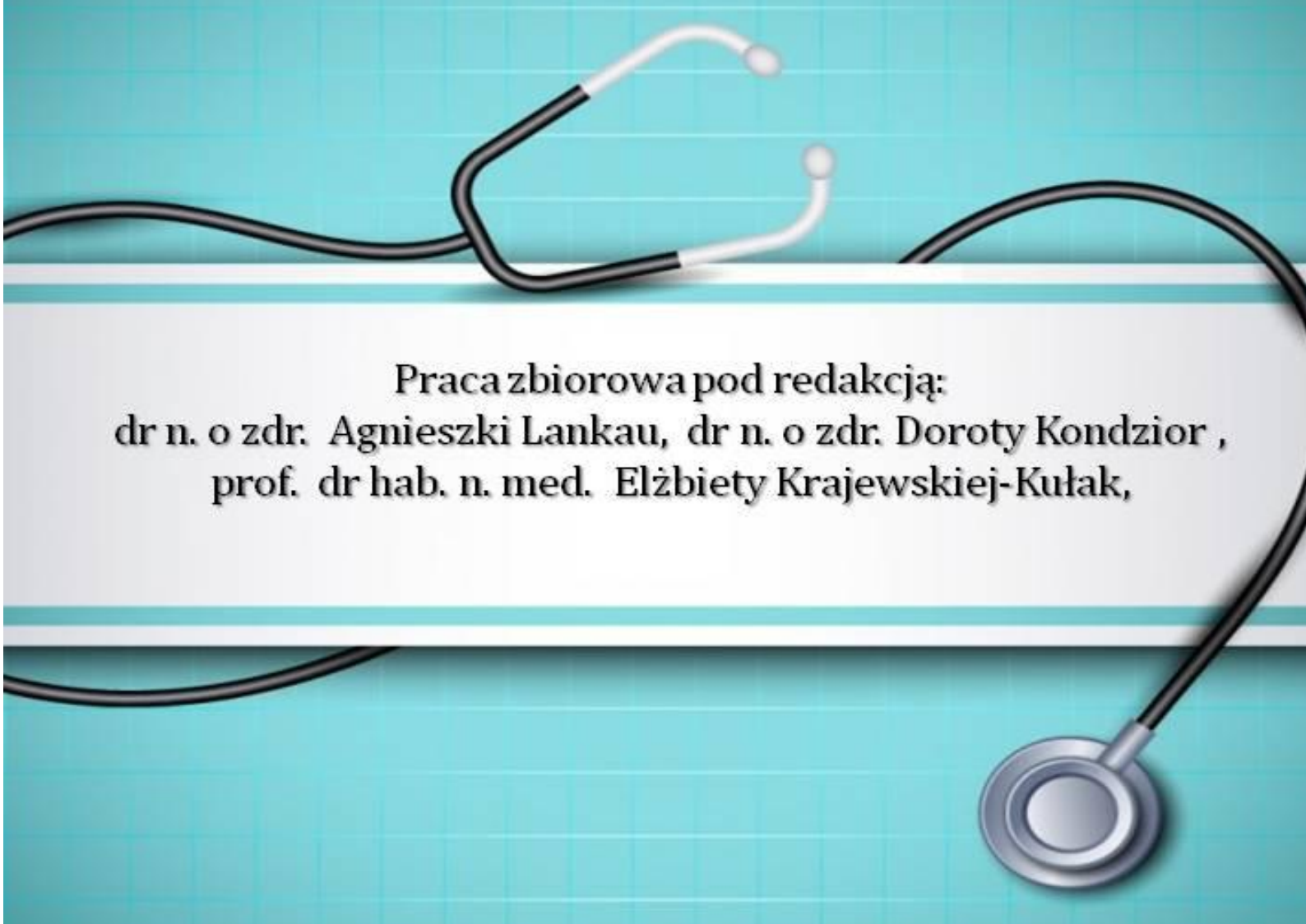


SYTUACJE TRUDNE W OCHRONIE ZDROWIA



Praca zbiorowa pod redakcją:
dr n. o zdr. Agnieszki Lankau, dr n. o zdr. Doroty Kondzior,
prof. dr hab. n. med. Elżbiety Krajewskiej-Kułak,

SYTUACJE TRUDNE W OCHRONIE ZDROWIA

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
Wydział Nauk o Zdrowiu

SYTUACJE TRUDNE W OCHRONIE ZDROWIA

Praca zbiorowa pod redakcją

Dr n. o zdr. Agnieszki Lankau
Dr n. o zdr. Doroty Kondzior
Prof. dr hab. n. med. Elżbiety Krajewskiej-Kułak

Białystok 2016

Recenzenci monografii

Dr hab. n. o zdr. Grochans Elżbieta

Zakład Pielęgniarstwa, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Doc. dr n. med. Andrei Shpakou

Yanka Kupala State University of Grodno, Białoruś

ISBN- 978-83-944852-0-7

Wydanie I
Białystok 2016

Opracowanie graficzne: Agnieszka Kułak-Bejda
Rysunek ze strony designed by Freepik

Druk:

„Duchno” Piotr Duchnowski, 15–548 Białystok, Zaścianańska 6

*Badania w dziedzinie medycyny dokonały tak olbrzymiego postępu, że dziś – praktycznie
biorąc – nikt już nie jest zdrowy
Bertrand Russell*

W życiu codziennym każdy z nas ma do czynienia z wieloma sytuacjami będącymi źródłem stresu o zróżnicowanym nasileniu i czasie trwania. W zależności od zdobywanych w życiu doświadczeń, przeżywanych emocji, sytuacje w których się znajdujemy możemy określić jako trudne lub pozytywne. Te, które dają radość, są dla nas bardziej oczywiste, ale niestety szybciej o nich zapominamy. Niestety pojawiają się także sytuacje trudne, które z różnych przyczyn na dłużej pozostają w naszej pamięci i dodatkowo są źródłem frustracji oraz smutku.

Praca zawodowa to niestety nie tylko pozytywne doświadczenia (samorealizacja, nabywanie nowych doświadczeń, poprawa statusu socjalno-ekonomicznego), ale także doświadczenia negatywne, a jak twierdzi Phil Bosman, flamandzki pisarz *„Gdy praca, którą wykonujesz, nie daje ci radości, a tylko pieniądze, to jesteś śmiertelnie ubogi”*.

W przypadku pracowników ochrony zdrowia bardzo często mamy do czynienia z nadmiarem obowiązków w pracy wynikających m.in. z braku kadry pielęgniarskiej i lekarskiej, konieczności wykonywania pracy w warunkach zagrożenia własnego życia i życia drugiego człowieka, ze świadomości ciężkiej odpowiedzialności, czy z poczucia niemożności popełnienia błędu, przy nie zawsze zadawalającym oddźwieku zarobkowym. Wszystko powyższe może w konsekwencji doprowadzić do pojawienia się stresu uniemożliwiającego prawidłowe funkcjonowanie.

Ze zjawiskiem stresu ściśle powiązana jest sytuacja trudna, która według Tomaszewskiego pojawia się, gdy *„następuje zakłócenie wewnętrznej równowagi charakteryzującej sytuację normalną, a tym samym dochodzi do zakłócenia przebiegu podstawowej aktywności człowieka, utrudniając bądź uniemożliwiając realizację stojącego przed nim zadania”*.

Z reguły zawody medyczne postrzegane są w kategoriach powołania, jednakże nie można zapominać, iż ich wykonywanie wiąże się z dużym obciążeniem psychicznym oraz fizycznym. Wśród tej grupy zawodowej, ze względu na charakter specjalizacji, szczególne miejsce zajmują osoby pracujące z osobami przewlekle chorymi. W swojej pracy doświadczają oni między innymi nie tylko stresów związanych z obciążeniem obowiązkami, z relacjami pomiędzy personelem, z warunkami pracy, ale także związanych ze szczególną, długotrwałą relacją z pacjentem przewlekle chorym, czy też ze specyfiką schorzeń, którymi się zajmują, a które w większości mają charakter postępujący, nieuleczalny i prowadzący do wcześniejszej śmierci.

W swojej pracy zawodowej, zarówno lekarze, jak i pielęgniarki, muszą codziennie podejmować różne decyzje i przekazywać niepomyślne informacje. Jest to proces, który

trwa bardzo długo i ma swoją dynamikę. Strategia przekazywania złych informacji jest bowiem niewątpliwie trudna zarówno dla personelu, głównie lekarza, jak i dla pacjenta. Niekorzystna sytuacja zmienia bowiem w sposób dramatyczny choremu obraz jego przyszłości, powoduje pojawienie się bardzo silnych emocji oraz uruchamia bardzo silne mechanizmy obronne. Jak stwierdził Twycrossa w sytuacji choroby *„Prawda ma wiele odcieni, od łagodnych do bardzo brutalnych i szorstkich. Chory woli zawsze tę delikatniejszą stronę prawdy i łatwiej przyjmuje łagodnie brzmiące słowa”*. W przypadku chorych przewlekłe każde słowo nabiera jeszcze bardziej swoistego znaczenia, a jak napisał, w 1991 roku w Polskim Tygodniku Lekarskim, Profesor Nielubowicz *„Wielka jest siła lekarskiego słowa, Daje możliwości leczenia i nauczania. Słowo jest potrzebne lekarzowi do wykonywania zawodu tak, jak każde inne narzędzie. Słowo lekarskie, które wywodzi się z prawdziwej wiedzy i chęci pomożenia choremu ma rzeczywistą, skuteczną siłę”*.

W zawodach medycznych nieodłącznym elementem jest ciągły kontakt z drugim człowiekiem i warto pamiętać, iż istnieją obszary, których nie da się wyuczyć w toku kształcenia. Należą do nich sumienie i empatia, jako subiektywne i ostateczne normy moralności, pomagające pielęgniarkom w podejmowaniu słusznych pod względem moralnym decyzji oraz stanowiące kryterium oceny jej zachowań. Sukces, także sukces w pracy, to za Bo Bennetem *„nie to, co masz, ale to, kim jesteś”*.

W opinii Kostrzanowskiej, w podejmowaniu zachowań dotyczących drugiego człowieka pomocne jest sumienie „przed uczynkowe” wyznaczające kierunek „dobrej” pod względem moralnym decyzji.

Zdolność do podejmowania etycznych decyzji to istota jakości profesjonalnej praktyki medycznej, uzależniona od poziomu etycznej wrażliwości, a także od umiejętności moralnego rozumowania. Ralph Waldo Emerson, amerykański poeta i eseista, radzi *„Nie bądź zbyt wrażliwy i krytyczny w stosunku do swoich działań. Całe życie jest eksperymentem”*

W monografii zawarto artykuły dotyczące przykładowych sytuacji trudnych, jakie mogą napotkać w codziennej pracy pracownicy ochrony zdrowia.

Mamy nadzieję, zespół redaktorów monografii, posiadających ogromne doświadczenie zawodowe i dydaktyczne, jest gwarancją, że będzie to cenna pozycja, mogąca z powodzeniem znaleźć zastosowanie, nie tylko w procesie dydaktycznym, ale także w codziennej praktyce wszystkich pracowników ochrony zdrowia.

Dr n. o zdr. Agnieszka Lankeau

Dr n. o zdr. Dorota Kondzior

Prof. Elżbieta Krajewska-Kulał

WYKAZ AUTORÓW

Dr n. med. Anna Baranowska

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Dr n. med. Monika Chorąży

Klinika Neurologii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

Lic. piel. Bogusława Anna Czerech

Absolwentka kierunku pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Lic piel. Natalia Czerniawska

Samodzielny Szpital Miejski im. PCK w Białymstoku

Dr n. med. Halina Doroszkiewicz

Klinika Geriatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Katarzyna Dziewiątkowska

Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Mgr Emilia Harasim-Piszczatowska

Doktorantka Zakładu Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Dr n. o zdr. Andrzej Guzowski

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Dr. n. med. Barbara Jankowiak

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Dr n. med. Krystyna Klimaszewska

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Dr n. o zdr. Dorota Kondzior

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Mgr Ewa Korzeniewska

Absolwentka kierunku pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Mgr Katarzyna Kossakowska

Centrum Medyczne Promedpol w Łomży

Dr n. med. Krystyna Kowalczuk

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Dr n. med. Beata Kowalewska

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Paulina Krahel

Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Medycyny Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska – Kułak

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Dr n. o zdr. Agnieszka Lankau

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Dr n. med. Katarzyna Łagoda

Zakład Medycyny Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Mgr Dorota Ługowska

Klinika Okulistyki, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku,

Dr n. med. Cecylia Łukaszuk

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Mgr Beata Naumnik

Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Blokiem Operacyjnym, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

Dr n. med. Beata Olejnik

Zakład Medycyny Wieku Rozwojowego i Pielęgniarstwa Pediatricznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Dr n. med. Hanna Rolka

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Mgr Paulina Sadowska

Białostockie Centrum Onkologii Oddział Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Leczenia Bólu

Dr. n. med. Regina Sierżantowicz

Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Mgr Magdalena Słoma

Doktorantka Zakładu Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Dr n. med. Katarzyna Snarska

Zakład Medycyny Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Mgr Ewelina Sobolewska

Doktorantka Zakładu Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Dr n. med. Anna Ślifirczyk

Państwowa Szkoła Wyższa im. Jana Pawła w Białej Podlaskiej

Mgr Urszula Winczewska

Absolwentka kierunku pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

SPIS TREŚCI

1. **Ewelina Sobolewska, Magdalena Słoma**- DZIECI POZOSTAWIONE W SZPITALU..... str. 15-25
2. **Ewelina Sobolewska, Magdalena Słoma** - RODZINA W OBLICZU ZBLIŻAJĄCEJ SIĘ ŚMIERCI DZIECKA..... str. 26-36
3. **Magdalena Słoma, Emilia Harasim-Piszczałowska** - ROLA POŁOŻNEJ W OPIECE NAD KOBIETĄ PO PORONIENIU SAMOISTNYM..... str. 37-48
4. **Anna Ślifirczyk, Katarzyna Snarska, Monika Chorąży, Halina Doroszkiewicz, Beata Olejnik** - PROBLEMY PIELEGNACYJNE PACJENTA Z CHOROBAŁ POMPEGO..... str. 49-66
5. **Anna Ślifirczyk, Katarzyna Snarska, Monika Chorąży, Halina Doroszkiewicz, Beata Olejnik** - PROBLEMY PIELEGNACYJNE PACJENTA ZE STWARDNIENIEM BOCZNYM ZANIKOWYM..... str. 67-86
6. **Katarzyna Kossakowska, Dorota Kondzior, Anna Baranowska, Krystyna Klimaszewska, Beata Kowalewska, Barbara Jankowiak, Hanna Rolka, Krystyna Kowalczuk, Agnieszka Lankau, Cecylia Łukaszuk, Andrzej Guzowski** - AUTYZM – SŁOWO KTÓRE BUDZI LĘK?..... str. 87-114
7. **Urszula Winczewska, Beata Kowalewska, Elżbieta Krajewska – Kułak** – TRANSPLANTACJA NARZĄDÓW W OPINII SPOŁECZNEJ..... str. 115-149
8. **Katarzyna Dziewiątkowska, Regina Sierżantowicz** - EUTANAZJA DZIECI – DEGRADACJA WARTOŚCI ŻYCIA CZY POSTĘP CYWILIZACYJNY?..... str. 150-159
9. **Ewa Korzeniewska, Barbara Jankowiak** - OBRAZ OSÓB OTYŁYCH W SPOŁECZEŃSTWIE..... str. 160-180
10. **Paulina Krahel, Katarzyna Łagoda** - EKSPERYMENTY MEDYCZNE W OBOZIE KONCENTRACYJNYM W AUSCHWITZ..... str. 181-193
11. **Bogusława Anna Czerech, Krystyna Kowalczuk, Elżbieta Krajewska –Kułak** - PACJENT W SYTUACJI TRUDNEJ Z ROZPOZNANĄ STOPĄ CUKRZYCOWĄ..... str. 194-217
12. **Paulina Sadowska, Krystyna Kowalczuk, Elżbieta Krajewska – Kułak** - PACJENT W SYTUACJI TRUDNEJ – Z ROZPOZNANĄ MARSKOŚCIĄ WĄTROBY..... str. 218-244
13. **Dorota Ługowska, Katarzyna Snarska, Krystyna Kowalczuk**-POZAGAŁKOWE ZAPALENIE NERWU WZROKOWEGO JAKO JEDEN Z OBJAWÓW STWARDNIENIA ROZSIANEGO..... str. 245-260
14. **Beata Naumnik, Krystyna Kowalczuk, Elżbieta Krajewska–Kułak** PACJENT W SYTUACJI TRUDNEJ – Z ROZPOZNANĄ OSTRĄ BIAŁACZKĄ SZPIKOWĄ..... str. 260-281
15. **Natalia Czerniawska, Krystyna Kowalczuk, Regina Sierżantowicz Elżbieta Krajewska–Kułak** - PACJENT W SYTUACJI TRUDNEJ – Z ROZPOZNANYM WSTRZĄSEM HIPOWOLEMICZNYM..... str. 282-304

DZIECI POZOSTAWIONE W SZPITALU

Ewelina Sobolewska, Magdalena Słoma

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

Wstęp

Ciąża nie zawsze oznacza czasu radości, przygotowań i wielkiego oczekiwania na cud narodzin. W życiu niektórych kobiet pojawiają się sytuacje, w których nie chcą lub nie mogą podjąć się wychowania własnego dziecka. Decydują się na urodzenie i pozostawienie noworodka w szpitalu. Nie jest to dla nich sytuacja łatwa, wiąże się z niezrozumieniem i osądami na ich temat, lecz być może jest to najlepsze co mogą zrobić dla niego zrobić. Pozwolić urodzić się i żyć. Każda z nich powinna wtedy liczyć na wsparcie i wyrozumiałość personelu medycznego. Decydując się na oddanie dziecka do adopcji matka nie porzuca go, a powierza opiece innym rodzicom.

Od kilku lat prowadzone są działania, które mają za zadanie przybliżyć i promować w społeczeństwie formy zastępczego rodzicielstwa. Jednak kobiety, które zastanawiają się nad oddaniem dziecka do adopcji mają trudności z uzyskaniem informacji dotyczących procedury adopcyjnej a tym bardziej ze znalezieniem wsparcia i pomocy w tej kryzysowej sytuacji, gdyż wciąż jest to temat tabu. Dla dziecka, którego matka planuje zrzeczenie się praw rodzicielskich, niezwykle istotne jest by odpowiednio wcześniej została skontaktowana z ośrodkiem adopcyjno-opiekuńczym, w którym otrzyma pełne rozeznanie na temat swoich praw i obowiązków, przebiegu procedury adopcyjnej oraz odpowiednie wsparcie.

W Polsce co roku kilkaset kobiet podejmuje decyzję o pozostawieniu swojego nowonarodzonego dziecka w szpitalu. Mogą one skontaktować się z ośrodkiem adopcyjno-opiekuńczym i wypełnić wstępną deklarację o oddaniu dziecka do adopcji. Powinny to zrobić jeszcze w ciąży bądź przebywając w szpitalu położniczym. Wypełniają wówczas oświadczenie, w którym wskazują ośrodek adopcyjny, z którym będą współpracowały. Taki ośrodek ma możliwość udzielania wsparcia kobiecie. Zgoda matki na przysposobienie dziecka nie może być wyrażona wcześniej niż po upływie 6 tygodni od narodzin dziecka. Matka ma wtedy czas na podjęcie ostatecznej decyzji, a ośrodek adopcyjny na odnalezienie płaszczyzny potrzebnej pomocy, by dziecko mogło zostać w rodzinie. Jeśli decyzja matki nie

ulega zmianie wypełnia ona tzw. zgodę blankietową, czyli przed sądem rejonowym wyraża zgodę na przysposobienie dziecka bez wskazania osoby przysposabiającej. Matki porzucające swoje dzieci bez uprzedniego formalnego uregulowania kwestii oddania ich do adopcji znacznie utrudniają i wydłużają procedurę przysposobienia, skazując je na dłuższy pobyt w placówce opiekuńczo-wychowawczej, a co za tym idzie, dłuższy czas oczekiwania na nowych rodziców. Jest to sytuacja bardzo niekorzystna dla dziecka, gdyż każde niemowlę do prawidłowego rozwoju potrzebuje opieki, bliskości, dotyku i poczucia bezpieczeństwa kochających do osób.

Decyzja o przekazaniu dziecka do adopcji domaga się od kobiety dojrzałości, wewnętrznej siły oraz konsekwencji podejmowanych poczynań. W ośrodkach adopcyjno-opiekuńczych matka może spotkać osoby, które okażą jej wsparcie i będą dla niej ostoją w ciężkich i bolesnych chwilach, jednak droga, którą obierze zależeć będzie tylko i wyłącznie od niej samej. Ostateczna decyzja o losie dziecka musi wynikać z jej silnego, wewnętrznego przekonania i nie może być następstwem wpływu osoby wspierającej. Chcąc wspomagać kobiety rozważające przekazanie dziecka do adopcji bezpośrednio po porodzie należy skupić własną uwagę na tym co mówią i robią, a nie na tym, co osoba pomagająca o tym sądzi. Trzeba zaufać matce, ponieważ to ona sama najlepiej zna siebie, swoje myśli i odczucia, doświadczenia oraz możliwości. Głównym zadaniem osoby wspierającej jest respektowanie woli kobiety i aktywne jej wspieranie. Tylko takie podejście do kobiety sprawi, iż poczuje się ważna, rozumiana i akceptowana bez względu na to jaką decyzję ostatecznie podejmie.

Zasięg problemu

Każdego roku z podjęciem decyzji o pozostawieniu swojego dziecka w szpitalu boryka się kilkaset kobiet. Poniższa tabela prezentuje liczbę dzieci pozostawianych w szpitalach w Polsce w latach 2000-2013 [1].

Tab. I. Noworodki pozostawione w szpitalu ze względów innych niż zdrowotne w latach 2000–2013.

Rok	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Liczba dzieci	861	899	1018	1090	1012	1013	825	720	775	726	798	758	1021	847

Źródło: Sprawozdania Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w roku 2013 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży – druk 3395 z 2004 r., druk 3686 z 2015 r.

Przyczyny społeczne i ekonomiczne przeważają pośród powodów pozostawienia dziecka w szpitalu i podjęcia decyzji o oddaniu go do adopcji [2](3). Ten dramatyczny krok dotyczy najczęściej matek młodocianych, kobiet samotnie wychowujących dzieci, które nierzadko są bezrobotne lub nie posiadają stałego dochodu. Kobiety te zazwyczaj mają złe warunki mieszkaniowe lub są bezdomne, w związku z tym nie są one w stanie podjąć się wychowania dziecka. W wielu przypadkach matki te pochodzą z rodzin z licznymi problemami, uzależnieniami, wykluczeniem społecznym, dlatego też same nie mają odpowiednich wzorców do naśladowania, modelu rodziny, do którego chciałyby lub mogłyby dążyć [3](4). Nie mogą też liczyć na wsparcie najbliższych. Zdarzają się również kobiety, u których dzieci rozpoznano wadę wrodzoną, a które nie czują się na siłach do podjęcia nad nim opieki. Nie chcą przerywać ciąży, lecz nie mają odwagi stanąć do walki z chorobą ich dziecka.

Z Raportu Fundacji Rodzin Adopcyjnych do najczęstszych przyczyn wpływających na podjęcie decyzji o oddaniu dziecka do adopcji należy bezrobocie (12,9%), ubóstwo (23,6%), niewydolność wychowawcza (23,9%) oraz samotność i brak wsparcia najbliższych. W większości przypadków, matki pozostawiające dzieci w szpitalach są samotne (50%) lub żyją w konkubinacie (17%) [4].

Każda ciężarna powinna w sposób szczególny dbać o siebie i swoje zdrowie, ponieważ ma to wpływ na zdrowie jej dziecka. Powinna przebywać pod kontrolą lekarza lub położnej, zatroszczyć się o zdrową, zrównoważoną dietę oraz unikać alkoholu, nikotyny i narkotyków. Matki decydujące się na pozostawienie dziecka po porodzie w szpitalu często nie są objęte opieką medyczną. Może to mieć znaczący wpływ na stan zdrowia z jakim urodzi się ich dziecko. Autorzy Raportu Fundacji Rodzin Adopcyjnych informują, iż zdrowych i donoszonych noworodków pozostawianych w szpitalach rodzi się tylko około 36%. Dzieci urodzone przed terminem porodu i charakteryzujące się niską masą urodzeniową stanowią aż 30%, a 11% jest dotkniętych różnymi wadami rozwojowymi. Większość tych przypadków często wymaga hospitalizacji.

Wsparcie

Wiele korzyści niesie współpraca kobiety będącej w ciąży i rozważającej wyrażenie zgody na oddanie dziecka do adopcji z wybranym ośrodkiem adopcyjnym. Razem z odpowiednio wykwalifikowanym pracownikiem takiej instytucji może przeanalizować własną sytuację życiową, przemyśleć swoją decyzję oraz uświadomić sobie konsekwencje

ewentualnego powierzenia dziecka innym rodzicom. Sam kontakt z ośrodkiem nie jest jednoznaczny z ostatecznym oddaniem dziecka do adopcji. To krok ku podjęciu przemyślanej i najodpowiedniejszej w konkretnej sytuacji decyzji, która bez względu na to, jaka ostatecznie będzie, nie powinna być przez nikogo oceniana. Dlatego też tak ważne jest promowanie takiego rodzaju wsparcia, by kobieta nie czuła, iż pozostaje sama z koniecznością podjęcia decyzji i różnymi problemami, które się z nią wiążą.

Artykuł 156 poz.12 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej [5] podkreśla, iż jednym z głównych zadań należących do ośrodka adopcyjnego jest zapewnienie pomocy psychologicznej kobietom będącym w ciąży oraz pacjentkom oddziałów położniczych, które sygnalizują zamiar oddania dziecka do adopcji bezpośrednio po jego urodzeniu. Poza wsparciem i opieką psychologa kobieta może uzyskać również pomoc prawną i wsparcie dotyczące opieki medycznej.

Działania na rzecz wsparcia psychologicznego matek noszących się z zamiarem pozostawienia dziecka w szpitalu bezpośrednio po porodzie należą do zadań wchodzących w zakres interwencji kryzysowej. Osoby podejmujące się ich realizacji, poza swoimi zawodowymi kompetencjami wynikającymi z wykształcenia psychologicznego, znanstwa tematyki poradnictwa i interwencji kryzysowej, muszą charakteryzować się odpowiedzialnością, dojrzałością jak również delikatnością, szacunkiem i empatią. Zobowiązani są oni również do zachowania poufności przekazywanych i informacji, a każde spotkanie powinno być przeprowadzane w sposób taktowny i uprzejmy. Kobieta nie może odczuwać nacisku na podjęcie którejkolwiek z decyzji. Dążąc z pomocą kobietom i rodzinom będącym w sytuacji poważnego kryzysu osobistego i rodzicielskiego ośrodki adopcyjne przygotowują specjalne programy wsparcia, które każdorazowo dopasowywane są indywidualnie do wymagań i potrzeb osób zgłaszających się po pomoc. Wspomniany kryzys matki może wynikać z utracenia stabilizacji emocjonalnej, który pojawia się na skutek nieplanowanego rodzicielstwa czy przewidywanymi trudnościami z radzeniem sobie z obowiązkami i sprawowaniem pieczy nad dzieckiem. Koniecznym warunkiem do prawidłowego i pomyślnego przeprowadzenia procesu terapeutycznego jest nawiązanie dobrego kontaktu i relacji terapeutycznej osoby będącej w stanie kryzysu i osoby wspierającej. Niezbędne jest również zaufanie, zaangażowanie obu stron, pozytywne nastawienie oraz chęć osiągnięcia optymalnych rozwiązań ale również odpowiednia ilość poświęconego na współpracę czasu.

Kobiety podczas pierwszych spotkań w ośrodku adopcyjnym przedstawiają swoją historię, opowiadają o problemach i trudnościach napotkanych na życiowej drodze. Praca terapeutyczna polega na wysłuchaniu, nieocenianiu oraz skupieniu się nad reakcjami emocjonalnymi związanymi z opisywanymi wydarzeniami. W znacznej mierze kobiety są w sytuacji dramatu osobistego, wskazują na osamotnienie, brak wsparcia osób najbliższych, popadające w życiową apatię, stan wycofania i rezygnacji, odejście od prawidłowego funkcjonowania w codziennym życiu. Rozważania nad przekazaniem nowonarodzonego dziecka do adopcji niejednokrotnie wynikają z potrzeby ochrony i zabezpieczenia dziecka. Matkom zgłaszającym się do ośrodka zależy na poczuciu bezpieczeństwa oraz ochronie swoich praw oraz praw i interesów dziecka. Respektowanie godności każdego człowieka, akceptacja i uznanie podmiotowości dziecka, uszanowanie prawa i pierwszeństwa do opieki i wychowania dziecka przez rodziców biologicznych oraz uwzględnianie i gwarantowanie stałości opieki dla dziecka to podstawowe zasady, na których powinny opierać się programy wsparcia opracowywane i wykorzystywane w pracy ośrodków adopcyjnych.

Pomoc psychologiczna udzielana kobietom ma za zadanie zbudowanie pozytywnego nastawienia, dostrzeżenie i zrozumienie własnych potrzeb a także wzmocnienie psychiczne w trudnym momencie ich życia. Należy dążyć do sytuacji, w której matka odpowiedzialnie przeżyje okres ciąży oraz przygotuje się do porodu, podejmie świadomą decyzję dotyczącą podjęcia się macierzyństwa lub przekazania dziecka do wychowania innej rodzinie. Naturalnym stanem w trakcie trwania każdej ciąży jest pojawianie się różnych, czasem skrajnych emocji i odczuć, począwszy od radości, po lęk i przerażenie. Równoległe ze zmianami zachodzącymi w ciele kobiety dochodzi do przemian w jej psychice, szczególnie, gdy ciąża jest nieplanowana, niechciana i nieakceptowana. Wówczas tak istotna jest odpowiednio wcześniej rozpoczęta opieka psychologiczna, ponieważ natężenie stresu i negatywnych emocji jest nadzwyczaj duże i niosące negatywne konsekwencje dla rozwijającego się dziecka.

Program wspierający kobiety rozważające możliwość oddania dziecka do adopcji Ośrodka Adopcyjnego Towarzystwa Przyjaciół Dzieci w Warszawie obejmuje serię spotkań z psychologiem, próbę zdiagnozowania problemu kryzysu, pomoc od strony medycznej, pomoc prawną, socjalną oraz wsparcie psychologiczne [6]. Podczas spotkań kobieta wraz z wykwalifikowanym pracownikiem ośrodka próbuje przeanalizować swoje doświadczenia i zrozumieć co jest powodem jej problemów, porażek i niepowodzeń w życiu. Omawiana jest również sytuacja osobista, rodzinna kobiety, relacja z najbliższymi osobami, w tym z ojcem

dziecka oraz ich wsparcie i zrozumienie dla jej sytuacji. Wiele czasu przeznaczane jest na rozważania dotyczące samej ciąży, postrzeganiu tego stanu przez kobietę i jej otoczenie oraz dlaczego jest ona postrzegana jako przyczyna kryzysu. Rozpatrywane są perspektywy emocjonalne okresu ciąży, myśli, wyobrażenia i uczucia jakie wzbudzają w matce. Zostają poddane dyskusji obawy i lęki, które dotyczą ciężarną wobec problemów osobistych i rodzinnych. Podejmowany jest wysiłek dążenia do akceptacji pojawiających się zmian ciała i nastrojów kobiety. Problemem ciężarnych jest obawa i strach przed porodem, jak również ze zderzeniem i oceną społeczeństwa w momencie pojawienia się informacji o decyzji pozostawienia dziecka w szpitalu z zamiarem oddania go do adopcji. Jednym z tematów rozważań jest wizja kobiety odnośnie jej własnego macierzyństwa. Rozmowy dotyczą również rozpatrywania różnych możliwości rozwiązań, które związane są z przyszłością dziecka.

Diagnoza problemu kryzysu kobiety to kolejny z elementów objętych programem wsparcia. Polega on na ustaleniu głębokości kryzysu osobistego oraz omówieniu doświadczeń wyniesionych z rodzinnego domu. Zbadaniu ulega system rodzinny, sytuacja społeczna, materialna i mieszkaniowa. Ponadto ważne jest dokonanie rozeznania w poziomie intelektualnym oraz edukacyjnym kobiety, określenie pozycji zawodowej, możliwości podejmowania pracy i samodzielnego utrzymania. Nie bez znaczenia pozostaje określenie jej stanu zdrowia oraz kondycji fizycznej i psychicznej oraz ustalenie sposobu, w jaki do tej pory próbowała sobie radzić w sytuacjach trudnych i problemowych. W diagnozie kryzysu matki istotne jest omówienie grupy bliskich osób, które w razie potrzeby, mogłyby udzielać jej pomocy i wsparcia w macierzyństwie.

Program wsparcia Warszawskiego Ośrodka Adopcyjnego Towarzystwa Przyjaciół Dzieci uwzględnia również pomoc od strony medycznej. Kobiety będące pod ich opieką mają zabezpieczoną pomoc medyczną w postaci monitorowania stanu zdrowia, wyboru szpitala, w którym odbędzie się poród i przedstawienie oferty opieki okołoporodowej ze strony jego personelu oraz omówienie procedury pozostawienia dziecka w szpitalu na oddziale noworodkowym bezpośrednio po porodzie. Przedstawiane są również ewentualności dotyczące możliwości przekazania dziecka do rodzinnej opieki zastępczej lub w Interwencyjnym Ośrodku Preadopcyjnym na czas 6 tygodni, które prawnie przysługuje matce na podjęcie ostatecznej decyzji co do losów jej dziecka. Kobiety w ramach tej części programu wsparcia są edukowane w zakresie podejmowania odpowiedzialnych zachowań seksualnych, unikania zagrożeń w czasie ciąży oraz o metodach jej zapobiegania.

Pomoc prawna opiera się na edukacji i objaśnianiu przysługujących praw zgodnie z aktualnym Kodeksem Rodzinnym i Opiekuńczym, Ustawą o Wspieraniu Rodziny i Systemie Pieczy Zastępczej a także Kodeksem Pracy i innymi aktami prawnymi. Odpowiednio wykwalifikowany pracownik ma za zadanie przedstawić i omówić przebieg procedury sądowej w przypadku podpisania tzw.: „zgody blankietowej” oraz wyjaśnieniu wszelkich konsekwencji ze strony prawnej złożonego oświadczenia woli. Kobięcie zostaje też udzielona pomoc w kontaktach z Urzędem Stanu Cywilnego, urzędach Miast i Gmin, Urzędzie Pracy i innych. Przedstawienie i omówienie zasad obowiązujących w czasie postępowania o przysposobienie przy przejmowaniu opieki prawnej nad dzieckiem oraz przygotowanie dokumentacji niezbędnej w postępowaniu sądowym również należy do zadań pracowników ośrodka.

Następną częścią składową programu wsparcia powinna być pomoc socjalna, ponieważ to problemy społeczne i ekonomiczne w głównej mierze przyczyniają się do podjęcia rozważań dotyczących przekazania dziecka do adopcji. W przypadku braku miejsca zamieszkania może zostać zaproponowany pobyt w Domu Samotnej Matki bądź innym ośrodku wspierającym osoby pozbawione odpowiednich warunków mieszkalnych. Do zadań wsparcia socjalnego należy również ułatwienie kontaktu z innymi placówkami świadczącymi pomoc, np. Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie, Ośrodkiem Pomocy Społecznej, Miejskim Ośrodkiem Pomocy Rodzinie czy kuratorami. Znaczenie ma również pomoc w usamodzielnianiu się podopiecznej kobiety poprzez wsparcie w poszukiwaniu pracy oraz doradztwo w zakresie kontynuowania nauki czy kształcenia zawodowego. Istotnym elementem pomocy socjalnej w kwestii podjęcia się macierzyństwa jest ustalenie planu i przygotowanie do wejścia w rodzicielstwo.

Wsparcie psychologiczne jest kluczową częścią całego procesu pomocy kobiecie. To dzięki niemu możliwe jest wzmocnienie poczucia własnej wartości, motywowanie do wprowadzania zmian w swoim życiu oraz rozwoju osobistego. Należy też zadbać o zaspokajanie jej podstawowych potrzeb – biologicznych, by mogła godnie żyć, bezpieczeństwa, akceptacji społecznej, szacunku i uznania oraz samorealizacji. Potrzeba niezależności, odpowiedzialności czy rozwoju osobistego jest niezbędna do osiągnięcia zamierzonych celów. W trakcie rozważań dotyczących podjęcia decyzji o zamiarze wychowywania dziecka oraz w sytuacjach problematycznych rozmów z rodziną czy ojcem dziecka pomocna będzie propozycja mediacji. Jeżeli kobieta ostatecznie decyduje się na oddanie dziecka do adopcji wymagać może wsparcia w pożegnaniu ze swoim dzieckiem a

także przygotowaniu pamiątek dla niego. W tym trudnym momencie matce potrzebna jest pomoc w radzeniu sobie z emocjami, które nią targają. Kobieta ma prawo wówczas przeżywać rozpacz i smutek z powodu rozstania. Na uporanie się ze stratą musi sobie dać czas. Matka może przygotować list do dziecka, w którym się z nim pożegna i wyjaśni przyczynę, przez którą podjęła decyzję o rozstaniu. Może też dołączyć pamiątkę i zdjęcie rodziny. Taki list pracownik ośrodka przekazuje rodzicom adopcyjnym, by ich dziecko w przyszłości mogło poznać prawdę o swoim pochodzeniu. Takie informacje są potrzebne dziecku, aby miało świadomość, iż jego rodzice biologiczni nie mogli podjąć się jego wychowania, ale z miłości powierzyli go ludziom, którzy mogli uczynić w ich zastępstwie. Matka ma również możliwość napisania listu do przyszłych rodziców dziecka.

Wszystkie wymienione elementy składające się na program wsparcia dają możliwość świadomego i dojrzałego podjęcia decyzji ustosunkowując się do własnych możliwości i aktualnego funkcjonowania.

Kontekst prawny

Wyrażenie zgody na adopcję wymagane jest jedynie od matki, jeśli jest ona osobą niezamężną. W przypadku mężatki zgodę muszą wyrazić oboje rodzice. W języku potocznym nazywana ona jest zgodą blankietową, która oznacza, iż mama lub rodzice zgadzają się na adopcję ich dziecka przez nieznaną rodzinę. Zgoda ta jest wyrażana w Wydziale Rodzinnym i Nieletnich Sądu Rejonowego. Jednak nie może ona być przyjęta przez sędziego wcześniej, niż po upływie 6 tygodni od narodzin dziecka. Wyrażenie zgody na przysposobienie dziecka polega na złożeniu oświadczenia woli, które ma utwierdzić w przekonaniu sędziego, że decyzja matki jest dojrzała i przemyślana.

Matki małoletnie wyrażają zgodę na przysposobienie w obecności jej rodziców lub opiekunów prawnych. Oni również przedstawiają swoją opinię. Jeśli kobieta jest mężatką, ale mąż nie jest ojcem dziecka, mogą oni złożyć pozew o zaprzeczenie ojcostwa.

Dzieci po urodzeniu oczekujące na przysposobienie przebywają w Interwencyjnych Ośrodkach Preadopcyjnych lub w zawodowych rodzinach zastępczych. Matka ma prawo do odwiedzin dziecka do czasu podpisania zgody blankietowej. Dzieci oczekujące na adopcję zgłaszane się do ośrodka adopcyjnego. Dokonuje tego szpital lub placówka, do której dziecko trafiło po urodzeniu. Ośrodek adopcyjny może zostać wskazany przez matkę dziecka.

Matka, która oddaje dziecko do adopcji powinna podpisać zgodę dotyczącą podejmowania decyzji w kwestii ewentualnego leczenia dziecka w okresie, w którym

przebywa w opiece zastępczej. Może ona również w ciągu 21 dni od urodzenia dziecka sporządzić jego akt urodzenia, jak również nadać mu imię.

Kobiecie ustawowo przysługuje 6 tygodni od momentu urodzenia dziecka na zmianę decyzji i podjęcie się wychowania dziecka. Ma również prawo do odwołania wyrażonej uprzednio zgody na adopcję, niemniej jednak musi to nastąpić do czasu, w którym do Sądu wpłynęły wnioski o przysposobienie jej dziecka. Po wyrażeniu zgody na przysposobienie ustaje władza rodzicielska i jest to równoznaczne z odebraniem prawa do kontaktów z dzieckiem. Dziecku wyznaczony zostaje wtedy opiekun prawny. Jego opinia jest brana pod uwagę przez Sąd przy orzekaniu o przysposobieniu.

W sytuacji wyrażenia przez matkę lub rodziców zgody na przysposobienie i doprowadzeniu do adopcji dziecka, nie ma możliwości rozwiązania takiej adopcji. Zgodnie z artykułem 119 Kodeksu Rodzinnego i opiekuńczego jest to przysposobienie całkowite [7]. Przepis art. 121 Kodeksu Rodzinnego i Opiekuńczego definiuje iż przysposobienie powstaje, gdy między przysposabiającym a przysposobionym powstaje taka więź jak między rodzicami i dziećmi [8]. Dziecku sporządzany jest nowy akt urodzenia, w którym osoby przysposabiające wpisuje się jako rodziców. Wcześniej utworzony akt urodzenia dziecka nie podlega ujawnieniu, nie wydawane są z niego również odpisy. Dziecko dostaje wówczas nazwisko przysposabiającego, a jeśli jest ono przysposabiane wspólnie przez małżeństwo, to otrzymuje takie nazwisko, jakie noszą lub nosiłyby dzieci, które urodzą się z tego małżeństwa. Utworzenie nowego aktu urodzenia ma na celu zapewnienie tajemnicy związanej z pochodzeniem dziecka, gdyż o jej odtajnieniu decydować powinien/powinni przysposabiający.

Zgodnie z artykułem 114 Kodeksu Rodzinnego i Opiekuńczego dziecko można przysposobić tylko dla jego dobra[...]. Dziecko jest istotą bezbronną, w pełni zależną od osób dorosłych, dlatego to oni powinni je chronić. W związku z tym w procesie przysposobienia na pierwszym miejscu stoi dziecko, a nie jego przyszli rodzice. To do dziecka właśnie dobierana jest rodzina, nigdy nie dzieje się na odwrót.

Proces kwalifikowania kandydatów do adopcji dziecka rozpoczyna się od złożenia stosownych dokumentów oraz przeprowadzenia początkowej oceny dotyczącej osobistych kwalifikacji kandydatów na przysposabiających oraz ich pobudek do adopcji. Podczas wstępnej rozmowy uzyskiwane są informacje dotyczące stażu małżeńskiego, stanu zdrowia fizycznego i psychicznego, niekaralności oraz warunków materialnych i mieszkaniowych. Rozwinięcie oceny wstępnej dokonuje się poprzez indywidualne spotkania, diagnozę

pedagogiczną i psychologiczną a także wywiad adopcyjny. Treść wywiadu została określona w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej [9]. W kolejnym etapie procedury kwalifikacji do przysposobienia kandydatów kieruje się na szkolenie. Jest ono czasem na ocenę motywacji i oczekiwań względem rodzicielstwa adopcyjnego, pomaga również w kształtowaniu kompetencji rodzicielskich. Zakres programu szkolenia sformułowany jest w odrębnym rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej [10]. Szkolenie to nie może trwać krócej niż 35 godzin dydaktycznych. Posiadanie świadectwa ukończenia takiego kursu jest niezbędne w procedurze przysposobienia dziecka.

Podsumowanie

Kobiety będące w ciąży i zmagające się z problemami natury społecznej i ekonomicznej oraz nie otrzymujące wsparcia do osób najbliższych często zmuszone są dla dobra dziecka wyrazić zgodę na przysposobienie go po narodzinach przez nieznaną im rodzinę. Podjęcie tej niełatwej decyzji wymaga od nich ogromnej siły wewnętrznej i dojrzałości. Nosząc się z zamiarem oddania po porodzie dziecka do adopcji mogą liczyć na pomoc. Ośrodki adopcyjne oferują im wsparcie psychologiczne, prawne oraz socjalne. Dzięki temu kobiety mają możliwość odpowiedniego przygotowania się do tego trudnego momentu bądź zmiany decyzji i podjęcia się wyzwania wychowania dziecka.

Dziecko przekazane do adopcji podlega przysposobieniu całkowitemu, które wiąże się z utworzeniem nowego aktu urodzenia i przyjęcia nazwiska rodziców. Takie przysposobienie jest nierozzerwalne. Nowi rodzice przed przysposobieniem muszą przejść przez długą procedurę kwalifikacyjną oraz szkolenie przygotowujące ich do nowej roli. Mimo trudnych początków, dziecko adoptowane dostaje szansę na lepsze życie.

Bibliografia

1. Sprawozdania Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w roku 2013 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży – druk 3395 z 2004 r., druk 3686 z 2015 r.
2. Ładużyński A.: Społeczne i kulturowe uwarunkowania adopcji w Polsce, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2009.
3. Wójcik M.: Przyczyny wyrażania zgody na adopcję przez rodziców naturalnych, *Rocznik Pedagogiki Rodziny* 1999, 2, 157–174.

4. Sytuacja niemowląt pozbawionych opieki rodzicielskiej, Raport Fundacji Rodzin Adopcyjnych, Warszawa 2013.
5. Ustawa o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej z dnia 9 czerwca 2011 r. (Dz. U. Nr 149, poz.887 z późn. zm.).
6. Formy pracy z matkami biologicznymi, www.adopcjatpd.pl (pobrano 31.10.2016 r.)
7. Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz. U. Nr 9, poz. 59 z późn. zm.).
8. Zieliński A.: Prawo rodzinne i opiekuńcze w zarysie, Oficyna Prawnicza Muza, Warszawa 2000, s. 303.
9. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie wzoru kwestionariusza wywiadu adopcyjnego oraz wzoru karty dziecka (Dz. U. Nr 292, poz. 1721).
10. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2011 r. w sprawie szkolenia dla kandydatów do przysposobienia (Dz. U. Nr 272, poz. 1610).

RODZINA W OBLICZU ZBLIŻAJĄCEJ SIĘ ŚMIERCI DZIECKA

Ewelina Sobolewska, Magdalena Słoma

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

Wstęp

Śmierć jest nieuniknionym elementem naszego życia, jednak w miarę możliwości uciekamy od rozmów jej temat, czasem ją lekceważymy i odrzucamy. W społeczeństwie, w którym panuje kult siły, młodości i pogoni za sukcesem naturalnym jest przeciwstawianie się jej i prowadzenie desperackiej walki o przedłużenie naszej egzystencji.

Podjęcie rozmów dotyczących cierpienia, umierania i śmierci przysparza wiele trudności. Dodatkowym problemem jest sytuacja, w której tematy te dotyczą dzieci walczących z długimi, ciężkimi chorobami. Dziecko umierające wymaga szczególnego traktowania zarówno przez rodziców jak i personel medyczny sprawujący nad nim opiekę. Nie bez znaczenia jest praca nad właściwą komunikacją w rodzinie oraz między lekarzami, pielęgniarkami i innymi pracownikami medycznymi a chorym dzieckiem, gdyż to właśnie rozmowy stanowią fundamentalną rolę w przygotowaniu chorego i jego najbliższych do śmierci.

W czasie walki z chorobą dziecka i przygotowywania się do jego odejścia w rodzinie zachodzi wiele zmian, które dotyczą: relacji w niej panujących, organizacji życia codziennego, aktywności zawodowej rodziców czy sytuacji materialnej. Pojawiać się w niej może wiele problemów natury emocjonalnej, które trwając niezauważone i nierozwiązane pozostawiać mogą mnóstwo negatywnych konsekwencji dla dalszej przyszłości.

Poza opieką i troską okazywaną umierającemu dziecku nie należy zapominać o jego rodzicach i rodzeństwie. Poprzez pomoc najbliższym członkom rodziny udzielamy wsparcia również jemu. Zdrowe rodzeństwo może poczuć się opuszczone i odrzucone przez rodziców. Jednak przy odpowiedniej komunikacji i umożliwieniu mu zaangażowania się w proces opieki i pielęgnacji nad chorym bratem lub siostrą można ukształtować w nim wiele pozytywnych aspektów, takich jak altruizm, szacunek dla każdego człowieka i bezinteresowność w niesieniu pomocy.

Rodzice wobec cierpienia umierającego dziecka

Więź rodzica i dziecka stanowi najmocniejszą więź, jaka może zaistnieć między ludźmi. Przybiera ona szczególne znaczenie, gdy dziecko dotyka choroba powodująca ból i cierpienie. Diagnoza nieuleczalnej choroby dziecka, która prowadzi do jego przedwczesnej śmierci wiąże się z ogromnym obciążeniem i kryzysem emocjonalnym. Należy pamiętać, iż choroba doświadcza nie jedną osobę a całą rodzinę. Może prowadzić do zaburzonego jej funkcjonowania, wpływać na strukturę oraz atmosferę relacji między poszczególnymi członkami [1]. Skala problemów związanych z kryzysem rodziny zależna jest od osobniczych cech rodziców, doświadczeń, głębokości i jakości relacji panujących między małżonkami, takimi jak ich bliskość emocjonalna, umiejętność komunikacji czy udzielania sobie wzajemnej pomocy i wsparcia.

Konieczność przebywania jednego z rodziców przy chorym dziecku, wspierania go w trakcie różnych procedur terapeutycznych powoduje przymusową reorganizację działania systemu rodzinnego. Dochodzi również do zmian w życiu zawodowym rodziców, ponieważ jedno z nich, najczęściej matka, musi zrezygnować z pracy. To z kolei powoduje obniżenie standardu socjalnego całej rodziny. Wówczas ojcowie poszukują nowych możliwości zarobkowania. Skupiając swoją uwagę na pracy i utrzymaniu rodziny oddzielają się od dziecka i żony. Jest to też forma ucieczki od problemów związanych z chorobą dziecka [2].

Choroba dziecka może wpłynąć na zaburzenie integralności rodziny. Zdarza się również tak, że rodzina w miarę upływu czasu adaptuje się do nowych warunków funkcjonowania, planuje i organizuje swoje życie codzienne na nowo, co ostatecznie powoduje silniejszą niż do tej pory integrację.

W doświadczeniu choroby własnego dziecka rodzice przechodzą proces, który charakteryzuje się różnymi fazami emocjonalnymi [3]. Najpierw pojawia się faza emocjonalnego szoku. Rodzice są dezorientowani psychicznie, nie potrafią myśleć i działać logicznie, a chorobę traktują jako wyrok. Kolejną fazą jest rozpacz, a wraz z nią wrażenie krzywdy, zagubienia, bezsilności i bezbronności. Z upływem czasu i powolnym procesem osvajania choroby pojawia się faza pozornego przystosowania, podczas której rodzice starają się dowiedzieć jak najwięcej na temat schorzenia, by móc zrozumieć to, co dzieje się z dzieckiem. Faza odzyskiwania równowagi emocjonalnej, czyli konstruktywnego przystosowania jest ostatnim etapem całego procesu. Rodzice skupiają się na opiece nad dzieckiem, angażują rodzinę w niesienie mu pomocy. Dochodzi do pogodzenia się z diagnozą choroby dziecka.

Kübler-Ross w postawie rodziców na wieść o terminalnej chorobie dziecka dostrzegła następujące fazy [4]:

- Faza 1 – zaprzeczenie i izolacja. W pierwszej chwili rodzice dowiadując się o nieuleczalnej chorobie własnego dziecka przeżywają szok. Po nim następuje moment zaprzeczenia. W tym etapie rodzice nie informują dziecka o niepomyślnym rokowaniu, ponieważ wierzą, iż popełniono błąd w diagnozie oraz że śmierć dziecka nie nadejdzie.
- Faza 2 - Gniew, poczucie winy, bunt. Po ustąpieniu fazy szoku i zaprzeczenia, do rodziców dociera zaistniały fakt. Pojawia się wtedy uczucie gniewu, wściekłości oraz rozżalenia. W tym etapie bardzo często padają pytania: „Dlaczego moje dziecko?”, „Dlaczego to nas spotkało?”. Gniew rodziców kierowany jest nierzadko do przypadkowych osób: personelu medycznego, który w tym czasie wydaje się być niekompetentny czy najbliższej rodziny. Dzieci obserwują wybuchy złości rodziców oraz ich utratę panowania nad sobą w kontaktach z innymi ludźmi przez co mogą zacząć obwiniać się za ten stan rzeczy. Rodzice w tej fazie nadal nie mają siły i odwagi do podejmowania rozmów z dziećmi na temat śmierci.
- Faza 3 - Targowanie się: Negocjacje mają spowodować osiągnięcie pozornego porozumienia z Panem Bogiem czy losem, który ich doświadcza. Pogrążeni w rozpacz składają obietnice wprowadzania ogromnych zmian w swoim życiu i postępowaniu, podejmowania heroiczych zadań, by tylko móc zjednać sobie przychylność losu czy Boga. Etap targowania to tak naprawdę próba odroczenia wyroku.
- Faza 4 - Depresja. Wyrażana jest żalem i smutkiem. Rodzice widząc postęp i zaawansowanie choroby dziecka nie są w stanie już w nią wątpić. Pojawia się zmęczenie, rozpacz i apatia. W tym etapie istotne jest staranie się o przywrócenie choremu wiary w siebie. Ważna jest wtedy obecność najbliższych, ich wsparcie i bliskość. Dzieci w tym czasie widząc żal, płacz i smutek rodziców same stają się przygnębione i zaczynają się o nich martwić.
- Faza 5 - Pogodzenie się. Jest to faza zakończenia walki o zdrowie dziecka. W rodzicach rodzi się ufność i zgoda na to co ma się wydarzyć. Zależy im głównie na tym, by ich dziecko nie cierpiało i odczuwało spokój [5].

Rodzice będąc świadkami bólu i cierpienia towarzyszącym chorobie i umieraniu dziecka doświadczają poczucia winy, gniewu i rozpacz. W rodzinie zaczyna panować chaos, dezorientacja i strach przed przyszłością. Rodzice poszukują w sobie i innych winy zaistniałej sytuacji [3]. Wszystkie zachowania oraz reakcje matki i ojca są obserwowane przez ich dziecko. Mogą one być zinterpretowane jako wspierające, dające siłę lub wzmagające strach, bezradność i desperację. Postawa rodziców wobec choroby podyktowana jest jej postrzeganiem, jako nieszczęście, niesprawiedliwość, i niebezpieczeństwo lub próbę i wyzwanie. Przez zachowania dorosłych kształtuje się postawa dziecka [6].

Odzyskanie kontroli i umiejętność radzenia sobie z zaistniałą sytuacją wymaga okazania rodzicom wsparcia emocjonalnego. Personel medyczny w kontaktach z rodzicami chorych dzieci powinien wspierać w nich poczucie własnej wartości, zapewniać o swojej pomocy we wszystkim co robią oraz ułatwiać rozpoznawanie sytuacji dziecka w celu zrozumienia i przewidywania kolejnych etapów choroby. Ważne jest także by wspierać relacje małżeńskie, nakłaniać do rozmów oraz przekazywać ważne i trudne informacje w obecności ich obojga. Należy również mobilizować do angażowania i korzystania z pomocy rodziny i najbliższych osób [7].

Nierozłącznym elementem opieki nad umierającym dzieckiem jest równoczesna opieka nad jego rodziną. Personel medyczny powinien potrafić wysłuchiwać nie tylko pacjenta, ale też osoby mu najbliższe, którzy potrzebują szansy na zwierzenie się komuś, opowiedzenie o swoich obawach, lękach. W tym trudnym dla rodziny czasie rodzice mają prawo spodziewać się pomocy ze strony zespołu medycznego, rodziny i przyjaciół. Osoby wspierające mogą, całkiem niepotrzebnie, obawiać się, że nie będą w stanie pocieszyć czy udzielić rad, stąd bronią się przed kontaktem z rodzicami chorego dziecka. Należy im wtedy zaznaczyć, że to ich obecność i umiejętność wysłuchania jest dla rodziców najcenniejsza. Poprzez wspieranie rodziny udzielana jest pomoc dziecku.

Opieka nad chorym dzieckiem może zacząć przybierać nieprawidłową formę, taką jak nadopiekuńczość lub nadmierna pobłażliwość czy też unikanie i odrzucanie [8]. Postawy odrzucania swojego dziecka lub jego unikania występują w rodzinach dotkniętych patologią. Natomiast nadmierna opiekuńczość spowodowana chorobą to bardzo częsty stan wyzwalający się u rodziców. Pragną oni zachować z dziećmi niezwykle silne więzi, nie zważając przy tym na ich potrzeby usamodzielnienia i niezależności. Przyczyn nadopiekuńczości i nadmiernej pobłażliwości można doszukiwać się w poczuciu lęku o zdrowie i życie własnego dziecka. Może być również związana z chęcią rekompensaty wszystkich nieprzyjemnych doświadczeń

wynikających z choroby. Rodzina w tym czasie musi sprostać wielu ważnym zadaniom, jak np. dbanie o minimalizowanie chaosu panującego wśród członków rodziny, obniżenie lęku dziecka, uporządkowanie i przystosowanie do nowych warunków życia domowego czy zabieganie o wzmocnienie więzi.

Rodzice powinni pamiętać, że do opieki i pielęgnacji nad chorym dzieckiem warto też angażować zdrowe rodzeństwo. Izolowanie ich utrudni im zrozumienie tego, co dzieje się w ich rodzinie. Trzeba im pozwolić na towarzyszenie choremu bratu lub siostrze. Dzięki temu będą miały szansę na oswojenie się ze śmiercią i podchodzenie do niej jak do naturalnej części życia każdego człowieka [5].

Sytuacja zdrowego rodzeństwa

Analizując sytuację rodziny w obliczu choroby dziecka nie można pominąć kwestii rodzeństwa, którego brat lub siostra doświadcza ciężkiej choroby przewlekłej, która zagraża jego/jej życiu. Rodzice zaangażowani w opiekę nad chorym dzieckiem, przejęci sytuacją i skupieni na własnych emocjach i odczuciach poświęcają mniej czasu, uwagi i troski pozostałym dzieciom. Te z kolei, odczuwając brak zainteresowania ze strony rodziców czują się opuszczone i zagubione, przez co pojawiają się w ich życiu problemy dotyczące sfery rodzinnej, kontaktów społecznych, osobowościowej, szkolnej ale też objawach psychosomatycznych [9].

Zmianami zauważalnymi w zachowaniu rodzeństwa są problemy z nauką, kłopoty w relacjach rodzinnych i rówieśniczych, zaburzenia snu, utrata apetytu oraz ból brzucha czy ból głowy. Wymienione objawy często są pierwszym sygnałem żalu oraz zwrócenia uwagi na ich potrzeby, odczucia i obecność w tej trudnej dla rodziny sytuacji. Wcześniejsze sprzeczki i nieporozumienia mogą powodować poczucie winy u zdrowego rodzeństwa [10]. Wynika ono z niewiedzy o stanie zdrowia brata lub siostry. Brak rozmów rodziców z dziećmi dodatkowo pogarsza sytuację. Dzieci nie okazują swoich emocji, tak jak osoby dorosłe. Nie chcą dodatkowo obciążać swoich rodziców, nie mówią o swoich lękach i obawach. Rodzice pochłonięci opieką nad chorym dzieckiem i ogromnie przejęci jego losem, nierzadko zapominają lub nie zdają sobie sprawy, że zaniedbują swoje zdrowe dzieci. Wówczas poradą mogą służyć członkowie personelu medycznego. Spotykając się wielokrotnie z podobnymi, trudnymi sytuacjami są w stanie dostrzec popełniane błędy i nakierować na ich poprawę.

Aby utrzymać spójność w rodzinie oraz zadbać o prawidłowe relacje rodzinne najkorzystniejsze mogą okazać się wymiany rodziców w opiece nad chorym dzieckiem oraz

zdrowym rodzeństwem. Naprzemienne towarzyszenie choremu dziecku ma pozytywny wpływ na każde z nich ze względu na ochronę przed długotrwałym stresem, jakim jest współtowarzyszenie cierpiącym i umierającym [11]. Korzyści odczuwalne będą też przez dzieci pozostające w domu, gdyż mają wtedy kontakt z obojgiem rodziców

W czasie trwania choroby brata czy siostry w zdrowym rodzeństwie może kształtować się wiele pozytywnych aspektów. Osiągają oni wyższy poziom uspołecznienia, ofiarności i bezinteresowności. Takie dzieci okazują większe zrozumienie dla różnic istniejących między ludźmi a także złożoności życia. Zdrowe rodzeństwo szybciej dojrzewa i staje się samodzielne w konfrontacji z grupą rówieśniczą, która nie obcuje na co dzień z cierpieniem, chorobą i umieraniem. Uczą się też szacunku dla każdego człowieka [12].

Śmierć w rozumieniu dzieci

Dzieci we wczesnym etapie rozwoju nie rozumieją zjawiska śmierci. Do 3 roku życia próbują wiązać ją z odejściem lub pozostawieniem samemu na jakiś czas. Może to rozbudzać lęk przed byciem opuszczonym, jednak śmierć nie jest traktowana jako coś ostatecznego. W wieku 4 - 5 lat dzieci myślą o niej jak o odwracalnym i krótkotrwałym stanie. Sądzą, że osoba zmarła może kiedyś powrócić. Mimo tego, iż dziecko w tym wieku nie łączy faktu śmierci ze stałą stratą, to emocjonalnie wiązana jest ze smutkiem i żalem. Pięcio- i sześciolatki nie dopuszczają jeszcze możliwości własnej śmierci [13]. Dziecko w wieku 7 lat rozumie już śmierć jako trwałe odejście, zaczyna to w nim wzbudzać lęk. Zdaje sobie też wówczas sprawę, że jego życie również nie będzie trwało wiecznie. W 8-9 roku życia wiedza i świadomość dotycząca śmierci jest ukształtowana i postrzegana jako zjawisko biologiczne, odczuwany jest lęk przed śmiercią. Pomiędzy 9 a 11 rokiem życia rozumiana jest nieodwracalność zjawiska śmierci, jak również jej określone przyczyny. W okresie dorastania świadomość śmierci jest coraz większa. Między 12 a 15 rokiem życia młodzież chce być partnerem w podejmowaniu decyzji, które ich dotyczą. Wykazują silną potrzebę niezależności. Często targają nimi silne emocje, dotyczące bezpośrednio dorosłych. Po 15 roku życia coraz kompletniejsza świadomość i wyobrażenie możliwości utraty przyszłości może powodować występowanie apatii, zgorzknienia i prowadzić do depresji. Potrzeba niezależności nie jest już tak bardzo zauważalna. Najważniejszą potrzebą w tym okresie jest obecność i wsparcie bliskiej osoby, oraz możliwość rozmowy i podzielenia się swoimi odczuciami [14].

Czajkowska-Fesio [15] informuje, że dzieciom chorym terminalnie nie towarzyszy większy poziom lęku niż u ich zdrowych rówieśników. Najczęściej boją się one bólu i cierpienia. Nierzadko wychodzi na jaw, iż świadomość powagi własnej choroby i niebezpieczeństwa utarty życia jest większa niż powinna być w ich wieku. Dziecko umierające doświadcza kilka następujących po sobie stadiów świadomości. Najpierw zdaje sobie sprawę, że jest chory. Później pojawia się nadzieja i złudzenie możliwości pokonania choroby. Po ich utracie dochodzi do pełnego zorientowania w sytuacji i uzmysłowania sobie nieuchronności zbliżającej się śmierci.

Rozmowy z dziećmi w terminalnym okresie choroby

Komunikacja z chorym dzieckiem i jego najbliższą rodziną powinna nosić znamiona relacji terapeutycznej. Ważne jest profesjonalne przygotowanie i doświadczenie personelu sprawującego opiekę. Najbardziej istotna jest naturalność, wiarygodność i szczerść. Nie należy osądzać, pouczać i doradzać a skupić uwagę na chorym i go słuchać. Komunikaty werbalne i niewerbalne powinny ze sobą korelować, co wskazuje na prawdziwy, jednoznaczny i zwięzły przekaz. Istotną rolę w czasie trudnych rozmów odgrywa utrzymywanie kontaktu wzrokowego między rozmówcami [16].

Prowadzenie rozmów z chorym dzieckiem i jego rodzicami jest fundamentalną częścią opieki personelu medycznego. Jej celem jest identyfikacja w sytuacji psychologicznej chorego ale również okazanie wsparcia i zrozumienia oraz umożliwienie wypowiedzenia się [17]. Unikanie trudnych pytań ze strony dzieci może powodować ich wycofanie z kontaktu i izolację. Najważniejszym warunkiem prawidłowo przeprowadzonej rozmowy jest szczerść i zdobycie zaufania. Niekiedy rodzice nie zgadzają się na przekazywanie niepomysłnych informacji dziecku. Mają nadzieję, że ono nie zdaje sobie sprawy z własnego stanu zdrowia. Próba ochrony przed powagą choroby, cierpieniem i lękiem poprzez tworzenie atmosfery pozornej radości i normalności może spowodować odwrotny do zamierzonego efekt.

Otoczenie, w jakim odbywają się trudne rozmowy z dzieckiem i jego rodzicami powinno sprzyjać komfortowi i dyskrecji. Niezbędna jest też przyjazna atmosfera i spokój. Rozmowy mogą być przeprowadzane we wspólnym gronie bądź osobno z każdym członkiem rodziny, zależnie od wyrażonej woli pacjenta. Przekazywane informacje powinny uwzględniać wiek rozmówcy. Nie należy mówić więcej, niż dziecko i jego rodzice chcą wiedzieć. Proces informowania pacjenta i najbliższych mu osób należy indywidualnie dostosować do jego aktualnego stanu i potrzeb. Zakres udzielanych komunikatów powinien

być zależny od ilości padających pytań. Rozmowy z chorym i rodziną mają dać personelowi medycznemu możliwość rozeznania w poziomie ich stanu wiedzy i porównania tej wiedzy ze stanem rzeczywistym. Informacje przedstawiane podczas takiej rozmowy powinny być zrozumiałe, jasne i spójne, ważne też jest stopniowanie ich przekazywania.

Wraz z zaawansowaniem choroby dziecka może zacząć towarzyszyć lęk, który można złagodzić poprzez umożliwienie mu mówienia o swoich odczuciach, wątpliwościach i obawach. Należy dać dziecku możliwość wyżalenia się, wypłakania, demonstracji gniewu i innych negatywnych emocji, które w sobie nosi. Ważne by podtrzymywać nadzieję i w przypadku nawet najtrudniejszych dla rodziców pytań nie unikać od odpowiedzi. W przypadku zadawania przez dziecko pytań o to, co dzieje się po śmierci, należy rozważyć umożliwienie mu kontaktu z księdzem [18]. Nie bez znaczenia w trakcie choroby jest też korzystanie z ciszy. Prowadzenie rozmów z dzieckiem na siłę, wbrew jego chęciom nie jest wskazane.

Pragnienie ochrony dziecka przed smutkiem i rozpaczą, jaką może przynieść informacja o jego pogarszającym się stanie zdrowia jest naturalnym odruchem każdego rodzica. Nie jest to jednak właściwy sposób działania. Dzieci, które są śmiertelnie chore z reguły posiadają większą wiedzę na temat swojej choroby, niż może się to wydawać ich rodzicom. Dzieci są doskonałymi słuchaczami rozmów oraz obserwatorami gestów i zachowań. Są w stanie dostrzec wszystkie nieszczerze próby ukrycia cierpienia rodziców, dostrzegają łzy. Odczuwają one powagę swojej choroby mimo wszelkich starań rodziców zmierzających do ochrony go przed informacjami o niepomyślnych rokowaniach. W związku z tym ukrywanie prawdy skutkuje dodatkowymi obawami i lękami u dziecka.

Dzieci do 5 roku życia bardziej niż własnej śmierci boją się rozłąki z rodzicami. Nie martwią się one tym, że ich choroba może przynieść śmierć, ale boją się samotności i opuszczenia przez rodziców. Podczas rozmów rodziców z dziećmi w tym wieku nie należy skupiać się na śmierci, a skoncentrować swoją uwagę na zapewnieniach o swojej nieustającej obecności, która jest im najbardziej potrzebna.

Starsze dzieci są w stanie w większym stopniu zrozumieć pojęcie śmierci. Mają one świadomość tego, jak bardzo są chore oraz tego, iż mogą umrzeć. Natomiast znacznie większy strach i niepokój budzą w nich operacje i różne zabiegi. Dzieci czekają na wsparcie i pomoc w podejmowaniu rozmów dotyczących choroby, umierania i śmierci. Rozmawianie o poważnej i śmiertelnej chorobie, sprawia, że łatwiej radzą one sobie z tym problemem, a im

wcześniej podjęte zostają rozmowy i im większa bezpośredniość i otwartość w komunikacji, tym większa szansa na dobre przystosowanie do nowej sytuacji [19].

Prowadzenie otwartych rozmów rodziców z dziećmi o chorobie może wpłynąć na zbliżenie się ich do siebie. Rodzice, którzy takich rozmów nie przeprowadzają, po śmierci dziecka mogą tego żałować, mieć poczucie nie domknięcia niektórych spraw. Szczera i otwarta rozmowa pomaga w adaptacji psychologicznej zarówno ze strony dziecka jak również ze strony rodziców.

Śmiertelnie chore dzieci często wyrażają chęć rozmawiania o nadchodzącej śmierci. Każda taka rozmowa powinna być przeprowadzona z miłością i akceptacją. Mówienie prawdy jest bardziej przydatne, pożyteczne i korzystne niż okłamywanie, zaprzeczanie czy wprowadzanie niedomówień. W sytuacji bliskiej śmierci, gdy z jego strony padają pytania o proces umierania, należy zapewnić dziecko, iż lekarze sprawią, że nie będzie ono cierpiało. Warto też skupić uwagę na rozmowie dotyczącej prawdziwej miłości, która trwa nawet po śmierci najbliższej osoby. Trzeba podkreślić, że po śmierci zmarła osoba żyje wciąż w sercu, myślach i pamięci osób, które kochała.

Podsumowanie

Poważna choroba dziecka, która prowadzi do jego śmierci budzi przerażenie, smutek i złość. Zadaniem osób dorosłych, zarówno rodziców, najbliższej rodziny jak i personelu medycznego jest uprościć dziecku rozumienie i interpretowanie samej choroby jak i całego procesu leczenia. Wsparcie powinno opierać się na wysłuchiwanie jego potrzeb, obaw czy odczuć jak również informowaniu go o samej chorobie w przystępnej dla jego wieku formie. Próby chronienia dzieci przez rodziców przed informacjami o diagnozie i rokowaniu mogą prowadzić do niekorzystnych skutków. Brak wyjaśnień i niepełna wiedza dziecka może wzmacniać w nim lęk i poczucie winy oraz utrudniać współpracę. By pomóc dziecku w trudnym czasie choroby i umierania należy zatroszczyć się o całą jego rodzinę.

Bibliografia

1. Ossowska A.: Choroba przewlekła jako czynnik ryzyka krzywdzenia emocjonalnego dziecka. *Krzywdzenie emocjonalne* 2003, 4, 63-71.
2. Buczyński F.: *Rodzina z dzieckiem chorym na białaczkę*. Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1999, 59-60.

3. Budziszewska B, Piusińska-Macoch R, Sułek K, Stępień A.: Psychologiczne problemy rodziny pacjentów z chorobami nowotworowymi krwi w koncepcji systemowej. *Acta Haematologica Polonica* 2005, 36, 317-325.
4. Kübler-Ross E.: *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Wydawnictwo Media Rodzina, Poznań 1998, 55-146.
5. Pichler E., Richter R.: *Nasze dziecko ma nowotwór. Pokonać chorobę. Poradnik dla rodziców dzieci chorych na białaczkę i inne choroby nowotworowe*. Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 1995, 165.
6. Cepuch G., Domańska D.: Współcierpienie rodziców w cierpieniu ich dzieci – nieprofesjonalne, krótkie rozważania. *Psychoonkologia* 2014, 4, 160-163.
7. Kędzierska B., Cynker-McCarthy M.: Aspekty psychologiczne pediatrycznej opieki paliatywnej [w]: Korzeniewska-Esterowicz A., Młynarski W. (red): *Wybrane zagadnienia pediatrycznej opieki paliatywnej*. Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź 2011.
8. Cepuch G., Dębska G., Foryś Z.: Rodzina w sytuacji wyznaczonej chorobą zagrażającą życiu dziecka [w]: Dębska G., Goździalska A., Jaśkiewicz J. (red): *Rodzina w zdrowiu i w chorobie: wybrane aspekty opieki nad przewlekle chorym*. Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2012, 9-16.
9. Rudy C.: When a patient dies. *Journal of Pediatric Health Care* 2008, 22, 128–130.
10. Szczepaniak L.: Granice informowania dziecka o jego chorobie. *Bioetyczne Zeszyty Pediatryi* 2003-2004, 1, 53-61.
11. Zuberek-Moskal U.: Rodzina w sytuacji zagrożenia śmiercią dziecka [w]: Chodkowska M. (red) *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. Socjalizacja i rehabilitacja*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 1995, 290-291.
12. Godawa G.: Hospicyjne wsparcie zdrowego rodzeństwa terminalnie chorego dziecka. *Wychowanie w rodzinie*, 2013, 2, 353-370.
13. Skreczko A.: Dziecko wobec śmierci bliskiej osoby [w:] Krajewska-Kułak E., Nyklewicz W., Łukaszuk C. (red) *W drodze do brzegu życia*. Białystok 2007, 3, 217-236.
14. Kędzierska B., Cynker-McCarthy M.: Aspekty psychologiczne pediatrycznej opieki paliatywnej [w]: Korzeniewska-Esterowicz A., Młynarski W. (red): *Wybrane*

zagadnienia pediatrycznej opieki paliatywnej. Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź 2011.

15. Czajkowska-Fesio J.: Wymiar psychospołeczny śmierci na przykładzie dzieci z chorobą nowotworową [w:] Krajewska-Kułak E., Nyklewicz W., Łukaszuk C. (red): W drodze do brzegu życia. Białystok 2007, 3, 247-258.
16. Ptaszek G., Stołecka B., Mroczkowska R., Graf L., Śleżiona M., Gurowiec P.: Sztuka prowadzenia rozmowy z dzieckiem umierającym w szpitalu i jego rodzicami [w:] Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C., Lewko J., Kułak W. (red): W drodze do brzegu życia. Białystok 2015, 13, 443-449.
17. Kwiatkowska A., Krajewska-Kułak E., Panek W.: Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2003.
18. Kram M. i wsp.: Lekarze, pielęgniarki i rodzice wobec śmierci dziecka z chorobą nowotworową [w:] Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C., Jankowiak B. (red): W drodze do brzegu życia. Białystok 2008, 4, 317-326.
19. Dlaczego. Serwis dla Rodziców po Stracie Dziecka. www.dlaczego.org.pl (data pobrania 3.11.2016 r.).

ROLA POŁOŻNEJ W OPIECE NAD KOBIECĄ PO PORONIENIU SAMOISTNYM

Magdalena Słoma, Emilia Harasim-Piszczatowska

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

Wstęp

Poronienia to jeden z najczęstszych problemów w zdrowiu prokreacyjnym kobiet. W każdej grupie społecznej, wśród znajomych i rodzin znane są przypadki poronień. Dane statystyczne obrazują, iż poronienia samoistne stanowią ok. 10 -15% wszystkich ciąż. Dla lepszego ukazania skali tego problemu warto przedstawić dane liczbowe z ostatnich lat [1]. Biorąc pod uwagę stwierdzenia w literaturze o wskaźniku poronień – 10%, można oszacować ich liczbę na podstawie liczby porodów. Reasumując, jeżeli porody stanowią 90% wszystkich stwierdzonych ciąż, to 10% można obliczyć z danych Głównego Urzędu Statystycznego [2].

Poniżej (Tab.I) przedstawiono dane z ostatniego dwudziestolecia, które są tylko ułamkiem, gdyż nie wszystkie poronienia kończą się instrumentalnym zabiegiem medycznym w szpitalu.

Tabela I. Wskaźnik poronień – dane sporządzone na podstawie danych z GUS.

ROK	Liczba porodów	10%
2000	380 476	42 275
2010	413 300	45 922
2011	388 416	43 157
2012	386 257	42 917
2013	369 576	41 064
2014	375 160	41 684
2015	369 308	44 034

Źródło: http://swaid.stat.gov.pl/Demografia_dashboards/Raporty_predefiniowane/RAP_DB_DEM_4.aspx (data pobrania - 12.11.2016).

Z powodu wielowymiarowości tego zjawiska nad kobietą po stracie niezbędna jest opieka całego zespołu: lekarza, położnej i psychologa. W niniejszej pracy podjęto próbę zwrócenia szczególnej uwagi na rolę położnej w opiece nad pacjentką po stracie ciąży.

Definicja

Poronienie samoistne (łac. *Abortus spontaneus*) jest zdefiniowane jako przedwczesne zakończenie ciąży z przyczyn naturalnych, które najczęściej ma miejsce w pierwszym trymestrze ciąży. Podczas poronienia dochodzi do wydalenia jaja płodowego z jamy macicy. Poronienia przebiegające subklinicznie pod postacią np. opóźnionego krwawienia miesięcznego, z następowym silniejszym krwawieniem nie są ujęte w wyżej wymienionych statystykach[3].

Nie jest możliwe oszacowanie rzeczywistej częstości poronień samoistnych ze względu na fakt, iż do poronienia może dojść także przed implantacją zarodka w macicy. Wówczas poronienia przebiegają subklinicznie w postaci opóźnionego krwawienia miesięcznego, gdy kobieta w ogóle nie wiedziała, że była w ciąży. Zdarzają się również sytuacje, gdy do poronienia dochodzi kilka dnia po spodziewanym terminie miesiączki lub gdy cykl menstruacyjny jest dłuższy niż zwykle i kończy się zdecydowanie bardziej obfitym krwawieniem [4]. Wobec najnowszej literatury przedmiotu nie jest możliwa do określenia częstotliwość straty ciąży przed implantacją, czyli zapłodnienia prawidłowego lecz nieprawidłowym zagnieżdżeniem w macicy. Lekarze podkreślają, iż poronienia samoistne klinicznie potwierdzone to ciążę stracone po implantacji. Analizując temat – implantacja to proces zagnieżdżenia się zarodka w macicy, które ma miejsce około 5-7 dnia po zapłodnieniu. Klinicznie można zaobserwować większe ilości gonadotropiny kosmówkowej (hCG), które wydziela zarodek. W obecnych czasach istnieją testy wrażliwe na wyżej wymieniony hormon gonadotropiny, które to pozwalają stwierdzić obecność ciąży już nawet w 7-14 dniu po zapłodnieniu. Wyniki badań wskazują, że średnio 1 na 10 zarodków ulega poronieniu po implantacji bez zauważalnych objawów ze strony kobiety [4,5].

Szacuje się, że spontaniczne poronienia częściej zdarzają się w pierwszych 14 tygodniach ciąży – szacunkowo 1 na 6 potwierdzonych ciąż. Natomiast w drugim trymestrze ciąży ten odsetek zdecydowanie wydaje się być mniejszy – tylko 1 na 50 przypadków. W tym przypadku określenie skali tego zjawiska jest łatwiejsze, gdyż pacjentki zgłaszają się do lekarza zazwyczaj w pierwszym trymestrze ciąży. Z opinii lekarzy wynika, że najczęstszą przyczyną występowania tych niepowodzeń są wady genetyczne, które prowadzą do

nieprawidłowego rozwoju dziecka, a w konsekwencji są wadami letalnymi. Prawdopodobieństwo straty ciąży obniża się do 1 na 20 w przypadku stwierdzenia akcji serca u dziecka potwierdzonego badaniem ultrasonograficznym [5].

Według piśmiennictwa dostępne badania ukazują, że poronienie po pierwszym poronieniu zwiększa się o około 24%, po dwóch poronieniach o 26% a po trzech poronieniach nawet o 32% [6].

Etiopatogeneza

Przyczyny poronień samoistnych można zakwalifikować do dwóch grup: pierwsza to przyczyny ze strony matki, a druga to przyczyny związane z nieprawidłowym rozwojem płodu.

Pierwsze trzy miesiące ciąży są niezwykle ważne dla jej późniejszego rozwoju. W ciągu pierwszych ośmiu tygodni tworzy się cały organizm w procesie organogenezy. Czynniki zewnętrzne, które są szkodliwe mogą doprowadzić do nieprawidłowości, które w konsekwencji spowodują poronienie [5,7].

Wśród czynników zewnętrznych warto zwrócić uwagę na zmiany temperatury oraz choroby przebiegające z podwyższeniem temperatury, do których należą: odra, świnka, różyczka, grypa czy też zakażenia bakteryjne, np.: toksoplazmoza lub listerioza. Jak podaje Lewicka [8] choroby infekcyjne nawet w 25% przypadków odpowiadają za utratę ciąży.

Na szczególną uwagę zasługują wirusy zwane grupą TORCH:

- *Toxoplasmosis* (toksoplazmoza)
- *Other* (inne (HIV, HPV, wirus B19))
- *Rubella* (różyczka)
- *Cytomegalia* (cytomegalia)
- *Herpes* (wirus opryszczki)

Ich przebieg choć może być niezauważony zawsze doprowadza do nieprawidłowości w organogenezie płodu prowadząc często do wad letalnych.

Infekcje miejscowe w pochwie lub kanale szyjki macicy (*Chlamydia trachomatis*, *Bacterial vaginosis*), a także parwowirus B19 mogą być przyczyną nawet do 40% utraty ciąży [8,9].

Istotną rolę odgrywają także czynniki fizyczne: wibracja, pole magnetyczne, zmiany ciśnień, napromieniowanie, wstrząsy oraz kontakt z chemikaliami. Mają one bezpośredni

wpływ na rozwijający się płód, przy kontakcie z czynnikiem teratogennym nawet w krótkim czasie może dojść do wydalenia jaja płodowego [8,9,10].

Jak podaje literatura podmiotu, najczęściej dochodzi do poronień samoistnych ze względu na wady rozwojowe jaja płodowego, do których należy szereg anomalii chromosomalnych. Wśród tych wad można wymienić [8,9,10]:

- zaśniad zarodkowy - zawiązki zarodka ulegają zanikowi lub rozwijają się nieprawidłowo,
- zaśniad pusty (puste jajo płodowe) – zupełny brak zarodka
- zaśniad krwisty - w wyniku obumierania zarodka dochodzi do jego nadmiernego przekrwienia,
- zaśniad groniasty.

Wady te stanowią ok. 50-70% wszystkich poronień samoistnych. Latos-Bieleńska [11] podkreśla, że choroby/wady genetyczne płodu w ponad 50% powstają de novo – to znaczy przy prawidłowym kariotypie obojga rodziców dochodzi do nieprawidłowych zmian w materiale genetycznym zarodka.

Objawy poronienia przebiegają inaczej przy poronieniu jednoczasowym jak również przy dwuczczasowym. Bezwzględny objawem w obu przypadkach jest ból podbrzusza i krwawienie z dróg rodnych [9].

Bacz [12] podaje, że przebieg poronienia samoistnego jest zależny od czasu trwania ciąży i wielkości płodu. We wczesnym okresie ciąży tj. do 12 tygodnia poronienie przebiega jednoczasowo, tzn. z uwagi na fakt, iż jajo płodowe jest wspomagane przez ciało żółte a nie łożysko i jest wydalone w jednej części. Ponieważ tkanki, które mogły pozostać stanowią bardzo małą powierzchnię, jama macicy oczyszcza się samoistnie poprzez złuszczenie błony śluzowej macicy z resztkami tkanek.

Natomiast poronienie po 12 tygodniu ma zupełnie inny przebieg. Z powodu funkcjonowania łożyska i wielkości płodu ma ono stadium dwuczczasowe. Po objawach klinicznych w postaci skurczów macicy i dolegliwości bólowych podbrzusza szyjka macicy rozwiera się i wydała płód oraz łożysko. Objawem poprzedzającym wydalenie płodu jest często pęknięcie błon płodowych i odpłynięcie wód płodowych [12].

Lekarze nazywają taki stan poronieniem późnym. Jeżeli resztki tkanek pozostają w jamie macicy należy wykonać zabieg wyłyżeczkowania jamy macicy by zapobiec zakażeniu, które może doprowadzić m. in. do zaburzeń krzepliwości i sepsy [10,12].

Latos-Bieleńska [11] zwraca uwagę na związek między genotypem matki a występowaniem poronień. W swoich badaniach dowodzi, iż mutacje genowe u matki mimo prawidłowego genotypu płodu wpływają niekorzystnie na warunki życia wewnątrzmacicznego płodu. Wszelkie zmiany materiały genetycznego u matki, przekazane dziecku mogą prowadzić do obumarcia płodu.

Diagnostyka

Wytyczne Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) odnoszą się do zastosowania EPAU – Early Pregnancy Assessment Units, czyli ambulatoryjnych ośrodków wczesnego diagnozowania ciąży, w których to zapewnienie ścisłej opieki medycznej minimalizuje ryzyko późniejszych hospitalizacji, a w dłuższej perspektywie przyniesie korzyści zarówno kliniczne jak i ekonomiczne [13].

RCOG podkreśla ważność rutynowego wykonywania USG w pierwszym trymestrze przez wykwalifikowanych specjalistów ultrasonografii na wystandaryzowanym sprzęcie oraz oznaczenie stężenia wolnej jednostki beta HCG i progesteronu.

Polskie Towarzystwo Ginekologiczne rekomenduje badania screeningowe USG w I trymestrze jako diagnostykę krwawień i wczesnych powikłań ciąży [14]. Obraz widziany w badaniu USG w postaci nisko usadowionego pęcherzyka ciążowego lub pęcherzyka o niejasnych zarysach mogą sugerować poronienie. Na etapie wczesnej ciąży wskazane jest by wykonywać badanie genetyczne ultrasonograficzne pomiędzy 11 a 13 tygodniem ciąży z dokładną oceną przezierności karkowej NT, które pozwoli ocenić ryzyko aberracji chromosomowych u płodu [9]. Postępowanie diagnostyczne jest zależne od klinicznych objawów. Przy poronieniu w toku albo zagrażającym preferowane jest postępowanie wyczekujące lub zabiegowe. Postępowanie wyczekujące polega przeprowadzeniu badania ultrasonograficznego połączonego z badaniem ginekologicznym i obserwacji. Natomiast działanie zabiegowe jest podejmowane w sytuacji potwierdzającej duże krwawienie, puste jajo płodowe czy też poronienie zatrzymane [12]. Istotną kwestią jest pobieranie materiału do badania histopatologicznego by poznać przyczynę poronienia i minimalizować negatywne skutki w postaci niepowodzeń w przyszłości.

Powikłania

Konsekwencje utraty ciąży można sklasyfikować do dwóch grup: objawy somatyczne i objawy niesomatyczne. Wśród objawów fizycznych najczęściej pojawiają się:

- Krwotoki łożnicze.
- Uszkodzenia wewnątrzmaciczne.
- Zakażenia miednicy mniejszej.
- Niewydolność cieśniowo – szyjkowa.
- Immunizacja czynnikiem Rh.

Do najbardziej niebezpiecznych powikłań somatycznych niewątpliwie należy wstrząs hipowolemiczny. Przy utracie krwi do 30% może przebiegać bezobjawowo, objawy są determinowane przez ilość utraconej krwi.

Uszkodzenia wewnątrzmaciczne w postaci perforacji ściany macicy, krwotoku, uszkodzeń błony śluzowej macicy pojawiają się w większości przypadków po zabiegu wyłyżeczkowania jamy macicy. RCOG [13] rekomenduje stosowanie metody próżniowej podczas oczyszczania jamy macicy celem zmniejszenia powikłań. Instrumentalne zabiegi oczyszczania jamy macicy mogą prowadzić do uszkodzenia błony śluzowej macicy i w konsekwencji do tworzenia się zrostów, które mogą być przyczyną poronień nawykowych i trudności w implantacji zarodka w jamie macicy.

Warto skupić uwagę na psychologicznym aspekcie utraty ciąży. Najczęściej kobiety po stracie przeżywają szok, zaskoczenie, załamanie nerwowe, gniew, poczucie winy, złość i bezradność [8,11].

Psycholodzy często obserwują epizody depresji u kobiet zgłaszających się po pomoc. Standard opieki nad kobietami po stracie powinien zawierać także opiekę psychologiczną by zminimalizować powikłania psychopatologiczne w przyszłości. Brak wsparcia psychologicznego prowadzi często do zespołu stresu pourazowego, stanów lękowych, obniżonego poczucia własnej wartości a także psychologicznych trudności w akceptacji kolejnej ciąży.

Leczenie

Postępowanie terapeutyczne przy poronieniu zależy od kilku czynników m.in. wieku ciąży, objawów klinicznych manifestujących się oraz wyników badania ultrasonograficznego. Standardowo niezależnie od postaci poronienia wspomaganie ciąży polega na podawaniu leków rozkurczowych oraz suplementacji pochodnymi progesteronu[14]. Postępowanie podczas poronienia zależy od rodzaju i stopnia zaawansowania tego zdarzenia. Wyróżnia się postawę wyczekującą lub postępowanie instrumentalne. Lekarze ginekolodzy rekomendują wyczekiwanie i obserwację stanu

ginekologicznego kobiety w przypadku utraty ciąży w I trymestrze. Na tym etapie ryzyko powikłań pozabiegowych i niepowodzeń położniczych w przyszłości może być wyższe aniżeli naturalne wydalenie jaja płodowego [15]. W przypadku występowania silnych objawów manifestujących się w postaci dużego krwawienia zachodzi potrzeba wykonania zabiegu oczyszczającego jamę macicy [15]. W przypadku ciąży wysokiego ryzyka obarczonych zespołem antyfosfolipidowym i niepowodzeń ciąży z tejże przyczyny opracowano schemat leczenia aspiryną i heparyną. Terapia farmakologiczna obejmuje okres przedkoncepcyjny przed kolejną ciążą i utrzymuje się przez cały ten okres aż do porodu [16].

Rola położnej

Poronienia i powikłania ciążowe to częste zjawisko w pracy położnej. Oprócz postępowania terapeutycznego prowadzonego przez lekarzy klinicystów ważne jest wsparcie informacyjne i psychologiczne. To właśnie położna jest osobą, która pielęgnuje kobietę po zabiegu, przygotowuje ją do dalszej diagnostyki i przekazuje zalecenia lekarskie. Standardy i procedury pielęgniarstwa obejmują także sporządzenie zaleceń pielęgnacyjnych po wypisie ze szpitala [14]. Położna przekazuje kobiecie informacje odnośnie postępowania podczas krwawienia po zabiegu lub przy samoistnym oczyszczaniu się macicy, przekazuje jej informacje w zakresie powrotu organizmu do funkcjonowania w cyklu menstruacyjnym. Przede wszystkim czuwa nad jej stanem psychicznym, w razie wątpliwości informuje lekarza prowadzącego by udzielić wsparcia profesjonalnego od psychologa [15].

