentki z topografią i regulaminem oddziału,
- okazywanie zainteresowania ogólnym samopoczuciem pacjentki przez pielęgniarkę,
- angażowanie rodziny w procesie terapeutycznym.

OCENA:

Zniwelowano niepokój związany z hospitalizacją i procesem leczenia.

PROBLEM 2:

Trudności w oddychaniu z powodu zaostrzenia objawów POChP.

CEL:

Zmniejszenie duszności i uspokojenie pacjenta.

DZIAŁANIA:

- Czynny udział w tlenoterapii,
- częste wietrzenie pomieszczenia
- zachęcanie pacjentki i pomoc w przyjmowaniu pozycji wysokiej lub półwysokiej,
- monitorowanie podstawowych parametrów życiowych (tętno, oddech, ciśnienie tętnicze, temperatura ciała),
- udział w postępowaniu farmakologicznym na zlecenie lekarza.

OCENA:

Zredukowano duszność i lęk u pacjentki.

PROBLEM 3:

Zwiększone ryzyko wystąpienia powikłań nadciśnienia tętniczego (udar mózgu, zawał serca) spowodowane brakiem wiedzy na temat choroby i niefarmakologicznych metod leczenia

CEL:

Zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań nadciśnienia tętniczego (udaru mózgu, zawału serca)

DZIAŁANIA:

- Dwukrotne przeprowadzenie 30-minutowej pogadanki wprowadzającej do zagadnień oraz sprawdzającej poziom wiedzy pacjenta i jego rodziny na temat istoty choroby,
- wytłumaczenie pacjentce definicji i pojęć związanych z chorobą: ciśnienie skurczowe, ciśnienie rozkurczowe,
- przedstawienie pacjentce w formie grafiki zakresu prawidłowych wartości ciśnienia tętniczego,
- przekazanie pacjentce dzienniczka samokontroli - poinformowanie o regularnym wpisywaniu wartości ciśnienia tętniczego krwi do dzienniczka po rannym i wieczornym pomiarze,
- pomiar RR 2 razy dziennie (rano i wieczorem) oraz w przypadku wystąpienia takich dolegliwości jak silny ból głowy z zawrotami, ból w klatce piersiowej, duszność a także w przypadku złego samopoczucia,
- przedstawienie pacjentce prawidłowych technik pomiaru ciśnienia tętniczego aparatem elektronicznym:
- zwrócenie uwagi na 10-minutowy odpoczynek przed pomiarem RR,

- wdrożenie do zasad właściwego zakładania mankietu do pomiaru RR (2-3 cm powyżej zgięcia łokciowego),
- zwrócenie pacjentce uwagi na unikanie picia kawy i palenia papierosów przed pomiarem,
- zwrócenie uwagi na konieczność podparcia kończyny na której mierzone jest ciśnienie tętnicze,
- zwrócenie uwagi, aby podczas pomiaru RR pacjentka nie rozmawiała (doprowadza to do zaburzeń w wynikach pomiaru),
- przeprowadzenie instruktażu pomiaru RR,
- trzykrotne przeprowadzenie 40-minutowej pogadanki skierowanej do pacjentki i jej syna na temat zasad diety w nadciśnieniu tętniczym:
- zalecenie ograniczenie ilości spożywanej soli o połowę,
- wskazanie na konieczność wykluczenia z diety produktów konserwowanych solą tj. wędzonych ryb, wędzonych wędlin, żółtych serów, kiszonych ogórków,
- zwrócenie pacjentce uwagi na to, aby soliła potrawy pod koniec gotowania lub tuż przed podaniem w celu utrzymania pożądanego walorów smakowych,
- zachęcenie do zastępowania soli innymi przyprawami: pieprzem, papryką, oregano, chrzanem, octem,
- zalecenie ograniczenia ilości spożywanych tłuszczów zwierzęcych,
- zapoznanie pacjentki z informacją na temat produktów zawierających znaczne ilości magnezu i potasu- wręczenie wykazu tych produktów,
- dwukrotne przeprowadzenie 20-minutowej pogadanki odnośnie sposobów relaksacji oraz racjonalnego wypoczynku (wizualizacja, nieforsująca gimnastyka, czytanie książek, słuchanie muzyki relaksacyjnej).

OCENA:

Nie wystąpiły objawy powikłań nadciśnienia tętniczego.

PROBLEM 4:

Zwiększone ryzyko nasilenia się objawów POCHP i nadciśnienia tętniczego z powodu palenia papierosów.

CEL:

Ograniczenie ilości wypalanych papierosów, zmniejszenie nasilenia objawów POCHP i normalizacja wartości RR

DZIAŁANIA:

- Przedstawienie pacjentce negatywnego wpływu palenia tytoniu na układ krążenia i układ oddechowy,
- ukazanie korzyści wynikających z zerwania z nałogiem (np. wyeliminowania czynnika ryzyka utraty zdrowia, ukazanie aspektów finansowych),
- przedstawione pacjentce nefarmakologicznych metod radzenia sobie z nałogiem np. ssanie owoców goździków,
- poproszenie znajomych pacjentki, aby nie częstowali jej papierosami,
- w przypadku, gdy pacjentka poczuje chęć zapalenia papierosa zachęcenie do spożycia owoców lub niskokalorycznej przekąski, żucie gumy, gryzienie pestek słonecznika lub dyni,

- zaproponowanie pacjentce po konsultacji z lekarzem korzystania z farmakologicznych metod walki z nałogiem: stosowanie gumy do żucia, plastry, pastylek do ssania, aerozolu do stosowania w jamie ustnej

OCENA:

Pacjentka ograniczyła ilość wypalanych papierosów, nieznacznie zmniejszyło się nasilenie objawów POCHP, wartości RR utrzymują się w granicach wysokiej normy

PROBLEM 5:

Uciążliwy kaszel z odkrztuszaniem zalegającej wydzieliny w drzewie oskrzelowym.

CEL:

Ułatwienie odkrztuszania zalegającej wydzieliny, poprawa samopoczucia pacjentki.

DZIAŁANIA:

- Nauczanie pacjentki efektywnego odkrztuszania nagromadzonej wydzieliny w drogach oddechowych,
- prowadzenie gimnastyki oddechowej, ćwiczeń wspomagających efektywny kaszel (głęboki wdech i 3 krótkie wydechy),
- stosowanie drenażu złożeniowego,
- oklepywanie klatki piersiowej w celu usunięcia zalegającej wydzieliny,
- ułożenie pacjentki w pozycji wysokiej lub półwysokiej,
- przypominanie chorej o konieczności nawadniania organizmu, co również ułatwi ewakuację wydzieliny z dróg oddechowych,
- zapewnienie pacjentce ligniny i worka na skażone odpady, co zapobiega krzyżowemu zakażeniu i ułatwia usuwanie zakażonej wydzieliny,
- przepłukiwanie jamy ustnej po odkrztuszeniu wydzieliny,
- przygotowanie odpowiedniego mikroklimatu pomieszczenia, w którym znajduje się pacjentka; częste wietrzenie pomieszczenia, w celu dostarczenia świeżego powietrza,
- udział w farmakoterapii poprzez stosowanie leków rozrzedzających wydzielinę i wykrztuśnych na zlecenie lekarza.

OCENA:

Pacjentka efektywniej odkrztusza wydzielinę, jej samopoczucie uległo poprawie.

PROBLEM 6:

Lęk wynikający z toczącej się choroby oraz obawa przed znacznym pogorszeniem się jakości życia

CEL:

Redukcja lęku, pomoc w akceptacji choroby

DZIAŁANIA:

- Przekazanie pacjentce i jej rodzinie wiedzy na temat jednostki chorobowej jaką jest POChP, jej przyczynach oraz objawach,
- przyjmowanie postawy otwartości i gotowości do wysłuchania, wsparcie emocjonalne pacjentki poprzez inicjowanie kontaktu,
- okazywanie serdeczności, cierpliwości, zainteresowania i troski,
- omówienie zasad prawidłowego stylu życia i prowadzenia aktywności fizycznej (unikanie bezczynności, codzienna aktywność, unikanie nadmiernego wysiłku, który pogłębiałby niedobór tlenu, unikanie stresu, nauka zwalczania bezsenności),
- utrzymanie u pacjentki postawy odpowiedzialności za własne zdrowie,

- w sytuacji nasilenia się objawów POChP zalecenie chorej niezwłocznej wizyty u lekarza.

OCENA:

Zredukowano lęk wynikający z obawy przed znacznym pogorszeniem się jakości życia.

Dyskusja

POChP ze względu na swój przewlekły charakter i szerokie rozpowszechnienie uznawana jest za jeden z najistotniejszych problemów zdrowia publicznego. Wraz z wiekiem istotnie statystycznie wzrasta występowanie chorób przewlekłych. U około 45% osób starszych rozpoznaje się choroby układu oddechowego. Zajmują one trzecie miejsce na liście najczęstszych chorób seniorów po schorzeniach układu sercowo-naczyniowego (75% osób starszych), i chorobach układu ruchu (65% populacji osób w podeszłym wieku) [5].

W ogólnopolskim badaniu PolSenior populację badanych stanowiło 4979 osób w wieku 79,4±8,69 lat (48,4% kobiet, n=2412 oraz 51,6% mężczyzn, n=2567). Grupa kontrolna obejmowała 716 respondentów w wieku 55-59 lat. Dokonano oceny natężenia występowania schorzeń układu oddechowego na podstawie kwestionariuszowego badania medycznego. Respondenci odpowiadali na pytanie dotyczące zdiagnozowania u nich choroby układu oddechowego, takiej jak: astma oskrzelowa, rozedma płuc, POChP, przewlekłe zapalenie oskrzeli. Wśród 17,9% (n=886) badanej populacji zdiagnozowano schorzenia układu oddechowego. Dla porównania u osób w wieku 55-59 lat występowanie tych chorób odnotowano na poziomie blisko 11%. Wykazano istotne statystycznie zależności pomiędzy wiekiem a natężeniem występowania schorzeń układu oddechowego. Wśród populacji osób w wieku 80-84 lat zaobserwowano najczęstsze rozpowszechnienie chorób na poziomie 19,9% (n=157). U osób po 90 rż. schorzenia układu oddechowego odnotowano u 19,8% (n=151) respondentów [2].

Z kolei w doniesieniach Bednarka i współautorów POChP zdiagnozowano u około 9,3% osób powyżej 40 rż [10]. W badaniach przeprowadzonych przez Siatkowską i współpracowników populację badanych stanowiło 1026 osób (52,1% kobiet, n=535 oraz 47,9% mężczyzn, n=491) w wieku 18-83 lata. POChP zdiagnozowano wśród 62 respondentów w wieku 58,5±13,8 lat, co stanowi 6,04% ogółu badanej populacji. Natomiast wśród 61,3% (n=38) badanych wykryto stadium I POChP, czyli jej łagodną postać. Drugie stadium choroby zdiagnozowano wśród 35,5% (n=22) respondentów, natomiast III stadium u 3,2% (n=2) [11].

W przedstawionym w pracy opisie przypadku chorobę zdiagnozowano w wieku 65 lat. Kaszel z przezroczystą i często trudną do odkrztuszenia płwociną utrzymuje się u chorej przez blisko 2 lata, przynajmniej 4 miesiące w roku. Można zatem założyć, że choroba ta pojawiła się już w wieku 63 lat.