Według najnowszych doniesień psychologów, każda kobieta, która jest w ciąży oczekuje przyjęcia na świat zdrowego dziecka. Okres oczekiwania narodzin i jakość więzi, która się buduje jest zależna od nastawienia do życia – optymistycznego bądź pesymistycznego, która będzie niezmiernie ważnym modyfikatorem sposobu przyjmowania informacji o diagnozie. Osoby z nastawieniem optymistycznym odczuwają ciążę jako okres radosnego oczekiwania, a badania prenatalne w ich mniemaniu służy potwierdzeniu dobrostanu dziecka [17,18]. Natomiast osoby o nastawieniu pesymistycznym wykonują badanie prenatalne celem wykluczenia choroby. Psychologowie podkreślają w wynikach swoich badań, że to właśnie optymiści mogą nie poradzić sobie z niepomyślną diagnozą i trudniej akceptują rzeczywistość, której się nie spodziewali [17]. Przy analizowaniu psychologicznych skutków utraty ciąży warto zwrócić uwagę aspekt osobniczej skłonności do ryzyka. Osoby, które wykazują niską skłonność do ryzyka przyjmują informacje o zniekształconym przekazie tak, aby poziom ryzyka był na akceptowalnym poziomie [18,19].

Utrata ciąży pod względem psychologicznym odzwierciedla emocje, jakie towarzyszą osobie, która straciła osobę bliską, z którą wiązały silne więzi. Wydarzenie to wywołuje bardzo silne emocje, począwszy od szoku, niedowierzania, zaskoczenia poprzez złość, poczucie winy, gniew oraz poczucie bezsilności [20]. Z przeglądu literatury wynika, iż częstość poronień wśród populacji kobiet ciężarnych jest statystycznie na poziomie około 20%. Z tego wynika, że jest to zjawisko dość często. Reakcje emocjonalne, które pojawiają się podczas tego wydarzenia są zazwyczaj takie same. Ważne jest, by minimalizować wczesne skutki poronienia w tym aspekcie poprzez rozmowę. Kobieta po stracie odczuwa ogromną potrzebę wypowiedzenia swoich uczuć, emocji oraz oczekiwań, które nie zostały spełnione w wyniku niepomyślnego przebiegu ciąży. Położna oraz lekarz są osobami, które w pierwszej kolejności powinny jej wysłuchać [20]. Badania ankietowe pokazują, że brak uwagi i błędy w komunikacji pomiędzy personelem medycznym a kobietą po stracie mogą prowadzić do depresji, stanów lękowych oraz zespołu stresu pourazowego (PTSD) [21]. Murlikiewicz [22] w swoich badaniach wyciąga wnioski, że grupa kobiet o lękowej osobowości jest szczególnie narażona na zaburzenia psychiczne oraz PTSD, dlatego też już w okresie hospitalizacji należałoby wnikliwie objąć je odpowiednią opieką i wsparciem psychologicznym.

Z psychologicznego punktu widzenia nie ma korelacji między długością trwania ciąży a intensywnością objawów żałoby. Każde niepowodzenie ciąży jest dla kobiety traumatycznym wydarzeniem, które powoduje silne emocje, obawy i lęki. W związku z powyższym rolą osoby opiekującej się nią jest udzielenie wsparcia na możliwie najwyższym poziomie. Aby nie pogłębiać traumy po stracie dziecka nie należy odbierać prawa do cierpienia w wyniku straty. W takich sytuacjach przejście przez etap żałoby może ułatwić pogodzenie się z zaistniałą sytuacją. Wsparcie położnej polega na zapewnieniu warunków godnych do pożegnania się z dzieckiem z zachowaniem prawa do intymności poprzez zminimalizowanie obecności osób postronnych w tym stażystów, studentów, a przede wszystkim rozmowie i omówieniu zaleceń jeżeli jest wymagana interwencja medyczna [23]. Rolą położnej jest także przekazanie pełnej informacji o prawach jakie przysługują kobiecie po poronieniu w odniesieniu do pochówku, dokumentacji medycznej, prawie do zasiłku macierzyńskiego, a przede wszystkim informacja o rejestracji w Urzędzie Stanu Cywilnego, jeżeli była taka możliwość [24,25,26].

Strata ciąży to zjawisko interdyscyplinarne, ponieważ jest to problem nie tylko diagnostyczno-leczniczy ale również prawny. Aktualnie obserwuje się wzrost świadomości

społeczeństwa w zakresie praw, w tym dotyczących praw dzieci martwo urodzonych [36]. Ustawa z dnia 6 stycznia 2000 r. o Rzeczniku Praw Dziecka zaznacza, iż dzieckiem jest istota ludzka od poczęcia do osiągnięcia pełnoletniości [27]. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. wskazuje, że dziecko jest podmiotem prawa i podlega konstytucyjnej ochronie swoich praw [28]. Zgodnie z „Prawem o aktach stanu cywilnego” [26] urodzenie dziecka należy zgłosić w Urzędzie Stanu Cywilnego do 14 dni od dnia urodzenia. W sytuacji urodzenia martwego dziecka takiego zgłoszenia należy dokonać w ciągu 3 dni. Akt urodzenia dziecka martwego zawiera adnotację dotyczącą zgonu. Dokument ten stanowi jednocześnie akt zgonu dziecka. Natomiast jeżeli dziecko po urodzeniu żyło zaledwie kilka minut wystawiane są oba dokumenty [27,28]. Zgodnie z Ustawą z dnia 26 maja 2011 r. o zmianie ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych, matce przysługuje prawo pochowanie dziecka bez względu na czas rozwiązania ciąży. Nie wymaga się w tym przypadku rejestracji zgonu poprzez Urząd Stanu Cywilnego [26].

Problematyka urodzenia martwego dziecka dotyczy również prawa pracy. Kodeks Pracy stanowi, że w przypadku urodzenia martwego dziecka lub zgonu dziecka przed upływem 8 tyg. życia przysługuje jej urlop macierzyński w wymiarze 8 tyg. po porodzie, nie krócej jednak niż przez okres 7 dni od dnia zgonu dziecka [27]. W przypadku urodzenia martwego dziecka ubezpieczonej przysługuje przez okres 8 tygodni zasiłek macierzyński [27].

Podsumowanie

Strata ciąży niezależnie od czasu jej trwania jest zawsze dla kobiety doświadczeniem bardzo trudnym. W tym aspekcie niezbędna jest pomoc położnej we wczesnej opiece w szpitalu jak również w propagowaniu wiedzy dotyczącej praw, jakie przysługują pacjentkom po poronieniu związanym z formalnościami.

Proces zdrowienia po stracie ciąży w aspekcie psychologicznym stanowi wyzwanie dla personelu medycznego. Nie ma jednoznacznych algorytmów i standardów, które wyjaśniałyby jak powinna wyglądać wsparcie psychologiczne.

Wysokie pokłady empatii dla drugiego człowieka, wrażliwość oraz indywidualne podejście będzie odznaczało profesjonalizm położnej w pracy tak trudnych sytuacjach stresowych.

Bibliografia

1. http://swaid.stat.gov.pl/Demografia_dashboards/Raporty_predefiniowane/RAP_DBD_DEM_4.aspx (data pobrania 12.11.2016).
2. <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/malzenstwa-i-dzietnosc-w-polsce,23,1.html> (data pobrania 13.11.2016).
3. Lachelin Gillian C.L.: Poronienia. Wydawnictwo Prószyński i S-ka. Warszawa 2006.
4. Bacz A.: Poronienie. <http://ciaza.mp.pl/przebiegciazy/90964,poronienie> (data pobrania 12.11.2016).
5. <https://www.poronienie.pl/medycyna/poronienie/poronienie-w-liczbach/>(data pobrania 13.11.2016).
6. Malinowski A.: Diagnostyka immunologiczna w poronieniach nawykowych:algorytm postępowania diagnostyczno-leczniczego z wykorzystaniem wyników badań własnych <file:///C:/Users/Magda/Downloads/PNG41-6-Malinowski-algorytm.pdf> (data pobrania 13.11.2016).
7. Kublak – Fortecka A.: Ciąża i poród u kobiet w wieku dojrzałym. http://www.koala.krakow.pl/files/file/Ciaza_i_porod_u_kobiet_w_wieku_dojrzałym.pdf (data pobrania 13.11.2016).
8. Lewicka M.: Charakterystyka poronień i prawa przysługujące kobietom po stracie ciąży. *Annales Academiae Medicae Stetinensis, Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie* 2013, 59, 1, 123–129.
9. Opala T.: Ginekologia: Podręcznik dla położnych, pielęgniarek i terapeutów. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006 ,159-161.
10. Charkiewicz W.: Ocena sposobu żywienia kobiet z poronieniem samoistnym. <http://www.phie.pl/pdf/phe-2011/phe-2011-1-094.pdf> (data pobrania 13.11.2016).
11. Latos–Bieleńska A.: Genetyczne przyczyny poronień samoistnych. <http://www.genesis.pl/akademia-wiedzy/pokaz/659> (data pobrania 13.11.2016).
12. Niemiec T.: Raport o zdrowiu prokreacyjnym kobiet w wieku 15-49lat. Polska 2006 https://books.google.pl/books?hl=pl&lr=lang_pl&id=qWvqhdpKLewC&oi=fnd&pg=PA97&dq=poronienia&ots=G0833Ce6n_&sig=OjbbZUgKz4TbIAgAnHzhHD_xaQ4&redir_esc=y#v=onepage&q=poronienia&f=false (data pobrania 13.11.2016).
13. Postępowanie w przypadku straty wczesnej ciąży. Wytuczne Royal College of Obstetricians and Gynecologists. *Med Prakt Ginekol Położ.* 2007, 2 (48), 19–36.

14. Barczak A.: Przebrane narodziny – czyli rzecz o poronieniach. *Życie i Płodność*. 2008, 2 (4), 85–93.
15. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie wybranych patologii wczesnej ciąży oraz postępowania po zapłodnieniu in vitro. <http://www.termedia.pl/Rekomendacje-Polskiego-Towarzystwa-Ginekologicznego-w-zakresie-wybranych-patologii-wczesnej-ciazy-oraz-postepowania-w-ciazy-po-zaplodnieniu-in-vitro-,4,2819,0,1.html> (data pobrania 13.11.2016).
16. Kuteh W.H, Triplett DA.: Trombophilias and recurrent pregnancy loss <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16418978/> (data pobrania 15.11.2016).
17. Baszak E., Paszkowski T., Woźniak S., Szkodziak P., Torres A., Zaleska W.: Poronienie samoistne. In: *Patologia wczesnej ciąży*. Ed. T. Paszkowski. IZT, Lublin 2004, 40–57.
18. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie wybranych patologii wczesnej ciąży oraz postępowania w ciąży po zapłodnieniu in vitro. *Ginek. Dypl.* 2008, 208–212.
19. Kornas-Biela D.: Psychologiczne problemy poradnictwa genetycznego i diagnostyki prenatalnej. Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1996.
20. Łuczak-Wawrzyniak J.: Wczesne i późne psychologiczne skutki utraty ciąży. *Ginekol. Pol.* 2010, 81, 374-377.
21. Goszczyńska M, Tyszka T.: Jak spostrzegamy zagrożenia? *Przeegl. Psych.* 1986, 29, 39-63.
22. Adolfsson A., Larsson P., Wijma B. [et al]: Guilt and emptiness: women's experiences of miscarriage. *Health Care Women Int.* 2004, 25, 543-560.
23. Engelhard I., Van den Hout M., Arntz A.: Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. *Gen. Hosp. Psychiatry.* 2001, 23, 62-66.
24. Murlikiewicz M.: Poziom depresji, lęku i zaburzenia po stresie pourazowym w następstwie poronienia samoistnego. <http://www.ptmp.com.pl/png/png6z22013/PNG62-05-Murlikiewicz.pdf> (data pobrania 13.11.2016r.)
25. <https://www.poronienie.pl/> (data pobrania 13.11.2016r)
26. Prawo o aktach stanu cywilnego. <http://www.poronienie.pl/materialy/prawo/D20141741Lj.pdf>

27. Skrzypczak J.: Poronienie [w]: Położnictwo i ginekologia. Bręborowicz G.H. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, 111-119.
28. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. Dz.U. 1997 nr 78 poz. 483 <http://isap.sejm.gov.pl/> (data pobrania 16.11.2016).

PROBLEMY PIELEGNACYJNE PACJENTA Z CHOROBA POMPEDO

*Anna Ślifirczyk¹, Katarzyna Snarska², Monika Chorąży³, Halina Doroszkiewicz,⁴
Beata Olejnik⁵*

1. Państwowa Szkoła Wyższa im. Jana Pawła w Białej Podlaskiej
2. Zakład Medycyny Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Klinika Neurologii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku
4. Klinika Geriatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
5. Zakład Medycyny Wieku Rozwojowego i Pielęgniarstwa Pediatricznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp

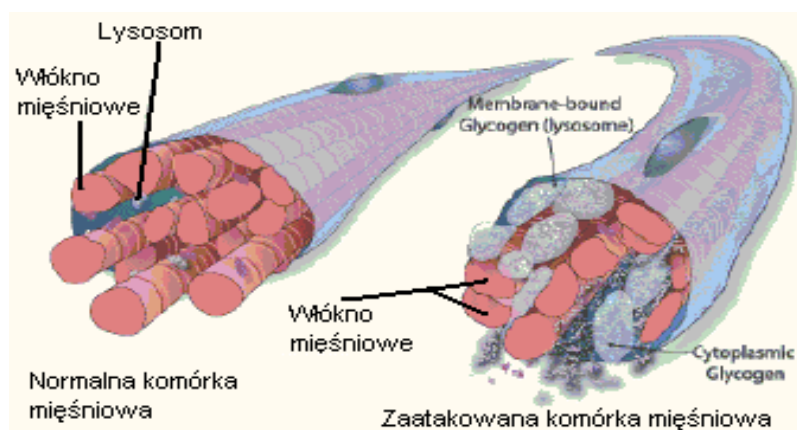
Choroba Pompego została opisana w 1932 r. przez holenderskiego patologa Johanna C. Pompego. Opisał on przypadek siedmiomiesięcznego dziecka, które zmarło nagle z powodu nagromadzenia glikogenu w wielu tkankach organizmu [1]. W 1954 r. G. T. Cori sklasyfikował chorobę jako gromadzenie glikogenu (GSD II) [2]. H. G. Hersw 1963 r. określił chorobę Pompego jako lizosomalną chorobę spichrzeniową [3]. W 1966 – 70 - A.G. Engel wyróżnia poszczególne typy choroby. Natomiast w 1979r. zidentyfikowano gen odpowiedzialny za występowanie choroby zostaje przypisany chromosomom 17 i oznaczony jako GAA. W 1986r. wykonano nieudaną transplantację szpiku kostnego u pacjenta z chorobą Pompego. Publikacji pierwszych wyników zastosowania terapii enzymowej dokonuje w 2000r. Van den Hout [4].

Epidemiologia choroby Pompego

Nie wiadomo dokładnie ile osób cierpi na tą chorobę. W przybliżeniu występuje ona u jednej osoby na 40000 urodzeń. Choroba Pompego jest chorobą rzadko występującą, dotyczącą mniej niż 200000 ludzi w Stanach Zjednoczonych i nie więcej niż 5000 do 10000 w Europie. Choroba ta występuje u wszystkich ras ludzkich, z większą częstotliwością jednak u Afro-Amerykanów (1 na 14000 urodzeń), z mniejszą u Kaukazów (1 na 60000 dorosłych i 1 na 100000 dzieci) [5].

Patogeneza choroby Pompego

Choroba Pompego jest rzadką, osłabiającą mięśnie chorobą, dotyczącą zarówno dzieci jak i dorosłych. Ludzie, którzy urodzili się z tą chorobą mają wrodzony niski poziom enzymu zwanego kwasem alfa - glikozydazy (GAA). Enzym ten (białkowe molekuly w obrębie komórek) inicjuje biochemiczne reakcje ludzkiego organizmu. U zdrowego człowieka (z prawidłowym poziomem GAA) enzym ten uczestniczy w rozbijaniu glikogenu w obrębie lizosomu. W przypadku choroby Pompego praca GAA może być osłabiona, mieć nieprawidłowy przebieg lub w ogóle nie występować z powodu nadmiaru nagromadzenia glikogenu w lizosomie. Niedobór kwaśnej maltazy, enzymu lizosomalnego prowadzi do gromadzenia glikogenów we wszystkich tkankach organizmu [1,6,7]. Jednak spichrzanie glikogenu najbardziej wyrażone jest w mięśniach szkieletowych, wątrobie, sercu, nerkach i ośrodkowym układzie nerwowym, co obrazuje rycina 1 [5].



Rycina1. Zmiany zachodzące w komórce mięśniowej w chorobie Pompego [8].

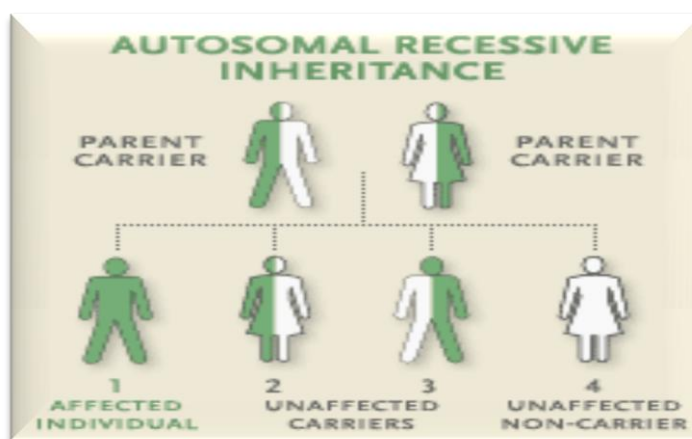
Glikogen występuje głównie w wątrobie, ale także w innych tkankach. Glikogen zawarty w wątrobie jest łatwo dostępny magazynem glukozy w okresach między posiłkami. Spichrzanie jest następstwem deficytu jednego z enzymów, syntezy lub rozkładu glikogenu [7,8].

Lizosomy są ważnym elementem komórki organizmu, trawią one składniki odżywcze poprzez rozbijanie cząsteczek odpowiednimi enzymami, przyczyniając się w ten sposób do rozwoju komórki i jej podziału. Poszczególne cząsteczki rozbijane są na prostsze związki, które następnie biorą udział w budowie nowych struktur komórki zapewniających jej prawidłowe funkcjonowanie w organizmie. Materiał, który nie zostaje strawiony gromadzi się

w obrębie lizosomu, zaburzając w ten sposób jego pracę – spowodowane jest to błędem genetycznym [9].

Choroba dziedziczona jest autosomalnie recesywnie, zgodnie z przypisanym do chromosomu 17 genem kodującym kwaśną maltazę [10]. Umiejscowienie mutacji i jej charakter wpływają na aktywność i poziom genu, co wiąże się z okresem występowania i ciężkością choroby [5].

Choroba Pompego przenoszona jest genetycznie z rodziców na dziecko. Chorzy dziedziczą zmutowane geny od obojga rodziców, przez co enzym GAA jest produkowany w niewystarczającej ilości, lub też nie funkcjonuje prawidłowo. Osoby, które odziedziczyły tylko jedną kopię zmutowanego genu nazywane są nosicielami choroby i nie obserwuje się u nich objawów choroby, są zdrowe. Natomiast jeżeli dany nosiciel ma potomstwo z drugim nosicielem, to ich dzieci mogą zachorować na chorobę Pompego. Dziedziczenie genów zgodne jest z prawami Mendla [8]. Obrazuje to rycina 2.



Rycina 2. Genetyka choroby Pompego [29].

Jeżeli oboje rodzice są nosicielami choroby, wówczas istnieje [11]:

- 25% prawdopodobieństwo (przy każdej ciąży), iż dziecko otrzyma dwa normalne geny i będzie zdrowe
- 50% prawdopodobieństwo (przy każdej ciąży), że dziecko otrzyma jeden normalny gen od matki lub ojca i będzie nosicielem choroby. Dzieci te nie odczuwają żadnych symptomów, lecz mogą przekazać zmutowane geny swemu potomstwu
- 25% prawdopodobieństwo (przy każdej ciąży), że dziecko otrzyma dwa zmutowane geny i zachoruje na chorobę Pompego.

Diagnostyka choroby Pompego

Choroba Pompego, jest łatwiejsza do zdiagnozowania u niemowląt, ponieważ postęp choroby następuje u nich znacznie szybciej i efekty stają się szybciej widoczne. W przypadku osób, które zachorowały w wieku młodzieńczym zdiagnozowanie choroby jest trudniejsze i często przypisywane jest różnym typom dystrofii mięśni, ze względu na rzadkość występowania choroby Pompego [12].

W celu zdiagnozowania choroby wykonuje się :

- **biopsję skóry lub mięśni**, polegająca na badaniu poziomu enzymów na podstawie analizy pobranej próbki tkanki. Badanie wycinka mięśniowego uwidacznia rozległe, zaawansowane uszkodzenia włókien mięśniowych, martwicę fagocytozę, zwyrodnienia wodniczkowe, ogniskowe gromadzenie glikogenu, rozległe włóknienie oraz nagromadzenie się tkanki tłuszczowej w podścielisku [11].
- **badanie krwi** pozwalają ocenić poziom enzymu kinazy kreatyninowej (CK), oraz poziom enzymów wątrobowych. Badania laboratoryjne w chorobie Pompego ujawniają podwyższoną aktywność enzymów: kinazy kreatyninowej i transaminaz [13].
- **elektromiografię (EMG)** - jest to ocena czynności mięśni, polegająca na wprowadzeniu do badanego mięśnia igły, która jest elektrodą połączoną z ekranem oscyloskopu, jak i z głośnikiem aparatu. Pozwala to na ocenę wizualną i słuchową zachodzących zjawisk elektrycznych. Metoda ta pozwala na odróżnienie zaburzeń pochodzenia nerwowego od nieprawidłowości zachodzących w chorobach pochodzenia mięśniowego [11]. Badania elektromiograficzne w chorobie Pompego wykazują cechy miogenne uszkodzenia mięśni. Stwierdza się zapis miopatyczny z fibrylacjami, potencjałami odnerwienia, wyładowaniami o wysokiej częstotliwości i wyładowaniami miotonicznymi. U pacjentów dorosłych te nieprawidłowości zapisu EMG mogą być wyraźniejsze w mięśniach przykręgosłupowych [14].
- **badanie radiologiczne klatki piersiowej** - służy ocenie mięśnia sercowego, w przypadku jego powiększenia zaleca się elektrokardiografię i echokardiografię. Problemy z sercem są zależne od poziomu aktywności enzymu GAA. Często występują u niemowląt, gdzie poziom tego enzymu jest bardzo niski. U starszych chorych poziom enzymu GAA jest wyższy, więc problemy z sercem występują rzadziej [5].

Obraz kliniczny choroby Pompego

Przebieg choroby zależy od wieku, w którym pojawiła się u chorego oraz od stopnia zaatakowania organów, ale głównym objawem we wszystkich postaciach choroby jest osłabienie siły mięśniowej [15]. Wyróżnia się trzy postacie choroby posiadające różny przebieg w zależności od wieku pacjenta, w którym się ona uaktywniła: postać niemowlęca, młodzieńcza i dorosła [2].

- **Postać niemowlęca** charakteryzuje się gromadzeniem dużych ilości glikogenu w sercu, wątrobie i mięśniach szkieletowych. Prowadzi to do narastającego, w ciągu pierwszych miesięcy życia postępującego osłabienia i wiotkości mięśni, powiększenia języka, wątroby i przerostu serca. Zgon następuje zwykle przed ukończeniem pierwszego roku życia z powodu niewydolności krążeniowo – oddechowej [8].
- W **postaci młodzieńczej** objawy występują w pierwszych miesiącach lub pierwszych latach życia i dotyczą głównie mięśni obu obręczy i tułowia. Badania autopsyjne wykazały, gromadzenie glikogenu w sercu, wątrobie i ośrodkowym układzie nerwowym. Przebieg schorzenia jest powolny. Zaburzenia oddychania prowadzą do zgonu ok. 20 r. życia [1].
- **Postać dorosłych** charakteryzuje powoli postępująca miopatia, głównie w zakresie mięśni proksymalnych obręczy barkowej i miednicy. Zajęcie mięśni oddechowych prowadzi do zaburzeń oddychania: duszności, bezdechu i często konieczne jest wspomaganie oddechu. Występuje także: poranne bóle głowy, nadmierna senność w ciągu dnia, częste zakażenie dolnych dróg oddechowych. Zaniki mięśni przykręgosłupowych prowadzą do skoliozy, bólów pleców i odstawania łopatek. Osłabienie czynności mięśni szkieletowych i oddechowych prowadzi do utraty możliwości oddychania i niewydolności oddechowych a w efekcie często jest przyczyną zgonu [8].

Oszacowano, że 1/3 chorych cierpi na wczesną (pojawiającą się w dzieciństwie) formę choroby. U osób, u których choroba pojawiła się w późniejszym wieku, przebieg choroby jest wolniejszy niż u dzieci. Pierwsze symptomy choroby Pompego w wielu przypadkach to trudność w chodzeniu, ponieważ jako pierwsze choroba atakuje tkanki i kończyny dolne. W związku ze słabnięciem mięśni klatki piersiowej często występują również problemy z oddychaniem w czasie snu (bezdech), poranny ból głowy, zawroty głowy w ciągu dnia.

Często chorzy odczuwają brak tchu, są niezdolni do ćwiczeń fizycznych. Objawami choroby Pompego są [6,11]:

- postępujące słabnięcie mięśni zwłaszcza tułowia i kończyn dolnych,
- brak tchu,
- zmęczenie,
- łatwość oddychania tylko w pozycji stojącej i wyprostowanej,
- bezdech nocny,
- poranny ból głowy,
- zawroty głowy w ciągu dnia,
- skolioza,
- powiększona wątroba,
- powiększony język,
- trudność w połykaniu i przeżuwananiu pokarmu,
- ból w dole krzyża.

Im wcześniej choroba zaatakuje organizm, tym przebieg choroby jest bardziej ostry, uciążliwy. Osobom, które zachorują dopiero w wieku dorosłym choroba mniej doskwiera, wolniej postępuje. Część chorych pozostaje sprawna przez wiele lat, lecz wielu, by móc się przemieszczać, potrzebuje wózka inwalidzkiego, kul i/lub aparatu oddechowego [3,5,15].

Leczenie choroby Pompego

Leczenie choroby Pompego jest trudne i musi być kontynuowane przez całe życie. Dotyczy nie tylko podstawowej jednostki, ale bardzo często powikłań, które stanowią ogromne zagrożenie dla zdrowia i życia pacjenta. Proces leczniczy jest złożony, obejmuje: leczenie farmakologiczne, leczenie rehabilitacyjne oraz profilaktykę powikłań [16].

Leczenie farmakologiczne

W leczeniu choroby Pompego bardzo ważne jest wczesne rozpoznanie, które umożliwi nie tylko wczesną interwencję objawową, ale również rozpoczęcie enzymatycznej terapii zastępczej. Późne postawienie diagnozy, związane z niespecyficznym charakterem objawów stwarza ryzyko rozwoju nieodwracalnych uszkodzeń mięśni [7].

Pierwszym i jedynym lekiem opracowanym w leczeniu choroby Pompego jest alglukozydaza alfa (MYOZYME). Lek ten stanowi enzymatyczną terapię zastępczą, która przywraca działanie kwaśnej alfa – glikozydazy, powodując rozkład glikogenu.

Przeprowadzone testy kliniczne wykazały że: lek zatrzymuje postępowanie choroby i rozkłada glikogen nagromadzony w kościach, co daje szansę na odbudowanie osłabionych komórek mięśniowych [13].

Leczenie produktem alglukozadyną alfa powinno być prowadzone pod nadzorem lekarza mającego doświadczenie w leczeniu pacjentów z chorobą Pompego, lub innymi chorobami metabolicznymi lub nerwowo – mięśniowymi. Zalecana dawka alfa - glukozydazy wynosi 20 mg/kg masy ciała i jest podawana raz na dwa tygodnie w postaci dożylniej. Lek podawany jest stopniowo, w pompie infuzyjnej. Infuzję rozpoczyna się z szybkością podstawową 1mg/kg masy ciała na godzinę, i stopniowo zwiększa się o 2 mg/kg masy ciała co 30 minut, aż do osiągnięcia maksymalnej szybkości 7 mg/kg masy ciała na godzinę [9].

Wśród pacjentów z wczesną postacią choroby działania niepożądane leku mają przeważnie przebieg łagodny do umiarkowanego i prawie wszystkie występują w trakcie infuzji lub w ciągu 2 godzin po jej zakończeniu. Są to najczęściej: przyspieszony oddech, uderzenia gorąca, przyspieszenie rytmu serca, wzrost ciśnienia tętniczego, podwyższona temperatura ciała, nudności, wymioty, rumień, wysypka plamkowa, plamkowo – grudkowa, świąd, bledność, drażliwość, dreszcze, niepokój [14].

Pacjenci z zaawansowaną postacią choroby Pompego, u których występują zaburzenia czynności serca i układu oddechowego, stwarzają ryzyko wystąpienia cięższych powikłań, wynikających z reakcji na podawany lek . Dlatego, oprócz wymienionych wcześniej objawów mogą wystąpić: zmniejszenie nasycenia krwi tlenem, zawroty i ból głowy, ucisk w gardle, nadmierna potliwość, kurcze, drżenia mięśni, uderzenia gorąca, skurcz oskrzeli, obrzęk twarzy, świszczący oddech, tachykardia, sinica, wstrząs anafilaktyczny [2].

W momencie wystąpienia objawów ubocznych, należy [14]:

- zmniejszyć szybkość infuzji
- chwilowo przerwać infuzje
- przed rozpoczęciem infuzji podać doustnie leki przeciw histaminowe przeciwgorączkowe, kortykosteroidy.

Leczenie rehabilitacyjne

Rehabilitacja, wg Światowej Organizacji Zdrowia(WHO) to kompleksowe postępowanie skierowane do osób niepełnosprawnych fizycznie i psychicznie (na skutek wrodzonych wad, chorób i urazów), które ma na celu przywrócenie pełnej lub możliwej do

osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, zdolności do pracy, oraz zdolności do brania czynnego udziału w życiu społecznym [9].

Rehabilitacja pacjenta z chorobą Pompego obejmuje [12]:

- odpowiednie ułożenie chorego i częstą zmianę pozycji: pacjent siada ze spuszczone nogami w fotelu, w łóżku przyjmuje pozycję pół -wysoką z podparciem pod plecy, w pozycji leżącej oddycha przy pomocy respiratora, zmieniając ułożenie co 2-3 godziny
- ćwiczenia oddechowe
- bierne i czynne ruchy kończy
- terapię mającą na celu poprawę stanu psychicznego pacjenta.

Ćwiczenia bierne polegają na zginaniu, prostowaniu, przywodzeniu, odwodzeniu, rotacji kończyn w stawach przy zachowaniu fizjologicznych ruchów. Wykonywane są przez pielęgniarkę, rehabilitanta lub członka rodziny. Celem wykonywania ćwiczeń biernych jest [4,7]:

- utrzymanie pełnego zakresu ruchów w stawie
- zmniejszenie spastyczności mięśni
- utrzymanie właściwej długości i elastyczności mięśni
- poprawa ukrwienia tkanek poprzez ułatwienie odpływu z kończyn krwi żyłnej i limfy
- pobudzenie obwodowego układu nerwowego
- wspomaganie usamodzielniania się chorego
- zapobieganie odleżynom.

Ćwiczenia czynne wykonywane są przez samego pacjenta pod kontrolą pielęgniarki lub rehabilitanta. W zależności od stopnia sprawności pacjenta stosuje się następujące ćwiczenia czynne [17]:

- w odciążeniu, które uzyskuje się poprzez podwieszenie ćwiczonej kończyny
- wolne, które polegają na wykonywaniu ruchów w stawach z pokonywaniem ciężaru ćwiczonego odcinka ciała
- z oporem, które polegają na pokonywaniu siły zewnętrznej przeciwdziałającej wykonywanemu ruchowi, z zastosowaniem np: ciężarków, woreczków z piaskiem, sprężyn substancji elastycznych dających się modelować (plastelina, modelina, gąbki, piłeczki gumowe).

Celem wykonywanych ćwiczeń jest [2,17]:

- zwiększenie siły i masy osłabionych mięśni, lub podtrzymanie istniejącej kondycji

- zwiększenie ogólnej sprawności pacjenta, poprawa wydolności układów: krążenia, oddechowego, trawiennego, nerwowego i ruchu.

Rehabilitacja psychiczna, to rozmowa z pacjentem prowadzona przez psychologa, lekarza, pielęgniarkę, osiągnięta jest przez [12]:

- pomoc pacjentowi w określeniu stanu w jakim się znajduje
- uświadomienie na czym polega jego niesprawność, uzyskanie akceptacji tej sytuacji
- zwalczanie błędnych przekonań dotyczących niesprawności
- zwiększanie zaufania do samego siebie i poczucia własnej wartości.

Profilaktyka powikłań

Profilaktyka - to działania mające na celu kształtowanie kultury i świadomości zdrowotnej jednostki oraz grupy osób narażonych na działanie czynników szkodliwych. Jedną z wielu funkcji zawodowych pielęgniarki jest rozpoznawanie zagrożeń, realizowanie działań profilaktycznych oraz promowanie zdrowia [3]. W przypadku pacjenta z chorobą Pompego działania profilaktyczne prowadzone są w zakresie:

- zaburzeń oddychania
 - pouczenie pacjenta o konieczności wykonywania codziennej toalety rurki tracheotomijnej,
 - umiejętne korzystanie z ssaka zgodnie z zasadami,
 - pouczenie chorego o konieczności unikania stresu i gwałtownych emocji, unikanie infekcji,
 - nauczenie i motywacja chorego do wykonywania ćwiczeń oddechowych,
 - utrzymanie prawidłowego mikroklimatu pomieszczenia,
 - unikanie nadmiernego wysiłku [17]
- **długotrwałego unieruchomienia: odleżyn, choroby zakrzepowo- zatorowej, zaparc**
 - zachęcanie pacjenta do samodzielnego wykonywania codziennych czynności,
 - czynny udział w zajęciach rehabilitacyjnych,
 - utrzymanie sprawności fizycznej na poziomie uwarunkowanym stanem zdrowia, siadanie w fotelu, krótki spacer z asekuracją,
 - częsta zmiana pozycji w łóżku, stosowanie udogodnień: dodatkowa poduszka, drabinka do podciągania się,

- motywacja pacjenta do przestrzegania właściwej diety w celu uniknięcia zaparć [12]
- **zapalenia płuc i częstych infekcji**
 - unikanie infekcji i kontaktu z osobami chorymi,
 - wykonywanie gimnastyki oddechowej,
 - oklepywanie pleców i nauka efektywnego odkrztuszania wydzieliny [18].
- **zaburzeń psychicznych wynikających z częstych hospitalizacji**
 - edukacja pacjenta i jego rodziny na temat choroby,
 - wyjaśnienie konieczności częstej hospitalizacji i systematycznego leczenia [11].

Cel pracy

Głównym celem pracy jest zaplanowanie procesu pielęgnowania pacjenta z chorobą Pompego.

Material i metody

Badaniem został objęty 35 letni pacjent z rozpoznaniem choroby Pompego, hospitalizowany w Klinice Neurologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku, celem przeprowadzenia farmakoterapii.

W postępowaniu badawczym zastosowano następujące metody: obserwację, wywiad, analizę dokumentów (historia choroby, indywidualna karta zleceń, indywidualna karta pielęgnacyjna, karta gorączkowa, wyniki badań laboratoryjnych i diagnostycznych), pomiar (ciśnienie tętnicze, tętno, temperatura, oddech).

Wyniki

Opis przypadku

Objęty badaniem pacjent od 1993r. pozostaje pod opieką Kliniki Neurologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku. Badanie przeprowadzono w trakcie jednodniowego pobytu chorego, celem przyjęcia preparatu MYOZYME.

Chory mieszka razem z rodzicami na wsi w domu jednorodzinnym bez udogodnień. Postępująca choroba uniemożliwiła mu kontynuowanie nauki i podjęcie pracy. Pierwsze objawy choroby pojawiły się w dzieciństwie, pacjent zawsze był mniej sprawny od rówieśników. W wieku 11 lat wystąpiły trudności z wstawaniem z krzesła oraz

z wchodzeniem po schodach. Pacjent miał czworo rodzeństwa, u dwojga rodzeństwa brata i siostry rozpoznano chorobę Pompego, oboje zmarli w wieku 22 i 24 lat. Rodzice i pozostałe rodzeństwo są zdrowi.

Chory był wielokrotnie hospitalizowany z powodu narastającego osłabienia początkowo kończyn dolnych, później także mięśni tułowia i oddechowych. Rozpoznanie choroby Pompego nastąpiło w 1993r., podczas hospitalizacji. Badaniem neurologicznym stwierdzono zanik mięśni międzyłopatkowych oraz mięśni kończyn dolnych i górnych, a także osłabienie mięśni brzucha. Badanie EMG wykazało uszkodzenie w mięśniach: naramiennym, dwugłowym ramienia, czworogłowym uda. Badania laboratoryjne ujawniły podwyższoną aktywność enzymów: kinazy kreatyninowej i transaminaz. Badanie mikroskopowe wycinka mięśniowego pobranego z mięśnia naramiennego wykazało zaawansowane uszkodzenie włókien mięśniowych, martwicę oraz ogniskowe gromadzenie glikogenu.

W 1999r. pacjent kolejny raz trafił do szpitala z powodu pogorszenia stanu zdrowia. Nasiliły się objawy ogólnego osłabienia, trudności w chodzeniu, oraz duszność wysiłkowa spowodowana m.in. zmianami zapalnymi w dolnych drogach oddechowych. Zmiany te doprowadziły do zatrzymania oddechu i podjęcia akcji reanimacyjnej w wyniku której chory został zaintubowany i podłączony do respiratora. Po kilku dniach stan zdrowia pacjenta uległ poprawie, wykonano tracheostomię, ponieważ chory stale musi korzystać z respiratora w czasie spoczynku nocnego, oraz przez kilka godzin w ciągu dnia, zwłaszcza w pozycji leżącej. W 2006r. chory został zakwalifikowany do leczenia substytucyjnego z zastosowaniem Rh GAA, które otrzymuje w ramach programu sponsorowanego przez producenta leku. Od tego czasu pacjent jest regularnie, w odstępach dwutygodniowych hospitalizowany w Klinice Neurologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku. W trakcie pobytu w szpitalu pacjent otrzymuje dożylnie wlewy Rh GAA Myozyme w dawce 20 mg na kilogram masy ciała.

W wyniku prowadzonej terapii stan zdrowia chorego ulegał stopniowej poprawie. Stwierdzono przyrost masy mięśniowej o ok. 3kg z powiększeniem obwodu kończyn dolnych, zwiększeniem siły mięśniowej. Obecnie pacjent waży 60 kg. przy wzroście 160 cm. Zmniejszeniu uległo uczucie ogólnego osłabienia, oraz duszność wysiłkowa. Pacjent wymaga pomocy w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych. Rurka tracheotomijna jest nadal utrzymana, jednak korzystanie z respiratora w ciągu dnia zmniejszyło się do 2-3 godzin (tylko w pozycji leżącej i w czasie snu), rzadziej występują też infekcje dróg oddechowych

wymagające stosowania antybiotykoterapii. W wyniku zastosowania zajęć rehabilitacyjnych sprawność fizyczna chorego uległa poprawie, samodzielnie zmienia pozycję ułożenia w łóżku i siada. Jednak mięśnie obręczy miednicy są bardzo słabe, pacjent wymaga pomocy i asekuracji przy staniu i przejściu kilku kroków. Ze względu na częste występowanie zaparć pacjent musi przestrzegać diety lekkostrawnej, bogatej w błonnik (90 -100 mg/kg masy ciała dziennie), wypijać 2-3litry płynów, a posiłki spożywać regularnie w mniejszych ilościach 4 -5 razy w ciągu dnia. Mocz oddaje chory do kaczki lub sedesu.

Indywidualny proces pielęgnowania pacjenta z chorobą Pompego

1. Problem pielęgnacyjny: Zaburzenia oddychania wynikające z osłabienia i zaniku mięśni oddechowych.

Cel opieki: Poprawa wentylacji chorego.

Podjęte działania:

- pomoc pacjentowi w doborze najkorzystniejszej, zapewniającej prawidłową wentylację pozycji ciała (wysoka, pół - wysoka),
- korzystanie z respiratora w momencie zmiany pozycji ułożenia na leżącą,
- pomoc w przyjęciu odpowiedniej pozycji i podłączeniu respiratora,
- kontrola parametrów życiowych (RR, HR, temperatura),
- zapewnienie prawidłowego mikroklimatu sali, powietrze bogate w tlen, wilgotność 60-70%, temperatura 16-20 °C
- pomoc pacjentowi w czynnościach samoobsługowych i zaspokajaniu potrzeb fizjologicznych,
- nauczanie i motywacja chorego do wykonywania ćwiczeń oddechowych,
- pouczenie chorego o unikaniu stresu i gwałtownych emocji,
- unikanie infekcji, ograniczanie kontaktu z osobami chorymi.

Ocena działania: Zaburzenia oddychania nie nasiliły się oraz utrzymano prawidłową wentylację.

2. Problem pielęgnacyjny: Ryzyko wystąpienia powikłań związanych z obecnością rurki tracheotomijnej.

Cel opieki: Zapobieganie wystąpieniu powikłań.

Podjęte działania:

- codzienne wykonywanie toalety rurki tracheotomijnej, wymiana opatrunku wokół przetoki,
- oczyszczenie skóry wokół przetoki płynem odkażającym,
- ocena skóry wokół rurki tracheotomijnej pod kątem cech zapalnych, krwawień,
- założenie jałowego opatrunku,
- wymiana tasiemki stabilizującej rurkę,
- wiązanie tasiemki stabilizującej rurkę tracheotomijną, tak aby można było włożyć pod nią dwa palce w celu uniknięcia ucisku żył szyjnych,
- zapobieganie powstaniu odleżyn i zwężeń tchawicy,
- toaleta drzewa oskrzelowego w razie potrzeby.

Ocena działania: Powikłania nie wystąpiły.

3. Problem pielęgnacyjny: Szybkie męczenie się wynikające z osłabienia i zaniku mięśni.

Cel opieki: Poprawa sprawności oraz ograniczenie narastania zmęczenia.

Podjęte działania:

- zapobieganie wystąpieniu zakażenia dróg oddechowych poprzez stosowanie: ćwiczeń oddechowych, naukę efektywnego kaszlu i odkrztuszania wydzieliny, stosowanie inhalacji na zlecenie lekarza, stosowanie drenażu ułożeniowego, częstą zmianę pozycji, utrzymanie prawidłowego mikroklimatu sali,
- obserwacja oddechu, zabarwienia skóry i błon śluzowych,
- obserwacja i ocena wydolności fizycznej pacjenta,
- ocena pod kątem czynników jak i okresów nasilających zmęczenie,
- pomoc pacjentowi w utrzymaniu higieny ciała, czystości odzieży i otoczenia,
- pomoc pacjentowi w zaspokojeniu podstawowych potrzeb,
- ułatwienie dostępu do potrzebnych przedmiotów (szafka w zasięgu ręki),
- pomoc w przemieszczaniu się,
- stosowanie różnego rodzaju udogodnień: dodatkowe poduszki, podpórki, drabinki do łóżka,
- zapewnienie bezpieczeństwa, ochrona przed upadkiem,
- wykonywanie czynności do chwili odczucia pierwszych oznak zmęczenia,

- łączenie czynności celem zapewnienia dłuższego odpoczynku.

Ocena działania: Zmęczenie chorego występuje nadal, jednak ograniczono jego nasilenie.

4. Problem pielęgnacyjny: Ryzyko wystąpienia objawów ubocznych w trakcie farmakoterapii MYOZYME

Cel opieki: Zapobieganie wystąpieniu powikłań.

Podjęte działania:

- właściwe przygotowanie leku i dobór odpowiedniej dawki leku na zlecenie lekarza,
- przed rozpoczęciem infuzji dokonanie pomiaru parametrów życiowych (RR, HR, temperatura),
- w celu uniknięcia objawów alergicznych podanie na zlecenie lekarza tabletki Paracetamolu i leku antyhistaminowego (przed rozpoczęciem infuzji),
- przestrzeganie czasu w jakim lek ma być podany,
- obserwacja reakcji pacjenta na podawany lek,
- obserwacja miejsca założenia kaniuli do żyły obwodowej,
- pomiar parametrów życiowych co pół godziny w trakcie leczenia.

Ocena działania: Pacjent w trakcie infuzji leku czuł się dobrze. Powikłania nie wystąpiły.

5. Problem pielęgnacyjny: Ryzyko wystąpienia powikłań wynikających z ograniczenia aktywności fizycznej.

Cel opieki: Eliminacja i zapobieganie wystąpieniu powikłań.

Podjęte działania:

- kontrola temperatury ciała, HR i udokumentowanie podjętych działań.
- częsta zmiana pozycji ciała,
- stosowanie udogodnień,
- utrzymanie aktywności fizycznej na poziomie uwarunkowanym stanem zdrowia: sadzanie do fotela, krótki spacer z asekuracją,
- wykonywanie ćwiczeń biernych wszystkich stawów trzy razy dziennie po 10-15 minut,
- wykonywanie gimnastyki oddechowej,
- wykonywanie oklepywania pleców raz dziennie,
- zachęcanie do samodzielnego wykonywania codziennych czynności,
- udział pacjenta w terapii zajęciowej,

- współpraca z rodziną pacjenta,
- pomoc w toalecie, szczególnie okolic zwieraczy pęcherzowo-odbytniczy.

Ocena działania: W wyniku zastosowanych działań powikłania nie wystąpiły.

6. Problem pielęgnacyjny: Obniżenie nastroju spowodowane częstą hospitalizacją.

Cel opieki: Poprawa nastroju.

Podjęte działania:

- wykazywanie przez personel cierpliwości i życzliwości w kontakcie z pacjentem,
- umożliwienie obecności osób bliskich bez ograniczeń czasowych,
- umożliwienie kontaktu z lekarzem w celu wyjaśnienia wątpliwości,
- organizowanie czasu wolnego w trakcie podawania wlewu (kilką godzin), telewizja, gazeta, muzyka, rozmowa z osobą bliską,
- pomoc w akceptacji choroby przez pacjenta i jego rodzinę,
- edukacja pacjenta i rodziny na temat choroby i konieczności systematycznego leczenia,
- umożliwienie kontaktu z grupami chorych na schorzenia genetyczne.

Ocena działania: Nastrój pacjenta uległ poprawie, stał się weselszy i bardziej rozmowny.

7. Problem pielęgnacyjny: Zaparcia spowodowane ograniczoną aktywnością fizyczną.

Cel opieki: Przywrócenie prawidłowego rytmu wypróżnień, zmniejszenie dyskomfortu pacjenta.

Podjęte działania:

- podawanie odpowiedniej ilości płynów do picia (nie mniej niż 1,5 l na dobę),
- podawanie pokarmów stymulujących perystaltykę jelitową (owoce, warzywa, otręby, kasze gruboziarniste),
- wykonywanie zabiegów poprawiającą perystaltykę jelit: masaż brzucha rano i wieczorem, ciepłe okłady na powłoki.

Ocena działania: Perystaltyka jelit uległa poprawie.

Wskazówki do dalszej pielęgnacji:

1. Unikanie czynników nasilających zaburzenia oddychania oraz wykonywanie ćwiczeń oddechowych.
2. Zapewnienie prawidłowego mikroklimatu pomieszczenia, w którym przebywa pacjent.
3. Zalecenie codziennych ćwiczeń fizycznych, poprawiających sprawność ruchową i opóźniających postęp choroby, po konsultacji z fizykoterapeutą.
4. Stosowanie diety zapobiegającej zaparciom.
5. Dostosowanie warunków mieszkaniowych do potrzeb pacjenta.
6. Prowadzenie karty samoobserwacji.
7. Umożliwienie kontaktu z psychologiem.
8. Kontakt ze stowarzyszeniami chorych przewlekle.

Wnioski

1. Na podstawie zebranych szczegółowych informacji o pacjencie opracowano indywidualny plan opieki pielęgniarskiej oraz zaproponowano działania pozwalające na realizację założonych celów.
2. Dokonano oceny stopnia realizacji założonych celów pielęgnacyjnych. Zwrócono szczególną uwagę na poprawę wydolności oddechowej pacjenta i zminimalizowanie ryzyka powikłań związanych z przebywaniem rurki tracheotomijnej w drogach oddechowych oraz zmniejszenie dolegliwości związanych z unieruchomieniem.
3. Istotną rolę w pielęgnacji pacjenta z chorobą Pompego ma profilaktyka powikłań, takich jak zaburzenia oddychania, przykurcze i zaparcia. Dlatego też w celu utrzymania ciągłości opieki sformułowano dla osób opiekujących się chorą wskazówki do dalszej pielęgnacji.

Bibliografia

1. Liberski P., Papierz W.: *Neuropatologia Mossakowskiego*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2005, 80.
2. Kishanani P.S., Hwu W.L., Mandel H. i wsp.: A retrospective multinational, multicenter study on the natural history of infantile onset Pompe disease. *J Pediatrics* 2006, 148, 671 -676.

3. D.W. Publishing Co Cleveland OH, USA, Kliniczne Kompendium do Molekularnych i Genetycznych Podstaw Chorób Neurologicznych, 1999, 232-234.
4. Van den Hout H.M., Hop W., van Diggelen O.P. I wsp.: The natural course of infantile Pompe disease: 20 original cases compared with 133 cases from the literature. *Pediatrics* 2003, 112, 332 – 340.
5. Hausmanowa – Petruszewicz I.: Choroby nerwowo – mięśniowe, Polska Akademia Nauk , Wydział Nauk Medycznych, Komitet Nauk Neurologicznych, Lublin 2005, 166 – 169.
6. Ziółkowska-Graca B., Kania A. , Zwolińska G. i wsp.: Choroba Pompego — przypadek postaci u osób dorosłych. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2008; 76: 396–399
7. Jaracz K., Kozubski W.: Pielęgniarstwo neurologiczne. Podręcznik dla studiów medycznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2008, 149.
8. Bożkowa K.: Genetycznie uwarunkowane zaburzenia metaboliczne u dzieci, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1983, 323 – 332.
9. Stowarzyszenie Chorych na Mukopolisacharydozę i Choroby Rzadkie, www.stowarzyszenie-mps.pl z dnia 2015-10-12.
10. Choroba Pompego <http://www.pompe.modywzm.pl/opis.html> (pobrano 2014-04-16).
11. <http://chorobyrrzadkie.blogspot.com/2016/04/glikogenoza-typu-ii-choroba-pompego.html> (pobrano 2015-06-20).
12. Kózka M., Płaszewska –Żywko L.: Diagnostyka i interwencje pielęgniarstwa. Wydawnictwo PZWL, Warszawa, 2007, 27 – 41.
13. Hirschhorn R., Reuser A.J.J.: Glycogen storage disease type II: acid alpha – glucosidase (acid maltase) deficiency. /W/: Scriver C., Beaudet A. I., wsp. The metabolic and Molecular Bases of Inherited Disease. Wyd. 8, McGraw – Hill, New York 2001, 3389 – 3420.
14. Hers H.G.: Alpha – glucosidase deficiency in generalized glycogen storage disease . *Biochem J.* 1963, 86, 11- 16.
15. Cori G.: Glycogen structure and enzyme deficiencies In glycogen storage disease. *Harvey Lec* 1954, 8,145.
16. www.druglib.com/druginfo/myozyme, (pobrano 2015-12-04).
17. Kiwerski J., Włodarczyk K.: Fizjoterapia ogólna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2012.

18. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K.: Podstawy pielęgniarstwa. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo. Tom I Założenia teoretyczne. Wydawnictwo Czelej. Lublin 2004, 725 – 729.

PROBLEMY PIEŁĘGNACYJNE PACJENTA ZE STWARDNIENIEM BOCZNYM ZANIKOWYM

*Anna Ślifirczyk¹, Katarzyna Snarska², Monika Chorąży³, Halina Doroszkiewicz,⁴
Beata Olejnik⁵*

1. Państwowa Szkoła Wyższa im. Jana Pawła w Białej Podlaskiej
2. Zakład Medycyny Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Klinika Neurologii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku
4. Klinika Geriatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
5. Zakład Medycyny Wieku Rozwojowego i Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp

Stwardnienie boczne zanikowe (SBZ), łac. *sclerosis lateralis amyotrophica* (SLA), należy do grupy chorób neuronu ruchowego. To pierwotna, postępująca choroba neurodegeneracyjna prowadząca do nieodwracalnego uszkodzenia neuronów ruchowych, kory mózgowej, pnia mózgu i rogów przednich rdzenia kręgowego, a w konsekwencji do śmierci (zwykle na skutek niewydolności oddechowej) w ciągu kilku lat [1].

Nazwy i akronimy stwardnienia zanikowego bocznego używane w Polsce i na świecie to [2]:

- ALS (*amyotrophic lateral sclerosis*)
- ELA (*la esclerosis lateral amiotrófica*)
- SLA (*sclerosis lateralis amyotrophica*)
- Choroba Charcot – Francja i świat
- MND (choroba neuronu ruchowego, tj. *Motor Neuron disease*)
- Choroba Lou Gehriga (w USA).

Etiologia stwardnienia bocznego zanikowego

W SLA wybiórczo giną komórki piramidowe w korze mózgowej oraz motoneurony pnia mózgu i rdzenia kręgowego. Nie jest jasnym, co jest przyczyną tej selektywności. Przyczyna choroby jest jak dotąd nie została poznana. Jednak, wymienia się jako czynnik

sprawczy, zakażenie wirusowe, uszkodzające (neurotoksyczne) czynniki egzogenne, zaburzenie genetyczne (np. mutacja) i tkanek będących raczej rezultatem działania czynnika „przyczynowego”. Mogą to być także np. uszkodzenie komórek w wyniku autoagresji (mechanizm immunologiczny), stres oksydacyjny, ekscytotoksyczność, apoptoza itp. [3]

Odkryto także geny, których mutacje występują w niewielkich populacjach chorych na SLA lub u pojedynczych osób [4]. Prawdopodobnie udział w patogenezie odgrywają aminokwasy, szczególnie glutaminian. Wykazano również występowanie rodzinnej postaci SLA dziedziczącej się częściej jako choroba autosomalna dominująca związana z mutacją genu dla dysmutazy nadtlenkowej.

W przeważającej części przypadków SLA jest chorobą sporadyczną, lecz ok. 5-10% stanowią przypadki choroby dziedzicznej (dziedziczenie autosomalne dominujące) [1].

W miarę spójne i logicznie przedstawienie hipotez patogenetycznych nie jest łatwe m.in. z uwagi na wzajemne związki pomiędzy różnymi mechanizmami [5].

Ogólnie teorie powstania stwardnienia bocznego zanikowego dzielimy na:

Endogenne:

- Defektu błony: opiera się na stwierdzeniu defektu błony w erytrocytach u chorych na SLA i supozycji podobnego defektu błony w komórkach nerwowych. Nie stwierdza się zaburzeń fizyko-chemicznych w błonie.
- działaniu androgenów: oparta jest na stwierdzeniu dużej liczby receptorów androgenów w komórkach, które u człowieka z SLA objęte są procesem chorobowym.
- związku z chorobami tarczycy: opiera się na stwierdzeniu nadczynności tarczycy u chorych na SLA.
- związku z metabolizmem wapnia: oparta jest na istnieniu klinicznych, nerwowo-mięśniowych przejawów nadczynności przytarczyc. Nie znalazła wystarczającego potwierdzenia.
- związku z zaburzeniami węglowodanów: oparta jest na roli hipoglikemii w uszkodzeniu komórek nerwowych, w tym neuronów ruchowych rogu przedniego i ma insulinooporności u chorych na SLA [6].

Egzogenne:

- Egzogennych czynników cytotoksycznych: na wyspach Zachodniego Pacyfiku mały odżywiający się roślinami z rodziny „cykadowej”, zawierającej aminokwas cytotoksyczny (beta-N-metyl-amino-1-alanina) wykazują zespół objawów

klinicznych, zbliżony do objawów SLA. Postuluje się możliwość genetycznych predyspozycji do zmian w metabolizmie i wrażliwości na czynniki toksyczne.

- Roli metali ciężkich: zatrucie metalami ciężkimi jak ołów, rtęć, mangan imituje zespół objawów klinicznych SLA.
- Wirusowa: przeprowadzono liczne badania z przeszczepianiem tkanki nerwowej zwierzętom doświadczalnym. Stwierdzano zespoły klinicznych objawów imitujących SLA. Obserwowano również kleszczowe zapalenia mózgu i rdzenia imitujące SLA [7].

Epidemiologia stwardnienia bocznego zanikowego

Stwardnienie boczne zanikowe występuje mniej więcej równomiernie na całym świecie z częstotliwością 0,7-1,5/100,000, w Europie najczęściej chorują Szwedzi [8].

Endemiczna postać SLA występuje w regionach zachodniego Pacyfiku, na wyspie Guam, półwyspie Kii i Zachodniej Nowej Gwinei. Ok. 90% przypadków stanowią zachorowania sporadyczne [8].

Rocznie zapada na tę chorobę 1-2 osoby na 100 000. W populacji polskiej można zatem ocenić liczbę chorych na około 2-3 tysiące [9].

Różne są dane dotyczące wieku zachorowania i przebiegu choroby w przypadkach rodzinnych. Zwykle SLA rozpoczyna się w wieku 50-60 lat. Średni wiek w momencie zachorowania wynosi 58 lat, a w około 25% przypadków jest niższy niż 50 lat [10]. Jednak znane są przypadki występowania choroby u dużo młodszych, jak i u ludzi w podeszłym wieku. Na SLA częściej chorują mężczyźni (1,5:1) jednak nie stwierdzono tej przewagi w przypadku rodzinnego występowania choroby. Występowanie choroby nie jest zależne od rasy, czasu, ani lokalizacji geograficznej [11].

Postacie stwardnienia bocznego zanikowego

Tradycyjna klasyfikacja kliniczna SLA wyróżnia trzy początkowe postacie choroby:

- Postać pierwotnie opuszkowa (PBP, *progressive bulbar palsy*) - osiowymi objawami są dyzartria, zanik z fibrylacjami mięśni języka, dysfagia. Postać tę różnicuje się z naczyniopochodnym zespołem opuszkowym lub pseudoopuszkowym. Po pewnym czasie dołączają się objawy kończynowe.
- Postać obwodowa (PSMA, *progressive spinal muscular atrophy*) - cechuje się zajęciem prawie wyłącznie neuronu obwodowego, bez objawów ośrodkowych.

- Postać piramidowa (PLS, *primary Lateran sclerosis*) - dominują objawy uszkodzenia neuronu ośrodkowego [8].

W rzeczywistości, chorzy z objawami z górnego lub/i dolnego neuronu ruchowego zlokalizowanymi zarówno na poziomie opuszki, jak i w kończynach mają już pełnoobjawowy SLA, a moment wystąpienia pierwszych, izolowanych objawów w kończynach czy na poziomie opuszki został przeoczony [12].




Przebieg kliniczny i objawy stwardnienia zanikowego bocznego

Stwardnienie boczne zanikowe charakteryzuje się nieodwracalnym uszkodzeniem neuronów ruchowych zarówno w korze mózgu, jak i w pniu mózgowym i rdzeniu kręgowym [Fot. 1a,b], które klinicznie manifestuje się jednoczesnym występowaniem objawów uszkodzenia tzw. górnego i dolnego neuronu ruchowego.

Zestawienie objawów uszkodzenia górnego i dolnego motoneuronu w odniesieniu do uszkodzonych struktur układu nerwowego przedstawia Tabela I.

Tabela I. Zestawienie najważniejszych objawów i zmian SLA w relacji do miejsca uszkodzenia struktury układu nerwowego [19].

USZKODZONA STRUKTURA (Z ILUSTRACJĄ NIEKTÓRYCH SKUTKÓW)		Objaw podmiotowy	Objaw przedmiotowy
UMN1	Kora ruchowa mózgu + droga korowo-rdzeniowa	Osłabienie kończyny/ kończyn, sztywność mięśni, zaburzenia chodu, utrata zręczności rąk	Cechy niedowładu piramidowego: wygórowane odruchy głębokie, zniesiony odrzuch podeszwy, klonusy, odrzuch Babińskiego, spastyczne wzmożenie napięcia, niedowład
	 <p>[Fot. 1a]: zblednięcie mieliny w drodze piramidowej przedniej.</p>		

	<p>Droga korowo-jądrowa Jest to część drogi piramidowej prowadząca włókna komórek nerwowych kory ruchowej do jąder ruchowych nerwów czaszkowych (poza częścią jąder n. XI, są niemal wyłącznie w pniu mózgu)</p>	Przymusowy płacz lub śmiech, zaburzenia mowy, zaburzenia połykania	Cechy zespołu rzekomoopuszkowego: dyzartria spastyczna, dysfagia, wygórowane odruchy podniebienne- gardłowe i żuchwowy, odruch pyszczkowy, labilność emocjonalna ²
LMN	<p>Neurony motoryczne jąder ruchowych nerwów czaszkowych pnia mózgu oraz nerwy czaszkowe V, VII, IX, X, XI, XII z nich wychodzące²</p>	Zaburzenia mowy, zaburzenia połykania, osłabienie mięśni twarzy, osłabienie mięśni języka, asymetria barków, ³ asymetria żuchwy ³	Cechy zespołu opuszkowego: dyzartria wiotka, dysfagia, osłabienie lub zniesienie odruchów podniebienne- gardłowych i żuchwowego, zanik mięśni języka, fasykulacje języka
	<p>Jądra ruchowe n. X (n. ambiguus)</p>		
		<p>Fot. 2 Porażenie fałdów głosowych na skutek zniszczenia jądra ruchowego n. X</p>	
LMN	<p>Jądro nerwu XII (nerw podjęzykowy)</p>	Zanik mięśni języka Zaburzenia połykania	Zanik mięśni języka, ograniczenie ruchów języka, zbaczanie języka, fasykulacje języka
			
LMN	<p>Neurony motoryczne rogów przednich rdzenia kręgowego</p>	Zanik mięśni, kurcze mięśni= fasykulacje, bóle kończyn, osłabienie kończyny/kończyn, osłabienie mięśni tułowia, karku, zaburzenia chodu	Cechy niedowładu wiotkiego: zanik mięśni, fasykulacje, niedowład mięśni kończyn, tułowia, karku, napięcie mięśniowe obniżone, osłabione lub zniesione odruchy głębokie
			

1. UMN = Neurony kory ruchowej mózgu oraz droga korowo-rdzeniowa i korowo-jądrowa.

2. Należące do nich jądra ruchowe n. XII – (podjęzykowego).

3. Objawy wymienione odnoszą się zbiorczo do uszkodzenia występującego w SLA.

Objawy kliniczne mogą być wyzwalane przez następujące czynniki: radioterapia, zatrucie ołowiem czy porażenie piorunem [1].

Pierwsze objawy są u poszczególnych pacjentów bardzo zróżnicowane. Zanik mięśni i osłabienie mogą, np. pojawić się najpierw tylko w mięśniach dłoni i przedramion i zaatakować tylko jedną stronę, a dopiero później w trakcie rozwoju choroby rozszerzyć na drugą stronę. Rzadziej atakowane są najpierw mięśnie podudzia i stóp lub mięśnie ramion i barków, mięśnie uda lub układu oddechowego. Są również chorzy, u których pierwszym objawem jest osłabienie mięśni aparatu mowy, żuchwy i przełyku. Wielu chorych obserwuje przy dalszym rozwoju choroby również osłabienie mięśni karku, co sprawia, że mają oni trudności z utrzymaniem głowy.

Już we wczesnych stadiach choroby, chorzy skarżą się na mimowolne drżenie mięśni i bolesne skurcze mięśni. Najczęściej choroba postępuje powoli przez całe lata, przebieg choroby jest zwykle łagodny [1].

Chorzy zgłaszają się najczęściej zaniepokojeni zanikiem i osłabieniem drobnych mięśni (mięsień I międzykostny), często asymetrycznym. Zwykle odczuwają jednocześnie drżenie części mięśni – „przebieganie robaków pod skórą” – najczęściej są to fascykulacje. Pojawiają się często w mięśniach ksobnych pasa barkowego i ud, rozprzestrzeniając się na inne mięśnie. Wczesne zajęcie kończyny górnej wynika z tego, że zmiany występują najwcześniej i są najbardziej nasilone w odcinku szyjnym rdzenia. Niekiedy jednak dotyczą odcinka lędźwiowego i wtedy choroba może rozpocząć na przykład z opadaniem stopy i wówczas nie jest rozpoznawana; jest to tak zwana strzałkowa postać o złym rokowaniu [11]. Na typowy obraz kliniczny składają się: wiotki niedowład z zanikiem mięśni kończyny górnej, spastyczny niedowład kończyny lub kończyn dolnych z wygórowaniem odruchów, objaw Babińskiego [12].

Objawom tym nie towarzyszą zaburzenia czucia, ani zaburzenia zwieraczowe. Następnie pojawiają się objawy opuszkowe. Mogą być obecne objawy pozapiramidowe, niekiedy otępienie.

W miarę postępu choroby dołączają się objawy wskazujące na lokalizację procesu w odcinku piersiowym i lędźwiowo-krzyżowym oraz opuszcze. Pojawiają się rozległe drżenia pęczkowe, drżenia włóknkowe i wręby języka, trudności połykania i mowy. Postępujące w rogach przednich rdzenia zmiany prowadzą do zaniku mięśni i braku odruchów okostnościęgniowych, niwelując objawy kliniczne wskazując na uszkodzenie układu piramidowego. Jednym objawem uszkodzenia tego układu może być objaw Babińskiego. Znika on również

przy porażeniu obwodowym kończyn dolnych i zaniku mięśni stóp. Obraz kliniczny imituje zanik rdzeniowy mięśni.

Proces toczy się w rogach przednich rdzenia i obejmuje w odcinku C2-C5 jądro nerwu przeponowego, prowadząc do niedowładu a następnie porażenia przepony i objawów niewydolności oddechowej. W przypadkach rozpoczynających się od objawów pochodzących z odcinka szyjnego rdzenia niewydolność oddechowa pojawia się wcześniej [9].

Część przypadków SLA rozpoczyna się od objawów wynikających z uszkodzenia neuronów ruchowych na poziomie lędźwiowo-krzyżowego odcinka rdzenia kręgowego. Choroba przebiega wówczas wolniej (choć zdarzają się przypadki o ostrym przebiegu), ale proces chorobowy rozprzestrzenia się dosiębnie, obejmuje stopniowo kończyny górne i nerwy opuszkowe [3].

Objawy stwardnienia zanikowego bocznego

Objawy wczesne

Początek choroby może przypadać na każdy okres wieku dorosłego. Śmierć w wyniku porażenia mięśni oddechowych następuje zwykle w przeciągu 3 do 5 lat. W tych przypadkach, w których dochodzi do zajęcia dolnego neuronu ruchowego, początkowymi objawami są osłabienie, zaniki mięśni (amiotrofia), fascykulacje oraz kurcze mięśniowe ;jeśli zaś dojdzie do zajęcia w pierwszej kolejności motoneuronów dróg korowo-rdzeniowych objawami wstępnymi są spastyczność (pod postacią wygórowania odruchów ścięgniętych sztywności chodu nożycowego) lub też usztywnienie i spowolnienie ruchowe. Obustronne zajęcie dróg korowo-opuszkowych powoduje odhamowanie odruchów emocjonalnych określenie jako pseudoopuszkowe zmiany afektywne ,kiedy to dochodzi do nieprawidłowego zintensyfikowania odpowiedzi behawioralnej na bodźce emocjonalne. Z wyjątkiem niezwykle rzadkich przypadków nie dochodzi do powstania zaburzeń czucia, funkcji poznawczych oraz pamięci [4].

Objawy późne

Objawy uwidaczniają się ogniskowo i asymetrycznie, po czym dochodzi do rozprzestrzeniania się objawów wg wzorca autonomicznego wykazując rozsiane zajęcie w obrębie przyległych grup motoneuronów. Może się rozpocząć w obrębie jednej dłoni lub stopy rozprzestrzeniając się na ramię , zajmując w konsekwencji przeciwległe ramię i dłoń lub też toż stronną kończynę dolną oraz stopę. Z czasem dochodzi do zaburzenia funkcji

ruchowych wszystkich kończyn oprócz opuszki zgodnie z wzorcem choroby dolnego i górnego neuronu ruchowego [2].

Objawy narastają stopniowo i można wyróżnić 4 zasadnicze etapy choroby [5]:

- **Etap I** Pojawia się osłabienie siły mięśniowej z zanikiem mięśni, zwykle początkowo w kończynach górnych następnie w dolnych
- **Etap II** Zanik mięśni prowadzi do niedowładów, nie występują zaburzenia czucia ani zaburzenia funkcji zwieraczy
- **Etap III** pojawiają się objawy opuszkowe – dyzartria i dysfagia
- **Etap IV** porażenie obejmuje mięśnie oddechowe, nasilają się zaburzenia opuszkowe – rozwija się niewydolność oddechowa.

Diagnostyka stwardnienia bocznego zanikowego

Rozpoznanie SLA opiera się na objawach klinicznych, badaniu elektromiograficznym i ostatecznie, histopatologicznym. Zgodnie z wytycznymi Światowej Federacji Neurologicznej do rozpoznania SLA konieczne jest stwierdzenie:

1. objawów uszkodzenia dolnego neuronu ruchowego (LMN) w badaniu klinicznym, elektrofizjologicznym lub neuropatologicznym
2. objawów uszkodzenia górnego neuronu ruchowego (UMN) w badaniu klinicznym
3. progresji choroby w danym regionie anatomicznym lub obecności objawów choroby w nowym regionie [3].

Celem rozpoznania stwardnienia bocznego zanikowego wykonuje się:

- **Ogólne badania kliniczne** - szczególną uwagę należy zwrócić się na muskulaturę i dokładną ocenę siły mięśni. Duże znaczenie ma stwierdzenie mimowolnego drżenia mięśni. Istotne jest także zbadanie odruchów. Należy także zwrócić uwagę na mowę, funkcjonowanie mięśni języka, przełyku i oddychanie. Ważne jest także dokładne zbadanie innych funkcji układu nerwowego, które nie są uszkodzone przez SLA, aby wykluczyć inne choroby [6].
- **Badanie elektromiograficzne mięśni /EMG/**, które może bardzo dokładnie określić czy układ nerwowy obwodowych jest uszkodzony. W zapisie stwierdza się obecność fasykulacji, dodatknych potencjałów odnerwienia, fascykulacji [7].
- **Elektroencefalografie /ENG/** - badanie przewodnictwa we włóknach ruchowych i czuciowych. Stwierdza się na ogół prawdziwe przewodzenie nerwów obwodowych,

ale niekiedy jest niewielkie obecne zwolnienie szybkości przewodzenia i obniżenia amplitudy odpowiedzi ruchowej, w wyniku wtórnego uszkodzenia aksonalnego [9].

- **Rezonans magnetyczny /MRI/** jest bardzo ważnym badaniem służącym wykluczeniu guzów rdzenia i mielopatii szyjnej [30]. Stwierdza się ogniska hiperintensywne [3].

Poza tym konieczne są badania krwi, moczu. Wielu lekarzy jest zdania, że zbadany musi być płyn rdzeniowy, aby wykluczyć innego rodzaju zapalne procesy chorobowe, które mogą imitować SLA [5].

Leczenie stwardnienia bocznego zanikowego

Leczenie neuroprotektoryjne

Brak jest skutecznej farmakoterapii w leczeniu stwardnienia zanikowego bocznego. Jedynym lekiem, który spowalnia przebieg choroby o 3 do 6 miesięcy jest (inhibitor glutaminianu). Podawany w dawce 100 mg dziennie, przy systematycznej kontroli czynności wątroby, jest lekiem bezpiecznym [9]. Leczenie to powinno być monitorowane w celu zachowania bezpieczeństwa terapii i powinno być rozpoczęte tak szybko, jak to możliwe po rozpoznaniu chorego pewnego lub prawdopodobnego SLA oraz po zapoznaniu chorego z możliwymi korzyściami i bezpieczeństwem terapii. Obecnie brak jest podstaw do zalecania stosowania w SLA witamin, testosteronu, antyoksydantów (jak koenzym Q10, Gingko biloba), immunoglobulin, cyklosporyny, interferonu, glatimeru, minocykliny komórek macierzystych [3].

Leczenie objawowe

Postępowanie objawowe w SLA obejmuje stosowanie leków i odpowiedniego działania lekarsko - pielęgniarstwa w celu zmniejszenia nasilenia następujących dolegliwości:

- nadmiernego ślinienia nadmiernej ilości wydzieliny w drogach oddechowych,
- labilności emocjonalnej związanej z uszkodzeniem rzekomoopuszczkowym,
- kurczów mięśni,
- nadmiernego napięcia mięśniowego (spastyczności),
- Bólu,
- depresji i zaburzeń snu zaburzeń mowy (dyzartrii),
- zaburzeń połykania (dysfagii),
- zaburzeń oddechowych [9].

Nadmierne ślinienie

- zaleca się leczenie skopolaminą , atropiną lub amitryptyliną.
- przydatne mogą być przenośne mechaniczne ssaki domowe.
- stosowanie wstrzyknięć toksyny botulinowej do ślinianek przyusznych może być skuteczne chociaż ten rodzaj leczenia uważany jest za eksperymentalny ; brak jest danych dotyczących bezpieczeństwa jego stosowania i długotrwałych efektów leczniczych.
- radioterapia gruczołów ślinowych może być stosowana wtedy , kiedy brak jest efektów leczenia farmakologicznego.
- Interwencje chirurgiczne nie są zalecane [5].

Nadmiar wydzieliny z drzewa oskrzelowego

- zaleca się nauczenie chorego i jego rodziny technik wspomagających ruchy wydechowe przez ręczne wspomaganie kaszlu(może być przeprowadzone przez fizjoterapeutę).
- przydatne mogą być przenośne, urządzenia domowe odsysające i nawilżacz powietrza.
- należy rozważyć zastosowanie mukolityków: N-acetylcysteiny, 200-400 mg 3 razy dziennie.
- jeśli powyższe leczenie jest nieskuteczne, można zastosować nebulizator z solankami oraz kombinację: antagonisty - receptora i/lub leku antycholinergicznego rozszerzającego oskrzela i/lub leku mukolityku, i/lub furosemidu.
- użycie mechanicznych urządzeń wspomagających wdychanie i wydychanie może być pomocne, zwłaszcza w czasie ostrego zakażenia dróg oddechowych.
- miotomia pierścienno-gardłowa jest przydatna w bardzo rzadkich przypadkach – często powtarzającego się skurczu mięśnia pierścienno-gardłowego oraz nasilonej sekrecji wydzieliny w drzewie oskrzelowym [3].

Rzekoma labilność emocjonalna opuszkowa

- zaleca się poinformowanie chorego i rodziny, że objawy rzekomoopuszkowej labilności emocjonalnej nie są chorobą umysłową, ale wynikają z ograniczonego uszkodzenia mózgu.

- leczone tylko powinny być uciążliwe objawy labilności emocjonalnej. Jeśli podejmuje się leczenie, zaleca się terapię lekami przeciwdepresyjnymi, takimi jak amitryptylina, fluwoksamina, citalopram, które zwykle bywają skuteczne [2].

Kurcze mięśni

- zaleca się stosowanie fizjoterapii, ćwiczeń fizycznych i/lub hydroterapii,
- w razie potrzeby można stosować siarczan chininy,
- alternatywnym leczeniem mogą być: fenytoina, werapamil, gabapentyna, karbamazepina [3].

Spastyczność

- w przypadkach znaczącej spastyczności zaleca się regularne stosowanie fizjoterapii,
- bardzo przydatna jest hydroterapia z ćwiczeniami w basenie z podgrzewaną wodą (32-34⁰ C) lub krioterapii,
- można stosować leki obniżające napięcie spastyczne, takie jak baklofen oraz tyzanidyna [2].

Depresja, lęk, bezsenność

- zaleca się leczenie depresji odpowiednimi lekami przeciwdepresyjnymi, takimi jak amitryptylina lub inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny.
- bezsenność należy leczyć amitryptyliną i odpowiednimi lekami nasennymi.
- lęk powinno się leczyć bupropionem lub benzodwiazepinami (0,5mg 2-3 razy dziennie) [3].

Ból - leczenie bólu powinno się odbywać zgodnie z odpowiednimi standardami WHO.

Zakrzepowe zmiany żyłne

- pomocne jest stosowanie fizjoterapii, unoszenie kończyn i stosowanie pończoch uciskowych.
- nie zaleca się stosowania profilaktycznego leczenia antykoagulantami [4].

Niewydolność oddechowa

Niewydolność oddychania jest powikłaniem zagrażającym życiu. W przypadku SLA dochodzi do niej nieuruchomienie (głównie w stadiach zaawansowanych); w bardzo rzadkich przypadkach choroba może rozpoczynać się niewydolnością oddychania. W pozostałych postaciach choroby neuronu ruchowego (rdzeniowy zanik mięśni) występuje rzadko i tylko w zaawansowanym okresie. Za szczególnie ważne uważa się:

- Systematyczne stosowanie gimnastyki oddechowej, profilaktyki zapalenia płuc i atelektazji. Poprawę wentylacji uzyskuje się poprzez odpowiednie ułożenie chorego,

ręczne wspomaganie ruchów oddechowych, masaż klatki piersiowej oraz czynne ćwiczenia oddechowe, jest to również działanie wspomagające w upośledzonym upływnianiu wydzieliny w drogach oddechowych.

- Przerywane, nieinwazyjne oddychanie za pomocą urządzenia domowego, przez maskę nosowa lub ustną w czasie snu, jak również, niektórych przypadkach w ciągu dnia.
- Stosowanie ciągłego oddechu kontrolowanego za pomocą respiratora przez rurkę tracheotomijną, zwłaszcza w gwałtownie postępujących schorzeniach u osób w podeszłym wieku, jest wciąż problematyczne. Jest to możliwe tylko wtedy, gdy zagwarantowane są odpowiednie warunki domowe (wyłącznie członków rodziny, stała ich obecność). Zarówno pacjent jak i jego krewni są pouczeni o uciążliwości takiego postępowania [5].

Istotne znaczenie dla chorych na SLA mają różne rodzaje gimnastyki leczniczej. Ćwiczenia aktywizują zachowane funkcje mięśni, zapobiegają usztywnieniu stawów i zmniejszają spastyczne kurcze mięśni. Zawsze należy zwracać uwagę na to, by ćwiczenia były dostosowane do indywidualnych możliwości - pacjent powinien czuć po ćwiczeniach lekkie przyjemne zmęczenie, a nie wyczerpanie. Po fachowym instruktażu pacjent powinien codziennie samodzielnie wykonywać ćwiczenia w domu. Polecane jest pływanie i ćwiczenia w wodzie. Nie należy prowadzić intensywnych treningów siłowych gdy pacjent jest bardzo zmęczony lub odczuwa po ćwiczeniach bóle mięśni oznaczające to, że obciążenie jest zbyt duże. W sytuacji pogarszającego się stanu zdrowia, wraz z lekarzem i fizjoterapeutą należy rozważyć możliwość zastosowania pomocniczego sprzętu specjalistycznego /kul. wkładek do butów, aparatów na ręce i nogi, wózka inwalidzkiego, urządzeń w toalecie

Cel pracy

Głównym celem pracy było zaplanowanie procesu pielęgnowania pacjenta chorego na stwardnienie boczne zanikowe (SLA).

Material i metody

Badaniem został objęty 52 letni mężczyzna z rozpoznaniem SLA, hospitalizowany w oddziale intensywnej terapii Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Hajnówce. W postępowaniu badawczym zastosowano następujące metody: obserwację, wywiad z żoną pacjenta, analizę dokumentów, (karta informacyjna leczenia szpitalnego, wyniki badań dodatkowych), pomiar (EKG, SpO₂, RR, tętno, oddech, temperatura ciała).

Z przeprowadzonego wywiadu z żoną wynika, że chory do tej pory nie chorował. W rodzinie pacjenta nikt nie chorował na stwardnienie boczne zanikowe. Od pół roku chory zaczął chudnąć, pojawiły się problemy z połykaniem a następnie utrata łaknienia. Objawy te były przyczyną hospitalizacji chorego w oddziale obserwacyjno zakaźnym. Po kilkudniowym pobycie w oddziale obserwacyjno – zakaźnym stan pacjenta uległ pogorszeniu z powodu narastającej ostrej niewydolności oddechowej i utraty przytomności. Pacjent, z rozpoznaniem SLA, został przekazany w oddział intensywnej terapii celem leczenia respiratorem.

W badaniu przedmiotowym stwierdzono: uogólnione zaniki mięśniowe, widoczne fasykulacje, odruchy głębokie żywe po stronie lewej dodatni objaw Babińskiego po lewej. W badaniu MRI kręgosłupa szyjnego nie wykazano nieprawidłowości w obrębie rdzenia, natomiast badanie EMG potwierdziło obecność neurogennego uszkodzenia badanych mięśni z bardzo dużym odsetkiem potencjałów potwierdzających uszkodzenie komórek ruchowych rogów przednich rdzenia.

Zabarwienie i ocieplenie powłok skórnych prawidłowe bez widocznych zmian patologicznych. Widoczne zaawansowane uogólnione zaniki mięśniowe oraz liczne miofibrylacje mnogich okolic ciała. Siła mięśniowa symetryczna. Zachowane są tylko ruchy biernie w stawach zachowane. Występuje uogólniona wiotkość mięśni.

Celem utrzymania drożności dróg oddechowych pacjent ma założoną rurkę intubacyjną.

Perystaltyka jelit jest prawidłowa.

Mocz oddaje przy pomocy cewnika Foley'a. Kontakt werbalny z pacjentem utrudniony.

BMI pacjenta wyniósł 25, co świadczy o prawidłowej wadze.

Stan zdrowia chorego został również oceniony według:

- Skali Glasgow oceniającej stan przytomności - oceniono na 6 punktów co oznacza głęboką śpiączkę.
- Skali Northon, oceniającej stopień zagrożenia wystąpieniem odleżyn na 8 punktów co świadczy o wysokim stopniu ryzyka odleżyn.

Parametry życiowe : - RR - 130/80 mmHg, - tętno - 86 u/min, - oddech 4-6/min, - temperatura ciała – 36,5 °C

Stan ogólny pacjenta oceniono jako ciężki. Stwierdzono brak samodzielności w wykonywaniu czynności higienicznych i fizjologicznych.

Indywidualny proces pielęgnowania

1. Problem pielęgnacyjny: Zagrożenie życia spowodowane wystąpieniem zaburzeń krążeniowo - oddechowych.

Cel opieki: Zapobieganie wystąpieniu zagrożenia życia.

Podjęte działania:

- prowadzenie ciągłego monitorowania: tętna, RR, liczby oddechów, saturacji,
- ocena stanu przytomności wg skali Glasgow,
- kontrola bilansu płynów, założenie cewnika Foleya do pęcherza moczowego,
- obserwacja zabarwienia i wilgotności błon śluzowych,
- pomiar temperatury ciała,
- stosowanie tlenoterapii o odpowiednim nawilżeniu i szybkości,
- stosowanie zleconej farmakoterapii,
- ułożenie chorego w pozycji Fowlera,

Ocena działania: Pacjent jest nieprzytomny a istniejące zaburzenia krążeniowo- oddechowe nie nasiliły się.

2. Problem pielęgnacyjny: Możliwość wystąpienia powikłań w wyniku założenia rurki intubacyjnej.

Cel opieki: Zapobieganie wystąpieniu powikłań

Podjęte działania:

- przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki w trakcie zabiegu intubacji,
- wykonywanie zabiegów ułatwiających ewakuację wydzieliny takich jak: inhalacje, oklepywanie i masaż klatki piersiowej,
- odsysanie zalegającej wydzieliny zgodnie z zasadami,
- rozprężanie płuc za pomocą worka samorozprężalnego Ambu po każdorazowym odessaniu wydzieliny,
- wykonanie toalety jamy ustnej i ust z użyciem roztworu Azulanu, 3% roztworu kwasu borowego z gliceryną lub Tantum verde,
- dbanie o czystość opatrunków i tasiemki mocującej rurkę,
- kontrola ciśnienia w mankiecie uszczelniającym rurki,
- zapobieganie wystąpieniu odleżyn w drzewie oskrzelowym poprzez zmianę ciśnienia w mankiecie uszczelniającym rurki,,

- ochrona przed zadławieniem się rurką poprzez kontrolę jej ułożenia i umocowanie tasiemką,
- wymiana rurki intubacyjnej zgodnie z procedurą.

Ocena działania: W wyniku zastosowanych działań powikłania nie wystąpiły.

3. Problem pielęgnacyjny: Możliwość wystąpienia zaburzeń odżywiania i innych powikłań w wyniku założonej gastrostomii.

Cel opieki: Zapobieganie wystąpieniu niedożywienia.

Plan działania

- ocena możliwości połykania pacjenta,
- asystowanie w trakcie złożenia gastrostomii,
- dbanie o czystość skóry i opatrunków wokół drenu,
- sprawdzenie umocowania drenu przed, w trakcie i po karmieniu,
- podawanie pokarmu o konsystencji papkowatej w temperaturze ciała, w 100-250 ml 5-6 jednorazowych porcjach lub diet przemysłowych we wlewie kroplowym z zastosowaniem pompy infuzyjnej,
- utrzymanie drożności gastrostomii,
- unikanie drażnienia okolic założenia gastrostomii poprzez stosowanie luźnej bielizny, stosowania środków drażniących,
- kontrola powłok skórnych wokół drenu w kierunku stanów zapalnych, przetok.

Ocena działania: W wyniku zastosowanych działań powikłania nie wystąpiły, a gastrostomia jest drożna.

4. Problem pielęgnacyjny: Ryzyko wystąpienia odleżyn i przykurczy w stawach spowodowane ograniczeniem w poruszaniu się

Cel opieki: Zapobieganie wystąpieniu odleżyn i przykurczy

Podjęte działania:

- zmniejszenie ucisku przez częstą zmianę pozycji ułożeniowej (częstotliwość zmian dobrana do potrzeb chorego i jej tolerancji na ucisk) oraz równomierne rozłożenie ciężaru ciała w celu uniknięcia znacznego ucisku jednego obszaru ciała,
- stosowanie udogodnień (wałki, kliny) w celu stabilizacji pozycji i zabezpieczenia chorej przed zsunięciem się,

- stosowanie materacy przeciwoleżynowych zmiennociśnieniowych oraz podkładów z owczej skóry pod najbardziej narażone na ucisk części ciała (kość krzyżowa, pięty),
- stosowanie rehabilitacji ruchowej dostosowanej do aktualnego stanu zdrowia pacjenta,
- dbanie aby pościel była sucha, czysta,
- ślanie łóżka w taki sposób, aby prześcieradło nie tworzyło fałd, a chory nie leżał na szwach, czy guzikach,
- kontrolowanie i odpowiednia pielęgnacja skóry pacjenta: zwracanie uwagi na wygląd skóry podczas zabiegów pielęgnacyjnych i zmiany pozycji, wykonywanie toalety ciała, dokładne osuszanie skóry, a następnie jej talkowanie w miejscach gdzie stykają się dwie powierzchnie skóry; jeśli skóra jest nadmiernie sucha stosowanie środków nawilżających np. oliwki, delikatne oklepywanie i masowanie miejsc narażonych na ucisk,
- częsta zmiana bielizny osobistej pacjenta (bielizna powinna być wykonana z tkanin naturalnych, które przepuszczają powietrze i wchłaniają wilgoć np. bawełna),
- dbanie o właściwe odżywianie chorego i uzupełnienie niedoborów pokarmowych – białka, witaminy C, cynku,
- układanie kończyn w pozycjach fizjologicznych.

Ocena działania: Odleżyny i przykurcze nie powstały w wyniku zastosowania wymienionych działań.

5. Problem pielęgnacyjny: Niezdolność do wykonywania czynności pielęgnacyjnych.

Cel opieki: Zaspokojenie potrzeb pielęgnacyjnych.

Podjęte działania:

- codzienne wykonywanie toalety całego ciała, jamy ustnej, włosów,
- zmiana bielizny osobistej i pościelowej wg potrzeb,
- wykonywanie toalety częściowej wg potrzeb,
- utrzymanie śluzówek oczu w odpowiedniej wilgotności, poprzez stosowanie maści (sztuczne łzy), kropli, kompresów z ochłodzonej wody przegotowanej.

Ocena działania: Wszystkie czynności pielęgnacyjne wykonano zapewniając komfort pacjentowi.

6. Problem pielęgnacyjny: Bezwiedne oddawanie moczu i stolca

Cel opieki; Zapewnienie higieny okolicy moczowo - płciowej i poprawa czynności zwieraczy

Podjęte działania:

- zapobieganie odparzeniom i maceracji naskórka poprzez toaletę krocza,
- zapobieganie infekcjom układu moczowego poprzez stosowanie zasad aseptyki i antyseptyki w trakcie cewnikowania,
- założenie cewnika Foleya do pęcherza moczowego na zlecenie lekarza,
- kontrola drożności cewnika,
- kontrola diurezy i częstości defekacji,
- codzienna zmiana worka na mocz,
- zastosowanie gimnastyki pęcherza moczowego, oklepywanie okolicy nadłonowej, okresowe zaciskanie cewnika,
- zakwaszanie moczu poprzez podawanie Wit C i produktów zawierających ją,
- kontrola konsystencji stolca,
- zakładanie pieluch majtek.

Ocena działania: Pacjent oddaje mocz w wyniku stałego cewnikowania pęcherza moczowego.

7. Problem pielęgnacyjny: Możliwość wystąpienia zaburzeń psychiki chorego

Cel opieki: Ochrona psychiki chorego przed urazami.

Podjęte działania:

- informowanie pacjenta o podjętych działaniach,
- mówienie do chorego w trakcie wykonywanych działań,
- traktowanie chorego z szacunkiem,
- zapewnienie choremu ciszy i spokoju,
- ograniczenie ilości interwencji pielęgnacyjnych, szczególnie wykonywania gwałtownych ruchów,
- pouczenie rodziny o konieczności czytania i mówienia do chorego.