Wiodącym czynnikiem ryzyka POChP jest palenie papierosów. Wykazano, iż blisko 33% populacji osób w Polsce pali papierosy [12]. Według badań wśród pacjentów, u których zdiagnozowano POChP blisko 85-90% przypadków odnosi się do palaczy czynnych. Palacze bierni również są narażeni na rozwój POChP, jednak w mniejszym nasileniu niż osoby palące czynnie [13]. Według badań Przybylskiej-Kuć i współautorów wśród 67 osób w wieku 24-80 lat (średnia 52 lata) odnotowano, iż najczęstszym powikłaniem nikotynizmu jest rak płuc (94,03%). Kolejno wymieniono raka krtani (76,12%) a na trzecim miejscu wraz z zawałem serca (56,72%) zakwalifikowano astmę/POChP z wynikiem 56,72% [12]. W badaniach przeprowadzonych przez Siatkowską i współpracowników aktualni i byli palacze stanowili 90,3% pacjentów ze zdiagnozowaną POChP [11].

Pacjentka, która została przedstawiona w opisie przypadku jest uzależniona od nikotyny - pali papierosy od 20 lat. Ograniczenie palenia tytoniu w ciągu dnia w pozytywny sposób

wpłynęło na zmniejszenie epizodów duszności. Wobec chorej podjęto edukację zdrowotną na temat uzależnienia od nikotyny, negatywnym wpływie tytoniozależności na stan zdrowia. Wskazano metody zerwania z nałogiem.

Podsumowanie

Celem pracy było scharakteryzowanie jednostki chorobowej, którą jest POChP oraz przedstawienie problemów pacjentów w jej przebiegu. W pracy podkreślono zadania pielęgniarki w opiece nad seniorem w przebiegu POChP, która ze względu na swój przewlekły charakter i szerokie rozpowszechnienie uznawana jest za jeden z najistotniejszych problemów zdrowia publicznego. W odniesieniu do danych epidemiologicznych z pewnością można stwierdzić, iż częstotliwość zachorowań na POChP wzrasta wraz z zawansowaniem wieku pacjentów. Odnotowano, że szczyt zachorowań najczęściej występuje w szóstej dekadzie życia.

Według GOLD istotnym aspektem w procesie leczenia POChP jest zaprzestanie palenia tytoniu. Odnotowano, iż ten czynnik ma największy wpływ na naturalny przebieg choroby. Niemniej istotna jest systematycznie stosowana farmakoterapia. Doraźnie wykorzystuje się krótko- i szybko działające leki rozszerzające oskrzela, cholinolityczne (bromek ipratropium), beta2-mimetyki (fenoterol) bądź mieszanek obu opisanych leków. Działania terapeutyczne z wykorzystaniem tlenu stosuje się w późnym okresie choroby bądź podczas jej zaostrzenia. Głównym celem tlenoterapii jest przeciwdziałanie powikłaniom sercowo-naczyniowym wynikającym z niebezpieczeństwa rozwoju serca płucnego. W leczeniu POChP istotną rolę odgrywa także zanieczyszczenie powietrza atmosferycznego a szczególnie zanieczyszczenie powietrza w zamkniętych miejscach (wynikające ze spalania paliw opartych na biomasie) oraz oddziaływanie szkodliwych czynników w powietrzu związanych z wykonywaną pracą. Wymienione czynniki sprzyjają powstawaniu przewlekłego stanu zapalnego, który odgrywa istotną rolę w patogenezie POChP.

W opiece nad osobami z POChP istotne jest uświadomienie pacjentom, iż jest to schorzenie o charakterze przewlekłym i wymaga systematycznej kontroli ze strony interdyscyplinarnego zespołu terapeutycznego. Głównym zadaniem pielęgniarki staje się edukacja chorego i jego rodziny na temat eliminacji czynników ryzyka, które wpływają na przebieg choroby. Niezbędne jest również przekazanie pacjentowi informacji na temat zasad samodzielnego, systematycznego stosowania leków. Ważną rolę odgrywa także edukacja pacjentów na temat zaprzestania palenia papierosów.

Znaczącą rolę w przebiegu choroby przewlekłej odgrywa wsparcie ze strony personelu medycznego oraz rodziny. W obliczu pogarszającego się sukcesywnie funkcjonowania psychospołecznego osób starszych z POChP warto rozważyć wprowadzenie przesiewowych badań w kierunku wczesnego wykrywania choroby na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej.

Bibliografia/Bibliography:

1. Markiewicz E., Skawina I. Polityczna orientacja państw w zakresie społeczeństw starzejących się. *Gerontologia Polska*. 2015;1:34-40.
2. Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzkie w Polsce W: Błędowski P. (red.) *Starzenie się jako problem społeczny. Perspektywy demograficznego starzenia się ludności Polski do roku 2035*. *PolSenior*. Termedia. 2012:123-136.

3. Celli B.R., Wand M. Standars for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a Summary of the ATS/RRS position paper. *European Respiratory Journal and Committee Members*. 2004;23:932-946.
4. Mannino D.M. Chronic obstructive pulmonary disease: definition and epidemiology. *Respiratory Care* 2003;48:1185-1191.
5. Kozak-Szkopek E. Ocena kliniczna chorego w podeszłym wieku z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. *Gerontologia Polska*. 2007;15(3):61-68.
6. Kara M., Kirkil G., Kalemci S. Differential Expression of MicroRNAs in Chronic Obstructive Pulmonary Diseases, *Advances in Clinical and Experimental Medicine*. 2016;25(1):21-26.
7. Mizumura K., Cloonan S.M., Nakahira K., i in. 2014. Mitophagy-dependent necroptosis contributes to the pathogenesis of COPD. *Journal of Clinical Investigation*. 2014;124(9):3987-4003.
8. Kwon H.Y., Kim E. Factors contributing to quality of life in COPD patients in South Korea. *International Journal Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2016;11:103-109.
9. Vestbo J. COPD: definition and phenotypes. *Clinics in Chest Medicine*. 2014;35(1)1-6.
10. Bednarek M., Maciejewski J., Woźniak M., i in. Prevalence, severity and underdiagnosis of COPD in the primary care setting. *Thorax*. 2008;63:402-407.
11. Siatkowska H., Kozielski J., Ziora D. Chorzy na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc w praktyce lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. *Pneumonologia i Alergologia Polska*. 2010;78(2):112-120.
12. Przybylska-Kuć S., Bartoszek E., Dec M., i in. Świadomość pacjentów dotycząca powikłań związanych z paleniem papierosów. *Family Medicine & Primary Care Review*. 2014;16(2)153-154.
13. Grzelewska-Rzymowska I. Standardy leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. *Alergia Astma Immunologia*. 2006;11(4):188-194.

Artykuły poglądowe/Review

Klaudia Rutka¹

¹ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. błogosławionego księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii;

Rola i zadania szpitalnego koordynatora transplantacyjnego

The role and tasks of the hospital transplant coordinator

Streszczenie

Jednym z największych osiągnięć współczesnej medycyny jest rozwój transplantologii. Dzięki niej poprawiła się jakość i przeżycie wielu osób, które nie mogą funkcjonować z niewydolnym narządem. Transplantacja jest dla nich nadzieją na nowe, lepsze życie. Tematyka ta wywołuje wiele kontrowersji wśród społeczeństwa, gdyż większość narządów pozyskiwana jest od osób zmarłych. Procedura pobrania narządu od dawcy wymaga zaangażowania w pracę wielu osób, pracujących w różnych instytucjach w całej Polsce. Szpitale mają prawny obowiązek zgłaszania potencjalnych dawców, którzy najczęściej przebywają w Oddziałach Intensywnej Terapii, gdzie roztacza się opiekę nad zmarłym potencjalnym dawcą narządów. Dawcy są to najczęściej osoby młode, a ich śmierć jest szokiem dla osób bliskich, którym ciężko wypowiedzieć się na temat woli zmarłego na dawstwo narządów. Lokalny koordynator transplantacyjny jest osobą, która zajmuje się monitorowaniem potencjału dawstwa na obszarze swojego działania. Czuwa nad sprawnym przebiegiem całości działań związanych z wysunięciem podejrzenia śmierci mózgu i jej potwierdzenia. Jego zadaniem jest zgłoszenie potencjalnego dawcy do Centrum Organizacyjno-Koordinacyjnego ds. transplantacji "Poltransplant" i dokonanie autoryzacji pobrania. Wspomaga współpracowników w opiece nad dawcą do momentu pobrania narządów. Organizuje pobranie wielonarządowe w swoim szpitalu. Posiada kwalifikacje, wiedzę i umiejętności niezbędne w realizacji wyznaczonych zadań. Jest to osoba, która kreuje wizerunek transplantologii w społeczeństwie.

Abstract

One of the greatest achievements of modern medicine is the development of transplantology. It improved survival and quality of life of people with organ failure. It gives them hope for a new and better life. This issue of is controversial among the public as most organs are obtained from deceased donors. The procedure of organ procurement from a donor requires commitment of many individuals working in various institutions throughout the country. Hospitals have a legal obligation to report potential donors who are usually managed in the intensive care units. Organ donors include mostly young people whose death is a shock to relatives, for whom it is hard to comment on the will of the patient regarding organ donation. A Local transplant coordinator is a person monitoring institutional organ donation within the administered area. They supervise activities related to the confirmation of brain death, notify the Local Organ Procurement Organisation (Poltransplant) about potential donors. They support colleagues in the care of the donors, organise and authorise taking organs from deceased donors in their institutions. Coordinators have the qualifications, knowledge and skills necessary to perform those tasks. They are the people who create the image of transplantology in society.

Słowa kluczowe: transplantologia, koordynator transplantacyjny, dawca narządów

Keywords: transplantology, transplant coordinator, organ donation

Wstęp

Transplantacje narządów mimo ogromnego rozwoju medycyny bardzo często są jedynym skutecznym sposobem leczenia dla chorych z niewydolnością narządów. Jest to szansa, która umożliwia powrót do zdrowia i funkcjonowania w społeczeństwie. Narząd do transplantacji jest darem jaki możemy otrzymać jedynie od drugiego człowieka. Liczba narządów do transplantacji jest niewystarczająca, aby pokryć zapotrzebowanie na leczenie tą metodą. W 2015 roku na Krajowej Liście Oczekujących było 2550 chorych, natomiast przeszczepiono jedynie 1432 narządy. Nad całością procesu pobierania i przeszczepiania czuwają koordynatorzy transplantacyjni, których można podzielić na lokalnych, regionalnych i zatrudnionych na szczeblu centralnym tzw. koordynatorzy Poltransplantu [1,2,3]. Osoba pełniąca funkcję koordynatora posiada szeroką wiedzę m.in. z zakresu transplantologii, psychologii, etyki. Koordynator zna obowiązujące przepisy prawne i je respektuje. Organizuje pracę wielodyscyplinarnych zespołów zajmujących się identyfikacją, opieką nad potencjalnym dawcą narządów, pobieraniem i przeszczepianiem narządów [4].