Ocena działania: Niepokojące objawy nie wystąpiły

8. Problem pielęgnacyjny: Zagrożenie powstania zakrzepowego zapalenia żył.

Cel opieki: Zapobieganie wystąpienia zmian zakrzepowych w układzie żylnym

Podjęte działania:

- ocena stanu kończyn pod kątem ocieplenia, zabarwienia i owłosienia,
- stosowanie fizjoterapii,
- unoszenie kończyn powyżej poziomu serca np. z zastosowaniem szyny Browna,
- stosowanie pończoch uciskowych,
- stosowanie zleconej farmakoterapii.

Ocena działania: W wyniku zastosowanych działań powikłania zatorowo - zakrzepowe nie wystąpiły.

9. Problem pielęgnacyjny: Niepokój i lęk rodziny wywołany chorobą pacjenta

Cel opieki: Zmniejszenie niepokoju i lęku rodziny

Plan działania:

- umożliwienie rodzinie kontaktu z chorym,
- udzielanie odpowiedzi na zadawane pytania,
- wytłumaczenie rodzinie celu podejmowanych działań,
- odnoszenie się do rodziny z szacunkiem, życzliwością,
- wdrażanie rodziny do opieki nad chorym, po wcześniejszym instruktażu,
- umożliwienie kontaktu z duchownym, lekarzem,
- zapewnienie o możliwości kontaktu telefonicznego z pielęgniarką dyżurną.

Ocena działania: Lęk i niepokój rodziny zmniejszył się.

Wskazówki do dalszej pielęgnacji

1. Zalecenie codziennych ćwiczeń fizycznych, zapobiegających powstawaniu przykurczy i zaników mięśniowych.
2. Zachowanie drożności rurki intubacyjnej.
3. Profilaktyka powikłań krążeniowo – oddechowych.
4. Prowadzenie profilaktyki odleżyn.
5. Stosowanie prawidłowego odżywienia pacjenta.
6. Kontrola czynności układu moczowego i wydalniczego.

Wnioski

1. Na podstawie zebranych szczegółowych informacji o pacjencie opracowano indywidualny plan opieki pielęgniarstwa, uwzględniający różnorodność i złożoność

problemów chorego. Zaproponowano działania pozwalające na realizację założonych celów.

2. Dokonano oceny stopnia realizacji założonych celów pielęgnacyjnych. Zwrócono szczególną uwagę na poprawę wydolności oddechowej pacjenta oraz zmniejszenie dolegliwości związanych z unieruchomieniem.
3. Istotną rolę w pielęgnacji pacjenta z SLA ma profilaktyka powikłań, takich jak zaburzenia oddychania, przykurcze i odleżyny. Dlatego też w celu utrzymania ciągłości opieki sformułowano dla osób opiekujących się chorą wskazówki do dalszej pielęgnacji.

Bibliografia

1. Bertrand E., Dymecki J., Rafałowska J.: Choroby zwyrodnieniowe /w/: Dymecki J., Kulczycki J.: Neuropatologia. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner. Wrocław 2005, 275 – 323.
2. Borasio G.D., Shaw P.J., Hardiman O. i wsp.: Standards of palliative care for patients with amyotrophic lateral sclerosis: results of a European survey. *Amyotroph Lateral Scler Other Motor Neuron Disord.* 2001, 2, 159 – 160.
3. Husmarowa-Petrusewicz I.: Choroby nerwowo mięśniowe. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2005.
4. Jaracz K (red). : Pielęgniarstwo Neurologiczne. Podręcznik dla studentów studiów medycznych. PZWL Warszawa 2010.
5. Kazubski W., Liberski P.P.: Choroby układu nerwowego. Warszawa 2004, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
6. Krymska B.: Pacjent nieprzytomny podmiotem szczególnej troski zespołu terapeutycznego. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 2005, 10, 5 – 7.
7. Liberski P.P., Mossakowski M.J.: Neurodegeneracje. Ekscytotoksyczność, stwardnienie zanikowe boczne, wieloukładowy zanik mózgowia, choroby sekwencji DNA, heredoataksje, choroby peroksymalne, choroba Wilsona, leukodystrofie, dystonie. Centrum Upowszechniania Nauki PAN, Warszawa 2003.
8. Mikołajewska E.: Działania rehabilitacyjne i pielęgniarki u osób z uszkodzeniem OUN. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 2006, 1, 41 – 42.
9. Radunović A., Mitsumoto H., Leigh P.N.: Opieka kliniczna nad pacjentami ze stwardnieniem zanikowym bocznym. *Neurol. Prakt.* 2007, 6, 913 – 925.

10. Tomik B., Adamek D., Lechwacka A. i wsp.: ALS-Plus Syndrome. A Clinical and Neuropathological Case Study. *Pol. J Pathol.* 2000, 51(4), 191 – 196.
11. Tomik B., Szczudlik A., Bobrzyński A. i wsp.: Percutaneous endoscopic gastrostomy in amyotrophic lateral sclerosis patients with dysphagia. A preliminary report. *Neur. Neurochir. Pol.* 2002, 36(5), 891 – 901.
12. Tomik B.: Rozpoznawanie i leczenie stwardnienia bocznego zanikowego zgodnie z zaleceniami Europejskiej Federacji Towarzystw Neurologicznych (EFNS), 2005, 3, 26 – 32.

AUTYZM – SŁOWO KTÓRE BUDZI LĘK?

Katarzyna Kossakowska¹, Dorota Kondzior², Anna Baranowska², Krystyna Klimaszewska², Beata Kowalewska², Barbara Jankowiak², Hanna Rolka², Krystyna Kowalczyk², Agnieszka Lankau², Cecylia Łukaszuk², Andrzej Guzowski²

1. Centrum Medyczne Promedpol w Łomży
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp

„Autyzm jest czymś, czego nie mogę widzieć. Nie pozwala mi znaleźć i użyć moich własnych słów wtedy, gdy tego chcę. Albo powoduje, że używam wszystkich tych słów i głupich rzeczy, których nie chcę mówić.

Autyzm powoduje, że czuję wszystko na raz nie wiedząc co czuję. Lub odcina mnie całkowicie od odczuwania czegokolwiek.

Autyzm powoduje, że słyszę słowa innych ludzi lecz nie jestem zdolna zrozumieć, co te słowa znaczą. Lub autyzm zmusza mnie niejako do wypowiedzania moich własnych słów nie wiedząc co mówię lub nawet co myślę.

Autyzm odcina mnie od myśli a nawet od ciekawości tak, że wierzę iż nie myślę i nie jestem niczym zainteresowana. Lub autyzm powoduje, że mój umysł niemal eksploduje od gwałtownej potrzeby powiedzenia co myślę lub pokazania, czym jestem zainteresowana... lecz nic nie wychodzi.. ani na mojej twarzy ani w oczach ani w słowach.

Autyzm odcina mnie od mojego własnego ciała i nic nie czuję. Autyzm może też spowodować, że odczuwam wszystko tak intensywnie, że jest to aż bolesne.

Autyzm powoduje, że tracę czasem poczucie własnego “ja” i jestem tak przytłoczona obecnością innych ludzi, że nie mogę odnaleźć samej siebie.

Autyzm może też spowodować, że jestem tak całkowicie świadoma siebie, że świat obok mnie staje się zupełnie obojętny i znika.

Autyzm jest jak huśtawka. Kiedy jest na górze lub na dole, nie mogę widzieć całego życia. Kiedy mija środek, mogę rzucić spojrzenie na życie, jakie bym miała, gdybym nie była autystyczna” – fragmenty z książki Donny Williams – „Nikt nigdzie”[1].

Autyzm - istota choroby

Autyzm wczesnodziecięcy opisał w 1943 roku Leo Kanner. Twierdził on, że pochodzenie autyzmu jest psychogenne. Uważał, że matka która nie jest w stanie zaspokoić potrzeb emocjonalnych swojego dziecka odgrywa główną rolę w powstaniu choroby. Dzieci obserwowane przez Kannera nie mieściły się w opisywanych w tym okresie grupach diagnostycznych. Autyzm Kannera był rozumiany jako brak zdolności do tworzenia rzeczywistości, brak fantazji [2].

Jako nazwa jednostki chorobowej został on wprowadzony do psychiatrii przez Eugeniusza Bleulera [3]. W swojej koncepcji Bleuler określa autyzm jako „odwrócenie się od świata zewnętrznego, przewagę życia wewnętrznego, a jednocześnie skutek lub składową rozszczepienia schizofrenicznego” [4]. Treść pojęcia autyzm ciągle jest modyfikowana, oznacza myślenie oderwane od rzeczywistości, zależne od chwilowych potrzeb dziecka, pragnień, nastrojów, skłonności, lęków, upodobań [5].

Autyzm dziecięcy w pierwszych wydaniach definiowany był przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (1952, 1968 rok) jako postać schizofrenii dziecięcej. Termin całościowe zaburzenia rozwoju został wprowadzony w 1980 roku [6].

Objawy

Autyzm dziecięcy rozwija się do 3 roku życia. Pojawiające się zmiany jakościowe dotyczą 3 obszarów [7]:

- zachowania
- funkcjonowania społecznego
- zainteresowań.

Charakterystycznym zaburzeniem sfery funkcjonowania społecznego jest wycofanie z relacji społecznych. Ekspresja niewerbalna oraz język mówiony są niewykształcone lub opóźnione. Mowa nie jest używana do komunikacji. Wzorce zainteresowań oraz zachowania mają ograniczony charakter. Umiejętność zabawy w udawanie jest upośledzona. Manifestacja w zachowaniu dziecka z autyzmem zmienia się wraz z wiekiem i zdolnościami [7].

Kliniczny obraz autyzmu odnosi się do trzech wymiarów, które są ze sobą powiązane [8]:

- budowanie więzi społecznych i relacji emocjonalnych,
- używanie i kształtowanie mowy,
- specyficzny charakter zabawy.

Jednym z podstawowych wczesnych objawów autyzmu są nieprawidłowości w relacjach emocjonalnych z opiekunami, szczególnie z matką. Dziecko nie szuka kontaktu wzrokowego, nie reaguje na gesty, głos oraz uśmiech matki. Nie skupia uwagi na twarzy, jego wzrok skierowany jest w przestrzeń. Objaw taki nazywany jest pustym spojrzeniem. Dziecko nie potrafi naśladować zachowań, czynności wykonywanych przez innych. Nie toleruje kontaktu fizycznego, bliskości oraz przytulania [9].

Ze względu na jakość i poziom kontaktów społecznych wyodrębnione zostały trzy grupy [10]:

- dzieci zamknięte w sobie- nie okazują one potrzeb o charakterze społecznym. Mają kłopoty z porozumiewaniem się oraz nawiązywaniem kontaktu wzrokowego. Nie potrzebują pocieszenia i wsparcia. Nie zwracają uwagi na wyjście rodzica z pomieszczenia w którym się znajdują. Ich aktywność ogranicza się do schematycznej, stereotypowej zabawy,
- dzieci bierne w kontaktach społecznych- nie inicjują spontanicznie kontaktów z innymi. Kontakty takie mają charakter wyuczony. Zwykle potrafią posługiwać się mową, odpowiadać na pytania oraz wykonywać polecenia. Zabawa takich dzieci pozbawiona jest spontaniczności i kreatywności. Przyjmują postawę bierną podczas aktywności grupowych,
- dzieci próbujące spontanicznie i aktywnie nawiązywać kontakty z dorosłymi lub rówieśnikami- próby nawiązania kontaktu są specyficzne i przeważnie mało skuteczne. Mają charakter głównie jednostronny, narzucony przez dziecko z autyzmem.

Dzieci z autyzmem na różnym poziomie rozwijają zdolność mowy. Niektóre z nich mówią płynnie, inne nie mówią wcale. Z uwagi na brak komunikacji dzieci z autyzmem stosują różne sposoby porozumiewania się. Komunikują się głównie za pomocą spojrzenia, rzadziej używają gestów, nie potakują głową, nie korzystają z ekspresji mimicznej i nie uśmiechają się. U dzieci z autyzmem często nie zachodzi przejście przez fazy rozwojowe mowy. Nie zwracają one uwagi na głos matki i jej obecność. Często też nie reagują na dźwięki np. nie reagują na trzaśnięcie drzwi, natomiast ich uwagę zwraca delikatny, cichy dźwięk. Czasem komunikują się przez zachowania agresywne, samouszkodzenia, płacz lub krzyk [11].

U większej części dzieci z autyzmem widoczny jest opóźniony rozwój mowy w zakresie rozumienia niż produkcji słów. Niektóre z nich potrafią powtórzyć słowo nie

rozumiejąc jego znaczenia. Najwięcej trudności mają ze zwrotami opisującymi relacje między ludźmi oraz z rozumieniem prostych poleceń. Część dzieci z autyzmem potrafi odpowiedzieć na zadawane im pytania, płynnie mówić i posługiwać się różnorodnym słownictwem. Jednak nie potrafią podtrzymywać i inicjować dialogu. Cechą charakterystyczną w ich mowie jest występowanie echolalii i zamienianie zaimków. Echolalia to powtarzanie zdań lub słów wypowiedzianych przez inną osobę. Jest ona odbiciem kierowanych przekazów językowych, na które dziecko nie odpowiada w oczekiwany sposób. Echolalia może zawierać w sobie elementy autostymulacji i może być informacją o potrzebach dziecka. Zamienianie zaimków to umiejętność skomplikowana dla wielu dzieci z autyzmem. Polega ona na zastąpieniu zaimka „ja” innym, lub mówieniu o sobie w trzeciej osobie (np. Krzysiek chce jeść). Kolejny problem stanowią stereotypy językowe. Jest to ciągle powtarzanie fragmentów programów telewizyjnych lub reklam. Nie mają one znaczenia w komunikacji, ich funkcje zbliżone są do pozostałych zachowań stereotypowych [12].

Zabawy dzieci z autyzmem są schematyczne i stereotypowe np. ciągle włączanie tej samej melodii, ustawianie aut w rzędzie. Prezentują one nieprawidłowy wzorzec zabawy poprzez używanie zabawek niezgodnie z ich przeznaczeniem. Wprowadzają przedmioty w ruch wirowy lub wkładają je do ust, co sprawia im przyjemność. Taka zabawa wyzwala u nich autostymulację, czyli dostarczanie potrzebnych w danej chwili bodźców. Wyrażają to potrząsaniem rączkami, pochylaniem głowy w jedną stronę, wydawaniem dziwnych dźwięków. W czasie zabawy rzadko sięgają po pluszowe misie lub lalki, wybierają obiekty mechaniczne z dużą ilością migających, kolorowych światełek. Nie potrafią bawić się w gry wymagające udawania, naśladowania lub w których trzeba wykorzystywać wyobraźnię. Ich zabawa odbywa się w samotności, nie wykazują chęci zabawy z rówieśnikami. Nie szukają uznania wśród otoczenia, nie umieją podzielić się z innymi swoją radością np. z nową zabawką, dobrze wykonanego zadania [13].

Diagnostyka

Diagnozowanie autyzmu jest procesem skomplikowanym i wymagającym współdziałania specjalistów różnych zakresów m. in. psychiatrii, psychologii klinicznej, pedagogiki specjalnej, medycyny, logopedii oraz integracji sensorycznej [14].

Diagnoza autyzmu jest procesem, który opiera się na starannej obserwacji dziecka podczas różnych aktywności: w zabawie, podczas spontanicznej aktywności, w obecności

rodziców, w samotności, w kontakcie z terapeutami, podczas realizacji zadań, w kontaktach z innymi ludźmi oraz rówieśnikami [15].

Aby dokonać badania pod kątem niewystępowania lub występowania kryteriów autyzmu bądź całościowych zaburzeń rozwojowych należy przeprowadzić następującą procedurę:

1. Przeprowadzenie wywiadu diagnostycznego - wywiad dotyczy zarówno rozwoju dziecka od urodzenia jaki i przebiegu ciąży oraz porodu. Pod uwagę brany jest rozwój fizyczny dziecka, rozwój zabawy, komunikacji i relacji społecznych.
2. Analiza dokumentacji dostarczonej przez rodziców dziecka - może mieć ona charakter psychologiczny, medyczny bądź pedagogiczny.
3. Obserwacja kliniczna dziecka - przeprowadzana jest przez zespół diagnostyczny składający się z psychiatry, psychologa oraz pedagoga. Badanie składa się z obserwacji swobodnej oraz kierowanej. Obserwacja kierowana prowadzona jest z rodzicami i bez rodziców oraz z terapeutą i bez terapeuty. Dziecka w takiego badania obserwowane jest przez lustro weneckie.
4. Konsultacja psychiatryczna - w skład takiej konsultacji wchodzi ocena stanu somatycznego oraz w razie potrzeby uzupełnienie badań i innych konsultacji (np. badania genetyczne, neurologiczne, okulistyczne, metaboliczne i inne).
5. Podsumowanie przez zespół diagnostyczny danych z wywiadu, wyników obserwacji, badań oraz dopasowanie otrzymanych wyników z kryteriami diagnostycznymi. Opracowanie opinii oraz uzasadnienia diagnozy.
6. Przekazanie diagnozy rodzicom – wyjaśnienie oraz uzasadnienie znaczenia diagnozy.

Zespół diagnostyczny podczas przekazywania diagnozy powinien poinformować rodziców o możliwościach terapeutycznych oraz odpowiedzieć na wszelkie pytania rodziców. Moment, w którym przekazywana jest diagnoza jest trudny dla rodziców. Konieczne jest więc zapewnienie im wsparcia psychologicznego [16].

Przeprowadzenie takiej obserwacji wymaga odpowiednich warunków oraz czasu. Proces diagnostyczny może obejmować kilka wizyt, a nawet dłużej jeżeli przypadek jest nietypowy oraz pojawiają się wątpliwości. Postawienie jednoznacznej diagnozy możliwie najwcześniej ma bardzo duże znaczenie zarówno dla zapewnienia dziecku właściwej terapii oraz ewentualnych świadczeń jaki dla rodziców, którzy potrzebują czasu na pogodzenie się z chorobą dziecka [17].

Kryteria diagnostyczne

Diagnoza zaburzeń autystycznych stawiana jest gdy spełnione są poniższe kryteria:

1. Upośledzone jakościowe interakcje społeczne, które obejmują przynajmniej dwa z wymienionych zachowań [18]:
 - niepełnosprawność przy stosowaniu zachowań niewerbalnych, takich jak wyraz twarzy, kontakt wzrokowy, gestykulacja stosowana w czasie interakcji społecznych, postawa ciała,
 - brak relacji z rówieśnikami, które odpowiadają poziomowi rozwoju,
 - brak szukania w otoczeniu innych osób w celu dzielenia się radosnymi chwilami, smutkiem,
 - brak emocjonalnej oraz społecznej wzajemności,
2. Upośledzenia jakościowe dotyczące komunikacji, których cechą jest co najmniej jedno z poniższych zachowań [18]:
 - całkowity brak lub opóźnienie rozwoju mowy (brak innego rodzaju komunikacji, np. gest lub pantomima),
 - u dzieci z rozwiniętą mową znaczne ograniczenia w podtrzymywaniu konwersacji z innymi bądź brak zdolności do rozpoczynania rozmowy,
 - dziwaczna mowa lub powtarzające się i stereotypowe użycie języka,
 - brak spontanicznej, zróżnicowanej zabawy, która opiera się na fantazji i brak zabaw naśladowujących sytuacje społeczne, które powinny się pojawiać w danym wieku rozwojowym [18].
3. Stereotypowe, powtarzające się i ograniczone wzory zachowania, zajęć i zainteresowań, które zawierają przynajmniej jedno z poniższych zachowań [18]:
 - zaabsorbowanie jednym bądź wieloma stereotypami oraz zawężonymi zainteresowaniami, które odbiegają od normy pod względem koncentracji jak i intensywności,
 - sztywne, widoczne trzymanie się rytuałów oraz niefunkcjonalnych, określonych czynności dnia codziennego,
 - powtarzające się, stereotypowe manieryzmy motoryczne (np. wykręcanie palca lub ręki, ruchy całego ciała),
 - zafascynowanie częściami rzeczy.

Aby postawić diagnozę musi łącznie wystąpić sześć lub większa ilość objawów z punktów 1, 2 i 3, oraz przynajmniej dwa z 1 oraz po jednym z obszarów 2 i 3 [19].

Najczęściej to rodzice zauważają jako pierwsi zachowania ich dzieci, które odbiegają od normy, dlatego powinny być one jak najszybciej ocenione przez specjalistę. Do takich zachowań należą:

- brak gaworzenia przed upływem 12 miesiąca życia,
- nie pojawiająca się gestykulacja (machanie na pożegnanie, wskazywanie),
- brak pojawienia się słów przed upływem 16 miesiąca życia,
- brak w wieku 2 lat składania słów w pary,
- brak reakcji na imię,
- nie pojawia się reakcja na obecność innych osób,
- unikanie kontaktu wzrokowego.

Zdarza się, że rodzice tworzą mechanizm zaprzeczenia i nie widzą zaburzeń w rozwoju swojego dziecka. Wówczas dostosowują się do rytuałów wytworzonych przez ich dziecko oraz do potrzeby zachowania rutyny. Przez takie zachowanie rodziców często zaburzenia w rozwoju dziecka zauważają wychowawczynie w przedszkolu [20].

Epidemiologia

Autyzm czyli całkowite zaburzenie rozwoju staje się bardzo poważnym problemem. Ilość dzieci ze spektrum autyzmu ciągle wzrasta. Może mieć na to wpływ dynamicznie rozwijająca się diagnostyka. W Polsce nie były prowadzone badania epidemiologiczne dotyczące ilości osób chorych na autyzm. Najprawdopodobniej w naszym kraju funkcjonuje około 347 tysięcy osób z ASD oraz około 64 tysięcy osób ze zdiagnozowanym autyzmem. Zaburzenia autystyczne znacznie częściej występują u chłopców niż u dziewczynek. Stosunek zachorowań chłopców do dziewczynek to średnio 4,3:1 [21, 22].

Wybrane metody terapeutyczne

Termin terapia stosowany był początkowo głównie w naukach medycznych. Obecnie wprowadzony jest on do obszernego słownictwa naukowego oraz potocznego w psychologii, socjologii i pedagogice. W ujęciu ogólnym został on przedstawiony przez A. Kargul w latach siedemdziesiątych. Definicja mówi, że terapia otacza swoim zasięgiem całość zamierzonych, specyficznych oddziaływań, których celem jest ogólne wspomaganie rozwijania się dziecka ze specyficznymi trudnościami [23].

Leczenie autyzmu wciąż stanowi problem trudny do rozwiązania. Próby terapii, które były podejmowane przez wiele lat przynosiły mierne rezultaty. Sądzone, że koszty

przewyższają szanse powodzenia możliwych do osiągnięcia efektów. Sytuację tą zmieniło podejmowanie wczesnej interwencji, co pokazało, że możliwa jest poprawa stanu osoby z autyzmem dzięki wprowadzonej w odpowiednim czasie terapii [24].

Terapia obejmuje metody terapeutycznego postępowania, które uwzględniają potrzeby dziecka, złożoność objawów oraz otaczające środowisko. Terapią taką powinni być objęci również rodzice dziecka.

Podstawowe założenia, które postępowanie terapeutyczno- badawcze powinno brać pod uwagę to przede wszystkim [25]:

- wczesna interwencja, jej intensywność oraz optymalizowanie działań terapeutycznych,
- odniesienie działań do realnych sytuacji, ustrukturyzowanie ich oraz regularne powtarzanie (działania w triadzie),
- zastosowanie nabytych wiadomości oraz umiejętności,
- wprowadzenie do programu bliskiego środowiska dziecka w celu zwiększenia efektów,
- opracowanie modelu terapeutycznego biorąc pod uwagę odmienność oraz nasilenie zaburzeń autystycznych.

Na przestrzeni lat zastosowanie miało wiele różnych metod terapeutycznych. Terapeuci stosowali różne rodzaje terapii: grupową lub indywidualną, z udziałem rodziców lub bez, dyrektywną bądź niedyrektywną, wierząc w jej skuteczność.

Formy zastosowanego leczenia zależne są od wielu czynników, między innymi od koncepcji powstawania zaburzeń oraz od potrzeb dziecka [26].

Terapia „Holding”

Celem terapii „holding” jest przywrócenie lub budowanie więzi emocjonalnej między dzieckiem a matką poprzez bliski kontakt fizyczny. Wyróżnia się trzy fazy w trakcie terapii:

- konfrontacja,
- odrzucenie,
- rozwiązanie.

Podczas sesji dziecko trzymane jest na kolanach przez matkę. Ważnym elementem jest utrzymywanie kontaktu wzrokowego. W terapii może brać udział również ojciec dziecka lub inna bliska osoba, która wspiera emocjonalnie matkę. Rola terapeuty to zachęcanie matki do pokazywania swoich uczuć. Warunkiem powodzenia tej terapii jest niedopuszczenie do

przerwania kontaktu między matką a dzieckiem oraz wprowadzenie dziecka w stan pełnego odprężenia.

Terapia „holding” jest różnie oceniana przez profesjonalistów oraz rodziców. Z jednej strony wpływa pozytywnie na funkcjonowanie niektórych dzieci oraz przynosi oczekiwane efekty. Jednak z drugiej strony wzbudza obawy ze względu na konieczność używania siły fizycznej wobec dziecka oraz obciążenie psychiczne matki podczas sesji terapeutycznych [27].

Terapia zaburzeń sensorycznych (SI)

Terapia zaburzeń sensorycznych nie wyrównuje braków rozwojowych, lecz daje możliwość na uzyskanie nowych doświadczeń w uczeniu się oraz jest pomocna w łagodzeniu zaburzeń przetwarzania danych zmysłowych. Jej celem jest działanie na zaburzone sfery oraz wyrobienie tolerancji na pochodzące z zewnątrz bodźce.

Działanie kanałów sensorycznych w zależności od uszkodzenia mózgu może być zakłócone na jeden z poniższych sposobów [28]:

- nadwrażliwość- do mózgu dostaje się za duża ilość bodźców przez zbyt otwarte kanały sensoryczne, mózg nie potrafi się z nimi uporać,
- za mała wrażliwość- dochodzi do deprivacji sensorycznej przez nie wystarczająco otwarte drogi sensoryczne,
- biały szum- przekaz bodźców, który płynie z zewnątrz jest zakłócony lub niedopuszczony do mózgu przez wadliwą pracę kanałów sensorycznych.

Próba naprawienia przez dziecko uszkodzonych kanałów sensorycznych są sensoryzmy. Są to zachowania stereotypowe, które stanowią próbę samowyleczenia. Są próbą przetrwania w świecie niezrozumiałych doznań percepcyjnych.

Szczególną rolę w tej metodzie odgrywa terapia zaburzeń zmysłów równowagi oraz propriorecepcji.

1. Równowaga

- Nadwrażliwość- dziecka jest załęcznione, niechętnie się porusza. Zadaniem terapeuty jest stworzenie warunków, w których dziecka będzie chętnie, samodzielnie działało.
- Niedowrażliwość- zadaniem terapii jest dostarczanie wielokierunkowych, silnych bodźców, które stymulują zmysł równowagi: bujanie na boki, do tyłu, do przodu. Do tego celu terapeuta może wykorzystać huśtawkę obrotową, wałek lub hamak. Ćwiczenia tego typu wspomagają również odruch reakcji obronnej (podparcie).

2. Propriocepcja

- Nadwrażliwość- dziecko w czasie ruchu może odczuwać ból i aby tego uniknąć ogranicza poruszanie się (ból związany ze stawami). Przy takim typie nadwrażliwości stosuje się dodatkowo hydroterapię, ponieważ siła wyporu wody rozluźnia ciało dziecka.
- Niedowrażliwość- terapeuta może uciskać lub opukiwać różnymi przedmiotami ciało dziecka.



Ryc. 1. SI- basen z piłkami [źródło: zbiory własne].



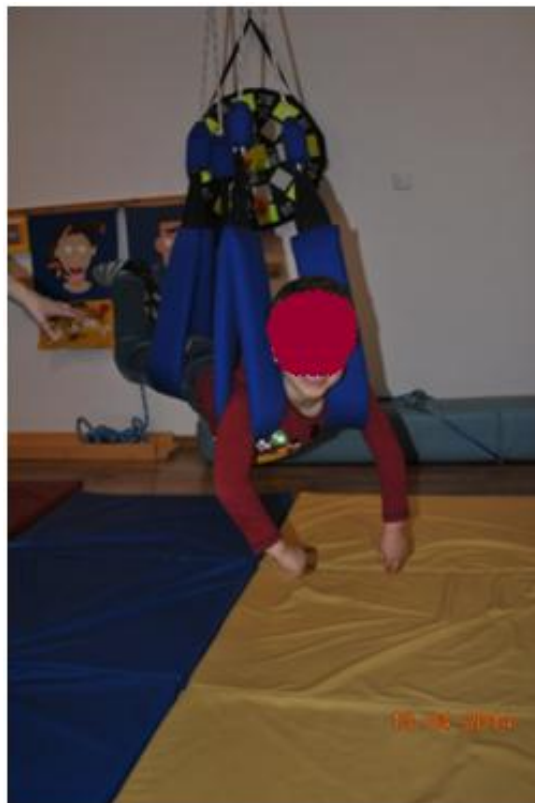
Ryc. 2. SI- ćwiczenia na podwieszanym kole [źródło: zbiory własne].



Ryc. 3. SI- ćwiczenia na „grzybku” [źródło: zbiory własne].



Ryc. 4. SI- skoki na trampolinie [źródło: zbiory własne].



Ryc. 5. SI- „samolot” [źródło: zbiory własne].



Ryc. 6. SI- przejście przez krążki z różnymi fakturami [źródło: zbiory własne].

Również wiele sytuacji codziennych daje możliwość terapii integracji sensorycznej. Należą do nich: zabawy w piasku, na placu zabaw, kąpiele w basenie, trafianie do celu i wiele innych [29].

Metoda dobrego startu (MDS)

Jest to metoda z zakresu terapii psychomotorycznej. Opiera się ona na prawie E. Dupre i mówi o jedności między motoryką i psychiką.

Metoda dobrego startu opracowana została przez M. Bogdanowicz. Inspiracją do jej powstania była metoda francuska Le Bon Depart.

Jednym z głównych celów MDS jest harmonizowanie oraz usprawnianie psychiki i motoryki poprzez kompensację i korekcję zaburzonych funkcji.

W tej metodzie usprawniane są funkcje: wzrokowe, słuchowe, dotykowo- kinetyczno – ruchowe oraz ich integracja. Dotychczas metoda ta wykazuje swoją przydatność u dzieci, które mają trudności w pisaniu i czytaniu oraz u dzieci z ryzykiem wystąpienia dysleksji.

Terapia dobrego startu przebiega według określonego schematu. Są to zajęcia:

- wprowadzające,
- właściwe,
- końcowe.

Główną część tworzą zajęcia właściwe, w których skład wchodzić ćwiczenia:

- ruchowe,
- ruchowo słuchowe,
- ruchowo słuchowo wzrokowe.

Początkowa faza ćwiczeń polega na wspomaganie przez dorosłego pracy dziecka (terapeuta prowadzi dłonie dziecka). Zamiast ćwiczeń ruchowych, polegających na wyobrażaniu i imitowaniu ruchu wykorzystano ćwiczenia z metody ruchu rozwijającego W. Sherborne [30].

Metoda Ruchu Rozwijającego W. Sherborne

Metoda ta opracowana została w Anglii przez fizjoterapeutkę Weronikę Sherborne. Głównym jej założeniem jest używanie ruchu jako narzędzie w terapii zaburzeń rozwoju oraz we wspomaganie u dziecka rozwoju psychoruchowego.

Najważniejszym zadaniem w tej metodzie to rozwijanie przez ruch:

- świadomości własnego ciała,

- sprawności ruchowej,
- świadomości przestrzeni oraz poruszania się w niej,
- nawiązywanie kontaktu z innymi ludźmi oraz dzielenia się z nimi przestrzenią.



Ryc. 7. Ćwiczenia metodą W. Sherborne [32].

Metodę Weroniki Sherborne zaliczyć można do niewerbalnych treningów interpersonalnych. Dzięki zajęciom prowadzonym w grupie, dzieci mają możliwość zdobywania oraz wzbogacania doświadczeń społecznych. Może być to pomocne w nauce przebywania zarówno z dorosłymi, jak i z rówieśnikami. Aby było to możliwe dziecko musi czuć się bezpieczne w grupie. Potrzebne jest też wzajemne zaufanie [31].

Terapia behawioralna

W latach sześćdziesiątych C. B. Ferster wprowadził do terapii zaburzeń autystycznych teorię behawioralną. Jego zdaniem głównym problemem dzieci z autyzmem jest deficyt w uczeniu się. Twierdził on, że winę za powstawanie takich deficytów ponoszą rodzice. Pogląd ten jest już nieaktualny. Jednak dzięki Fersterowi teoria uczenia się ma zastosowanie w terapii dzieci z autyzmem.

W późniejszym okresie Lovaas i Smith stworzyli tezy, które są podstawą ich wizji autyzmu oraz wpływające z niej metody terapii [33]:

- Podstawę terapii behawioralnej stanowią ogólne prawa uczenia się, które trafnie wyjaśniają zachowania dzieci z autyzmem.

- Dzieci z autyzmem posiadają wiele deficytów behawioralnych, a nie jeden ogólny, którego eliminacja prowadziłyby do poprawy funkcjonowania.
- Dzieci autystyczne posiadają tak jak inni ludzie zdolność uczenia się, jeżeli ten proces przebiega w przystosowanym dla nich środowisku.
- Gorsze funkcjonowanie dzieci z autyzmem w środowisku normalnym niż w specjalnym oznacza niedopasowanie między ich układem nerwowym a środowiskiem normalnym.

Terapia behawioralna opiera się na warunkowaniu sprawczym, które opisał B. S. Skinner. Głównymi jej celami są:

- zwiększenie liczby zachowań deficytowych - zadanie terapeuty polega na kształtowaniu u dziecka jak największej ilości zachowań adaptacyjnych, które doprowadzą do niezależności dziecka. Ważne jest aby na początku terapii zostały zidentyfikowane pozytywne wzmocnienia, które będą motywowały dziecko do pracy. Aby osiągnąć większą niezależność dziecka podczas terapii stosowane są obrazkowe plany aktywności, pozwalające na wycofanie się terapeuty lub rodzica z zajęć dziecka.
- redukcja zachowań niepożądanych - zachowania niepożądane to takie, które negatywnie wpływają na proces uczenia. Można wyróżnić następujące kategorie takich zachowań: zachowania autostymulacyjne, autoagresję, agresję oraz napady złości. Jedną z metod, która zmniejsza wymienione zachowania to wygaszanie. Polega ona na wycofywaniu wzmocnienia po niepożądanym zachowaniu. Kolejne techniki to hiperkorekcja oraz wykluczenie. Hiperkorekcja przeprowadzana jest, gdy dziecko spowoduje jakąś szkodę (np. gdy pobrudzi podłogę, musi ją sprzątnąć oraz dodatkowo coś umyć). Wykluczenie stosowane jest głównie w przypadku zachowania agresywnego oraz napadów złości. Najczęściej przybiera ono formę wyprowadzenia dziecka do innego pomieszczenia lub przytrzymania fizycznego. Wykluczenie powinno być zastosowane bezpośrednio po wystąpieniu ataku.
- utrzymywanie oraz generalizowanie efektów terapii - najważniejszy etap procesu nauczania to generalizacja. Dotyczy ona uogólnienia w czasie, uogólnienia bodźca oraz reakcji. Uogólnienie bodźca to umiejętność przeniesienia wyuczonych reakcji w inne sytuacje. Aby dziecko uzyskało tę umiejętność należy korzystać z pomocnych technik takich jak: praca z dzieckiem w różnych środowiskach, zmiana osób nauczających, ujednolicenie systemu nagradzania (na zajęciach i w domu).



Ryc. 8. Zadania w terapii behawioralnej [źródło: zbiory własne].



Ryc. 9. Tabliczki motywacyjne [źródło: zbiory własne].



Ryc. 10. Oznaczenie zadania w albumie dziecka i na koszyku [źródło: zbiory własne].



Ryc. 11. Praca dziecka podczas terapii behawioralnej [źródło: zbiory własne].

Uogólnienie reakcji związane jest z wywoływaniem zmian w różnych zachowaniach, podczas pracy nad jednym. Wśród stosowanych technik wyróżnia się budowanie umiejętności

komunikacyjnych. Dzięki umiejętności mowy funkcjonalnej oraz komunikacji zmniejszą się występujące u dziecka ataki złości, które powoduje brak wyrażania własnych uczuć oraz potrzeb.

Najlepsze wyniki pracy metodą behawioralną uzyskiwane są, gdy terapia rozpoczyna się jak najwcześniej (ok. 3 lat) oraz gdy czas terapii nie jest mniejszy niż 40 godzin w tygodniu [34].

Model TEACCH (Program Terapii i Edukacji Dzieci Autystycznych oraz Dzieci z Zaburzeniami w Komunikacji)

Program TEACCH zapoczątkowany został przez Erica Schopleran w połowie lat sześćdziesiątych [1]. Początkowo program ten oparty był na psychoanalitycznych zasadach. Wkrótce jednak Schopler wraz z Reichlerem, który był jego współpracownikiem, doszli do wniosku, że takie podejście nie przynosi efektów. Założyli oni, że u podłoża autyzmu leży dysfunkcja organiczna Centralnego Układu Nerwowego.

Punktem wyjściowym do opracowania terapii indywidualnej są następujące narzędzia [1]:

- CARS (*Childhood Autism Rating Scale*) Skala Oceny Autyzmu Dziecięcego
- PEP- R (*Psychoeducational Profile Revised*) Profil Psychoedukacyjny,
- AAPEP (*Adolescent and Adult Psychoeducational Profile*) Profil Psychoedukacyjny dla Młodzieży i Dorosłych.

Dostarczają one danych o dziecku, potrzebnych do określenia poziomu funkcjonowania w poszczególnych sferach oraz wyłaniają jego umiejętności. Wykazano, że dzieci z autyzmem lepiej funkcjonują, gdy mają zorganizowany czas i przestrzeń.

W modelu TEACCH wykorzystywane są do tego celu obrazkowe plany aktywności, dzięki którym wydzielone są obszary przeznaczone do zabawy, pracy jak i obszar przejściowy.

Program TEACCH wykorzystuje terapię zaburzeń sensorycznych oraz behawioralną. Zaakcentowana jest potrzeba wykorzystywania edukacyjnego programu indywidualnego. Model ten obejmuje również elementy doskonalenia umiejętności rodziców, które dotyczą pracy z dzieckiem w domu.

Model TEACCH nie jest nastawiony na zastosowanie tylko jednej techniki. Jest to kompleksowy system terapii. Ważnym czynnikiem programu jest budowanie więzi między dziećmi a rodzicami, rodzicami a terapeutami oraz między poszczególnymi terapeutami [1].

Terapia poprzez kontakt ze zwierzętami

Jest to metoda terapeutyczna prowadzona w środowisku naturalnym. Polega na budowaniu zaburzonego kontaktu podczas ćwiczenia, zabawy ze zwierzętami oraz opiekowaniu się nimi. Terapia ta pomaga otwierać się dziecku na otaczający świat oraz przełamywać bariery komunikacyjne. Nastawiona jest ona na odbieranie bodźców czuciowych oraz kinetycznych. Najczęściej stosowane są: hipoterapia, dogoterapia, felinoterapia, onoterapia, oraz delfinoterapia.

Hipoterapia to kontakt z koniem. Wpływa ona pozytywnie na normalizację napięcia mięśniowego, orientację w przestrzeni, doskonalenie równowagi oraz poczucie rytmu. Hipoterapia ułatwia dziecku kontakt z przyrodą, ma działanie motywacyjne, zwiększa poczucie własnej wartości oraz rozwija kontakty społeczne. Korzystnie wpływa ona na rozwój dzieci z autyzmem, ponieważ konie podobnie reagują, postrzegają świat oraz komunikują się.

Działania hipoterapeutyczne dzielą się na [35]:

- Fizjoterapię na koniu - czyli na poprawę sprawności fizycznej przez gimnastykę leczniczą. Zalecana jest ona przez lekarza, a prowadzona przez fizjoterapeutę. Jest to uzupełnienie klasycznej hipoterapii.
- Jazda konna psychopedagogiczna - to zespół działań, które podejmowane są w celu usprawniania intelektualnego, fizycznego, emocjonalnego oraz poznawczego. W czasie jazdy konnej oraz czynności, które są z nią związane stosuje się działania pedagogiczne, edukacyjne, elementy logopedii, terapii zajęciowej oraz psychoterapii. Zajęcia prowadzą psycholodzy oraz pedagodzy.
- Terapia z koniem to poznawanie przez dziecko zwierzęcia oraz nawiązanie z nim kontaktu. Efekt terapeutyczny to poprawa komunikacji dziecka z otaczającym go światem. Jednym z elementów tej terapii jest sama jazda konna.

Dogoterapia to forma pracy z odpowiednio dobranym psem. Metoda to wspomaga rozwój sfery fizycznej, psychicznej, społecznej oraz intelektualnej. Najlepsze efekty przynosi terapia indywidualna lub w małych grupach (2 lub 3 osobowe). Pies, który uczestniczy w dogoterapii musi być nie groźny, społeczny, z przyjacielskim nastawieniem, posłuszny oraz przewidywalny. Najczęściej wykorzystywane rasy to: Labrador Retriever, Golden Retriever i Cavalier King Charles Spaniel. Każdy pies, który uczestniczy w terapii jest tresowany oraz poddawany testom [36].

Celem zajęć z udziałem psa jest również rozwój sfery umysłowej dziecka, poprzez koncentrację uwagi, rozwój funkcji poznawczych, mowy, pobudzanie zmysłów słuchu, węchu, wzroku i dotyku.

Zadania dogoterapii [37]:

- zapoznanie się z budową ciała psa,
- poprawa orientacji w budowie własnego ciała,
- zwiększenie sprawności ruchowej,
- stymulacja zmysłów: dotyku, słuchu, wzroku,
- trening koncentracji uwagi,
- wzmacnianie spontanicznej aktywności podczas zabawy z psem,
- okazywanie emocji, które związane są z kontaktem ze zwierzęciem,
- naśladowanie ruchu podczas obserwacji czynności, które wykonuje pies (leżenie, chodzenie, siadanie),
- nauka samodzielności (elementy tresury, czesanie, chodzenie na smyczy).

Kolejną terapią, która w leczeniu dzieci z autyzmem odnosi wiele sukcesów jest **delfinoterapia**. To terapia z delfinami przeprowadzana w wodzie. W trakcie sesji dziecko pod okiem fizjoterapeuty wykonuje ćwiczenia ruchowe. Terapia sprawia, że dzieci zaczynają dostrzegać otoczenie, poprawia się rozwój mowy, nauki czytania. Do tej metody wykorzystuje się delfiny butlonose i wale białe, które są przyjaźnie nastawione oraz spokojne. Cykl terapii powinien składać się z ośmiu sesji indywidualnych z delfinem, każda z nich powinna trwać około 15 minut [38].



Ryc. 12. Delfinoterapia [39].

Flinoterapia to kontakt z kotem. Efekty flinoterapii można zauważyć, gdy zajęcia odbywają się z określoną częstotliwością. Terapia z kotem ma korzystny wpływ w kontekście terapeutycznym, jak i pedagogicznym. Flinoterapia może być prowadzona indywidualnie lub w grupach. W czasie terapii kot zmniejsza opór oraz stres, który występuje między terapeutą, a dzieckiem. Obecność kota może stać się wspólnym tematem rozmowy terapeuty z dzieckiem. Flinoterapia ma na celu redukcję stresu i oporów dziecka oraz zwiększenie jego aktywności w czasie terapii i w życiu codziennym [40].

Onoterapia czyli kontakt z osłem bądź mułem jest to terapia stosowana coraz częściej. Osły poruszają się wolno oraz mają miękką sierść, co ułatwia terapię oraz kontakt dziecka ze zwierzęciem. Kontakt dziecka z osłem lub mułem, jego dotyk, karmienie oraz jazda na nim wspomaga rozwój ruchowy, psychiczny oraz daje szansę na poprawę kontaktu ze światem zewnętrznym [41].

Hydroterapia

Jest to terapia, która służy do rozładowania napięcia mięśniowego oraz zmniejszenia emocji negatywnych, takich jak niepokój, strach, lęk, agresja oraz nadpobudliwość. Wykorzystywane metody pracy to: masaż wodny, praca z zabawkami oraz naśladowanie. Hydroterapia wspomaga rozwój społeczny oraz emocjonalny dziecka [42].



Ryc. 13. Hydroterapia [źródło: zbiory własne].

Treningi słuchowe

Treningi słuchowe stworzył prof. Alfred Tomatis, wybitny otolaryngolog, foniatra i neurolog. Terapię tą określa się inaczej jako stymulację audio- psycho- lingwistyczną. Trening taki poprzedzony jest konsultacją laryngologiczną, testem lateralizacji słuchowej oraz uwagi. Główny cel terapii to poprawa funkcji słuchowej. Treningi słuchowe mają wpływ na poprawę koncentracji uwagi, rozwoju psychoruchowego, kreatywności, zdolności językowych oraz rozwoju poznawczego dziecka.

Słyszenie a słuchanie.

Dobrze słuchanie pobudza mózg do pracy. Ucho przetwarza 90% bodźców sensorycznych, które aktywizują mózg do pracy. Usprawnianie uwagi słuchowej to słuchanie dźwięków, które są odpowiednio przetworzone. Do treningu słuchowego używany jest model elektronicznego ucha, który poprawia aktywność mięśni ucha.

Trening słuchowy złożony jest z dwóch etapów. Pierwszy to bierne słuchanie przez dziecko odpowiednio dobranego materiału muzycznego. Drugi etap polega na zajęciach z mikrofonem (dziecko pracuje własnym głosem).



Ryc. 14. Trening słuchowy [źródło: zbiory własne].

Trening słuchowy wpływa na [43]:

- zdolność koncentracji,
- poprawę pamięci bezpośredniej,
- redukcję błędów ortograficznych,
- poprawę umiejętności słuchania, nadawanie i odbiór mowy,
- zwiększenie motywacji,
- poprawę zdolności przyswajania wiedzy,
- rozwój potencjału umysłowego,
- koordynację ruchową, ruchy celowe oraz na kontrolę głosu [43].

Terapia logopedyczna

Terapia logopedyczna potrzebna jest każdemu dziecku z autyzmem. Nawet jeżeli niemożliwe jest zastosowanie ćwiczeń ułatwiających komunikację słowną, wykorzystywane są metody pośrednie takie jak usprawnianie manualne i ruchowe.

Warunkiem koniecznym do rozpoczęcia terapii logopedycznej jest rozpoznanie deficytów dziecka, jego umiejętności oraz poziomu intelektualnego. W celu rozpoczęcia terapii potrzebna jest analiza stanu zdrowia dziecka, która składa się z [44]:

- Wywiadu z rodzicami dziecka, który dotyczy rozwoju dziecka od urodzenia oraz przebiegu ciąży.
- Analizy wyników badań lekarskich.
- Przeprowadzenia obserwacji reakcji słuchowych dziecka.
- Oceny stanu narządów artykulacyjnych.
- Wykonania badania mowy (dostosowanego do możliwości dziecka).

Ćwiczenia z logopedą powinny polegać na:

- usprawnianiu motoryki grup mięśni dużych i małych. Są to ćwiczenia narządów artykulacyjnych oraz ćwiczenia poprawiające precyzję ruchów,
- nauce poprawnego sposobu oddychania, które skupiają się na wydłużeniu fazy wydechowej (nucenie melodii, śpiewanie),
- w ćwiczeniach logorytmicznych redukujących zahamowania emocjonalne,
- stosowaniu ćwiczeń poprawiających odbiór poleceń słownych (nazywanie osób lub przedmiotów),

Poza zajęciami indywidualnymi ważną rolę odgrywają zajęcia grupowe dzięki którym dziecko wzbogaca swoje słownictwo. Podstawową zasadą terapii logopedycznej jest ścisła współpraca między terapeutą a rodzicami dziecka [45].

Podsumowanie

Autyzm – to słowo budzi lęk. Przywodzi na myśl obraz ludzi, którzy żyją wobcowani, w swoim świecie. Do niedawna uważano, że jest to uszkodzenie mózgu i w związku z tym nie ma nadziei na wyzdrowienie a najnowsze badania pokazują, że autyzm można z powodzeniem leczyć. Dzięki wczesnej diagnozie i interwencji oraz odpowiednim działaniom terapeutycznym udaje się zniwelować wiele objawów zachowań autystycznych i ułatwić przystosowanie do życia w społeczeństwie.

Bibliografia

1. Williams D.: Nobody Nowhere. Wydawnictwo Fraszka Edukacyjna 2005.
2. Bobkowicz-Lewartowska L.: Autyzm dziecięcy, zagadnienia diagnozy i terapii. "Impuls", Kraków 2011.
3. Jaklewicz H.: Autyzm wczesnodziecięcy. Diagnoza, przebieg, leczenie. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 1993.
4. Pużyński S. (red.): Leksykon psychiatrii. PZWL, Warszawa 1993.
5. Pecyna M. B.: Psychologia kliniczna w praktyce pedagogicznej. Znak, Warszawa 2001.
6. Pisula E.: Małe dziecko z autyzmem. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
7. Namysłowska I. (red): Psychiatria dzieci i młodzieży. PZWL, Warszawa 2007.
8. Heitzman J.: Psychiatria, podręcznik dla szkół medycznych.
9. Frith U.: Autyzm i zespół Aspergera. PZWL, Warszawa 2005.
10. Cieszyńska J., Korendo M.: Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka. Od noworodka do 6 roku życia. Wydawnictwo Edukacyjne, Kraków 2007.
11. Jarema M., Rabe- Jabłońska J.: Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. PZWL, Warszawa 2013.
12. Bilikiewicz A. (red.): Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. PZWL, Warszawa 2006.

13. Moor J.: Śmiech, zabawa i nauka z dziećmi o profilu autystycznym. Cyklady, Warszawa 2006.
14. Danielewicz D., Pisula E. (red.): Terapia i edukacja osób z autyzmem. Wybrane zagadnienia. Akademia Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2003.
15. Cieszyńska J., Korendo M.: Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka. Od noworodka do 6 roku życia. Wydawnictwo Edukacyjne, Kraków 2007.
16. Gałkowski T., Kossewska J.(red.): Autyzm wyzwaniem naszych czasów. Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków 2000.
17. Olechnowicz H., Wiktorowicz R.: Dziecko z autyzmem. Wyzwalanie potencjału rozwojowego. PWN, Warszawa 2012.
18. Zawiślak B.: Dziecko autystyczne. Prawdziwa opowieść o Maciusiu. Impuls, Kraków 2012.
19. Komender J., Jagielska G., Bryńska A.: Autyzm i Zespół Aspergera, PZWL, Lublin 2009.
20. De Clerq H.: Autyzm od wewnątrz – przewodnik. Fraszka Edukacyjna we współpracy z Fundacją SYNAPSIS, Warszawa 2007.
21. Grygo M., Jagielska G., Resler- Maj A. i wsp.: Zespół Aspergera- trudności w rozpoznawaniu zaburzenia na podstawie analizy historii chorób pacjentów oddziału psychiatrii dziecięcej. Psychiatria i Psychologia Kliniczna, 2013, 2, 92- 98.
22. Gołaska P.: Etiologia zaburzeń ze spektrum autyzmu. Przegląd wybranych koncepcji. Psychiatria i Psychologia Kliniczna, 2013, 1, 8- 14.
23. Błęszyński J. J. (red.): Terapie wspomagające rozwój osób z autyzmem. Impuls, Kraków 2005.
24. Danielewicz D., Pisula E. (red.): Terapia i edukacja osób z autyzmem. Wybrane zagadnienia. Akademia Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2003.
25. Pietras T., Wituski A., Gałęcki P.: Autyzm - epidemiologia, diagnoza i terapia. Continuo, Wrocław 2010.
26. Pisula, E., Danielewicz, D. (red.). Wybrane formy terapii i rehabilitacji osób z autyzmem. Impuls, Kraków 2005.
27. Kruk- Lasocka J.: Autyzm czy nie autyzm? Problemy diagnozy i terapii pedagogicznej małych dzieci. Dolnośląska Szkoła Wyższa Edukacji ,Wrocław 2003.
28. Borkowska M., Wagh K.: Integracja sensoryczna na co dzień. PZWL, Warszawa 2010.

29. Sekułowicz M.: Metoda Integracji Sensorycznej w diagnozie i terapii dzieci z autyzmem. [w:] Terapie wspomagające rozwój osób z autyzmem. Błeszyński J. (red.) Impuls, Kraków 2005, 49- 56.
30. Wysocka K.: Metoda Dobrego Startu w pracy z dziećmi autystycznymi. [w:] Terapie wspomagające rozwój osób z autyzmem. Błeszyński J. (red.) Impuls, Kraków 2005, 151- 163.
31. Bogdanowicz M., Okrzesik D.: Opis i planowanie zajęć wg Metody Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne. Harmonia, Gdańsk 2005.
32. <http://www.pracowniarozwoj.pl/> (data pobrania: 02.06.2014).
33. Beck J. S.: Terapia poznawczo- behawioralna. Podstawy i zagadnienia szczegółowe. WUJ, Kraków 2012.
34. Suchowierska M., Ostaszewski P., Bąbel P.: Terapia behawioralna dzieci z autyzmem. GWP, Sopot 2012.
35. Przewłoka k.: Wykorzystanie hipoterapii w terapii dzieci z autyzmem. [w:] Wybrane formy terapii i rehabilitacji osób z autyzmem. Pisula E., Danielewicz D. (red.) Impuls, Kraków 2005. 181- 194.
36. Otto J.: Dogoterapia w terapii autyzmu. [w:] Wybrane formy terapii i rehabilitacji osób z autyzmem. Pisula E., Danielewicz D. Impuls, Kraków 2005. 181 – 194.
37. Kulisiewicz B.: Witaj, piesku!: dogoterapia we wspomaganiu rozwoju dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych. Impuls, Kraków 2007.
38. Grabczan D.: Zasadność terapii kontaktowej ludzi z udziałem delfinów butlonosych. SWPS, Warszawa 2008.
39. www.delfimed.com, (data pobrania: 02.06.2014)
40. Franczyk A., Krajewska K., Skorupa J.: Animaloterapia Program Przedszkolnego Klubu Animals „Cztery łapy”. Impuls, Kraków 2007.
41. Palmowska K.: Hipoterapia i onoterapia we wczesnej pomocy dzieciom niepełnosprawnym. AP, Kraków 2007.
42. Mika T., Kasprzak W.: Fizykoterapia. PZWL, Warszawa 2004.
43. Kendall P. C.: Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji Techniki terapeutyczne dla profesjonalistów i rodziców. GWP,
44. Danielewicz D., Pisula E. (red.): Terapia i edukacja osób z autyzmem. Wybrane zagadnienia. APS, Warszawa 2003.

Autyzm – słowo które budzi lęk?

45. Gałkowski T., Jastrzębowska G. (red.): Logopedia. Podręcznik akademicki. Uniwersytet Opolski, Opole 2003.

TRANSPLANTACJA NARZĄDÓW W OPINII SPOŁECZNEJ

Urszula Winczewska¹, Beata Kowalewska², Elżbieta Krajewska – Kulak³

1. Absolwentka kierunku pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp

Mianem pioniera w zakresie transplantologii określa się Amerykanina francuskiego pochodzenia - Alexisa Carrel. Prowadził on m.in. badania nad hodowlami tkankowymi, przeszczepianiem narządów. Opracował metodę ponownego łączenia przeciętych naczyń – tzw. szew naczyniowy, co również wpłynęło na postęp w transplantologii. Ponadto, odkrył barierę biologiczną pomiędzy dawcą a biorcą, za co otrzymał nagrodę Nobla w 1912 roku [1].

Coraz szybciej rozwijająca się transplantologia spotkała się z problemem odrzucania przeszczepionych narządów przez układ odpornościowy, który traktował nowy organ jak ciało obce. Jedynym powodzeniem cieszyły się przeszczepy wśród bliźniąt jednojajowych. Przez lata szukano rozwiązania sytuacji, aż w latach 70-tych wynaleziono cyklosporynę, która osłabiała układ odpornościowy biorcy, aby jego organizm utrzymał przeszczep. Od tego czasu zaczęto szukać nowych leków immunosupresyjnych, lub ulepszać leki już wynalezione [2,3].

W Polsce pierwszą transplantację wykonano w 1966 roku, w Warszawie i był to przeszczep nerki, wykonany przez Prof. J. Nielubowicza oraz Prof. T. Orłowskiego. Kolejnym sukcesem był rok 1984, kiedy Prof. W.W. Jędrzejczak przeprowadził po raz pierwszy przeszczep szpiku kostnego. Jednakże, największy przełom w polskiej transplantologii nastąpił w 1985 r., kiedy po raz pierwszy z sukcesem Prof. Z. Religa z zespołem przeszczepił serce [4].

Transplantacja to inaczej przeszczepienie (z łacińskiego *transportare*, czyli przenosić, przesadzać) , słownik encyklopedyczny R.M. Youngsona definiuje następująco: „*transplantacja to tkanka lub narząd pobrany z innej okolicy ciała lub innej osoby (dawcy), wszczepiony operacyjnie w celu uzupełnienia ubytku lub zastąpienia niewłaściwie funkcjonującej tkanki czy narządu*” [4].

Transplantacja może odbyć się w obrębie jednego organizmu lub między dwoma organizmami. Istnieje kilka kryteriów podziału przeszczepów.

Pierwszy z nich skupia się na powiązaniach genetycznych pomiędzy biorcą a dawcą. W tym kryterium przeszczepy dzielimy na [5]:

- Autogeniczne - polegające na przeszczepianiu własnych tkanek w inne miejsce np. przeszczepienie fragmentu tkanki kostnej, aby zapewnić stabilizację w miejscu złamania.
- Izogeniczne - jest to przeszczep pomiędzy dwoma genetycznie identycznymi osobnikami, jest to stosowane u bliźniąt jednojajowych.
- Allogeniczne - przeszczep wykonywany jest między różnymi genetycznie osobnikami tego samego gatunku.
- Ksenogeniczne - przeszczep wykonywany między osobnikami różnych gatunków np. przeszczepienie człowiekowi świńskiej zastawki serca.

Drugie kryterium skupia się na chirurgicznym miejscu przeszczepienia, w nim wyróżniamy [4]:

- Ortotopowe - polega na usunięciu niewydolnego narządu i wszczepienie nowego w to samo miejsce np. przeszczep serca.
- Heterotopowe – niewydolny narząd nie zostaje usunięty, a narząd przeszczepiany umieszcza się w innej lokalizacji np. przeszczep nerki do naczyń dołu biodrowego.

Trzecie kryterium określa, kto jest dawcą przeszczepu i jest to główny podział w transplantologii, tu wyróżniamy przeszczepy [6,7]:

- Ex mortuo - narządy ze zwłok ludzkich
- Ex vivo - narządy od żywego człowieka.

Polska medycyna transplantacyjna przez szereg lat nie miała szczegółowego uregulowania pobierania i przeszczepiania narządów, tkanek i komórek oraz warunków, w których przeszczepy były dopuszczalne. Do 7 marca 1996 roku opierano się na rozporządzeniu Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej o zakładach leczniczych z dn. 22 marca 1928 roku [8]. Dokument ten nie odnosił się do transplantacji, ale na mocy jego można było wykonywać w szpitalu sekcje zwłok [9]. Zmieniła to ustawa „O pobieraniu przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów” uchwalona 1 lipca 1995 roku, weszła ona w życie 7 marca 1996 roku [10]. Dzięki tej ustawie po raz pierwszy w Polsce prawnie uregulowano pobieranie i przeszczepianie komórek, tkanek oraz narządów od dawców zmarłych jak i żywych. W ustawie z 1995 roku pobranie komórek, tkanek i narządów

dopuszczalne było u dawcy zmarłego ze stwierdzoną śmiercią pnia mózgu. Polska była jednym z nielicznych krajów, w którym obowiązywały nowe kryteria orzekania śmierci [9].

1 lipca 2005 roku Sejm przyjął nową ustawę regulującą kwestię przeszczepiania komórek, tkanek i narządów, w tym komórek krwiotwórczych szpiku, krwi obwodowej oraz krwi pępowinowej; tkanek i narządów pochodzących od żywego dawcy lub ze zwłok [11].

W Europie funkcjonują dwa systemy „zgody” na pobranie narządów do przeszczepu. Pierwszy system oparty jest na zasadzie (opting in), czyli do pobrania narządów potrzebna jest wcześniejsza zgoda potencjalnego dawcy bądź bliskiej rodziny. Drugi z systemów (opting out) bazuje na zasadzie zgody domniemanej [12].

Według prawa polskiego każda osoba, która nie wyraziła sprzeciwu traktowana jest jako domniemany dawca narządów, tkanek lub komórek. Art. 6 ust. 1 określa formy, w jakich można wyrazić sprzeciw wobec oddawania narządów. Sprzeciw ten może być wyrażony w trzech formach:

- wpisu w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów
- oświadczenia ustnego w obecności świadków
- oświadczenia pisemnego z własnoręcznym podpisem

Sprzeciw złożony w wybrany sposób, może być cofnięty w każdej chwili na podstawie Art. 6 ust.4 [13,14].

Pomimo, że w Polsce bazuje się na zgodzie domniemanej jednak mimo jej obowiązywania, gdy rodzina potencjalnego dawcy nie wyrazi zgody, narządy do przeszczepu nie zostają pobrane [12].

Oświadczenie woli jest dokumentem osoby, która własnoręcznie podpisała zgodę na pobranie od niej narządów po jej śmierci. Każda osoba, która zdecydowała się na ten krok ma obowiązek poinformować swoją najbliższą rodzinę o swojej decyzji. Podpisane oświadczenie ułatwi bliskim oraz lekarzom poszanowania wyrażonej w ten sposób woli [15].

Każde oświadczenie woli powinno być dokładnie wypełnione i musi zawierać imię i nazwisko, data urodzenia, PESEL, oraz dokładny adres zamieszkania. Osoba, która wypełniła oświadczenie powinna nosić je razem z dokumentami osobistymi. Taka forma wyrażenia woli odnośnie oddania narządów po śmierci ma jedynie charakter informacyjny i nie trzeba nigdzie tego rejestrować [15].

Transplantacja narządów budzi wiele kontrowersji. Tylko w tej dziedzinie medycyny przeplata się w sposób szczególny, tragedia śmierci oraz radość życia. Mimo postępu cywilizacyjnego ta metoda leczenia nadal napotyka na sprzeciw wielu środowisk [16,17].

Profesor J. Kopania wskazuje, że może dojść do traktowania ludzkiego ciała jako „mechanizmu, którego elementy są wzajemnie wymienne” oraz zwraca uwagę, że „problem dopasowania nowego elementu na miejsce starego jest wyłącznie problemem technicznym a nie etycznym”. Tymczasem chodzi tu jedynie o ludzi organ, który jeśli nadaje się do przeszczepu i nie zostanie pobrany to ulegnie rozkładowi [18].

Istotnym problemem transplantologii jest również deficyt organów do przeszczepu w stosunku do potrzeb. Dużo osób wyraża zgodę na przyjęcie przeszczepu w razie choroby, natomiast zdecydowanie mniej jest ludzi, którzy deklarują zgodę na pobranie od nich narządów. Często dochodzi do sytuacji, gdzie pomimo złożonej deklaracji rodzina zmienia zdanie w chwili odejścia osoby bliskiej [19].

Dyskusyjnymi elementami przeszczepiania narządów w odbiorze społecznym są między innymi :

1. rozpoznawanie zgonu na podstawie kryteriów śmierci mózgu,
2. problem wyrażenia zgody lub sprzeciwu na pobranie narządów osoby zmarłej,
3. lęk przed komercjalizacją (podejrzenie handlu narządami lub przyjmowaniu korzyści majątkowych) [19,20].

Powyższe elementy niewątpliwie wpływają na fakt, że liczba narządów pobieranych do przeszczepu od zmarłych jest w Polsce niewielka w stosunku do potrzeb. Duże znaczenie ma również niewiedza społeczeństwa o stanowisku Kościoła Katolickiego lub innej wyznawanej przez nich wiary, do transplantacji. Na temat transplantacji Jan Paweł II wypowiadał się tak: *„Każdy przeszczep organu ma swoje źródło w decyzji o wielkiej wartości etycznej. Szlachetność takiego gestu polega na tym, że jest on prawdziwym aktem miłosierdzia dla drugiego człowieka”* Z punktu widzenia etyki chrześcijańskiej człowiek ma prawo nie tylko do życia, ale również do integralności swego ciała. Dlatego człowiek ani nikt inny z jego otoczenia nie może okaleczać jego ciała, jednak może on poświęcić część swego organizmu w imię ratowania jego całości [cyt za 21].

Przeszczepianiu podlegają różne narządy i tkanki, od tych, które się regenerują np. krew, przez takie, których jest większy zasób (jelita) lub są parzyste np. nerki, aż po takie, które do życia są niezbędne, np. serce, płuca. Przeszczepienie serca czy płuc od człowieka żywego doprowadziłoby do jego śmierci, dlatego medycyna transplantacyjna wykorzystuje również tkanki i narządy pobrane od osób zmarłych (stwierdzona śmierć mózgu), u których funkcje życiowe są sztucznie podtrzymywane [22, 23].

W chwili śmierci następuje proces obumierania i rozkładu ludzkiego ciała. Martwe części ciała nie podejmą funkcji, w zdrowym organizmie, dlatego ich przeszczep jest bezcelowy. W związku z powyższym donacja narządów powinna być wykonana jak najszybciej, aby zwiększyć szanse na powodzenie zabiegu. Natomiast zbyt pośpieszna decyzja lekarzy o pobraniu narządów od dawcy, mogłaby pozbawić go życia. Tak więc społeczeństwu nasuwa się pytanie: czy ważniejsza jest ochrona kończącego się życia, a może poprawa jakości życia przyszłego biorcy? [22].

Istotny problemem medycznym jest określenie momentu śmierci człowieka, znalezienie odpowiedniego kryterium, za pomocą którego, można byłoby orzec zgon. Wieloletnia praktyka medyczna potwierdziła, że kryterium, którym dotychczas się posługiwano, czyli stwierdzenie zgonu po zaniku krążenia i oddychania jest nie wystarczające. Zaczęto szukać nowego kryterium śmierci. W roku 1968 komisja powołana w Uniwersytecie Harvarda, stworzyła nowe kryterium śmierci, które zostało zdefiniowane jako nieodwracalne ustanie funkcji pnia mózgu. Ze względu na to, że nie da się przywrócić ani zastąpić funkcji mózgu, jego zatrzymanie ustalono jako kryterium śmierci. Zatem obowiązkiem lekarzy jest opieka nad pacjentem, aż do momentu stwierdzenia ustania pracy mózgu. Stosowanie nowego kryterium, pozwoliło zrezygnować z intensywnej terapii chorych, u których nadal bije serce mimo tego, że nie pracuje mózg. Gdy na podstawie tego kryterium zostanie stwierdzona śmierć, można pobrać narządy do przeszczepu [22].

Możliwości przeszczepiania narządów oparte są na fakcie, że każdy człowiek, który nie zgłosił swojego sprzeciwu wobec transplantacji za życia jest traktowany jako potencjalny dawca narządów. Jednak duża liczba osób uważa, że nie wyrażenie sprzeciwu za życia przez ludzi jest nieznaną obowiązuje przez nich prawa i możliwości medycyny. Brak sprzeciwu nie znaczy w stu procentach o woli zmarłego co do przeszczepu, dlatego pobranie narządów mogłoby być działaniem powodującym niebezpieczeństwo popełnienia zła moralnego. Natomiast zwolennicy zgody domniemanej, twierdzą, że pobieranie narządów wyłącznie wtedy, gdy jest konkretne zezwolenie za życia mogłoby spowodować znaczny spadek liczby przeszczepów. Analizując uzyskanie zgody na przeszczep bierze się również pod uwagę stanowisko rodziny osoby zmarłej. Akceptując głębokie uczucia małżonków, czy krewnych pozwala się na ich współdecyzję o losie zwłok. Jednak należy pamiętać, że najważniejsza jest wola zmarłego. Istnieją również sytuacje wyjątkowe takie jak: pobranie od osób pozbawionych zdolności i czynności prawnych oraz od osób zmarłych w wyniku przestępstwa. W przypadku osób upośledzonych lub nieletnich niezbędna jest zgoda

opiekunów prawnych, natomiast gdy dawcą jest ofiara przestępstwa decyzję musi wydać wymiar sprawiedliwości [23, 24].

W wielu kulturach szacunek dla zwłok okazuje się oddając im cześć, taką jak żyjącemu człowiekowi. Szacunek dla zwłok zabrania ich utylizacji. Zgoda na pośmiertne pobranie narządów obejmuje podtrzymanie funkcji życiowych narządów oraz operację. Tak więc zgoda na pobranie nie pozwala na okaleczanie zwłok, wymogiem jest nadanie wyglądu ciała po procedurze pobrania narządów, który nie urazi uczuć osób bliskich [25].

Oprócz przeszczepów od dawców zmarłych stosuje się również donację narządów lub tkanek od dawców żywych. Wyróżnia się dwa typy przeszczepów od dawców żywych są to: przeszczepy tkanek odnawialnych (szpik kostny, krew) oraz nieodnawialnych (nerki, część wątroby). W przypadku przeszczepu tkanek odnawialnych nie ma zagrożenia nieodwracalnego okaleczenia ciała, gdyż tkanki te szybko się regenerują. Natomiast pobranie tkanek nieodnawialnych powoduje nieodwracalny uszczerbek na zdrowiu, który w późniejszym czasie może wpłynąć na okoliczności życia dawcy. Warunki, które muszą być spełnione podczas pobrania tych tkanek są takie same w obu przypadkach [25].

Wykonanie pobrania narządów może nastąpić, gdy dawca wyrazi na to zgodę. Czynności lecznicze wykonywane bez zgody przyszłego dawcy naruszyłyby jego wolność i prawa do decyzji o własnym ciele. Decyzja o oddaniu tkanki do przeszczepu musi być podjęta przez przyszłego dawcę świadomie oraz dobrowolnie, po uzyskaniu pełnej informacji na temat planowanego zabiegu: jak będzie przebiegał, jakie będzie przewidywane powodzenie oraz jakie szkodliwe skutki mogą wystąpić. Indywidualne przypadki takie jak pobranie tkanek od dzieci, chorych psychicznie czy upośledzonych wymaga zgody ich prawnych opiekunów [22].

Ze względu na to, że istnieje niedobór narządów potrzebnych do przeszczepu medycyna szuka alternatywnych źródeł, które można wykorzystać. Jednym z takich źródeł jest pobieranie oraz przeszczep narządów od zwierząt. Jedną z zalet takiego działania jest ograniczenie niebezpieczeństw związanych z pobraniem od żywego człowieka, który wyraził zgodę. Ksenotransplantacje dają również niewyczerpany dostęp do materiału transplantacyjnego. Z drugiej strony ksenotransplantacje mogą wiązać się z niebezpieczeństwem dla biorcy poprzez przeniesienie do jego organizmu patogenów i chorób odzwierzęcych oraz koniecznością przeprowadzenia terapii genetycznej. Osoby poddające się ksenotransplantacji muszą być dokładnie poinformowane o przebiegu donacji oraz

korzyściach i ryzyku, które może wystąpić. Na tej podstawie osoby te udzielają dobrowolnej zgody na przeprowadzenie przeszczepu [25].

W Katechizmie Kościoła Katolickiego zawarta jest informacja, że transplantacja narządów jest zgodna z prawem moralnym, jeżeli cierpienia fizyczne i psychiczne oraz niebezpieczeństwa, jakie ponosi dawca, są proporcjonalne do pożądanego dobra biorcy. Natomiast jeżeli dawca lub jego rodzina nie wyrażają zgody na transplantację jest to moralnie nie do przyjęcia [26].

Dokumenty Kościoła takie jak: dokumenty Soboru Watykańskiego II, wystąpienia papieży i dokumenty kongresów lekarzy katolickich wyrażają pozytywną opinię dla przeszczepów, ale wyłącznie przy zachowaniu szacunku dla ludzkiego ciała oraz bezwzględnego poszanowania ludzkiego życia od momentu poczęcia do naturalnej śmierci. W 1956 roku Papież Pius XII, mówił, że człowiek może dysponować swoim ciałem wedle swej woli w celach szlachetnych, które są wyrazem pomocy chorym i cierpiącym. Stanowisko Kościoła wobec transplantacji wyrażał również wielokrotnie Jan Paweł II. Papież, w swojej encyklice „*Evangelium vitae*” określa transplantację jako „bezinteresowny dar z siebie” [cyt. za 27].

Prawosławie nie przedstawiło jednej powszechnie obowiązującej opinii na temat transplantacji, jednakże wszystkie Cerkwie zgadzają się na pobieranie i przeszczepianie narządów oraz uznają kryterium orzekania śmierci. W przypadku, gdy narządy pobierane są od osoby zmarłej niedopuszczalne jest przyśpieszenie śmierci dawcy oraz jego zaniedbywanie działań dotyczących orzekania śmierci. Pobieranie narządów od dawców żywych jest dopuszczalne tylko wtedy, gdy działanie to powoduje minimalne ryzyko uszczerbku na zdrowiu biorcy. Natomiast niedopuszczalne jest dawstwo żywe, jeśli jest wymuszone przez członków rodziny. Niektóre osoby prawosławne dopuszczają używanie pobranych narządów do eksperymentów medycznych, które mogą służyć poprawie leczenia w przyszłości [28].

Świadkowie Jehowy nie popierają przeszczepów, ale też ich nie zakazują. Uważają oni, że decyzja o przeszczepie jest indywidualną sprawą każdego człowieka. Osoby ze wspólnoty Świadków Jehowy zgadzają się na przeszczep wyłącznie wtedy, gdy cała krew zostanie wypłukana z narządów i tkanek przed dokonaniem transplantacji. Jednak stanowisko wobec transfuzji jest negatywne. Przetaczanie krwi uważane jest za grzech ciężki i jest zakazane wśród wspólnoty Świadków Jehowy [27].

W Judaizmie najwyższą wartością jest życie człowieka, dlatego akceptują transplantację jako ostateczny sposób uratowania życia chorego człowieka. W dawstwie żywym ważną rolę

odgrywa ocena ryzyka, jakie może nieść transplantacja dla dawcy, ponieważ nie można ryzykować życia, aby ocalić życie innej osoby. Natomiast, aby narządy zostały pobrane od zmarłego musi dojść do śmierci pnia mózgu, ale również do ustania wszystkich czynności życiowych. Jednak część wyznawców uważa, że ingerencja w organizm ludzki może przyczynić się do tego, że nie będzie zdolny do zmartwychwstania. Natomiast Rada Rabinów Amerykańskich oraz Naczelny Rabin Michael Sundrich popierają ideę transplantacji. Religia ta pozwala na użycie do przeszczepu narządu świni, choć na co dzień spożywanie wieprzowiny jest surowo zabronione [29, 30].

Islam akceptuje dwa rodzaje transplantacji, autotransplantacje oraz allotransplantację. Pobranie narządów od dawcy zmarłego wykonuje się wtedy, gdy istnieje zagrożenie życia biorcy. Aby pobranie narządów zostało wykonane potrzebna jest zgoda dawcy wyrażona za życia lub zgoda bliskiej rodziny zmarłego. W dawstwie żywym muszą być spełnione trzy główne kryteria. Pierwsze z nich mówi o tym, że dawca nie może czerpać korzyści majątkowych za oddany narząd lub jego część. Kolejne kryterium opowiada się za poinformowaniu dawcy o powodzeniu i możliwym ryzyku przeszczepu. Trzecie kryterium mówi o tym, że dawca nie może ofiarować drugiej osobie organu, który jest istotny dla jego życia i funkcjonowania (np. serce, płuca) [6, 30].

Wyznawcy buddyzmu uważają, że decyzja o oddaniu narządów do przeszczepu jest indywidualną decyzją każdego człowieka. Podstawą religii jest altruizm i współczucie, dlatego te dwie cechy nakazują akceptację transplantacji. Buddyści akceptują noszenie przy sobie oświadczenia woli, a konsultacja z rodziną w sprawie dawstwa narządów następuje, gdy osoba zmarła nie posiadała przy sobie owego oświadczenia. Z wierzeniami buddystów dusza opuszcza ciało po trzech dniach od śmierci, dlatego pobranie narządów od zmarłego może nastąpić po 3 dniach od stwierdzenia śmierci [29].

Ze względu na to, że hinduizm łączy w sobie wiele odmian różnych religii nie ma konkretnego stanowiska wobec zdrowia. Śmierć przez wyznawców jest postrzegana jako naturalny element bytu i nie wiąże się z końcem życia. Religia ta cechuje się szlachetnością, bezinteresownością oraz cnotą. Oddawanie narządów wyznawcy hinduizmu traktują jako akt miłości oraz poświęcenia. Nie ma zakazu oddawania narządów, jest to indywidualna decyzja każdego człowieka. Dodatkowo religia ta zachęca do oddawania krwi przynajmniej raz w roku. Jednak w niektórych odłamach hinduizmu, trwałe jest przekonanie, że ciało musi być spalone, aby przejść kolejne wcielenie. Zwłoki nie mogą być dotykane przez osoby obce, tylko najbliższa rodzina może wykonywać czynności higieniczne i przygotować zmarłego do

spalenia. W świadomości tych odłamów hinduizmu niezrozumiałe jest noszenie obcego narządów, czy też oddawanie organów po śmierci [28, 30].

Baptyści twierdzą, że dawstwo narządów jest indywidualną decyzją każdego człowieka. Ideę transplantacji pochwalają oraz uznają jako akt współczucia oraz zjednoczenia się z osobą cierpiącą potrzebującą wsparcia oraz pomocy. Konwencja Baptystów Południowych w USA w 1998 uchwaliła rezolucję, w której lekarz powinien przeprowadzać rozmowę o dawstwie narządów, gdy wystąpi taka konieczność [28].

Kościół Ewangelicko-Augsburski nie wydał dokumentu dotyczącego transplantacji. Wyznawcy tej religii popierają transplantacje oraz dawstwo krwi. Podkreślany jest fakt, że zgoda na transplantacje powinna być świadoma bez wywieranego nacisku. Kościół namawia wiernych do rozmów w rodzinie na temat dawstwa narządów oraz przedstawienia swego stanowiska w tej sprawie. Zachęca także do wypełnienia oświadczenia woli lub zgłoszenia swojej woli do rejestru sprzeciwu lub dawców [28]. Kościół ten akceptuje ksenotransplantacje, jednak zabrania przeszczepiania całych organów pochodzących od zwierząt [31].

Metodyści twierdzą, że oddanie narządów do przeszczepu jest wyrazem bezwarunkowej miłości do drugiego człowieka. Dostrzegają oni korzyści, które płyną z dawstwa narządów oraz zachęcają, aby nie kierować się tylko dobrem dawcy ale również zwracać uwagę na biorcę i jego rodzinę [6].

Najczęściej przedstawiciele Romscy są przeciwni transplantacji, ponieważ wierzą oni, że dusza człowieka zostaje jeszcze przez rok w ciele zmarłego i przybiera jego kształt. Przy braku zgody na pobieranie narządów coraz więcej Romów zgadza się na przeszczep [32].

Rozmowa z rodziną potencjalnego dawcy jest dla lekarza koordynującego bardzo trudnym zadaniem. Najważniejsze w tych rozmowach jest umiejętność słuchania oraz empatyczne podejście do sytuacji, która dotknęła najbliższą rodzinę zmarłego [33, 34].

Przed przystąpieniem do rozmowy z rodziną, należy sprawdzić, czy potencjalny dawca nie jest zarejestrowany w CRS. Jeżeli dana osoba nie wyraziła sprzeciwu, wtedy podejmuje się rozmowę [35]. Osoba przeprowadzająca rozmowę powinna wzbudzać zaufanie, okazywać zainteresowanie, dokładnie udzielać wiadomości, a w razie wątpliwości rodziny starać się je rozwiązywać oraz być dostępna, gdy rodzina jej potrzebuje [35].

Ważne jest również miejsce przeprowadzanej rozmowy, powinna ona odbywać się w specjalnie przystosowanym do tego miejscu ewentualnie w gabinecie lekarza bez osób postronnych. Podczas prowadzenia rozmowy najważniejszym punktem jest nawiązanie dobrej

relacji z rodziną oraz rozpoznanie sytuacji, aby prawidłowo dobierać argumenty i odpowiednio reagować emocjonalnie [34, 35].

Pierwszy etap rozmowy obejmuje dokładne wysłuchanie relacji rodziny, dzięki temu osoba przeprowadzająca rozmowę wie jak dalej przekazywać informację. W drugim etapie, lekarz informuje rodzinę o śmierci bliskiego. Od osoby prowadzącej rozmowę zależy, czy pozostawić rodzinę na kilka minut, aby mogli pogodzić się ze śmiercią bliskiego, czy też kontynuować rozmowę. Kolejnym etapem jest poinformowanie rodziny o możliwości pobrania narządów do przeszczepu. Rodzinie można zasugerować, że skoro zmarły nie figuruje w CRS, to wskazuje na pozytywne nastawienie. Osoby bliskie nie powinny czuć ciężaru, że podejmują decyzję o pobraniu narządów za zmarłego. Lekarz nie powinien też wywierać na rodziny presji w związku z chęcią pobrania narządów. Ostatni etap to zakończenie rozmowy, gdzie bez względu na to czy dojdzie do pobrania narządów czy też nie należy zaakceptować wolę i podziękować rodzinie za rozmowę [35, 36].

Przyczynami, które predysponują do dawstwa narządów są najczęściej krwawienia śródczaszkowe (40-58%), drugie pod względem procentowym to urazy czaszkowo-mózgowe (30-49%) oraz nieliczne próby samobójcze, zatrucia, guzy mózgu i choroby układu krążenia (4-12%) [37, 38].

Szczegółowe kryteria rozpoznawania śmierci pnia mózgu podają wytyczne stworzone przez specjalistów dziedzin medycyny takich jak: anestezjologia i intensywne leczenie, neurologia, neurochirurgia oraz medycyna sądowa [37, 38].

Rozpoznanie śmierci pnia mózgu polega na stwierdzeniu nieodwracalnej utracie jego funkcji. Procedura ta następuje w dwóch etapach. W pierwszym następuje wysnuenie podejrzenia śmierci pnia mózgu. Dopiero po spełnieniu wszystkich wymogów etapu pierwszego można przejść do drugiego. W drugim etapie, specjaliści przeprowadzają badania potwierdzające śmierć pnia mózgu [37].

W etapie pierwszym dokonuje się stwierdzeń oraz wykluczeń takich jak:

Stwierdzenia:

- Pacjent jest w śpiączce,
- Stosowana jest sztuczna wentylacja,
- Przyczyna śpiączki została rozpoznana,
- Wykazano strukturalne uszkodzenia mózgu,
- Uszkodzenia strukturalne są nieodwracalne [37].

Wykluczenia:

- Chorzy zatruci oraz pod wpływem niektórych środków farmakologicznych (narkotyki, neuroleptyki, środki nasenne, usypiające)
- Osoby w hipotermii, która została wywołana przyczynami zewnętrznymi,
- Osoby z zaburzeniami endokrynologicznymi oraz metabolicznymi,
- Osoby z drgawkami i porażeniami,
- Noworodki donoszone poniżej 7 dnia życia [39].

Etap drugi obejmuje powtórzenie dwukrotnie badań w odstępie trzygodzinnym przez trzech specjalistów z różnych dziedzin. Badania te mają potwierdzić nieobecność odruchów pniowych oraz bezdech.

Badanie nieobecności odruchów pniowych wykazuje [40]:

- Brak reakcji źrenic na światło,
- Brak odruchu rogówkowego,
- Brak spontanicznego ruchu gałek ocznych,
- Brak ruchu gałek ocznych przy próbie kalorycznej,
- Brak odruchu na jakikolwiek bodziec bólowy,
- Brak odruchu wymiotnego i kaszlowego,
- Brak odruchu oczno-mózgowego.

Badanie bezdechu polega na oznaczeniu PaCO₂ z krwi tętniczej podczas wentylowania oraz odłączenia pacjenta od respiratora. Badanie to jest wykonane prawidłowo jeśli podczas wykonanej próby nie ma żadnej reakcji mięśni biorących udział w oddychaniu [40].

Wszystkie badania potwierdzające nieodwracalne uszkodzenie pnia mózgu należy powtórzyć po 3 godzinach od zakończenia pierwszej serii badań. W chwili, gdy prawidłowo dwukrotnie zostaną wykonane badania konsylium złożone z 3 lekarzy specjalistów podejmuje decyzję o uznaniu badanego za zmarłego z powodu śmierci pnia mózgowego. Badaniami uzupełniającymi w rozpoznaniu śmierci pnia mózgu są badanie elektrofizjologiczne, badania przepływu mózgowego (angiografia czteronaczyniowa, ultrasonografia dopplera, scyntygrafia izotopowa) [29].

Rozpoznanie śmierci pnia mózgu jest równoznaczne ze zgonem pacjenta, dlatego dalsze leczenie w oddziale intensywnej terapii nie jest kontynuowane. Wyjątkiem jest sytuacja, gdy od osoby zmarłej zostaną pobrane narządy do przeszczepu [36, 41].

Pobieranie narządów odbywa się podczas godzin wieczornych lub nocnych, niezależnie w jakich godzinach stwierdzono śmierć mózgu, jest to powiązane z organizacją. Na organizację czasową wpływa rozmowa z rodziną, przybycie zespołu pobierającego organy. Do pobrania wielonarządowego najczęściej przyjeżdżają 2 lub 3 zespoły, składające się z chirurgów i instrumentariuszki. Zespoły przyjeżdżają z własnym wyposażeniem. Jeżeli wśród organów do pobrania jest również serce, to je pobiera się pierwsze, ponieważ ma najwyższą odporność na niedotlenienie. Czas w którym musi być przeszczepione serce wynosi 6-8 godzin. W drugim etapie pobiera się wątrobę, a jej czas na wszczepienie to 4-6 godzin. Kolejny pobierany narząd to trzustka (10-12 godzin), a ostatnie pobierane są nerki, które muszą być przeszczepione w ciągu 48 godzin. Jednak im krótszy jest czas od pobrania do przeszczepu tym lepsze rokowanie na dłuższe przeżycie przeszczepionego narządu. Pobrane narządy natychmiast zostają poddane perfuzji płynami konserwującymi oraz jałowo pakowane do transportu. z operacji pobrania narządów spisywany jest protokół, który później przekazywany jest koordynatorowi przeszczepu [42].

Przeszczepy serca są wykonywane najczęściej z powodu kardiomiopatii rozstrzeniowej oraz przerostowej. Na listę oczekujących na przeszczep osoby wpisywane są po uprzednim zakwalifikowaniu przez zespół transplantacyjny Kliniki Kardiochirurgii Transplantacyjnej. Po zgłoszeniu o istniejącym dawcy narządów, zostaje dobrany biorca na podstawie kryteriów takich jak:

- Zgodność grupy krwi w zakresie HLA,
- Różnica masy ciała, która nie może przekraczać 20%,
- Stopień pilności przeszczepu [42].

Zespół przeszczepiający składa się z chirurgów, anestezjologa oraz instrumentariuszki, którzy od razu, gdy w klinice pojawi się biorca przystępują do transplantacji. Do zadań zespołu transplantacyjnego jest również opieka nad pacjentem w pierwszych dobach po przeszczepie [21].

Celem pracy było:

1. Poznanie postaw społeczeństwa wobec transplantacji.
2. Określenie wiedzy społeczeństwa na temat przepisów w zakresie transplantacji narządów

Material i metodyka badań

Badanie zostało przeprowadzone metodą ogólnospołecznego sondażu diagnostycznego w okresie od 30 marca do 30 kwietnia 2016 roku. Narzędziem badawczym wykorzystanym w badaniu był autorski kwestionariusz ankiety. We wstępie kwestionariusza ankiety określono ogólne zasady, poprzedzające pytania. Określono również sposób wypełniania ankiety, informacje dotyczące osoby przeprowadzającej badanie oraz cel badań. Zapewniono również respondentów o anonimowości przeprowadzonego badania. W ankiecie zawartych było 27 pytań w większości jednokrotnego wyboru. Dwa pytania były z możliwością wielokrotnego wyboru. Badaniem zostało przeprowadzone wśród mieszkańców województwa podlaskiego. Do analizy wykorzystano 100 w pełni wypełnionych ankiet.

Badania przeprowadzono po uzyskaniu zgody Komisji Etyki Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku o nr R-I-002/52/2016.

Wyniki

Grupę badawczą stanowiło 100 osób, z czego kobiety stanowiły większość. Ankietę wypełniło 49 mężczyzn, co stanowi 49% ogółu oraz 51 kobiet co stanowi 51%. Ankieta została przeprowadzona wśród różnych grup wiekowych. Najwięcej ankietowanych miało poniżej 30 lat (40%). Najmniejszą grupą respondentów była grupa wiekowa powyżej 50 roku życia (15%). W pozostałych grupach tj: 31-40 lat i 41-50 lat było odpowiednio 18 i 27%.

Wśród respondentów przeważały osoby mieszkające w mieście (71%), natomiast nieliczną grupą były osoby mieszkające na wsi, co stanowiło 29%.

Najwięcej ankietowanych deklarowało, że posiada wykształcenie średnie oraz wyższe, odpowiedzi w obu przypadkach rozłożyły się równomiernie i wynosiły 37%. Natomiast nieliczne osoby twierdziły, że posiadają wykształcenie zawodowe (18%) bądź podstawowe (8%).

Respondenci najczęściej wybierali wyznanie rzymskokatolickie, co stanowiło 64% wszystkich ankietowanych. Część osób deklarowała przynależność do takich religii jak prawosławie - 17%, świadek Jehowy - 14%. Wśród respondentów znalazły się też osoby deklarujące ateizm (było to 5% ogółu ankietowanych).