Celem niniejszego opracowania będzie przedstawienie zadań szpitalnego/lokalnego koordynatora transplantacyjnego pracującego w szpitalu z potencjałem donacyjnym, w którym narządy pobiera się od zmarłych po stwierdzonej śmierci mózgu.

Kilka słów o dawcach narządów

Dawcą narządów określamy osobę żywą lub zmarłą, od której pobiera się komórki tkanki lub narządy. Pobrania można dokonać jeżeli dawca za życia nie wyraził sprzeciwu [4]. Pobranie narządów jest dopuszczalne jeżeli została stwierdzona śmierć mózgu. Śmierć mózgu jest trwałym i nieodwracalnym ustaniem czynności mózgu. Jest procesem, który uniemożliwia funkcjonowanie organizmu jako całości [6]. Narządy można również pobrać w przypadku stwierdzenia zgonu spowodowanego nieodwracalnym zatrzymaniem krążenia. Zatrzymanie krążenia bardzo szybko powoduje śmierć komórek mózgowych i ostatecznie prowadzi do śmierci mózgu. Narządy uzyskiwane do przeszczepienia są bardziej trwałe na niedotlenienie i dłużej niż mózg utrzymują swoją funkcjonalność. W przypadku NZK (nagłego zatrzymania krążenia) daje to możliwość pobrania ich i skutecznego przeszczepienia potrzebującemu biorcy [7]. Komórki, tkanki lub narządy mogą być również pobrane od dawcy żywego. Warunkiem jest pokrewieństwo dawcy i biorcy lub istnienie więzi emocjonalnej. W przypadku dawstwa od żywej osoby pobranie narządu musi być zasadne i celowe, a kandydat na dawcę przechodzi szereg odpowiednich badań i zostaje poinformowany o ryzyku związanym z zabiegiem, a także musi wyrazić świadomą zgodę [4].

Koordynator transplantacyjny - prawne aspekty wykonywania zawodu

Koordynator transplantacyjny jest to osoba, która posiada odpowiednie wykształcenie i kwalifikacje oraz jest uprawniona do koordynacji pobrania i przeszczepienia narządów. Zadania wynikają z ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Koordynacja pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów jest procesem wieloetapowym na który składa się uzgodnienie dotyczące czasu, miejsca, sposobu pobrania i przekazania komórek tkanek lub narządów do podmiotu leczniczego lub banku tkanek. Osoba uprawniona nadzoruje przebieg całego procesu. Stanowisko to może objąć osoba,

która posiada wyższe wykształcenie medyczne i ukończone szkolenie podyplomowe dla koordynatorów transplantacyjnych. W związku z rozwojem transplantologii i ciągłym postępowaniem w związanych z nią dziedzinach nauki, koordynatorzy zobowiązani są do podjęcia szkolenia wstępnego, dedykowanego dla osób rozpoczynających pracę na stanowisku. Szkolenia ustawiczne skierowane są do wszystkich koordynatorów i należy nie rzadziej niż raz co 2 lata odbyć taką formę doskonalenia. Szkolenia uaktualniające odbywa się w przypadku zmian procedur lub rozwoju wiedzy naukowej. Szkolenia mają na celu zdobycie wiedzy i umiejętności niezbędnych do realizacji zadań [4,5].

Zakres wiedzy i umiejętności niezbędnych w pracy lokalnego koordynatora transplantacyjnego

Koordynator powinien posiadać kompletną wiedzę m.in. z zakresu transplantologii klinicznej, immunologii, intensywnej terapii. Wymagane jest także posiadanie wiedzy z zakresu nauk społecznych, prawa a także znajomość organizacji polskiego i europejskiego systemu transplantacyjnego. Osoba obejmująca to stanowisko posiada szeroką wiedzę z zakresu psychologii klinicznej. Umożliwia to prawidłowe przeprowadzenie rozmowy z rodziną potencjalnego dawcy narządów i uzyskanie autoryzacji pobrania [8].

Koordynator przede wszystkim cechuje się kreatywnością; to osoba która samodzielnie prowadzi program donacyjny w szpitalu. Posiada umiejętność organizowania, prowadzenia i dokumentowania pracy całego wielodyscyplinarnego zespołu zaangażowanego w opiekę nad dawcą od momentu wysunięcia podejrzenia śmierci mózgu kończąc na pobraniu narządów od dawcy. Posiada także wiedzę z zakresu statystyki medycznej i sporządza miesięczne raporty statystyczne. Jednym z zadań koordynatorów jest kształtowanie wizerunku transplantologii w społeczeństwie poprzez nauczanie i prowadzenie kampanii promocyjnych oraz organizowanie szkoleń dla współpracowników [8].

Zakres zadań koordynatora

Identyfikacja dawcy, diagnostyka i rozpoznanie śmierci

Koordynator transplantacyjny jest osobą, która identyfikuje potencjalnych dawców. Zmarłych w mechanizmie śmierci mózgu możemy spodziewać się wszędzie tam, gdzie pacjenci mogą być wentylowani mechanicznie. Najczęściej przebywają oni w oddziałach intensywnej terapii (OIT). Przyjmuje się, że statystycznie na jedno łóżko w OIT przypada jedna śmierć mózgu w ciągu roku. Liczba ta zwiększa się jeżeli w szpitalu jest oddział neurochirurgii, neurologii, gdy leczeni są pacjenci z urazami głowy. Przyjmuje się, że 41% zmarłych w mechanizmie śmierci mózgu staje się faktycznym dawcą narządów. Główną przyczyną zgonu są choroby naczyń mózgowych i urazy czaszkowo-mózgowe.