Kolejne pytania dotyczyły transplantacji. W pierwszym z nich ankietowani mieli wskazać definicję transplantologii. Ponad połowa respondentów trafnie określiła definicję (52%), duża część osób kojarzyła tylko transplantologię z przeszczepem narządów (41%),

natomiast 7% osób odpowiadających źle określiło definicję lub w ogóle nie potrafiło jej wskazać. Najwięcej trafnych definicji transplantologii wybrały osoby z wykształceniem średnim oraz wyższym i było ich 44%, natomiast z wykształceniem zawodowym oraz podstawowym wybrało 8% osób. Natomiast skojarzenie transplantologii z przeszczepem narządów wśród grupy z wykształceniem wyższym oraz średnim dotyczyło 29 % respondentów, a w grupie z wykształceniem zawodowym i podstawowym 12 %. Ankietowani, którzy nie wiedzieli co oznacza definicja transplantologii mieli wykształcenie podstawowe (6% osób) oraz średnie (1%).

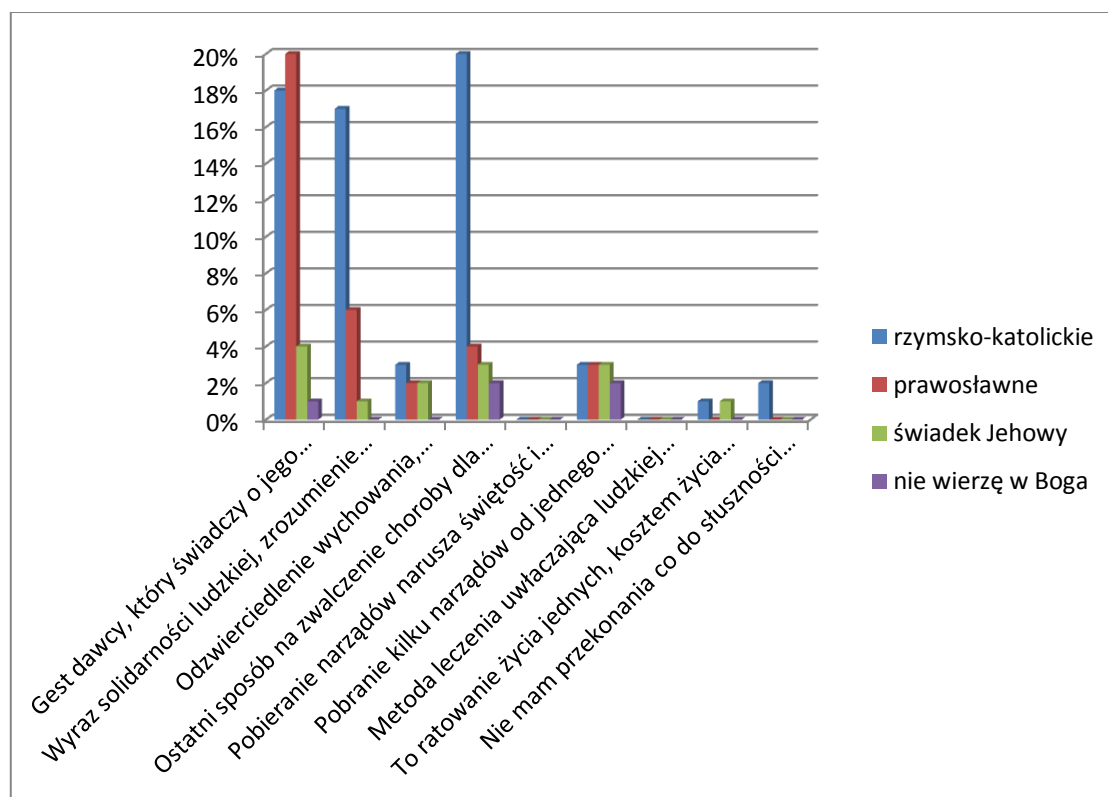
Respondenci po raz pierwszy o pobieraniu narządów do przeszczepu dowiedzieli się w szkole (41%) oraz w środkach masowego przekazu (44%). Niewielka część dowiedziała się o tym od znajomych (10%), a 5% ankietowanych zetknęło się z tym podczas wypełniania ankiety. Nauka w szkole pozwoliła usłyszeć o transplantacji 16% osób z wykształceniem średnim, 19% osób z wykształceniem wyższym oraz 6% osób z wykształceniem zawodowym. Natomiast środki masowego przekazu były pierwszym źródłem informacji na temat przeszczepów u 20% osób z wykształceniem wyższym, 14% ze średnim, 8% z wykształceniem zawodowym oraz 2% z podstawowym. Od znajomych dowiedziało się 10% osób z czego 1% miał wykształcenie podstawowe, 4% zawodowe oraz 4% średnie. Po raz pierwszy z tematem przeszczepów podczas wypełniania ankiety zetknęło się 5% osób z wykształceniem podstawowym.

Większość ankietowanych miała pozytywny stosunek do przeszczepiania narządów, co stanowiło 86% odpowiadających. Tylko 4 osoby uważały, że jest to ratowanie życia kosztem innych lub w ogóle nie mieli przekonania do transplantacji (Tab. I.).

Tab. I. Stosunek respondentów do przeszczepiania narządów (ogółem)

Odpowiedź	%	Liczba odp.
Gest dawcy, który świadczy o jego szlachetnej postawie.	25,00%	25
Wyraz solidarności ludzkiej, zrozumienie problemów bliźniego.	24,00%	24
Odzwierciedlenie wychowania, nastawienie w życiu na dawanie coś od siebie a nie ciągle branie.	7,00%	7
Ostatni sposób na zwalczenie choroby dla osób u których inne metody leczenia zostały już wykorzystane.	29,00%	29
Pobranie kilku narządów od jednego dawcy jest działaniem racjonalnym.	11,00%	11
To ratowanie życia jednych, kosztem życia innych	2,00%	2
Nie mam przekonania co do słuszności takiego działania	2,00%	2

Większość miała pozytywny stosunek do transplantacji z czego 58% osób było wyznania rzymsko-katolickiego, 17% osób wyznania prawosławnego, 13% to Świadkowie Jehowy oraz 5% osób nie wierzących w Boga. Mniejszość była wyznania rzymsko – katolickiego i było to 3% osób i 1% Świadek Jehowy (Ryc. 1.).



Ryc. 1. Stosunek respondentów do przeszczepiania narządów ze względu na wyznanie.

Za propagowaniem wiedzy na temat transplantacji było 96% ankietowanych, jedynie 4% nie miało zdania na ten temat .

Według ankietowanych najlepszą metodą na zwiększenie ilości pobieranych narządów jest promowanie jej w mediach. Uważali również, że w szpitalach powinna pracować odpowiednia osoba zajmująca się tylko transplantacją oraz środowisko medyczne musi zwiększyć zaufanie potencjalnych dawców i ich rodzin. Część zaznaczyło również, że stosowanie zgody domniemanej poprawiłoby ilość transplantacji oraz Kościół Katolicki powinien być zaangażowany w tą sprawę. Nieliczne osoby uważały, że ksenotransplantacja oraz pobieranie narządów miałyby wpływ na zwiększenie liczby przeszczepów (Tab. II.).

Większość ankietowanych (58%) uważało, że pobieranie narządów od zwierząt zmniejszyłoby listy oczekujących na transplantację oraz byłoby jego alternatywą dla

pobierania narządów od ludzi. Część odpowiadających osób twierdziła (29%), że pobieranie narządów od zwierząt jest ich krzywdzeniem oraz, że takie postępowanie powinno być zakazane. Natomiast nieliczni (13%) uważali, że ksenotransplantacja, godzi w godność człowieka (Tab. III.).

Tab. II. Działania jakie wg respondentów zwiększyłyby dawstwo narządów.

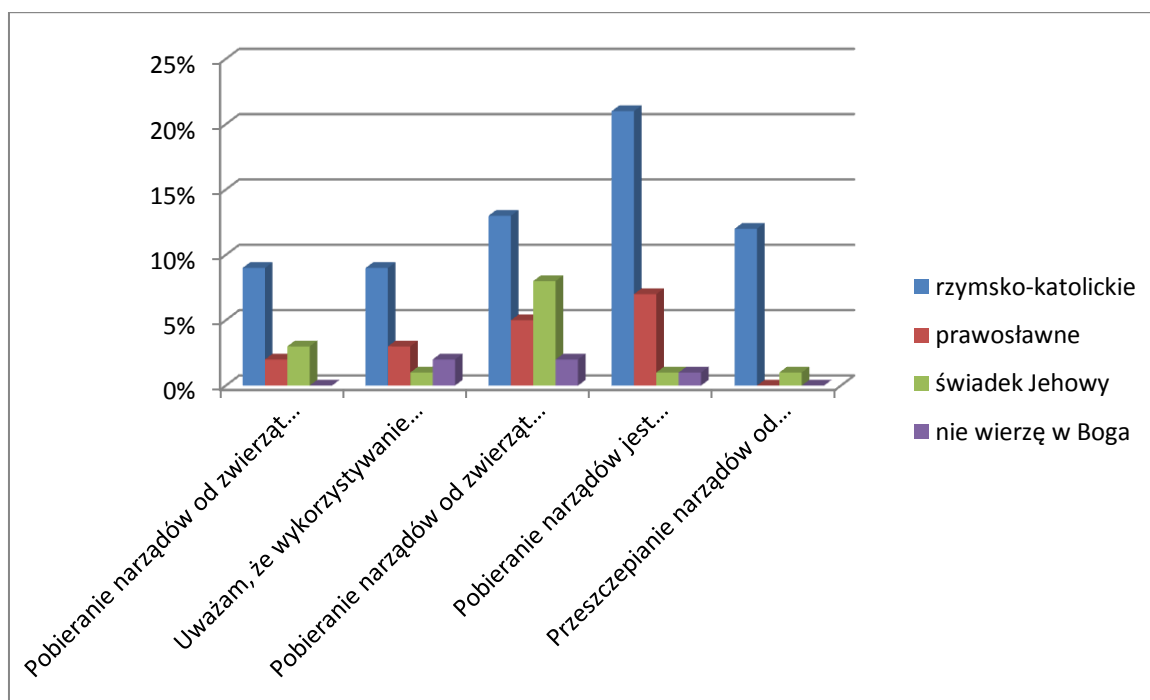
Odpowiedź	%	Liczba odp.
Zaangażowanie Kościoła Katolickiego w promowanie transplantacji.	26,00%	26
Zwiększenie zaufania potencjalnych dawców i ich rodzin dla środowiska medycznego.	46,00%	46
Wprowadzenie możliwości odpłatnego oddawania narządów.	12,00%	12
Wprowadzenie ksenotransplantacji (pobieranie narządów od zwierząt).	14,00%	14
Stosowanie zasady zgody domniemanej.	31,00%	31
Obecność w szpitalach osoby zajmującej się kwalifikacją do transplantacji oraz jej promocją.	38,00%	38
Organizowanie spotkań z osobami po transplantacji, które dzieliłyby się swym doświadczeniem z innymi.	42,00%	42
Promowanie przez media tej idei.	54,00%	54

Tab. III. Opinia respondentów na temat pobierania narządów do transplantacji od zwierząt

Odpowiedź	%	Liczba odp.
Pobieranie narządów od zwierząt jest ich krzywdzeniem i wykorzystywaniem.	14,00%	14
Uważam, że wykorzystywanie organów zwierzęcych w transplantologii powinno być zakazane.	15,00%	15
Pobieranie narządów od zwierząt zmniejszyłoby listy oczekiwań na transplantację.	28,00%	28
Pobieranie narządów jest alternatywą dla pobierania narządów od ludzi.	30,00%	30
Przeszczepianie narządów od zwierząt jest nieetyczne, gdyż godzi w godność człowieka.	13,00%	13

Z osób popierających ksenotransplantację było 34% ankietowanych wyznania rzymsko-katolickiego, 12% osób prawosławnych, 9% to Świadkowie Jehowy oraz 3% osób nie wierzących w Boga. Natomiast przeciwnicy wykorzystywania zwierząt w tym celu byli wyznania rzymsko-katolickiego (18%), prawosławnego (5%), Świadek Jehowy (4%) oraz nie wierzący w Boga (2%). Osoby twierdzące, że ksenotransplantacja godzi w godność

człowieka przede wszystkim były wyznania rzymsko-katolickiego (12%) oraz 1% nie wierzących również wybrała taką odpowiedź (Ryc. 2.).



Ryc. 2. Opinia respondentów na temat pobierania narządów do transplantacji od zwierząt w zależności od wyznania

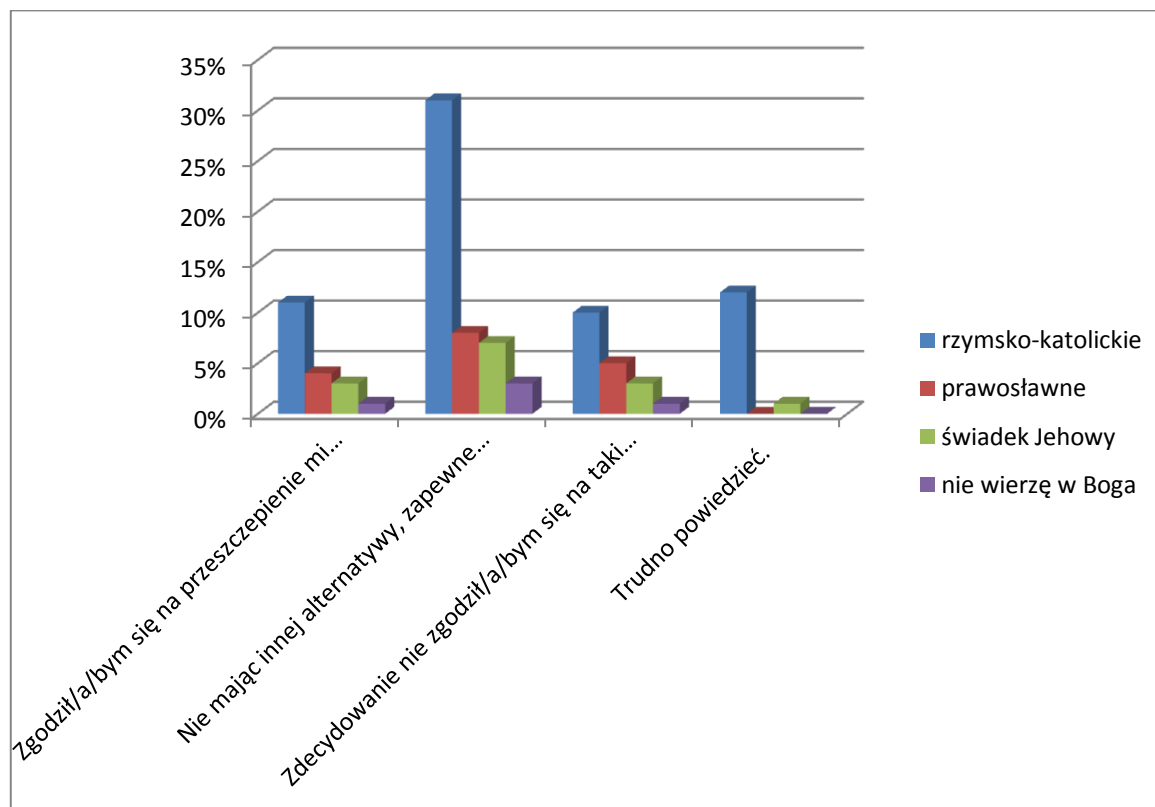
Pytając o zgodę na ksenotransplantację 49% ankietowanych stwierdziło, że nie mając innej alternatywy zgodziłoby się na takie rozwiązanie. W przypadku bezwzględnej zgody oraz jej braku zadeklarowała się taka sama liczba ankietowanych, których było po 19% w obu przypadkach. Pozostałe 13 osób wybrało odpowiedź: trudno powiedzieć (Tab. IV.).

Tab. IV. Zgoda respondentów na ksenotransplantację

Odpowiedź	%	Liczba odp.
Zgodził/a/bym się na przeszczepienie mi organów pochodzących od zwierząt (np. świnia, krowa)	19,00%	19
Nie mając innej alternatywy, zapewne zgodził/a/bym się na taki przeszczep.	49,00%	49
Zdecydowanie nie zgodził/a/bym się na taki przeszczep.	19,00%	19
Trudno powiedzieć.	13,00%	13

Osoby, które wyraziłyby zgodę na ksenotransplantację nie mając innej alternatywy w większości byli wyznania rzymsko-katolickiego i było to 31% osób, kolejne 8% osób było prawosławne, 7% osób było Świadcami Jehowy i 3% osób nie wierzących wybrały taką

odpowieź. Natomiast na ksenotransplantację zgodziliby się 11% osób wyznania rzymsko-katolickiego, 4% osoby prawosławne, 3% Świadków Jehowy oraz 1% osób nie wierzących. Brak aprobaty takiemu zabiegowi wyraziło 10% osób o wyznaniu rzymsko-katolickim, 5% osób prawosławnych, 3% Świadków Jehowy oraz 1% osoba nie wierzących. Osoby, które nie potrafiły określić swojego stanowiska były wyznania rzymsko-katolickiego(12%) oraz taką odpowiedź wybrał 1% Świadek Jehowy (Ryc. 3.).



Ryc. 3. Zgoda respondentów na ksenotransplantację wg wyznania

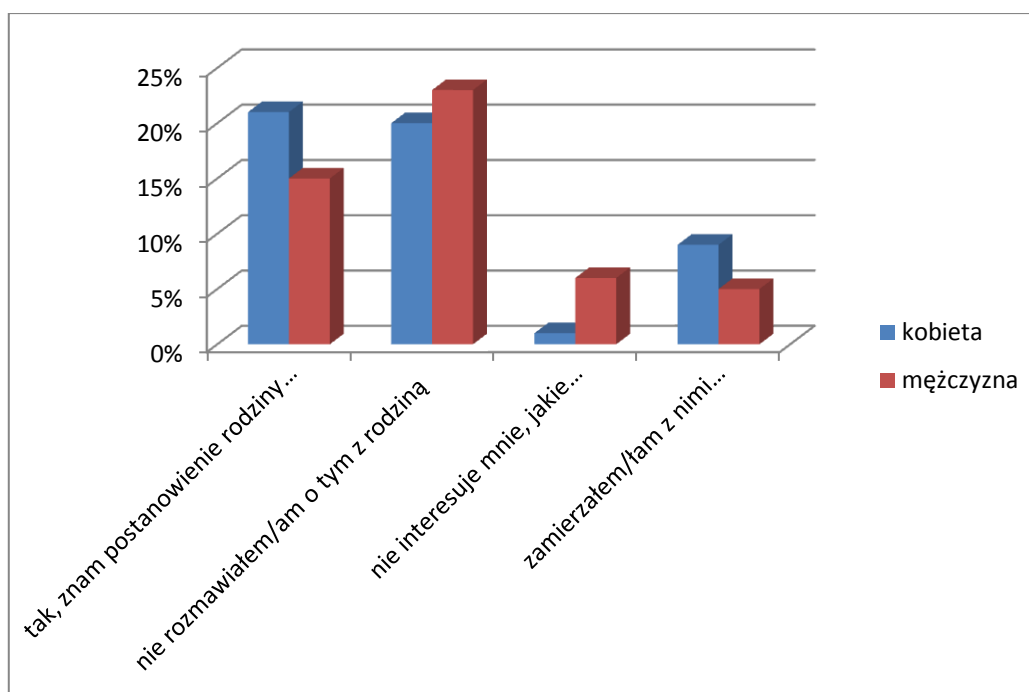
Ankietowani nie spotkali nigdy chorego oczekującego na transplantację, co stanowiło 66% ogółu. Pozostała część twierdziła, że mieli styczność z takim chorym .

Duża liczba ankietowanych, bo aż 43 osoby nie rozmawiały z rodziną na temat ich stanowiska wobec transplantacji. Natomiast 36 osób zadeklarowało, że zna postanowienie rodziny wobec oddania narządów do przeszczepu. 14 osób nie miało okazji porozmawiać z rodziną na ten temat. Tylko 7 ankietowanych okazywało brak zainteresowania danym problemem (Tab. V.). Rozmowę z rodziną na temat pobrania narządów przeprowadziło 21% kobiet oraz 15% mężczyzn. Natomiast nie rozmawiała o tej sprawie z rodziną podobna grupa mężczyzn i kobiet, których było kolejno 23% i 20% osób. Zamiar przeprowadzenia rozmowy

wybrało 9 kobiet oraz 5 mężczyzn. Nieliczna grupa 7% osób w której przeważali mężczyźni (6%) nie było zainteresowane postanowieniem swojej rodziny w związku z oddaniem narządów (Ryc. 4.).

Tab. V. Znajomość przez respondentów stanowiska członków rodziny wobec oddania własnych narządów do przeszczepu w przypadku ich śmierci

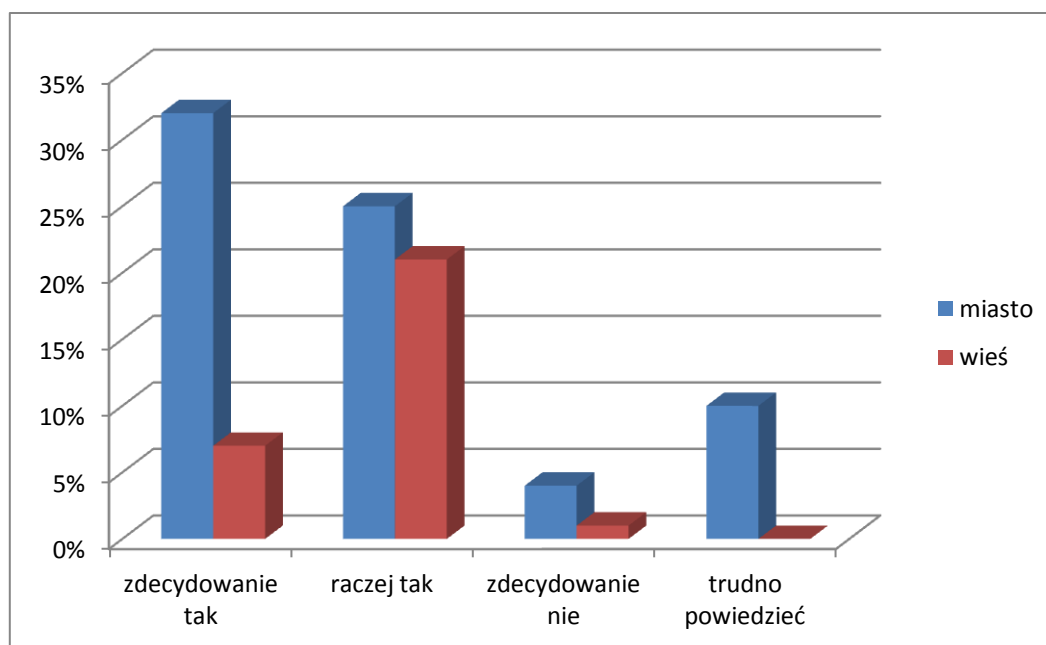
Odpowiedź	%	Liczba odp.
tak, znam postanowienie rodziny wobec oddania narządów w przypadku ich śmierci	36,00%	36
nie rozmawiałem/am o tym z rodziną	43,00%	43
nie interesuje mnie, jakie postanowienie ma moja rodzina	7,00%	7
zamierzałem/łam z nimi porozmawiać ale nie było okazji	14,00%	14



Ryc. 4. Znajomość przez respondentów stanowiska członków rodziny wobec oddania własnych narządów do przeszczepu w przypadku ich śmierci ze względu na płeć.

Zdecydowana większość respondentów zgodziłaby się na pobranie narządów od członka jego rodziny po jego śmierci co daje 85% ogółu odpowiadających. Nieliczni nie

zgodziliby się na takie działanie (5%) lub zaznaczyli: trudno powiedzieć (10%). Zgodę na pobranie narządów od swoich bliskich wyraziłoby 57% osób z miasta oraz 28% osób mieszkających na wsi. Brak zgody na takie działanie ma 3% osób mieszkających w mieście oraz 1% ze wsi. Natomiast 10% osób z miasta nie potrafiło określić, jakby postąpiło w danej sytuacji (Ryc. 5.).

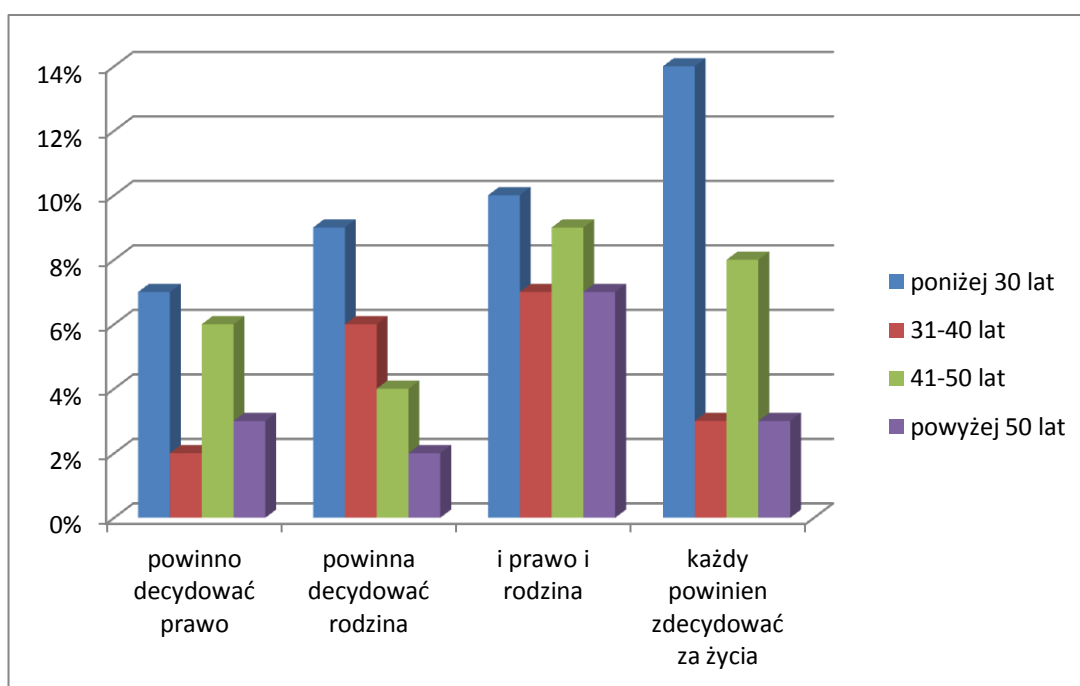


Ryc. 5. Zgoda respondentów na pobranie narządów od członka rodziny po jego śmierci wg miejsca zamieszkania

Ankietowani odpowiadali najczęściej, że o pobieraniu narządów od zmarłego powinna decydować rodzina jak i prawo, co stanowiło 33% ogółu. Mniej liczna grupa twierdziła, że każdy powinien zdecydować za życia w tej sprawie, co stanowiło 28%. Grupa 39 osobowa była podzielona w tej sprawie, z czego 18 osób twierdziło, że powinno decydować jedynie prawo w tej kwestii, a 21 osób uznawało tylko decyzję rodziny o pobraniu narządów.

Ankietowani, którzy mieli poniżej 30 lat twierdzili, że każdy powinien decydować za życia o pobraniu narządów i było to 14%, drugim z kolei wyborem młodych ludzi była zgoda wyłącznie rodziny (9 %) oraz prawo i rodzina (10 %), najmniej osób z tej grupy wybrało odpowiedź o decyzji wyłącznie prawnej (7 %). Grupa wiekowa 31-40 lat uważała, że to prawo i rodzina powinno decydować w tej sprawie (7 %) oraz decyzję powinna jedynie

podejmować rodzina (6 %), o decyzji prawnej odpowiedziało się 2 % ankietowanych, a decyzji każdego za życia 3 % ankietowanych z danej grupy wiekowej. Natomiast osoby mające 41-50 lat twierdziły, że prawo i rodzina powinny decydować o możliwości pobrania narządów (9 %), kolejne to decyzja każdego za życia (8 %), spośród grupy 4% osób uważa, że wyłącznie rodzina może podjąć taką decyzję, a 6% osób uważa, że prawo powinno decydować w tej sprawie. Grupa respondentów w wieku 50 lat i wyżej w większości uważają, że prawo i rodzina może decydować o pobraniu narządów i jest to 7% osób, o decyzji za życia oraz o decydowaniu wyłącznie prawa opowiedziało się po 3% do każdej z odpowiedzi, a decyzja rodziny w tej sprawie była wybrana przez 2% osób (Ryc. 6.).



Ryc. 6. Opinia respondentów na temat osoby decydującej o pobieraniu narządów od osoby zmarłej ze względu na wiek

63 ankietowanych na pytanie o przyczyny sprzeciwu rodziny wobec zamiaru pobrania narządów od osoby bliskiej wskazywało względy emocjonalne. Kolejnymi ważnymi przyczynami według ankietowanych były brak znajomości problemów medycznych 49 osób wybrało tę odpowiedź i przekonania religijne 40 osób. Duża część ankietowanych wskazywała odpowiedzi dotyczące wiary w to, że osoba żyje mimo podłączenia do specjalistycznej aparatury (33 osoby) lub powrotu osoby bliskiej do zdrowia mimo stwierdzonej śmierci pnia mózgu (31 osoby) oraz obawy rodziny dotyczące przyczynienia się do śmierci bliskiego poprzez wyrażenia zgody na przeszczep (46 osób). Najmniej licznie

zostały wybrane odpowiedzi dotyczące braku zaufania do personelu medycznego (20 osób), obawa przed nieuczciwym wykorzystaniem narządów (20 osób) oraz obawa przed reakcją otoczenia (12 osób) (Tab. VI.).

Tab. VI. Najczęstsze przyczyny sprzeciwu rodziny zmarłego wobec zamiaru pobrania narządów

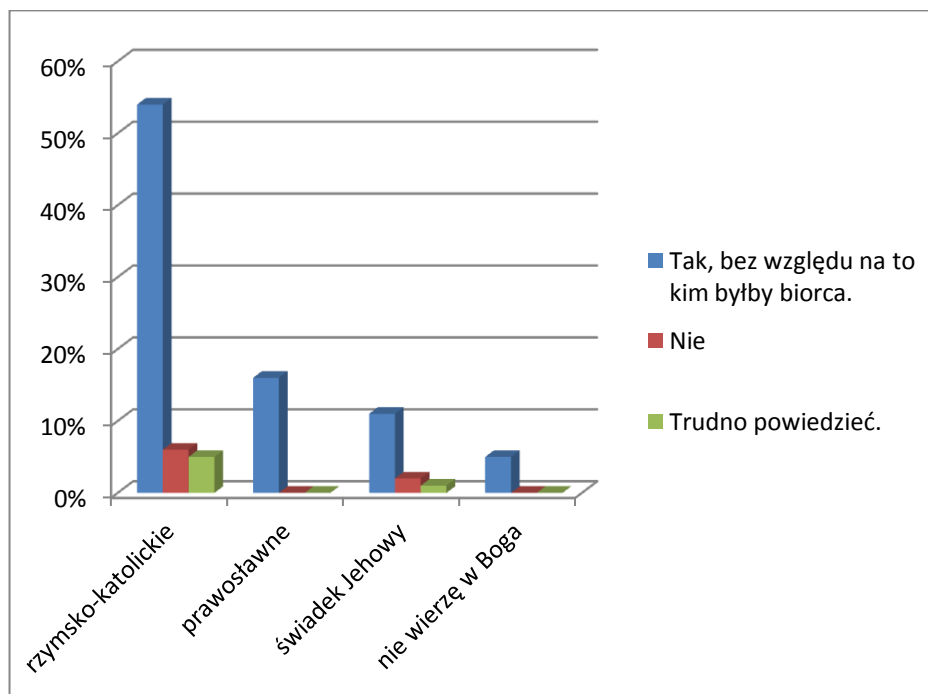
Odpowiedź	%	Liczba odp.
nieznajomości problemów medycznych	49,00%	49
osoba podłączona do aparatury żyje pomimo że tylko dzięki aparatom	33,00%	33
zdarzają się przypadki, że osoby u których stwierdzono śmierć mózgu odzyskują po jakimś czasie świadomość i wracają do życia	31,00%	31
uważają, że ta decyzja pozwala zabić bliską im osobę	46,00%	46
braku zaufania do personelu medycznego	20,00%	20
obawy przed reakcją otoczenia	12,00%	12
ze względów emocjonalnych	63,00%	63
przekonań religijnych	40,00%	40
z obawy przed nieuczciwym wykorzystaniem pobranego narządu	20,00%	20

Respondenci w pytaniu o rozmowę lekarza z rodziną na temat pobrania narządów najczęściej wybierali odpowiedź wykazującą aprobatę dla takiego działania (81%). 15% ankietowanych stwierdziło, że lekarz powinien tylko informować o pobraniu i nie pytać o zgodę. Natomiast 4% spośród wszystkich osób odpowiadających odpowiedziało, że lekarz nie musi rozmawiać z rodziną na temat transplantacji.

Respondenci najczęściej deklarowali oddanie narządów bez względu na to kim byłby biorca (86% ogółu osób biorących udział w ankiecie). Reszta respondentów deklarowała zgodę na pobranie narządów, ale tylko członkowi rodziny i było to 6% oraz brak zgody na takie działanie, gdzie taka odpowiedź wybrało 8% osób.

Ankietowani wyrażające aprobatę w stosunku do oddania własnych narządów byli wyznania rzymsko katolickiego (54%), prawosławnego (16%), Świadek Jehowy (11%) oraz 5% osób nie wierzących. Członkowi rodziny oddałoby narządy 4 osoby wyznania rzymsko-katolickiego, 1% prawosławnych oraz 1% Świadców Jehowy. Natomiast na pobranie narządów nie wyraziłoby zgody 6% osób wyznania rzymsko-katolickiego oraz 2% Świadców Jehowy (Ryc. 7.).

Ankietowani odpowiadając na pytanie o zostanie żywym dawcą narządu najczęściej wybierali odpowiedź dotycząca oddania narządu, ale tylko członkowi rodziny, co stanowiło 45% wszystkich odpowiedzi. Natomiast za zostaniem żywym dawcą i oddaniu narządu bez względu na to kim byłby biorca opowiedziało się 21%. Z kolei 26% osób odpowiadających być może zgodziłoby się na takie postępowanie. Nieliczni bo 8% ankietowanych zadeklarowało, że nie zgodziłoby się na zostanie żywym dawcą.



Ryc. 7. Aprobata respondentów na wykorzystanie swoich narządów po śmierci w celu ich przeszczepienia innej osobie według wyznania

Rozkład odpowiedzi ze względu na płeć był zróżnicowany, 24% kobiety jak i 21% mężczyzn deklaroowało zostanie żywym dawcą wyłącznie dla kogoś z rodziny. Natomiast żywymi dawcami bez względu na to kim byłby biorca bardziej byli skłonni być mężczyźni (12%), wśród kobiet było to 9% osób. Ankietowani, którzy być może zgodziliby się na dawstwo żywe byli w większości mężczyznami (16%), spośród kobiet taką odpowiedź wybrało 10% osób. Z całej grupy badanych 8% kobiet nie zgodziłoby się na zostanie żywym dawcą narządów (Ryc. 8.).

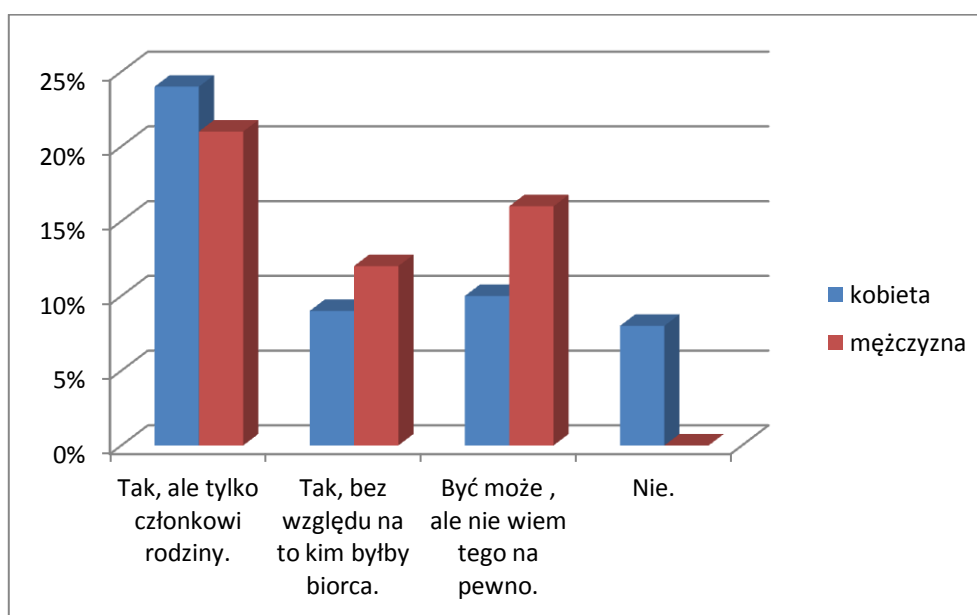
Zdecydowana większość osób biorących udział w ankiecie słyszała o oświadczeniu woli, co stanowiło 85% wszystkich badanych. Pozostali respondenci takiej wiedzy nie posiadali.

Najwięcej ankietowanych podpisałoby oświadczenie woli (46%). Wśród respondentów były też takie osoby, które podpisały już oświadczenie woli i było to 34% respondentów. Natomiast 10% osób nie podpisałoby tego oświadczenia oraz 10% osób wybrało odpowiedź: trudno powiedzieć.

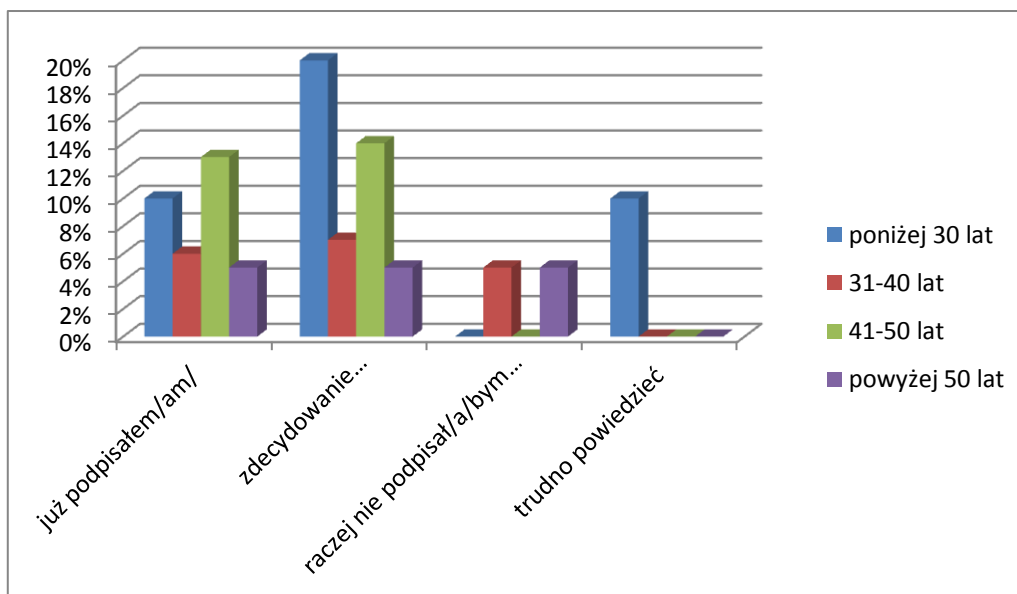
Najwięcej osób, które podpisało oświadczenie woli miało poniżej 30 lat (10%) oraz 41-50 lat (13%), 6% ankietowanych w wieku 31-40 lat, a 50 lat i powyżej (5%). Respondenci, którzy z chęcią podpisałiby owe oświadczenie mieli poniżej 30 lat (20%) oraz 41-50 lat (14%), kolejni w wieku 31-40 lat (7%), a 50 latkowie i powyżej (5%). Brak chęci podpisu oświadczenia wyraziło 5% ankietowanych w wieku 31-40 lat oraz 5% osób w wieku 50 lat i powyżej. Natomiast osoby, które nie potrafiły odnieść się do stawianego pytania były w wieku 30 lat i poniżej (10 %) (Ryc. 9).

W przypadku pytania o zgłoszenie sprzeciwu wobec pobrania narządów w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów wszyscy respondenci nie zgłosili takiego sprzeciwu.

Większość respondentów powiadomiła rodzinę o zgodzie lub sprzeciwie na pobranie narządów i jest to 44% wszystkich osób. Ankietowanych, którzy nigdy nie zastanawiali się, aby o swoim postanowieniu porozmawiać z rodziną było 27%. Natomiast 18% osób nie powiadomiło rodziny o swojej decyzji. Niewielka ilość ankietowanych pozostawiała decyzję o pobraniu narządów rodzinie (11%).

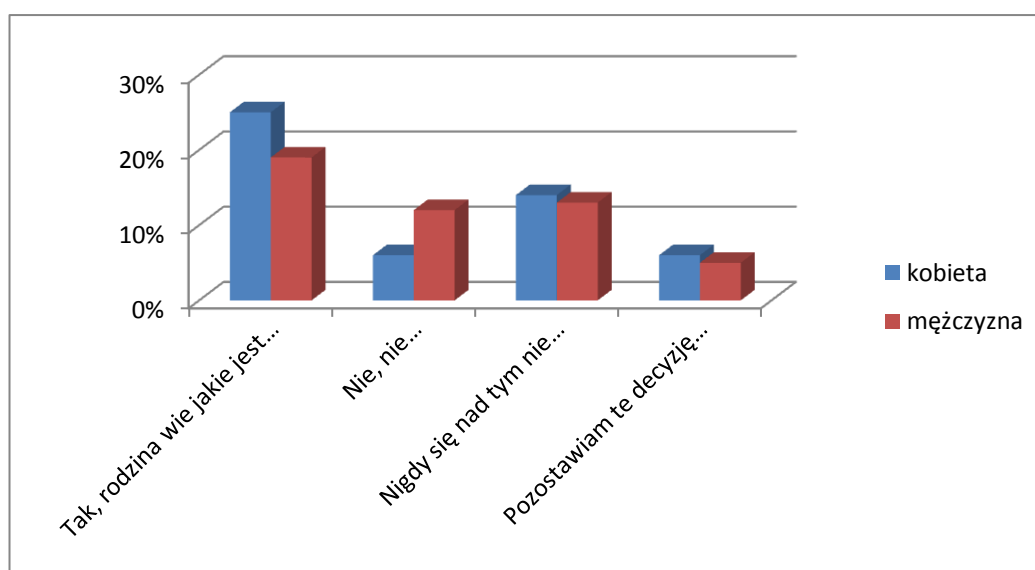


Ryc. 8. Zgoda respondentów na zostanie żywym dawcą nerki lub innego narządu wg płci



Ryc. 9. Chęć podpisania oświadczenia woli wg wieku

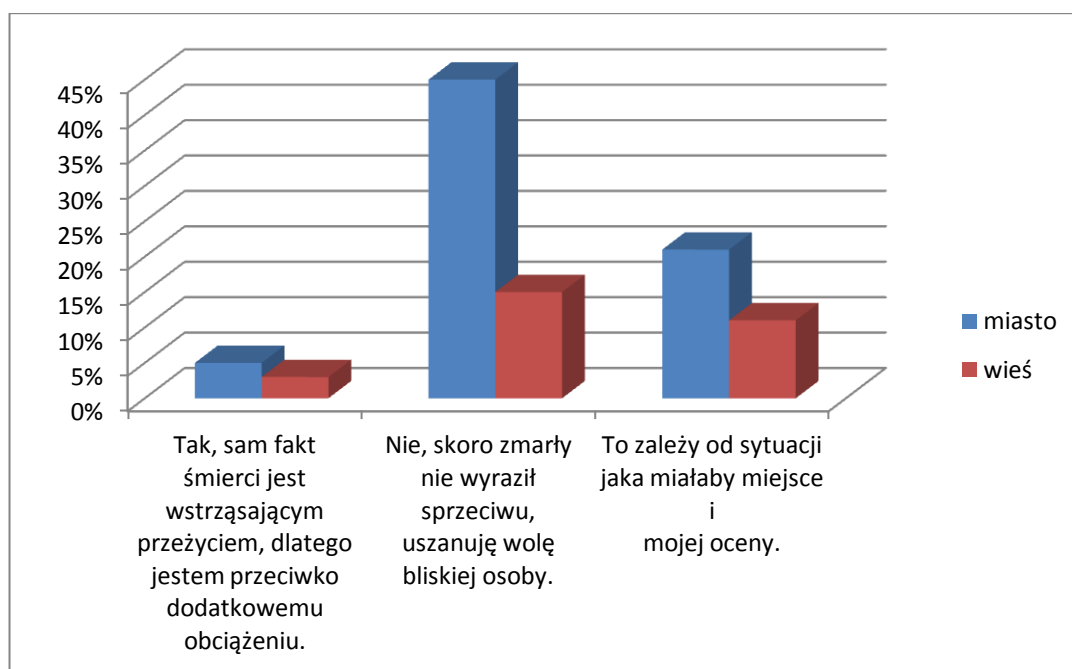
O postanowieniu w sprawie dawstwa narządów po śmierci swoje rodziny poinformowało 25% kobiet oraz 19% mężczyzn. Natomiast 6% kobiet i 12% mężczyzn nie powiadomiło rodziny jakie jest ich postanowienie w tej sprawie. Ankieterów płci męskiej, którzy nie zastanawiali się nad taką rozmowa z rodziną było 13%, a płci żeńskiej 14%. Grupa, która postanowiła pozostawić tą decyzję rodzinę liczyła 6% kobiet oraz 5% mężczyzn (Ryc. 10.).



Ryc. 10. Poinformowanie rodziny przez respondentów o sprzeciwie lub zgodzie na pobranie narządów po śmierci wg płci

Respondentów, którzy nie zamierzają sprzeciwić się woli zmarłego wobec pobierania narządów jest 60%. Niektórzy ankietowani swoje postępowanie w związku z wolą zmarłego utożsamiają z sytuacją jaka miałyby miejsce i ich własną oceną i jest to 32% ogółu. Natomiast 8% osób sprzeciwiłoby się zamiarowi pobrania narządów, mimo, że zmarły wyraził na to zgodę za życia

Brak sprzeciwu zamiaru pobrania narządów od zmarłej osoby bliskiej zadeklarowało 45% osób z miasta oraz 15% osób ze wsi. Sytuacja jaka miałyby miejsce i własna ocena, która mogłaby wpłynąć na decyzję respondentów była wybierana wśród 21% osób z miasta oraz 11% osób ze wsi. Natomiast osoby, które wyraziłyby sprzeciw pobraniu narządów od osoby bliskiej zadeklarowało 5% osób mieszkających w mieście oraz 3% osoby ze wsi (Ryc. 11.).



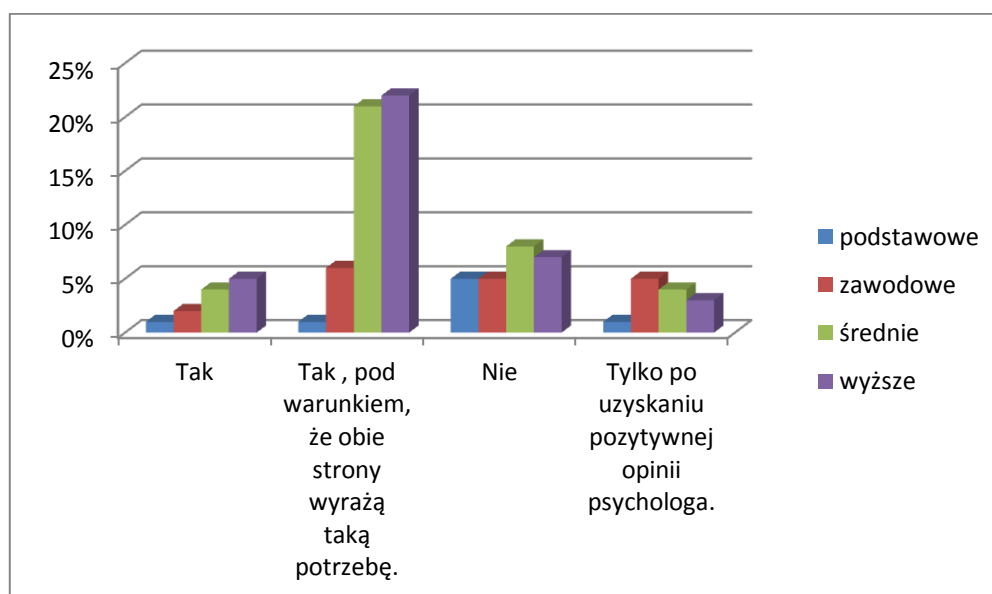
Ryc. 11. Czy w przypadku zgonu kogoś bliskiego respondenci protestowaliby wobec zamiaru pobrania narządów nawet, jeżeli zmarły za życia nie wyrażał sprzeciwu wg zamieszkania

Najwięcej ankietowanych twierdzi, że lekarz powinien pytać rodzinę o zdanie mimo zgody zmarłego na pobranie od niego narządów, ponieważ jest to wyraz szacunku dla tej rodziny i jest to 30% ankietowanych. Ankietowani sądzą również, że możliwość podjęcia decyzji przez rodzinę spowoduje zmniejszenie żałoby (16%), a brak pytania rodziny o zgodę spowoduje utratę zaufania do lekarzy (18%). Część ankietowanych stwierdziła, że lekarz nie

powinien dodatkowo obciążać rodziny decyzją o pobraniu narządów, skoro wie jakie postanowienie miał zmarły (16%). Odpowiadający twierdzili, że rodzina często nie zgadza się na pobranie dlatego lekarz nie musi rozmawiać o tym z rodziną (12%), a taki sprzeciw rodziny podważa zgodę domniemaną (8%).

Ponad połowa respondentów stwierdza, że biorca i rodzina dawcy powinni się poznać, z czego 12% nie ma żadnych warunków. Natomiast 50% respondentów uważa, że takie spotkanie może nastąpić tylko wtedy, gdy obie strony wyrażają na to zgodę, a 13% twierdzi, że tylko po uzyskaniu pozytywnej opinii psychologa możliwe jest takie spotkanie. Wśród respondentów wystąpiły osoby, które stanowczo nie zgadzają się na to, aby biorca i rodzina dawcy poznali się i jest ich 25% .

Bezwzględna aprobatę dla spotkania biorcy i rodziny dawcy wyraziło 5% osób z wykształceniem wyższym, 4% osób ze średnim, 2% osób z wykształceniem zawodowym oraz 1% z podstawowym. Natomiast 22% osób z wykształceniem wyższym, 21% osób z wykształceniem średnim, 6% osób z wykształceniem zawodowym oraz 1% z podstawowym uważa, że takie spotkanie powinno odbyć się pod warunkiem chęci obydwu stron. Spotkanie po uzyskaniu pozytywnej opinii psychologa popierają 3% z wykształceniem wyższym, 4% ze średnim, 5% z wykształceniem zawodowym oraz 1% z podstawowym. Ankietowani uważający, że takie spotkanie nie powinno mieć miejsca są wykształcenia wyższego (7%), średniego (8%), zawodowego i podstawowego po 5 osób w każdej z tych dwóch grup (Ryc. 12.).



Ryc. 12. Czy według respondentów biorca i rodzina dawcy powinni się poznać wg wykształcenia

Omówienie wyników i dyskusja

Z analizy przeprowadzonych badań wynika, że respondenci posiadają ogólną wiedzę na temat zagadnień transplantologii. Ankietowani w większości byli świadomi definicji transplantologii i w ich opinii kwestia pobierania narządów i tkanek powinna być bardziej propagowana wśród społeczeństwa. Pomimo, że transplantacja budzi nadal kontrowersje, to większość respondentów wyraziłaby zgodę na pobranie narządów po ich śmierci, bądź też uszanowałaby wolę bliskiej osoby, która postanowiła oddać swoje narządy.

Według przeprowadzonej ankiety 86% badanych wyraziłoby zgodę na pobranie od nich narządów. Jest to większy wynik w stosunku do raportu sporządzonego przez CBOS w lipcu 2012 roku, gdzie procent osób deklarujących zgodę wyniósł 76%. W badaniach przeprowadzonych uszanowanie decyzji zmarłej osoby o pobraniu jej narządów wynosiło 60% i zauważalnie uległo zmianie w stosunku do badań CBOS z lipca 2012 roku, gdzie ankietowani byli zgodni w tej kwestii w 86%. Pomimo tak licznej aprobaty przez ankietowanych w związku z oddaniem narządów tylko 43% osób rozmawiało z rodziną o swoim postanowieniu w tej sprawie. Wynik ten jest jednak zadowalający w porównaniu do badań CBOS z 2012 roku, gdzie rozmowę taką przeprowadziło tylko 24% ankietowanych [43].

Zmieniło się natomiast to, kto ma ostatecznie decydować o pobraniu narządów od zmarłego, wśród ankietowanych większość opowiedziała się za tym, że prawo oraz rodzina powinna o tym decydować i było to 31%, na drugim miejscu była decyzja każdego za życia co dawało 28%. Według badań CBOS z 2012 roku [43], oraz kampanii Zgoda za życie przeprowadzonej przez TNS Polska w październiku 2015 [44] respondenci twierdzili, że to każdy sam powinien decydować za życia o woli oddania narządów, co wynosiło około 70% odpowiedzi w obu przypadkach.

Zadawalający jest fakt, że tylko 8% badanych nie wyraziłoby zgody na pobranie od nich narządów. Mimo to osoby, które wyraziłyby sprzeciw nie są zarejestrowane w CRS. Wynik 8% jest niższy od wyników badania CBOS z 2012 roku, gdzie sprzeciw wyraziłoby 15% ankietowanych [43]. Natomiast według statystyk Centralnego Rejestru Sprzeciwów z 2014 roku do rejestracji wpłynęły 1764 zgłoszenia, z czego 14 zgłoszeń były to prośby cofnięcia sprzeciwu. CRS w roku 2014 zarejestrował najwięcej sprzeciwów od 1999 roku [45].

Wśród badanych większość słyszała o oświadczeniu woli (85%), jednak tylko 34% posiada owe oświadczenie, 46% ankietowanych stwierdziła, że zdecydowanie wypełniłoby to

oświadczenie. Wyniki te nie wiele różnią się od wyników badania przeprowadzonego przez Wojciechowskiego P. oraz Szpringer M w roku 2011, gdzie oświadczenie woli posiada 31,6% ankietowanych, a gotowość podpisania go stwierdziło 62,5% [46].

Pytając o stosunek do zostania żywym dawcą narządów większość ankietowanych (45%) zostałaby żywym dawcą tylko dla osoby potrzebującej z rodziny, a nieliczna część (21%) oddałaby narząd obcej osobie, pozostała część ankietowanych nie wiedziała jak postąpiłaby w takiej sytuacji (26%) lub nie zgodziłaby się na pozostanie żywym dawcą (8%). Wyniki osób odpowiadających na ankietę są zdecydowanie inne niż wyniki badań przeprowadzonych w Wielkiej Brytani w 2011 roku przez Mazaris EM, Żuraw JS i wsp., gdzie 85,6% badanych było w stanie zostać dawcą żywym dla rodziny bądź znajomych, pozostała część ankietowanych 15,4% była skłonna oddać narząd dla osobie obcej [47].

Ankietowani pytani o stosunek do ksenotransplantacji w większości (58%) było jej zwolennikami, powołując się na alternatywę pobierania narządów od zwierząt lub zmniejszenie oczekiwania na przeszczep. Reszta respondentów (42%) takiemu postępowaniu przeciwna. W porównaniu do wyników badań przeprowadzonych przez S. Lundin i M. Idvall w Szwecji w 2003 roku osób, które ksenotransplantację uważały za moralnie akceptowalną było 75%, a osób, przeciwnych było 15%, a pozostała część ankietowanych nie odpowiedziała na to pytanie [48]. Natomiast w badaniach Mo H. i Kwon I z Korei z 2009 roku odsetek osób popierających ksenotransplantację wynosił 69,8%, a osób nastawionych negatywnie do takich rozwiązań było 29,2% [49].

Pomimo 58% poparcia dla ksenotransplantacji, tylko 19% ankietowanych zgodziłoby się na takie rozwiązanie, a 49% osób nie mając innego wyboru być może wybrałoby przeszczep od zwierzęcia, kolejne 19% nie zgodziłoby się na przeszczep i 13% nie potrafiło ustosunkować się do danego pytania. Wyniki te różnią się diametralnie od badań przeprowadzonych w Hiszpanii w 2004 roku przez Rios AR, Conesa CC, Ramírez P., Rodriguez M., Parrilla P, gdzie zgodę na ksenotransplantację wyrażało 74%, przeciwnych było 18% osób, a osób niezdecydowanych 8% [50].

Respondenci pytani o możliwe przyczyny sprzeciwu rodzin wobec oddania narządów bliskiej osobie do przeszczepu najczęściej odpowiadali, że są to: względy emocjonalne (63%), nieznamość problemów medycznych (48%), decyzja ta pomaga w zabiciu bliskiej osoby (46%), przekonania religijne (40%) oraz nieufność do personelu medycznego (28%). Wybory te nie różnią się diametralnie w porównaniu do badań CBOS z 2012 roku oraz TNS Polska z 2015 roku [43].

Analizując odpowiedzi ankietowanych na temat rozmowy lekarza z rodziną zmarłego, który wyraził zgodę na przeszczep przed śmiercią można stwierdzić, że osoby biorące udział w badaniu uważają, że lekarz powinien przeprowadzić taką rozmowę z rodziną (81%). Pozostała część respondentów opowiedziała się za informowaniem rodziny o planowanym pobraniu narządów. Odmienne wyniki uzyskane zostały przez Wojciechowskiego P. oraz Szpringer M w roku 2011, w tych badaniach 74% ankietowanych było za pobraniem narządów jeśli zmarły wyraził na to zgodę za życia, nawet wtedy gdy podczas rozmowy z lekarzem na ten temat rodzina wyraziła sprzeciw [46].

Respondenci mając świadomość niewielkiej ilości pobieranych narządów, chcą aby o transplantacji mówiono publicznie. Według odpowiadających najlepszym działaniem, które wpłynęłoby na zwiększenie ilości pobieranych narządów są: promowanie idei transplantacji przez media (54%), zwiększenie zaufania potencjalnych dawców do środowiska medycznego (46%), organizowanie spotkań z osobami po transplantacji (42%), obecność w szpitalu osoby zajmującej się tylko zagadnieniami transplantacji (38%), zaangażowanie Kościoła Katolickiego (26%). Wyniki różnią się od wyników przedstawionych przez Fundację Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu projektu „Program edukacji i promocji idei transplantacji na terenie województwa śląskiego na lata 2013-2014”, gdzie ankietowani najczęściej wskazywali organizowanie wykładów otwartych na temat transplantacji (40%), uświadomienie społeczeństwa (17%), zaangażowanie Kościoła Katolickiego (9%), promowanie transplantacji przez reklamy, billboardy, portale społecznościowe (9%), rozmowa z pacjentami po przeszczepie (5%) [51].

Osoby biorące udział w badaniu uważały, że rodzina dawcy z biorcą powinni się poznać i takich osób była zdecydowana większość (75%), tylko nieliczni nie zgodziliby się na takie spotkanie.

Podsumowując przeprowadzone badanie, faktem jest, że ludzie są pozytywnie nastawieni do tematu transplantacji narządów oraz interesuje ich ten temat. Duży odsetek ankietowanych deklaruje zgodę na oddanie swoich narządów po śmierci, jak również nie sprzeciwiałoby się gdyby wystąpiła potrzeba pobrania narządów po śmierci od ich bliskich. Natomiast żywe dawstwo jest przez ankietowanych widziane w kręgach rodzinnych. Kontrowersję wywołały pytania o ksenotransplantację, lecz połowa ankietowanych popierała tę metodę, mimo to tylko nieliczni byli pewni, że wybraliby takie rozwiązanie. Ankietowani chcieli, aby o transplantacji mówiono publicznie, aby mieli szansę pogłębić swoją wiedzę

oraz zwiększyć świadomość tego, że zgoda na pobranie narządów po ich śmierci, lub bliskiej osoby może uratować komuś życie.

Wnioski

Analiza zebranego materiału badawczego pozwoliła na wyłonienie następujących wniosków.

1. Ankietowani biorący udział w badaniu, w większości znają definicję transplantacji narządów.
2. Większość osób biorących udział w badaniu zgodziłaby się oddać swoje narządy po śmierci, a także wyraziłaby zgodę, aby pobrano narządy od ich bliskich po śmierci.
3. Mniej niż połowa ankietowanych rozmawiała z bliskimi na temat własnych decyzji w sprawie pobrania narządów do przeszczepu po ich śmierci.
4. Pomimo, że respondenci wiedzą, co to jest oświadczenie woli, to tylko niewielka część ankietowanych wypełnia takie oświadczenie.
5. Respondenci oczekują, że lekarz pozwoli rodzinie podjąć decyzję w sytuacji, gdy będzie możliwość pobrania narządów od zmarłej bliskiej im osoby.
6. Ksenotransplantacja nie w pełni była akceptowana przez respondentów, co może być spowodowane małą świadomością na temat takich przeszczepów.

Bibliografia

1. Ipsos: Postawy wobec przeszczepu narządów. Raport z badań. Warszawa 2002.
2. Nowacka M.: Etyka a transplantacje. Wyd. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003.
3. Sade R. M.: Transplantation at 100 years: Alexis Carrel, pioneer surgeon. *The Annals of Thoracic Surgery*, 2005, 80, 6, 2415-2418.
4. Duda J.: Cywilnoprawna problematyka transplantacji medycznej. Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2011.
5. Binczycka - Anholcer M.: Agresja i Przemoc. Wyd. Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej, Poznań 2001.
6. Wasak A.: Transplantacje: dar życia. Wyd. Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne – POLWEN, Radom 2007.

7. Makara-Studzińska M., Kowalska A.J., Jakubowska K.: Poziom wiedzy oraz opinie pielęgniarek na temat transplantacji organów. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2012, 18, 1, 31-36
8. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dn.22 marca 1928 roku o zakładach leczniczych (Dz.U. Nr.38 z 1928r., poz.382 ze zmianami).
9. Guzik - Makaruk E.M.: *Transplantacja organów, tkanek i komórek w ujęciu prawnym i kryminologicznym*. Wyd. Temida 2, Białystok 2008.
10. Ustawa z dn. 26 października 1995 r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr. 138 poz. 682).
11. Ustawa z dn. 1 lipca 2005 roku o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr. 169 poz. 1411 ze zmianami).
12. Marcol A.: *Etyczne aspekty transplantacji narządów*. Wyd. Świętego Krzyża, Opole 1996.
13. Żaba C., Świdorski C., Żaba Z., Grześkowiak M.: Prawno-medyczne aspekty pobierania narządów ze zwłok. *Nowiny Lekarskie* 2009, 78, 2, 159-164.
14. Tokarczyk R.: *Prawa narodzin, życia i śmierci*. Wyd. Zakamycze, Kraków 2000.
15. Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do spraw transplantacji „Poltransplant” [online]: <http://www.poltransplant.org.pl/ow.html>; data dostępu: 31.03.2016.
16. Muszala A.: *Encyklopedia bioetyki*. Wyd. Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne POLWEN, Radom 2009.
17. Antos E., Zelman M.: Kulturowe i religijne uwarunkowania przeszczepiania narządów w Polsce i na świecie. *Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue*, 2012, 1, 7-13
18. Brzeziński W.: *Etyka Lekarska*. Wyd. PZWL, Warszawa 2002.
19. Biesaga T.: Kontrowersja wokół nowej definicji śmierci. *Medycyna Praktyczna* 2006, 2, 20-28.
20. Rowiński W.: Bariery przeszczepiania narządów w Polsce i sposoby ich pokonania. *Medycyna Praktyczna*, 2009, 1, 156-157.
21. Pawlica B., Szczepański M.: *Dar życia i jego społeczny kontekst. Zabiegi transplantologiczne*. Wyd. Śląskie Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Zarządzania i Nauk Społecznych, Tychy 2003.
22. Meller J.: Etyczna problematyka przeszczepiania narządów [w:] *Meandry etyki*, pod red. Sareły Z. Wyd. Wszechnicy Mazurskiej, Olecko 2001, 205.

23. Kucharska E., Nęcek R.: Transplantacja jako troska o życie i zdrowie Bliźniego. *Przegląd Lekarski*, 2011, 68, 12, 1208-1214.
24. Rutkowski B.: Wytyczne dotyczące zasad zgłaszania, kwalifikacji i przygotowania zmarłych dawców do pobrania narządów. Wyd. Via Medica, Gdańsk 2009.
25. Imieliński K.(red.): *Medycyna na początku III tysiąclecia: humanizm, traumatologia, transplantologia*. Wyd. Polska Akademia Medycyny, Warszawa 2000.
26. *Katechizm Kościoła Katolickiego*. Wyd. Pallottinum, Poznań 2002, 531.
27. Krajewska-Kułak E. (red.): *Problemy wielokulturowości w medycynie*. Wyd. Wydawnictwo Medyczne PZWL, Warszawa 2010.
28. Modlińska A., Krakowiak P.: Stanowisko Kościoła katolickiego oraz innych religii wobec przeszczepiania narządów. [w:] *Wytyczne dotyczące zasad zgłaszania, kwalifikacji i przygotowania zmarłych dawców do pobrania narządów*. Rutkowski B., Kaliciński P., Śledziński Z., Wujewicz M., Mielecka A. (red.). Wyd. Via Medica, Gdańsk 2009, 26-44.
29. Borkowski J.: *Medycyna na krawędzi: ewolucja definicji śmierci człowieka w kontekście transplantacji narządów*. Wyd. Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne POLWEN, Radom 2011.
30. Bruzzone P.: Religious aspects of organ donation. *Transplant Proceedings*, 2008, 40, 4, 1064-1067.
31. Smolińska M.: Czy panu Bogu podobają się transplantacje? *Gazeta Wyborcza* 03.03.2011[on line]: http://wyborcza.pl/1,76842,9195796,Czy_Panu_Bogu_podobaja_sie_transplantacje_html; data dostępu: 23.04.2016
32. Bielicka M. Rozmowa z Markiem Karczewskim o życiu przeszczepie i po nim. *Gazeta Wyborcza* 19.12.2006 [on line]: <http://poznan.wyborcza.pl/poznan/1,36024,3803056.html; data dostępu: 23.04.2016>
33. Krawulska- Ptaszyńska A. (red.): *Prowadzenie trudnych rozmów z pacjentami i rodzinami pacjentów –materiały szkoleniowe z kursu szkoleniowego*. Wyd. Open Konsultacje i Szkolenia. Zielona Góra, 2.
34. Jurek J., Chwał M., Janusz B., Barbaro B.: Pobranie narządów po śmierci: psychologiczna sytuacja rodziny, kontekst kulturowy, rola profesjonalistów. *Psychoterapia*, 2011 , 4, 159, 51-64

35. Rutkowski B.(red.): Wytyczne dotyczące zasad zgłaszania, kwalifikacji i przygotowania zmarłych dawców do pobrania narządów. Via Medica Gdańsk 2009, 111-118.
36. Złotek A. Odpowiedzialność karna lekarza transplantologa. Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych, 2010, 1, 5-42.
37. Dyszkiewicz W.: Transplantologia w zarysie. Wyd. Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Poznań 2009.
38. Franz HG, DeJong W, Wolfe SM, Nathan H, Payne D, Reitma W, Beasley C.Ł.: Explaining brain death: a critical feature of the donation process. Journal of Transplant Coordination, 1997, 7, 1, 14–21.
39. Rowiński W. (red): Transplantologia kliniczna. Wyd. Wydawnictwo Medyczne PZWL, Warszawa 2004, 21 - 22.
40. Wujtewicz M.: Intensywna terapia dla studentów. Wyd. Akademia Medyczna Gdańsk, Gdańsk 2005.
41. Nowicka G.: Administracyjno-prawne aspekty transplantacji. Wyd. Wyższa Szkoła Ekonomiczno - Humanistyczna w Skierniewicach, Skierniewice 2003.
42. Lao M., Rowiński W.: Transplantologia kliniczna. Wyd. Akademia Medyczna Warszawa, Warszawa 1998.
43. CBOS Komunikat z badań: Postawy wobec przeszczepiania narządów. Warszawa 2012, 105, 1-17.
44. TNS Polska na potrzeby kampanii społecznej "Zgoda na życie" [on-line], <http://docplayer.pl/7604622-Stosunek-polakow-do-transplantologii.html> data dostępu: 16.05.2016
45. Poltransplant: Biuletyn Informacyjny. Warszawa 2015, 1, 23, 1-152.
46. Wojciechowski P., Szpringer M.: Bariery społeczne w transplantologii w opinii młodych Polaków. Studia Medyczne, 2012, 27, 3, 45-52.
47. Mazaris E.M., Żuraw J.S. , Warren A.N., et.al.: Attitudes toward live donor kidney transplantation and its commercialization. Clin. Transplant., 2011, 25, 3, 312-9.
48. Lundin S., Idvall M.: Attitudes of Swedes to marginal donors and xenotransplantation. Journal of Medical Ethics, 2003, 29, 186–192.
49. Mo H, Kwon I.: Korean attitudes to Xenotransplantation: a survey conducted in 2009. Xenotransplantation, 2010, 17, 5, 391-5

50. Rios A.R., Conesa C.C. , Ramírez P. et al: Public attitude toward xenotransplantation: opinion survey. *Transplant Proceedings*, 2004, 36, 10, 2901-5.
51. Fundacja Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu projektu „Program edukacji i promocji idei transplantacji na terenie województwa śląskiego na lata 2013-2014” <http://transplantacja.fundacjasccs.pl/wp-content/uploads/2014/01/Analiza-statystyczna-Transplantacja-jestem-na-TAK.docx> (data dostępu 16.05.2016)

EUTANAZJA DZIECI – DEGRADACJA WARTOŚCI ŻYCIA CZY POSTĘP CYWILIZACYJNY?

Katarzyna Dziewiątkowska¹, Regina Sierżantowicz²

1. Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp

Od kilkudziesięciu lat temat eutanazji coraz powszechniej pojawia się w dyskusjach. Zarówno ludzie wykonujący zawody medyczne, jak i przedstawiciele innych zawodów, zadają sobie pytanie o etyczność i ewentualną dopuszczalność eutanazji w terminalnych stanach choroby. Opinie na jej temat są podzielone. Ludzie zajmują w tej kwestii skrajnie różne stanowiska. Pomiędzy przedstawicielami odmiennych poglądów dochodzi do konfliktu wartości między „godną śmiercią”, a życiem będącym wartością samą w sobie. Zwolennicy eutanazji twierdzą, że każdy człowiek powinien sam decydować o swoim losie, co jest równoznaczne z możliwością podejmowania decyzji o zakończeniu swojego życia. Reprezentanci takich poglądów proponują wprowadzenie dobrowolnych deklaracji, dzięki którym odebranie życia danemu człowiekowi byłoby zgodne z jego wolą. Przeciwnicy tych przekonań zwracają uwagę na to, że eutanazja staje się naruszeniem podstawowego prawa człowieka do wolności, nienaruszalności życia [1].

Temat eutanazji jest bardzo złożony i kontrowersyjny. Jednym z najtrudniejszych zagadnień wydaje się być eutanazja przeprowadzana na dzieciach. Niedawno, za sprawą wprowadzenia w Belgii poprawki do ustawy o eutanazji (2014r.) mówiącej o braku ograniczeń wiekowych przy takim sposobie zakończenia życia, dysputa ta stała się jeszcze bardziej popularna.

Czym jest eutanazja?

Eutanazja to dość trudne zagadnienie do zdefiniowania. Przez lata ewaluowało historycznie oraz znaczeniowo (od pojęcia dobrej śmierci po śmierć eugeniczną). Słowo to w języku greckim (euthanasia) oznacza „dobrą śmierć”. Miałaby być ona zadawana osobom nieuleczalnie chorym, w celu skrócenia, zakończenia ich cierpienia.

W literaturze znajdujemy podział na eutanazję czynną (aktywną) oraz bierną. O pierwszym typie możemy mówić wówczas, gdy lekarz poprzez swoją działalność, spowodowaną litością wobec cierpiącego pacjenta, doprowadza do jego śmierci, np. przez podanie śmiertelnej dawki środka uśmierzającego ból. Takie działanie lekarza poprzedzone jest konkretnym żądaniem chorego. Pojęcie to należy rozgraniczyć ze wspomaganym samobójstwem, które ma miejsce, gdy lekarz przypisuje śmiertcioną dawkę leku pacjentowi a ten sam przyjmuje środek, będąc tym samym odpowiedzialny za swój czyn i za zakończenie swojego życia. Druga z nich polega na zaprzestaniu przez działanie lekarza czynności leczniczych podtrzymujących życie na ewidentne żądanie chorego oraz w wyniku głębokiego współczucia dla niego [1].

Kolejnym podziałem uwzględnia eutanazję dobrowolną i niedobrowolną. Pierwsza ma miejsce, kiedy pacjent świadomie wyrazi wolę przedwczesnego spowodowania jego śmierci. Eutanazja niedobrowolna ma miejsce w sytuacji, kiedy pacjent nie wyraził takiej prośby ponieważ jest nieprzytomny. Ponadto należy zwrócić uwagę na pojęcie zaprzestania „uporczywej terapii, to znaczy z pewnych zabiegów medycznych, które przestały być adekwatne do realnej sytuacji chorego, ponieważ nie są już współmierne do rezultatów, jakich można by oczekiwać, lub też są zbyt uciążliwe dla samego chorego i dla jego rodziny” (JPII, Encyklika). Polega ona na rezygnacji z przesadnych i nadzwyczajnych środków, których jedynym efektem byłoby przedłużenie pełnego bólu i cierpienia życia [2].

Uregulowania prawne w Polsce i w innych państwach

Regulacje prawne dotyczące eutanazji obowiązujące w różnych państwach często zasadniczo różnią się od siebie. Poszczególne państwa ustosunkowały się do tematu eutanazji poprzez różnorodne regulacje prawne. Przepisy dotyczące decyzji związanych z zakończeniem życia oscylują od całkowitego zakazu eutanazji po jej legalność. Jednocześnie można zauważyć tendencję prawa do liberalizacji przepisów jej dotyczących.

W Polsce wszelki rodzaj eutanazji jest zabroniony i traktowany jako przestępstwo. W prawie polskim istnieją zapisy, które zapewniają człowiekowi prawną ochronę życia i jest to jedna z podstawowych norm, które są wymieniane na pierwszym miejscu wśród wolności i praw osobistych. Art. 38 Konstytucji stanowi: „Rzeczypospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia” [3]. Kolejne zapisy znajdują się w Kodeksie Karnym. Znajdujemy tam Art. 150: „Kto zabija człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego, podlega karze pozbawienia wolności do 3 miesięcy do lat 5”; oraz Art. 151: „Kto

namową lub przez udzielanie pomocy doprowadza człowieka do targnięcia się na własne życie, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5”[4].

Art. 31 Kodeksu etyki lekarskiej stanowi: „Lekarzowi nie wolno stosować eutanazji ani pomagać choremu w popełnieniu przestępstwa”[5]. Według J. Stolarczyka „umierający oczekuje od lekarza i od otoczenia akceptacji swojej osoby, pomocy i umniejszenia cierpienia, a nie sprawnego wykonania wyroku śmierci”[6]. Podstawowym obowiązkiem lekarza jest ochrona życia i zdrowia chorego. Fragment przysięgi Hipokratesa brzmi następująco: „*Nikomu, nawet na żądanie nie dam śmiercionośnej trucizny, ani nikomu nie będę jej doradzał*”. Legalizując eutanazję podejmujemy ryzyko zachwiania autorytetu służby medycznej, zaś pracownicy ochrony zdrowia mogliby zacząć być postrzegani jako osoby niegodne zaufania. Ponadto pacjent może stracić zaufanie do swoich bliskich, którzy potencjalnie mogliby wyrazić zgodę na ich eutanazję [7].

Pielęgniarki, których praca polega na opiekowaniu się pacjentami, również obowiązują określone zasady etyczne. W Kodeksie Etyki Pielęgniarki i Położnej obliguje je do tego, aby zapewniały kompleksową, humanitarną opiekę terminalną oraz godne warunki umierania, uwzględniając i szanując uznawane przez pacjenta wartości [8].

Pierwszym krajem w Europie, który zalegalizował eutanazję oraz medycznie wspomaganą samobójstwo była Albania (1999r.). Dozwolona jest tam każda forma eutanazji czynnej. Kiedy osoba chora nie jest w stanie decydować samodzielnie o swojej śmierci, ponieważ na przykład jest w stanie długotrwałej śpiączki, zgoda taka wymagana jest od trzech członków jego rodziny [6].

Kolejnym państwem była Holandia (2001r.). Tam eutanazji może się poddać pacjent, który ma co najmniej 12 lat (do 16 roku życia wyłącznie za zgodą rodziców). W ustawie o eutanazji zawarty jest zapis, mówiący o tym, że lekarz może dokonać eutanazji wyłącznie w przypadku, kiedy spełnionych zostanie sześć warunków. Przede wszystkim musi on być głęboko przekonany o tym, że pacjent podjął decyzję dobrowolnie oraz, że bardzo dokładnie ją przemyślał. Cierpienie chorego musi być nieznośne. Kolejnym obowiązkiem lekarza jest przedstawienie cierpiącemu jego położenia i ukazanie wszystkie możliwych form terapii. W wyniku wspólnych rozmów, muszą dojść do wniosku, że eutanazja jest jedynym rozwiązaniem zaistniałej sytuacji. Kolejnym krokiem jest konsultacja z innym lekarzem, który zbada pacjenta, a następnie złoży pisemne oświadczenie dotyczące jego stanu zdrowia. Ostatnim punktem, który musi być spełniony jest przeprowadzenie eutanazji przez lekarza lub

pomoc choremu w samodzielnym zakończeniu życia w odpowiedni sposób, zgodnie z medycznymi standardami [6,9].

Belgia jako pierwszy kraj dopuszcza eutanazję u dzieci bez ograniczeń wiekowych, z zastrzeżeniem, iż dziecko w chwili złożenia wniosku musi posiadać zdolność rozeznania oraz być świadome. Ustawę zawierającą ten zapis przyjęto w 2014 roku, zaś eutanazja u osób pełnoletnich była dozwolona w tym państwie już od roku 2002. W 2009 roku w Luksemburgu weszła w życie ustawa, która pozwala na skracanie życia jedynie na żądanie ciężko i nieuleczalnie chorego, który zwróci się z taką prośbą do lekarza więcej niż raz. Ponadto wymagana jest zgoda dwóch innych lekarzy oraz konsylium ekspertów. Decyzję taką można również podjąć poprzez spisanie testamentu [6,9].

W Niemczech w roku 2010 wydano orzeczenie, z którego wynika iż pacjent może zażyczyć sobie zakończenia sztucznego podtrzymywania przy życiu i tym samym skorzystać z możliwości wspomaganego samobójstwa, przy czym eutanazja w dalszym ciągu jest przestępstwem. Oprócz wyżej wymienionych państw, eutanazja i/lub wspomagane samobójstwo są legalne również w Szwajcarii, Stanach Zjednoczonych (w stanie Oregon), Indiach, Japonii, Kolumbii oraz Kanadzie. W pozostałych krajach eutanazja jest niedozwolona i traktowana jako przestępstwo przeciwko życiu [6,9].

Eutanazja dzieci

Kiedy u dziecka zostaje zdiagnozowana nieuleczalna choroba, której nieuchronnym skutkiem jest śmierć, zadajemy sobie pytanie o sens i cel takiego cierpienia. Próbujemy zrozumieć dlaczego takie sytuacje mają miejsce i jakie dziania powinniśmy podjąć. We współczesnym świecie coraz częściej mówi się o eutanazji jako sposobie na skrócenie cierpienia nieuleczalnie chorego bądź niepełnosprawnego dziecka [10].

Nie sposób nie zadać sobie pytań: Jak głęboko możemy ingerować w ludzkie życie? Czy mamy prawo do decydowania o tym, kiedy ludzkie życie ma się zakończyć? Jakie możliwości oprócz eutanazji podsuwa nam współczesna medycyna? Stając w tak trudnej sytuacji należy całą swoją uwagę zwrócić ku cierpiącemu dziecku i spróbować podjąć taką decyzję, która postawi na piedestale dobro dziecka, będzie zgodna z naszym sumieniem, a nie uwarunkowana naszą wygodą. Należy uczynić wszystko, co w jakikolwiek sposób ułatwiłoby ciężko choremu dziecku przeżywanie cierpienia oraz bólu. „Cierpienie dziecka wzmagają się, gdy widzi ono, że w wyniku jego choroby rodzina przestaje dobrze funkcjonować, rodzi się chaos, pojawiają się sprzeczne komunikaty, co do jego stanu zdrowia, a na twarzach

najbliższych rysuje się cierpienie, zmęczenie, udręka i współczucie. Dziecko martwi się o rodziców, o rozłąkę z nimi, o ich stan zdrowia, czy samopoczucie” [11].

Życie jest podstawową wartością, którą musimy chronić. Bez względu na poglądy czy wyznanie, mamy obowiązek troszczyć się o osoby słabe, niepełnosprawne oraz takie, które są niezdolne do samoopieki. Szczególnie należy zwrócić uwagę na dzieci, które bez pomocy osób dorosłych nie mają szans na przeżycie. Obecnie coraz bardziej przyzwyczajamy się do zjawiska śmierci i stajemy się wobec niej obojętni. Z jednej strony jej nadejście jest oczywiste, dotyczy ona każdego człowieka, a równocześnie w dalszym ciągu jest nieodgadniona i nieokielznana. Każdy z nas prędzej czy później musi zmierzyć się z odejściem bliskiej osoby, jak również z perspektywą własnej śmierci [12].

W dzisiejszej rzeczywistości zaczyna przeważać tendencja uznawania życia za wartościowe, kiedy jest ono źródłem przyjemności i dobrobytu. Kiedy więc pojawia się cierpienie, choroba, starość – eutanazja traktowana jest jako sposób zakończenia dalszej egzystencji. We współczesnym świecie medycyna jest szeroko rozwinięta. Posiadamy środki, które mogą w znacznym stopniu zmniejszyć ból, na który jeszcze kilkanaście lat temu nie mieliśmy satysfakcjonującego sposobu. Dzięki wykorzystaniu niezwykle rozwiniętych urządzeń mamy możliwość przedłużania i podtrzymywania życia ludzkiego. Równocześnie znaleźliśmy sposób na „dobrą śmierć”, która przychodzi bezboleśnie i skraca dolegliwości osoby chorej [13].

W 2014 roku w Belgii wprowadzono ustawę pozwalającą na wykonywanie eutanazji u dzieci. Dotychczas jedynie w Holandii mogła być ona wykonywana u osób niepełnoletnich od 12 roku życia. Jakie skutki niesie za sobą taka decyzja? Dużym ryzykiem są: realna możliwość dopuszczenia pomyłki w diagnozie medycznej oraz możliwość nadużyć, które wynikają z braku możliwości kontroli działań eutanatycznych. Istnieje również ogromne niebezpieczeństwo, że młody człowiek w momencie podejmowania decyzji może być w stanie depresji bądź może nie mieć dostatecznej wiedzy oraz informacji na temat eutanazji, do której w jakimś sensie namawiać go mogą dorośli, podsuwając mu powyższą alternatywę. W wyniku tego młody pacjent może podjąć nieracjonalne postanowienie. Przeciwnicy tej ustawy podkreślają, że skoro dziecko nie jest zdolne do decyzji o małżeństwie czy założeniu rodziny – tym bardziej nie powinno ono decydować o zakończeniu swojego życia, gdyż takie rozstrzygnięcie jest nieprawdopodobnie trudne nawet dla dorosłego człowieka. Istnieje obawa, że zaczęto traktować życie jako coś, co w pewnych sytuacjach nie jest warte by trwać. Sugerują również, że zalegalizowanie eutanazji może doprowadzić do stopniowego

wyniszczenia więzi społecznych między ludźmi. Podejmując decyzję o eutanazji dziecka, rodzice, w pewnym sensie, biorą za nią odpowiedzialność. W perspektywie dłuższego okresu czasu może to wywołać u nich ogromne poczucie winy, z którym nie będą w stanie sobie poradzić [14].

Janusz Korczak wybitny pediatra i pedagog, twórca antyautorytarnego systemu wychowawczego, w jednym ze swoich dzieł stwierdził, że „dziecko nie może myśleć «jak dorosły», ale może dziecięco zastanawiać się nad poważnymi zagadnieniami dorosłych; brak wiedzy i doświadczenia zmusza je, by inaczej myślało” [15].

Zwolennicy eutanazji twierdzą, że jest to dobra alternatywa dla rodziców chorych dzieci, którzy znajdują się w niezwykle trudnej i przytłaczającej sytuacji. Ponadto podkreślają, że dzieci mają takie same prawo do eutanazji jak osoby dorosłe, a zabierając im ten przywilej – dyskryminuje się je. Uważają, że ustawa o eutanazji dzieci jest motywowana wyłącznie współczuciem i próbą ochrony godności niepełnoletnich pacjentów. Kontrargumentują poglądy przeciwników, twierdząc, że chore dziecko, choć niepełnoletnie, w wyniku swej trudnej sytuacji niezwykle szybko osiąga dojrzałość i jest w stanie podejmować nawet bardzo trudne decyzje. Różnice zdań zwolenników i przeciwników wynikają z odmienności ich poglądów, różnic światopoglądowych, religijnych, społecznych. Znalezienie kompromisu w tym temacie wydaje się być niezwykle trudne a wręcz niemożliwe.

Przepisy zawarte w poprawce do ustawy z dnia 13 lutego 2014 roku, precyzują warunki, które muszą być spełnione, aby zakończyć życie nieletniego pacjenta poprzez eutanazję. Po pierwsze może być ona możliwa jedynie na wyraźne żądanie dziecka, które posiada umiejętność rozeznania oraz oceny swojego stanu, a w momencie składania prośby jest przytomne. Musi być ona przemyślana, samodzielna, dobrowolna. Nie może być wynikiem nacisku lub presji ze strony rodziców, lekarzy czy środowiska [12]. Po drugie eutanazja dopuszczalna jest u dzieci, które doświadczają stałego bólu oraz cierpienia spowodowanych przez chorobę. Ponadto jego medyczny stan i stadium choroby nie rokują poprawy. Lekarz, który miałby dokonać eutanazji ma obowiązek bycia neutralnym w stosunku do pacjenta. Jego podejście musi być w pełni profesjonalne. Przed dokonaniem eutanazji jest zobowiązany poinformować swojego pacjenta o jego aktualnym stanie zdrowia, przedyskutować z nim oraz z jego rodzicami (opiekunami prawnymi) prośbę o „dobrą śmierć” oraz przedstawić wszelkie możliwości alternatywnych terapii oraz opieki paliatywnej. Ostateczną decyzję musi skonsultować z innym lekarzem [16].

Opieka nad pacjentem terminalnie chorym i niepełnosprawnym jest niezwykle trudna. Wymaga dużego nakładu pracy, wszechstronnej i całościowej opieki oraz środków finansowych. Rodzice oraz personel medyczny mają obowiązek budowania atmosfery akceptacji i poczucia bezpieczeństwa w otoczeniu dziecka. Zobowiązani są do traktowania ich z nadzwyczajną empatią, cierpliwością. Taka postawa stanowi najwyższe dobro. Jest ona niezwykle trudna, ponieważ wymaga ona autentycznego i bardzo często długotrwałego poświęcenia [12].

Podstawą pediatrycznej opieki paliatywnej powinno być złagodzenie bólu oraz innych przykrych i dokuczliwych objawów choroby. Postawa personelu zarówno w stosunku do małego pacjenta, jak i do jego rodziców powinna być wspierająca i wzmacniająca. Istotne jest, aby skupić się nie tylko na ukojeniu cierpień fizycznych chorego, ale również psychicznych, duchowych oraz socjalnych. Warto umożliwić rozmowy z psychologiem oraz wsparcie duchowych. Opieka paliatywna koncentruje się na poprawie jakości życia, uważając umieranie za coś naturalnego i bez względu na wiek osoby nie stawia za cel przedłużenia bądź skrócenia życia. Traktuje umieranie jako naturalny etap egzystencji i przez swoje działania chce w nim aktywnie uczestniczyć. Zwraca uwagę nie tylko na pacjenta, ale również na jego rodzinę, którą przygotowuje na nieuniknione odejście dziecka, stara się oswoić ją z myślą o nieuchronności tego, co ma się wydarzyć (również w trakcie żałoby). Do jednostek chorobowych kwalifikujących od objęcia opieką paliatywną i hospicyjną są między innymi: nowotwory, dziecięce porażenie mózgowe, wrodzone wady rozwojowe układu nerwowego (wodogłowie wrodzone, rozszczep kręgosłupa, zespół Dandy Walkera i inne) [17].

Na cierpienie chorego dziecka należy patrzeć z różnej perspektywy. W pierwszej kolejności należy poszukiwać wszelkich sposobów na zmniejszenie cierpienia chorego, zniwelowanie jego bólu poprzez wszelkie możliwe środki, które dostarcza nam współczesna medycyna. Obecnie jej rozwój jest tak duży, że można znacznie zmniejszyć a nawet praktycznie usunąć ból za pomocą środków przeciwbólowych. Ponadto opracowano różne sposoby zmniejszenia cierpienia dziecka w ostatnim okresie jego życia. Jednym z nich jest sedacja terminalna, polegająca na podawaniu dużych dawek leków przeciwbólowych oraz nasennych, czego następstwem jest śmierć chorego. Nie wolno zapomnieć, że niewłaściwym jest za wszelką cenę utrzymywać dziecko przy życiu poprzez użycie nadzwyczajnych środków („uporczywa terapia”), których jedynym efektem będzie przedłużanie cierpienia

umierającego pacjenta. Należy uczynić wszystko, aby osoba chora mogła umrzeć w jak najlepszych warunkach i dołożyć wszelkich starań, aby maksymalnie zmniejszyć jej ból [13].

Postawy i opinie personelu medycznego na temat eutanazji

W ostatnich latach powstało wiele artykułów dotyczących opinii personelu medycznego na temat eutanazji. W 2014 roku Agnieszka Renn-Żurek, opublikowała artykuł, w którym za grupę badaną przyjęła pielęgniarki w wieku od 30 do 58 lat. Wśród ankietowanych 45% uważa eutanazję za niedopuszczalną, zaś 41% twierdzi, że mogłaby być ona stosowana w sytuacjach, gdy cierpieniom chorego nie można ulżyć. Autorka zadała również pytanie o zalegalizowanie eutanazji w Polsce. Przeciwko opowiedziało się 49% ankietowanych, zaś 31% wyraziło opinię, że polskie prawo powinno dopuszczać eutanazję [18].

Kolejna praca również bazowała na badaniu opinii pielęgniarek i pielęgniarzy. (I. Mickiewicz i wsp.). W tym przypadku okazało się, że 49,7% ankietowanych było przeciwnych eutanazji. Równocześnie aż 24% respondentów nie miało zdania na ten temat. Za jednoznaczną akceptacją było 19,7% pielęgniarek. Tutaj również autorki zadały pytanie dotyczące legalności eutanazji w Polsce. 42,1% badanych wyraziło swój sprzeciw dla jej prawnej akceptacji w naszym kraju, zaś zwolenników było 24,6% [19].

W badaniach Sierżantowicz i wsp. do grupy badanych zaproszono 300 pacjentów (studentów, lekarzy, pielęgniarek oraz pacjentów). W grupie „B”, która obejmowała pracowników medycznych 40% było zdecydowanie przeciwna eutanazji, natomiast 8% spełniłoby prośbę chorego [1].

okarż przeprowadziła badania na grupie 183 osób będących personelem medycznym, w której skład weszli lekarze, pielęgniarki oraz salowe. Wynika z nich, że tylko 38% uważa, że eutanazja powinna być całkowicie zakazana, 8% uznało, że powinna być całkowicie dozwolona, zaś za eutanazją dozwoloną z pewnymi wyjątkami opowiedziało się 23% ankietowanych. 31% badanych było za eutanazją zakazaną z wyjątkami [20].

Eutanazja to bardzo ważny temat wśród personelu medycznego, ponieważ rodzi on problemy osobistej odpowiedzialności zawodowej, dotyka on szczególnie norm etycznych tej grupy społecznej, która zawsze powinna opowiadać się za obroną i nienaruszalnością życia ludzkiego. To właśnie w ich ręce chorzy powierzają swoją chorobę oraz życie. Jak widać w powyżej przywołanych badaniach, w środowisku medycznym w kwestii eutanazji istnieje

większa grupa przeciwników niż jej zwolenników. Zdecydowana większość ankietowanych wyrażała opinię, że eutanazja w prawie polskim powinna być zakazana [21].

Podsumowanie

W dzisiejszych czasach trwają nieustanne prace nad nowymi metodami mogącymi przedłużyć ludzkie życie a jednocześnie pojawia się tendencja przyspieszania śmierci poprzez eutanazję. Jest ona postrzegana przez społeczeństwo w bardzo zróżnicowany sposób. Jedni traktują ją jako zabójstwo, zaś inni dostrzegają w niej bezbolesny sposób na zakończenie życia w cierpieniu. Wprowadzenie w 2014 roku w Belgii poprawki do ustawy o legalizacji eutanazji u dzieci wywołało ogromną falę dyskusji ekspertów z różnych dziedzin. Zarówno etycy, lekarze i pozostały personel medyczny, prawnicy, psychologowie, pedagodzy i duchowni próbują dokonać analizy słuszności nadania takiego prawa. Debatują na temat etyczności „dobrej śmierci” oraz alternatywnych rozwiązaniach. Ocena eutanazji nie powinna być ograniczona wyłącznie do aktów prawnych. Konieczne jest podejście interdyscyplinarne. Osobom proszącym o eutanazję należy zaproponować inne formy pomocy. Jedną z nich jest rozwój opieki paliatywnej. Rodzicom dzieci chorych warto naświetlać wszelkie dostępne formy opieki nad małym pacjentem. Powinni być oni objęci opieką psychologa. Temat eutanazji jest niewątpliwie trudny i delikatny. Dotyka on zarówno kwestii etycznych, jak i rozwoju medycyny. Stawia bardzo ważne pytanie: Kim jest człowiek i jak bardzo może ingerować w istnienie drugiej osoby? Czy ma prawo do decydowania o życiu i śmierci?

Bibliografia

1. Sierżantowicz R., Łagoda K., Doroszkiewicz H., Jurkowska G. Opinie lekarzy, pielęgniarek, pacjentów i studentów na temat eutanazji. *Gerontologia Polska* 2011; 19(2): 99-106.
2. Encyklika *Evangelium Vitae* Ojca Świętego Jana Pawła II do biskupów, do kapłanów i diakonów, zakonników i zakonnicek, do katolików, świeckich oraz do wszystkich ludzi dobrej woli o wolności i nienaruszalności życia ludzkiego. Kraków 1995; nr 65.
3. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej – Art. 150, Art. 151.
4. Ustawa z 6 czerwca 1997 roku Kodeks Karny tekst jednolity Dz. U. nr 88, poz. 553 z 2 sierpnia.
5. Kodeks Etyki Lekarskiej. Uchwała Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z 4 grudnia 1991r. z późniejszymi zmianami.

6. Pacian J., Pacian A., Skórzyńska H., Kaczoruk M. Eutanazja – zabójstwo człowieka czy uśmierzenie bólu. Regulacje prawne wybranych państw świata. *Hygeia Public Health* 2014; 49 (2): 19-25.
7. Wroński K., Bocian R., Cywiński J., Dziki A. Eutanazja. *Współczesna Onkologia* 2008; 12(6): 290-293.
8. Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polski. Uchwała IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z 9 grudnia 2003r.
9. Śliwka M. Zagadnienia związane z końcem życia ludzkiego – aktualne tendencje w prawie porównawczym. *Prawo Medyczne* 2013; 15(3/4): 175-188.
10. Romanowska-Łakomy A. Aksjologiczny wymiar eutanazji dzieci. Czy istnieje coś ważniejszego ponad życie? *Sztuka Leczenia* 2015; 30(1/2): 59-64.
11. Mączkowska A. Czy żyjemy w cywilizacji śmierci? Etyczny aspekt eutanazji dzieci. *Sztuka Leczenia* 2015; 30(1/2): 65-74.
12. Nęcek R. Prawo dzieci upośledzonych do życia. Na kanwie dyskusji o belgijskiej ustawie dopuszczającej eutanazję dzieci. *Sztuka Leczenia* 2015; 30 (1/2): 25-36.
13. Koństańczak S. *Etyka Pielęgniarska*. Wydawnictwo „Delfin”, Warszawa 2010; s.116-121
14. Bieńkowska D. Biurokratyzacja śmierci. Aspekt prawno-etyczny w pryzmacie belgijskiej ustawy eutanatycznej. *Sztuka Leczenia* 2015; 30(1/2): 13-24.
15. Korczak J. *Jak kochać dziecko. Prawo dziecka do szacunku*. Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2002.
16. Dangel T. Godność dziecka – refleksja lekarza. *Opieka paliatywna nad dziećmi* 2007; 15.
17. Kucharska E. Opieka paliatywna jako alternatywna dla eutanazji. Na kanwie eutanazji dzieci. *Sztuka Leczenia* 2015; 30(1/2): 37-48.
18. Renn-Żurek A. Uporczywa terapia i eutanazja w opinii grupy zawodowej pielęgniarek. *Polski Merkuriusz Lekarski* 2014; 36(213): 195-199.
19. Mickiewicz I., Krajewska-Kułak E., Kędziora-Kornatowska K., Roslan K. Postawy pielęgniarek wobec eutanazji. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2011; 1(3): 199-208
20. Tokarz W. Współczesne dylematy intensywnej terapii. Eutanazja – Anioł Śmierci czy Zbawienia? *Anestezjologia i Ratownictwo* 2012; 6(1): 16-23.
21. Szymańska K. Postawy wobec eutanazji wśród studentów pielęgniarstwa, prawa i kleryków. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2012; 2(2): 125-133.

OBRAZ OSÓB OTYŁYCH W SPOŁECZEŃSTWIE

Ewa Korzeniewska¹, Barbara Jankowiak²

1. Absolwentka kierunku pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp

„Otyłość” i „nadwaga” to terminy, które często bywają stosowane zamiennie. Jednak istnieje pomiędzy nimi znaczna różnica. Oba odnoszą się do nadmiernej masy ciała, ale dotyczą innej skali problemu, a także wiążą się z innymi konsekwencjami zdrowotnymi [1].

Nadwaga, to stan, w którym poziom tkanki tłuszczowej przekracza wartości, które uznawane są za optymalne dla zdrowia. Nie jest chorobą, a stanem, który można skwalifikować, jako „przedchorobowy”. Nadwaga często prowadzi do otyłości. Stwierdza się ją, gdy wskaźnik masy ciała (BMI) mieści się w przedziale od 25,0 do 29,9 jednostek [1, 2].

W przeciwieństwie do nadwagi, otyłość jest klasyfikowana jako choroba przewlekła. Ponadto otyłość prowadzi najczęściej do rozwoju innych chorób, takich jak: cukrzyca, miażdżyca, nadciśnienie tętnicze i zmiany zwyrodnieniowe [3].

Rodzaje i typy otyłości

Otyłość pierwotna (prosta) wynika z dodatniego bilansu energetycznego (zbyt duża podaż energii w stosunku do wydatku energetycznego). Podstawową przyczyną otyłości pierwotnej są czynniki środowiskowe: nadmierne spożywanie żywności wysokoenergetycznej (cukru, tłuszczu), siedzący tryb życia, podjadanie między posiłkami, czynniki emocjonalne oraz rodzaj zawodu. Otyłość prosta to przyczyna ponad 90% przypadków otyłości.

Otyłość wtórna to otyłość, której przyczyną jest inny proces chorobowy toczący się w organizmie. Może być spowodowana przez szereg zaburzeń: hormonalnych, ośrodkowego układu nerwowego, zespołów uwarunkowanych genetycznie [4, 5].

Otyłość brzuszna i poślankowo-udowa

Otyłość brzuszna (wisceralna, androidalna, „typu jabłka”) jest otyłością częściej spotykaną u mężczyzn. Otyłość ta to nagromadzenie tkanki tłuszczowej w jamie brzusznej,

które jest nieproporcjonalne do całkowitej zawartości tłuszczu w organizmie. Prowadzi do wielu zaburzeń metabolicznych oraz powikłań chorobowych takich jak: cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze, miażdżyca, choroby stawów, zaburzenia hormonalne, kamica pęcherzyka żółciowego, komplikacje ze strony układu oddechowego. Otyłość brzuszna łatwiej poddaje się leczeniu odchudzającemu niż otyłość udowo- pośladkowa [4, 6].

Otyłość udowo- pośladkowa (gynoidalna, „typu gruszka”) częściej występuje u kobiet. Charakteryzuje się nadmiarem tkanki tłuszczowej w dolnej części ciała, czyli na biodrach, pośladkach i udach. Górna partia ciała jest szczupła, ramiona są wąskie i czasami opadające. Otyłość gynoidalna nie jest tak niebezpieczna dla zdrowia, jak otyłość brzuszna, gdyż nie zwiększa ryzyka występowania chorób metabolicznych, np. cukrzycy. Natomiast często wiąże się z występowaniem żylaków podudzi, zwyrodnień układu kostno- stawowego kończyn dolnych oraz schorzeń dróg żółciowych [4].

Przyczyny otyłości

Główną przyczyną otyłości są czynniki środowiskowe oraz uwarunkowane genetycznie. Mała aktywność fizyczna i łatwy dostęp do wysokoprzetworzonej i wysokokalorycznej żywności to podstawowe czynniki środowiskowe, które sprzyjają otyłości [2, 7].

Uważa się, że w ok. 25- 40% przypadków otyłości rolę odgrywają czynniki genetyczne. Wpływają one na zdolność do oksydacji tłuszczów i węglowodanów, regulację apetytu, funkcję komórki tłuszczowej w aspekcie wydzielania aktywnych substancji metabolicznych, np. leptyny, rezystyny, aktywność lipazy lipoproteinowej [2].

Otyłość może być również objawem schorzeń gruczołów endokrynych (hormonów przysadki, nadnerczy, jajników, trzustki, tarczycy) [2].

Przyczyną otyłości mogą być także zaburzenia odżywiania, takie jak: zespół gwałtownego objadania się (BED; ang. *Binge Eating Disorder*) oraz tzw. zespół jedzenia nocnego (NES; ang. *Night Eating Syndrome*) [1].

Także niektóre leki, które powodują wzrost łaknienia, bądź wpływają na metabolizm, mogą sprzyjać otyłości. Są to między innymi:

- leki przeciwdepresyjne (imipramina, dezypramina, sole litu)
- neuroleptyki (droperydol, chlorpromazyna, haloperydol)
- sterydy, progestageny
- leki przeciwpadaczkowe (karbamazepina) [1].

Epidemiologia otyłości

Badania epidemiologiczne wskazują, że częstość występowania otyłości jest obecnie wysoka i stale rośnie. WHO określa otyłość mianem epidemii [3].

Nadmierny przyrost masy ciała stanowi problem nie tylko w krajach rozwiniętych, ale także rozwijających się. Wśród krajów europejskich ponad 50% mieszkańców ma nadwagę, a u ok. 30% rozpoznaje się otyłość. W Grecji jest największe rozpowszechnienie otyłości, gdzie 28% mężczyzn i 38% kobiet to osoby otyłe. Otyłość najrzadziej występuje we Francji, Norwegii, Danii i Szwecji [7].

Szacuje się, że częstość występowania otyłości w Europie wynosi 10-25% wśród kobiet i 10-20% u mężczyzn. W populacji polskiej (w wieku 20-74 lata) otyłość występuje w 22,4% u kobiet i u mężczyzn w 21,2% [2], najczęściej w grupie wiekowej 45-54 lata. Instytut Żywności i Żywienia przeprowadził badania, z których wynika, że osoby powyżej 50 roku życia mają wyższą masę ciała od należytą w 70% przypadków. U osób dorosłych poniżej 30 roku życia nadwaga występuje u 31,9% mężczyzn i 14,9% kobiet [2, 8].

Problem stanowi również nasilenie występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży. Na podstawie badań Instytutu Żywności i Żywienia stwierdza się, że nadwaga występuje u 11,1% dziewcząt i 15,9% chłopców. Natomiast otyłość u 3,4% dziewcząt i u 4% chłopców [8].

Skutki otyłości

Otyłość może doprowadzić do nietolerancji glukozy i oporności na insulinę. Prowadzi to do cukrzycy typu 2, która dotyka aż 80% otyłych osób. Otyły mężczyzna jest obciążony 5-krotnie większym ryzykiem zgonu z powodu cukrzycy, niż mężczyzna o prawidłowej masie ciała. Jeśli chodzi o kobiety, to ryzyko jest nawet 7 razy większe [8, 9].

Otyłość prowadzi także do powstania takich chorób jak: zespół metaboliczny, nadciśnienie tętnicze, dyslipidemia, przerost lewej komory serca, choroba niedokrwienna serca, niewydolność krążenia i migotanie przedsionków [8, 9].

Często obserwowany w otyłości wzrost poziomu cholesterolu prowadzi do miażdżycy, co z kolei może powodować zawał serca lub udar mózgu [9].

Nadciśnienie tętnicze często rozwija się u osób otyłych. W skrajnej otyłości jest ono obecne w ok. 70% przypadków. Tkanka tłuszczowa jest bardzo ukrwioną tkanką. W związku z tym jej nadmiar prowadzi do wzrostu objętości krwi krążącej i podwyższenia rzutu

minutowego serca. Wraz z hiperinsulinemią przyczynia się to do rozwoju nadciśnienia tętniczego [10, 11, 12].

Kolejnym skutkiem otyłości jest tzw. kardiomiopatia otyłościowa, która charakteryzuje się występowaniem kardiomegalii, wynikającej z przerostu mięśnia sercowego i z rozstrzeni serca. Mięsień sercowy ulega często infiltracji przez tkankę tłuszczową i włóknistą, a to zaburza czynność skurczową i rozkurczową lewej komory serca, a także predysponuje do komorowych zaburzeń rytmu [9, 10].

Wykazano również, iż nadmiar masy ciała może negatywnie wpływać na płodność kobiety. Zmniejszenie płodności w skutek nadmiernej masy ciała wiąże się ze zmianami hormonalnymi i metabolicznymi, które dotyczą między innymi metabolizmu steroidów, wydzielania i działania insuliny, a także innych hormonów: leptyny, rezystyny, greliny i adiponektyny. Zmiany te mogą wpływać na wzrost pęcherzyka, rozwój zarodka i implantację. Wykazano również, że każde zwiększenie wartości BMI o jedną jednostkę wiąże się z 6% zmniejszeniem wydzielania hormonu wzrostu, który jest odpowiedzialny za prawidłowe wydzielanie i działanie hormonów płciowych, odpowiadających za produkcję komórek jajowych i plemników. Z wysoką wartością BMI ($\geq 25 \text{ kg/m}^2$) kobiet w ciąży, wiąże się większe ryzyko samoistnego poronienia [13, 14].

Otyłość jest również jednym z głównych czynników ryzyka wystąpienia zespołu obturacyjnego bezdechu sennego. Nieprawidłowości anatomiczne (zwiększona ilość tkanki tłuszczowej w obrębie szyi, obrzęk), czy zmniejszenie napięcia mięśni gardła powodują zamknięcie górnych dróg oddechowych. Zespół ten częściej występuje u mężczyzn. Otyłość i zespół obturacyjnego bezdechu sennego zwiększają prawdopodobieństwo występowania wspólnych powikłań takich jak: nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, migotanie przedsionków, upośledzenie gospodarki węglowodanowej [15].

Skutkiem otyłości jest także choroba zwyrodnieniowa stawów. Ważną rolę w procesie rozwoju choroby odgrywa duże obciążenie stawów związane z nadmierną masą ciała, która powoduje głównie przeciążenie stawów kolanowych. To z kolei prowadzi do mechanicznych uszkodzeń w chrząstce stawowej i tworzenia się wyrostki kostnych tzw. osteofitów. Konsekwencją tego jest ból, ograniczona ruchomość w stawach kolanowych oraz sztywność, a w późniejszym okresie problemy z poruszaniem się [16].

Badania z ostatnich lat pokazują, że występowanie otyłości wiąże się ze zwiększonym ryzykiem rozwoju chorób nowotworowych. Znaczny procent jest związany z otyłością (rak jelita grubego, gruczolakorak przełyku i wpustu, rak trzustki i pęcherzyka żółciowego, rak

wątroby). Rak jelita grubego oraz gruczołu krokowego, to nowotwory, które najczęściej dotyczą mężczyzn z otyłością. U kobiet nadmierna masa ciała, wiąże się z wyższą umieralnością z powodu raka piersi, szyjki macicy, endometrium jajników oraz pęcherzyka żółciowego [1, 17].

Konsekwencje społeczno- psychologiczne otyłości

Otyłość niesie za sobą następstwa nie tylko medyczne, ale także społeczne i psychologiczne. Nadmierna masa ciała ma wpływ na postrzeganie własnej osoby, na relacje z innymi ludźmi oraz na przeżywane emocje. Z licznych badań wynika, że osoby otyłe mają obniżoną samoocenę, negatywny obraz siebie, a także często cierpią na zaburzenia nastroju, które mogą prowadzić do depresji [18].

Obecnie osoby z otyłością uważane są za mało atrakcyjne, a także przypisuje się im negatywne cechy charakteru takie jak: brak samokontroli, silnej woli i dbałości o siebie oraz gorsze kwalifikacje zawodowe. Otyłość wiąże się z trudnościami w znalezieniu pracy, otrzymywaniem niższego wynagrodzenia, a także uboższym życiem towarzyskim [18, 19].

Izolowanie się osób z otyłością od społeczeństwa jest wynikiem obawy przed odrzuceniem, brakiem zaufania do innych, ale też odrzuceniem przez społeczeństwo, wynikiem doznanych w przeszłości krzywd oraz ucieczką przed kolejnym niepowodzeniem [20, 21].

Zmaganie się z otyłością, podejmowanie wielu prób redukcji masy ciała, które często są nieskuteczne przyczynia się do narastającej frustracji, poczucia winy i wstydu za własny wygląd. Temu wszystkiemu towarzyszy niska samoocena, która początkowo ma związek jedynie z wyglądem fizycznym. Później jednak przenosi się na inne sfery życia i prowadzi do poczucia beznadziejności także w sferze uczuciowej i zawodowej. Niska samoocena jest wzmagana negatywnymi reakcjami ze strony otoczenia społecznego, błędnym, stereotypowym myśleniem o osobach z otyłością [18].

Badania ostatnich lat pokazują związek występowania depresji z otyłością. Wykazano, iż u kobiet wyższe BMI wiązało się z częstszym występowaniem depresji, a nawet myśli samobójczych. Częstsze epizody depresyjne zaobserwowano u osób z BMI większym niż 40kg/m^2 [18].

Zdarza się również, że to depresja jest przyczyną otyłości. Przyczynia się do wystąpienia otyłości wtórnej, która wiąże się z przyjmowaniem środków antydepresyjnych oraz otyłości prostej, kiedy to pacjent próbuje radzić sobie z obniżonym nastrojem poprzez

nadmierne jedzenie lub jedzenie produktów wysokoenergetycznych (np. słodczyce). Poprawa nastroju nie utrzymuje się jednak długo, ponieważ zwiększenie masy ciała powoduje ponowne pogorszenie samopoczucia. Jest to przykład mechanizmu błędnego koła, gdzie konsekwencje i przyczyny wzmacniają się wzajemnie [18, 22, 23].

Na psychologiczne obciążenie otyłością wpływ mają czynniki kulturowe, które promują fascynację szczupłą sylwetką. Jest to bardzo dobrze widoczne w mnogości proponowanych środków odchudzających, diet, rozpowszechniania zabiegów chirurgicznych. Błędnie zakłada się, że wagę można dowolnie regulować, a powrót do szczupłej sylwetki przyniesie szczęście i wyższą samoocenę. Powoduje to nasilenie dyskryminacji osób z nadmierną masą ciała w relacjach społecznych [20].

Funkcjonowanie społeczne osób z otyłością charakteryzuje ostrożność, nieufność, trudności w nawiązywaniu kontaktów emocjonalnych i okazywaniu uczuć oraz lęk przed wyzwaniem, jakie niesie ze sobą życie wśród ludzi. Boją się trwałych więzi emocjonalnych, co powoduje, że brak im relacji przyjacielskich [20].

Niska samoocena, negatywne postrzeganie własnego ciała powodują w większości przypadków trudności w sferze seksualnej ludzi z otyłością. Psychiczna potrzeba kontaktów seksualnych i fizyczna możliwość ich spełnienia dają podstawy do budowania poczucia wartości, godności i oceny samego siebie w roli partnera życiowego i seksualnego [18, 24, 25].

Osoby z otyłością z powodu kompleksów mają trudności w inicjowaniu kontaktów intymnych. Ponadto u mężczyzn wraz ze wzrostem masy ciała, obniża się poziom testosteronu, a wraz z nim obniża się sprawność seksualna. Zaburzenia seksualne są znaczącą przyczyną pogorszenia się jakości życia zarówno osób z otyłością, jak i ich partnerów seksualnych [18, 24, 25].

Otyłość to nie tylko dodatkowe kilogramy, ale także stan psychiki. Jest to również wiele negatywnych emocji spowodowanych odrzuceniem społeczeństwa, wyglądem sylwetki, poczuciem wstydu i porażki. Brak akceptacji osób z otyłością przez społeczeństwo wzmaga w nich poczucie bycia gorszym, powoduje obniżenie poczucia własnej wartości, co w konsekwencji prowadzi do wycofania się ich z życia społecznego [26].

Celem pracy było ukazanie różnic w postrzeganiu osób otyłych przez osoby dorosłe w zależności od wieku oraz od płci.

Material i metodyka

Badania zostały przeprowadzone w grupie 200 osób dorosłych, losowo zakwalifikowanych do badań, w dwóch grupach wiekowych: 18- 25 lat oraz 40- 60. Badania przeprowadzone zostały na terenie miasta Białystok. Kryterium doboru grup badawczych był jedynie wiek.

W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, z zastosowaniem autorskiego kwestionariusza ankieta. Ankieta składała się z metryczki, która zawierała 4 pytań ogólnych dotyczących wieku, płci, miejsca zamieszkania, wykształcenia oraz z 22 pytań dotyczących poruszanej problematyki.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetyki Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku nr R- I- 002/362/2015 z dnia 24 IX 2015r.

Wyniki

Przebadanych zostało 200 osób dorosłych, z czego 50,0% stanowili młodsi dorośli (18-25 lat), a pozostałe 50,0% to osoby dorosłe w grupie wiekowej 40-60 lat. Wśród badanych 53,0% stanowiły kobiety oraz 47,0% mężczyźni. 76,5% to osoby zamieszkujące miasto, natomiast 23,5% stanowiły osoby zamieszkujące wieś.

Największą grupę stanowiły osoby z wykształceniem licencjackim (27,0%), średnim i zasadniczym (po 25%), zaś najmniejszą - osoby z wykształceniem podstawowym (4,0%).

Analiza badań ankietowych

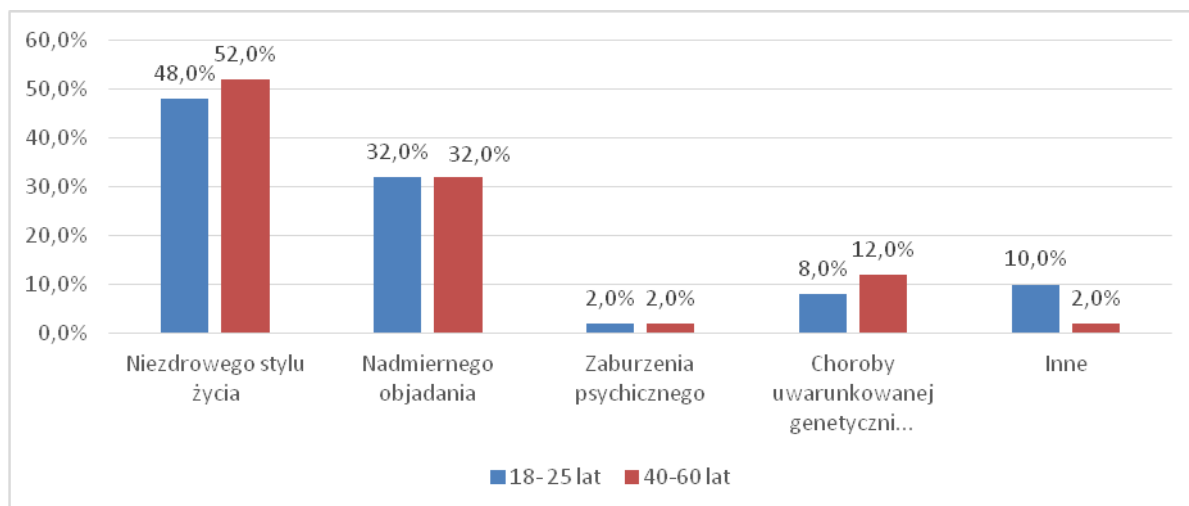
Zdecydowana większość respondentów (83,0%) uważała, że otyłość jest chorobą, jedynie 9% respondentów tak nie uważało, a 8% nie wiedziało, jak zakwalifikować otyłość.

48,0% badanych odpowiedziało, że otyłość jest wynikiem niezdrowego stylu życia. To samo stwierdzenie wybrało 52,0% starszych dorosłych. Na drugim miejscu obie grupy postawiły stwierdzenie, iż nadmierne objadanie powoduje otyłość. 8,0% młodszych i 12,0% starszych wybrało choroby genetyczne, jako główną przyczynę otyłości (Rycina 1).

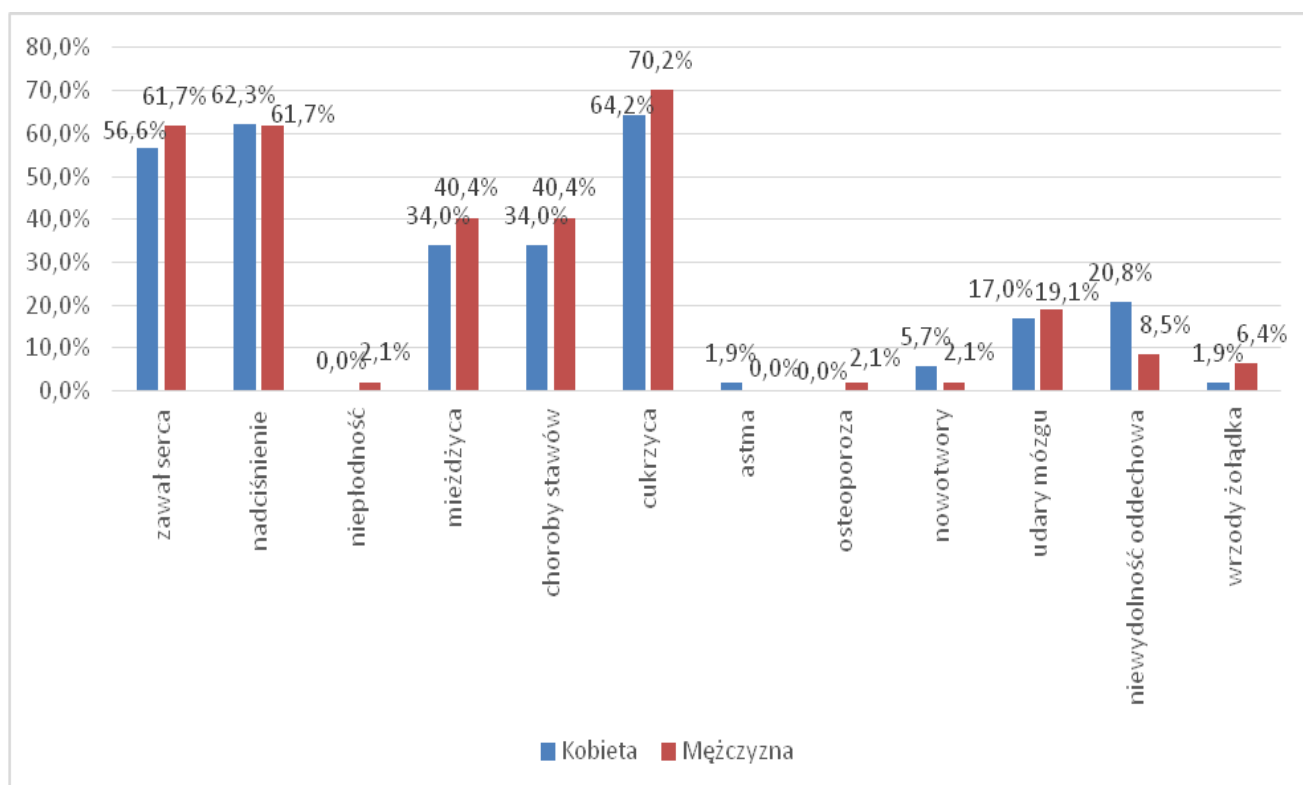
Zdecydowana większość (61,0%) twierdziła, że otyłość jest problemem zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Natomiast 37,0% ankietowanych uważało, iż otyłość stanowi problem wyłącznie wśród kobiet.

Odpowiedzi dotyczące głównych zagrożeń zdrowotnych związanych z otyłością, w grupie mężczyzn i kobiet były bardzo podobne. Zarówno pierwsza, jak i druga grupa uważała, że otyłość powoduje cukrzycę, nadciśnienie tętnicze oraz zawał serca (Rycina 2).

Obraz osób otyłych w społeczeństwie



Ryc. 1. Czynniki przyczyniające się do powstania otyłości według ankietowanych z podziałem na dwie grupy wiekowe



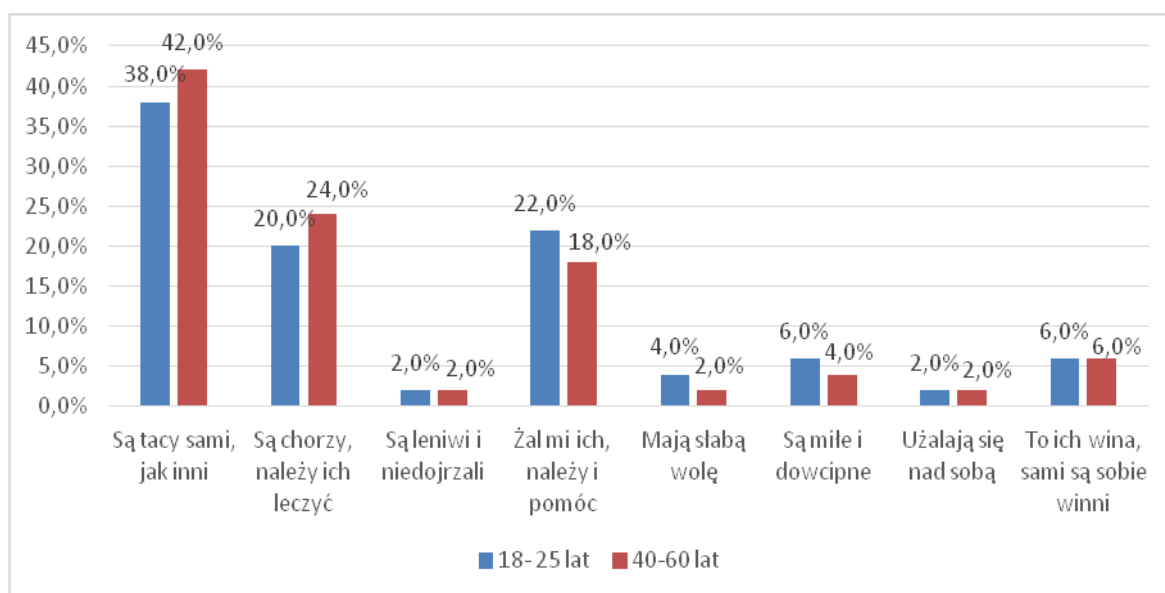
*wyniki nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mieli możliwość wielokrotnej odpowiedzi

Ryc. 2. Zagrożenia wiążące się z otyłością według ankietowanych z podziałem na płeć

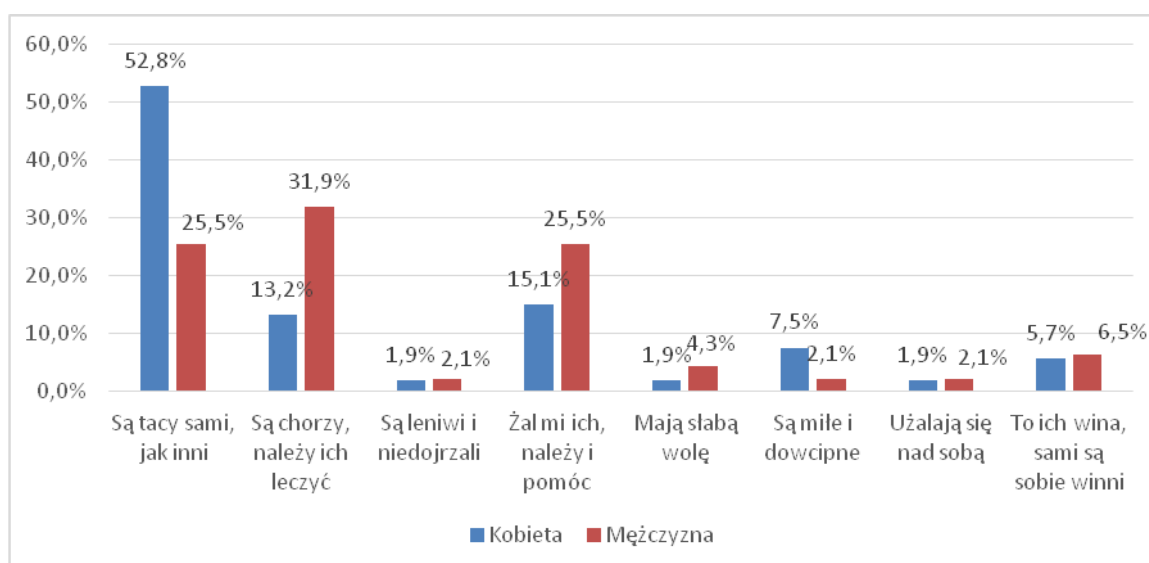
42,0% starszych dorosłych uważało, iż osoby z otyłością są takie same, jak inne. 24,0% osób w tej grupie twierdziło, że osoby z otyłością są chore i należy ich leczyć, a 18,0%

odpowiedziało, że żal im osób otyłych i należy im pomóc. Podobnie odpowiadała grupa młodszych dorosłych (Rycina 3).

Dzieląc respondentów na grupy według płci, widać różnicę w opinii na temat osób z otyłością. Kobiety uważały, że są to osoby takie same, jak inne (52,8%). Mężczyźni wybrali odpowiedź „są chorzy, należy ich leczyć” (31,9%), co pokazuje Rycina 4.



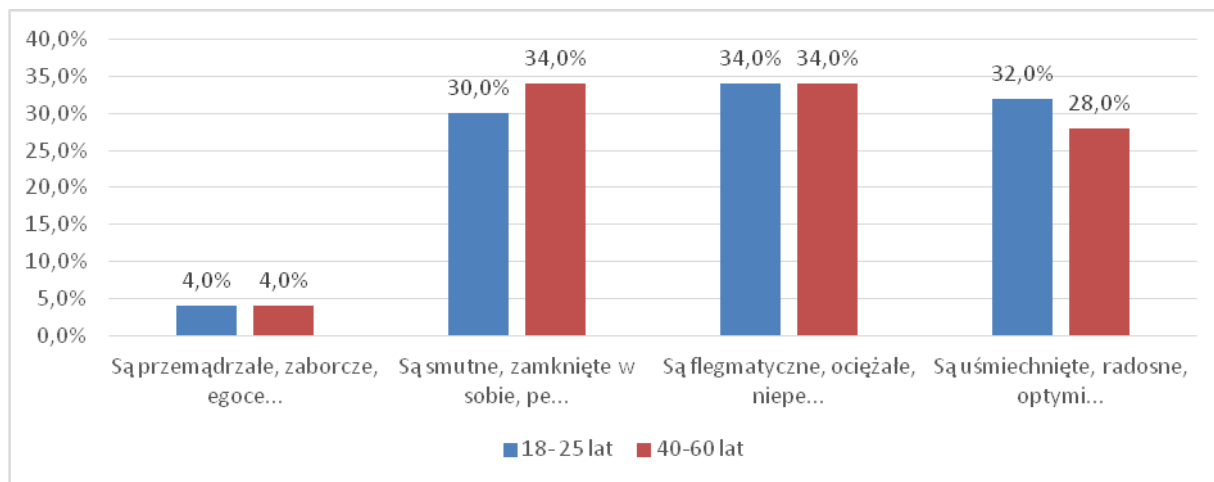
Ryc. 3. Opinia ankietowanych na temat osób z otyłością z podziałem na dwie grupy wiekowe



Ryc. 4. Opinia ankietowanych na temat osób z otyłością z podziałem na dwie grupy według płci

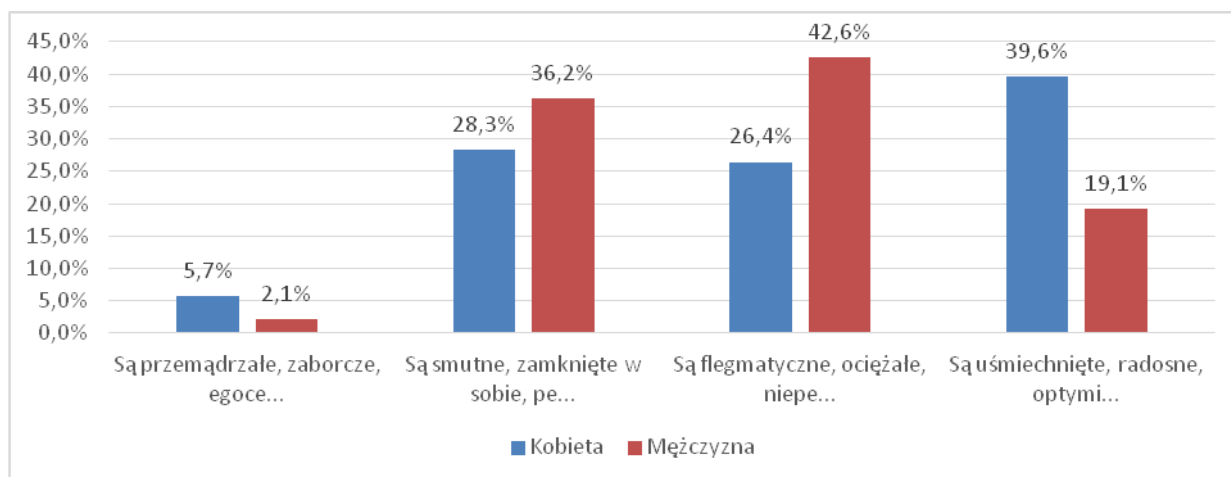
Zarówno w grupie starszych dorosłych, jak i w grupie młodszych 34,0% kojarzyło osoby otyłe, jako flegmatyczne, ociężałe i niepewne siebie. Także 34,0% starszych dorosłych uznało takie osoby za smutne i zamknięte w sobie. Natomiast 32,0% młodszych dorosłych kojarzyło osoby otyłe, jako uśmiechnięte radosne i optymistyczne (Rycina 5).

Na pytanie o skojarzenia z osobami otyłymi grupa mężczyzn najczęściej odpowiadała, iż osoby z otyłością są flegmatyczne, ociężałe i niepewne siebie (42,6%).



Ryc. 5. Skojarzenia z osobą z otyłością według ankietowanych z podziałem na dwie grupy wiekowe

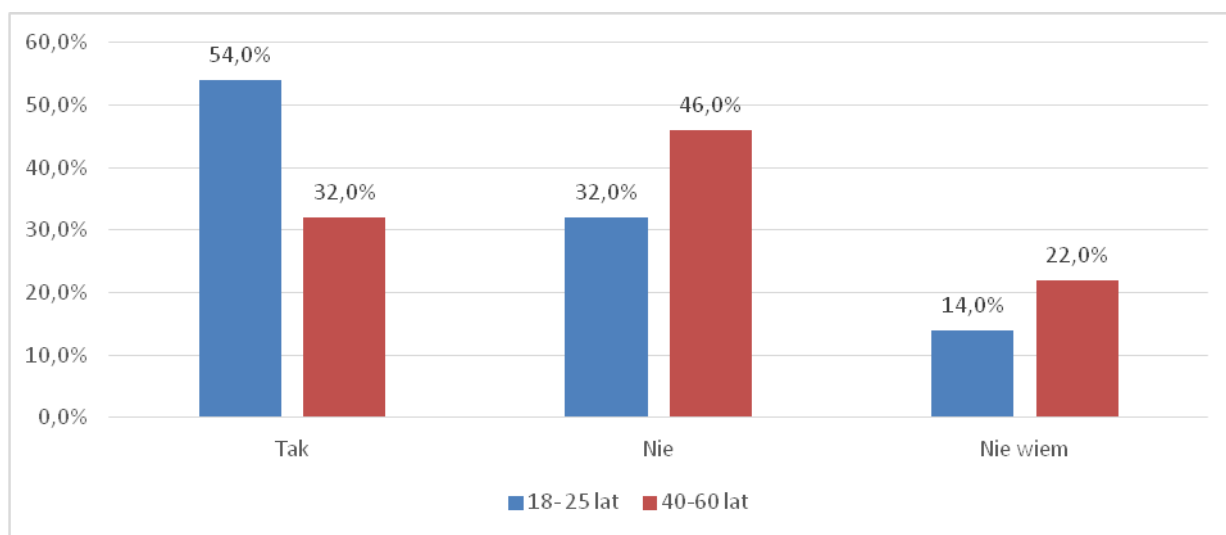
Większość kobiet (39,6%) przypisuje osobom otyłym takie cechy, jak uśmiechnięte, radosne i pesymistyczne. Tylko 2,1% osób w grupie mężczyzn oraz 5,7% kobiet twierdziło, iż osoby z otyłością kojarzą im się, jako przemądrzałe, zaborcze i egoistyczne (Rycina 6).



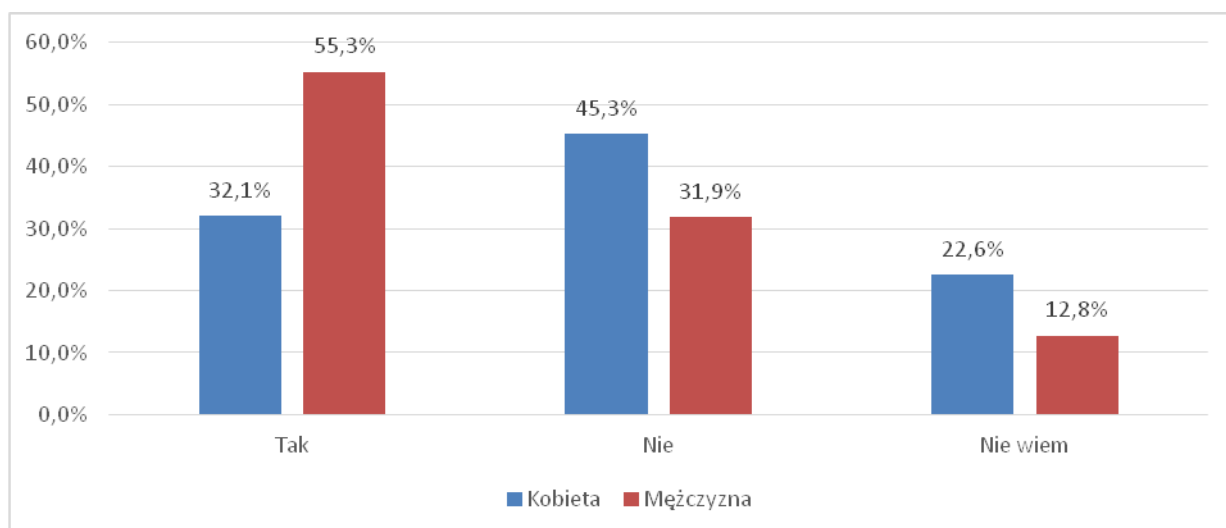
Ryc. 6. Skojarzenia z osobą z otyłością według ankietowanych z podziałem na płeć

Z danych przedstawionych na Rycinie 7 wynika, iż większość badanych w grupie młodszych dorosłych uważa osoby szczupłe za bardziej atrakcyjne niż osoby z otyłością. Większość ankietowanych z grupy starszych dorosłych zaprzeczyła temu twierdzeniu.

Rycina 8 pokazuje, iż mężczyźni w większości (55,3%) zgadzali się ze stwierdzeniem, że osoby szczupłe są atrakcyjniejsze niż osoby z nadmierną masą ciała. Kobiety natomiast odpowiadały odwrotnie do mężczyzn. Więcej kobiet (45,3%) uważała, że osoby z otyłością nie są mniej atrakcyjne niż osoby szczupłe.



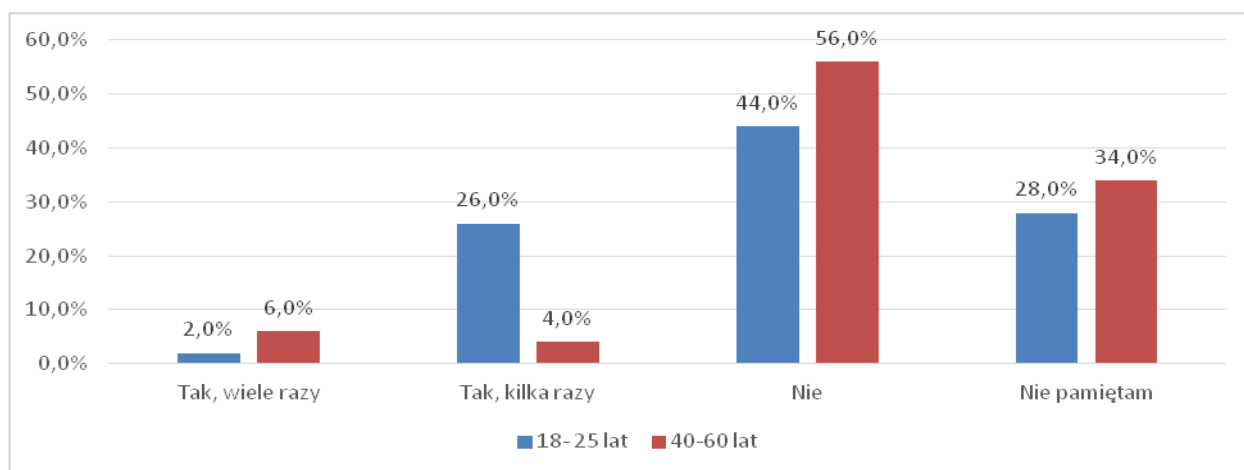
Ryc. 7. Atrakcyjność osób szczupłych w porównaniu z osobami otyłymi według ankietowanych z podziałem na dwie grupy wiekowe



Ryc. 8. Atrakcyjność osób szczupłych w porównaniu z osobami otyłymi według ankietowanych z podziałem na płeć

Na pytanie „Czy kiedykolwiek żartował/a Pan/Pani na temat osoby otyłej?” 56,0% starszych dorosłych oraz 44,0% młodszych dorosłych odpowiedziało, że nie zdarzyło im się żartować z osób z otyłością (Rycina 9).

54,0% badanych uważało, że osoby z otyłością raczej nie są gorsze od osób zdrowych. Zdecydowanie zaprzeczyło temu stwierdzeniu 19,0% ankietowanych. Również 19,0% ogółu respondentów nie miało zdania na ten temat, a tylko 3,0% badanych zdecydowanie twierdziło, iż osoby z otyłością są gorsze od osób zdrowych.



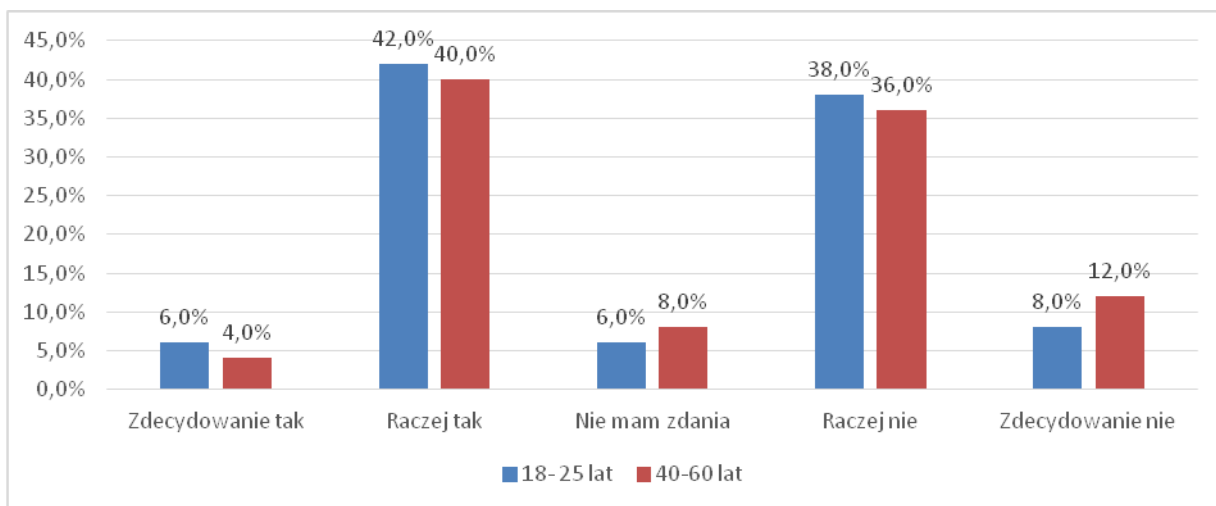
Ryc. 9. Żarty na temat osób z otyłością według ankietowanych z podziałem na dwie grupy wiekowe

Na pytanie „Czy widok osoby otyłej wzbudza w Panu/Pani litość?” 42,0% młodszych dorosłych odpowiedziało, że raczej tak. Odpowiedzi „raczej nie” udzieliło 38,0% ankietowanych w tej grupie. Tylko 6,0% udzieliło zdecydowanej twierdzącej odpowiedzi. Odpowiedzi starszych dorosłych były bardzo zbliżone do grupy młodszych dorosłych. Szczegółowe dane pokazuje Rycina 10.

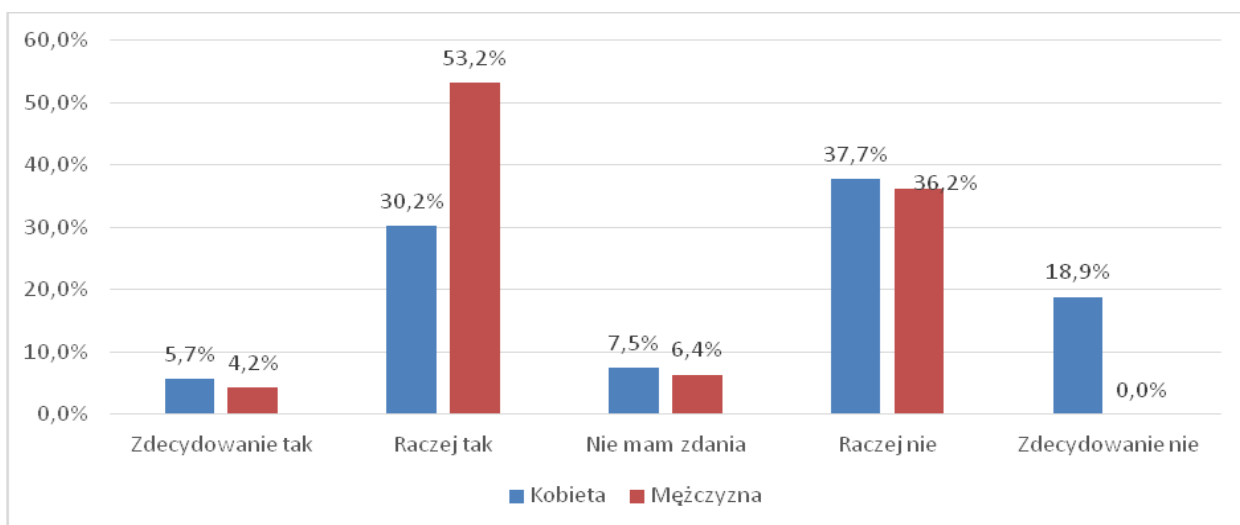
Analizując wyniki z uwzględnieniem płci, widać, że znaczna część grupy mężczyzn (53,2%) przyznała, iż osoby z otyłością wzbudzają w nich litość (Rycina 11).

Z badań wynika, iż 48,0% zarówno młodszych, jak i starszych dorosłych twierdziło, że widok osoby z otyłością raczej nie wzbudza w nich niesmaku. Na zadane pytanie, odpowiedzi „raczej tak” udzieliło 24,0% młodszych dorosłych i 22,0% starszych dorosłych. Zdecydowanie zaprzeczyło tylko 10,0% badanych w grupie młodszych dorosłych oraz 14,0% ankietowanych w grupie starszych dorosłych (Rycina 12).

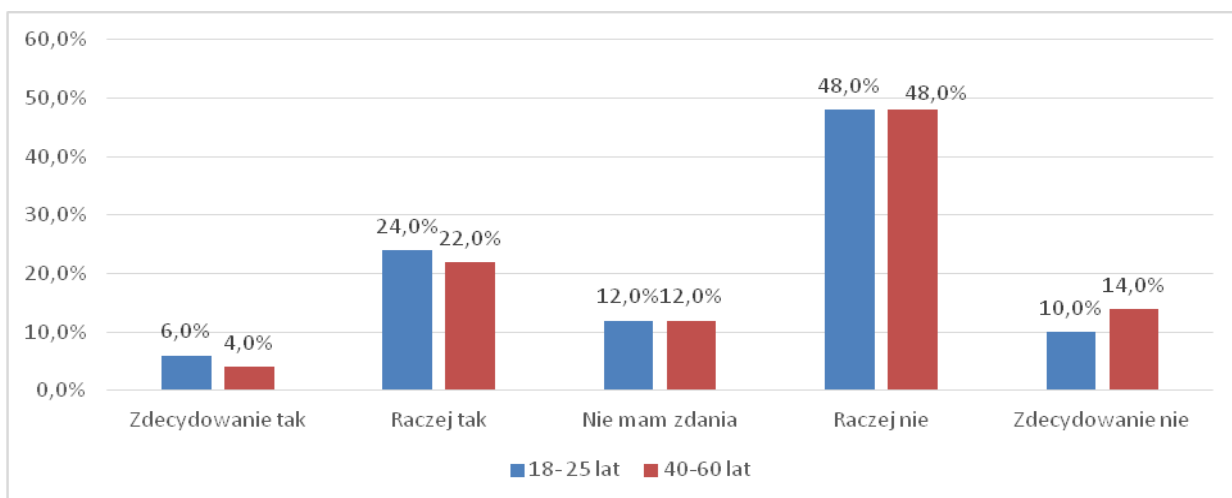
Zarówno grupa kobiet (50,9%), jak i grupa mężczyzn (44,7) uważała, że osoba z otyłością raczej nie wzbudza w nich niesmaku (Rycina 13).



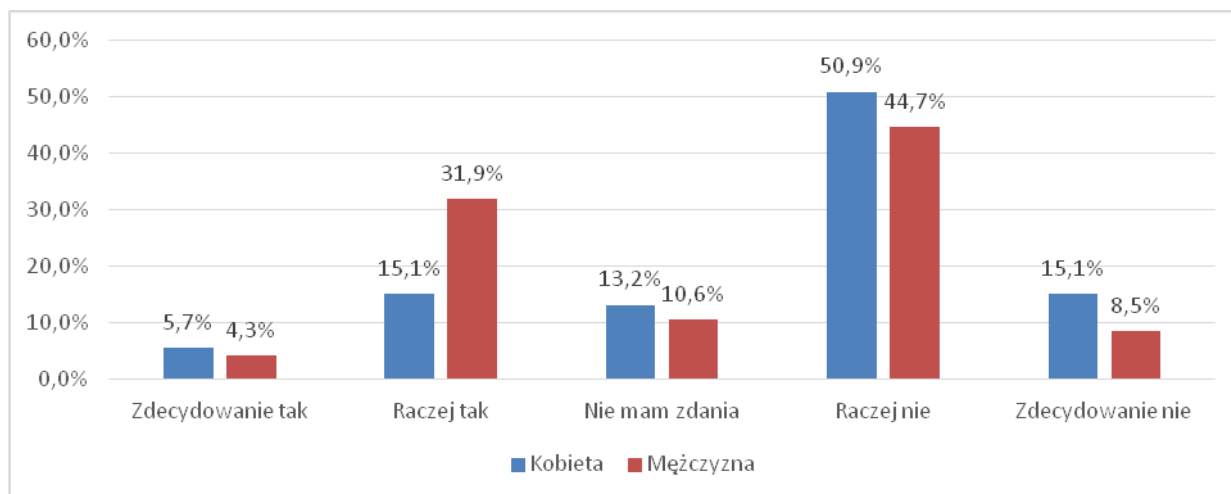
Ryc. 10. Poczucie litości wobec osób otyłych według ankietowanych z podziałem na dwie grupy wiekowe



Ryc. 11. Poczucie litości wobec osób otyłych według ankietowanych z podziałem na płeć



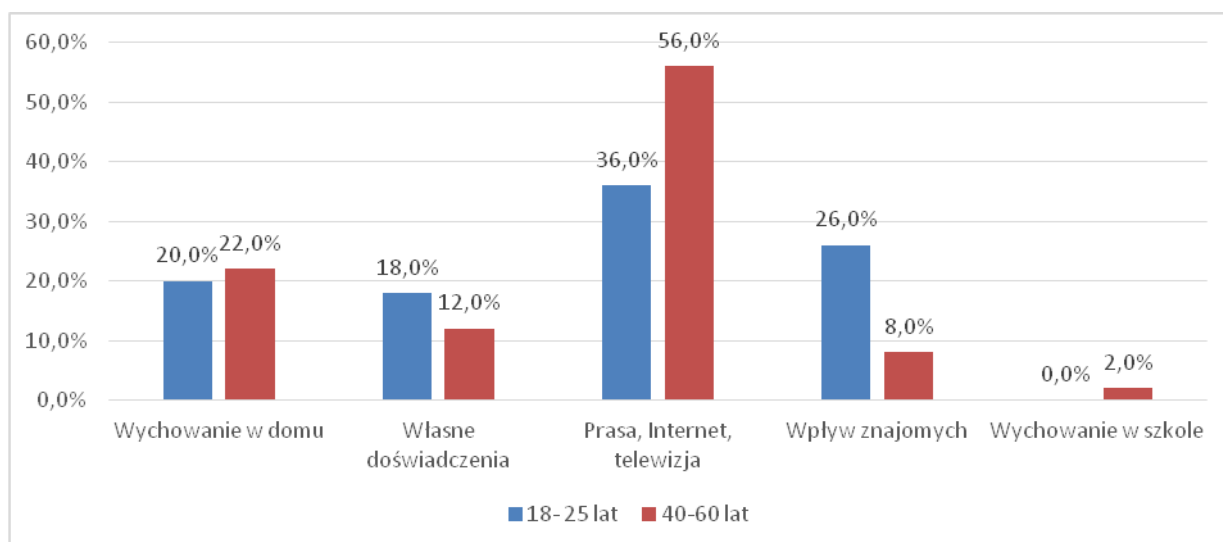
Ryc. 12. Poczucie niesmaku wobec osób otyłych według ankietowanych z podziałem na dwie grupy wiekowe



Ryc. 13. Poczucie niesmaku wobec osób otyłych według ankietowanych z podziałem na płeć

Na pytanie, „Czy społeczeństwo jest negatywnie nastawione do osób otyłych”, 48,0% badanych odpowiedziało „zdecydowanie tak”, a 47,0% ankietowanych udzieliło odpowiedzi „raczej tak”. Tylko 1,0% respondentów odpowiedziało, że społeczeństwo raczej nie jest negatywnie nastawione w stosunku do osób z otyłością. Odpowiedzi w podziale na wiek i płeć były bardzo zbliżone.

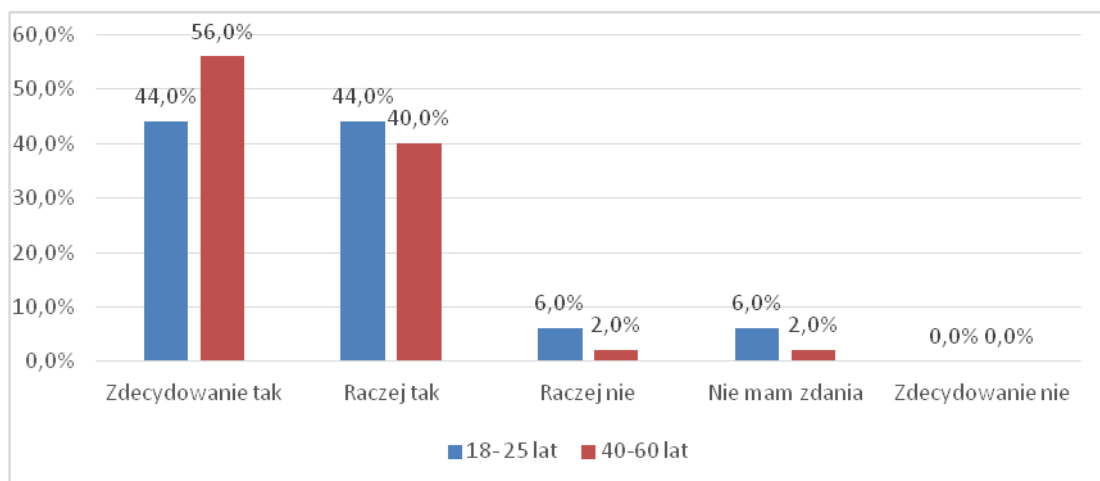
W grupie 18-25 lat 36,0% badanych stwierdziło, iż to prasa, Internet i telewizja wpływają na negatywną postawę społeczeństwa wobec ludzi z otyłością (Rycina 14).



Ryc. 14. Czynniki wpływające na postawę społeczeństwa wobec osób otyłych według ankietowanych z podziałem na dwie grupy wiekowe

Na pytanie „Czy osoby dotknięte otyłością są dyskryminowane w społeczeństwie” 56,0% starszych dorosłych odpowiedziało „zdecydowanie tak”. „Raczej tak” odpowiedziało

40,0% osób w tej grupie. Przecząco odpowiedziało zaledwie 2,0% badanych. W grupie młodszych dorosłych odpowiedzi były zbliżone (Rycina 15). Zarówno mężczyźni, jak i kobiety zgadzają się ze stwierdzeniem, iż osoby otyłe czują się dyskryminowane przez społeczeństwo. 48,9% mężczyzn udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie tak”. Tej samej odpowiedzi udzieliło 50,9% badanych kobiet.



Ryc. 15. Dyskryminacja osób otyłych przez społeczeństwo według ankietowanych z podziałem na dwie grupy wiekowe

Omówienie wyników i dyskusja

Obecnie otyłość uznana jest za chorobę cywilizacyjną zarówno w Polsce, jak i na świecie. Na podstawie badań stwierdzono, iż ok. 200 mln Europejczyków ma problem z nadmierną masą ciała. W dużym stopniu dotyczy to także dzieci i młodzieży. Od roku 1997 WHO oficjalnie zakwalifikowało otyłość, jako stan przewlekły, wymagający leczenia [27].

Według Instytutu Żywności i Żywienia główną przyczyną powstawania otyłości jest niewłaściwe żywienie, a także wzrost bierności fizycznej wśród dorosłych, ale także dzieci i młodzieży [28]. Według Białkowskiej jednym z głównych czynników przyczyniających się do powstania otyłości jest nadmierne jedzenie żywności wysokoenergetycznej, a przy tym mała aktywność fizyczna [29]. Kolejną przyczyną są geny. Białkowska uważa, iż w 25- 40% przypadków otyłości odgrywa rolę czynnik genetyczny, ale także czynniki środowiskowe mają duże znaczenie w etiopatogenezie tej choroby [30].

Z badań własnych wynika, że 50,0% spośród respondentów wskazało niezdrowy styl życia, jako główną przyczynę otyłości, a 32,0% badanych uważało, iż nadmierne objadanie stanowi ważny czynnik prowadzący do nadmiernej masy ciała. 62,0% ankietowanych z grupy wiekowej 40- 60 lat wskazało siedzący tryb życia, jako przyczynę otyłości, a 52,0% małą lub

brak aktywności fizycznej. Natomiast grupa wiekowa 18- 25 lat, jako najważniejszy czynnik uznała brak aktywności fizycznej (58,0%), na drugim miejscu zaś jakość spożywanych posiłków (42,0%). 30,2% kobiet oraz 25,5% mężczyzn, jako przyczynę otyłości wskazało czynniki genetyczne. Czynniki środowiskowe, za przyczynę otyłości, uznało 16,0% młodszych dorosłych, 10,0% starszych oraz 15,1% kobiet i 10,6% mężczyzn.

Amerykańskie Towarzystwo Kardiologiczne określa otyłość, jako bardzo ważny czynnik ryzyka wystąpienia nadciśnienia tętniczego, choroby wieńcowej oraz cukrzycy [31]. W badaniach przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych w grupie 100 tys. osób stwierdzono, że u badanych z $BMI > 35 \text{ kg/m}^2$ ryzyko rozwoju cukrzycy jest 30- 40 razy większe w porównaniu z badanymi o prawidłowej wartości $BMI < 22 \text{ kg/m}^2$. Wykazano również, że nadciśnienie tętnicze u osób z otyłością występuje 3 razy częściej niż u osób z prawidłową masą ciała. W publikowanych w 2004 roku badaniach INTERHEART ukazano, iż otyłość jest głównym czynnikiem ryzyka powstania choroby wieńcowej serca [32].

Zahorska- Markiewicz i wsp. do zagrożeń wiążących się z otyłością zalicza cukrzycę, chorobę wieńcową i nadciśnienie tętnicze. Do tych niebezpieczeństw dodaje jeszcze zmiany zwyrodnieniowe stawów kręgosłupa i kończyn dolnych, które związane są z obciążeniem nadmierną masą ciała, a także kamice żółciową i niektóre nowotwory [33]

Na podstawie przeprowadzonych przez nas badań można stwierdzić, iż zdecydowanie większość respondentów posiadała wiedzę na temat otyłości. Na pytanie o zagrożenia związane z otyłością 67,0% wskazało cukrzycę, jako główne zagrożenie wynikające z nadmiernej masy ciała, 62,0% wybrało nadciśnienie tętnicze, natomiast 59,0% zawał serca, a 37,0% miażdżycę. 36,0% młodszych dorosłych oraz 38,0% starszych wskazało choroby stawów, jako niebezpieczeństwo zdrowotne wynikające z otyłości, a 5,7% kobiet i 2,1% mężczyzn wybrało nowotwory, jako zagrożenie.

Przeprowadzone w Polsce badania przez NATPOL Plus wykazały, że nadwagę częściej stwierdzano u mężczyzn (39%) niż u kobiet (29%). Natomiast częstotliwość występowania otyłości u obu płci przedstawia się podobnie (19%). Instytut Żywności i Żywienia w Warszawie ukazuje, iż nadwaga występuje częściej u mężczyzn (41%) w porównaniu do kobiet (29%), zaś otyłość stwierdzano częściej u kobiet (20%) niż u mężczyzn (16%) [34].

Na pytanie „Czy otyłość jest problemem mężczyzn, czy kobiet?”, 61,0% respondentów twierdziło, iż otyłość dotyka w równym stopniu zarówno kobiety, jak i

mężczyzn. Natomiast 37,0% badanych uważało, iż jest to przypadłość głównie kobiet. Tylko 2,0% ankietowanych uważało, że z otyłością zmagają się w znacznym stopniu mężczyźni.

Na podstawie badań własnych można wywnioskować, iż mężczyźni w większości (57,5%) uważali, że problem otyłości nie dotyczy ich w głównej mierze. Otyłość przypisują głównie kobietom. Kobiety zaś w 79,2% wybrały stwierdzenie, iż nadmierna masa ciała w równym stopniu dotyczy i kobiet i mężczyzn.

Przyglądając się trendom propagowanym w mediach dotyczącym szczupłej sylwetki, nasuwają się wnioski, mówiące o tym, iż osoby otyłe postrzegane są, jako leniwe, o słabej woli oraz pozbawione samodyscypliny. Ze skojarzeń tych wynikają zachowania związane z uprzedzeniami i dyskryminacją wobec osób z otyłością dostrzegane w różnych dziedzinach życia [35]. Sińska i wsp. w swoich badaniach przeprowadzonych na grupie lekarzy i pielęgniarek dowodzi, iż społeczeństwo nie jest tak negatywnie nastawione wobec osób otyłych, jak mogłoby się wydawać sugerując się mediami i powszechną opinią. Na pytanie o zatrudnienie osoby otyłej, zdecydowana większość badanych (88%) odpowiedziała twierdząco. Pozostałe 12% nie zatrudniłoby osoby z otyłością, ze względu na słabszą sprawność fizyczną oraz częstsze problemy zdrowotne [36].

Wyniki badań własnych są porównywalne z powyższymi. Większość ankietowanych (48%) raczej zdecydowałoby się na zatrudnienie osoby otyłej. Tylko 3% badanych kategorycznie nie zgodziłoby się przyjąć do pracy osoby z nadmierną masą ciała. Natomiast na pytanie o skojarzenia z osobą otyłą, zarówno grupa starszych dorosłych (42,0%), jak i młodszych (38,0%) zgodnie uważają, iż osoby z nadmierną masą ciała są takie same, jak inne. Zaledwie 2,0% ankietowanych z jednej i drugiej grupy twierdziła, że są to osoby leniwe i mające słabą wolę.

Przeprowadzone przez nas badania pokazują, że zarówno grupa młodszych dorosłych (34,0%), jak i starszych (34,0%) wiązała osoby z otyłością ze stwierdzeniem, iż są to ludzie flegmatyczni, ociężali i niepewni siebie. Także większa część grupy mężczyzn (42,6%) podzielało to samo zdanie. Kobiety natomiast w większym stopniu (39,6%) przypisywały osobom otyłym cechy takie, jak uśmiechnięty, radosny i optymistyczny. 26,4% kobiet zgadzały się z opinią mężczyzn.

Badania Sińskiej i wsp. pokazują, że 72% pielęgniarek i 51% lekarzy uważa, że osoby z otyłością są częściej dyskryminowane w społeczeństwie. Zaś porównując osoby szczupłe i otyłe 26% pielęgniarek i 29% lekarzy zaprzeczyło twierdzeniu, iż osoby otyłe są gorsze niż osoby z prawidłową masą ciała. Pozostali badani nie mieli zdania na ten temat [36].

Analiza wyników własnych pokazuje, iż zarówno starsi dorośli (56,0%), jak i młodszy (44,0%) zdecydowanie zgadzają się z twierdzeniem, iż osoby z otyłością są dyskryminowane w społeczeństwie. Także 50,9% kobiet oraz 48,9% mężczyzn podzielało powyższe stwierdzenie.

Natomiast 54,0% ogółu respondentów nie zgadzało się z tym, iż osoby szczupłe są atrakcyjniejsze niż osoby dotknięte otyłością. 19,0% badanych nie miało zdania na ten temat.

Przyglądając się wynikom badań własnych widać, że to mężczyźni (55,3%) w głównej mierze uważali szczupłą sylwetkę za bardziej atrakcyjną. Natomiast 45,3% kobiet nie zgadzało się z tym. Powyższe wyniki ukazują, iż społeczeństwo jest przekonane o dyskryminacji osób z otyłością, natomiast w większości odpowiedzi badanych, zarówno grupa starszych, jak i młodszych dorosłych jest pozytywnie nastawiona wobec osób z problemem otyłości, nie wykazując niechęci i przejawów dyskryminacji. Natomiast uwzględniając podział badanych według płci, można zauważyć, iż większość mężczyzn odsuwa od siebie problem otyłości, twierdząc, że płęć przeciwna boryka się z nim częściej. W ich opinii, na temat atrakcyjności osób szczupłych, znajdzie się również potwierdzenie dyskryminowania osób z otyłością z powodu wyglądu zewnętrznego.

Wraz z biegiem czasu społeczeństwo posiada coraz większą wiedzę na temat otyłości, co jest zjawiskiem pozytywnym. Większość z nich ma świadomość czynników wywołujących otyłość oraz zagrożeń, które są z nią związane. Zarówno starsi, jak i młodszy postrzegają osoby z otyłością, jako osoby dotknięte chorobą. Pomimo panującej opinii, iż osoby z nadmierną masą ciała kojarzą się z cechami negatywnymi, większa część badanych uważała, że są to osoby takie same, jak inne i nie miałoby nic przeciwko zatrudnieniu takich osób.

Niestety duża część ankietowanych zgadza się ze stwierdzeniem, iż nadmierna masa ciała powoduje dyskryminację oraz obniża jakość życia pacjentów. Dowodzi to temu, iż stygmatyzacja osób z otyłością jest jeszcze ciągle obecna wśród naszego społeczeństwa.

Wnioski

1. Zarówno grupa badanych w wieku 18- 25, jak i 40- 60 lat oraz grupa kobiet i mężczyzn postrzegają osoby z otyłością, jako dotknięte chorobą.
2. Postawa młodszych dorosłych oraz starszych dorosłych wobec osób z otyłością jest pozytywna, ponieważ uważają oni, że są to osoby takie same, jak inne i nie są gorsze od osób szczupłych.

3. Większość badanych w grupie mężczyzn wykazuje negatywną postawę wobec otyłych, kojarząc je z cechami takimi jak „flegmatyczny, ociężały, smutny, zamknięty w sobie”, a także uważając je za mniej atrakcyjne niż osoby szczupłe.
4. Znaczna część ankietowanych w grupie kobiet pozytywnie postrzega osoby z otyłością, charakteryzując je, jako „uśmiechnięte, radosne i optymistyczne”.

Bibliografia

1. Jarosz M., Kłosiewicz- Latoszek L. Otyłość. Zapobieganie i leczenie. Porady lekarzy i dietetyków. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, 7- 16.
2. Białkowska M.: Otyłość [w:] Praktyczny podręcznik dietetyki, Jarosz M. (red.). Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 2010, 330-336.
3. Neubauer K.: Dieta w nadwadze i otyłości [w:] Żywnienie w chorobach przewodu pokarmowego i zaburzeniach metabolicznych, Poniewierka E. Cornetis, Wrocław 2010, 147-155.
4. Ciborska H., Rudnicka A.: Dietetyka. Żywnienie zdrowego i chorego człowieka. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005, 396- 401.
5. Czerwińska E., Walicka M., Marcinowska- Suchowierska E.: Otyłość- czy zawsze prosta? Postępy Nauk Medycznych, 2013, 26(4), 307- 309.
6. Seifert M., Zdrojewicz Z.: Otyłość a zachowania seksualne. Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii, 2010, 6(3), 129- 135.
7. Wąsowski M., Walicka M., Marcinowska- Suchowierska E.: Otyłość- definicja, epidemiologia, patogeneza. Postępy Nauk Medycznych, 2013, 4, 301- 306.
8. Kłosiewicz- Latoszek L.: Otyłość jako problem społeczny, zdrowotny i leczniczy. Problemy Higieny i Epidemiologii., 2010, 91(3), 339-343.
9. Szczeklik A.: Choroby wewnętrzne. Medycyna Praktyczna, Kraków 2010, 236-265.
10. Czech A., Bernas M., Tatoń J.: Sercowo- naczyniowe objawy otyłości. Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii, 2007, 3(4), 85- 94.
11. Chrostowska M., Szczęch R., Narkiewicz K.: Nadciśnienie tętnicze związane z otyłością. Kardiologia na co dzień, 2007, 3(2), 106- 112.
12. Czyżewski Ł.: Nadwaga i otyłość jako czynniki ryzyka wystąpienia nadciśnienia tętniczego. Problemy Pielęgniarstwa, 2008, 16(1, 2), 128- 135.
13. Hajduk M.: Wpływ masy ciała na płodność u kobiet. Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii, 2012, 8(3), 93- 97.

14. Wickiewicz D., Zimmer M.: Otyłość a problem niepłodności u kobiety. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, 2008, 1(2), 138- 140.
15. Wolf J., Narkiewicz K.: Otyłość a bezdech senny. *Kardiologia na co dzień*, 2007, 3(2), 113- 119.
16. Jasik A., Tałałaj M.: Otyłość a choroba zwyrodnieniowa stawów. *Postępy Nauk Medycznych*, 2013, 5, 14- 18.
17. Binkowska- Borgosz I., Starzyńska T., Błogowski W.: Otyłość a nowotwory przewodu pokarmowego. *Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej*, 2014, 68, 1193- 1198.
18. Jurć A., Bogdański P.: Otyłość i co dalej? O psychologicznych konsekwencjach nadmiernej masy ciała. *Forum Zaburzeń Metabolicznych*, 2010, 1(4), 210- 219.
19. Leksy K.: Psychospołeczne konsekwencje nadmiernej masy ciała kobiet z perspektywy oceny społecznej. *Nowiny Lekarskie*, 2012, 81(5), 549- 557.
20. Pietrzykowska E., Wierusz- Wysocka B.: Psychologiczne aspekty nadwagi, otyłości, odchudzania się. *Polski Merkurusz Lekarski*, 2008, 24(143), 472- 476.
21. Juruć A., Wierusz- Wysocka B.: Psychologiczne aspekty jedzenia i nadmiernej masy ciała. *Farmacja Współczesna*, 2010, 4, 119- 126.
22. Olszanecka- Glinianowicz M.: Depresja- przyczyna, czy skutek otyłości. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*, 2008, 4(2), 78- 85.
23. Makara- Studzińska M, Buczyjan A., Moryłowska J.: Jedzenie- przyjaciel i wróg. Korelaty psychologiczne otyłości. *Zdrowie Publiczne*, 2007, 117(3), 392- 396.
24. Seifert M., Zdrojewicz Z.: Otyłość a zachowania seksualne. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia przemiany materii*, 2010, 6(3), 129- 135.
25. Depko A.: Otyłość, nadciśnienie tętnicze a dysfunkcje seksualne. *Nadciśnienie Tętnicze*, 2009, 13(3), 193- 145.
26. Kędzierska J., Ponikowska I., Makowska- Ofiarska K., Adamczyk P., Ossowski R., Sobieralska- Michalak K.: Zaburzenia nastroju u osób z otyłością. *Polskie Forum Psychologiczne*, 2013, 18(3), 333- 345.
27. Szymocka M., Bryła M., Maciecka- Bryła I.: Epidemia otyłości w XXI wieku. *Zdrowie Publiczne*, 2009, 119(2), 207- 212.
28. Jarosz M.: Ogólnopolskie działania w zakresie zwalczania nadwagi i otyłości, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i młodzieży. Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 2013.

29. 29. Białkowska M.: Przyczyny epidemii otyłości. *Przemysł Spożywczy*, 2012, 66(1), 27- 30.
30. 30. Białkowska M.: Etiopatogeneza otyłości. *Postępy Nauk Medycznych*, 2011, 9, 765- 769.
31. Jasiel- Wojculewicz H., Chrostowska M.: Otyłość- niektóre aspekty epidemiologiczne i rokownicze. *Kardiologia na co dzień*, 2007, 3(2), 79- 83.
32. Pupek- Musialik D., Kujawska- Łuczak M., Bogdański P.: Otyłość i nadwaga- epidemia XXI wieku. *Przewodnik Lekarza*, 2008, 1, 117- 123.
33. Zahorska- Markiewicz B., Mucha Z.: Otyłość i leczenie operacyjne. *Chirurgia Polska*, 2001, 3(3), 79- 83.
34. Zatońska K., Waszkiewicz L., Bolanowski M.: Samoocena stopnia otyłości kobiet i mężczyzn zamieszkałych na Dolnym Śląsku. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*, 2006, 2(1), 12- 17.
35. Ziemińska D.: *Postawy pielęgniarek wobec otyłych chorych*. Biblioteka Główna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa 2011.
36. Sińska B., Turek M., Kucharska A.: Czy mamy do czynienia ze stygmatyzacją otyłych pacjentów na oddziałach szpitalnych. *Ocena postaw personelu medycznego. Nauki społeczne i humanistyczne wobec wyzwań współczesności*, Lublin 2015, 42- 53.

EKSPERYMENTY MEDYCZNE W OBOZIE KONCENTRACYJNYM W AUSCHWITZ

Paulina Krahel¹, Katarzyna Łagoda²

1. Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Medycyny Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Medycyny Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

"Medycyna w czasach narodowego socjalizmu różni się od tego, co było przed nią i po niej tylko w jednym: naukowcom wolno wszystko, czego tylko chcą" – tak napisał Ernst Klee w książce "Auschwitz - medycyna III Rzeszy i jej ofiary" [1].

Początki hitlerowskich obozów sięgają 1933 roku, gdy powołano Schutzhaft tzw. "areszty ochronne" na podstawie rozporządzenia Hitlera z 28.02.1933r. Do tych miejsc kierowano bez śledztwa i wyroków osoby uznane za komunistów, marksistów, wrogów narodowego socjalizmu itp. Pod koniec 1933 r. działało w III Rzeszy już 55 tego rodzaju obozów. Eksperymenty biologiczne przeprowadzane na człowieku, wbrew ogólnej akceptacji, były powszechnie stosowane już na przełomie XIX i XX wieku, kiedy to ówcześni lekarze dowodząc słuszności hipotez o zaraźliwości m.in. takich chorób jak: kiła, dur plamisty, koklusz, dżuma, trąd czy płonica, świadomie zakażali nimi zdrowe osoby (przeważnie więźniów skazanych na śmierć i chorych psychicznie).

Wykorzystywanie więźniów do eksperymentów zgadzało się z hitlerowską koncepcją mówiącą o tym, że wrogowie państwa powinni przysłużyć się Rzeszy albo pracą albo śmiercią podczas badań naukowych. Przyczyniło się to do powstania całego aparatu umożliwiającego wykorzystanie "zbędnego elementu ludzkiego" do różnorodnych doświadczeń. Zbrodnicze eksperymenty medyczne niemieccy lekarze hitlerowscy przeprowadzali w wielu obozach koncentracyjnych od wybuchu II wojny światowej, aż do jej zakończenia [2].

Eksperymenty medyczne przeprowadzane w Auschwitz-Birkenau można podzielić na trzy grupy:

- **doświadczenia "biologiczne"**, do których zalicza się badania z zakresu problematyki rasowej (demografia ujemna, badania nad dziedzicznością), tyfusem plamistym,

wczesnym wykrywaniem raka szyjki macicy, chorobą głodową, symulacją owrzodzeń i żółtaczkę zakaźną,

- **doświadczenia farmakologiczne**, mające na celu wypróbowanie działania nowych leków na organizm ludzki,
- **doświadczenia chirurgiczne**, mające na celu wzbogacenie wiedzy i praktyki chirurgicznej lekarzy.

Więźniów wybranych do doświadczeń sprowadzano do rewiru przymusowo. Według wytycznych Himmlera eksperymenty należało przeprowadzić w pierwszym rzędzie na cudzoziemcach skazanych na zagładę, jednak mimo tych instrukcji najczęściej wybierano Polaków, Rosjan, Żydów i Cyganów, bez względu na to czy byli skazani przez Gestapo (tajna policja utworzona w nazistowskich Niemczech, która zwalczała wszelkie przejawy oporu) na zagładę, czy nie.

Jednym z wielu zbrodniarzy nazistowskich był Johann Paul Kremer. Ten niemiecki profesor posunął się w swej naukowej dociekliwości tak daleko, iż wybierał z tłumu interesujące go obiekty. Najczęściej byli to wygłodzeni więźniowie, z którymi uprzednio przeprowadzał wywiad po to, aby natychmiast zostali zamordowani. Ze zwłok pobierał wątroby, trzustki czy śledziona które służyły mu do badań zmian zachodzących w ludzkim organizmie pod wpływem głodu. „Lebensfrisches Material” Kremera to wręcz symboliczny dowód degeneracji nauki w trzeciej Rzeszy. Wiemy, że nie jeden Johann Paul Kremer skorzystał z okazji wykorzystania zastanych tu okoliczności zbrodni do celów „naukowych”. Takich naukowców hitlerowskich były dziesiątki, a nawet setki. Wszystko to działo się na oczach świata, za przyzwoleniem najwyższych władz państwowych Trzeciej Rzeszy oraz niemieckich medycznych ośrodków uczelnianych [3].

Badania dziedziczności

Ideologia nazistowska kładła duży nacisk na utrzymanie czystej nordyckiej rasy. W wychowaniu młodzieży wszechobecny był kult ciała i sprawność fizyczna. Szczegółowe wytyczne określające kryteria w sferze zawierania małżeństwa mające swoje urzeczywistnienie w ustawach norymberskich, propagowanie ośrodków takich jak Lebensborn, gdzie rodziły się dzieci najlepszej krwi, miały zapewnić siłę i dominację narodu niemieckiego. Aby uwiarygodnić naukowo głoszone poglądy, podjęto w tym kierunku wiele badań. W kręgu zainteresowania znalazły się zagadnienia związane z dziedzicznością, a zwłaszcza badania bliźniąt, gdyż upatrywano w nich receptę stworzenia w dwukrotnie

krótszym czasie, idealnego społeczeństwa zarówno pod względem fizycznym jak i intelektualnym. Problematyką tą zajął się dr Josef Mengele. Jego pracę finansował Niemiecki Komitet Badań Naukowych przy aktywnym udziale prof. Ottmara von Verschuera [4].

Auschwitz, z racji tego, iż był największym obozem koncentracyjnym, stanowił bogaty "magazyn zaopatrzenia" w materiał badawczy dla lekarzy prowadzących różnorodne doświadczenia, również dr Mengele korzystał z niego przez 1,5 roku. Swoje ofiary zazwyczaj wybierał osobiście na rampie w Auschwitz, gdzie z całej Europy przychodziły transporty przeznaczone na śmierć w komorze gazowej. Nie wiadomo, jaka była ogólna wyselekcjonowana liczba bliźniąt. Była więźniarka Elżbieta Warszawska, zatrudniona jako pielęgniarka i opiekunka dzieci, w baraku gdzie przebywały zeznała, iż było tam około 350 par bliźniąt obojga płci w wieku od dwóch do szesnastu lat, różnej przynależności państwowej. Przewagę stanowiły dzieci żydowskie z transportów węgierskich, czeskich, niemieckich, włoskich, belgijskich, francuskich. Inna więźniarka, sztabowa w tym samym baraku twierdzi, że było ich około 200, z czego około sześciu nie miało ukończonych trzech lat. W zbiorach archiwalnych muzeum oświęcimskiego znajdują się zachowane dokumenty podające przybliżoną liczbę ofiar. Jest to odręcznie spisana lista zawierająca 125 nazwisk wraz z numerami obozowymi, chłopców, mężczyzn i bliźniąt przywiezionych do obozu w 1943 i 1944 r. z getta w Terezynie i terenów ówczesnych Węgier, oraz spis m.in. 111 żydowskich bliźniąt obojga płci, przebywających na terenie obozu kobiecego. Ponadto według relacji jednego z bliźniąt Ottona Kleina wiadomo, iż w baraku nr 15 na odcinku BIIIf przebywało mniej więcej 107 bliźniąt, w wieku od 4 do 60 lat. Większość z nich po zakończeniu badań zostało uśmiercanych w celu przeprowadzenia sekcji zwłok i analizy porównawczej. Tylko nielicznym udało się przeżyć [5].