Rolą koordynatora jest wyszukiwanie potencjalnych dawców i skonsultowanie tego faktu z lekarzem, który może wysunąć podejrzenie śmierci mózgu. Kryteria i sposób stwierdzania nieodwracalnego ustania czynności mózgu zawarte są w Obwieszczeniu Ministra Zdrowia. Procedura składa się z dwóch etapów. Pierwszy z nich to wysunięcie podejrzenia śmierci mózgu i stwierdzenie, czy chory jest w śpiączce, której przyczynę jesteśmy w stanie ustalić i nie wykazuje spontanicznej czynności oddechowej. Ponadto wystąpiło pierwotne lub wtórne uszkodzenie mózgu, które jest nieodwracalne wobec zastosowanego leczenia i upływu czasu. W tym czasie należy również wykluczyć zatrucie; osoba nie może być pod wpływem leków, które zaburzają świadomość. Chory nie może być w stanie hipotermii, musi mieć wykluczone zaburzenia metaboliczne. Należy stwierdzić, że osoba nie jest noworodkiem poniżej 7 dnia życia. Po etapie stwierdzeń i wykluczeń należy zastosować czas obserwacji wstępnej,

który jest zależny od wieku i przyczyny uszkodzenia mózgu. Po tym okresie przechodzi się do etapu drugiego, który polega na stwierdzeniu braku odruchów z nerwów czaszkowych i braku czynności ośrodka oddechowego w trakcie próby bezdechu. Jest to szereg badań neurologicznych, które dwukrotnie wykonuje lekarz specjalista w określonych odstępach czasu. W pewnych przypadkach, kiedy brak jest możliwości przeprowadzenia któregokolwiek z testów, należy posiłkować się badaniami instrumentalnymi. Badania te są obligatoryjne również w przypadku niektórych określonych mechanizmów uszkodzeń mózgu i w odniesieniu do dzieci do drugiego roku życia. Szczegółowy sposób przeprowadzenia omawianych badań opisują akty wykonawcze. Ostatnim etapem jest powołanie komisji, która składa się z trzech lekarzy specjalistów, w tym jednego specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii, specjalisty neurologa lub neurochirurga i specjalisty dowolnej dziedziny medycznej. Komisja ta jest uprawniona do stwierdzenia zgonu po zapoznaniu się z aktualnym stanem pacjenta i sprawdzeniu, czy na każdym etapie procedury zostały spełnione wszystkie warunki. To upoważnia do komisyjnego stwierdzenia zgonu w mechanizmie śmierci mózgu. Godzina podpisania protokołu jest godziną zgonu i od tego momentu ustaje obowiązek terapeutyczny. Procedurę wykonuje się nie tylko pod kątem dawstwa narządów, lecz również po to, aby zaniechać uporczywej terapii zmarłego. Przy istnieniu jakiegokolwiek wątpliwości komisja odstępkuje od stwierdzenia zgonu i kontynuuje terapię pacjenta. Jeżeli stwierdzono zgon zmarły może być rozpatrywany jako potencjalny dawca narządów. Rolą koordynatora jest pomoc w sprawnym wykonaniu procedur. W wielu ośrodkach w Polsce to lekarze pełnią funkcję koordynatorów transplantacyjnych i w takim przypadku są najczęściej osobami, które aktywnie uczestniczą w procedurze orzekania śmierci mózgu [8,9,10,11].

Kwalifikacja dawcy i autoryzacja pobrania

Kolejnym etapem pracy koordynatora jest wstępne stwierdzenie, czy zmarły nie ma bezwzględnych przeciwwskazań, aby zostać dawcą narządów, gdyż istnieje wysokie ryzyko przeniesienia chorób zakaźnych czy nowotworowych do biorcy narządu. W tym momencie najczęściej koordynator lokalny zgłasza koordynatorowi regionalnemu potencjalnego dawcę narządów. Koordynator regionalny jest osobą, która wspiera koordynatora szpitalnego w działaniach, kontaktuje się również z centrum koordynacyjnym „Poltransplant”. Dane zmarłego potencjalnego dawcy wpisywane są do serwisu „rejstry.net” i uzupełniane przez koordynatorów na bieżąco o aktualne dane medyczne i wyniki badań. Prowadzone jest to w taki sposób, aby osoby kwalifikujące narząd do pobrania i przeszczepienia mogły podjąć decyzję o wstępnej kwalifikacji narządu do pobrania. Ostateczną decyzję podejmuje chirurg badający dany narząd w trakcie pobrania[8].

Koordynatorzy zobowiązani są do autoryzacji pobrania. Polega to na ustaleniu czy zmarły za życia nie wyraził sprzeciwu na dawstwo narządów. Istnieją trzy formy za pomocą których można wyrazić sprzeciw: wpis do Centralnego Rejestru Sprzeciwów na pobranie komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich, oświadczenie pisemne z własnoręcznym podpisem lub oświadczenie ustne wypowiedziane w obecności dwóch świadków i pisemnie przez nich potwierdzone. Jeżeli dawcą jest dziecko taki sprzeciw mogą zgłosić prawni opiekunowie małoletniego przed śmiercią dziecka. Osoby, które ukończyły 16 rok życia uprawnione są do samodzielnego złożenia sprzeciwu[4].

Koordynator regionalny przekazuje informacje, czy zmarła osoba nie złożyła oficjalnego sprzeciwu w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów. Jeżeli taki sprzeciw istnieje, odstępkuje się od dalszych czynności prowadzących do pobrania narządów, a także osobę zmarłą odłącza się od respiratora[8].