Bliźnięta stanowiły dla dr Mengele cenne źródło wiedzy, toteż przez pewien czas były lepiej traktowane od pozostałych więźniów. Miały przyznaną dietę, bogatszą w składniki odżywcze, nie pracowały, na terenie obozu cygańskiego stworzono również "Kindergarten", istotą zbliżony do żłobka lub przedszkola, gdzie dzieci (również nie będące "królikami") mogły spędzać czas. Zdarzało się też, że sam dr Mengele przynosił im zabawki lub słodycze, co było swoistym ewenementem. Ucieszone, wołały na jego widok "wujek" lub "dobry wujaszek Mengele." Należy jednak pamiętać, iż lepsze traktowanie ofiar związane było jedynie z pragnieniem uzyskania jak najbardziej obiektywnych wyników badań a nie z osobistych sympatii dr Mengele. Potwierdza to fakt wykorzystania dzieci w eksperymentach. Z relacji więźniów zatrudnionych w blokach przeznaczonych dla bliźniąt oraz z relacji, tych

które przeżyły wynika, iż poszczególne pary bliźniacze, prawdopodobnie ze względu na wiek, były przeznaczone do różnych badań tj. morfologicznych, antropometrycznych, rentgenowskich oraz chirurgicznych. Niektóre przeprowadzał osobiście dr Mengele, inne wykonywali na jego polecenie lekarze, światowej klasy specjaliści w swoich dziedzinach, jak na przykład dr Miklos Nyiszli, wykonujący sekcje zwłok badanych ofiar. Pierwszym etapem doświadczeń, były badania antropometryczne polegające na pomiarze specjalistycznymi narzędziami poszczególnych części czaszki: nosa, uszu, oraz innych części ciała, które przeprowadzała dr Martina Puzynina. Na tym etapie ofiary również fotografowano, sporządzano odlewy gipsowe twarzy oraz zabezpieczano ich odciski palców. Analizę porównawczą opracowywano na podstawie ręcznie malowanych rysunków. Po zakończeniu jedynych bezbolesnych badań, następowały kolejne specjalistyczne w trakcie których ofiary bardzo cierpiały. Najczęściej wykonywano punkcje lędźwiowe, niepotrzebne amputacje, zarażano ofiary tyfusem, zakażano rany. Była więźniarka Vera Aleksander wspomina: "(...) Następnego dnia esesmani zabrali ze sobą dwójkę moich podopiecznych - Tita i Nina. Jeden z nich był garbaty. Po dwóch lub trzech dniach esesman przyprowadził je z powrotem w strasznym stanie. Były ponacinane. Garbaty był zszyty plecami ze swoim bratem; ich nadgarstki również były ze sobą zszyte. Otaczał ich potworny fetor gangreny. Rany były zabrudzone, a dzieci płakały całymi nocami." Po zakończeniu doświadczeń następowała trzecia najistotniejsza część badań. Studium porównawcze organów wewnętrznych. Dzieci zazwyczaj uśmiercano dosercowym zastrzykiem z fenolu lub evipanu po czym przeprowadzano szczegółową sekcję zwłok. Interesujące z naukowego punktu widzenia materiały badawcze, konserwowano i wysyłano do berlińskiego Instytutu. Aby dotarły szybko i w stanie nienaruszonym paczki opatrywano stemplem z napisem: "Pilne, przesyłki ważne dla celów wojennych." [6]

Dr Mengele wykorzystywał bliźnięta także w doświadczeniach związanych ze zmianą naturalnego koloru oczu na inny. Polegały one na wstrzykiwaniu różnych barwników do tęczówki powodując u ofiar ropienie, zaczerwienienie a niejednokrotnie trwałą utratę wzroku. Były więzień Vexler Jancu wspomina: "W czerwcu 1943 r. udałem się do obozu cygańskiego w Birkenau. Zobaczyłem drewniany stół. Leżały na nim próbki oczu. Każdej towarzyszyła litera i cyfra. Oczy były bladeżółte, jasnoniebieskie, zielone i fioletowe."

Obszary naukowego zainteresowania dr Josefa Mengele były wszechstronne, obejmując swoim zasięgiem wiele dziedzin medycyny od bakteriologii po transplantację szpiku. Prowadził badania nad fizjologią i patologią skarlenia, odpornością organizmu na

elektrowstrząsy, interesował się przyczynami i metodami leczenia raka wodnego, zwanego też zgorzelą policzka, choroby występującej niezwykle rzadko, objawiającej się ubytkiem tkanki miękkiej policzków. Część chorych otrzymywała specjalne diety bogate w składniki odżywcze oraz leczona była farmakologicznie, pozostała część stanowiła grupę porównawczą. Z polecenia doktora wybrane ofiary uśmiercano a ich zwłoki przewożono do Instytutu Higieny w Rajsku, w celu przeprowadzenia badań histopatologicznych. W tym celu preparowano poszczególne fragmenty organów a nawet całe głowy dzieci.

Dr Mengele przebywał na terenie Auschwitz-Birkenau od maja 1943 r. do momentu ostatecznej ewakuacji obozu 17.01.1945 r., kiedy opuścił teren obozu zabierając ze sobą całą dokumentację badań. Do tego momentu utrzymywana była też jego pracownia. Zdołał on uniknąć aresztowania ukrywając się. W całej Europie rozpoczęły się zakrojone na dużą skalę poszukiwania Mengele, a mimo to zdołał się ukryć. Nigdy nie stanął przed sądem, chociaż za pomoc w jego schwytaniu wyznaczono nagrodę w wysokości 10 mln marek. Zmarł 7 lutego 1979 roku niedaleko Santosu w Brazylii – w czasie kąpieli w oceanie doznał prawdopodobnie udaru mózgu i utonął. Pochowany został jako Wolfgang Gerhard. Przeprowadzone badania DNA w 1992 potwierdziły tożsamość Mengelego [7].

Sterylizacja

W ideologii nazistowskiej zagadnienie masowej sterylizacji było niezwykle popularne. Hitlerowcy zdobywając przestrzeń życiową potrzebowali wielu niewolników, którzy pracowaliby dla ich potrzeb. W myśl narodowego socjalizmu, przy jednoczesnym usuwaniu "elementów niepotrzebnych", masowe ograniczenie płodności zapewniłoby utrzymanie niegroźnej i łatwej do kontroli siły roboczej. Projektów było kilka, jednak Himmler przychylił się do prośby prof. Carla Clauberga, który obiecał znaleźć metodę pozwalającą w sposób niezauważony wysterylizować dużą ilość kobiet w krótkim czasie. Do realizacji swoich celów oddano mu do dyspozycji obóz Auschwitz oraz przeniesiono na jesieni 1942 r. z Ravensbrück około 800 Żydówek. Stamtąd 7.06.1943 r. pełen nadziei i nieukrywanej dumy pisał: *"[...] Jeśli badania moje będą szły nadal w tym samym tempie - a nie ma podstaw, aby przypuszczać, że to się zmieni - w niedługim czasie będę mógł powiedzieć, że jeden dobrze wyszkolony lekarz dysponujący odpowiednim wyposażeniem i około dziesięcioma asystentami będzie mógł załatwić kilkaset, a może nawet tysiąc kobiet dziennie."* Zbliżający się front sprawił, że część ofiar Clauberga ewakuowano z powrotem do Ravensbrück. W ślad za nimi w styczniu 1945 roku do obozu przybył i on sam, gdzie kontynuował eksperymenty z pomocą

lekarzy obozowych: Ralfa Rosenthala, Percivala Treitego i Bruno Orendiego [8].

Polegały one na wstrzykiwaniu do jajowodów (pod kontrolą radiologiczną) płynu kontrastującego, w celu sprawdzenia ich drożności. Po kilku dniach, przystępowano do głównej fazy pozbawiania płodności, w której wstrzykiwano płyn drażniący na przykład: formalinę. Po upływie 4-8 tygodni Clauberg wykonywał jeszcze jedno badanie, w czasie którego sprawdzał stopień zrośnięcia światła jajowodów. Po upływie roku badane kobiety miały odbyć stosunek płciowy w celu praktycznego wypróbowania skuteczności tej metody. Bliski koniec wojny przekreślił te plany. Eksperymentom poddawano młode Cyganki lub Żydówki, wykorzystywano również małe dziewczynki, jednak dokładnej liczby nie da się ustalić, gdyż większość ofiar zagazowano. Najważniejszą konsekwencją przeprowadzanych przez prof. Carla Clauberga domacicznych iniekcji środkami żrącymi, było całkowite lub częściowe zarośnięcie jajowodów. Wynik eksperymentu zasadniczo zależał od: rodzaju płynu kontrastującego pozwalającego uzyskać dobry, przejrzysty obraz na zdjęciach rentgenowskich, środka sterylizacyjnego oraz od stopnia zainteresowania lekarza ofiarą. Zdarzało się bowiem, iż Clauberg wykonywał doświadczenie, bez późniejszej kontroli radiologicznej, lub poddawał je kilkakrotnym wstrzyknięciom sterylizacyjnym. Kobiety, które przeżyły skarżyły się na ogromny, piekący ból w dolnej części brzucha, uczucie palenia oraz obfite krwawienia. Na skutek przedostania się płynu kontrastowego do otrzewnej, często dochodziło do zapalenia połączonego z torsjami [9].

Niezależnie od doświadczeń prof. Clauberga, sterylizacją w Auschwitz zajmował się również dr Horst Schumann. Stosował inną metodę polegającą na kilkakrotnym (3-4 razy w tygodniu) naświetlaniu promieniami Rentgena narządów rozrodczych kobiet jak i mężczyzn. W czasie przeprowadzania doświadczenia zmieniano czas i natężenie promieniowania, aby uzyskać optymalne wskaźniki. Po wykonaniu zabiegu ofiary wracały do pracy. Po pewnym czasie, na udach oraz podbrzuszu pojawiały się wywołane oparzeniami, mocne zaczerwienienia, które ropiejac powodowały rozległe, trudno gojące się rany. Kilka tygodni później następowała kontrola w czasie, której często dokonywano kastracji chirurgicznej w celu pobrania materiału histopatologicznego. Nazistowscy lekarze, po zbadaniu pobranego materiału, nie zaliczyli naświetlania promieniami Rentgena w tej postaci, do skutecznych metod sterylizacji, gdyż była ona czasochłonna i zbyt kosztowna, ponadto powodowała jedynie tymczasową bezpłodność. W styczniu 1945 roku Schumann podobnie jak Clauberg, przeniósł się do Ravensbrück, aby kontynuować swe eksperymenty. Nie wiadomo, czy obaj współpracowali ze sobą, czy działali na własną rękę. Oblicza się, iż w obozie tym poddano

prześwietleniu promieniami Rentgena ok. 120 - 140 Cyganek (Najmłodsze dziewczynki miały 8 lat., według S. Sterkowicza liczba kobiet poddanych sterylizacji wynosi 120-160).

Warto też wspomnieć o zamiarach wykorzystania środków farmakologicznych a konkretnie wyciągu z amerykańskiej rośliny *Caladium Sequinum* jako metody masowej sterylizacji. Roślina ta bowiem skutecznie działała na zwierzęta. U szczurów, królików czy psów ekstrakt wywoływał u samic bezpłodność a u samców niezdolność do zapłodnienia. Argumentem przemawiającym za tą metodą był fakt, iż sterylizację tą metoda można by wykonywać w sposób niezauważalny dla ofiary. Himmler wydał polecenie przeprowadzenia badań na zwierzętach, jednak z powodu problemów związanych z wyhodowaniem wystarczającej ilości roślin jak też z importem jej z Ameryki Południowej, zwrócono się do firmy Madaus zajmującej się preparowaniem ziołowych substancji o wyprodukowanie oraz dostarczenie odpowiedniej ilości wyciągu z *Caladium Sequinum*. Niestety nie ma dowodów stwierdzających, iż eksperymenty zostały przeprowadzone na więźniach obozów koncentracyjnych. Z tych też powodów ich inicjator dr Adolf Pokorny został w Procesie Norymberskim uniewinniony [10].

Carl Clauberg – ginekolog, prof. Dr medycyny po wojnie przebywał z niewoli w Związku Radzieckim, skąd został zwolniony w 1956r. i powrócił do Kilonii. Tam w niedługim czasie został aresztowany i osadzony w więzieniu śledczym, gdzie zmarł 9.07.1957r.

Host Schumann - po wojnie do 1951 r. przebywał w RFN. W przeddzień aresztowania zbiegł do Jokohamy. Przez 4 lata był lekarzem okrętowym na morzu. Od 1955 r. pracował w Sudanie, po czym zbiegł do Nigerii, następnie do Liberii. W 1960 r. osiedlił się o Ghanie, gdzie pracował jako lekarz. 14 czerwca 1961 r. rektorat uniwersytetu w Hale pozbawił Schumanna przyznanego doktoratu. Władze Ghany dopiero w lutym 1966 przekazały Schumanna władzom niemieckim. We wrześniu 1970 rozpoczął się jego proces we Frankfurcie nad Menem. Nigdy się jednak nie zakończył; ze względu na zły stan zdrowia Schumann został wypuszczony z więzienia i pozostawał pod nadzorem policji. Zmarł 5 maja 1983 we Frankfurcie.

Eksperymenty farmakologiczne

Wykonywało je w latach 1941-1944 r. wielu lekarzy: Friedrich Entress, Helmuth Vetter, Eduard Wirths, Wilhelm König, Victor Capesius (kierownik apteki obozowej), Bruno Weber (kierownik Instytutu Higieny w Rajsku), Werner Rhode oraz dr Johann Goebel,

asystent dr Clauberga. Doświadczenia przeprowadzano na zlecenie koncernu IG-Farbenindustrie wchodzącej w skład koncernu firmy Bayer, za wiedzą i aprobatą najwyższych władz III Rzeszy. Celem ich było wypróbowanie na więźniach działania różnych leków oraz preparatów opatrzonych kryptonimami np.: B-1012, B-1034, "rutenol", "eleudron", "prontosil", nie badanych uprzednio zgodnie z zasadami obowiązującymi przy wprowadzaniu nowych leków. Były to głównie preparaty sulfonamidowe, stosowane w niektórych przypadkach gruźlicy, duru wysypkowego, brzuszego, płonicy oraz wypróbowanie nie znanych bliżej szczepionek przeciw tyfusowych. Podawano je więźniom w postaci tabletek, granulek, płynów, iniekcji, oraz wlewk doodbytnicznych w różnych dawkach. W przypadku pozytywnego przebiegu prób, miały one wejść w skład cenionych i powszechnie stosowanych leków. Przeprowadzano je głównie w bloku 20 obozu macierzystego, w szpitalu w Monowicach oraz w kobiecym w Brzezince. Przebieg eksperymentów był podobny niemal we wszystkich przypadkach. Wyselekcjonowanym więźniom, chorym lub sztucznie zarażonym, nie wolno było podawać innych leków oprócz wskazanych przez lekarza prowadzącego badania, co pewien czas ofiary poddawano testom laboratoryjnym, prześwietleniom rentgenologicznym, a lekarze-więźniowie byli zobowiązani do opracowywania zestawień poczynionych obserwacji. Z ich oraz z bezpośrednich relacji ofiar wynika, iż podawane preparaty nie przynosiły zamierzonego efektu, chorzy skarżyli się na nudności, zaburzenia układu pokarmowego, sinice, duszności, krwawe biegunki a nawet zapaści. W przypadku zgonu przeprowadzano sekcje zwłok, aby stwierdzić zmiany w narządach wewnętrznych. Doświadczenia sterylizacyjne przeprowadzane na kobietach w bloku 10, stanowiły okazję do wypróbowania przez dr Goebbla alternatywnych niż stosowane do tej pory, deficytowe roztwory jodowe, płyny kontrastowe przeznaczone do celów rentgenologicznych. Badania te przysporzyły więźniarkom dodatkowych cierpień. Łączna liczba ofiar jest trudna do ustalenia. Wiadomo, że w doświadczeniach ze środkami farmakologicznymi dr Vettera wykorzystano ok. 250 osób, dr Entressa ok. 20 z czego zmarło ok. 16, w doświadczeniach tyfusowych dr Vettera 15 a dr Entressa 11 z czego zmarło 4. W doświadczeniach narkotykowych związanych z wymuszeniem zeznań, które przeprowadzał dr Capesius, Weber i Rhode wykorzystano 4-12 osób, z czego zmarły co najmniej 2. Warto zaznaczyć, iż eksperymenty farmakologiczne, w których wykorzystywano te same lub podobne preparaty, przeprowadzano także w innych obozach koncentracyjnych, zwłaszcza w Buchenwaldzie, gdzie była przeznaczona do tego celu specjalna stacja badawcza. Było to związane zarówno z osobą dr Vettera, który był przedstawicielem koncernu IG-Farben, jak też

i z interesami firm farmaceutycznych oraz fabrykami zatrudniającymi więźniów obozów koncentracyjnych [11,12].

Friedrich Karl Hermann Entress- dr medycyny, pełnił funkcję lekarza obozowego w Auschwitz do 20.10.1943 r. Wyrokiem amerykańskiego sądu wojskowego w Dachau z 1946 r. w tak zwanym procesie Mauthausen został skazany na karę śmierci. Wyrok wykonano 28 maja 1947r. w Landsbergu.

Helmuth Vetter- dr medycyny, lekarz obozowy w Dachau, Auschwitz, Mauthausen. Jako współpracownik IG-Farbenindustri i Bayer badał tolerancję leków na więźniach obozów koncentracyjnych. Wyrokiem amerykańskiego sądu wojskowego w 1947 r. w procesie załogi KL Mauthausen został skazany na karę śmierci. Wyrok wykonano 2 lutego 1947r.

Bruno Weber- dr medycyny, bakteriolog, kierownik Instytutu Higieny SS w Rajsku koło Oświęcimia. Zmarł 23 września 1956 r., do końca życia nie był prawnie ścigany za zbrodnie wojenne.

Eksperymenty chirurgiczne

W pamiętniku Johanna Paula Kremera znajduje się wiele wpisów na temat przeprowadzanych przez niego eksperymentów. W protokole przesłuchania z 30.07.1947 r. w Krakowie Kremer wyjaśnił tę sprawę następująco: „W pamiętniku swym wspominam w kilku miejscach o pobraniu dla celów badawczych całkiem świeżego materiału ludzkiego. Sprawa ta wygląda następująco: już od dawna interesowałem się badaniem zmian w organizmie ludzkim na skutek głodu. W Oświęcimiu przedstawiłem tę sprawę i uzyskałem zgodę na pobieranie świeżego materiału z tych więźniów, którzy zabijani byli za pomocą zastrzyków fenolowych. Dla wybrania odpowiednich obiektów chodziłem do bloku [...] gdzie odbywało się badanie zgłaszających się z obozu chorych więźniów. W czasie tego badania więźniowie pełniący funkcję lekarskie przedstawiali chorych lekarzowi SS, wyjaśniali mu chorobę, na którą cierpi dany więzień, a lekarz SS w zależności od tego, czy chory rokował czy też nie [...] decydował czy danego więźnia należy leczyć w szpitalu czy też należy zlikwidować. [...] Więźniów z drugiej grupy co do których wydano diagnozę „Allgemeine Körperschwäche” (ogólne osłabienie) obserwowałem dokładnie, wybranego chorego układano jeszcze za życia na stole sekcyjnym. Ja przystępowałem do stołu i wypytywałem tego chorego o różne dla moich badań istotne szczegóły. A więc np. o jego wagę ciała przed aresztowaniem, ile stracił na wadze od czasu aresztowania, czy w ostatnim czasie otrzymywał jakieś lekarstwa itp. Po zebraniu tych informacji podchodził do chorego sanitariusz i

zastrzykiem w okolicę serca zabijał chorego. Według mych wiadomości do zabijania używano tylko zastrzyków fenolowych.” 3 października 1942 roku Kremer pisze: „Dzisiaj utrwaliłem całkiem świeży materiał z ludzkiej wątroby i śledziony oraz z trzustki, ponadto w czystym alkoholu wszy z chorych na dur plamisty. W Oświęcimiu całe ulice zapadają na tyfus czy dur plamisty.” [13].

W wielu obozach, lekarze, studenci medycyny a nawet nie mający żadnego przygotowania podoficerowie SS z ciekawości przeprowadzali różnego typu doświadczenia. Miały one na celu udoskonalenie ich praktyki lekarskiej lub zaspokojenie ambicji. Często wykonywane zupełnie niepotrzebnie, przyprawiały więźniów o dodatkowe cierpienia. W Auschwitz-Birkenau z własnej inicjatywy operacje takie przeprowadzali dr Entress, Schwell, Plaza, Thilo, Büchning, Fischer. Zazwyczaj wykonywano amputacje, wycinano wyrostki robaczkowe oraz woreczki żółciowe, nacinano ropowice. Lekarze-więźniowie musieli wykazać się dużymi umiejętnościami zarówno dyplomatycznymi jak i praktycznymi by "naprawić" szkody wyrządzone przez SS-manów. Niestety nie można ustalić nawet przybliżonej liczby ofiar, gdyż nie prowadzono żadnej dokumentacji medycznej. Zabiegi te bowiem wykonywano na własną rękę [14].

Johann Paul Kremer- dr medycyny i filozofii, docent uniwersytetu w Münster. Wyrokiem Najwyższego Trybunału Narodowego W Krakowie dnia 22 grudnia 1947r. w procesie członków załogi SS obozu koncentracyjnego Oświęcim-Brzezinka został skazany na karę śmierci. Ułaskawiony z racji podeszłego wieku, po 10 latach zwolniony z więzienia i wraca do Niemiec. W 1960 r. w Münster ponownie postawiony przed sąd i skazany na 10 lat więzienia z zaliczeniem kary odbytej w Polsce, a przez uniwersytet w Münster pozbawiony doktoratu. Zmarł w 1965 r. jako wolny człowiek.

Badania nad rakiem szyjki macicy

Sukcesem w walce z rakiem jest jego wczesne wykrycie. Odnosi się to szczególnie do raka szyjki macicy, który od wielu lat był i nadal jest, jednym z najistotniejszych problemów ginekologii. Wykonywane po raz pierwszy latach międzywojnia badania kolposkopowe i histopatologiczne wywoływały w środowisku lekarskim duże poruszenie. Korzystając z warunków stworzonych w baraku 10, ginekolog dr Eduard Wirths wraz z Żydowskim lekarzem dr Samuelem w 1943 r. badał kolposkopem więźniarki Żydówki. Kobiety, u których zaszło podejrzenie zmian w narządach rodnych poddawano dalszym zabiegom polegającym na pobraniu wycinków histopatologicznych, które wysyłano do dalszego badania w

Hamburgu. W sumie badania przeprowadzono na ok. 50 więźniarkach [15].

Eduard Wirths - po ewakuacji obozu oświęcimskiego był kolejno lekarzem w KL Mittelbau – Dora, KL Bergen- Belsen i w Neuengamme. Po aresztowaniu przez władze brytyjskie opisał swoją działalność. We wrześniu 1945 r. popełnił samobójstwo w więzieniu.

Problem symulacji chorób

Pod koniec lata 1944 r. do Auschwitz przybył z ramienia Wehrmachtu dr Emil Kaschub. Powodem jego przybycia były nasilone próby symulacji żołnierzy walczących na froncie różnych chorób w celu uzyskania tymczasowego lub stałego zwolnienia. Najczęściej chodziło o wywołanie różnego typu owrzodzeń kończyn dolnych środkami drażniącymi oraz żółtaczki zakaźnej środkami przeciwmalarycznymi. Kaschub wykonywał doświadczenia na Żydach w jednej z sal baraku nr 28 obozu macierzystego. Polegały one na wcieraniu w skórę, wstrzykiwaniu lub podawaniu doustnie różnych substancji toksycznych wywołujących takie same objawy chorobowe jakie zgłaszali żołnierze Wehrmachtu. Przebieg eksperymentów związanych z wywoływaniem owrzodzeń był następujący: "(...) Emil Kaschub osobiście specjalną piłką zdejmował wierzchnia warstwę skóry na goleni (...), następnie powstałą ranę jednym smarował jakąś maścią, innym płynem. (...) Następnie zaczął obserwować proces jątrzenia skóry i gojenia rany. Każdego dnia fotografował nasze rany i jak tylko były w pełni rozjątrzone wycinał każdemu z nas kawałeczek skóry wraz z ciałem i zabierał. (...) W czasie gdy Kaschub fotografował zarażone części naszego ciała, staliśmy na stole, (...) przy czym pytał: "czy boli" a otrzymawszy twierdzącą odpowiedź mówił: "a niemiecki żołnierz znosi wszelkie uciążliwości z powodu was, parszywych Żydów." Próbki ropy oraz wycinki histopatologiczne wysłano do analizy do VIII Okręgu Sanitarnego we Wrocławiu [16].

Tzw. próby żółtaczkowe trwały od 22 sierpnia do 25.10.1944 r. i polegały na aplikowaniu więźniom przez trzy tygodnie 15-20 tabletek atybryny, codziennym pobraniu próbek moczu i wysłaniu ich do Wrocławia. Nie są znane skutki tych doświadczeń, prawdopodobnie nie było ofiar śmiertelnych. W sumie w doświadczeniach tego typu wykorzystano co najmniej 10 więźniów [17].

Według szacunkowych obliczeń przez obozy koncentracyjne i obozy zagłady przeszło ogółem 8607480 więźniów, spośród których zamordowano 7467100 osób. Samych tylko Polaków i obywateli polskich zmarłych i zamordowanych w obozach było 3 577 000.

Podsumowanie

Proces lekarzy hitlerowskich przed Amerykańskim Trybunałem Wojskowym przeprowadzony po zakończeniu wojny, wyjawiał światu zbrodnie o niespotykanej dotychczas skali. Ich ogrom i okrucieństwo sprawiły, że do dziś trudno uwierzyć, iż popełnili je nie zwykli szaleńcy, lecz wykształceni ludzie posiadający niejednokrotnie tytuły profesorskie. Wprawdzie spośród pracujących ówczesznie w Niemczech blisko 90 000 lekarzy tylko około 350 dopuściło się nieetycznych badań nadużywając w tym celu swojego zawodu, niemniej jednak jest to poważna liczba, zwłaszcza, gdy weźmiemy pod uwagę rozmiary popełnionych przestępstw [18,19].

Bibliografia

1. Klee E.: Auschwitz. Medycyna III Rzeszy i jej ofiary. Kraków, 2011, 8.
2. Spitz V.: Doktorzy z piekła rodem. Przerazające świadectwo nazistowskich eksperymentów na ludziach, Zakrzewo, 2009, 15.
3. Rawicz J.: Dokument hańby (przedmowa do pamiętnika Kremera). Zeszyty oświęcimskie, Oświęcim, 1970, 13, 12.
4. Yves T., Socrate H.: Historia medycyny SS czyli mit rasizmu biologicznego, Warszawa, 1973, 83-85.
5. Mozes Kor E., Rojany Buccieri L.: Przetrwalam. Życie ofiary Josefa Mengele, Prószyński i Spółka, 2014.
6. Nyiszli M. : Byłem asystentem doktora Mengele, 2010.
7. Bezwińska J.: Oświęcim w oczach SS : Höss, Broad, Kremer, Oświęcim, 1976.
8. Sterkowicz S.: Zbrodnicze eksperymenty medyczne w obozach koncentracyjnych III Rzeszy. Warszawa, 1981, 8.
9. Kiedrzyńska W. : Ravensbrück. Kobiety obóz koncentracyjny, Warszawa, 1961.
10. Jakubik A., Ryn Z.: Eksperymenty pseudomedyczne w hitlerowskich obozach koncentracyjnych [w:] Okupacja i medycyna. Drugi wybór artykułów z "Przeglądu lekarskiego-Oświęcim" z lat 1961-73, Warszawa, 1975.
11. Nasierowski T.: Zagłada osób z zaburzeniami psychicznymi w okupowanej Polsce. Początek ludobójstwa, Warszawa, 2008.
12. Lang B.: Nazistowskie ludobójstwo - akt i idea, Lublin, 2006.
13. Czech D.: Rola męskiego obozu szpitalnego w KL Auschwitz, Zeszyty Oświęcimskie, Oświęcim, 1974, 15, 23-24.

14. Jagoda Z., Kłodziński S., Masłowski J.: Oświęcim nieznany, Kraków, 1981.
15. Hoess R.: Autobiografia Rudolfa Hössa, komendanta obozu oświęcimskiego, Warszawa, 2000, 322.
16. Cherish B.U: The Auschwitz Kommandant. A Daughter's Search for the Father She Never Knew. The History Press Gloucestershire 2009 (W:) Zeszyty Oświęcimskie 2010, 26, 305-311.
17. „Pomiędzy handlem ludźmi i zagładą”, artykuł recenzyjny książki Alexandry-Eileen Wenck Zwischen Menschenhandlung und „Endlösung”: Das Konzentrationslager Bergen-Belsen, Ferdinand Schöningh Verlag, aderborn – München – Wien – Zürich 2000, „Zeszyty Oświęcimskie” nr 23, Oświęcim, 2002, 255-261.
18. Overy R.: Trzecia Rzesza. Historia imperium, Warszawa, 2012, 272.
19. Mitscherlich A., Mielke F.: Nieludzka medycyna. Dokumenty procesu norymberskiego przeciwko lekarzom, Warszawa, 1963.

PACJENT W SYTUACJI TRUDNEJ Z ROZPOZNANĄ STOPĄ CUKRZYCOWĄ

Bogusława Anna Czerech¹, Krystyna Kowalczyk², Elżbieta Krajewska –Kulak²

1. Absolwentka kierunku pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wprowadzenie

Cukrzyca (łac. *diabetes mellitus*), zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), to grupa chorób metabolicznych, charakteryzująca się hiperglikemią, wynikającą z defektu wydzielania lub działania insuliny [1].

Ze względu na etiologię wyróżniamy typy cukrzycy [1]:

- Cukrzyca typu 1
- Cukrzyca typu 2
- Inne

Cukrzyca typu 1 i 2 dotyczy ponad 90% chorych, pozostałe typy występują rzadziej. Jest jedną z najpowszechniej występujących chorób społecznych XXI wieku i może dotyczyć wielu ludzi, bez względu na płeć, pochodzenie czy wiek [1].

Dane epidemiologiczne Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wskazują na znaczący wzrost zachorowań na cukrzycę w ciągu najbliższych 25lat. Szacuje się, że z aktualna liczba chorych wynosi ok. 175mln na świecie, a osiągnie wartość 250mln. W Polsce żyje ok. 1,5mln osób z rozpoznaną cukrzycą. Ocenia się, że częstość występowania cukrzycy typu 1 wynosi ok. 10% wszystkich przypadków cukrzycy, a częstość występowania cukrzycy typu 2 wynosi ok. 85-90% [1].Zgodnie z definicją WHO przyczyną występowania cukrzycy jest defekt w wydzielaniu insuliny lub jej wchłanianiu [1]:

- cukrzyca typu 1 spowodowana jest zniszczeniem komórek beta wysp trzustki przez proces autoimmunologiczny, co prowadzi do bezwzględnej niedoboru insuliny. Dotyczy głównie osób młodych, z predyspozycjami genetycznymi, narażonych na czynniki środowiskowe wywołujące proces autoimmunologiczny.
- cukrzyca typu 2 charakteryzuje się zwiększoną insulinoopornością tkanek obwodowych przez niedostateczne i zaburzone wydzielanie insuliny. Dotyczy osób

z uwarunkowaniami genetycznymi, najczęściej po 40 r.ż., otyłych, prowadzących siedzący tryb życia, nadużywających alkoholu.

Pierwszymi niepokojącymi objawami, które mogą wskazywać na cukrzycę, jest: nadmierne pragnienie, częste oddawanie zwiększonej ilości moczu, spadek masy ciała, zmęczenie, suchość w jamie ustnej, infekcje skórne, świąd sromu, zaburzenia widzenia.

Wszystkie objawy są wynikiem zwiększonej glikemii, która powoduje glukozurię, diurezę osmotyczną, dyselektrolitrię, ketozę, dyslipidemię i inne, które prowadzą do rozwoju powikłań[1].

Rozpoznawanie cukrzycy

W celu rozpoznania cukrzycy niezbędnym badaniem jest oznaczenie poziomu glikemii, której kryteria przedstawiają ustalenia Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego z 2011r. [2]:

- **glikemia przygodna** – oznaczona w próbce krwi pobranej o dowolnej porze dnia, niezależnie od pory spożycia ostatniego posiłku
 - cukrzyca - $\geq 200\text{mg/dl}$, gdy występują objawy hiperglikemii
- **glikemia na czczo** – oznaczona w próbce krwi pobranej 8-14 godzin od ostatniego posiłku
 - prawidłowa glikemia na czczo – $60\text{-}99\text{mg/dl}$
 - nieprawidłowa glikemia na czczo – $100\text{-}125\text{mg/dl}$
 - cukrzyca - $\geq 126\text{mg/dl}$
- **glikemia w 120 minucie doustnego testu tolerancji glukozy**
 - prawidłowa tolerancja glukozy - $< 140\text{mg/dl}$
 - nieprawidłowa tolerancja glukozy – $140\text{-}199\text{mg/dl}$
 - cukrzyca - $\geq 200\text{mg/dl}$

Powikłania cukrzycy

Na podstawie literatury można wyróżnić następujące powikłania cukrzycy [3, 4,5]:

- **mikroangiopatia cukrzycowa** – zmiany morfologiczne i czynnościowe w naczyniach włosowatych w wyniku cukrzycy (retinopatia cukrzycowa, nefropatia cukrzycowa).
- **makroangiopatia cukrzycowa** – zmiany miażdżycowe w dużych naczyniach krwionośnych (choroba niedokrwienna serca, choroba naczyniowa mózgu, nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna kończyn dolnych).

- **neuropatia cukrzycowa** – uszkodzenie obwodowego układu nerwowego w wyniku cukrzycy (neuropatia trzewna, polineuropatia obwodowa i czuciowa). Nieprawidłowo prowadzona cukrzyca może prowadzić do poważnych konsekwencji, związanych z występowaniem zespołu stopy cukrzycowej (ZSC), który predysponuje do inwalidztwa, a także zagraża zdrowiu i życiu pacjenta.

Szacuje się, że ok. 5-7% chorych na cukrzycę w krajach rozwiniętych, dotkniętych jest schorzeniem zespołu stopy cukrzycowej (nawet 100 000 pacjentów).

Najczęściej spotykanym typem jest postać stopy neuropatycznej – ok. 60%, następnym co do częstości występowania jest postać stopy mieszanej – 25%, typ stopy niedokrwiennej występuje bardzo rzadko [5].

Zespół Stopy Cukrzycowej (ZSC)-Światowa Organizacja Zdrowia definiuje zespół stopy cukrzycowej następująco, jest „to występowanie infekcji, owrzodzenia i/lub destrukcji tkanek głębokiej stopy z towarzyszącymi zaburzeniami neurologicznymi i chorobą naczyń obwodowych kończyn dolnych” [6].

Na podstawie literatury wyróżniamy trzy typy zespołu stopy cukrzycowej [6]:

- Zespół neuropatycznej stopy cukrzycowej
- Zespół niedokrwiennej stopy cukrzycowej
- Zespół mieszanej stopy cukrzycowej (neuropatyczno-niedokrwiennej)

Zespół neuropatycznej stopy cukrzycowej - powstaje w wyniku upośledzenia unerwienia stopy, które powoduje zaburzenia a nawet utratę czucia, prowadzi to do niemożności prawidłowego odbioru bodźców zewnętrznych, tj.: bólu, wibracji, temperatury, ucisku czy dotyku. Efektem tych zmian neurologicznych jest brak odruchów obronnych, ciągle narażenie stopy na szkodliwe działanie czynników zewnętrznych i urazy [6]. Postępująca neuropatia prowadzi do zaburzeń równowagi mięśniowej między zginaczami a prostownikami przez co dochodzi do powstawania przykurczów. Skutkuje to nieprawidłowym obciążeniem stopy i jej zniekształceniem, zaburzona jest ruchomość stawów co może być przyczyną powstawania modzeli na głowach kości śródstopia. Dochodzi także do zgrubienia, przesuszenia i pęknięcia skóry gdzie często powstają owrzodzenia, otwierając wrota do zakażenia bakteryjnego [6, 7].

Skutkiem nieprawidłowego funkcjonowania unerwienia autonomicznego jest zaburzenie mikrokrążenia i termoregulacji czego wynikiem jest niewydolność mikrokrążenia przez co wzmagają się ucieplenie skóry nasilając przesuszenie. Charakterystyczne dla tego zespołu jest wyczuwalne tętno na tętnicy grzbietowej stopy, tętnicy piszczelowej, czerwona i

ciepła skóra, obecność owłosienia i oznaki pocenia, co odróżnia ten zespół od zespołu niedokrwiennej stopy cukrzycowej [7].

Interesującym przypadkiem neuropatii jest **artropatia typu Charcota**, której charakterystyczną cechą jest skrócenie palców, co prowadzi do nadmiernego wysklepienia stopy lub opadnięcia sklepienia stopy. Zmiany te są częstą przyczyną pęknięć kości śródstopia podczas codziennych czynności i ukrytych zwichnięć stawów. Skóra jest ciepła, tkliwa, niekiedy występują obrzęki [6, 7].

Zespół niedokrwiennej stopy cukrzycowej - jest wynikiem miażdżycy tętnic, oraz zmian zwyrodnieniowych tętnic i naczyń włosowatych stopy. Charakterystyczną cechą tego zespołu jest sucha, zimna, dobrze napięta, gładka pozbawiona owłosienia skóra, przez co jest podatna na pęknięcia i urazy, w wyniku których może dojść do zakażenia i martwicy[5,6]. Paznokcie ulegają pogrubieniu, co predysponuje do infekcji grzybiczych. Cechą świadczącą o niedokrwieniu jest kolor skóry stóp, podczas unoszenia ich w górę stają się blade, natomiast podczas opuszczania widoczne jest zasinienie palców lub całych stóp. W zespole tym nie jest wyczuwalne tętno na tętnicy grzbietowej stopy i tętnicy piszczelowej. Częstym i wczesnym objawem niedokrwienia jest silny ból w tylnej części łydek, podczas chodzenia w wyniku zachowania unerwienia czuciowego stopy, przy nasilonym niedokrwieniu towarzyszyć może również mrowienie, skurcze mięśniowe, kłucie pojawiające się w nocy. Zaburzenia w ukrwieniu mięśni może prowadzić do ich zaniku [6, 7].

Zespół mieszanej stopy cukrzycowej (neuropatyczno-niedokrwiennej) - jest to najczęściej występujący typ stopy cukrzycowej. Charakteryzuje się obecnością cech niedokrwienia stóp i neuropatii [7].

Zespół stopy cukrzycowej jako powikłanie cukrzycy jest wynikiem występowania wielu czynników które zwiększają ryzyko jego powstania. Ryzyko zwiększa się razem z ilością czynników predysponujących ZSC.

Czynniki zwiększające ryzyko występowania ZSC [8]:

- otyłość;
- wiek powyżej 40rż.;
- długotrwała, źle prowadzona cukrzyca;
- występowanie neuropatii;
- miażdżyca tętnic kończyn dolnych;
- zaburzenia ukrwienia kończyn dolnych;

- zaburzenia ruchomości stawów, nieprawidłowe obciążenie stóp i ich deformacje, występowanie przykurczów, modzeli;
- ignorowanie stanu zdrowia;
- nadużywanie alkoholu, palenie tytoniu;

Czynniki bezpośrednio wywołujące ZSC [8]:

- nieprawidłowe zabiegi pielęgnacyjne stóp;
- nieprawidłowo dobrane obuwie – za mały rozmiar, wysoki obcas;
- poparzenia termiczne – zbyt gorące kąpiele stóp;
- poparzenia chemiczne – stosowanie substancji niezgodnie z zastosowaniem;
- urazy mechaniczne;
- infekcje;
- występujące owrzodzenia.

Diagnostyka stopy cukrzycowej

Wczesne rozpoznanie stopy cukrzycowej lub stopy wysokiego ryzyka powstania, pozwala na szybkie wdrożenie leczenia, zapobieganie powstania i rozwoju owrzodzeń, utraty funkcji biomechanicznych stopy i inwalidztwa oraz zmniejszenie zagrożenia dla zdrowia i życia pacjenta [8].

W diagnostyce stopy cukrzycowej istotne jest przeprowadzenie badań, do których należy [9]:

- **Wywiad** pozwala na dokonanie oceny dolegliwości związanych z neuropatią, zaburzeń ukrwienia kończyn dolnych, problemów ze stopami. Istotne są również informacje dotyczące przebiegu cukrzycy, pielęgnacji stóp oraz ocena wiedzy pacjenta w zakresie cukrzycy, jej powikłań m.in. zespół stopy cukrzycowej. Podczas zbierania wywiadu należy również uwzględnić informacje dotyczące: chorób współistniejących np. nadciśnienie tętnicze, miażdżyca, oraz statusu społeczno-materialnego, które mają istotny wpływ na powstanie i przebieg zespołu stopy cukrzycowej.
- **Badanie przedmiotowe** w skład, którego wchodzi [9]:
 - Obserwacja stopy – pozwala ocenić kształt, ruchomość w stawach, deformacje;
 - Obserwacja skóry – z uwzględnieniem koloru, ciągłości, obrzęków, zgrubień, modzeli, otarć, zadrapań;
 - Ocena neuropatii – w kierunku badania czucia nacisku, wibracji, bólu, temperatury, badanie odruchów (odruch ze ścięgna Achillesa);

- Ocena stanu naczyń – należy przeprowadzić badanie tętna na tętnicy grzbietowej stopy, piszczelowej tylnej, podkolanowej i udowej;
- Ocena używanego obuwia przez chorego – należy zwracać uwagę na materiał z jakiego jest wykonany, miejsca ucisku na stopę, podbicie;
- **Inne badania**
 - RTG stóp -pozwala na ocenę zmian zwyrodnieniowych, deformacji struktury kostnej stóp, co predysponuje do powstania owrzodzeń;
 - Pedobarografia -pozwala ocenić miejsca zwiększonego nacisku na stopie podczas chodzenia i stania oraz wskazać miejsca zwiększonego ryzyka wystąpienia owrzodzeń;
- Badanie bakteriologiczne z pobranego wycinka.

Następnym punktem diagnostycznym jest zróżnicowanie stopy cukrzycowej na podstawie charakteru zmian skórnych i rozpoznania typu stopy cukrzycowej neuropatycznej i niedokrwiennej [7, 10].

Najczęściej stosowaną klasyfikacją różnicowania stopy cukrzycowej jest podział według Wagnera, który został przedstawiony w Tabeli I.

Tab. I. Klasyfikacja stopy cukrzycowej wg Wagnera

Stopień	Charakterystyczna zmiana skórna
0	Wysokie ryzyko powstania owrzodzeń, stwierdza się neuropatię, zmiany naczyniowe, deformacje;
1	Występuje owrzodzenie powierzchowne;
2	Owrzodzenie ze stanem zapalnym obejmującym skórę i tkankę podskórną;
3	Ropowica stopy, zaawansowana zmiana infekcyjna sięgająca struktur kostnych;
4	Miejscowa martwica sucha, lub zgorzel wilgotna –leczenie zachowawcze;
5	Rozległa zmiana martwicza, bez możliwości leczenia zachowawczego, kwalifikacja do amputacji;

Źródło: Godyń G., Filipek B.: Zespół stopy cukrzycowej – patofizjologia, profilaktyka i leczenie. Farmacja Polska 2007, 63, 5, 228-234.

Charakterystyczne cechy określające typ stopy cukrzycowej przedstawione zostały w Tabeli II.

Tab. II. Różnicowanie stopy cukrzycowej neuropatycznej i niedokrwiennej

Cecha	Stopa neuropatyczna	Stopa niedokrwienna
Bolesność w ruchu	Brak	chromanie przestankowe
Bolesność w spoczynku	brak/obecna	Obecna
Zaburzenie czucia bólu, dotyku	Zaburzone	Prawidłowe
Czucie wibracji	Zaburzone	Prawidłowe
Tętno na kończynach dolnych	tętno wyraźnie wyczuwalne	tętno niewyczuwalne
Skóra	czerwona, ciepła	blada, zimna
Obrzęk	Obecny	Obecny
Struktura kostna	Uszkodzona	Prawidłowy
Rodzaj zmiany	Owrzodzenie	Zgorzel
Lokalizacja zmiany	część podeszwowa	część grzbietowa, dystalna
Postępowanie	Odciążenie	Ruch

Źródło: Karnafel W.: Zespół stopy cukrzycowej – patogeneza i leczenie. Lekarz. 2009, 11, 26-32.

Leczenie stopy cukrzycowej

Na leczenie owrzodzeń stóp w schorzeniu stopy cukrzycowej składają się następujące etapy [11, 12, 13, 14, 15]:

- Odciążenie kończyny – to najważniejszy element leczenia, stosowane są opatrunki gipsowe lub specjalne czasowe obuwie odciażające przodostopie lub piętę (aircasty);
- Ocena wyrównania metabolicznego – kontrola glikemii, ciśnienia tętniczego, stężenia albumin, profil lipidowy;
- Edukacja pacjenta i rodziny w zakresie pielęgnacji i obserwacji rany w kierunku niepokojących objawów infekcji;
- Miejscowe leczenie owrzodzenia, które polega na [11]:
 - regularnym, chirurgicznym oczyszczaniu rany ze zmian martwiczych, najlepiej raz na tydzień lub co 2 tygodnie, po oczyszczeniu należy ocenić ranę pod względem wielkości, głębokości i cech infekcji;
 - Maggot terapii – wykorzystanie larw *Lucilia Sericata*, w celu usunięcia zmian martwiczych i ropnych, nie naruszając przy tym zdrowych tkanek;
 - Vac terapii – stymulacja ziarninowania rany poprzez zastosowanie ujemnego ciśnienia w środowisko rany;
 - hiperbarycznej terapii tlenowej – poprawa ukrwienia i utlenowania tkanek, zmniejszenie obrzęku, opanowanie zakażenia poprzez stosowanie tlenu pod ciśnieniem;

- stosowaniu preparatów dezynfekcyjnych (roztwory pvp-jodowe, oktenidyna), lavaseptyków (Prontosan), preparatów kolagenu i celulozy, przyspieszają gojenie się rany;
- żele hydrokoloidowe, hydrokoloidy z alginianem – absorbują wysięk z rany, uwadniają suche tkanki i ułatwiają usuwanie zmienionych chorobowo tkanek;
- czynniki wzrostowe;
- preparaty ludzkiej skóry;
- opatrunki z jonami srebra – hamują procesy fizjologiczne bakterii poprzez wiązanie się jonów z bakteryjnym DNA;
- Leczenie podiatryczne – polega na odpowiednim oczyszczeniu rany poprzez: właściwe umycie stopy (stosowanie szarego mydła), odkażenie rany związkami jodu, kwasem bornym, przepłukanie roztworem soli fizjologicznej, osuszenie, natłuszczenie stopy (z ominięciem rany i między palcami), zabezpieczenie rany jałowym opatrunkiem;
- Pobieranie materiału do badań mikrobiologicznych - zawsze z oczyszczonej chirurgicznie rany;
- Antybiotykoterapia – zaleca się stosowanie antybiotyków tylko wtedy gdy stwierdza się kliniczne lub laboratoryjne cechy zakażenia [6, 16, 17, 18]:
 - Zakażenie łagodne – występują miejscowe oznaki zakażenia, obejmującego skórę i tkankę podskórną (obszar zaczerwienienia sięga do około 2cm) wskazane jest stosowanie: penicylin półsyntetycznych/cefalosporyn I generacji;
 - Zakażenia umiarkowane – występują tylko miejscowe objawy szerzącego się zakażenia pod skórą (zapalenie tkanki łącznej sięga powyżej 2cm wokół rany, poszerzone są naczynia limfatyczne, ropień tkanek głębokich, zgorzel, zajęcie mięśnia, kości, stawu, ścięgna) proponowane leczenie to: antybiotyki beta-laktamowe, cefalosporyny II, III generacji;
 - Zakażenia ciężkie – stwarzają zagrożenie dla życia chorego, występują ogólnoustrojowe objawy zakażenia (gorączka, dreszcze, częstoskurcz, hipotonia, kwasica, leukocytoza) zalecane jest stosowanie: karbapenemy, klindamycyny, aminoglikozydów;
- Insulinoterapia – intensywna terapia podawania insuliny przez pompę insulinową lub w wielokrotnych podskórnych wstrzyknięciach, ma korzystny wpływ na szybkość gojenia się rany;

- Leczenie ortopedyczne – postępowanie profilaktyczne, polega na doborze odpowiedniego obuwia i wkładek ortopedycznych;
- Rehabilitacja – polega na przeprowadzeniu rehabilitacji ogólnej w celu zmniejszenia masy ciała, rehabilitacji miejscowej i usprawniającej w przypadku wcześniejszej amputacji kończyny;
- Leczenie angiochirurgiczne – rekonstrukcje naczyniowe pozwalają na gojenie się owrzodzeń, ratując kończynę przed amputacją;
- Amputacje – jest ostateczną formą leczenia zespołu stopy cukrzycowej, wskazaniami do amputacji jest: stan zapalny stanowiący zagrożenie dla życia pacjenta, nieogójące się owrzodzenia będące przyczyną upośledzenia sprawności kończyny i utrata jej funkcji podporowej, ból oporny na leczenie. Najczęściej stosowana jest amputacja ograniczona do przodostopia lub połowy stopy, przy konieczności zastosowania dużej amputacji obejmowany jest obszar poniżej lub powyżej kolana [19];
- Leczenie farmakologiczne – jest zależne od stanu pacjenta, chorób współistniejących, wieku, stosowane są leki poprawiające ukrwienie: heparyna, kwas acetylosalicylowy, sulodeksyd, leki rozszerzające naczynia.

Edukacja pacjenta z rozpoznaną stopą cukrzycową

Proces edukacji pacjenta z rozpoznaną stopą cukrzycową ma na celu uświadomienie choremu konieczności aktywnego uczestniczenia w procesie leczenia razem z zespołem terapeutycznym. Należy przedstawić choremu pozytywne aspekty leczenia cukrzycy i stopy cukrzycowej oraz zapobieganie dalszemu rozwojowi powikłań. Wyjaśnienie istoty choroby, motywuje pacjenta korzystnie wpływając na poprawę stanu zdrowia, kondycji psychicznej i fizycznej [20, 21, 22].

W edukacji pacjenta należy uwzględnić [21, 23]:

- stosowanie diety cukrzycowej, umiarkowanej aktywności fizycznej, przyjmowanie zaleconych leków, zrezygnowanie z używek, tj.: palenie tytoniu, picie alkoholu;
- regularną kontrolę przebiegu cukrzycy i badanie zmienionej chorobowo stopy podczas wizyt u lekarzy specjalistów;
- prowadzenie samokontroli cukrzycy, poprzez samodzielne pomiary glikemii i podawanie podskórnie insuliny;
- właściwej pielęgnacji stóp z uwzględnieniem następujących zaleceń [13, 20, 24]:

- codzienna samokontrola stóp, obserwacja wyglądu skóry (zabarwienie, otarcia, pęcherze);
- codzienne mycie stóp w wodzie o temperaturze nie przekraczającej 37°C, z użyciem najlepiej szarego mydła, delikatne i dokładne osuszanie stóp miękkim ręcznikiem (zwłaszcza przestrzenie między palcami);
- korzystanie z wygodnego, miękkiego obuwia, we właściwym rozmiarze, nakładane na bezuciskowe, bawełniane skarpety, korzystanie z wkładek ortopedycznych, unikanie chodzenia bosą i używania sandałów;
- uważne obcinanie paznokci na prosto, bez usuwania skórek, najlepiej po kąpielach;
- do zabiegów kosmetycznych używać tylko pilnika i pumeksu, nie należy korzystać z urządzeń elektrycznych, ostrych przyborów;
- nie należy używać środków drażniących do pielęgnacji skóry;
- nie należy stosować termoforów, poduszek elektrycznych;

W przypadkach gdy pacjent sam nie potrafi dbać o właściwą pielęgnację stóp należy zaangażować rodzinę do wykonywania czynności pielęgnacyjnych.

Istotnym elementem procesu leczenia pacjenta z rozpoznaną stopą cukrzycową jest udzielenie wsparcia psychicznego, wysłuchanie obaw i lęków dotyczących stanu zdrowia i dalszego leczenia [19, 21, 25].

Cele pracy:

- rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych pacjenta z rozpoznaną stopą cukrzycową
- opracowanie indywidualnego planu opieki nad pacjentem z rozpoznaną stopą cukrzycową;

Material i metodyka badań

Badaniem objęto 63 letnią kobietę z rozpoznaną stopą cukrzycową, przyjętą na oddział Chirurgii Ogólnej w SP ZOZ w Puławach.

Material do badań zebrany został na podstawie obserwacji, analizy dokumentacji medycznej, tj.: historii choroby, indywidualnej karty zleceń lekarskich, karty gorączkowej, wyników badań laboratoryjnych oraz pomiarów pośrednich i bezpośrednich.

Do ustalenia problemów pielęgnacyjnych i sformułowania indywidualnego planu opieki pielęgniarskiej zastosowano metodę procesu pielęgnowania.

Na podstawie definicji przedstawionych w literaturze, proces pielęgnowania można określić jako „forma opieki, która obejmuje rozpoznanie stanu biologicznego, psychicznego, społecznego, kulturowego i duchowego podmiotu opieki (np. pojedynczego człowieka/pacjenta, rodziny, grupy ludzi) i postawienie diagnozy pielęgniarstwa, a także podjęcia celowych i planowych działań, które mają doprowadzić do utrzymania lub zmiany rozpoznanego stanu (wyrażonego w diagnozie pielęgniarstwa), oraz ocenę uzyskanych wyników” [26, 27, 28].

Wyniki

Opis przypadku-Pacjentka S. K. lat 63, została przyjęta na oddział Chirurgii Ogólnej w trybie nagłym z powodu gorączki, bólu kończyny lewej dolnej i martwicy palców stopy lewej.

Od 22 lat choruje na cukrzycę typu 2 leczoną insulinoterapią, 8lat temu lekarz rodzinny zauważył trudno gojące się owrzodzenie na lewej stopie, rozpoznano zespół stopy cukrzycowej. Dodatkowo pacjentka cierpi na miażdżycę, migotanie przedsionków, otyłość (waga 120kg, wzrost 164cm, BMI= 45).

Chora posiada własny pen i glukometr, potrafi dokonać pomiaru glikemii i samodzielnie wstrzyknąć insulinę. W wywiadzie stwierdzono, że cukrzyca jest jednak niewyrównana z powodu nie przestrzegania przez pacjentkę diety. Zaobserwowano także otyłość i brak aktywności fizycznej. Pacjentka unika wizyt u lekarza rodzinnego i internisty. W dniu przyjęcia wartość glikemii wynosiła 220mg/dl. W czasie hospitalizacji po konsultacji z lekarzem internistą ustalone zostały dawki insuliny (Mixtard 30) w celu wyrównania cukrzycy.

Pacjentka jest z zawodu rolnikiem, obecnie przebywa na emeryturze, mieszka z rodziną w domku jednorodzinny, pomaga w wychowaniu wnuków do momentu przyjęcia do szpitala.

W oddziale chora została zakwalifikowana do zabiegu amputacji palców I-V stopy lewej z głowami odpowiadających im kości śródstopia. Stopę zaopatrzono opatrunkiem z kremem Argosulfan.

W dniu przeprowadzonej obserwacji (w 9 dobie po zabiegu) parametry życiowe w normie: RR 130/80mmHg, HR 80u/1min, glikemia 143mg/dl, oddechy 20oddechów/min, temperatura ciała 36,8°C, skóra czysta, sucha. Chora ma podawane dożylnie leki: Perfalgan,

Pacjent w sytuacji trudnej z rozpoznaną stopą cukrzycową

Ketonal, otwarta, trudno gojąca się rana stopy lewej nie wykazuje cech zapalnych, zaopatrzona jest pełnym opatrunkiem z kremem Argosulfan.

Pacjentka zgłasza ból stopy lewej spowodowany amputacji przodostopia, występuje niepokój dotyczący stanu zdrowia i dalszego leczenia. Zaobserwowano także trudności w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych, spowodowanych ograniczoną sprawnością i otyłością (porusza się o lasce). Chora ma niedostateczną wiedzę na temat utrzymywania stałych wartości glikemii, diety i pielęgnacji stóp.

Tabela III. Proces pielęgnowania pacjenta z rozpoznaną stopą cukrzycową

Problem pielęgnacyjny	Cel opieki	Planowanie Opieki	Realizacja	Ocena
1. Ból w okolicy rany pooperacyjnej.	Zmniejszenie dolegliwości bólowych.	<ol style="list-style-type: none"> Wyjaśnienie pacjentce przyczyny dolegliwości bólowych. Podanie środków przeciwbólowych na zlecenie lekarza. Obserwacja opatrunku na ranie pooperacyjnej. Szybkie i sprawne wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych i zmiana opatrunku zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki. Pomoc przy zmianie pozycji ciała. Pomoc w ułożeniu chorej kończyny w pozycji w której ból jest najmniej odczuwalny. Zapewnienie pacjentce warunków do odpoczynku(cisza, odpowiednia wilgotność i temperatura w sali). 	<ol style="list-style-type: none"> Ułożono chorą w pozycji półwysokiej, z uniesieniem kończyny dolnej poprzez podłożenie złożonego koca. Podano leki przeciwbólowe na zlecenie lekarza: Perfalgan i.v., Ketonal i.v. Zmieniono opatrunek z zastosowaniem zasad aseptyki i antyseptyki. Rana pooperacyjna nie wykazuje cech zapalnych, brak sączącej wydzieliny. Zastosowano środki pomocniczych – polecenie chodzenia przy pomocy laski w celu odciążenia chorej kończyny. Zapewniono spokój i poczucie bezpieczeństwa poprzez życzliwą rozmowę z pacjentką. 	Złagodzone dolegliwości bólowe, nastrój pacjentki uległ poprawie.
2. Niepokój spowodowany stanem zdrowia i obawa przed przyszłością i dalszym leczeniem.	Zmniejszenie niepokoju pacjentki i poprawa samopoczucia.	<ol style="list-style-type: none"> Rozmowa z pacjentką na temat obaw związanych ze stanem zdrowia i dalszym leczeniem. Zapewnienie kontaktu z rodziną, osobą duchowną według potrzeb pacjentki. Uspokojenie pacjentki poprzez miłą rozmowę i udzielenie wyczerpujących odpowiedzi na postawione przez nią pytania. 	<ol style="list-style-type: none"> Wysłuchano obaw pacjentki. Zapewniono kontakt z rodziną. Zapewniono kontakt z osobą duchowną. Wyjaśniono pacjentce konieczności stosowania się do zaleceń lekarza, przestrzegania diety i pielęgnacji chorej stopy, co wpływa na jakość życia i zmniejsza ryzyko występowania dalszych powikłań. 	Pacjentka rozumie znaczenie przestrzegania zaleceń, następuje poprawa nastroju.

<p>3. Trudności w zaspokajaniu potrzeb związane z ograniczoną sprawnością.</p>	<p>Pomoc pacjentce w zaspokajaniu podstawowych potrzeb.</p>	<p>1. Ocena potrzeb i samodzielności pacjentki. 2. Edukacja pacjentki w kierunku: - zapobiegania wystąpieniu odparzeń, odleżyn poprzez działania pielęgnacyjne; - zapobiegania wystąpieniu powikłań oddechowych związanych z ograniczoną sprawnością; 3. Mobilizowanie chorej do zwiększonej aktywności fizycznej. 4. Kontrola diurezy i częstości oddawania stolca. 5. Zapewnienie pacjentce higieny ciała i otoczenia, zmiana bielizny pościelowej i osobistej według potrzeb. 6. Rozmowa z rodziną o konieczności pomocy chorej w zaspokajaniu podstawowych potrzeb.</p>	<p>1. Pomagano pacjentce w zaspokajaniu potrzeb higienicznych i pielęgnacyjnych. 2. Pomagano chorej w zaspokajaniu potrzeb fizjologicznych (pacjentka oddała stolec i mocz). 3. Oklepywano i nacierano chorą, zachęcano do gimnastyki oddechowej. 4. Zmotywowano pacjentkę do rehabilitacji ruchowej, poprzez wykonywanie ruchów okrężnych stawów skokowych, pionizację pacjentki i chodzenie po oddziale przy pomocy balkonika lub laski, przez 30min 4 razy dziennie.</p>	<p>Pacjentka przy pomocy drugiej osoby zaspokaja swoje potrzeby.</p>
<p>4. Niedostateczna wiedza na temat zasad stosowania i przestrzegania diety cukrzycowej i miażdżycowej.</p>	<p>Zwiększenie wiedzy na temat diety cukrzycowej i w miażdżycy.</p>	<p>1. Edukacja pacjentki i rodziny na temat konieczności stosowania diety cukrzycowej i miażdżycowej.</p>	<p>1. Wyjaśniono pacjentce istotę stosowania diety i wpływ na skuteczność działania leków. 2. Zapoznano pacjentkę z zasadami: - stosowania wymienników węglowodanowych(WW) i indeksu glikemicznego(IG); - przestrzegania diety cukrzycowej i miażdżycowej (przestrzeganie właściwej pory i regularności posiłków, zachowanie właściwej jakości posiłków- węglowodany 55-60%, białka 10-20%, tłuszcze 20-30%); - przedstawiono produkty zalecane w</p>	<p>Zwiększono poziom wiedzy pacjentki na temat stosowania zaleconych diet.</p>

			<p>diecie cukrzycowej i miażdżycowej (np.: chleb żytni, tłuszcze roślinne, warzywa bez ograniczeń, chude mięso – drób, cielęcina, dziczyzna, chuda szynka i polędwica, chude ryby, woda mineralna, herbata i kawa niesłodzona, błonnik);</p> <p>- przedstawiono negatywny wpływ stosowania niedozwolonych produktów i ich wpływie na rozwój choroby (np.: miód, cukier, dżemy, alkohol, duże ilości soli, masło, tłuste gatunki mięs i wędlin, śmietana, majonez, zapiekanki, knedle, banany, winogrona, gruszki, napoje gazowane, soki owocowe);</p>	
5. Niski poziom wiedzy pacjentki na temat prowadzenia samokontroli w cukrzycy.	Zwiększenie poziomu wiedzy pacjentki w zakresie prowadzenia samokontroli.	<p>1. Edukacja pacjentki w kierunku prowadzenia samokontroli w zakresie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - prowadzenia pomiarów glikemii; - prawidłowym podawaniu insuliny podskórnie; - wyborze i zmianie miejsc podawania insuliny; - rozpoznawania stanu hipo- i hiperglikemicznego; - prowadzenia dzienniczka samokontroli; 	<p>1. Wyedukowano pacjentkę w zakresie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - umiejętności dotyczących pomiaru glikemii i podawania insuliny; - zmian miejsc wstrzyknięć insuliny; - rozpoznania i zapobiegania hipo- i hiperglikemii; - prowadzenia dzienniczka samokontroli; 	<p>Pacjentka potrafi samodzielnie dokonać pomiaru glikemii, odczytać wartość i podać odpowiednią dawkę insuliny.</p> <p>Pacjentka współpracuje i rozumie konieczność samokontroli oraz przestrzegania zasad utrzymywania stałego poziomu glikemii.</p>
6. Trudności w wykonywaniu czynności dnia codziennego	Pomoc pacjentce w wykonywaniu czynności dnia codziennego.	<p>1. Pomoc pacjentce w wykonywaniu czynności dnia codziennego: myciu, kąpaniu, ubieraniu się, poruszaniu.</p> <p>2. Edukacja pacjentki na temat redukcji</p>	<p>1. Pomagano pacjentce w czynnościach dnia codziennego tj.: mycie, ubieranie się, poruszanie.</p> <p>2. Wyedukowano pacjentkę w</p>	<p>Pacjentka rozumie konieczność zmniejszenia masy ciała, postanawia zastosować</p>

spowodowane otyłością.		masy ciała.	zakresie: - negatywnego wpływu otyłości na rozwój cukrzycy, miażdżycy oraz na funkcjonowanie innych układów i narządów; - stosowania zasad diety niskotłuszczowej; - wykonywania pomiaru wskaźnika BMI i oceny jego wartości; - pozytywnego wpływu zmniejszenia masy ciała na samodzielność pacjentki w czynnościach dnia codziennego; - prowadzenia aktywności fizycznej redukującej masę ciała;	się do zaleceń.
7. Brak umiejętności pielęgnacji stóp.	Edukacja pacjentki w zakresie pielęgnacji stóp.	1. Edukacja pacjentki na temat pielęgnacji kończyn dolnych ze szczególnym uwzględnieniem chorej kończyny.	1. Edukowano pacjentkę na temat: - zmiany opatrunków na chorej kończynie, zgodnie z zasadami aseptyki antyseptyki, stosowanie kremu Argosulfan na ranę; - konieczności obserwacji chorej kończyny pod względem zmiany zabarwienia, ciepłoty kończyny, wyglądu wydzieliny; - konieczności odciążania chorej kończyny (korzystanie z laski); - zasad codziennej pielęgnacji stóp – mycia stóp w wodzie o temperaturze pokojowej, dokładnie osuszanie miękkim ręcznikiem, uważne skracanie paznokci; - konieczności codziennej obserwacji i kontroli stóp pod względem zabarwienia, zmian patologicznych,	Zwiększono poziom wiedzy pacjentki na temat pielęgnacji stóp.

			<p>oraz natłuszczenie oliwka zdrowej skóry;</p> <p>6. Zapoznano pacjentkę z doбором właściwego obuwia i wkładek ortopedycznych;</p> <p>7. Edukowano członków rodziny pacjentki w zakresie pielęgnacji stóp.</p>	
8. Możliwość wystąpienia powikłań dostępu naczyniowego.	Niedopuszczenie do wystąpienia powikłań dostępu naczyniowego.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obserwacja miejsca wkłucia w kierunku cech zapalnych, tj.: zaczerwienienie, ból, obrzęk, miejscowo podwyższona temperatura. 2. Utrzymywanie kaniuli w naczyniu nie dłużej niż 72godziny. 3. Utrzymanie drożności kaniuli. 4. Unikanie manipulacji przy dostępie naczyniowym. 5. Zmiana opatrunku raz dziennie lub częściej (zabrudzenie, zamoczenie). 6. Prowadzenie dokumentacji o czasie i obserwacji wkłucia. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Opatrunek zmieniano raz dziennie. 2. Prowadzono obserwację w kierunku cech zapalnych. 3. Czynności wykonywane przy dostępie naczyniowym wykonano z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki. 	Nie zaobserwowano powikłań kaniulacji żył obwodowych.
9. Ryzyko wystąpienie zakażenia w wyniku otwartej, ciężko gojącej się rany po amputacji palców stopy lewej.	Niedopuszczenie do powstania zakażenia.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obserwacja stopy w kierunku objawów zapalenia, powstania martwicy dalszej części stopy. 2. Zmiana opatrunku raz dziennie, lub częściej w zależności od potrzeb (zabrudzenie, zamoczenie). 3. Stosowanie kremu Argosulfan na owrzodzenie zgodnie z zaleceniem lekarza. 4. Zapewnienie higieny osobistej i otoczenia 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Opatrunek zmieniano raz dziennie z zastosowaniem kremu Argosulfan. 2. Stopę obserwowano w kierunku cech zapalnych. 	Zakażenie rany nie wystąpiło.

<p>10. Możliwość wystąpienia powikłań zatorowo-zakrzepowych w wyniku miażdżycy i utrudnionego poruszania się.</p>	<p>Zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań zatorowo zakrzepowych.</p>	<p>1. Zachęcanie pacjentki do rehabilitacji ruchowej. 2. Podawanie leków przeciwzakrzepowych zgodnie z zaleceniem lekarza. 3. Stosowanie profilaktyki przeciwzakrzepowej poprzez unoszenie kończyn powyżej poziomu serca.</p>	<p>1. Pomagano pacjentce w zmianach pozycji, w stawaniu, chodzeniu. 2. Wcześniej uruchomiono pacjentkę, poprzez zmiany pozycji co 2 godziny, zastosowano udogodnienia (podłożenie zwiniętego koca pod chorą kończynę, drabinki), wykonywano ćwiczenia kończyn dolnych w łóżku (ruchy okrężne w stawach skokowych, zginanie kończyn w stawach biodrowych i kolanowych). 2. Podawano doustnie Acenocumarol według zleceń lekarza.</p>	<p>Powikłania zatorowo zakrzepowe nie wystąpiły.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------

Dyskusja

Zespół stopy cukrzycowej jest jednym z powikłań długotrwałej i niewyrównanej cukrzycy znacząco wpływającym na stan biopsychospołeczny chorego, a także zagrażającym zdrowiu i życiu pacjenta [29].

Ze względu na występowanie różnych typów zespołu stopy cukrzycowej i odmienny obraz kliniczny diagnostyka i leczenie jest zindywidualizowane dla każdego chorego [30, 31]

Przeprowadzone badania przez Lewandowskiego i współautorów wykazały, że zespół stopy cukrzycowej występuje częściej u mężczyzn, cierpiących na cukrzycę typu 2. Autorzy uważają, że dominującą metodą leczenia są niewielkie, powtarzane zabiegi chirurgicznego oczyszczania ran, którym są poddawani wielokrotnie hospitalizowani pacjenci [29].

Sieradzki zwraca szczególną uwagę na postępowanie zespołowe w leczeniu zespołu stopy cukrzycowej. Zdaniem autora zespół powinien składać się z diabetologa, chirurga, ortopedy, chirurga naczyniowego, rehabilitanta, specjalisty obuwiu leczniczego, edukatora i pediatry, co może zapewnić choremu wielospecjalistyczną ocenę rozpoznania, leczenia, rokowania i kontrolę efektów postępowania terapeutyczno-leczniczego. Sieradzki w wyniku przeprowadzonych badań, w których rygorystycznie przestrzegał jednolitej konstrukcji postępowania, zaobserwował znaczny spadek ryzyka wysokiej amputacji [9].

W badaniach własnych wykazano, że tylko leczenie zespołowe współpracujących ze sobą specjalistów, umożliwi choremu ze stopą cukrzycową zapewnienie kompleksowej opieki.

Korzon-Burakowska zwraca uwagę na szybką interwencję w leczeniu owrzodzeń. Przedstawia schemat leczenia składający się z 6 etapów: regularne chirurgiczne oczyszczanie ran, przeprowadzanie badań laboratoryjnych z wycinków z rany, odciążenie kończyny, ocena wyrównania metabolicznego, edukacja pacjenta [12].

Podstawowym elementem opieki nad pacjentem z rozpoznaną stopą cukrzycową jest edukacja. Składa się na nią utrzymanie równowagi metabolicznej, poprzez przestrzeganie właściwej diety, kontroli glikemii, przyjmowanie ustalonych przez lekarza dawek insuliny, niestosowanie używek, umiarkowana aktywność fizyczna oraz stałą kontrola u specjalistów. Kluczowa jest również właściwa pielęgnacja stóp, codzienna obserwacja pozwala na wczesne wykrywanie uszkodzeń skóry i interwencję lekarską co zapobiega powstaniu owrzodzeń i zakażenia. Ocenia się że właściwa edukacja może zapobiegać 50-80% powikłań, a odpowiednia pielęgnacja stóp zmniejsza o 50% liczbę amputacji [21, 32].

Badania własne wykazały znaczącą rolę edukacji w procesie leczenia pacjenta z cukrzycą i rozpoznaną stopą cukrzycową. Edukacja chorego w kierunku samokontroli glikemii, podawania insuliny, przestrzegania zasad diety cukrzycowej, właściwa pielęgnacja kończyn dolnych pozwala na komfortowe życie z cukrzycą.

Korzon-Burakowska zwraca szczególną uwagę na zasady antybiotykoterapii, która jest bardzo istotna w leczeniu zakażeń dla których wrotami są otwarte niegojące się owrzodzenia. Przestrzega przed profilaktycznym stosowaniem antybiotyków, które stają się nieskuteczne przy częstym i nieuzasadnionym stosowaniu. Zaznacza jednak, że przy zaobserwowaniu cech zakażenia nie należy zwlekać z ich podaniem, ale konieczne jest podanie właściwego antybiotyku przez potwierdzenie badaniami mikrobiologicznymi. Prawidłowo prowadzona antybiotykoterapia pozwala na skrócenie czasu hospitalizacji i uniknięcie amputacji [18].

Obecnie opracowywane i stosowane są nowe metody leczenia owrzodzeń cukrzycowych. Wykorzystywane są nowe możliwości tworzenia innowacyjnych opatrunków, substytutów skóry. Przeprowadzono również badania dotyczące przyspieszenia gojenia się ran za pomocą elektrostymulacji i wysokiej temperatury, a także oczyszczanie ran stopy cukrzycowej za pomocą larw muchy [31].

Na podstawie własnych badań stwierdzono, że właściwy, indywidualny dobór antybiotykoterapii, leczenia internistycznego i chirurgicznego pozwala na szybką poprawę stanu chorego i skrócenie pobytu w szpitalu.

Pacjenci cierpiący na zespół stopy cukrzycowej są narażeni na pogorszenie stanu psychicznego wynikającego z lęku i obaw dotyczących stanu zdrowia i leczenia. Rozpoznana stopa cukrzycowa jest często przyczyną ograniczenia sprawności fizycznej chorego, a w konsekwencji prowadzi do inwalidztwa. Dlatego rolą pielęgniarki jest również wspieranie chorego, zachęcanie do współpracy z zespołem terapeutycznym oraz udzielenie choremu informacji dotyczących sprzętu ortopedycznego i rehabilitacyjnego (obuwie i wkładki ortopedyczne, laska, wózek inwalidzki) [21].

W badaniach własnych wykazano, że pacjentka również odczuwała niepokój i lęk przed podjęciem leczenia.

Korzon-Burakowska zwraca uwagę na odmienną farmakoterapię u chorych z neuropatyczną i niedokrwienną stopą cukrzycową. W zespole niedokrwienną stopy cukrzycowej występuje ból typowo nasilający się podczas chodzenia, a ustępuje po odpoczynku (tzw. chromanie przystankowe). Farmakoterapia jest mniej skuteczna

od leczenia chirurgicznego, ale w postępowaniu zachowawczym stosuje się: prostanoidy, leki przeciwplatekcyjne, pentoksyfilinę, bufomedil, sulodeksyd [30].

W zespole neuropatycznej stopy cukrzycowej występuje ból nasilający się w spoczynku, zwłaszcza w nocy, dlatego pacjenci narażeni są na zaburzenia nastroju, depresje. W leczeniu tego zespołu stosuje się leczenie stopniowe, tzn. rozpoczyna się od leków przeciwbólowych (paracetamol, niesteroidowe leki przeciwzapalne, tramadol), trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne (amitryptylina), leki przeciwpadaczkowe (gabapentyna, pregabalina), antagoniści układu współczulnego (klonidyna). Dobre efekty przeciwbólowe wykazuje kapsaicyna – lek o działaniu miejscowym, przynosi efekty po kilku tygodniach. Stosowane są również: kwas alfalipozowy, benfotamina [30].

W badaniach własnych wykazano, że pacjentka także odczuwała dolegliwości bólowe, jednak zastosowanie leczenia chirurgicznego i farmakoterapia wpłynęła pozytywnie na poprawę stanu psychofizycznego.

Właściwa edukacja pacjenta w zakresie przestrzegania zasad utrzymywania wyrównanej cukrzycy i właściwej pielęgnacji stóp jest główną rolą pielęgniarki. Ma to zasadniczy wpływ na rozwój tego schorzenia, pozwalając choremu na zachowanie dobrego stanu biopsychospołecznego.

Wnioski

1. Głównymi problemami pacjentki z rozpoznaną stopą cukrzycową były: ból w okolicy rany pooperacyjnej; niepokój spowodowany stanem zdrowia, obawa przed przyszłością i dalszym leczeniem, trudności w zaspokajaniu potrzeb związane z ograniczoną sprawnością, niedostateczna wiedza na temat zasad i stosowania diety cukrzycowej i diety miażdżycowej, niski poziom wiedzy pacjentki na temat prowadzenia samokontroli w cukrzycy, trudności w wykonywaniu czynności dnia codziennego spowodowane otyłością, brak umiejętności pielęgnacji stóp; możliwość wystąpienia powikłań dostępu naczyniowego, ryzyko wystąpienia zakażenia w wyniku otwartej, ciężko gojącej się rany po amputacji palców stopy lewej, możliwość wystąpienia powikłań zatorowo-zakrzepowych w wyniku miażdżycy i utrudnionego poruszania się;
2. Działania pielęgnacyjne i edukacyjne oraz sformułowanie indywidualnego planu opieki umożliwiły objęcie pacjentki kompleksową opieką.

Podsumowanie

Zespół stopy cukrzycowej charakteryzuje się długotrwałą infekcją, owrzodzeniem, destrukcją tkanek głębokich kończyn dolnych. Powyższy problem wynika z niewłaściwej pielęgnacji stóp, upośledzonego mikrokrążenia będącego skutkiem hiperglikemii i upośledzenia unerwienia stopy. Ze względu na obraz kliniczny wyróżniamy trzy typy stopy cukrzycowej: zespół neuropatycznej stopy cukrzycowej cechuje się wadliwym odbiorem bodźców zewnętrznych tj.: ból, wibracja, temperatura, ucisk, dotyk. Charakteryzuje się wyczuwalnym tętnem na tętnicy grzbietowej stopy i piszczelowej, czerwoną, ciepłą skórą, obecnością owłosienia i potliwość. Drugim typem jest zespół niedokrwiennej stopy cukrzycowej, która jest następstwem miażdżycy tętnic i zmian zwyrodnieniowych tętnic i naczyń włosowatych stopy. Charakterystyczne dla tego zespołu jest zimna, sucha, gładka pozbawiona owłosienia, dobrze napięta skóra, bez możliwości wycucia tętna na tętnicy grzbietowej stopy. Typowy jest również silny ból tylnej części łydek, kolor skóry stóp zmienia się wraz ze zmianą pozycji, podczas uniesienia stopy są blade, natomiast podczas opuszczenia widoczne jest zasinienie palców i całych stóp. Trzecim typem jest zespół mieszanej stopy cukrzycowej, która cechuje się obecnością neuropatii i niedokrwienia.

Bibliografia

1. Wyzgał J., Senatorski G.: Cukrzyca [w]: Choroby wewnętrzne, podręcznik dla studentów pielęgniarstwa i położnictwa. Pączek L., Mucha K., Foroniewicz B. (red). Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2004, 501-513.
3. Czech A., Cypryk K., Czupryniak L., i wsp.: Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2011. Diabetologia Praktyczna 2011, 12, supl. A, 1-3.
4. Szelachowska M.: Cukrzyca [w]: Zarys chorób wewnętrznych dla studentów pielęgniarstwa. Daniluk J., Jurkowska G. (red). Wyd. Czelej, Lublin 2005, 514-531.
5. Jankowiak B., Krystoń-Serafin M., Krajewska-Kułak E., Popławska E.: Powikłania cukrzycy jako choroby przewlekłej. Now. Lek., 2007, 76, 6, 482-484.
6. Dzida G.: Zespół stopy cukrzycowej. Medicus 2011 8-9, 20-21.
7. Lasota B.: Rozpoznanie i leczenie stopy cukrzycowej. Świat Medycyny i Farmacji. 2009, 10, 10-16.

8. Godyń G., Filipek B.: Zespół stopy cukrzycowej – patofizjologia, profilaktyka i leczenie. *Farmacja Polska*, 2007, 63, 5, 228-234.
9. Koblik T.: Wczesne wykrywanie stopy cukrzycowej. *Diabetologia Praktyczn*, 2008, 9, 1, 48-53.
10. Sieradzki J.: Etiopatogenetyczne i organizacyjne podstawy leczenia zespołu stopy cukrzycowej. *Diabetol. Pol.*, 1997, 4, 3-4, 154-163.
11. Karnafel W.: Zespół stopy cukrzycowej – patogeneza i leczenie. *Lekarz*. 2009, 11, 26-32.
12. Panek B., Gacko M., Fiszka K.: Zespół stopy cukrzycowej – problem medyczny, ekonomiczny i społeczny. *Med. Metabol.*, 2008, 12, 1, 61-66.
13. Korzon-Burakowska A.: Zespół stopy cukrzycowej – patogeneza i praktyczne aspekty postępowania. *Choroby Serca i Naczyń*, 2007, 4, 2, 93-98.
14. Burda K., Metelska J., Nowakowska E., i wsp.: Pielęgnacja ran przewlekłych i trudno gojących się w stopie cukrzycowej. *Zakażenia* 2009, 9, 4, 62-71.
15. Koblik T.: Algorytm leczenia zespołu stopy cukrzycowej. *Diabetolo. Prakt.*, 2009, 10, 5, 196-201.
16. Burda K., Kus K., Ratajczak P.: Profilaktyka i leczenie miejscowe zakażeń ran przewlekłych. *Zakażenia* 2011, 11, 1, 72-80.
17. Koblik T.: Infekcje w przebiegu zespołu stopy cukrzycowej. *Medycyna Metaboliczna* 2010, 14, 3, 31-36.
18. Korzon-Burakowska A.: Infekcje stóp u chorych na cukrzycę – trudny problem diagnostyczny i terapeutyczny. *Zakażenia*, 2008, 8, 6, 78-82.
19. Korzon-Burakowska A.: Antybiotykoterapia w leczeniu infekcji stopy cukrzycowej. *Zakażenia*, 2010, 10, 5, 35-40.
20. Borys S., Koblik T.: Zakażenia w stopie cukrzycowej zagrożonej amputacją. *Zakażenia*, 2010, 10, 6, 113-120.
21. Cwajda J., Szewczyk M., Cierzniakowska K.: Specjalistyczna opieka pielęgnarska nad chorym z zespołem stopy cukrzycowej. *Pielęg. Pol.*, 2007, 2-3, 239-241.
22. Lewko J., Sierakowska M., Klimaszewska K., Krajewska K., Kowalczuk K., Krajewska-Kułak E.: Profilaktyka i edukacja w zespole stopy cukrzycowej. *Ann. Acad. Med. Sil.*, 2006, 60, 5, 459-461.
23. Olczyk M., Pluta R., Tomasik G.: Opieka farmaceutyczna nad pacjentem z zespołem stopy cukrzycowej. *Farm. Pol.*, 2009, 65, 5, 338-341.

24. Koblik T.: Leczenie stopy cukrzycowej – obecny stan wiedzy. *Diabetol. Prakt.*, 2011, 12, 1, 11-14.
25. Kulczycka L.: Pielęgnacja skóry chorego na cukrzycę. *Świat farmacji* 2010, 2, 51, 50-52.
26. Bernas M.: Intensyfikacja postępowania w zespole stopy cukrzycowej. Zapobieganie amputacji kończyn dolnych. *Med. Metabol.*, 2005, 9, 4, 47-55.
27. Górajek-Jóźwik J.: Istota pielęgnowania zindywidualizowanego. W: Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red). *Podstawy pielęgniarstwa, podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo*. Wyd. Czelej, Lublin, 2008, I, 239-249.
28. Górajek-Jóźwik J.: Pielęgnowanie zindywidualizowane – historia, rozwój, istota. [w]: *Pielęgniarstwo ćwiczenia*. Ciechaniewicz W. (red). Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2006, 96-118.
29. Górajek-Jóźwik J.: Miejsce diagnozy w pielęgniarstwie. [w]: *Wprowadzenie do diagnozy pielęgniarstwa*. Podręcznik dla studiów medycznych. Górajek-Jóźwik J. (red). Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2007.
30. Lewandowski A., Paszta W., Nowatorski W.: Własne doświadczenia w leczeniu zespołu stopy cukrzycowej. *Pol. Przeg. Chirurg.*, 2008, 80, 11, 1112-1120.
31. Korzon-Burakowska A.: Bóle nóg u chorych na cukrzycę. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2011, 5, 2, 156-163.
32. Rosiński G., Krakowiecki A., Kozłowska I.: W trosce o stopę cukrzycową – trudne problemy terapeutyczne. Doświadczenia własne. *Medycyna Metaboliczna* 2008, 12, 3, 35-39.
33. Otto-Buczowska E., Jarosz-Chobot P., Petrulewicz Salamon I.: Wpływ cukrzycy na narząd ruchu. *Postępy Rehabilitacji* 1996, 10, 3, 97-103

PACJENT W SYTUACJI TRUDNEJ – Z ROZPOZNANĄ MARSKOŚCIĄ WĄTROBY

Paulina Sadowska¹, Krystyna Kowalczyk², Elżbieta Krajewska – Kulak²

1. Białostockie Centrum Onkologii Oddział Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Leczenia Bólu
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wprowadzenie

Według literatury marskość wątroby definiuje się jako „*końcowe stadium każdego procesu powodującego przewlekle uszkodzenie miększu wątroby*” [1].

Na podstawie licznych badań epidemiologicznych można stwierdzić, że marskość wątroby występuje wśród wszystkich ras i narodów [2].

Częstość występowania zwiększa się wraz ze wzrastającym spożyciem alkoholu, rozpowszechnieniem chorób metabolicznych, błędami dietetycznymi, oraz postępującą chemizacją życia, a w tym ze wzrostem spożycia leków. Istotną rolę odgrywają także czynniki genetyczne i środowiskowe [2].

Schorzenie występuje częściej w grupach ludności o niższym standardzie życiowym. Może rozwinąć się w każdym przedziale wiekowym. Częstszą zachorowalność obserwuje się u mężczyzn niż u kobiet, uzależnione jest to jednak od czynnika etiologicznego np. pierwotna żółciowa marskość wątroby częściej występuje u kobiet. Chorobowość wynosi 200-300 przypadków na 100 000 ludności, natomiast umieralność w populacji około 2% [3].

Marskość wątroby jest ostatnim etapem wielu chorób przewlekłych tego narządu. Istotą schorzenia jest guzkowa, bezładna przebudowa miększu wątroby na nierównomiernie ułożone guzki otoczone przegrodami łącznotkankowymi [4]. Prowadzi to do zmian w układzie naczyniowym i utrudnień w przepływie krwi, czego następstwem jest rozwijające się stopniowo nadciśnienie w żyłę wrotnej, wytworzenie wewnątrzwątrobowych przetok naczyniowych oraz krążenia obocznego omijającego wątrobę. Marskość jest wskaźnikiem trwałego uszkodzenia narządu, natomiast guzki regeneracyjne są tylko wyrazem nieudanej próby odbudowy narządu [4,5].

Klasyfikacja marskości wątroby

Na podstawie licznych badań klinicznych można stwierdzić, iż to wielkość guzów

marskich stanowi podstawę wprowadzonej przed wieloma laty i aktualnej do dnia dzisiejszego morfologicznej klasyfikacji marskości wątroby na [3,4,5]:

- marskość drobnoguzkową (nazywana również marskością zanikową Lanneca)- charakteryzuje się guzkami o średnicy poniżej 3 mm, różnej wielkości, najczęściej są bezosiowe, trudno w nich znaleźć przestrzeń wrotno-żółciową i żyłę środkową. Najczęstszą przyczyną tego rodzaju marskości jest nadużywanie alkoholu, a także niedobory żywieniowe,
- marskość wielkoguzkową (zwana również marskością pomartwiczą)- występują guzki o średnicy od 3 mm do kilku cm, które obejmują po kilka zrazików, z obecnością dobrze widocznych przestrzeni wrotno-żółciowych i żył środkowych. Marskość wielkoguzkowa jest następstwem procesów zapalnych (WZW typu B, C lub D) oraz zatruc (np. grzyby lub czterochlorek węgla),
- marskość mieszaną drobno- i wielkoguzkową- jest połączeniem obu wyszczególnionych wyżej marskości. Może być wynikiem przekształcania się marskości drobnoguzkowej w wielkoguzkową, bądź następstwem nakładania się procesu zapalnego na zmiany zanikowe.

Ponadto, pomijając kryterium anatomopatologiczne, przy klasyfikowaniu marskości wątroby należy również uwzględnić etiologie i obraz kliniczny. Na tej podstawie można podzielić w następujący sposób [4,5,6] :

- marskość wrotną (żylną)- w obrazie klinicznym dominuje nadciśnienie wrotne (wodobrzusze) , najczęściej etiologia alkoholowa,
- marskość sercowa- jej przyczyną jest przewlekłe utrudnienie odpływu krwi żyłnej z wątroby, spowodowane prawokomorową zastoinową niewydolnością serca,
- marskość pomartwiczą- obraz kliniczny podobnie jak w marskości wrotnej, najczęściej jest następstwem wirusowych zapaleń wątroby,
- marskość dysmetaboliczną- uwarunkowana chorobami metabolicznymi, np. choroba Wilsona,
- marskość żółciową -powstaje na tle pierwotnie lub wtórnie zaburzonego odpływu żółci
- marskość splenomegaliczną- u podstawy której leży pierwotna dysfunkcja układu siateczkowo-śródbłonkowego .
- Ze względów kliniczno-praktycznych marskość wątroby można podzielić na [5,7]:
- wyrównaną- w której nie stwierdza się objawów nadciśnienia wrotnego i zaburzeń gospodarki wodo-elektrolitowej ani zaburzeń wydzielniczych i metabolicznych ,

- niewyrównaną- marskość wyrównana może stać się niewyrównaną nagle, pod wpływem dodatkowego czynnika patogenetycznie obciążającego, np. obecności encefalopatii wątrobowej.

Przyczyny marskości wątroby

Na podstawie licznych badań epidemiologicznych można stwierdzić, że marskość wątroby jest chorobą polietiologiczną. Działanie różnych czynników etiologicznych prowadzi w następstwie do powstania zbliżonego obrazu klinicznego. U wielu pacjentów już wnikliwe zebranie wywiadu pozwala ustalić przyczynę marskości, jednak u 20-25% chorych przyczyna pozostaje nieznana [5, 8] .

Najczęściej na rozwój marskości wątroby może mieć wpływ [5,8,9] :

1. nadmierne spożywanie alkoholu, działa toksycznie na komórkę wątrobową doprowadzając do nacieczenia wątroby szczególnie przez trójglicerydy. Jeśli spożywanie alkoholu trwa rok lub kilka lat, dochodzi do kolejnej fazy uszkodzenia wątroby, tj. alkoholowego zapalenia narządu , a następnie do marskości wątroby .
2. długotrwałe niedożywienie lub żywienie nieprawidłowe, najczęściej dieta wysokotłuszczowa lub ubogobiałkowa powoduje stłuszczenie wątroby. Do powstania ognisk martwicy przyczyniają się niedobory aminokwasów siarkowych- choliny, metioniny oraz cysteiny.
3. przebycie wirusowego zapalenia wątroby typu B,C,D, powoduje przewlekłe zapalenie oraz uszkodzenie miększu wątroby, które po upływie kilku lat przekształca się w marskość wątroby.
4. długotrwałe działanie substancji hepatotoksycznych , nieodwracalne uszkodzenie miększu wątroby powodują: czterochlorek węgla, wiele leków, środków chwastobójczych oraz związków chemicznych, stosowanych w wielu zakładach przemysłowych. Szkodliwe są także toksyny będące domieszką lub zanieczyszczeniem pokarmów, grzyby trujące, alkaloidy senesu.
5. choroby przemiany materii, uszkadzają funkcje metaboliczne wątroby oraz zdolność do magazynowania białek, enzymów metali i innych cząsteczek np.: mukowiscydoza, choroba Wilsona, galaktozemia, porfiria skórna późna.
6. stłuszczenie wątroby, powstaje w wyniku otyłości, choroby wieńcowej, niedoborach białka. Zbyt duże gromadzenie się tłuszczu powoduje bliznowacenie wątroby.
7. choroby dróg żółciowych , przebiegające najczęściej z zamknięciem przewodów

żółciowych, powodują uszkodzenie wątroby poprzez nadmierne gromadzenie się żółci. Najczęstszą przyczyną marskości jest zwłóknienie przewodów żółciowych;

Obraz kliniczny marskości wątroby

Obraz kliniczny marskości wątroby może być bardzo zróżnicowany, odzwierciedla stopień ciężkości schorzeń wątroby. Wielu pacjentów z marskością wątroby przez dłuższy czas nie odczuwa istotnych dolegliwości. Wynika to ze sporej rezerwy funkcjonalnej wątroby, co powoduje, że nawet przy dużej destrukcji tkanki wątrobowej objawy mogą być nieduże. Pacjenci mogą nie odczuwać przez wiele lat wyraźnych dolegliwości, jednak z upływem czasu przy postępującym procesie chorobowym, pojawiają się coraz wyraźniejsze objawy kliniczne [4].

Objawy podmiotowe marskości wątroby [4, 5, 10, 11, 12]:

- osłabienie
- utrata łaknienia
- zmniejszenie masy ciała
- niestrawności (uczucie dyskomfortu w nadbrzuszu, mdłości, wymioty, puste odbijania, wzdęcia, zaparcia, niekiedy biegunka)
- krwawienie z błon śluzowych dziąseł i nosa
- zwiększenie obwodu brzucha
- obrzęki wokół kostek
- zaburzenia miesiączkowania u kobiet
- zaburzenia libido (u mężczyzn zaburzenia potencji)
- gorączka lub stany podgorączkowe (najczęściej 37,5-38 °C)

Objawy przedmiotowe [4, 5, 10, 12]:

- szara, sucha skóra
- przemijające zażółcenie powłok skórnych, wzmożone po wysiłku lub spożyciu alkoholu
- zaczerwienienie wewnętrznych powierzchni dłoni
- poszerzone naczynia skórne tzw. pajęczki naczyniowe
- u około 60% mężczyzn z marskością poalkoholową występują przykurcze Dupuytrena oraz niekiedy pałeczkowate palce
- zajądy oraz przekrwienia jamy ustnej

Pacjent w sytuacji trudnej – z rozpoznaną marskością wątroby

- wypadanie włosów na klatce piersiowej u mężczyzn
- zaniki mięśniowe
- powiększenie wątroby, śledziony
- zwiększona podatność na zakażenia

Obraz kliniczny zależy od stanu zaawansowania marskości wątroby. Okres wydolności wątroby może przebiegać bez objawów lub z objawami niecharakterystycznymi. W miarę postępu zmian marskości obraz staje się bardziej wyrazisty. Pojawiają się cechy niewydolności metabolicznej wątroby (zaburzenia krzepnięcia, encefalopatia), wodobrzusze oraz cechy nadciśnienia wrotnego w postaci splenomegalii i żyłaków przełyku. Przy rozwiniętym krążeniu obocznym mogą pojawić się na skórze brzucha poszerzone naczynia żyłne, niekiedy rozchodzące się promieniście od pępka tzw. głową meduzy [10, 11].

W miarę postępu procesu chorobowego, wygląd chorego staje się coraz bardziej typowy i diagnoza nie stwarza trudności (zwłaszcza w alkoholowej marskości wątroby). Cechą zewnętrzną jest charakterystyczny wygląd pacjenta – chude kończyny górne i dolne (z powodu zaniku mięśni), a także duży obwód brzucha (spowodowany wodobrzuszem). Typowymi zmianami są również żyłaki odbytu i przełyku [11, 12, 13].

Badania diagnostyczne w marskości wątroby

Wybór procedury diagnostycznej w marskości wątroby powinien bazować na indywidualnej diagnozie każdego pacjenta. Wyniki służą nie tylko do określenia diagnozy i etiologii marskości wątroby, ale także do oceny ciężkości choroby, istnienia powikłań i prognozy na przyszłość [14].

Na podstawie licznych badań epidemiologicznych można stwierdzić, że znanych jest wiele badań diagnostycznych potwierdzających rozwój marskości wątroby [9].

Badanie podmiotowe jest podstawą w procesie diagnostycznym, polega na zbieraniu wywiadu chorobowego. Powinno uwzględniać informacje o stylu życia pacjenta, nałogach, sposobie odżywiania się, aktywności fizycznej i ewentualnych zagrożeniach epidemiologicznych wynikających z wykonywanej pracy; czasie trwania i charakterze objawów chorobowych, przyjmowanych lekach, przebytych chorobach (żółtacze zakaźnej, częstym występowaniu w dzieciństwie stanów podżółtaczkowych, stosowaniu leków hepatotoksycznych, napadowych bólów o charakterze kolkowym), współistniejącym obciążeniu genetycznym [7, 4, 15, 16].

Badanie przedmiotowe polega na badaniu palpacyjnym wątroby. Pomaga to ocenić konsystencję i twardość narządu. Powiększenie wątroby to najbardziej znaczący objaw chorobowy, sygnalizuje niekorzystne zmiany mogące zachodzić w narządzie [4, 15].

Badania laboratoryjne pozwalają określić stopień wydolności wątroby pacjenta. Do zasadniczego zestawu badań należą: oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi, składu morfologicznego krwi oraz ilości i składu białek surowicy, a także określanie podstawowych czynników krzepnięcia i aktywności enzymów [7, 15, 16].

Badanie ultrasonograficzne- we wczesnym stadium choroby może nie wykazywać istotnych zmian. W miarę rozwoju nadciśnienia wrotnego zmiany są bardziej widoczne, co pozwala zdiagnozować marskość wątroby [17].

Tomografia komputerowa uwidocznia zmiany wielkości i kształtu wątroby oraz zaburzenia strukturalne jej mięszu. Badanie to jest szczególnie przydatne przy podejrzeniu zmian nowotworowych w marskiej wątrobie [17].

Sonografia Dopplera pozwala na ocenę drożności, prędkości przepływu w naczyniach trzewnych oraz jest wykorzystywana w różnicowaniu i ocenie stopnia nadciśnienia wrotnego (np. zakrzepicy żyły wrotnej) lub obecności naczyń krążenia obocznego [17].

Gastroskopia i rektoskopia są to badania diagnozujące powikłania marskości wątroby [18].

Powikłania marskości wątroby

W przebiegu marskości wątroby występuje wiele różnorodnych powikłań, powodujących najczęściej zagrożenie życia. Jak wynika z wielu przeprowadzonych badań klinicznych, do najczęściej wstępujących powikłań marskości wątroby można zaliczyć [7] :

- **encefalopatie wątrobową**- jest bardzo poważnym powikłaniem przewlekłej choroby wątroby i jest definiowana jako zespół potencjalnie odwracalnych objawów neurologiczno-psychiatrycznych w przebiegu przewlekłej lub ostrej niewydolności wątroby. Encefalopatie powodują toksyczne metabolity, które w prawidłowych warunkach podlegają detoksykacji w wątrobie, a gromadząc się we krwi krążącej przenikają przez barierę krew-mózg [9, 16, 19].
- **nadciśnienie wrotne** jest spowodowane wzrostem oporu naczyń wrotnych oraz zwiększonym przepływem żylnym. W związku z wyższym ciśnieniem w żyłę wrotnej dochodzi do wytworzenia krążenia obocznego, dzięki czemu dochodzi do encefalopatii wątrobowej, podwyższonego ryzyka krwawienia żołądkowo-jelitowego,

wodobrzusza [20] .

- **krwawienie z żyłaków przełyku** jest bardzo niebezpiecznym i zagrażającym życiu powikłaniem nadciśnienia wrotnego. U około 5-15% pacjentów z marskością wątroby żyłaki pojawiają się w ciągu roku, a u większości pacjentów rozwijają się w ciągu całego życia [9, 16] .
- Oprócz krwawień z górnego odcinka przewodu pokarmowego mogą występować krwawienia z żyłaków odbytu, zespół rozsianego krzepnięcia wewnątrznaczyniowego (DIC) oraz skaza krwotoczna [7] .
- **wodobrzusze** jest najczęstszym powikłaniem marskości. Jest to nadmierne gromadzenie się wolnego płynu surowiczego w jamie otrzewnej. Zwykle płyn w wodobrzuszu wątrobowopochodnym jest przesiękiem osocza z niskim stężeniem białka i niewielką liczbą komórek. Ponadto zwiększone stężenie aldosteronu we krwi powoduje zatrzymanie wody i sodu [4, 16, 21] .
- **zespół wątrobowo-nerkowy** jest czynnościową niewydolnością nerek z oligurią. Występuje najczęściej u pacjentów z postępującą chorobą wątroby [20] .
- **zespół wątrobowo-płucny** jest związany z hiperdynamicznym krążeniem płucnym i obwodowym, z przeciekami płucnymi i zaburzeniem regulacji krążenia płucnego. Wystąpienie tego zespołu jest negatywnym czynnikiem rokowania w marskości wątroby [17] .
- **spontaniczne bakteryjne zapalenie otrzewnej** jest bakteryjnym zapaleniem otrzewnej diagnozowanym u chorych z wodobrzuszem. Charakteryzuje się wysoką nawrotowością, bez względu na etiologię marskości [4] .
- **rak wątrobowokomórkowy**- marskość wątroby stanowi czynnik ryzyka raka wątrobowokomórkowego [19] .

Leczenie marskości wątroby

Leczenie marskości wątroby jest procesem wieloetapowym i obejmuje co najmniej cztery różne działania : leczenie choroby podstawowej, stosowanie leków przeciw włóknieniu, leczenie i zapobieganie powikłań ,transplantację wątroby [6].

Mimo to, zastosowanie leków przeciw włóknieniu (które mogą hamować syntezę kolagenu) w leczeniu marskości wątroby jest nadal w fazie doświadczalnej i nie ma klinicznego znaczenia [6] .

Leczenie dietetyczne

Żywnienie w chorobach wątroby uzależnione jest od stopnia upośledzenia czynności narządu oraz ogólnego stanu pacjenta. Celem żywienia będzie dostarczenie wszystkich składników pokarmowych potrzebnych do prawidłowego odżywiania organizmu, regeneracji komórek wątrobowych, a także odciążenia narządu w zależności od stopnia jego upośledzenia [22].

Leczenie dietetyczne w wyrównanej marskości wątroby

W wyrównanej marskości wątroby zalecana jest całkowita abstynencja alkoholowa i dieta zbliżona do normalnego żywienia, a modyfikacje dotyczą głównie zawartości białka i witamin w diecie [6, 23].

Zapotrzebowanie energetyczne u pacjentów z wyrównaną marskością i prawidłową masą ciała wynosi ok. 35-40 kcal/kg m.c/dobę i powinno być pokryte przede wszystkim przez węglowodany, spożycie cukrów nie powinno przekraczać 300-400 g/dobę.

W leczeniu wyrównanej marskości wątroby obowiązuje dieta bogatobiałkowa. Aminokwasy służą do uzupełnienia niedoborów białek tkankowych, albumin i innych białek osocza, zmniejszają stłuszczenie wątroby, wspomagają regenerację hepatocytów oraz zmniejszają katabolizm związany m.in. z przewlekłą terapią lekami immunosupresyjnymi.

Za zalecaną normę białka w okresie wyrównania w przewlekłych chorobach wątroby przyjmuje się 1,3-1,5g/kg. m.c/dobę, zatem dobowy podaż białka o dużej wartości biologicznej powinna wahać się w granicach 90-120 g, przy czym co najmniej połowę tej wartości powinno stanowić białko pochodzenia zwierzęcego. Ilość lipidów powinna wynosić około 1 g/kg. m. c./dobę, należy wykluczyć tłuszcze stałe o wysokim punkcie topnienia takie jak słonina, smalec łój [6].

Leczenie dietetyczne w niewyrównanej marskości wątroby

Podczas dekompensacji przewlekłej choroby wątroby maleje synteza albumin, innych białek transportowych i czynników krzepnięcia. Wzrasta stężenie amoniaku (zwłaszcza różnica tętniczo-żylna stężeń tego związku) i zmniejsza się synteza mocznika. Obniża się tolerancja glukozy. Zmniejsza się synteza i wydzielanie do żółci kwasów tłuszczowych oraz ich krążenie jelitowo-wątrobowe, co zaburza trawienie i wchłanianie tłuszczów. Zmniejsza się wchłanianie, transport i magazynowanie niektórych witamin i ich konwersja do związków biologicznie aktywnych. Najczęściej obserwuje się niedobór magnezu, cynku, tiaminy, selenu i witamin

A,D,E i K. Częściej występują nudności, wymioty i brak łaknienia. W tej sytuacji dieta wymaga pewnej modyfikacji [24, 25].

Według zaleceń Europejskiego Stowarzyszenia Żywienia Parenteralnego i Enteralnego oraz Europejskiego Stowarzyszenia Badań nad Wątrobą zapotrzebowanie energetyczne chorych z niewyrównaną marskością wątroby i cechami niedożywienia wynosi 35-40 kcal/kg.m.c/dobę, a podaż białka powinna wynosić 1,2-1,5 g/kg m.c. , co wynika z nasilenia procesów rozpadu, upośledzenia zużycia białka i aminoacydurii. Stosowane leki moczopędne zwiększają ponadto diurezę i nasilają utratę azotu z moczem, a upusty płynu puchlinowego powodują straty pełnowartościowego białka. Minimalne dobowe zapotrzebowanie na białko wzrasta do 0,8 g/kg m.c. Ilość podawanych tłuszczów jest zbliżona do normy i wynosi 1 g/kg m.c (ok. 70 g/dobę). W niewydolności wątroby z towarzyszącą cholestazą podaż tłuszczu należy zmniejszyć do 0,8 g/kg m.c/ dobę, z uwzględnieniem objawów nietolerancji [24, 25, 26].

Leczenie farmakologiczne

Na podstawie literatury można stwierdzić, że zmiany marskie są nieodwracalne, dlatego celem leczenia powinno być zahamowanie dalszego postępu, w miarę możliwości, zapobieganie powikłaniom. Duże znaczenie przypisywane jest odpowiednio wczesnemu rozpoznaniu nie tylko marskości, ale i chorób do niej prowadzących, gdy jest jeszcze możliwe leczenie przyczynowe, które może zapobiegać trwałej przebudowie miąższu [4].

W przypadkach feminizacji celowe jest podawanie testosteronu w dawkach 50-100 mg domięśniowo.

Od lat stosowane środki lipotropowe (cholina, metionina, cystyna, inozytol, itp.) ze względu na brak wyników leczniczych zostały obecnie wycofane, podobnie jak preparaty białkowe i pochodne kwasu orotowego. Wśród innych leków najmniej krytycznie oceniany jest Sylimarol ponieważ nie posiada działań ubocznych, a może wpływać ochronnie na stabilizację błon komórkowych wątroby [7] .

W marskości alkoholowej stwierdzono niedobory cynku, dlatego są podawane jego związki (Zinc-histidine-complex) 3 x dziennie na godzinę przed jedzeniem.

W leczeniu niewydolności, a zwłaszcza w stanach śpiączkowych i przedśpiączkowych, stosowana jest lewodopa- prekursor dopaminy w dawce 1,0-5,0g/d.

W marskości niewyrównanej niezbędne jest stosowanie leków moczopędnych, np. furosemid [7] .

Niedobory białkowe powinny być uzupełnione przetaczaniem albumin lub osocza.

Przy wystąpieniu krwotoku z żyłaków przełyku niezbędne jest zapobieganie dalszemu krwawieniu i utracie krwi. Leczenie zachowawcze polega na założeniu tamponady a pomocą zgłębnika Sengstakena-Blakemore'a, z jednoczesnym uzupełnieniem krwi, płynów i elektrolitów oraz podawanie dożylnie wazopresyny, a także samotostatyny. Podaje się też leki blokujące receptory beta adrenergiczne (atenolol, metoprolol, propranolol). Obniżają one ciśnienie żyłne wrotne zmniejszając przepływ krwi. Obecnie polecanym leczeniem przyczynowym jest endoskopowa sklerotyzacja żyłaków [7].

Rokowanie dla pacjentów z marskością wątroby

Rokowanie w marskości wątroby jest uzależnione przede wszystkim od możliwości leczenia przyczynowego oraz czynnika etiologicznego, którego eliminacja znacznie poprawia rokowanie [4].

Główną przyczyną śmierci u chorych z marskością wątroby jest postępująca niewydolność narządu z krwawieniem żołądkowo-jelitowym i/lub posocznica.

W indywidualnych przypadkach bardzo trudne, a nawet niemożliwe jest ustalenie przypuszczalnego okresu przeżycia.

Prognozę przeżycia przeprowadza się na podstawie stopnia niewydolności wątroby (klasyfikacja Childa-Pougha- Turcotte'a) i istnienia powikłań (np. żółtaczka, krwawienie żołądkowo-jelitowe, wodobrzusze, encefalopatia wątrobowa) [4, 16].

Zalecenia dla pacjentów z marskością wątroby- rola edukacyjna pielęgniarki

Edukacja powinna zaopatrzyć pacjenta w wiedzę, ale także umiejętności do podejmowania czynności w celu zatrzymania rozwoju marskości, ograniczenia jej następstw i utrzymania dobrego samopoczucia [27].

Celem edukacji pacjenta jest przygotowanie chorego do samoopieki, dostarczenie mu informacji dietetycznych niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania poza środowiskiem szpitalnym [24].

Zalecenia dla pacjentów z marskością wątroby [24, 28]

- Prowadzenie regularnego trybu życia, tj: regularne odżywianie (spożywanie 5-6 niezbyt obfitych posiłków dziennie); naturalny rytm snu ok. 7-8 godzin na dobę;
- W żywieniu należy uwzględnić [24, 28,]:
 - ocenę stanu odżywiania (codzienny pomiar masy ciała oraz ocena ilości płynów

- dostarczanych i wydalanych)
- zapewnienie właściwego zapotrzebowania energetycznego tj.: 30-33 kcal/kg/n.m.c na dobę
 - dostosowanie podaży składników odżywczych do potrzeb organizmu i regeneracji komórek wątrobowych: białka (1,2-1,3 g/kg n.m.c. na dobę), węglowodanów (4,5-5 0,8-0,9 g/kg n.m.c na dobę), tłuszczów (0,8-0,9 g/kg n.m.c na dobę), składników mineralnych, witamin,
 - ponad połowa spożywanego białka powinna być pochodzenia zwierzęcego (ryby, produkty mleczne), z ograniczeniem czerwonego mięsa,
 - ze względu na obniżony apetyt, częste uczucie wzdęcia, stosowanie diety urozmaiconej, smacznej, uwzględniającej upodobania żywieniowe pacjenta
 - wyeliminowanie z diety produktów zbożowych oraz pokarmów wzdymających (szparagi, groszek, cebulę, warzywa kapustne, czereśnie), ograniczyć seler ,buraki i brukiew
 - zalecane jest spożywanie owoców i warzyw w postaci gotowanej
 - ograniczenie spożywania sodu (nie więcej niż 2g na dobę),
 - w przypadku wodobrzusza i obrzęków kończyn dolnych oraz podwyższonego poziomu sodu (>130 mmol/l) należy wprowadzić ograniczenie podaży płynów do 1000 ml/dobę
 - unikanie potraw smażonych i gotowanych
 - polecane jest gotowanie, duszenie, pieczenie w folii lub pergaminie,
 - zrezygnowanie z palenia papierosów, picia alkoholu, kawy naturalnej oraz mocnej herbaty
- Prowadzenie aktywność ruchowej o umiarkowanym nasileniu, bez przeciążania fizycznego np.: spacer, jazda na rowerze, marsze, pływanie,
 - Zwrócenie szczególnej uwagi na pojawienie się objawów świadczących o postępie choroby (utrata apetytu, uczucie zmęczenia, bóle brzucha, wymioty, nudności, puste odbijania, wodobrzusze, obrzęki kończyn dolnych, uporczywe zaparcia lub biegunka, ginekomastia)
 - Systematyczne zażywanie leków.

Celem pracy jest: rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych dla pacjenta z niewyrównaną marskością wątroby, opracowanie indywidualnego planu opieki nad pacjentem z rozpoznaną marskością wątroby.

Material i metody badań

Badaniem objęto 50. letniego pacjenta hospitalizowanego na Oddział Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku z rozpoznaniem niewyrównanej marskości wątroby.

Do realizacji badania zastosowano metodę indywidualnego przypadku, którą wykorzystano poprzez realizację 5- etapowego procesu pielęgnowania. Materiał badawczy został zebrany w oparciu o wywiad pielęgniarstwa, obserwację pielęgniarstwa, pomiary podstawowych parametrów życiowych (ciśnienie tętnicze krwi, tętno, temperatura) oraz analizę dokumentacji medycznej (historia choroby pacjenta, indywidualna karta zleceń lekarskich, historia pielęgnowania, karta gorączkowa, karty informacyjne ze szpitala, wyniki badań diagnostycznych).

Według Wirginii Henderson procesu pielęgnowania można uznać za „*uporządkowany i systematyczny sposób określenia indywidualnych problemów opiekuńczych człowieka, ustalania planów ich rozwiązywania, realizowania tych planów oraz oceniania stopnia efektywności osiągniętej w rozwiązywaniu zidentyfikowanych problemów*” [29] .

Proces pielęgnowania charakteryzuje się [30] :ciągłością i dynamiką; wieloetapowością; całościowym podejściem do pielęgnowanego; logicznością i następstwem czasowym; uniwersalnością.

Model opieki pielęgniarstwa wobec pacjenta z rozpoznaną marskością wątroby

Opis przypadku

Pacjent W.A. lat 50 został przyjęty w trybie nagłym do szpitala na Oddział Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku z rozpoznaniem niewyrównanej marskości wątroby. W wywiadzie uzyskano informację, iż pacjent od 6 lat ma rozpoznaną marskość wątroby. Przebywał dwukrotnie na leczeniu odwykowym.

Pacjent w sytuacji trudnej – z rozpoznaną marskością wątroby

Przez 4 lata pacjent nie spożywał alkoholu, jak wynika z wywiadu od miesiąca powrócił do nałogu, przestał o siebie dbać i zaczął się źle odżywiać. Mieszka z żoną i dwójką dzieci, niedawno stracił pracę co było powodem powrotu do alkoholizmu.

Jest to szósty pobyt pacjenta w szpitalu. Dodatkowo pacjent ma rozpoznaną cukrzyce od 10 lat. Przy przyjęciu do szpitala pacjent splatany, senny z lekkimi zaburzeniami orientacji. Odczuwa duszność spowodowaną wodobrzuszem, przy oddychaniu widoczna praca dodatkowych mięśni oddechowych.

W dniu przeprowadzonej obserwacji uzyskano informację, że pacjent od tygodnia odczuwał złe samopoczucie, natomiast dwa dni temu wystąpiło zażółcenie skóry. W ciągu ostatnich 3 miesięcy chory często przechodził infekcje górnych dróg oddechowych, spowodowanych obniżeniem odporności w przebiegu marskości wątroby. Pacjent jest wychudzony, pomimo tego obwód brzucha wynosi 135cm. Skóra na brzuchu jest napięta z widoczną, podskórną siecią naczyń krwionośnych. Powłoki skórne zażółcone widocznymi pajęczkami naczyniowymi. Pojawił się także świąd skóry, nasilający się w nocy. Dodatkowo występuje zażółcenie białkówek. Pacjent skarży się także na wzdęcia i zaparcie, od 2 dni nie oddał stolca. Występuje także odbijanie, co powoduje nieprzyjemny zapach z ust. Dziaśła pacjenta są obrzmiałe, krwawią szczególnie przy spożywaniu posiłków. Skóra w obrębie podudzi jest napięta, występują obrzęki wynoszące około 50 cm. Parametry życiowe pacjenta wynoszą: ciśnienie tętnicze 153/93, tętno 95 uderzeń/minutę oraz oddechy 23 oddechów/minutę. Glikemia w normie- 100 mg/dl. Choremu założono wkłucie obwodowe, podano dożylnie 1 ampulkę witaminy C we wlewie kroplowym z 500ml 5% glukozy

Pacjent jest osłabiony, senny, spowolniały psychoruchowo z trudnościami w poruszaniu się. Jest w złym stanie psychicznym, martwi się kolejną hospitalizacją oraz obecnym stanem zdrowia. Niechętnie prowadzi rozmowy, odpowiada kilkoma wyrazami na zadawane pytania.

Tabela I. Model opieki pielęgniarskiej wobec pacjenta z rozpoznaną marskością wątroby

Problem pielęgnacyjny	Cel opieki	Planowane działania pielęgnacyjne	Realizowanie planu opieki	Ocena działań pielęgnarskich
<p>1. Możliwość wystąpienia encefalopatii wątrobowej będącej następstwem niewydolności wątroby</p>	<p>Niedopuszczenie wystąpienia encefalopatii wątrobowej</p>	<ul style="list-style-type: none"> -systematyczna ocena stanu ogólnego pacjenta (pomiar ciśnienia tętniczego krwi, tętna, temperatury, oddechu) -ocena stanu psychicznego pacjenta wg. skali Glasgow -obserwowanie pacjenta pod kątem wystąpienia objawów rozwijającej się encefalopatii wątrobowej (od zaburzeń orientacji, osobowości, świadomości poprzez objawy psychiczne, do pełnego splątania i śpiączki) -codzienny, ranny pomiar masy ciała oraz obwodu jamy brzusznej -systematyczna obserwacja powłok skórnych pacjenta ze szczególnym zwróceniem uwagi na występowanie zmian naczyniowych i pajączków skórnych -pomiar stężenia kreatyniny, amoniaku, elektrolitów, bilirubiny, cukry, czynników krzepnięcia na zlecenie lekarza -wyjaśnienie choremu konieczności wyeliminowania 	<ul style="list-style-type: none"> -co godzinę wykonywano pomiary parametrów życiowych pacjenta (ciśnienie tętnicze: 153/93, tętno:95, temperatura 36,9 °C, 23 oddechy na minutę) - oceniono stan psychiczny pacjenta według skali Glasgow na 12 pkt - zaobserwowano, że pacjent jest senny, osłabiony, spowolniały psychoruchowo oraz ma trudności w poruszaniu się. -wykonano pomiary antropometryczne: wzrost: 177cm, waga 95kg, oraz obwodu jamy brzusznej: 153 cm. - podczas wykonywania czynności pielęgnacyjnych, zaobserwowano na brzuchu widoczną podskórną sieć naczyń krwionośnych oraz zażółconą skórę; - na zlecenie lekarza pobrano krew na badania biochemiczne (morfologię, AlAt, amoniak, bilirubinę całkowitą, cholesterol całkowity, HDL, LDL, trójglicerydy, CRP, glukozę, kreatyninę, mocznik, potas sód, fibrynogen, czas protrombinowy, INR, APTT) -przeprowadzono z pacjentem rozmowę, w której wyjaśniono konieczność wyeliminowania czynników przyczynowych oraz nasilających encefalopatię wątrobową zwłaszcza alkoholu, unikanie spożywania leków uspokajających, zwalczanie zapań oraz ognisk zapalnych w organizmie, spożywanie zbyt dużej ilości białka, -poinformowano pacjenta o konieczności zgłaszania wystąpienia niepokojących objawów -podano dożylnie 1 ampulkę witaminy C w 500 ml 	<p>Zaobserwowano encefalopatię pierwszego stopnia. Wskazana jest dalsza obserwacja pacjenta.</p>

Pacjent w sytuacji trudnej – z rozpoznaną marskością wątroby

		<p>czynników przyczynowych oraz nasilających encefalopatię: zwłaszcza alkoholu, unikanie spożywania leków uspokajających, zwalczanie zaparć oraz ognisk zapalnych w organizmie, spożywanie zbyt dużej ilości białka, -stosowanie farmakoterapii na zlecenie lekarza</p>	5% glukozy według karty zleceń	
2. Strach i niepokój pacjenta spowodowany kolejną hospitalizacją	Zapewnienie pacjentowi poczucia bezpieczeństwa i zmniejszenie jego obaw związanych z hospitalizacją	<ul style="list-style-type: none"> - wyjaśnienie pacjentowi konieczności pobytu w szpitalu -zapoznanie chorego z personelem sprawującym opiekę na oddziale, pacjentami, topografią i regulaminem oddziału, rozkładem zajęć, kartą praw pacjenta - umożliwienie choremu kontaktu z personelem medycznym, zespołem terapeutycznym, - umożliwienie kontaktu z rodziną - dokładne informowanie pacjenta o wykonywanych czynnościach pielęgniarskich -rozmowa z pacjentem oraz wyjaśnianie wątpliwości 	<ul style="list-style-type: none"> -wyjaśniono pacjentowi istotę pobytu w szpitalu -zapoznano pacjenta z personelem sprawującym opiekę na oddziale, pacjentami, topografią i regulaminem oddziału, rozkładem zajęć, kartą praw pacjenta -umożliwiono choremu przeprowadzenie dłuższej rozmowy z lekarzem na jego prośbę - umożliwiono choremu odwiedzin rodziny - przeprowadzono z pacjentem rozmowę oraz odpowiedziano na wszystkie jego pytania i wątpliwości zgodnie z kompetencjami pielęgniarki -poinformowano pacjenta o możliwości zgłaszania każdego problemu do dyżurki pielęgniarskiej -używano spokojnego i przyjaznego tonu głosu w rozmowie z pacjentem -wykazano zainteresowanie pacjentem poprzez krótkie rozmowy, odpowiedzi na wszystkie jego pytania i wątpliwości 	Objawy pacjenta zmniejszyły się, chory jest bardziej spokojny.

Pacjent w sytuacji trudnej – z rozpoznaną marskością wątroby

		<p>zgodnie z kompetencjami pielęgniarki</p> <ul style="list-style-type: none"> - poinformowanie pacjenta o zgłaszaniu wszelkich problemów oraz niepokojących objawów - zapewnienie poczucia bezpieczeństwa i intymności pacjentowi - stworzenie przyjaznej atmosfery, zdobycie zaufania pacjenta - wykazanie empatii i zainteresowania pacjentem 		
<p>3. Dyskomfort spowodowany uporczywym swędzeniem skóry w przebiegu żółtaczk</p>	<p>Zmniejszenie świądu oraz zapobieganie zakażeniu skóry</p>	<ul style="list-style-type: none"> - poinformowanie pacjenta o konieczności: utrzymywania higieny rąk i obcinania paznokci, możliwość wystąpienia miejscowego lub uogólnionego zakażenia skóry w wyniku drapania - zalecenie pacjentowi delikatne uciskanie zamiast drapania swędzących miejsc - poinformowanie pacjenta o możliwości założenia bawełnianych rękawiczek na ręce i tylko lekkie pocieranie swędzących miejsc - zalecenie pacjentowi wykonywania delikatnej toalety 	<ul style="list-style-type: none"> - poinformowano pacjenta o konieczności utrzymania higieny rąk oraz całego ciała - zwrócono uwagę choremu na możliwość wystąpienia zakażenia w wyniku nadmiernego drapania - zalecono pacjentowi delikatne uciskanie zamiast drapania swędzących miejsc - dostarczono pacjentowi bawełniane rękawiczki, i polecono tylko delikatnie pocieranie swędzących miejsc - poinformowano pacjenta o: wykonywaniu toalety całego ciała oraz nawilżania ciała preparatami do skóry wrażliwej przynajmniej dwa razy dziennie - poinformowano pacjenta o konieczności systematycznego stosowania leków przeciw świądowych (hydroksyzyny) zaleconych przez lekarza oraz unikania przegrzewania ciała i nadmiernego 	<p>Świąd skóry nie zmniejszył się, nie zaobserwowano na skórze chorego ran spowodowanych drapaniem. Wskazana dalsza obserwacja pacjenta.</p>

Pacjent w sytuacji trudnej – z rozpoznaną marskością wątroby

		<p>całego ciała oraz nawilżania skóry preparatami do skóry wrażliwej przynajmniej dwa razy dziennie</p> <p>-poinformowanie pacjenta o konieczności systematycznego stosowania leków zmniejszających uporczywość świądu, konieczności unikania przegrzewania i nadmiernego nasłonecznienia skóry</p> <p>-polecenie choremu wypełnienie sobie czasu wolnego poprzez dostarczenie mu czasopism, włączenie telewizora, zaangażowanie w rozmowę z pacjentami w celu odwrócenia uwagi od drapania skóry</p> <p>-obserwacja stanu skóry pacjenta pod względem zakażenia lub krwawienia z miejsc drapanych, w razie konieczności założenie opatrunków</p> <p>- podanie środków farmakologicznych zmniejszających świąd skóry na zlecenie lekarskie</p>	<p>nasłonecznienia skóry</p> <p>-dostarczono choremu czasopisma, ulotki na temat choroby, zachęcono do rozmowy z pacjentami na sali w celu odwrócenia uwagi od drapania, chory wypełnił sobie czas wolny oglądaniem telewizji</p> <p>-dokładnie obejrzano skórę pacjenta na całym ciele, nie zaobserwowano krwawień z miejsc drapanych</p>	
4. Dyskomfort jamy brzusznej spowodowany zaparciem i	Poprawienie komfortu pacjenta poprzez uregulowanie wypróżnień oraz	<p>- codzienna kontrola wypróżnień chorego oraz zapisywanie ich na karcie gorączkowej</p> <p>-ułożenie chorego w pozycji bocznej, pół wysokiej,</p>	<p>-przeprowadzono z pacjentem rozmowę na temat wypróżnień, oraz zapisano brak stolca w karcie gorączkowej</p> <p>-polecono choremu ułożenie w pozycji bocznej półwysokiej</p>	Pacjent oddał stolec po podaniu czopka glicerynowego, wskazana dalsza obserwacja pacjenta.

Pacjent w sytuacji trudnej – z rozpoznaną marskością wątroby

wzdęciami	poprawienie perystaltyki jelit	<p>zmniejszającej dolegliwości bólowe spowodowane wzdęciami</p> <p>-wykonywanie masażu brzucha kilka razy dziennie: dłonią przez 2-3 minuty, okrężnymi ruchami w kierunku zgodnym z ruchem wskazówek zegara</p> <p>- poinformowanie pacjenta o konieczności zwiększenia aktywności fizycznej np. poprzez krótkie spaceru lub częstą zmianę pozycji w łóżku, konieczności eliminacji z diety potraw ciężkostrawnych, wzdymających jak kapusta, groch, fasola, dań smażonych na głębokim oleju, napojów gazowanych, konieczności stosowania diety bogato resztkowej, zwiększenie ilości błonnika do 20-30 g na dobę, w kilku porcjach, a także zwiększenie ilości płynów do 2-3 litrów na dobę</p> <p>-podanie na zlecenie lekarza leków zwiększających pasaż jelit</p> <p>-wykonanie na zlecenie lekarza np. lewatywy oczyszczającej lub podanie czopka glicerynowego</p>	<p>-wykonano 3 minutowy masaż brzucha chorego okrężnymi ruchami, zgodnie z ruchem wskazówek zegara</p> <p>-poinformowano pacjenta o konieczności zwiększenia aktywności fizycznej w celu pobudzenia perystaltyki jelit poprzez krótkie spaceru lub częstą zmianę pozycji w łóżku</p> <p>- przeprowadzono rozmowę z pacjentem na temat unikania produktów wzdymających, konieczności zmiany diety na bogato resztkową, zwiększenia spożycia błonnika (20-30g/ dobę) oraz płynów do 2-3 litrów na dobę</p> <p>-podano pacjentowi na zlecenie lekarza czopek glicerynowy</p>	
5.Dyskomfort	Zmniejszenie lub	-wykonanie dokładnej oceny	- wykonano dokładną obserwację dziąseł i śluzówek	Krwawienia z dziąseł

Pacjent w sytuacji trudnej – z rozpoznaną marskością wątroby

<p>spowodowany krwawieniem z dziąseł oraz bólem towarzyszącym zapaleniu jamy ustnej</p>	<p>wyeliminowanie krwawienia z dziąseł oraz zmniejszenie dolegliwości bólowych będących wynikiem zapalenia jamy ustnej</p>	<p>dziąseł oraz śluzówek jamy ustnej pacjenta</p> <ul style="list-style-type: none"> - polecenie pacjentowi wykonywania delikatnej toalety jamy ustnej po spożyciu każdego posiłku, używania szczoteczek z miękkim włosiem oraz łagodnych past do mycia zębów, dodatkowego płukania jamy ustnej łagodnymi środkami ziołowymi np. szalwią, rumiankiem -poinformowanie pacjenta o: możliwości zastosowania farmakologicznych środków miejscowych np. sacholu, możliwości ssania kostek lodu które zmniejszają dolegliwości bólowe w obrębie jamy ustnej, konieczności częstego nawilżania ust np. wazeliną -polecenie pacjentowi stosowania produktów „miękkich”, które ułatwiają choremu żucie i połykanie (mleko i przetwory mleczne, miękkie owoce, gotowane potrawy, kisiele, budynie, galaretki) -zalecenie pacjentowi unikania spożywania produktów drażniących śluzówkę jamy ustnej (napoje alkoholowe; produkty słone i 	<p>jamy ustnej pacjenta i zaobserwowano krwawienie z dziąseł i występowanie aft oraz zajadów w kącikach ust</p> <ul style="list-style-type: none"> -polecono pacjentowi wykonywanie toalety jamy ustnej po każdy posiłku oraz poinformowano go o technice wykonywania zabiegu - polecono pacjentowi kupno preparatów ziołowych do płukania jamy ustnej(szałwii, rumianku), które przynoszą ulgę w dolegliwościach bólowych - podano pacjentowi kostki lodu, które zmniejszają dolegliwości bólowe - przekazano pacjentowi wazelinę i poinformowano o konieczności częstego nawilżania ust -przeprowadzono z pacjentem rozmowę na temat: produktów, które przynoszą ulgę lub zaostrzają dolegliwości bólowe w obrębie jamy ustnej oraz sposobach przyrządzania posiłków, które ograniczą dolegliwości bólowe związane z zapaleniem jamy ustnej 	<p>nadal występują, ból spowodowany zapaleniem jamy ustnej zmniejszył się.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------

Pacjent w sytuacji trudnej – z rozpoznaną marskością wątroby

		<p>ostre, np. ketchupy; owoce cytrusowe; twarda, sucha żywności)</p> <p>-zwrócenie pacjentowi uwagi na poprawne przygotowanie posiłków: *produkty należy gotować, rozdrabniać lub miksować, aby ograniczyć potrzebę żucia i ułatwić połykanie;</p> <p>*posiłki powinny być w letniej temperaturze</p> <p>*do posiłków można dodawać sosy, które zmiękczają żywność oraz ułatwiają jej połykanie</p> <p>*płyny można spożywać przez słomkę</p>		
6. Nieprzyjemny smak i zapach w jamie ustnej spowodowany odbijaniem się pokarmów	Poprawienie komfortu pacjenta poprzez wyeliminowanie nieprzyjemnego zapachu i smaku w ustach	<p>-poinformowanie pacjenta o konieczności spożywania posiłków o stałych porach i w umiarkowanych ilościach ze spokojem, powoli i dokładnie przeżuając, nie połykać dużych kęsów, wyeliminowania z diety napojów gazowanych</p> <p>-zalecenie picia ziołowej herbaty np. mięty</p> <p>-polecenie dokładnej pielęgnacji jamy ustnej po każdym posiłku,</p> <p>-podanie środków farmakologicznych wspomagających procesy</p>	<p>-poinformowano pacjenta, że: posiłki powinien spożywać o stałych porach i w umiarkowanych ilościach ze spokojem, powoli i dokładnie przeżuając, nie połykać dużych kęsów, wyeliminować z diety napoje gazowane</p> <p>-zalecono pacjentowi picie ziołowej herbaty, np. mięty</p> <p>-polecono pacjentowi wykonywanie dokładniej toalety jamy ustnej po każdym posiłku</p>	Komfort pacjenta poprawił się. Pacjent posiada wiedzę jak może zapobiegać przykremu zapachowi i smakowi w jamie ustnej.

Pacjent w sytuacji trudnej – z rozpoznaną marskością wątroby

		trawienia na zlecenie lekarza		
7. Dyskomfort pacjenta spowodowany uczuciem duszności w przebiegu wodobrzusza.	Poprawa wentylacji płuc oraz zmniejszenie dolegliwości spowodowanych wodobrzuszem.	<ul style="list-style-type: none"> -ułożenie chorego w pozycji umożliwiającej swobodne oddychanie (półwysokiej lub wysokiej) -zapewnienie dostępu do świeżego powietrza poprzez codzienne wietrzenie sali -nacieranie i oklepywanie pleców chorego spirytusem -prowadzenie bilansu płynów na zlecenie lekarza -poinformowanie pacjenta o konieczności ograniczenia wysiłku fizycznego oraz pomoc w wykonywaniu czynności higienicznych 	<ul style="list-style-type: none"> -ułożono chorego w pozycji wysokiej -zapewniono dostęp do świeżego powietrza poprzez wywietrzenie sali -oklepano i natarto plecy spirytusem -poinformowano pacjenta o konieczności ograniczenia wysiłku fizycznego oraz pomagano w wykonywaniu czynności higienicznych 	Dyskomfort pacjenta spowodowany uczuciem duszności zmniejszył się. Pacjent zgłosił poprawę w oddychaniu.
8. Występowanie obrzęków obejmujących całe podudzia spowodowanych gromadzeniem się płynów w organizmie	Zmniejszenie lub likwidacja obrzęków	<ul style="list-style-type: none"> -ułożenie kończyn dolnych wyżej, -codzienny pomiar obwodu podudzi w celu kontrolowania rozmiaru obrzęków; - delikatna i staranna pielęgnacja skóry w miejscach obrzęków; -obserwacja skóry w miejscu obrzęków -natłuszczenie skóry w miejscu obrzęków -poinformowanie pacjenta 	<ul style="list-style-type: none"> -ułożono kończyny dolne pacjenta wyżej za pomocą wałka uformowanego z koca -zmierzono obwód podudzi, który wynosił 49 cm i zapisano w karcie pacjenta - natłuszczono skórę w miejscu obrzęków wazeliną; -poinformowano pacjenta o konieczności ograniczenia sodu w diecie; -podano dożylnie 1 ampułkę furosemindu na zlecenie lekarza 	Obrzęki nie zmniejszyły się, wskazana dalsza obserwacja pacjenta.

Pacjent w sytuacji trudnej – z rozpoznaną marskością wątroby

		o konieczności ograniczenia sodu w diecie -codzienna kontrola poziomu potasu na zlecenie lekarza -podanie leków moczopędnych na zlecenie lekarza		
9. Zwiększone ryzyko wystąpienia infekcji ze względu na obniżoną odporność organizmu	Profilaktyka wystąpienia infekcji	-przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki podczas wykonywania zabiegów leczniczo-pielęgnacyjnych przy pacjencie -ochrona pacjenta przed innymi źródłami zakażenia poprzez odizolowanie go od pacjentów z infekcjami - mobilizowanie pacjenta do dbania o higienę osobistą poprzez wykonywanie codziennej toalety wieczornej i porannej całego ciała, -utrzymanie w czystości bielizny pościelowej pacjenta - zachęcenie pacjenta do wykonywania ćwiczeń oddechowych utrzymujących prawidłowe działania układu oddechowego	-przestrzegano zasady aseptyki i antyseptyki podczas wykonywania wszystkich zabiegów leczniczo-pielęgnacyjnych przy pacjencie -położono pacjenta na salę dwuosobową w celu minimalizacji źródeł zakażenia - pacjent został poinformowany o konieczności systematycznego dbania o higienę osobistą w celu zmniejszenia ryzyka zakażenia - dbano o to, aby bielizna pościelowa była czysta -pacjent został poinformowany o konieczności wykonywania ćwiczeń oddechowych, zostały przedstawione pacjentowi przykładowe ćwiczenia oddechowe : * w pozycji płaskiej na plecach, podczas wdechu należy wypchnąć brzuch i wypuszczać powietrze małymi partiami przez usta * w pozycji płaskiej na plecach, ręce wzdłuż tułowia, należy wykonywać wdech z przeniesieniem rąk za głowę, wydech z powrotem rąk do poprzedniej pozycji * w tej samej pozycji należy podeprzeć się pod biodra wykonując wdech, przy powrocie do leżenia następuje wydech;	Ryzyko wystąpienia infekcji zostało zmniejszone.
10. Ryzyko wystąpienia zakażenia w miejscu założenia	Zapobieganie wystąpieniu zakażenia.	-przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki przy zakładaniu kaniuli do naczyń żylnych oraz przy każdej manipulacji	-przestrzegano zasady aseptyki i antyseptyki przy zakładaniu wkłucia oraz przy każdej manipulacji przy igle vigo -obserwowano miejsce wkłucia pod kątem wstąpienia	W dniu dzisiejszym nie wystąpiły niepokojące zmiany w miejscu wkłucia obwodowego.

Pacjent w sytuacji trudnej – z rozpoznaną marskością wątroby

<p>wkłucia obwodowego.</p>		<p>przy wkłuciu</p> <ul style="list-style-type: none"> -obserwacja miejsca założenia wkłucia obwodowego pod kątem wystąpienia stanu zapalnego: obrzęku, zaczerwienienia, niedrożności, podwyższonej temperatury oraz bólu - każdorazowe przepłukiwanie kaniuli przez i po podaniu leku -wymiana wkłucia co 72h -zmiana opatrunku co 24h lub częściej w zależności od stopnia zabrudzenia opatrunku - poinformowanie pacjenta o zgłaszaniu niepokojących objawów ze strony wkłucia oraz poinformowanie o odpowiednim postępowaniu z kończyną na której jest wenflon (nie zamaczanie, nadmierne ruszanie kończyną) - ograniczenie do minimum manipulacji wykonywanych wokół założenia wenflonu - w razie wystąpienia niepokojących objawów, usunięcie wenflonu 	<p>objawów stanu zapalnego: obrzęku, zaczerwienienia, niedrożności oraz bólu</p> <ul style="list-style-type: none"> -každorazowo płukano wejście dożylnie przed i po podaniu płynów dożylnych - poinformowano pacjenta o konieczności zgłaszania niepokojących objawów ze strony wkłucia oraz o odpowiednim postępowaniu z kończyną na której jest wenflon (nie zamaczanie, nadmierne ruszanie kończyną) - ograniczono do minimum manipulacje przy wkłuciu 	
----------------------------	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

WNIOSKI

1. Najważniejszymi problemami pacjenta z marskością wątroby w okresie niewydolności były: możliwość wystąpienia encefalopatii wątrobowej będącej następstwem niewydolności wątroby; uporczywy świąd skóry w przebiegu żółtaczki; dyskomfort w jamie brzusznej spowodowany zaparciem i wzdęciami; krwawienie z dziąseł oraz ból towarzyszący zapaleniu jamy ustnej, odbijanie, powodujące nieprzyjemny smak i zapach w jamie ustnej; uczucie duszności w przebiegu wodobrzusza; obrzęki obejmujące całe podudzia; zwiększone ryzyko wystąpienia infekcji ze względu na obniżoną odporność organizmu; ryzyko wystąpienia zakażenia w miejscu założenia wkłucia obwodowego; strach i niepokój spowodowany kolejną hospitalizacją.
2. Opracowany indywidualny plan opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z marskością wątroby w okresie niewydolności pozwolił na objęcie chorego całościową opieką w sferze bio-psycho-społecznej.

Podsumowanie

Marskość wątroby jest końcowym etapem wielu chorób przewlekłych tego narządu. Występuje wśród wszystkich ras i narodów, może rozwinąć się w każdym wieku. Obraz kliniczny marskości wątroby może być bardzo zróżnicowany, odzwierciedla stopień ciężkości schorzeń wątroby. Pacjenci mogą nie odczuwać przez długi okres czasu wyraźnych dolegliwości, jednak przy postępującym procesie chorobowym, pojawiają się coraz wyraźniejsze objawy kliniczne. Najczęstszą przyczyną schorzenia jest nadużywanie alkoholu oraz zakażenie wirusami hepatotropowymi (WZW typu B, C, D). Bardzo ważne jest wnikliwe zebranie wywiadu, co u większości pacjentów pozwala ustalić przyczynę choroby, jednak u 20-25% chorych przyczyna pozostaje nieznana. Rokowanie w marskości wątroby jest uzależnione przede wszystkim od możliwości leczenia przyczynowego oraz czynnika etiologicznego, którego eliminacja znacznie poprawia rokowanie. Bardzo ważna jest edukacja pacjenta, która powinna obejmować wiedzę na temat choroby, ale także umiejętność do podejmowania czynności na rzecz zatrzymania rozwoju marskości, ograniczenia jej następstw i utrzymania dobrego samopoczucia.

Literatura:

1. Floch M. H., Marskość [w:] Gastrologia Nettera, pod red. Kowdley K. Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Warszawa, 2010, Tom II, 668-667.

2. Kokot F., Choroby układu trawiennego [w:] Choroby Wewnętrzne, pod red. Kornel Gibiński K. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2004, 285-288.
3. Jarosz M., Marskość wątroby [w:] Praktyczny podręcznik dietetyki, pod red. Kasińska E., Jarosz M. Instytut Żywności i Żywienia, 2010, 263-269.
4. Konturek S.J., Gastroenterologia i Hepatologia Kliniczna, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2006, 628-716.
5. Gładysz A., Juszczak J., Marskość wątroby i jej skutki [W:] Leczenie Chorób Wątroby, pod red. Gładysz A. Wydawnictwo Volumed, 1996, 181-205.
6. Dąbrowski A., Marskość wątroby [w:] Gastroenterologia, pod red. Hartleb M. Medical Tribune Polska, Warszawa, 2011, część 1, 552- 562.
7. Papiernik M., Wieczorek A., Kołowrotna A.: Chory z marskością wątroby. Mag. Pielęg. Poł., 2003, 4, 13-14.
8. Jurkowska G., Opieka pielęgniarska nad pacjentem z marskością wątroby [w:] Pielęgniarstwo internistyczne. pod red. Sierżantowicz R., Klimiuk E. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2011, 219-226.
9. Simon K., Diagnostyka marskości wątroby i jej najczęściej obserwowanych powikłań. [w:] Diagnostyka chorób wątroby. pod red. Pazgan-Simon M., Simon K. Wydawnictwo Termedia, Poznań, 2012, 207-217.
10. Longo Dan L., Fauci Anthony S., Marskość wątroby i jej powikłania [w:] Harrison Gastroenterologia i hepatologia. pod red. Bacon B.R. Wyda. Czelej, Lublin 2012, tom III, 2192-2205.
11. Pączek L., Mucha K., Foroniewicz B., Choroby układu pokarmowego [w:] Choroby wewnętrzne. pod red. Foroniewicz B., Mucha K. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2009, 313-314.
12. Kędziora-Kornatowska K., Muszalik M., Krajewska-Kułak E., Wrońska I.: Pielęgowanie pacjentów w chorobach układu pokarmowego. [w:] Repetytorium z pielęgniarstwa. pod red. Filanowicz M., Cegła B., Szykiewicz E. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2010, 50-52.
13. Travis S.P.L, Taylor R.H, Misiewicz J.J, Marskość wątroby. [W:] Gastroenterologia praktyczna. pod red. Misiewicz J. Wydawnictwo Alfa Medica Press, Bielsko-Biała, 2002, 274-277.
14. Banchi Porro G., Marskość wątroby. [w:] Gastrologia i hepatologia kliniczna. pod red. Notte W., Ramadori G. Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2003, 630-639.

15. Daniluk J, Jurkowska G., Choroby wątroby i dróg żółciowych. [w:] Zarys chorób wewnętrznych dla studentów pielęgniarstwa. pod red. Kasztelan-Szczerbińska B. Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2005, 284-291.
16. Maśliński S., Ryzewski J., Układ trawienny. [W:] Patofizjologia. pod red. Ryzewski J. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2012, 556-559.
17. Brzozowski R., Choroby Wątroby i Dróg Żółciowych, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 1998, 282-321.
18. Juszczak J.: Marskość wątroby. Przewodnik lekarza, 2001, 4, 12-17.
19. Szczeklik A., Marskość wątroby [w:] Interna Szczeklika. pod red. Wawrzynowicz-Syczewska M. Medycyna Praktyczna, Kraków, 2013, 1088-1100.
20. Kokot F. Diagnostyka Różnicowa Objawów Chorobowych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa, 1990, 436-439.
21. Myers A.R., Choroby układu pokarmowego. [w:] Choroby wewnętrzne. pod red. DiMarino A.J. Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 2004, 294-296.
22. Ciechaniewicz W., Podstawy pielęgniarstwa. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2001, 488.
23. Poniewierka E., Żywnienie z marskości wątroby i ostrej niewydolności wątroby. [w:] Żywnienie w chorobach przewodu pokarmowego i zaburzeniach metabolicznych. pod red. Książczyńska D. Cornetis, Wrocław, 2010, 71-74.
24. Ciborowska H, Rudnicka A., Dietetyka – Żywnienie zdrowego i chorego człowieka. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2010, 56-58.
25. Hryniewiecki L., Żywnienie w chorobach wątroby [w:] Żywnienie człowieka zdrowego i chorego. pod red. Hasik J., Gawędzki J. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2000, 120-123.
26. Pędich W.: Choroby wewnętrzne. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 1999, 67-68.
27. Ciechaniewicz W., Pedagogika Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2000, 237-240.
28. Sierpieńska L.: Przeprowadzenie chorego z marskością wątroby do samoopieki. Mag. Pielęg. Poł., 2011, 1-2, 32.
29. Górajek-Jóźwik., Istota pielęgnowania zindywidualizowanego. [w:] Podstawy pielęgniarstwa, podręcznik dla studentów i absolwentów kierunku pielęgniarstwo i położnictwo. Wyd. Czelej, Lublin, 2008, tom I, 239-249.

30. Marć M., Ciechaniewicz W.: Istota teorii pielęgniarstwa zorientowanych na potrzeby podmiotu opieki. [w:] Filozofia i teorie pielęgniarstwa. pod red. Górąjek- Józwick J. Wyda. Czelej, Lublin 2007, 290-297

POZAGAŁKOWE ZAPALENIE NERWU WZROKOWEGO JAKO JEDEN Z OBJAWÓW STWARDNIENIA ROZSIANEGO

Dorota Ługowska¹, Katarzyna Snarska², Krystyna Kowalczyk³

1. Klinika Okulistyki, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku,
2. Zakład Medycyny Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wprowadzenie

Stwardnienie rozsiane (*sclerosis multiplex*; SM) jest główną chorobą demielizacyjną ośrodkowego układu nerwowego (OUN) występującą u człowieka. SM najczęściej dotyczy młodych osób, a największą zapadalność obserwuje się w wieku 28 - 30 lat. Rozpoznanie SM i postawienie ostatecznej diagnozy było i pozostanie domeną doświadczonego neurologa, który powinien opierać się na ściśle ujednoliconych i zdefiniowanych kryteriach diagnostycznych [1,2].

Stwardnienie rozsiane uchodzi za schorzenie o wielu często nieprzewidywalnych aspektach, a pozagałkowe zapalenie nerwu wzrokowego (PZWN) jest jednym z nielicznych wczesnym jego objawem. PZWN jest to ostra choroba nerwu wzrokowego, której istotę stanowi proces demielizacyjny, a etiopatogeneza jest prawdopodobnie identyczna jak stwardnienia rozsianego. Objawy PZWN są najczęściej jednostronne, jednakże bardzo uciążliwe dla pacjenta [1,3].

Stwardnienie rozsiane (łac. *multiple sclerosis*; SM) charakteryzuje się obecnością rozsianych ognisk demielizacji w mózgu i rdzeniu kręgowym w początkowej fazie przemijających, a następnie z trwałymi zaburzeniami neurologicznymi [4].

W SM dochodzi do uszkodzenia osłonki mielinowej, otaczającej włókna nerwowe – jest to proces zwany demielinizacją. Mielina w warunkach prawidłowych umożliwia nerwom szybsze przewodzenie impulsów do mózgu i z powrotem. Jej utrata zakłóca i spowalnia pracę nerwów i jest przyczyną wszystkich objawów SM. W OUN utrata osłonki mielinowej powoduje zniekształcenie i blokadę sygnałów, które najczęściej nie docierają do celu, albo też docierają z opóźnieniem lub niosą zniekształconą informację [5].

SM to choroba ośrodkowego układu nerwowego (OUN) prawdopodobnie o podłożu autoimmunologicznym rozwijająca się u osób predysponowanych. W jej etiologii zauważa się

wpływ m.in. wpływ czynników genetycznych, środowiskowych, infekcyjnych. SM może mieć różnorodny przebieg, zwykle trudny do przewidzenia. U kobiet początek SM ma miejsce zwykle między 18 a 30 rokiem życia, a u mężczyzn pierwsze objawy występują najczęściej między 30 a 40 rokiem życia, co może być związane ze stopniowym obniżeniem stężenia endogenego testosteronu. Wskazuje to na prawdopodobną ochronną rolę wysokiego stężenia testosteronu u młodych mężczyzn. Oprócz zróżnicowania obrazu histopatologicznego, SM cechuje się również heterogennym układem zmian stwierdzanych w badaniu rezonansem magnetycznym oraz zróżnicowanym przebiegiem klinicznym. W ponad 90% przypadków choroba przebiega w postaci zaostrzeń i remisji. Jednak u większości pacjentów z RR SM (postać nawracająco - zwalnająca SM) w późniejszym etapie choroba przybiera postać postępującą. Przypuszcza się, że istnieje swoisty układ genetyczny odpowiedzialny za wystąpienie podatności na SM. Dotychczas badania pozwoliły na ustalenie jednego locus genowego związanego w rzeczywisty sposób z SM. Jest to region kodujący główny układ zgodności tkankowej klasy II (układ HLA klasy II). Za podstawowy allel podatności na występowanie SM uważa się HLA DR 1501. Także populacje, w których nie udało się wykazać związku podatności na SM z żadnym z badanych alleli HLA klasy II. Istnieją dane na temat roli hormonów płciowych w patogenezie SM, kobiety zapadają na to schorzenie około 2 razy częściej [6,7,8].

Osiową zmianę w SM stanowi ognisko demielizacyjne, czyli blaszka lub plak (plaque). Ogniska te występują w sposób rozsiany i nieregularny, przede wszystkim w istocie białej. Świeże plaki są szaroróżowe, starsze są natomiast bardziej szare i cechują się zwiększoną konsystencją. Charakterystyczne jest wyciszenie aktywności choroby w czasie ciąży oraz przyspieszenie progresji po jej zakończeniu i nasilenie objawów w trakcie menstruacji [3,5].

Stwardnienie rozsiane, może mieć różną postać a objawy choroby zależną od tego, który z obszarów centralnego układu nerwowego został dotknięty chorobą. W SM nie ma żadnego schematu przebiegu, u każdej osoby z SM obserwuje się inny zespół objawów, który nawet u tej samej osoby zmienia się w czasie, pod kątem natężenia i długości występowania. Nie istnieje typowy przebieg SM, u większości osób z SM obserwuje się więcej niż jeden objaw tej choroby, i mimo, że istnieją objawy typowe dla wielu chorych, u żadnej z nich nie można stwierdzić występowania wszystkich możliwych symptomów. Wiek jest czynnikiem determinującym kliniczny początek choroby [1,8,9].

Najważniejszymi objawami choroby są:

- zapalenie nerwu wzrokowego; u 25 % chorych występuje jako pierwszy objaw [3]

- objawy uszkodzenia rdzenia kręgowego, jako pierwszy objaw u 50% chorych, najczęściej pod postacią nagle występujących zaburzeń ruchowych
- osłabienie kończyn, częściej nóg,
- zaburzenia czuciowe, drętwienie, mrowienie, parestezje i inne w obrębie kończyn. Mogą występować ubytkowe zaburzenia wszystkich rodzajów czucia prowadzące do ataksji czuciowej [10].
- objaw Lhermita - czyli przechodzenie prądu przez plecy przy zgięciu głowy [9].
- triada Charcota (oczopląs, drżenie zamiarowe, mowa skandowana) [9].
- często występują zaburzenia seksualne o charakterze impotencji [5].
- zaburzenia w oddawaniu moczu mogą przebiegać pod postacią potrzeby częstego i szybkiego oddawania, nietrzymania lub zatrzymania moczu. Zaburzenia w oddawaniu kału są rzadsze (najczęściej zaparcie) [10].
- bóle - szarpiące i strzelające, obejmujące obręcz barkową, ramiona, twarz, są częstym objawem SM. Neuralgia nerwu trójdzielnego w 3% przypadków jest pierwszym objawem choroby i może być obustronna [9].
- drżenie - związane jest z zaburzeniami koordynacji ruchowej u pacjentów z SM. Najczęściej występuje ono w kończynach górnych, ale może też dotyczyć tułowia i kończyn dolnych. Występuje w spoczynku, ale nasila się w czasie wykonywania ruchów i niezwykle je utrudnia [8].
- zawroty głowy - są częstym objawem SM związanym z uszkodzeniem jąder przedśionkowych w rdzeniu przedłużonym. Pojęcie „zawroty” obejmuje wrażenie ruchu otoczenia, zaburzenia równowagi i dezorientacji w przestrzeni [5].
- zaburzenia mowy - mają głównie charakter dyzartryczny i obejmują zaburzenia rytmu mowy, zaburzenia kontroli głośności i mowę skandowaną. Afazja, towarzyszy najczęściej rzutom choroby, ma charakter krótkotrwały i przemijający. Częstość występowania afazji w tej grupie chorych szacuje się na 0,7–1% i najczęściej jest to afazja ruchowa, rzadziej czuciowa czy amnestyczna [9].
- zaburzenia pamięci - wskazują, że zakres pamięci krótkotrwałej pozostaje w tej grupie chorych prawidłowy, bądź zaburzony jest tylko w stopniu niewielkim. Znaczące deficyty obserwowano natomiast w zakresie pamięci operacyjnej (w zakresie przetwarzania informacji zarówno werbalnych, jak i wzrokowych) oraz długotrwałej [11].

- Zaburzenia uwagi - mogą być jednym z pierwszych zaburzeń poznawczych, występujących w przebiegu SM, deficyty w tym zakresie obserwowano już na wczesnych etapach choroby, nawet u chorych z tzw. izolowanymi klinicznie uszkodzeniami sugerującymi SM [5].

Do najczęstszych objawów przewlekłych rozpoczynających SM zalicza się:

- zaburzenia czynności poznawczych i objawy psychiczne
- zaburzenia widzenia, zaburzenia czynności pnia mózgu i mózdzku
- zaburzenia czynności rdzenia kręgowego (utrata czucia, niedowład), zaburzenia wegetatywne [1].

Przebieg i podział SM

Przebieg choroby jest trudny do ustalenia na początku. Najczęściej SM ma przebieg wielofazowy z okresami zaostrzeń objawów (rzutu) i poprawy (remisji) [6].

Pod pojęciem rzutu rozumie się stwierdzenie wystąpienia nowych objawów neurologicznych, które trwają powyżej 24 godz., gdy jednocześnie nie stwierdza się innych przyczyn chorobowych mogących być przyczyną ich wystąpienia. Najczęściej należy wykluczyć przypadki, gdy pogorszenie nastąpiło w przebiegu gorączki spowodowanej infekcją albo mogące powstać w wyniku ostrego przegrzania organizmu przy gwałtownym przemęczeniu, po gorącej kąpieli, a także w wyniku urazu czy stresu [8,11,12,13].

Remisja to poprawa i wycofanie się objawów chorobowych, często po utrzymujących się objawach deficytu [14].

Przebieg SM jest bardzo zmienny i w zasadzie nie można go przewidzieć. Uważa się, że gdy choroba rozpoczyna się od zaburzeń ruchowych i koordynacji a wiek zachorowania jest późniejszy – tym szybciej dochodzi do inwalidztwa. W 25% przypadków przebieg choroby jest łagodny, w 20–30 % choroba ma przebieg tylko z rzutami, po których następuje znaczna poprawa. W 50 % przypadków dość szybko dochodzi do przejścia choroby w fazę postępującą. W ciągu pierwszych 20 lat umiera 20- 25 % chorych. Z tych, którzy przeżyli, po 25 latach, 1/3 może pracować, a 2/3 może chodzić [8,15].

Wyróżnia się cztery rodzaje przebiegów SM:

- **Nawracająco – zwalniający** – najczęstszy przebieg choroby dotyczy około 80% pacjentów w początkowej fazie choroby. Postać ta charakteryzuje się występowaniem rzutów czyli nowych objawów neurologicznych lub zaostrzeń objawów już

istniejących. Między rzutami objawy cofają się całkowicie lub pozostają w mniej nasilonej formie (replasing remiting; RR) [1].

- **Wtórnie – postępująca** - występująca u około 95% chorych z postacią RR. Wskaźnik konwersji RR do SP (postać wtórnie postępująca SM) wynosi około 2 - 3 % rocznie a mediana czasu do wtórnej progresji to ok.19 lat [5].
- **Postępujący** - ok. 20% przypadków SM. Charakteryzuje się brakiem rzutów i stałym postępowaniem zaawansowania objawów neurologicznych. Występuje u osób, które zachorowały w późniejszym wieku [1].
- **Postępująca – nawracająca** - w której od początku następuje stopniowe pogorszenie sprawności, z okresem zaostrzeń, które mogą się wycofać całkowicie lub częściowo. Rzuty mogą występować u 40 % chorych [5].

Między rzutami objawy, albo cofają się zupełnie, albo pozostają te, które nie cofnęły się po rzucie choroby, ale też nie wykazują tendencji do narastania. Rzuty choroby występują z bardzo indywidualną częstością, średnio 1 - 2 na rok. Mogą istnieć nawet długotrwałe okresy remisji choroby, kiedy rzuty nie występują, ale też może pojawić się kilka rzutów rocznie. W przeciętnej populacji chorych na SM występuje po około 40 % pacjentów z SM RR (postać nawracająca - zwalnająca SM) i SM SP [16,17].

Okres przejściowy między SM RR i SM SP to postać SM PR (postać postępująco -nawracająca SM), w której występują rzuty o niezbyt dużym nasileniu, ale ze znacznym stałym już postępowaniem objawów [13].

Odrębny przebieg ma postać SM PP (postać pierwotnie postępująca SM), w której nie ma rzutów, a jedynie obserwuje się stały postęp objawów neurologicznych. Ta postać SM występuje u około 20 przypadków i często występuje u osób, które zachorowały w okresie późniejszym [11].

Diagnostyka Stwardnienia Rozsianego

Dokładne zebranie informacji o przebiegu choroby i badanie neurologiczne w dużej części przypadków pozwala na kliniczną diagnozę choroby. Najczęściej wykonywanymi badaniami w diagnostyce SM są [18]:

- **Rezonans magnetyczny(badanie MRI)** - Zmiany hiperintensywne w mózgu w czasie T₂ obecne są u 95 % chorych z SM. Podobne zmiany mogą wystąpić u osób starszych lub z niedokrwieniem mózgu, a nawet u osób zupełnie zdrowych. W postaci pierwotnie postępującej zmian w mózgu jest zwykle mniej. Pojawienie się

zmian w czasie T_1 , po podaniu kontrastu (gadolinu) świadczy i o przerwaniu bariery krew - mózg, i tworzeniu się nowego ogniska. Zmiany te utrzymują się przez 4 – 6 tyg. i pojawiają się 10 razy częściej niż występują kliniczne objawy rzutu. W niektórych przypadkach przydatne jest powtórzenie po 3 lub 6 miesiącach badania w celu zaobserwowania rozsiania w czasie i przestrzeni. Badanie MRI rdzenia kręgowego często wspiera rozpoznanie „pozytywnie” i jest szczególnie przydatne w diagnostyce u osób starszych i w postaci pierwotnie postępującej [8,19].

- **Tomografia komputerowa (CT)** - dużych rozmiarów płaki demielizacyjne mogą być widoczne w obrazie CT jako ogniska hipodensyjne. Czynne ognisko demielizacyjne może ulec wzmocnieniu po dożylnym podaniu kontrastu. Ogniska demielinizacji są rozmieszczone najczęściej w obrębie istoty białej półkul, zwłaszcza trzykomorowo [20].
- **Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego** - umożliwia ocenę procesu zapalnego chociaż jego kryteria nie są do końca określone. W osadzie płynu mózgowo-rdzeniowego u chorych na SM stwierdza się prawidłową lub nieznacznie podwyższoną pleocytozę (30 komórek/mililitr). Komórki obecne w płynie mózgowo-rdzeniowym u pacjentów to przede wszystkim limfocyty T, pobudzone limfocyty B i komórki plazmatyczne, które stwierdza się u 79% chorych na SM [21].

Leczenie Stwardnienia Rozsianego.

Nie ma leku, który pozwoliłby na całkowite zatrzymanie postępu choroby i wyleczenie, jednak dostępnych jest wiele metod leczniczych, które mogą być pomocne w leczeniu SM. Terapie są zróżnicowane w zależności od typu choroby i występujących objawów. Leczenie pozwala odzyskać funkcje utracone w wyniku rzutu choroby oraz zwolnić rozwój choroby [9].

Leczenie SM ma na celu:

- łagodzenie przebiegu rzutu
- zapobieganie postępowi choroby
- likwidowanie bólu [8].

Obserwuje się stały rozwój metod leczenia objawowego, spośród szerokiego zakresu objawów obserwowanych w SM:

- **spastyczność** - leki pomocne w leczeniu spastyczności: dantrolen, baclofen, diazepam, tyzanidyna, także fizjoterapia, niekiedy toksyna botulinowa. Jednakże do

najczęściej stosowanych leków należą baclofen, który jest analogiem kwasu γ -aminomasłowego i ma działanie miorelaksacyjne prawdopodobnie związane z układem GABA-energiicznym. Hamuje odruchy mono i polisynaptyczne na poziomie rdzenia kręgowego [9].

- **drżenia** - w zaburzeniach tego typu z niewielkim powodzeniem stosuje się benzodiazepiny, głównie klonazepam a także propranolol, prymidon, karbamazepinę, izoniazyd oraz gabapentynę. Pojawiły się doniesienia o zachęcających wynikach stosowania elektrostymulacji w drżeniu taktycznym. W drżeniu głowy można podjąć próbę leczenia wstrzyknięciami toksyny botulinowej – w mięśnie szyi odpowiedzialne za ruchy głowy [18,22].
- **zaburzenia funkcji pęcherza moczowego** - leki pomocne to: leki antycholinergiczne, np. oksybutynina (Ditropan), tolterodyna (Detrusitol), prostygmina, pilokarpina, guanetydyna. Niektórzy pacjenci wymagają okresowego lub stałego cewnikowania, inni stosują cewniki zewnętrzne. Czasem efektywne jest dopęcherzowe podanie kapsaicyny w przypadku trudności w opróżnieniu pęcherza wywołanych jego atonią z niewielkim powodzeniem stosuje się leki α -adrenolityczne. Gdy atonii pęcherza towarzyszy wzmożone napięcie zwieracza zewnętrznego, można spróbować podać baclofen [6].
- **zaburzenia seksualne** - leczenie tych zaburzeń powinno się prowadzić kompleksowo. Należy rozważyć podjęcie ewentualnej psychoterapii, modyfikację prowadzonego dotychczas leczenia preparatami przeciwdepresyjnymi, a także specyficzną farmakoterapię. Obecnie w leczeniu zaburzeń erekcji stosuje się przede wszystkim sildenafil - inhibitor cGMP - specyficznej fosfodierazy typu V [5].
- **depresja** – w leczeniu stosuje się głównie inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny np. fluoksetynę czy paroksetynę [16].
- **zaburzenia poznawcze** - leczenie pacjentów z zaburzeniami poznawczymi powinno obejmować rehabilitację neuropsychologiczną i próby farmakoterapii [18].

Leczenie objawowe

W ostatnich latach dokonał się wyraźny postęp w leczeniu SM. Wiąże się to przede wszystkim z wprowadzeniem do leczenia tej choroby preparatów immunomodulujących:

- interferonu B
- glatirameru [9].

W badaniach wielośrodkowych leki te zmniejszają częstość zaostrzeń (rzutów) choroby, a co najważniejsze – hamują postęp deficytu neurologicznego, w leczeniu są dobrze tolerowane przez pacjentów. Preparaty immunomodulujące stosuje się przede wszystkim w postaci rzutowej SM (RR SM), a w mniejszym stopniu postaciach przewlekłych choroby (SP SM i PP SM). W ostatnich latach wzrosło również zainteresowanie lekami cytostatycznymi o działaniu immunosupresyjnym, w związku z korzystnymi wynikami leczenia SM za pomocą mitoksantronu [10,23].

Leczenie wczesnych postaci SM: Przeprowadzono 2 badania kliniczne, w których oceniono wpływ interferonu B 1A na rozwój SM, po zastosowaniu leku w bardzo krótkim czasie od pierwszych objawów choroby. Badanie polegało na zastosowaniu interferonu B 1A (Rebifu) w ciągu 3 miesięcy od wystąpienia pierwszych objawów SM. Uzyskane wyniki wykazały, że w grupie chorych leczonych Rebifem tak zwana konwersja, czyli kolejny rzut choroby, występowała rzadziej o 24 %, a czas do kolejnego rzutu był wydłużony o 282 dni w porównaniu z chorymi przyjmującymi placebo. Badanie wykazało na wyższą skuteczność interferonu B 1A w leczeniu wczesnej fazy SM niż w okresie późniejszym [18].

Rehabilitacja w SM

Rehabilitacja w SM, to interdyscyplinarna opieka nad pacjentem, obejmująca oprócz rehabilitacji ruchowej, psychoterapię, przeciwdziałanie zaburzeniom napięcia mięśniowego oraz przeciwdziałanie problemom urologicznym, seksualnym i czynnościom przewodu pokarmowego. Ma ona za zadanie osiągnięcie i utrzymanie maksymalnego, możliwego w danym momencie dla danego pacjenta poziomu we wszystkich sferach życia: zdrowia fizycznego i psychicznego oraz w sprawach zawodowych i społecznych [13].

Kompleksowe postępowanie rehabilitacyjne prowadzone przez doświadczonego w neurorehabilitacji fizjoterapeutę, połączone z psychoterapią i terapią objawową jest aktualnie uznawane za najlepszy i najbardziej efektywny sposób postępowania objawowego u chorych na SM. Jeśli nawet rehabilitacja nie ma bezpośredniego wpływu na postęp choroby, badania ostatnich lat wykazują, że działania tego typu poprawiają indywidualną aktywność ruchową oraz zdolność do aktywności socjalnej, zatem poprawiają jakość życia. Leczenie rehabilitacyjne powinno być modyfikowane w zależności od indywidualnych potrzeb pacjenta, służyć dostosowaniu go do jego środowiska życia, uwzględniać typ i stopień niesprawności oraz konsekwentnie realizować ustalone cele leczenia. Poprawa zwykle utrzymuje się przez kilka miesięcy po okresie leczenia, głównie w wyniku kontynuowania w

warunkach domowych ćwiczeń i wyuczonych technik zachowania. Należy pamiętać, że rehabilitacja w okresie ostrego rzutu nie powinna być stosowana [6,24]

Pozagalkowe Zapalenie Nerwu Wzrokowego jako objaw Stwardnienia Rozsianego

Nerw wzrokowy łączy oko z mózgiem i przesyła na tej drodze sygnały: nerw wzrokowy – II nerw czaszkowy, część drogi wzrokowej. Przebiega od siatkówki do skrzyżowania wzrokowego. Nerw wzrokowy odpowiada za pełną ostrość wzroku, widzenie barwne, wrażliwość na kontrast [24,25].

W przebiegu nerwu wzrokowego wyróżniamy:

- odcinek wewnątrzgałkowy (od siatkówki do zewnętrznych granic gałki ocznej) – długości ok. 0,7 mm
- odcinek wewnątrzczodołowy (od gałki ocznej do kanału wzrokowego) – długość ok. 30 mm odcinek przechodzący przez kanał wzrokowy – długość ok. 5 mm
- odcinek wewnątrzczaszkowy (od kanału wzrokowego do skrzyżowania wzrokowego) – długość ok. 10 mm [26].

W każdym nerwie wzrokowym przebiega od około 0,8 do 1,5 mln (różnice osobnicze) włókien nerwowych, które są aksonami komórek zwojowych siatkówki. Nerw jest otoczony oponami mózgowo-rdzeniowymi (twardą, pajęczynówką, miękka). Nerw wzrokowy nie ma swoistych cech nerwu obwodowego – jest pęczkiem istoty białej mózgowia (towarzyszą mu bowiem komórki i włókna gleju, pozbawiony jest natomiast neurolemy) [12].

Pozagalkowe Zapalenie Nerwu Wzrokowego (PZNW) jest poważnym zaburzeniem, powodującym nagłe lub stopniowe pogorszenie ostrości wzroku. Zaburzenie to dotyczy najczęściej młodych osób, a największą zapadalność obserwuje się w wieku 28 - 30 lat. Patogeneza pozagalkowego zapalenia nerwu wzrokowego jest związana z uszkodzeniem mieliny pokrywającej włókna nerwowe. Uszkodzone struktury tworzą ogniska demielizacyjne określane jako „plaki”. Stopień uszkodzenia mieliny i średnica dotkniętych włókien ma istotny wpływ na obraz choroby. PZNW ma rzadko charakter izolowany, w 80 % istnieje z SM, w ok.15% jest pierwszym objawem uogólnionego procesu demielizacyjnego. Brak jednoznacznej teorii na temat etiopatogenezy PZNW skłania, do postawienia hipotez o wieloczynnikowym pochodzeniu schorzenia. Pierwsza z hipotez mówi o etiologii zakaźnej wywołanej przez wirusy, opierające się m.in. na obecności przeciwciał przeciwwirusowych w mózgu i płynie mózgowo-rdzeniowym. Druga teoria wskazuje na zaburzenia w układzie odpornościowym oraz występowanie predyspozycji genetycznej [3,15,27,28].

Czynnikami zwiększającymi ryzyko wystąpienia SM po przebytych zapaleniu pozagalkowym nerwu II są: wiek 21- 40 lat, płeć k>m., nawrót PZNW, nosiciele antygenu HLA DR - 2 zwłaszcza, którzy chorowali zimą, podwyższony IgG w płynie mózgowo – rdzeniowym, obecność ognisk demielizacyjnych w badaniu metodą MRI, nieprawidłowy wynik wzrokowych, słuchowych, somatosensorycznych potencjałów wywołanych [15].

Objawy i przebieg Pozagalkowego Zapalenia Nerwu Wzrokowego, może mieć przebieg objawowy lub bezobjawowy. Przypadki objawowe zazwyczaj ujawniają triadę symptomów [14].

Ze względu na okres rozwoju objawów PZNW może mieć charakter:

- **ostry** - najczęściej rozwijający się w ciągu 1-7 dni
- **podostry** - do 3 miesięcy
- **przewlekły** - dłuższy niż 3 miesiące [28].

Zapalenie ostre i przewlekłe przebiega bez istotnie nasilonych objawów. Często jest rozpoznawane podczas rutynowego badania okulistycznego [15].

Przypadki objawowe PZNW zazwyczaj ujawniają triadę symptomów, do której należy:

- Utrata widzenia
- Zgodnostronny ból gałki ocznej
- Zaburzenia widzenia barwnego [2].

Pozostałymi objawami najczęściej stwierdzanymi u chorych na PZNW są:

- mniej lub bardziej dyskretne upośledzenie widzenia przestrzennego (u ok.80 % chorych),
- porcelanowo biała tarcza nerwu II (u 7-60%),
- podskroniowe, zblednięcie tarczy n. wzrokowego,
- obniżenie ostrości wzroku,
- koncentryczne zwężenie pola widzenia na barwy (13%),
- obwodowe zwężenie pola widzenia,
- mroczek środkowy względny lub bezwzględny,
- przyśrodkowy ubytek w polu widzenia,
- poszerzenie plamki ślepej [3, 12].

Do rzadszych objawów PZNW należą:

- ogniska krwotoczne wokół tarczy nerwu wzrokowego,

zapalenie brodawki nerwu II z obrzękiem jego tarczy, prawdopodobnie wskutek ucisku płaka na żyłę środkową siatkówki. Rzadko zapaleniu nerwu II towarzyszyły „szczeliny” Frisen-Hoyta w dnie oczu [1].

Następstwem PZNW może być:

- zanik nerwu wzrokowego ze zblednięciem podskroniowej tarczy,
- mroczek okołosrodkowy lub jedynie dyskretne zaburzenia rozpoznawania barw,
- niewielkie zaburzenia widzenia przestrzennego (zjawisko Pulfricha)
- dyskretne zmiany reaktywności źrenic [25].

Ostrość wzroku w chwili zachorowania stanowiła najlepszy wskaźnik prognostyczny choroby, na podstawie, którego można byłoby przewidywać czynność wzrokową. Jednakże, nawet wtedy, gdy na początku choroby występowało znaczne upośledzenie wzroku, ostatecznie następowała jego istotna poprawa u większości pacjentów [3].

Zaburzenie widzenia w PZNW rozwija się zazwyczaj szybko, w ciągu kilkunastu godzin do dwóch dni, ale czasami proces ten może trwać dłużej. Spadek ostrości widzenia osiąga co najmniej od 5/16 do 5/25 [29].

Dyschromatopsja - to typowa cecha PZNW, ale jest wyraźniej zauważalna, kiedy ostrość widzenia ulega poprawie. Często jest to objaw, który pozostaje na trwałe po przebytych zapaleniu nerwu wzrokowego. Dyschromatopsja polega w większości przypadków na utracie widzenia intensywnych kolorów i przyjmuje dwie formy: widzenie kolorów w odcieniu ciemniejszym lub rzadziej, rozbielanie kolorów. Ból zlokalizowany jest typowo za okiem, często pojawia się zanim nastąpi spadek ostrości widzenia, może obejmować nawet całą głowę [5].

Niekiedy w fazie ostrej zapalenia nerwu wzrokowego, częściej zaś w czasie ustępowania objawów, chory może odczuwać gwałtowne, krótkotrwałe błyski świetlne, wywoływane przez nagły ruch gałek ocznych, nagłe nieoczekiwane bodźce zewnętrzne (nawet niespodziewany dźwięk), pojawiające się w ciemności i przy zamkniętych oczach. PZNW może nawracać w jednym oku lub atakować w kolejnych rzutach naprzemiennie jedno i drugie oko, niezależnie od siebie. Rzadkie przypadki jednoczesnego zapalenia obu nerwów wzrokowych na ogół nie prowadzą do rozwinięcia się obrazu klinicznego SM z zajęciem innych struktur OUN [20].

Diagnostyka Pozagałkowego Zapalenia Nerwu Wzrokowego.

Dokładnie przeprowadzony wywiad i wykonane badania neurologiczne w dużej mierze ułatwiają postawienie prawidłowej diagnozy. PZNW jest chorobą, której rozpoznanie stawia się w głównej mierze w oparciu o cechy kliniczne. Badania laboratoryjne mogą być pomocne, nie mają jednak kluczowej wartości diagnostycznej. W przypadku pacjenta z zapaleniem nerwu wzrokowego w odpowiedniej grupie wiekowej, z objawami gwałtownej utraty widzenia z postępowaniem dolegliwości przez tydzień lub krócej, z towarzyszącym bólem, z obrzękiem bądź prawidłowym wyglądem tarczy nerwu wzrokowego, istnieje małe prawdopodobieństwo, że zaawansowane techniki badawcze wykażą inny czynnik etiologiczny. Niektóre objawy są nietypowe jak np. upośledzenie widzenia postępujące przez dłuższy czas, obecność zapalenia ciała szklanego lub tęczówki, brak bólu, wskazane staje się wtedy pogłębienie diagnostyki [14,28,30].

Najczęściej wykonywanymi badaniami w diagnostyce PZNW są:

- badanie ostrości wzroku przy pomocy tablic Snellena
 - rezonans magnetyczny
 - badanie oftalmoskopowe
 - badanie płynu mózgowo-rdzeniowego
 - skaningowa laserowa polarymetria
 - perymetria statyczna
 - badanie elektrofizjologiczne nerwu wzrokowego
 - badania laboratoryjne i radiologiczne [14].
- **Badanie ostrości wzroku przy pomocy tablic Snellena** jest najlepszą oceną widzenia. Większość pacjentów po remisji objawów choroby i powrocie pełnej ostrości wzroku skarży się na nieomogę widzenia oka dotkniętego uprzednio chorobą. W takich przypadkach korzystne jest stosowanie testów psychofizycznych, takich jak np. pomiar wrażliwości na kontrast [30].
- **Rezonansem magnetycznym (MRI)** mogą zostać zobrazowane zmiany demielizacyjne w nerwie wzrokowym występujące w PZNW, które są silnym predykcyjnym wskaźnikiem rokowniczym. Badania MRI nerwu wykazały, że ogniska demielizacyjne w przebiegu PZNW mają średnio 1 cm długości i może ich być kilka. Zmiany te najczęściej, w 2/3 przypadków, lokalizują się w pozagałkowym odcinku nerwu, rzadziej w początkowym odcinku, jeszcze rzadziej w kanale nerwu wzrokowego. Po przebytych PZNW na dnie oczu u

większości chorych dochodzi do rozwoju zblednięcia tarcz nerwu wzrokowego, co związane jest ze zmianami degeneracyjnymi zmielinizowanych aksonów nerwu wzrokowego, uszkodzonych w przebiegu zapalenia [3,11].

- **Badanie oftalmoskopowe** uwidacznia zblednięcie tarczy nerwu wzrokowego, które ma charakter perłowego połyskliwego obszaru, dość dobrze kontrastującego z różowym kolorem prawidłowej tarczy nerwu. Zblednięcie może obejmować całą tarczę nerwu wzrokowego lub, jego część skroniową, co często uważane jest za bardzo charakterystyczne dla PZNW w przebiegu SM [5].
- **Badanie płynu mózgowo rdzeniowego.** Typowe dla SM zmiany w PMR stwierdza się u 36-39% chorych, z PZNW. Jeśli pasma oligoklonalne w PMR nie występują to w ciągu 5 lat obserwacji jedynie u 4 % chorych rozwinię się SM. Badanie PMR i punkcja lędźwiowa pozwalają na ustalenie, którzy pacjenci znajdują się grupie ryzyka pełnego rozwoju SM. W osadzie płynu mózgowo-rdzeniowego u chorych, na SM stwierdza się prawidłową lub nieznacznie podwyższoną pleocytozę [20,27].
- **Skaningowa laserowa polarymetria** jest metodą uznaną w rozpoznawaniu i monitorowaniu neuropatii jaskrowej, natomiast rola tej techniki w diagnostyce neuropatii wzrokowej w przebiegu SM nie została jeszcze ustalona [11].
- **Badania elektrofizjologiczne nerwu wzrokowego i siatkówki** są podstawą obiektywnego oszacowania zmian w neuropatiach nerwu II. Zastosowanie stymulacji przy użyciu czarno - białego wzorca, najczęściej szachowego, w badaniu VER umożliwia ustalenie stopnia uszkodzenia oraz lokalizacji zmiany na przebiegu dróg wzrokowych u chorych podejrzanych o SM i PZNW. Charakterystyczny obraz kliniczny i możliwość dokumentacji uszkodzenia nerwu wzrokowego za pomocą łatwego technicznie badania wywołanego potencjału wzrokowego (VEP) powoduje, że nie ma bezwzględnej potrzeby dokumentowania zmiany demielizacyjnej w nerwie wzrokowym za pomocą MRI w celach diagnostyki [26,31].
- **Stereoptyczna ostrość wzroku, czyli pomiar głębi percepcji jest inną formą oceny jakości widzenia** ostrość wzroku ulega ograniczeniu, gdy ostrość jednego spada poniżej 0,1. Przy takiej wartości poziom odpowiedzi widzenia jedno i obuocznego staje się identyczny [14,32].

- **Perymetria statyczna** wykazuje ubytki centralne i centrocekalne (zajmujące część centralną i fizjologiczną plamę ślepą). Pierwszy powstaje na skutek uszkodzenia włókien nerwowych, drugi spowodowany jest zajęciem przez proces chorobowy pęczka tarczowo-plamkowego. Wielu autorów wskazuje na pole centralne 30 stopni od punktu fiksacji jako najczęstsze miejsce występowania ubytków. Ubytki zwykle przekraczają południk poziomy. Często pojawia się koncentryczne zwężenie pola lub uogólniona depresja (obniżenie czułości siatkówki w całym polu). Charakter i rozległość ubytków zależy od natężenia procesu chorobowego [4,33,34].

Bibliografia

1. Cendrowski W. (red.): Stwardnienie rozsiane. PZWL. Warszawa, 1993,133-135.
2. Miller Neil R. (red.). (tł. Piotr Sokołowski): Nerw wzrokowy. Aktualności neurologiczne,1997, 2, 1, 97.
3. Kazmierczuk K., Malukiewicz - Wisniewska G.(red): Pozagalkowe zapalenie nerwu wzrokowego a stwardnienie rozsiane., Klin. Oczna, 2006, 108, 7,9, 285.
4. Wojciechowska M., Pres M (red.): Rola pielęgniarki w rehabilitacji wielowymiarowej pacjenta z SM, Pielęg. Pol., 2007, 2, 3, 107-109.
5. Selmaj K.(red.): Stwardnienie rozsiane. Wyd. Med., Poznań, 2006,91-97.
6. Bartosik - Psujek H., Stelmasiak Z. (red.): SM - trudne odpowiedzi na proste pytania. Neurol. Neurochirurg. Pol., 2006, 40, 5, 443-445.
7. Budzyńska - Jeżewska U., Mirowska Gruzel D. (red.): Rola płci w patogenezie, przebiegu i odpowiedzi na leczenie SM. Probl. Ter. Monitor. 2008, 19,3, 231.
8. Członkowska A. (red.): Objawy SM., Przew. Lek., 2003, 6, 1, 6-15.
9. Berkowicz T., Selmaj K.(red.): Leczenie objawowe SM. Pol. Prz. Neurol., 2005, 1, 3, 125-129.
10. Potemkowski A.: W: Stwardnienie Rozsiane: Materiały z konferencji naukowo szkoleniowej Kraków 2006. Konferencja naukowo szkoleniowa nt. Patogenezy i terapii SM Mikołajki 12-13.05.06;15-18.
11. Selmaj K(red.): SM – kryteria diagnostyczne i naturalny przebieg choroby Pol. Prz. Neurol., 2005,1, 3, 99-102.
12. Soderstrom M.: Optic neuritis and multiple sclerosis. Actg. Ophthalmol. Scard., 79,3,

- 223-226.
13. Palasik W. (red.): Stwardnienie rozsiane-nowe tendencje terapeutyczne. Przew. Lek., 2007, 9, 45-46.
 14. Stankiewicz A., Sierocka D.: Zapalenie nerwu wzrokowego – choroba z pogranicza. Okulistyka, 2001, 4,2, 66-67.
 15. Dróbecka-Brydak E., Pauk M., Brydak Godowska J., Pniewska B.: Leczenie PZNW pulsami Solu – Medrolu. Nowa Med., 1997, 4, 19, 42-43.
 16. Karlinska I., Selmaj K.: Zaburzenia funkcji poznawczych w SM (red.) Neurol. i Neuroch. Pol., 2005, 39, 2, 125-130.
 17. Mirkowska-Gruzel D., Członkowska A.: SM - nie zawsze ciężka choroba. Terapia, 2007,15,2, 46-49.
 18. Selmaj K.: Leczenie SM. Pol. Prz. Neurol., 2005, 1,3, 125-129.
 19. Grabowska-Lberek I., Wasyk I, Palasik W.: Zastosowanie badania grubości włókien nerwowych siatkówki - GDx u pacjentów z SM. Klin. Oczna, 2008, 110,1/3, 28.
 20. Warlow Ch., Zakrzewska - Pniewska B., Pniewski J.: Neurologia, Wyd. Lek. PZWL, 1996, 366-375.
 21. Jurewicz A.: Badanie płynu mózgowo - rdzeniowego w SM. Pol. Prz. Neurol., 2005, 1, 3, 115.
 22. Zielińska M., Selmaj K. (red.): Terapia toksyną botulinową skutecznym leczeniem drżenia głowy u chorych na SM. Neurol. Neurochirurg. Pol., 2005, 39,2, 135-136 .
 23. Selmaj K. (red): Leczenie przyczynowe SM Pol. Prz. Neurol., 2005, 1, 3, 118.
 24. Ślusarska B., Zarzycka D. Zahradniczek K.: Podstawy pielęgniarstwa. Wyd. Czelej, Lublin, 2004, T.I, 211-221.
 25. Fredrikey J.L, Petrero J: Serial visual evoked potentials in 90 untested patients with acute optic neuritis. Surv. Ophthalmol., 1999, 44,1, 54-62.
 26. Fitzgerald M. J. T.: Neuroanatomia. Elsevier Urban & Partner. Wrocław, 2008, 316.
 27. Ignatowicz R., Szreter M., Michałowicz R., Kmieć T (red.): PZNW w SM u dzieci. Klin. Pediatr., 1994, 2,4, 54-55.
 28. Sochociński P., Okoń A., Ryc K (red.): Obraz kliniczny i morfologiczny PZNW. Klin. Oczna, 1993, 95, 8, 310-311.
 29. Kapoor R., Miller P.H: Effects of intravenous methylprednisolone on outcome In RI-based prognostic subgroups In acute optic nerve. Neurology, 1998, 50, 230-237.
 30. Opara A, Szwejkowski W. (red.): Jakość życia w zaburzeniach widzenia w SM. Wiad. Lek., 2008, 61, 1,3, 63.