Jednym z najtrudniejszych momentów w pracy koordynatora jest rozmowa z rodziną zmarłego. Śmierć bliskiej osoby jest jednym z najtrudniejszych przeżyć w życiu człowieka, a adaptacja do życia po stracie jest procesem długotrwałym. Najwcześniejszą fazą żałoby jest reakcja wstrząsu. Osoba prowadząca rozmowę musi być przygotowana na najróżniejsze emocje i zachowania ze strony rodzin osób zmarłych. Autoryzacja pobrania jest potwierdzeniem, że pobranie narządów i tkanek było wolą zmarłego. Komunikowanie z rodziną nie ma na celu jedynie uzyskania autoryzacji pobrania. Koordynator powinien być wsparciem dla rodziny w tych trudnych chwilach, informować jak będzie wyglądała dalsza procedura, co stanie się z ciałem zmarłego po pobraniu. Takie rozmowy wymagają od koordynatora wielu pokładów empatii, zrozumienia, cierpliwości. Umiejętność prowadzenia rozmowy i nie ograniczenie jej czasu ułatwia relacje z rodziną [12].

Jeżeli komórki, tkanki lub narządy mają być pobrane od osoby, która zmarła w wyniku czynu zabronionego należy uzyskać również akceptację prokuratora lub sądu rodzinnego na pobranie. Po uzyskaniu autoryzacji przeprowadza się wiele badań u potencjalnego dawcy, aby wykluczyć ryzyko przeniesienia chorób do organizmu biorcy. Zbiera się szczegółowy wywiad, analizuje wyniki badań biochemicznych, wirusologicznych, wykonuje się badanie przedmiotowe z pomiarami ciała, jak również wiele badań obrazowych w celu oceny narządów do przeszczepienia. Wiele z tych zadań wykonywanych jest równocześnie, dlatego dużo zależy od organizacji pracy i sprawnego działania. Najczęściej na tym etapie koordynator prosi lekarza chirurga o pobranie węzłów chłonnych do typowania tkankowego; badanie to wykonuje się w nielicznych ośrodkach i jest czasochłonne. W czasie przygotowań do pobrania, oczekiwania na wyniki badań, szukania odpowiednich biorców zespół Oddziału Intensywnej Terapii otacza profesjonalną opieką dawcę narządów [8,13].

Opieka nad dawcą

Opieka nad dawcą ma na celu utrzymanie narządów dawcy w jak najlepszym stanie do momentu ich pobrania z organizmu. Na tym etapie główne problemy to zaburzenia wentylacji, hipowolemia, zaburzenia ciśnienia tętniczego, trudność w utrzymaniu termoregulacji, wystąpienie zaburzeń hormonalnych i zakażeń. Zaburzenia te związane są ze śmiercią mózgu. Potencjalny dawca narządów ma zastosowane szerokie monitorowanie podstawowych parametrów i na ich podstawie modyfikuje się leczenie. Na tym etapie nie jest to jednak leczenie dawcy, a jedynie leczenie narządów, aby w jak najlepszym stanie trafiły do biorców. Opieka nad zmarłym dawcą wymaga wiele wysiłku i wkładu pracy zarówno lekarza jak i pielęgniarek zaangażowanych w opiekę. Czas ten poświęca się na wykonanie niezbędnych badań i jak najlepsze przygotowanie do pobrania [9].

Koordynacja i organizacja pobrania wielonarządowego

Zadaniem lokalnego koordynatora jest współdziałanie z zespołem zajmującym się dawcą oraz koordynatorem na szczeblu regionalnym i centralnym w taki sposób, aby praca przebiegała sprawnie i efektywnie. Całość działań związanych z pobraniem narządu od dawcy to kwestia wielu godzin pracy, osoba zajmująca się koordynacją musi być dyspozycyjna. Koordynator lokalny jest wsparciem dla pracowników szpitala, udziela wyjaśnień, rozdziela zadania, wyjaśnia wątpliwości. Koordynator musi być poinformowany o tym, które narządy zostaną pobrane i przez jaki zespół. Wspólnie z koordynatorem regionalnym ustalana jest godzina rozpoczęcia pobrania, która jest zależna przede wszystkim od stanu zmarłego potencjalnego dawcy narządów, możliwości dotarcia na miejsce pobrania zespołów pobierających i możliwości dotarcia do wyznaczonych szpitali potencjalnych biorców narządów. Koordynator lokalny

przygotowuje blok operacyjny na czas pobrania i organizuje jego pracę w taki sposób, aby jak najmniej zaburzyć jego codzienne funkcjonowanie. W związku z powyższym godziny pobrania to często godziny nocne. Jego zadaniem jest zorganizowanie obsady lekarza anestezjologa, pielęgniarki anestezjologicznej i instrumentariuszki a także salowej na czas pobrania oraz powiadomienie zespołu Oddziału Intensywnej Terapii, w którym przebywa dawca o godzinie przewiezienia dawcy na blok. Koordynator sprawdza czy przygotowano niezbędne materiały i sprzęt na czas wykonania procedury. Czas od momentu wysunięcia podejrzenia śmierci mózgu do pobrania narządów to kilkanaście do kilkudziesięciu godzin. W działania te zaangażowane jest około 100 osób.

Koordynator musi na czas skompletować i przygotować dokumentację dawcy. Muszą w niej znaleźć się wszystkie wyniki badań laboratoryjnych i obrazowych, protokół przeprowadzonej diagnostyki śmierci mózgu, protokół komisijnego stwierdzenia śmierci mózgu, wydruk z Centralnego Rejestru Sprzeciwów a także karty obserwacji dawcy z OIT w celu oceny zaburzeń ustrojowych, mogących mieć wpływ na jakość narządów. Po przybyciu zespołów transplantacyjnych koordynator ustnie przekazuje niezbędne informacje o dawcy i odpowiada na pytania lekarzy pobierających narządy. Godzina pobrania to godzina nacięcia skóry dawcy przez zespół rozpoczynający zabieg. Zabieg pobrania trwa kilka godzin i zależy od tego ile i jakie narządy zostają pobierane. Po pobraniu należy dopilnować, aby zespoły transplantacyjne pozostawiły zwłoki z należytym szacunkiem oraz uzupełniły dokumentację dawcy o protokół pobrania narządów. Po pobraniu koordynator otrzymuje informacje o tym, jakie narządy zostały przeszczepione i czy podjęły swoje funkcje. Powyższą informację przekazuje rodzinie dawcy oraz zespołowi, który był zaangażowany w opiekę i przygotowanie do pobrania. Dzięki pozytywnym informacjom zwrotnym zespół ma możliwość zauważenia celowości swoich działań. Personel uświadamia sobie sprawę z tego, że śmierć jednej osoby dała możliwość życia innym ludziom, którzy otarli się o śmierć [8,9].

Monitorowanie potencjału dawstwa, dokumentowanie i opracowania statystyczne, edukacja i promocja

Koordynator lokalny poza zadaniami związanymi z koordynacją pobrania wielonarządowego zajmuje się prowadzeniem na rzecz Poltransplantu sprawozdań i zestawień statystycznych dotyczących potencjału dawstwa w szpitalu. Zgłaszanie możliwości pobrania jest prawnym obowiązkiem szpitali. Głównym zadaniem jest zwiększenie liczby pobieranych narządów. Koordynator ma również obowiązek prowadzić szkolenia, edukować i promować ideę dawstwa narządów[8].

Wnioski

Koordynator lokalny jest to osoba wykwalifikowana, kompetentna, którą cechuje wysoki poziom wiedzy z transplantologii, bardzo dobrze zna obowiązujące akty prawne z tego zakresu i je respektuje. Uczestniczy w identyfikacji potencjalnych dawców, współdziała z lekarzami w celu przeprowadzenia diagnostyki śmierci mózgu. Po komisijnym stwierdzeniu zgonu uczestniczy w opiece nad potencjalnym dawcą, wspiera i motywuje zespół do pracy. Współpracuje z Centrum – Organizacyjno - Koordynacyjnym ds. transplantacji „Poltransplant” i koordynatorem regionalnym, który przekazuje informacje o potwierdzeniu lub wykluczeniu istnienia sprzeciwu w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów. Przeprowadza niezwykle trudną emocjonalnie rozmowę z rodziną dawcy w celu wykluczenia ewentualnego sprzeciwu na dawstwo, który zmarły mógł wyrazić za życia. Jest wsparciem dla rodziny nie tylko do momentu uzyskania autoryzacji pobrania. Koordynator sprawdza czy wszystkie niezbędne badania zostały

wykonane, a ich wyniki wpisane do systemu informatycznego. Przewiduje trudności w trakcie realizacji zadań i stara się rozwiązać wszystkie napotkane problemy. Koordynuje pracą wielodyscyplinarnych zespołów związanych procesem dawstwa i przeszczepiania. Organizuje salę operacyjną i personel na czas pobrania, a także współpracuje z zespołami pobierającymi narządy. Jest wsparciem dla całego zespołu zaangażowanego w kwalifikację i opiekę nad dawcą. Praca koordynatora nie kończy się w momencie pobrania narządów, promuje on transplantologię i dawstwo narządów w swoim środowisku lokalnym. Jest to zajęcie wymagające dużego zaangażowania w pracę, spędzenia wielu godzin w szpitalu, ale dające ogromną satysfakcję.

Bibliografia/Bibliography:

1. Antoszkiewicz K., Mańkowski M., Czerwiński J. Pobieranie i przeszczepianie narządów w Polsce w 2015 r., *Poltransplant. Biuletyn Informacyjny*. 2016;1(24):14-32.
2. Lewandowska D., Hermanowicz M., Przygoda J., Podobińska I., Barczon S., Mańkowski M. Krajowa lista osób oczekujących na przeszczepienie. *Poltransplant. Biuletyn Informacyjny*. 2016;11(24):35-47.
3. Danek T., Czerwiński J., Kochut W. Sieć szpitalnych koordynatorów transplantacyjnych w Polsce w 2014 r., *Poltransplant. Biuletyn Informacyjny*. 2014;1(23)144-148.
4. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. z 2005r. Nr 169, poz. 1411 ze zm.).
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych warunków pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów (Dz. U. z 2016, poz. 1674).
6. Iwańczuk W. Śmierć mózgu. Cornetis. Wrocław 2010.
7. Obwieszczenie Ministra Zdrowia w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia nieodwracalnego zatrzymania krążenia. (M.P. 2010 nr 59 poz. 784).
8. Szkolenie podyplomowe koordynatorów transplantacyjnych. XVIII edycja, Centrum Kształcenia Podyplomowego WUM. Warszawa 2016.
9. Kruszyna T., Mileniak I. Koordynacja pobrania narządów od dawcy zmarłego – krok po kroku. MP. 2009.
10. Saucha W., Maruszewski M., Kucwicz-Czech E. Opieka nad dawcą – rola nie tylko anestezjologa. *Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska*. 2010;7(4):424-426.
11. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzania trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu. M.P. 2007, nr 46, poz. 547.
12. Jakubowska-Winecka A. Psychologiczne aspekty komunikowania się z rodziną potencjalnego dawcy narządów do przeszczepienia [w:] Rolka H. i wsp. *Transplantologia i pielęgniarstwo transplantacyjne*. Wyd. Lek. PZWL. Warszawa 2017.
13. Milecka A. Problemy związane z koordynacją pobierania i przeszczepiania narządów i tkanek. *Forum Nefrologiczne*. 2010;2(3):95-100.