31. Van Stavern G.P: Management of optic neuritis and multiple sclerosis. Current opinion in Ophthalmology, 2001,12, 400-407.
32. Stasiołek M., Myćko M, Selmaj K. (red.): Patogeneza SM Pol. Prz. Neurol., 2005, 1, 3, 93-95.
33. Celesia G.G, Kaufman D.I, Brigell M.: Optic neuritis a prospective study. Neurology, 1990, 40, 919-923.
34. Reynolds WD, Smith JL. Mc Crary JA: Chiasmal Optic neuritis. J. Clin. Neuro. Ophthalmal., 1993, 2, 982.

PACJENT W SYTUACJI TRUDNEJ – Z ROZPOZNANĄ OSTRĄ BIAŁACZKĄ SZPIKOWĄ

Beata Naumnik¹, Krystyna Kowalczyk², Elżbieta Krajewska – Kulak²

1. Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Blokiem Operacyjnym, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wprowadzenie

Na podstawie literatury ostrą białaczkę szpikową (AML - *acute myeloid leukemia*) można określić jako chorobę układu krwiotwórczego, charakteryzującą się nowotworową transformacją komórek macierzystych szpiku kostnego [1, 2]. W następstwie zmian w materiale genetycznym, komórki linii mieloidalnej szpiku, nieprawidłowo dojrzewają. Powyższe komórki zachowują zdolność do proliferacji, a zarazem tracą zdolność do apoptozy. Efektem jest tworzenie się nadmiernej ilości mieloblastów i supresja pozostałych linii komórkowych, co powoduje niewydolność szpiku w zakresie krwiotworzenia [1, 2, 3, 4]. Na podstawie badań klinicznych można stwierdzić, że ostre białaczki szpikowe stanowią 69 % ostrych białaczek [5]. W tym 15-20% osób chorych na AML to dzieci, zaś 80 % to osoby dorosłe [6]. Na podstawie badań epidemiologicznych można stwierdzić, że zachorowalność znacznie wzrasta z wiekiem [1]. Średni wiek chorych wynosi 63 lata i przeważa płeć męska [1, 6]. Współczynnik zachorowalności na AML wskazuje na stale rosnącą tendencję. W krajach rozwiniętych rocznie przybywa 5-8 nowych przypadków zachorowań na 100 tysięcy mieszkańców. Śmiertelność z powodu AML stopniowo wzrasta i wynosi 4-6 zgonów na 100000 mieszkańców rocznie [1, 7].

Etiologia AML nadal nie jest do końca zdefiniowana. Istnieje kilka czynników predysponujących do rozwoju tej choroby. Według Sułka i współautorów to między innymi czynniki środowiskowe, do których należy ekspozycja na promieniowanie jonizujące i benzen oraz uprzednie zachorowania na zespoły mielodysplastyczne i mieloproliferacyjne [3, 4]. Ryzyko rozwoju AML wzrasta także u osób z chorobami wrodzonymi takimi jak: zespół Blooma, zespół Downa, niedokrwistość Fanconiego [4]. Wcześniejsze leczenie chemioterapią

z zastosowaniem leków alkilujących i inhibitorów topoizomerazy znacząco predysponuje do wystąpienia AML [1, 3].

W rozwoju AML ważną rolę pełnią uwarunkowania dziedziczne. Wiąże się to z pojawianiem się nabytych zaburzeń genetycznych w komórkach szpiku kostnego, co skutkuje zaburzeniami w ich proliferacji i różnicowania się. Według powszechnie znanej teorii „dwóch uderzeń ” do powstania transformacji białaczkowej konieczne jest współistnienie mutacji związanych z transkrypcją, czego efektem jest hamowanie różnicowania, i mutacji aktywujących kinazy tyrozynowe, co skutkuje zwiększoną proliferacją. Wśród mutacji genów wykrywanych u chorych na białaczkę wyróżniono: stymulujące proliferację, wpływające na funkcje czynników transkrypcyjnych, oddziałujące na cykl komórkowy i apoptozę komórek blastycznych [1, 2].

Objawy AML

Ostre białaczki nie posiadają specyficznych objawów. Zróżnicowana symptomatologia AML jest konsekwencją wyparcia prawidłowej hematopoezy i wiąże się z niedokrwistością, trombocytopenią, neutropenią i naciekaniem narządów pozaszpikowych. Objawy występują najczęściej przez okres 1-2 miesięcy [3, 4, 6].

U chorych w wyniku anemii występuje osłabienie, spadek masy ciała, duszność [8]. Neutropenia sprzyja występowaniu zakażeń, najczęściej objawiających się zapaleniem płuc, owrzodzeniami błony śluzowej przewodu pokarmowego oraz gorączką utrzymującą się mimo leczenia antybiotykami [4, 6, 9, 10, 11]. W przebiegu zaburzeń krzepnięcia krwi u pacjentów występują wybroczyny na skórze, wylewy podskórne, krwawienia z błon śluzowych. U kobiet zdarzają się nadmierne krwawienia z dróg rodnych [4, 6].

W wyniku zajęcia przez komórki nowotworowe tkanek pozaszpikowych pojawiają się bóle kostno-stawowe. Dość charakterystycznym objawem AML jest naciekanie dziąseł, co powoduje ich przerośnięcie i zasinienie [6].

Poza objawami ogólnymi może również występować: hepatosplenomegalia, limfadenopatia, krwawienia do ośrodkowego układu nerwowego, zmiany skórne pod postacią przebarwień, świądu, rumienia wielopostaciowego, guzów skórnych czy nawet mięsaka mieloidalnego [6, 12]. Istnieje możliwość pojawienia się zaburzeń czynności ośrodkowego układu nerwowego związanych z leukostazą, czyli zmianami przepływu krwi w mikrokrażeniu [4]. Do prawidłowego rozpoznania AML niezbędna jest szeroka diagnostyka. Diagnozę stawia się na podstawie wnikliwego wywiadu. W badaniu podmiotowym osób z AML dominuje

ogólne osłabienie, duszność, bladość powłok skórnych, łatwe sinienie się skóry, krwawienia z błon śluzowych [4, 5]. Powszechnie występują również infekcje, zwykle pod postacią zapalenia płuc, zapalenia migdałków, ropnej anginy, zmian owrzodzeniowych śluzówki jamy ustnej [13]. Często może pojawiać się powiększenie wątroby i śledziony oraz węzłów chłonnych. W badaniu przedmiotowym można poddać ocenie stan ogólny chorego oraz zmiany w obrębie węzłów chłonnych, skóry i błon śluzowych, płuc oraz wątroby i śledziony [3, 4].

Diagnostyka AML

Do podstawowych badań laboratoryjnych pozwalających ustalić rozpoznanie AML można zaliczyć morfologię krwi obwodowej z rozmazem i biopsję aspiracyjną szpiku kostnego. Wykonanie badania immunofenotypowego służy potwierdzeniu obecności AML i monitorowaniu w przyszłości minimalnej choroby resztkowej. Badanie cytogenetyczne pozwala określić podtyp AML i ocenić rokowanie [1, 2, 4, 14].

W badaniach laboratoryjnych krwi obwodowej stwierdza się niedokrwistość normocytową i trombocytopenię. Liczba krwinek białych może być w normie bądź też podwyższona lub obniżona. W rozmazie nie ma form pośrednich komórek krwi, widoczne są wyłącznie komórki blastyczne bądź komórki dojrzałe. Stan taki definiuje się jako przerwę białaczkową [4, 6].

Treść szpikową pobiera się drogą biopsji aspiracyjnej. W przypadku tzw. „punkcji suchej”, czyli niezyskania materiału do badania, wykonywana jest trepanobiopsja. Materiał po zabarwieniu jest poddawany ocenie cytomorfologicznej. Do rozpoznania AML konieczna jest obecność co najmniej 20% blastów w szpiku lub krwi obwodowej [1, 2, 4].

Immunofenotypowanie, przy użyciu cytometrii przepływowej, polega na oznaczeniu na blastach antygenów różnicowania [4]. Według Wierzbowskiej i współautorów „za obecność danego markera w AML przyjmuje się jego ekspresję na co najmniej 20% komórek białaczkowych” [2].

Z badań genetycznych w diagnostyce AML stosowana jest cytogenetyka, analiza metodą fluorescencyjnej hybrydyzacji in-situ (FISH) i badanie molekularne [1, 2]. U 53-60% chorych na AML rozpoznawane są różnego typu aberracje cytogenetyczne [15]. W klasycznym badaniu cytogenetycznym wykonywanym metodą prążkową, ocenia się minimum 20 metafaz komórek szpiku kostnego. Jest to podstawowy warunek by rozpoznawać i klasyfikować AML. Metoda fluorescencyjnej hybrydyzacji in-situ uzupełnia konwencjonalną analizę cytogenetyczną, najczęściej w przypadku wystąpienia problemów z uzyskaniem metafaz. Badania molekularne

wykrywają defekty genetyczne o charakterze wewnątrzgenowym, a badania genomu służą odkrywaniu nowych podgrup AML. Dlatego niezbędne jest, aby przed rozpoczęciem leczenia zabezpieczyć materiał biologiczny tj. szpik lub krew obwodową, do tych badań [1, 2].

Terapia AML

Przed wdrożeniem leczenia należy wykonać podstawowe badania biochemiczne (mocznik, kreatynina, bilirubina, elektrolity, glukoza, AST, ALT, LDH), koagulogram, badania wirusologiczne (HIV, WZW typu A, B, C) oraz test ciążowy u kobiet [2].

Nieleczona ostra białaczka szpikowa w ciągu kilku tygodni może doprowadzić do śmierci chorego [4]. Dlatego po rozpoznaniu AML pacjent powinien trafić na intensywny oddział leczenia hematologicznego [6]. Zasadnicze leczenie AML składa się z indukcji i konsolidacji remisji oraz leczenia poremisyjnego [4]. Zanim zostanie wdrożona chemioterapia pacjent powinien być odpowiednio przygotowany.

Leczenie białaczki jest leczeniem agresywnym, sprzyjającym występowaniu wielu powikłań. Ryzyko można minimalizować poprzez usunięcie istniejących bądź potencjalnych źródeł zakażenia. Konieczne jest zapewnienie pacjentowi sali o wysokich standardach sanitarnych. Pomieszczenie powinno być klimatyzowane, wyposażone w nawiew filtrowanego powietrza, filtry bakteryjne i sanitariat. Istotna jest ochrona śluzówek i przeprowadzenie sanacji w obrębie jamy ustnej. Przed rozpoczęciem leczenia chemioterapeutycznego niezbędna jest implantacja centralnych cewników żylnych, co ułatwia prowadzenie chemioterapii i badań diagnostycznych. Należy zalecić pacjentowi wdrożenie diety wysoko białkowej. Pacjenci powinni zwracać szczególną uwagę na ograniczenie wysiłku fizycznego i unikanie forsowania organizmu. Powinni unikać kontaktu z osobami wykazującymi widoczne objawy infekcji. Niezbędne jest poinformowanie pacjenta o celowości wykonania szczepienia przeciwko grypie i pneumokokom [4, 6, 16, 17].

Jednym z poważniejszych powikłań na początku leczenia cytostatykami jest ostry zespół lizy guza, czyli zespół zaburzeń metabolicznych, będących wynikiem szybkiego rozpadu komórek nowotworowych. W efekcie dochodzi do ostrej niewydolności nerek, a nawet zgonu pacjenta. Dlatego konieczne jest by przed rozpoczęciem terapii wyrównane zostały istniejące zaburzenia metaboliczne poprzez nawodnienie dożylnie pacjenta oraz alkalizację moczu dwuwęglanem sodu [3, 4, 16].

Traumatycznym dla pacjenta, szczególnie dla kobiety, skutkiem chemioterapii jest wypadanie włosów. Zanim rozpoczęte zostanie leczenie można polecić choremu ostrzyżenie krótko włosów, by odczuwanie ich utraty, nie było tak uciążliwe [16].

Ważnym elementem przygotowania do leczenia jest edukacja pacjenta i jego rodziny. Należy poinformować chorego o istocie choroby, konieczności leczenia i hospitalizacji, przestrzegania reżimu sanitarnego oraz o działaniach niepożądanych leków stosowanych w terapii [18]. Problemy psychologiczne pacjenta, wynikające z gwałtownej zmiany trybu życia, izolacji od otoczenia, lękiem przed niepowodzeniem terapii i śmiercią, wymagają zapewnienia wsparcia ze strony personelu, psychologa, i rodziny [17].

Celem leczenia indukującego jest maksymalna redukcja liczby komórek nowotworowych i uzyskanie stanu remisji hematologicznej. Indukcja remisji trwa zazwyczaj przez okres 4-6 tygodni. Podstawą terapii jest trzydniowa podaż cytostatyków antracyklinowych (daunorubicyna, doksorubicyna, idarubicyna) oraz arabinozydu cytozyny (ara-C), podawanego w ciągłym dożylnym wlewie kroplowym przez 7 dni. Schemat ten jest określany mianem „3+7” [1, 2, 3, 19, 20]. Innym wariantem jest dodawanie analogu puryn (kladrybina) przez 5 kolejnych dni do tego schematu. Chemioterapia jest podawana w cyklach. Zastosowanie kolejnego cyklu jest warunkowane uzyskaniem remisji w poprzednim cyklu [1, 2, 4, 6].

Według Wierzbowskiej i współautorów „śmiertelność w okresie indukowania remisji wynosi ok. 5-10% i jest najczęściej spowodowana infekcją, krwawieniem lub opornością na leczenie” [2, 21]. Ryzyko zgonu na tym etapie leczenia znacznie wzrasta u osób starszych. Dlatego u pacjentów powyżej 60 roku życia terapia jest zindywidualizowana i dostosowana do stanu wydolności organizmu. Natomiast u pacjentów poniżej 60 roku życia leczenie jest bardziej intensywne i przy użyciu większych dawek leków [1, 6, 21].

Wdrożenie leczenia poremisyjnego ma na celu zapobieganie wczesnej wznowie choroby i zwiększenie szansy na uzyskanie wyleczenia [1, 2].

Głównym etapem leczenia poremisyjnego jest leczenie konsolidujące. Utrwalenie remisji trwa przez okres 3-6 miesięcy i składają się na nie 3-4 cykle chemioterapii. Podstawą tego leczenia jest stosowanie dużych dawek arabinozydu cytozyny, celem zniszczenia komórek białaczkowych, które przetrwały leczenie indukujące remisję [1, 2, 3, 4].

Po uzyskaniu remisji u chorych nie kwalifikujących się do transplantacji szpiku stosuje się leczenie podtrzymujące. Polega na przewlekłym stosowaniu nieco łagodniejszej chemioterapii niż w leczeniu indukującym i konsolidującym w cyklach 6-8 tygodni przez 2

lata. Terapiapodtrzymująca zmniejsza ryzyko wystąpienia wznowy rozrostu komórek białaczkowych. Leczenia tego nie zaleca się chorym, którzy otrzymali intensywne leczenie utrwalające remisję [2, 4, 6, 22].

Alternatywną opcją terapeutyczną jest transplantacja szpiku kostnego. W leczeniu ostrej białaczki szpikowej wyróżnić można trzy rodzaje przeszczepów: allogeniczny, autologiczny i syngeniczny. W przypadku allogenicznego przeszczepu szpiku dawcą komórek może zostać zarówno osoba spokrewniona, jak i niespokrewniona z pacjentem. Jednak warunkiem do wykonania przeszczepu jest zgodność w zakresie antygenów w układzie zgodności tkankowej. Według badań klinicznych można stwierdzić, że całkowita zgodność antygenowa niesie ze sobą najmniejsze ryzyko wystąpienia reakcji „przeszczep przeciwko gospodarzowi” [20]. W przeszczepie autologicznym choremu podajemy jego własny szpik pobrany przed chemioterapią. W tym rodzaju transplantacji występuje zwiększone ryzyko nawrotu choroby w przypadku niecałkowitego wyeliminowania komórek białaczkowych z pobranego szpiku. W transplantacji syngenicznej dawcą szpiku jest bliźniak jednojajowy, co wiąże się z całkowitą zgodnością tkankową i brakiem ryzyka wystąpienia choroby „przeszczep przeciwko gospodarzowi” [2, 23, 24].

Ważnym elementem terapii pacjentów z rozpoznaną ostrą białaczką szpikową jest właściwe odżywianie. Chemioterapia zazwyczaj powoduje dolegliwości, które utrudniają przyjmowanie pokarmów. W konsekwencji prowadzi to do niedożywienia pacjenta, a przez to do zmniejszenia odporności, wystąpienia wielu zaburzeń metabolicznych oraz zmniejszenia masy ciała. Zalecenia żywieniowe powinno się modyfikować w zależności od rodzaju i nasilenia dolegliwości [16, 17].

Częstymi powikłaniami chemioterapii są zapalenia jamy ustnej oraz powstawanie ran i owrzodzeń w jej obrębie. Na podstawie licznych badań zalecane jest podawanie pokarmów wilgotnych i łatwych do połykania, aby złagodzić ból i dyskomfort w jamie ustnej podczas spożywania posiłku. Kiedy jednak objawy będą się nasilać należy wdrożyć dietę płynną lub papkowatą. Należy unikać ostro przyprawionych i zbyt gorących lub zbyt zimnych potraw oraz produktów suchych, surowych warzyw, owoców cytrusowych, a także alkoholu. Celem złagodzenia dolegliwości związanych z podrażnieniem jamy ustnej pacjent może ssać kawałki lodu lub ananasa [17, 25, 26].

W trakcie terapii dość powszechnie występują nudności i wymioty, które powodują zaburzenia smaku, utratę apetytu, niechęć do określonych pokarmów. Na dwie godziny przed planowanym zabiegiem chemioterapii i bezpośrednio po nim pacjent powinien powstrzymać

się od spożywania posiłków, aby zminimalizować ryzyko wystąpienia nudności i wymiotów. Dieta powinna być lekkostrawna, urozmaicona i bogata w niezbędne składniki odżywcze. Pacjent powinien przyjmować 5-6 mniejszych porcji posiłków w ciągu dnia, a w przypadku niechęci do jedzenia uzupełniać dietę w pokarmy bogato energetyczne. Pacjent może ograniczyć odczuwanie nudności spożywając chłodne potrawy oraz unikając potraw i napojów o intensywnym zapachu. Powinien zwiększyć ilość wypijanych dziennie napojów nawet do ponad dwóch litrów. W przypadku awersji chorego do mięsa lub ryb należy je dodawać zmielone do potraw oraz przyprawiać małą ilością produktów o wyraźnym smaku tj. ziołami, sokiem z cytryny, papryką. W stanach nasilających się mdłości należy zachęcić pacjenta do spożywania bulionu, galaretek lub suchego pieczywa. Porannym nudnościom można zapobiegać polecając pacjentowi zjedzenie przed wstaniem z łóżka suchego herbatnika [25, 26, 27].

Leki cytostatyczne uszkadzają komórki wyściełające jelito cienkie i grube, tym samym prowadzą do występowania biegunek. Wówczas wskazane jest spożywanie kleików, gotowanych ziemniaków, łagodnie przyprawionych zup. Należy zwiększyć ilość przyjmowanych płynów do co najmniej 2 litrów dziennie. Z diety należy wykluczyć produkty bogate w błonnik, laktozę i sorbitol, gdyż te substancje przyspieszają perystaltykę jelit. Pacjent powinien powstrzymać się od przyjmowania produktów mlecznych, pikantnych, tłustych i smażonych oraz odstawić napoje z kofeiną. Surowe warzywa i owoce należy zastąpić gotowanymi [17, 25, 26].

W wyniku działań ubocznych leków stosowanych w chemioterapii, zmniejszonej aktywności fizycznej oraz diety ubogiej w błonnik często dochodzi do zaparc u chorego. Posiłki pacjenta trzeba wzbogacić o błonnik pokarmowy poprzez podawanie pieczywa pełnoziarnistego, produktów zbożowych, surowych i gotowanych warzyw, świeżych i suszonych owoców. Przy diecie bogato resztkowej wskazane jest by pacjent przyjmował zwiększoną do 2 - 2,5 litra ilość płynów dziennie. Z diety powinny zostać wyłączone pokarmy zwalniające pracę motoryczną jelit, takie jak: kakao, czarna herbata, produkty z białej mąki [25, 26].

W przebiegu leczenia onkologicznego może dojść do sytuacji gdy pacjent nie jest w stanie samodzielnie przyjmować jedzenia drogą doustną. Wówczas pozostaje żywienie przez sondę lub żywienie dożylnie. Dopóki żołądek i jelita zachowują swoje funkcje pacjent jest odżywiany przez sondę wprowadzoną przez usta, nos lub ścianę jamy brzusznej. Alternatywą dla żywienia enteralnego jest żywienie dożylnie [17].

Pacjent przed opuszczeniem szpitala powinien zostać wyedukowany na temat sposobów radzenia sobie z dolegliwościami oraz sposobów niwelowania ryzyka wystąpienia powikłań. Chory powinien ograniczyć obowiązki zawodowe i domowe do swoich możliwości i stanu zdrowia psychofizycznego. Należy zaangażować osoby bliskie do pomocy w zadaniach, z którymi pacjent sam sobie nie poradzi [28]. Istotne jest by pacjent prawidłowo się odżywiał. Wskazane są spożywane w regularnych porach urozmaicone, małe posiłki. Przeciwwskazane zaś jest opalanie się, korzystanie z solarium oraz naświetlanie lampami Solux. Pacjent nie powinien stosować baniek i prądów galwanicznych oraz preparatów hormonalnych. Chory powinien zostać uprzedzony o niestosowaniu szczepień zawierających żywe wirusy. Zalecane jest też by chory zrezygnował z używania nitek lub wykałaczek do czyszczenia zębów, tamponów, obcisłych ubrań oraz z uprawiania sportów związanych z dużym ryzykiem urazów. Pacjent powinien minimalizować wszelkie ryzyko związane z infekcjami poprzez częste mycie rąk mydłem i wodą oraz unikanie kontaktów z osobami chorymi i zwierzętami. Konieczne jest dbanie o prawidłowy stan uzębienia, co wiąże się z kontrolą stomatologiczną przynajmniej dwa razy w roku. W razie wystąpienia objawów takich jak: gorączka bez objawów infekcji, objawy skazy krwotocznej, powiększenie węzłów chłonnych, powinien skonsultować się z lekarzem rodzinnym bądź lekarzem prowadzącym [16, 17, 25, 29].

Cel pracy - rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych pacjenta z ostrą białaczką szpikową, opracowanie indywidualnego planu opieki pielęgniarstwa.

Material i metodyka badań

Badaniem objęto pacjenta z rozpoznaną ostrą białaczką szpikową, którego przyjęto na oddział Kliniki Hematologii z Pododdziałem Chorób Naczyń Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku. Materiał zebrano w oparciu o obserwację, wywiad pielęgniarstwa oraz pomiary pośrednie i bezpośrednie. Analizowano również dokumentację medyczną: historię pielęgnowania, historię choroby, indywidualną kartę zleceń lekarskich, wyniki badań diagnostycznych oraz kartę gorączkową.

W celu postawienia diagnozy pielęgniarstwa oraz ustalenia zasad postępowania posłużono się metodą procesu pielęgnowania. Uzyskany materiał pozwolił na skonstruowanie indywidualnego planu opieki. W toku przeprowadzonej obserwacji wyłoniono problemy pielęgnacyjne pacjenta.

Proces pielęgnowania jest propozycją wyuczonych, planowych i celowych działań pielęgniarki podejmowanych celem utrzymania lub zmiany stanu zdrowia danego pacjenta. W przebiegu procesu pielęgnowania wyróżniono cztery etapy: rozpoznawanie stanu pacjenta, formułowanie planu opieki nad pacjentem, realizowanie planu opieki oraz ocenianie wyników zastosowanych działań. Wszystkie etapy procesu pielęgnowania przenikają się i tworzą spójną całość [30].

Metody pozyskiwania informacji o pacjencie i jego środowisku to świadome, planowe i konsekwentne sposoby działania pielęgniarki dla uzyskania informacji o pacjencie i stanie jego zdrowia, dzięki którym możliwe jest sformułowanie diagnozy pielęgniarskiej. Wśród tych metod wyróżniono [30, 31]:

- wywiad, czyli planową i ukierunkowaną rozmowę z pacjentem, której celem jest zebranie rzetelnych informacji o stanie pacjenta i jego środowisku oraz nawiązanie kontaktu pielęgniarki z pacjentem, co ma znaczący wpływ na planowanie i realizowanie opieki;
- obserwację, czyli świadome oglądanie i spostrzeganie elementów wyglądu i zachowania pacjenta oraz funkcjonowania poszczególnych narządów i układów jego organizmu;
- analizę dokumentacji pacjenta, która pozwala na ukierunkowanie i rozszerzenie zakresu pozyskiwanych informacji o pacjencie. Dokumentacja pacjenta składa się z historii pielęgnowania, historii choroby, wyników badań diagnostycznych, karty obserwacji i pomiarów;
- pomiar, czyli czynność podejmowana przez pielęgniarkę, której celem jest pozyskanie danych do ilościowego opisu danej cechy występującej u pacjenta [30].

Metody pomiaru podzielono na pośrednie i bezpośrednie. Pomiar metodą pośrednią charakteryzuje się przeniesieniem uzyskanego wyniku na odpowiedni wzorzec, na którego podstawie można odczytać wynik oraz przeprowadzić jego ocenę. Metoda bezpośrednia polega na przyrządowym lub bez przyrządowym pomiarze danej wartości przy jednoczesnym odczytaniu i ocenie wyniku [30, 31].

Konsekwencją zgromadzenia i analizy danych pacjenta jest postawienie diagnozy pielęgniarskiej. Założone cele wynikają bezpośrednio z rozpoznanych problemów pielęgnacyjnych i służą zaplanowaniu konkretnych działań opieki nad pacjentem i jego środowiskiem. Do opracowania przewidzianego zakresu i charakteru opieki niezbędna jest wiedza i doświadczenie pielęgniarki [30, 31].

Model opieki pielęgniarskiej wobec chorego z rozpoznaną ostrą białaczką szpikową

Opis przypadku

Pacjent lat 28 z zawodu spawacz został w trybie nagłym przyjęty na oddział Kliniki Hematologii z Pododdziałem Chorób Naczyń Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku dnia 09.12.2013 r. z rozpoznaną ostrą białaczką szpikową celem poszerzenia diagnostyki i ewentualnego leczenia.

W dniu przyjęcia na oddział u pacjenta zaobserwowano bladeść powłok skórnych, siniaki i wybroczyny na plecach oraz kończynach górnych, krwawienia z dziąseł i nosa, podwyższoną temperaturę ciała 38,7 °C. Badaniem przedmiotowym stwierdzono powiększenie węzłów chłonnych szyjnych. Pacjent skarży się na ogólne osłabienie i znaczną męczliwość. Pacjent nie pali papierosów, alkohol spożywa sporadycznie, prowadzi aktywny tryb życia. W wywiadzie brak chorób współistniejących. Parametry życiowe w chwili przyjęcia pacjenta wynosiły: RR 120/75mmHg, HR 88 uderzeń na minutę, BMI: 23.

Wykonano badanie morfologiczne krwi z rozmazem, które wykazało anemię (Hb 7,1 g/dl), znaczny spadek liczby leukocytów (WBC 2300/mm³), spadek płytek krwi (PLT 96 000/mm³), obecność mieloblastów we krwi obwodowej. Diagnostykę poszerzono o wykonanie biopsji aspiracyjnej szpiku kostnego z talerza kości biodrowej. W toku tych badań potwierdzono rozpoznanie ostrej białaczki szpikowej (acutemyeloid leukemia). Wdrożono leczenie cytostatyczne: Idarubicyna 20 mg – iv., Cytosar 150 mg – iv.

W dniu obserwacji pacjent wykazywał znaczne osłabienie i zmęczenie oraz bladeść powłok skórnych. Zaobserwowano zmiany zapalne i krwawienia w obrębie jamy ustnej oraz wybroczyny na skórze. Pacjent zgłasza dyskomfort podczas połykania pokarmu, brak apetytu, nudności i wymioty oraz biegunkę po przyjęciu leków cytostatycznych. Aktualna sytuacja zdrowotna i konieczność hospitalizacji wywołuje niepokój. Pacjent skarży się na bezsenność wynikającą z lęku przed niepowodzeniem terapii i śmiercią. Parametry morfologiczne krwi: Hb 7,9 g/dl, WBC 2100/mm³, PLT 116 000/mm³. Parametry życiowe: RR 115/60 mmHg, HR 90 uderzeń na minutę, temperatura ciała 36,9 °C, oddech prawidłowy, miarowy, BMI 22. Odnotowano spadek masy ciała o 4 kg od chwili przyjęcia na oddział (Tabela I).

Tabela I. Proces pielęgnowania

Diagnoza pielęgnarska	Cel opieki	Planowanie działania	Realizowanie działania	Ocena wyników
Niepokój wywołany hospitalizacją.	Zniwelowanie niepokoju wywołanego hospitalizacją.	1. Edukacja pacjenta w zakresie: <ul style="list-style-type: none"> ➤ istoty choroby ➤ celowości wykonywanych działań leczniczych i pielęgnacyjnych. 2. Umożliwienie pacjentowi kontaktu z rodziną, osobą duchowną, psychologiem. 3. Zachęcenie pacjenta do rozmowy z lekarzem na temat przebiegu choroby.	1. Wyedukowano pacjenta w zakresie: <ol style="list-style-type: none"> 1) istoty choroby 2) celowości wykonywanych działań leczniczych i pielęgnacyjnych. 2. Umożliwiono pacjentowi kontakt z rodziną, osobą duchowną. 3. Zachęcono pacjenta do rozmowy z lekarzem na temat przebiegu choroby.	Po wdrożeniu działań pacjent w mniejszym stopniu odczuwa niepokój związany z hospitalizacją.
Bezsenna spowodowana lękiem przed śmiercią.	Zmniejszenie dyskomfortu spowodowanego bezsennością.	1. Zapewnienie optymalnych warunków do snu poprzez wyłączenie zbędnego oświetlenia, wywietrzenie sali przed snem, ułożenie chorego w wygodnej pozycji. 2. Zaproponowanie pacjentowi do wypicia szklanki naparu z melisy. 3. Zaproponowanie rozmowy z osobą duchowną, psychologiem, rodziną. 4. Podanie leków nasennych na zlecenie lekarza.	1. Zapewniono optymalne warunki do snu poprzez wyłączenie zbędnego oświetlenia. 2. Zaproponowano pacjentowi do wypicia szklankę naparu z melisy. 3. Zaproponowano pacjentowi rozmowę z osobą duchowną, psychologiem, rodziną. 4. Pacjent odmówił przyjęcia proponowanego leku Relanium 2 mg doustnie.	Pacjent nadal cierpi na bezsenność spowodowaną lękiem przed śmiercią.

<p>Nudności i wymioty wywołane podaniem cytostatyków.</p>	<p>Zminimalizowanie występujących nudności i wymiotów.</p>	<p>1. Obserwowanie intensywności i charakteru występujących wymiotów. 2. Zmiana pozycji pacjenta w łóżku na półwysoką lub wysoką. 3. Zapewnienie pacjentowi: ➤ warunków spokoju i ciszy oraz wyeliminowanie bodźców wywołujących wymioty tj. intensywne zapachy, hałas, światło, odgłos wymiotowania. ➤ odpowiednich warunków higienicznych tj. miska nerkowata, lignina. 4. Przygotowanie pacjentowi wody lub płynu do płukania jamy ustnej. 5. Edukacja pacjenta w zakresie: ➤ spożywania posiłków częściej, ale w mniejszych porcjach, tzn. 5-6 posiłków dziennie ➤ powstrzymania się przed spożyciem posiłków na dwie godziny i bezpośrednio po podaniu leków cytostatycznych ➤ spożywania zimnych pokarmów i płynów ➤ zwiększenia ilości wypijanych płynów do co najmniej 2 litrów dziennie ➤ w przypadku metalicznego smaku w ustach ssanie kostek</p>	<p>1. Zaobserwowano występowanie intensywnych wymiotów treścią pokarmową po podaniu cytostatyków. 2. Zmieniono pozycję w łóżku na półwysoką. 3. Zapewniono pacjentowi: ➤ warunki spokoju i ciszy oraz wyeliminowano bodźce wywołujące wymioty tj. intensywne zapachy potraw, perfum. ➤ odpowiednie warunki higieniczne tj. miskę nerkowata i ligninę. 4. Podano pacjentowi wodę do płukania jamy ustnej. 5. Wyedukowano pacjenta w zakresie: ➤ spożywania posiłków częściej, ale w mniejszych porcjach, tzn. 5-6 posiłków dziennie ➤ powstrzymania się przed spożyciem posiłków na dwie godziny i bezpośrednio po podaniu leków cytostatycznych ➤ spożywania zimnych pokarmów i płynów ➤ zwiększenia ilości wypijanych płynów do co najmniej 2 litrów dziennie ➤ w przypadku metalicznego smaku w ustach ssanie kostek lodu, miętowych pastylek. 6. Zalecono pacjentowi założenie lekkiego, nie uciskającego ubrania. 7. Podano Ondansetron 8 mg dożylnie, jednorazowo na zlecenie lekarza.</p>	<p>Wymioty ustąpiły po wdrożeniu zaplanowanych działań. Pacjent odczuwa nadal nudności.</p>
-----------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>lodu, miętowych pastylek.</p> <p>6.Zalecenie pacjentowi założenie lekkiego, nie uciskającego ubrania.</p> <p>7.Podanie leków przeciwwymiotnych na zlecenie lekarza.</p>		
<p>Dyskomfort spowodowany zmianami zapalnymi w obrębie jamy ustnej.</p>	<p>Zmniejszenie dyskomfortu spowodowanego zmianami zapalnymi w obrębie jamy ustnej.</p>	<p>1.Systematyczna, tj. co najmniej 2 razy dziennie, ocena stanu śluzówki jamy ustnej.</p> <p>2.Edukacja pacjenta w zakresie:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ dbania o higienę jamy ustnej 30 minut po każdym posiłku ➤ mycia zębów szczoteczką z miękkiego włosia oraz łagodną pastą do zębów ➤ płukania jamy ustnej naparami z szalwii i rumianku, wodą utlenioną z solą fizjologiczną, Tantum Verde 6 razy dziennie ➤ stosowania wazeliny, maści z witaminą A do nawilżania warg ➤ unikania potraw słonych, ostrych, kwaśnych oraz suchych i twardych. <p>3.Pędzlowanie jamy ustnej pacjenta boraksem z gliceryną 2 razy dziennie.</p>	<p>1. Stan śluzówki jamy ustnej oceniano 2 razy dziennie (błona śluzowa zaczerwieniona, widoczne nadżerki).</p> <p>2.Wyedukowano pacjenta w zakresie:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ dbania o higienę jamy ustnej 30 minut po każdym posiłku ➤ mycia zębów szczoteczką z miękkiego włosia oraz łagodną pastą do zębów ➤ płukania jamy ustnej naparami z szalwii i rumianku, wodą utlenioną z solą fizjologiczną, Tantum Verde 6 razy dziennie ➤ stosowania wazeliny, maści z witaminą A do nawilżania warg ➤ unikania potraw słonych, ostrych, kwaśnych oraz suchych i twardych. <p>3.Pędzlowano jamę ustną pacjenta boraksem z gliceryną 2 razy dziennie.</p>	<p>Pacjent po wdrożeniu zaplanowanych działań pielęgnacyjnych w mniejszym stopniu odczuwa dyskomfort spowodowany zmianami zapalnymi w obrębie jamy ustnej.</p>

<p>Ryzyko wystąpienia zaburzeń wodno-elektrolitowych w wyniku biegunki występującej po podaniu cytostatyków.</p>	<p>Zminimalizowanie ryzyka wystąpienia zaburzeń wodno-elektrolitowych.</p>	<p>1. Obserwowanie charakteru i częstotliwości wypróżnień. 2. Obserwowanie pacjenta pod kątem odwodnienia tj. suchość błony śluzowej jamy ustnej i języka, słabe napięcie powłok skórnych, wzmożone pragnienie. 3. Wprowadzenie diety wysokokalorycznej, bogato witaminowej. 4. Edukacja pacjenta w zakresie żywienia: ➤ spożywanie pokarmów bogatych w potas ➤ unikanie pokarmów bogatych w błonnik pokarmowy, pobudzających motorykę jelit, wzdymających ➤ zwiększenie ilości przyjmowanych płynów do 3 litrów dziennie. 5. Prowadzenie bilansu płynów i dokumentowanie wyników. 6. Zapewnienie odpowiedniej higieny osobistej poprzez toaletę okolic odbytu ciepłą wodą z mydłem, zmianę bielizny pościelowej i osobistej. 7. Wietrzenie sali. 8. Podawanie leków przeciwbiegunkowych na zlecenie lekarza.</p>	<p>1. Obserwowano charakter i częstotliwość wypróżnień (stolec płynny, 4 razy w ciągu doby). 2. Zaobserwowano u pacjenta suchość błony śluzowej jamy ustnej i wzmożone pragnienie. 3. Wprowadzono dietę wysokokaloryczną, bogato witaminową. 4. Wyedukowano pacjenta w zakresie żywienia: ➤ spożywanie pokarmów bogatych w potas (banany, brzoskwinie, pomidory, mięso z indyka) ➤ unikanie pokarmów bogatych w błonnik pokarmowy, pobudzających motorykę jelit, wzdymających (fasola, groch, otręby, orzechy) ➤ zwiększono ilość przyjmowanych płynów do 3 litrów dziennie. 5. Prowadzono bilans płynów i dokumentowano wyniki (przyjęte 2900 ml, wydalone 3100 ml). 6. Zapewniono odpowiednią higienę osobistą poprzez toaletę okolic odbytu ciepłą wodą z mydłem, zmianę bielizny pościelowej i osobistej. 7. Wietrzono salę. 8. Podano Loperamid 4 mg doustnie, jednorazowo w ciągu dnia na zlecenie lekarza.</p>	<p>Po zrealizowaniu zaplanowanych działań nie doszło do wystąpienia zaburzeń wodno-elektrolitowych.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Oslabienie wynikające z niedokrwistości.</p>	<p>Zmniejszenie dyskomfortu spowodowanego niedokrwistością.</p>	<p>1.Pomoc w czynnościach forsujących pacjenta. 2.Monitorowanie parametrów życiowych pacjenta tj. ciśnienia tętniczego krwi, tętna, temperatury, 2 razy dziennie. 3.Zapewnienie pacjentowi optymalnych warunków do odpoczynku poprzez wygodne ułożenie w łóżku, wywietrzenie sali, wyłączenie światła. 4.Obszerwowanie pacjenta pod kątem wystąpienia bladości powłok skórnych, znużenia, niepokoju.</p>	<p>1.Udzielano pomocy w czynnościach forsujących pacjenta (słanie łóżka, zmiana bielizny pościelowej, przemieszczanie w obrębie oddziału). 2. Monitorowano parametry życiowe pacjenta (RR 115/60 mmHg, HR 90 ud./min., temp. 36,9°C). 3.Zapewniono pacjentowi optymalne warunki do odpoczynku poprzez wygodne ułożenie w łóżku, wywietrzenie sali, wyłączenie światła na prośbę pacjenta. 4.Zaobserwowano u pacjenta bladość powłok skórnych i znużenie.</p>	<p>Po zrealizowaniu zaplanowanych czynności pacjent nadal jest osłabiony.</p>
<p>Krwawienia z jamy ustnej oraz wybroczyny spowodowane trombocytopenią .</p>	<p>Zmniejszenie możliwości występowania krwawienia i wybroczyn spowodowanych trombocytopenią.</p>	<p>1.Obszerwowanie pacjenta pod kątem nasilenia się krwawień i występowania wybroczyn. 2.Edukacja pacjenta w zakresie zapobiegania urazom: ➤ stosowanie maszynki do golenia zamiast żyletki, pilnika zamiast nożyczek do paznokci ➤ unikanie noszenia obcisłych i szorstkich ubrań ➤ ograniczenie spożywania potraw ostro przyprawionych, drażniących śluzówkę przewodu pokarmowego ➤ regulacja wypróżnień.</p>	<p>1.Zaobserwowano delikatne krwawienie w obrębie jamy ustnej oraz pojawienie się wybroczyn na dłoniach. 2.Wyedukowano pacjenta w zakresie zapobiegania urazom: stosowanie maszynki do golenia zamiast żyletki, pilnika zamiast nożyczek do paznokci, unikanie noszenia obcisłych i szorstkich ubrań ograniczenie spożywania potraw ostro przyprawionych, drażniących śluzówkę przewodu pokarmowego regulacja wypróżnień. 3.Sprawnie wykonywano czynności pielęgnacyjne i lecznicze celem zapobiegania urazom skóry. 4.Unikano wykonywania pacjentowi lewatyw i podawania czopków.</p>	<p>Po wdrożeniu zaplanowanych działań krwawienia nie nasiliły się. Wystąpiły nowe wybroczyny.</p>

		<p>3.Sprawne wykonywanie czynności pielęgnacyjnych i leczniczych celem zapobiegania urazom skóry.</p> <p>4.Unikanie wykonywania pacjentowi lewatyw i podawania czopków.</p>		
<p>Ryzyko wystąpienia infekcji w wyniku zmniejszenia odporności organizmu w przebiegu leukopenii.</p>	<p>Zminimalizowanie ryzyka wystąpienia infekcji.</p>	<p>1.Umieszczenie pacjenta w sali z filtrowanym przepływem powietrza i śluzą ochronną.</p> <p>2.Edukacja pacjenta w zakresie:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ konieczności pozostawania we własnej sali ➤ w przypadku wystąpienia infekcji zastosowanie ścisłego reżimu sanitarnego (mycie rąk i zakładanie jałowego fartucha ochronnego i maski przed każdym wejściem na salę pacjenta, w razie konieczności opuszczenia sali przez pacjenta wskazane jest założenie jałowego fartucha i okrycie jałowym prześcieradłem) ➤ ograniczenia kontaktów z osobami z infekcją ➤ ograniczenia wysiłku fizycznego ➤ unikania nagłych zmian temperatury i przeciągów 	<p>1.Pacjenta umieszczono w sali z filtrowanym przepływem powietrza.</p> <p>2.Wyedukowano pacjenta w zakresie:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ konieczności pozostawania we własnej sali ➤ w przypadku wystąpienia infekcji zastosowanie ścisłego reżimu sanitarnego (mycie rąk i zakładanie jałowego fartucha ochronnego i maski przed każdym wejściem na salę pacjenta, w razie konieczności opuszczenia sali przez pacjenta wskazane jest założenie jałowego fartucha i okrycie jałowym prześcieradłem) ➤ ograniczenia kontaktów z osobami z infekcją ➤ ograniczenia wysiłku fizycznego ➤ unikania nagłych zmian temperatury i przeciągów ➤ wykonania szczepień ochronnych, w tym przeciwko grypie i pneumokokom. <p>3.Do pielęgnacji pacjenta stosowano sprzęt jednorazowego użytku: chusteczki, myjki.</p> <p>4.Bieliznę pościelową i osobistą zmieniano raz na dobę podczas porannej toalety.</p> <p>5.Obszerowano pacjenta pod kątem wystąpienia objawów infekcji: kataru, bólu gardła, gorączki, osłabienia.</p> <p>6.Monitorowano parametry życiowe pacjenta oraz</p>	<p>Nie dopuszczono do wystąpienia infekcji.</p>

		<p>➤ wykonania szczepień ochronnych, w tym przeciwko grypie i pneumokokom.</p> <p>3. Stosowanie do pielęgnacji pacjenta sprzętu jednorazowego użytku.</p> <p>4. Codzienna zmiana bielizny pościelowej i osobistej.</p> <p>5. Obserwowanie pacjenta pod kątem wystąpienia objawów infekcji.</p> <p>6. Monitorowanie parametrów życiowych pacjenta tj. tętno, ciśnienie tętnicze krwi, temperaturę dwa razy dziennie oraz dokumentowanie wyników.</p> <p>7. Obserwowanie miejsca założenia cewnika żylnego pod kątem wystąpienia stanu zapalnego, zaczerwienienia, tkliwości, obrzęku.</p> <p>8. Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki podczas wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych, leczniczych i diagnostycznych.</p>	<p>dokumentowano wyniki (HR 90 ud./min., RR 115/60 mmHg, temp. 36,9 ° C).</p> <p>7. Obserwowano miejsce założonego cewnika żylnego pod kątem wystąpienia stanu zapalnego, zaczerwienienia, tkliwości, obrzęku.</p> <p>8. Przestrzegano zasad aseptyki i antyseptyki podczas wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych, leczniczych i diagnostycznych.</p>	
<p>Ryzyko wystąpienia dalszego spadku masy ciała spowodowane</p>	<p>Zmniejszenie ryzyka wystąpienia spadku masy ciała spowodowanego brakiem apetytu po</p>	<p>1. Wyjaśnienie pacjentowi przyczyn braku apetytu i zaburzeń smaku.</p> <p>2. Wyjaśnienie pacjentowi istoty prawidłowego odżywiania w</p>	<p>1. Wyjaśniono pacjentowi przyczyny braku apetytu i zaburzeń smaku.</p> <p>2. Wyjaśniono pacjentowi istotę prawidłowego odżywiania w czasie leczenia cytostatycznego.</p> <p>3. Zachęcano pacjenta do spożywania posiłków.</p>	<p>Nie doszło do spadku masy ciała pacjenta.</p>

<p>brakiem apetytu po lekach cytostatycznych.</p>	<p>lekach cytostatycznych.</p>	<p>czasie leczenia cytostatycznego. 3.Zachęcanie pacjenta do spożywania posiłków. 4.Zalecenie pacjentowi: ➤ unikania potraw budzących wstręt podczas jedzenia ➤ spożywania posiłków częściej i w małych porcjach ➤ wykonywania toalety jamy ustnej między posiłkami oraz płukania jamy ustnej wodą gazowaną ➤ ssania kostek lodu, miętowych cukierków. 5.Urozmaicenie diety w potrawy aromatyczne, łagodnie przyprawione.</p>	<p>4.Zalecono pacjentowi: ➤ unikanie potraw budzących wstręt podczas jedzenia ➤ spożywanie posiłków częściej i w małych porcjach ➤ wykonywanie toalety jamy ustnej między posiłkami oraz płukanie jamy ustnej wodą gazowaną ➤ ssanie kostek lodu, miętowych cukierków.</p>	
---------------------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Wnioski:

1. Najistotniejszymi problemami pacjenta z rozpoznaną ostrą białaczką szpikową były:
 - niepokój wywołany hospitalizacją
 - bezsenność spowodowana lękiem przed śmiercią
 - nudności i wymioty wywołane podaniem cytostatyków
 - dyskomfort spowodowany zmianami zapalnymi w obrębie jamy ustnej
 - ryzyko wystąpienia zaburzeń wodno-elektrolitowych w wyniku biegunki występującej po podaniu cytostatyków
 - osłabienie wynikające z niedokrwistości
 - krwawienia z jamy ustnej oraz wybroczyny spowodowane trombocytopenią
 - ryzyko wystąpienia infekcji w wyniku zmniejszenia odporności organizmu w przebiegu leukopenii
 - ryzyko wystąpienia spadku masy ciała spowodowane brakiem apetytu po lekach cytostatycznych;
2. Na podstawie wyłonionych problemów pacjenta opracowano indywidualny plan pielęgnowania, który pozwolił na objęcie pacjenta holistyczną opieką.

Podsumowanie

Nieleczona ostra białaczka szpikowa w ciągu kilku tygodni nieuchronnie prowadzi do śmierci pacjenta. Ważne jest jak najwcześniejsze postawienie diagnozy i hospitalizacja. Wdrożenie intensywnych metod leczenia wpływa na poprawę rokowania, jednak stosowanie skojarzonej i agresywnej chemioterapii obarczone jest dużym ryzykiem powikłań i działań niepożądanych. Zmaganie się pacjenta z tą chorobą zmienia jego dotychczasowy styl życia oraz stwarza wiele problemów natury biologicznej, psychicznej, a także społecznej. Etiologia ostrej białaczki szpikowej nadal nie jest do końca zdefiniowana. Czynniki predysponujące do rozwoju tego schorzenia to zazwyczaj czynniki środowiskowe tj. ekspozycja na promieniowanie jonizujące i benzen, uprzednie zachorowania na zespoły mielodysplastyczne i mieloproliferacyjne, wcześniejsze leczenie cytostatyczne oraz uwarunkowania genetyczne. Początek choroby nie jest specyficzny. U pacjenta dominuje ogólne osłabienie, spadek masy ciała, podwyższona temperatura ciała. Objawy sygnalizujące AML są konsekwencją wyparcia prawidłowej hematopoezy i wiążą się z niedokrwistością, trombocytopenią, neutropenią i naciekaniami narządów pozaszpikowych. Charakterystycznym objawem jest: bladość powłok skórnych, owrzodzenia błony śluzowej przewodu pokarmowego, wybroczyny na skórze,

krwawienia z błon śluzowych i dróg rodnych, powiększenie węzłów chłonnych oraz śledziony i wątroby.

Wczesna diagnostyka ostrej białaczki szpikowej ma decydujące znaczenie dla lepszego rokowania. Diagnoza stawiana s na podstawie badania podmiotowego i przedmiotowego oraz wyników badań laboratoryjnych szpiku kostnego i krwi obwodowej. Podstawowe badania diagnostyczne poszerzane są często o badanie immunofenotypowe bądź też badania genetyczne tj. cytogenetykę, analizę metodą fluorescencyjnej hybrydyzacji in-situ i badania molekularne. Ostra białaczka szpikowa wymaga podjęcia jak najszybszej hospitalizacji i leczenia, gdyż w krótkim czasie może doprowadzić do śmierci chorego. Rola pielęgniarki w terapii pacjenta z AML nie ogranicza się jedynie do niwelowania objawów procesu nowotworowego i skutków chemioterapii, ale obejmuje również swoim zakresem podnoszenie jakości życia chorego we wszystkich jego aspektach.

Bibliografia

1. Kata D., Kyrzcz-Krzemień S.: Ostra białaczka szpikowa – współczesne poglądy na patogenezę, postępowanie diagnostyczne, klasyfikację, stratyfikację prognostyczną i leczenie. *Post. Nauk Med.*, 2011, 14, 7, 601-609.
2. Wierzbowska A., Pluta A., Robak T.: Standardy diagnostyki i leczenia ostrej białaczki szpikowej u dorosłych według wytycznych EuropeanLeukemiaNet. *Acta Haematol. Pol.*, 2010, 41, 3, 371-379.
3. Ballen K.: Choroby nowotworowe szpiku kostnego. [w:] *Harrison Onkologia*, pod red. Bruce A., Chabner A., Lynch T.J., Longo D. L., Wyd. Czelej, Lublin 2009, 147-149.
4. Sułek K.: Ostra białaczka mieloblastyczna. [w:] *Najczęstsze choroby krwi*, pod red. Sułek K., Wąsak-Szulkowska E. Wyd. Podlaska Fundacja Rozwoju Hematologii, Białystok 2008, 83-92.
5. Seferyńska I., Orłowska E., Ejduk A., i współ.: Epidemiologia zachorowań na ostrą białaczkę u ludzi dorosłych w Polsce w latach 2004-2006. *Post. Nauk Med.*, 2007, 20, 7-8, 268-275.
6. Nowak W., Skotnicki A.: Ostre białaczki nielimfoblastyczne. [w:] *Podstawy hematologii*, pod red. Nowak W., Skotnicki A. Wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków 2011, 423-437.
7. Seferyńska I., Biliński P., Warzocha K.: Epidemiologia ostrych białaczek. *Acta Haematol. Pol.*, 2005, 36, 3, 269-281.

8. Mędrzycka-Dąbrowska W., Małecka-Dubiela A.: Problemy pielęgnacyjne u pacjentów chorych na białaczkę. *Fam. Med. Prim. Care Rev.*, 2008, 10, 1, 33-35.
9. Janik-Moszant A., Matyl A., Rurańska I., i współ.: Nagłe ujawnienie się grzybicy ośrodkowego układu nerwowego u pacjenta z ostrą białaczką szpikową. *Pol. J. Radiol.*, 2012, 77, 1, 54-58.
10. Kielbiński M.: Patogeneza i leczenie inwazyjnej kandydozy u chorych z nowotworami układu krwiotwórczego. *Zakażenia*, 2010, 10, 3, 68-73.
11. Włodarczyk B.: Profilaktyka i leczenie odleżyn u pacjentów z chorobami układu krwiotwórczego. *Hematologia*, 2011, 2, 4, 349-362.
12. Badzian A., Ciuruś M., Malinowska A., i współ.: Zmiany skórne w przebiegu ostrej białaczki szpikowej – opis przypadku. *Przegl. Dermatol.*, 2011, 98, 4, 340-344.
13. Wierzbowska A., Pluta A.: Profilaktyka i leczenie inwazyjnych zakażeń grzybiczych u chorych z neutropenią według zaleceń ECIL-3. *Hematologia*, 2011, 2, 2, 140-148.
14. Piątkowska-Jakubas B., Mensah-Glanowska P., Salamańczuk Z., i współ.: Odległe wyniki przeżycia chorych na ostre białaczki szpikowe w zależności od grupy ryzyka cytogenetycznego – analiza jednoośrodkowa. *Przegl. Lek.*, 2011, 68, 6, 291-295.
15. Lewandowski K.: Znaczenie prognostyczne zaburzeń molekularnych u chorych na ostrą białaczkę szpikową z prawidłowym kariotypem. *Hematologia* 2012, 3, 3, 231-242.
16. Matysiak M.: Leczenie wspomagające w terapii dzieci z chorobami nowotworowymi. *Standardy Medyczne Pediatria*, 2012, 9, 3, 351-357.
17. Nasiłowska-Adamska B.: Profilaktyka i leczenie zaburzeń przewodu pokarmowego towarzyszących chemioterapii i radioterapii. *Hematologia*, 2011, 2, 2, 149-161.
18. Owsianowska J.: Opieka pielęgniarska nad pacjentem z białaczką. [w:] *Pielęgniarstwo internistyczne*, pod red. Jurkowska G., Łagoda K., Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, 628-635.
19. Fernandez H.: New trends in the standard of care for initial therapy of acute myeloid leukemia. *Hematology Am. Soc. Hematol. Educ. Program*, 2010, 56-61.
20. Robak T., Wierzbowska A.: Current and emerging therapies for acute myeloid leukemia. *Clin. Ther.s*, 2009, 31, 2, 2349-2370.
21. Wierzbowska A., Czemerska B.: Ostra białaczka szpikowa u osób w wieku podeszłym. *Acta Haematol. Pol.*, 2013, 4, 2, 75-84.

22. Niedzielska E., Węclawek-Tompol J., Kazanowska B.: Leczenie podtrzymujące remisję u pacjentów z ostrymi białaczkami. Działania niepożądane chemioterapii. *Standardy Medyczne Pediatra*, 2011, 8, 3, 432-440.
23. Hołowiecki J.: Przeszczepienie komórek krwiotwórczych w ostrych białaczkach szpikowych. *Acta Haematol. Pol.*, 2011, 42, 2, 117-125.
24. Gil L.: Allogeniczne przeszczepienie krwiotwórczych komórek macierzystych w leczeniu chorych z ostrą białaczką szpikową. *Hematologia* 2011, 2, 3, 266-275.
25. Konopka P.: Terapia żywieniowa przy dolegliwościach spowodowanych chemo- i radioterapią. [w:] *Rak, układ odpornościowy a odżywianie*. Konopka P. MedPharm Polska, Wrocław, 2009, 63-64.
26. Wieczorek-Chełmińska Z.: Dieta w chemioterapii. [w:] *Żywnienie w chorobach nowotworowych*. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa. 2006, 77-85.
27. Jakubowska A., Faleńczyk K.: Nudności i wymioty jako skutek uboczny chemioterapii – opieka pielęgniarska. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2003, 2, 129-131.
28. Kaźmierczak B.: Problemy pielęgnacyjne pacjentów w trakcie chemioterapii. [w:] *Problemy pielęgnacyjne pacjentów z chorobą nowotworową*, pod red. Koper A., Wrońska I., Wyd. Czelej, Lublin 2003, 7-19.
29. Samardakiewicz M., Kowalczyk J.: Opieka psychoonkologiczna nad pacjentem leczonym hematologicznie w okresie nastoletnim i wczesnej dorosłości. *Hematologia*, 2011, 2, 1, 51-56.
30. Górajek-Jóźwik J.: Istota pielęgnowania zindywidualizowanego. [w:] *Podstawy pielęgniarstwa*, pod red. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K., Wydawnictwo Czelej, Lublin. 2004, 211-221.
31. Szewczyk M., Cierzniańska K., Stodolska A., i współ.: Proces pielęgnowania jako metoda pracy. *Przew. Lek.*, 2005, 4, 84-91.

PACJENT W SYTUACJI TRUDNEJ – Z ROZPOZNANYM WSTRZĄSEM HIPOWOLEMICZNYM

Natalia Czerniawska¹, Krystyna Kowalczyk², Regina Sierżantowicz³, Elżbieta Krajewska – Kulak²

1. Samodzielny Szpital Miejski im. PCK w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wprowadzenie

Wstrząs jest zespołem objawów klinicznych powstających, gdy autoregulacyjne mechanizmy ustroju nie są w stanie zapewnić prawidłowego przepływu krwi przez ważne dla życia narządy i tkanki [1]. Niezależnie od pierwotnej przyczyny, dochodzi do niewydolności układu krążenia z niedostatecznym przepływem krwi przez tkanki i zaburzenia równowagi pomiędzy dostarczeniem tlenu i innych substancji odżywczych do tkanek a zużyciem tlenu. Jest to przyczyną ogólnoustrojowych zaburzeń metabolicznych, kwasicy i postępującego uszkodzenia komórek. W wyniku zaburzenia czynności komórek ciężkie uszkodzenie narządów powoduje, że wstrząs jest stanem zagrażającym życiu [2,3]. W medycynie ratunkowej wstrząs jest dość częstym zjawiskiem, natomiast nie zawsze jest jednostką chorobową spowodowaną tym samym czynnikiem. Literatura podaje różne kryteria podziału wstrząsu.

W zależności od przyczyny można wyróżnić następujące rodzaje wstrząsu [1, 4, 6,16,17]:

- hipowolemiczny spowodowany jest zmniejszeniem się objętości krwi w wyniku utraty: krwi na zewnątrz lub do wewnątrz, najczęściej do jamy brzusznej lub miednicy (krwotok, rozległe i/lub wielomiejscowe złamanie), płynu bogatego w białko, zbliżonego składem do osocza przez ranę oparzeniową, która może sięgać nawet 7 litrów/dobę (rozległe oparzenia, wysoka temperatura) wody i elektrolitów (niedrożność jelit, wymioty, biegunka)
- kardiogeny jest to zespół objawów wstrząsu spowodowany schorzeniami serca. Najczęstsze przyczyny wywołujące tego rodzaju wstrząs to [10]: Zawał mięśnia sercowego, niewydolność serca po zabiegu kardiochirurgicznym, uraz serca, kardiomiopatia, zapalenie mięśnia sercowego

- dystrybucyjny: neurogeny spowodowany może być uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego, znieczuleniem podpajęczynówkowym lub przedawkowaniem leków. Dochodzi wówczas do utraty napięcia współczulnego odpowiedzialnego za utrzymanie odpowiedniego oporu naczyniowego.
- Septyczny jego przyczyną najczęściej jest zakażenie bakteriami Gram-ujemnymi, może towarzyszyć takim chorobom jak posocznica, zapalenie otrzewnej czy zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych

Wstrząs anafilaktyczny powstaje w wyniku reakcji uczuleniowej, związany jest z wydzielaniem histaminy, która wpływa na wzrost przepuszczalności naczyń włosowatych. Poza charakterystycznymi objawami wstrząsu mogą wystąpić takie objawy jak obrzęk krtani, skurcz oskrzeli i obrzęk naczyniowy. Czynnikiem najczęściej wywołującym wstrząs uczuleniowy są leki, środki kontrastowe, preparaty krwi lub ukąszenie przez owady błonkoskrzydłe.

Przyczyną wstrząsu hormonalnego może być przełom nadnerczowy, przełom tarczycowy

Objętość krwi u dorosłego człowieka stanowi 6,0-6,6% masy ciała, natomiast całkowita objętość płynów ustrojowych stanowi 60% beztłuszczowej masy ciała [1, 2, 5].

Utrata 40% krwi krążącej może stanowić zagrożenie życia, mimo iż odpowiada utracie zaledwie 5% płynów ustrojowych (Tab I).

Tabela I. Zależność między całkowitą ilością płynów ustrojowych, a objętością krwi krążącej u osoby dorosłej Źródło: [1]

Płyn	Mężczyźni [ml/kg mc.]	Kobiety [ml/kg mc.]
Całkowita objętość płynów ustrojowych	600	500
Krew pełna	66	60
Osocze	40	36
Erytrocyty	26	24

Gwałtowne zmniejszenie objętości wewnątrznaczyniowej powoduje uczynnienie odruchów współczulnych i nerwowych co prowadzi do zmiany napięcia naczyń, pobudzenia współczulnego układu nerwowego i rdzenia nadnerczy za czym idzie szereg mechanizmów kompensacyjnych takich jak: uwalnianie endogennych amin katecholowych, hormonu antydiuretycznego, kortykotropiny i kortyzolu oraz aktywacja układu renina-angiotensyna-aldosteron[19,20].

Jednym z mechanizmów obronnych jest centralizacja krążenia polegająca na obkurczeniu naczyń obwodowych, przyspieszeniu czynności serca i wzmocnieniu siły skurczu mięśnia sercowego, ma to na celu kompensację obniżonego ciśnienia tętniczego i pojemności minutowej serca. Centralizacja ma zapewnić odpowiednią perfuzję narządów decydujących o przeżyciu w warunkach krytycznych czyli łożysko wieńcowe, mózgowie, przepony i nadnerczy kosztem naczyń skórnych, mięśni szkieletowych, krążenia trzewnego a w czasie ciężkiego krwotoku także nerkowego. Wg autorów pracy pogładowej pt. „Wstrząs urazowy – problemy współczesnej medycyny i zdrowia publicznego” mechanizmy kompensacyjne są w stanie utrzymać hemostazę ustroju przy utracie objętości krwi poniżej 35%. Przy większej utracie mechanizmy kompensacyjne wyczerpują się i dochodzi do zmian wynikających z dekompensacji. W skutek pogłębiającego się niedotlenienia tkanek uwalniane są mediatory takie jak metabolity kwasu arachidonowego (leukotrieny, tromboksany), cytokiny prozapalne (TNF- α , IL-1, IL-6) [1].

Jest to przyczyną uszkodzenia śródbłonna naczyniowego, powstania miejscowej i uogólnionej reakcji zapalnej wraz ze zwolnieniem przepływu krwi oraz aktywację wykrzepiania wewnętrznego (DIC). Zaburzenie funkcjonowania barier biologicznych, w szczególności bariery jelitowej, może wywołać przenikanie toksyn bakteryjnych do krwiobiegu. Dostająca się do krwioobiegu endotoksyna jest najsilniejszym bodźcem stymulującym reakcje układu fagocytów jednojądrzastych, zapoczątkowującą uogólnioną reakcję zapalną (SIRS). Nasilająca się niewydolność narządów prowadzi do zespołu dysfunkcji wielonarządowej, który może doprowadzić do zgonu. Reakcja kompensacyjna oraz zastosowana terapia może doprowadzić do normalizacji krążenia i ustąpienia zmian w mikrokrążeniu jeśli przyczyna wstrząsu zostanie opanowana [5].

Objawy wstrząsu

Objawy kliniczne wstrząsu zależą od szybkości i objętości utraconej krwi oraz indywidualnej reakcji chorego na tę utratę. Objawy kliniczne hipowolemii mogą wystąpić dopiero po utracie powyżej 30% objętości wewnątrznaczyniowej [1].

Pierwsze pojawiające się objawy zmniejszonej perfuzji tkankowej [12]:

- błądność powłok skórnych
- ochłodzenie skóry głównie w dystalnych częściach ciała
- oliguria (anuria)
- zaburzenie ze strony ośrodkowego układu nerwowego tj. splątanie lub w cięższej

postaci wstrząsu pobudzenie

Aktywacja reakcji współczulno-nadnerczowej daje w rezultacie wystąpienie wtórnych objawów przedmiotowych [12]:

- tachykardii
- pocenia się
- spadku ciśnienia.

Pacjent będący w stanie wstrząsu hipowolemicznego posiada szereg objawów, które mogą sugerować rozpoznanie tej jednostki chorobowej [6].

Ogólne objawy wstrząsu [6]:

- spadek ciśnienia tętniczego skurczowego poniżej 90mmHg,
- tachykardia,
- tętno nitkowate,
- błądź i ochłodzenie skóry,
- pocenie się,
- sinica obwodowa,
- przyspieszenie oddechu,
- zaburzenia świadomości,
- zmniejszenie diurezy.

Klasyfikacja wstrząsu

Amerykańskie Towarzystwo Chirurgów (*American College of Surgeons*) na podstawie procentowej objętości utraconej krwi wyróżnia cztery stopnie ostrej utraty krwi [5, 7, 12]:

- Stopień I: utrata do 15 % całkowitej objętości krwi. Ten stopień utraty krwi jest zwykle całkowicie wyrównany przez wypełnienie włośniczkowe. Ponieważ całkowita objętość krwi pozostaje zachowana, objawy kliniczne są niewielkie lub nie występują.
- Stopień II: utrata 15-30 % krwi krążącej, w przybliżeniu 800-1500 ml u osoby o masie ciała 70kg. Objawy obejmują przyspieszoną akcję serca, przyspieszony oddech, niepokój, wydłużony czas wypełniania naczyń kapilarnych.
- Stopień III: utrata 30-40% całkowitej objętości krwi. Oznacza ona początek niewyrównanego wstrząsu hipowolemicznego, w którym odruchowy skurcz naczyń już nie wystarczy, aby utrzymać dostateczne ciśnienie tętnicze krwi i perfuzję narządów. Następstwem klinicznym jest hipotonia i zmniejszone wydzielanie moczu . W tym stanie odruchowy skurcz naczyń systemowych może być osłabiony lub w ogóle nie

wystąpić, doprowadzając do bardzo dużego spadku ciśnienia.

- Stopień IV: utrata >40% całkowitej objętości krwi. Występuje znaczna tachykardia, wyraźny spadek ciśnienia krwi, brak diurezy, obniżony poziom świadomości, zimna lepka skóra i wygląd jawnego wstrząsu. Utrata świadomości, ciśnienia krwi i pulsu występuje w razie przeszło 50% krwi krążącej. głęboka hipotonia i znaczna oliguria , które mogą być nieodwracalne.

Opracowano wiele wskaźników oceny głębokości wstrząsu, jednym z prostszych i powszechnie dostępnych jest wskaźnik wstrząsowy Allgowera [11]:

$$\text{Wskaźnik wstrząsowy} = \frac{\text{Tętno/minutę}}{\text{Ciśnienie tętnicze skurczowe (w mmHg)}}$$

Leczenie wstrząsu

Leczenie wstrząsu hipowolemicznego należy rozpocząć od ustalenie przyczyny hipowolemii [3, 8, 12,17].

Jeśli doszło do nagłego krwawienia w pierwszej kolejności należy ustalić źródło i charakter krwawienia po czym niezwłocznie zatamować masywny krwotok, aby uniknąć dalszej utraty krwi.

Podstawowym leczeniem jest wyrównanie ubytku płynów ustrojowych poprzez przetoczenie płynów krwiozastępczych lub krwi pełnej.

Niezwłocznie należy rozpocząć monitorowanie stanu pacjenta. Pierwszym wskaźnikiem który może świadczyć o nieprawidłowym stanie organizmu jest zabarwienie, ocieplenie oraz wilgotność skóry jak również błon śluzowych. Niezbędna jest ocena ciśnienia tętniczego skurczowego, rozkurczowego i średniego, oraz tętna co pozwala wstępnie ocenić jak duży jest ubytek krwi. W warunkach szpitalnych aby dokonać pomiaru ciśnienia panującego w dużych naczyniach żylnych należy wykonać pomiar ośrodkowego ciśnienia żylnego za pomocą cewnika Swana-Ganza.

Wydolność oddechowej pacjenta może być rozpoznana poprzez obserwację i ocenę częstości i charakteru oddechów jak również wysycenie hemoglobiny tlenem za pomocą pulsoksymetru. U pacjentów we wstrząsie hipowolemicznym nieodzownym elementem jest prowadzenie bilansu płynów i stała kontrola diurezy godzinowej.

Dodatkowo można ocenić powrót krążenia włośniczkowego poprzez ucisk na płytkę paznokciową poszkodowanego.

W badaniach laboratoryjnych po za wymienionymi wcześniej parametrami należy również ocenić gazometrię, kwasice metaboliczną, niedobór zasad, poziom mleczanów oraz poziom dwuwęglanów.

Stan świadomości pacjenta można ocenić na podstawie opracowanych skal. Do najczęściej używanych zalicza się:

- AVPU, za jej pomocą można określić tylko stan przytomności pacjenta, co przedszpitalnie jest bardzo potrzebną informacją. W literaturze używa się polskiego zamiennika literowego – PGBN
- GCS – Glasgow ComaScale, która została opracowana do oceny stanu przytomności. Za pomocą punktów ocenia się reakcję ruchową, reakcję słowną oraz otwieranie oczu przez pacjenta.

W terapii wstrząsu dąży się do uzyskania następujących parametrów: [1] OCŻ 8-12mmHg, MAP \geq 65mmHg, diureza \geq 0,5ml/kg mc./h, wysycenie Hb tlenem \geq 70%, stężenie mleczanów $<$ 4 mmol/l.

Tlenoterapia-utrzymanie drożności dróg oddechowych jest niezbędnym elementem w postępowaniu z osoba będącą we wstrząsie. Przy zachowanym oddechu własnym wszyscy chorzy w stanie wstrząsu powinni oddychać powietrzem wzbogaconym w tlen. Często konieczna może się okazać intubacja dotchawicza i wdrożenie wentylacji mechanicznej.

Płynoterapia we wstrząsie hipowolemicznym-wypełnienie łożyska naczyniowego ma podstawowe znaczenie w leczeniu wstrząsu, które ma na celu normalizację pojemności minutowej serca i przepływu tkankowego. Należy jak najszybciej jeśli to możliwe uzyskać co najmniej dwa dostępy donaczyniowe w kończynach górnych o szerokim świetle (14-16G). W sytuacji gdy nie ma możliwości założenia dostępu do żył obwodowych, należy uzyskać dostęp do żyły centralnej.[5]

Płyny stosowane w leczeniu wstrząsu [2, 5, 9, 12,]:

1. Krystaloidy: (Sól fizjologiczna, roztwory Ringera, normosol) są płynami pierwszego rzutu w stanie wstrząsu. Ich skład jest zbliżony do płynu przestrzeni pozakomórkowej, głównym ich składnikiem jest kation sodowy. W przestrzeni wewnątrz naczyniowej, pozostaje jedynie ok. 20% objętości przetoczonych krystaloidów, natomiast pozostała część zwiększa ilość płynu zewnątrzkomórkowego.

Wskazane jest przetoczenie 3ml płynu na każdy 1ml utraconej krwi.

Jeśli stan pacjenta poprawia się, należy kontynuować podaż krystaloidów do uzyskania prawidłowych parametrów.

2. Koloidy: (osocze, albuminy, dekstran, hydroksyetyloskrobia) dłużej niż krystaloidy pozostają w przestrzeni wewnątrznacyniowej, dzięki czemu zwiększają objętość osocza, najkorzystniej wpływają na zwiększenie rzutu serca. Wada koloidów jest m.in. zaburzenie krzepliwości krwi, ryzyko anafilaksji oraz nasilenie obrzęków przy uszkodzonych śródbłonkach naczyń.
3. Preparaty krwiopochodne: (krew pełna, masa erytrocytarna) są lekami uzupełniającymi płynoterapię, gdyż w przeciwieństwie do wyżej opisanych płynów te mają za zadanie zwiększenie ilości hemoglobiny i składników krzepnięcia, a nie uzupełnienie łożyska naczyniowego.

Wskazanie do przetoczenia koncentratu krwinek stanowią:

- stężeniu Hb < 4,34 mmol/l (7,0 g/dl)
- narastająca tachykardia
- ciężka desaturacja mieszanej krwi żyłnej
- dysfunkcja serca
- zaawansowana choroba wieńcowa
- ciężka kwasica mleczanowa

Tabela IV. Zasady leczenia płynami w zależności od utraty krwi krążącej, Źródło [20]

	Klasa I	Klasa II	Klasa III	Klasa IV
% utraty krwi	Do 15%	Do 30%	Do 40%	>40%
Objętość utraconej krwi	Do 750 ml	750-1500ml	1500-2000ml	>2000ml
Płynoterapia wg. reguły 3:1	Krystaloid/koloid	Krystaloid/koloid	Krystaloid/koloid plus KKCz	Krystaloid/koloid plus KKCz

Farmakoterapia wstrząsu hipowolemicznego:-Aminy katecholowe są lekami z wyboru wleczeniu wstrząsu. [1, 14]

- Norepinefryna – działając na receptory α w naczyniach wywołuje ich skurcz, podnosi ciśnienie krwi i powoduje spadek przepływu obwodowego. We wstrząsie podawana jest w celu utrzymania ciśnienia tętniczego
- Dopamina – zwiększa siłę skurczu i częstość rytmu serca, w większych dawkach wpływa na wzrost ciśnienia tętniczego krwi. Jako jedyny lek z tej grupy poprawia

perfuzję w nerkach

- Epinefryna - kurczy mięśnie gładkie naczyń krwionośnych, zwiększa zużycie tlenu.

Zdania pielęgniarki w opiece nad pacjentem we wstrząsie hipowolemicznym

Zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentem we wstrząsie hipowolemicznym polegają na intensywnym nadzorze stanu zdrowia, który umożliwia szybkie rozpoznanie u pacjenta rozpoczynających się lub trwających zaburzeń i możliwie szybkie przywrócenie stanu fizjologicznego organizmu. [2]

Czynności leczniczo-pielęgnacyjne, wykonywane przez personel pielęgniarski wykonywane są zgodnie ze standardami i procedurami medycznymi obowiązującymi w danym oddziale z uwzględnieniem:

- założenia kaniuli do żył obwodowych (dwa wkłucia), asystowanie lekarzowi podczas zakładania centralnego wkłucia dożylnego
- pobrania krwi do badań na pisemne zlecenie lekarza,
- przetaczania krystaloidów, koloidów, płynów krwiozastępczych lub krwi na zlecenie lekarza, oraz stała obserwacja pacjenta podczas ich podaży jak również po jej zakończeniu,
- podawanie leków przeciwbólowych, przeciwzapalnych na zlecenie lekarza,
- prowadzenie stałej kontroli podstawowych parametrów życiowych
- zapewnienie drożności dróg oddechowych, podanie tlenu na pisemne zlecenie lekarza, wykonaniu toalety drzewa oskrzelowego,
- założenie cewnika do pęcherza moczowego (monitorowanie diurezy godzinowej oraz dobowej zbiórki moczu),
- ocenę stanu klinicznego chorego w zakresie:
- ośrodkowego układu nerwowego stanu świadomości (wg skali Glasgow),
- układu oddechowego (ilość oraz głębokość oddechów, saturacja),
- układu krążenia: ciśnienia tętniczego krwi, pomiaru tętna, obserwacji pod kątem rozpoznania obrzęków (rozmiar, symetria),
- skóry i błon śluzowych (zabarwienia, temperatury, napięcia, wilgotności, występowania zmian patologicznych),
- zadania pielęgniarskie polegające na:

- zapewnieniu odpowiedniego odżywiania, polegającego na wyborze odpowiedniej techniki karmienia, w zależności od stanu świadomości pacjenta oraz wskazań lekarskich,
- utrzymaniu higieny osobistej pacjenta,
- zapobieganiu powikłaniom wynikającym z długotrwałego unieruchomienia,
- przestrzeganiu praw pacjenta
- zapewnienie potrzeby bezpieczeństwa,
- udzielaniu wsparcia emocjonalnego oraz informacyjnego rodzinie poszkodowanego,
- zaangażowanie w proces pielęgnowania pacjenta, w miarę możliwości jego rodzinę,
- pomocy pacjentowi i jego rodzinie w powrocie do zdrowia i jego środowiska,
- okazanie cierpliwości i tolerancji w przypadkach zachowań patologicznych wynikających ze stanu chorobowego (np. agresja, kłótność, niechęć do współpracy itp.),
- nawiązywanie kontaktu z chorym przy każdej czynności przy nim wykonywanej
- dokumentowanie podjętych działań leczniczo – pielęgnacyjnych.

Celem pracy było - Ustalenie indywidualnego planu opieki dla pacjenta z rozpoznaniem wstrząsem hipowolemicznym. określenie roli pielęgniarki w opiece nad pacjentem we wstrząsie hipowolemicznym.

Material i metodyka badań

Badaniem objęto pacjenta z rozpoznaniem wstrząsem hipowolemicznym, który został przyjęty do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku.

Materiał do badań zebrano w oparciu o obserwację pielęgniarską, pomiary bezpośrednie i pośrednie oraz analizę dokumentacji medycznej. W celu postawienia diagnozy pielęgniarskiej oraz ustalenia zasad postępowania został opracowany proces pielęgnowania.

Opis przypadku

Pacjent G.M. lat 54 przyjęty do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w trybie nagłym. Z powodu obrażeń ciała doznanych w wyniku przygniecenia przez drzewo. Przy przyjęciu chory przytomny, 15 punktów w skali Glasgow, określającej stan przytomności. Ułożony na desce ortopedycznej, z założonym kołnierzem ortopedycznym, zgłaszający bolesność okolicy lędźwiowej oraz miednicy. W badaniu

fizykalnym stwierdzono prawidłowy szmer płucny nad polami płucnymi, symetryczny, oddech własny z tlenoterapią bierną. Czynność serca miarowa ok 55 uderzeń / minutę, RR 140/90mmHg. Brzuch napięty, tkliwy w podbrzuszu, miednica bolesna w badaniu palpacyjnym. Wykonano badanie trauma KT podczas którego stwierdzono złamanie wyrostków poprzecznych L3-L4, złamanie wyrostków kolczystych L3-L5, wieloodłamowe złamanie talerzy biodrowych i trzonów kości biodrowych obejmujących panewkę stawu biodrowego po stronie prawej, złamanie kości krzyżowej i kości guzicznej. USG i angio-KT jamy brzusznej wykazało krwawienie z tętnicy wewnętrznej prawej. Pacjentowi przeciwbólowo podano drogą dożylną Morfinę następnie Fentanyl.

Pacjenta poddano konsultacji przez lekarza ortopedę, chirurga ogólnego i naczyniowego, po czym zakwalifikowano do leczenia zachowawczego.

Na oddziale założono wkłucie obwodowe w prawe zgięcie łokciowe po czym pobrano krew na zlecone badania: grupa krwi, próba krzyżowa, morfologia, gazometria, układ krzepnięcia, mocznik, kreatynina, bilirubina, ALAT, ASPAT, CK, CK-MB, amylaza, CRP, troponina, prokalcytonina i poziom elektrolitów, założono też wkłucie do żyły szyjnej wewnętrznej prawej i lewej, wkłucie centralne do żyły podobojczykowej prawej oraz wkłucie tętnicze do tętnicy promieniowej prawej. Następnie założono cewnik do pęcherza moczowego i pobrano mocz do badania ogólnego. Do żołądka pacjenta wprowadzono sondę.

W dniu obserwacji pacjenta w SOR stan chorego uległ pogorzeniu, rozwijały się objawy wstrząsu i niewydolności oddechowej. Ciśnienie tętnicze krwi uległo obniżeniu do 80/60 mmHg, natomiast tętno wzrosło do 130 uderzeń/min. Skóra pacjenta była blada i chłodna, temperatura ciała wynosiła 34,6°C. Saturacja pacjenta utrzymywała się na poziomie 90-95%, pacjent został zaintubowany, włączono tlenoterapię czynną oraz zintensyfikowano leczenie przeciwwstrząsowe poprzez podanie płynów uzupełniających łożysko naczyniowe, preparatów krwiopochodnych oraz włączono wlew amin katecholowych. W terapii zastosowano 0,9% NaCl, PWE, 10% roztwór glukozy, KKCz, FFP, Krioprecypitat. Wdrożono też antybiotykoterapię zlecono Metronidazol, Ampicylinę, Proxacin. Podano również Hydrokortyzon, 10% CaCl, 15% KCl i Furosemid, Vit B1 oraz szczepionkę przeciw tężcową.

O godzinie 17:40 doszło do zatrzymania krążenia w mechanizmie PEA, podjęto czynności resuscytacyjne które przerwano po ok. 20 minutach z powodu powrotu hemodynamicznej czynności serca.

Pacjenta poddano ponownej konsultacji chirurgicznej po czym zakwalifikowano do leczenia operacyjnego. Wykonano laparotomię w której uwidoczniono miejsce krwawienia, jednocześnie wykonano zabieg embolizacji. Chorego w stanie krytycznym z ciągłym wlewem Sufentanylu i Propofoluwentylowano mechanicznie z układem krążenia stabilizowanym Dopaminą, Adrenaliną, Levonorem i Atropiną. Pacjenta z sali operacyjnej ponownie przewieziono na SOR gdzie stan chorego pogarszał się pomimo intensywnych przetoczeń preparatów krwiopochodnych. Dwukrotnie doszło do ponownego zatrzymania krążenia ze skutecznymi czynnościami resuscytacyjnymi.

Tabela V. Proces pielęgnowania pacjenta we wstrząsie hipowolemicznym

Problem pielęgnacyjny	Cel opieki	Planowanie opieki	Realizacja	Ocena
Możliwość wystąpienia ponownego zatrzymania krążenia	Wczesne rozpoznanie zatrzymania krążenia.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorowanie podstawowych parametrów życiowych (tętno, ciśnienie tętnicze metodą pośrednią i bezpośrednią, kontrola parametrów oddechowych, temperatura ciała, zabarwienie powłok skórnych) 2. Stałe monitorowanie zapisu EKG. 3. Ocena stanu świadomości w skali GCS. 4. Zapewnienie i utrzymanie dostępu dożylnego umożliwiającego szybką realizację zleceń lekarskich. 5. W sytuacji wystąpienia zatrzymania krążenia, wczesne rozpoczęcie czynności resuscytacyjnych (masaż pośredni serca, leki wspomagające krążenie, prowadzenie oddechu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorowano podstawowe parametry życiowe co 15 minut: <ul style="list-style-type: none"> ➤ HR – 130/min ➤ RR – 80/60 mmHg ➤ Oddech – 30/min ➤ Saturacja – 90-85% ➤ Temperatura ciała 34,6°C ➤ Rytm serca miarowy ➤ Skóra pacjenta biała 2. Oceniano stan świadomości wg GCS co 15 min, biorąc pod uwagę otwieranie oczu, reakcję słowną oraz ruchową. 3. Pacjent został zaintubowany, wdrożono tlenoterapię czynną. 4. Założono sondę żołądkową. 	Wcześniej rozpoznano zatrzymanie krążenia, po czym niezwłocznie rozpoczęto czynności resuscytacyjne. Powróciła funkcja hemodynamiczna serca.

		<p>zastępczego)</p> <p>6. Zapewnienie drożności dróg oddechowych.</p> <p>7. Zapobieganie zachłyśnięciu kwaśną treścią pokarmową.</p>		
<p>Możliwość wystąpienia zaburzeń ze strony układu sercowo-naczyniowego z powodu zmniejszonej ilości krwi krążącej.</p>	<p>Niedopuszczenie do wystąpienia zaburzeń ze strony układu krążenia.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorowanie podstawowych parametrów życiowych (tętno, ciśnienie tętnicze, ilość oraz jakość oddechu, ocena oksygenacji tkanek obwodowych, temperatura ciała). 2. Kontrolowanie tętna obwodowego na kończynach oraz zabarwienia i ciepłoty skóry. 3. Podanie leków zgodnie ze zleceniem lekarskim. 4. Kontrola bilansu wodno-elektrolitowego. 5. Kontrola diurezy. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pacjent znajdował się pod stałą obserwacją. Monitorowano RR, HR, SpO₂, CO₂, rytm serca. 2. Prowadzono obserwację pod kątem wystąpienia zaburzeń ze strony układu sercowo-naczyniowego. 3. Zostały poddane leki wspomagające krążenie (Adrenalina, Levonor, Dopamina, Atropina) dożylnie, zgodnie z karta zleceń. 4. Prowadzono bilans wodny (ilość płynów przyjętych 19630ml, ilość moczu w worku 400ml) 5. Wykonano badania krwi pod kątem poziomu elektrolitów (sód, potas, chlorki, fosforany, magnez, wapń, amoniak) 	<p>Wystąpiło nagle zatrzymanie krążenia. Powróciła funkcja hemodynamiczna serca.</p>
<p>Możliwość wystąpienia niewydolności ważnych życiowo narządów</p>	<p>– Wczesne rozpoznanie objawów niewydolności wielonarządowej.</p> <p>– Przywrócenie</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kontrola parametrów tętna i ciśnienia celem oceny ilości krwi krążącej. 2. Ocena stanu świadomości. 3. Ocena zabarwienia powłok skórnych. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prowadzono ciągłą obserwację parametrów krążenia: HR 130 uderzeń/min, RR 80/60 mmHg, rytm serca miarowy. 2. Ocena stanu świadomości utrzymująca się na poziomie 3 pkt 	<p>Objawy nasilały się, stan pacjenta ulegał pogorszeniu.</p>

	do stanu prawidłowej objętości krwi krążącej i utrzymanie prawidłowego ukrwienia nerek, mózgu i innych narządów wewnętrznych.	<ol style="list-style-type: none"> 4. Pobieranie krwi do badań wg. zleceń lekarskich. 5. Prowadzenie bilansu płynów. 	<p>w GCS.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Zabarwienie powłok skórnych bladoszare. 4. Pobrano krew do badań: morfologia, gazometria, układ krzepnięcia, mocznik, kreatynina, bilirubina, ALAT, ASPAT, CK, CK-MB, amylaza, CRP, troponina, prokalcytonina, grupę krwi i krzyżówkę, poziom elektrolitów (sód, potas, chlorki, fosforany, magnez, wapń, amoniak) oraz mocz do badania ogólnego. 5. Prowadzono bilans płynów (ilość płynów przyjętych 19630ml, ilość moczu w worku 400ml). 	
Możliwość zwiększenia stopnia hipowolemii oraz wystąpienia zaburzeń wodno-elektrolitowych	Zapobieganie pogłębiania się stopnia hipowolemii, oraz przeciwdziałanie wystąpieniu zaburzeń wodno-elektrolitowych.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prowadzenie karty bilansu płynów. 2. Pomiar ilości utraconych płynów. 3. Kontrola stanu nawodnienia (ocena skóry i błon śluzowych, wypełnienia żył szyjnych) 4. Pobieranie krwi do badań na stężenie elektrolitów oraz hematokrytu. 5. Prowadzenie bilansu płynów (diurezy godzinowej oraz dobowej zbiórki moczu) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prowadzono bilans płynów (ilość płynów podanych drogą dożylną wynosi 19630 ml, ilość płynów utraconych z moczem 400 ml). 2. Pobrano krew do badań morfologia, gazometria, układ krzepnięcia, mocznik, kreatynina, bilirubina, ALAT, ASPAT, CK, CK-MB, amylaza, CRP, troponina, prokalcytonina, grupę krwi i krzyżówkę, poziom elektrolitów (sód, potas, chlorki, fosforany, magnez, wapń, amoniak) 3. Podano płyny uzupełniające łożysko naczyniowe, oraz 	Hipowolemia oraz zaburzenia wodno-elektrolitowe ulegały nasileniu, stan pacjenta pogarszał się.

		<p>6. Wczesne wykrycie i wyrównanie zaburzeń wodno-elektrolitowych zgodnie ze zleceniem lekarskim</p> <p>7. Podawanie płynów infuzyjnych, preparatów krwiozastępczych oraz elektrolitów wg. Zlecenia.</p> <p>8. Obserwacja podstawowych parametrów życiowych (RR, HR, oddech, SpO₂, EKG)</p>	<p>preparaty krwi wg. zlecenia lekarskiego (4000ml NaCl 0,9%, 2000ml PWE, 12j. KKCz, 7j. krioprecypitat, 2j. FFP, 6j. KKP, Beriplex).</p> <p>4. Podano leki zgodnie ze zleceniem lekarskim (20ml 10% CaCl, 20ml 15% KCl, 8,4% NaHCO₂, 500ml 10% Glukozy)</p>	
Ryzyko wystąpienia infekcji dróg oddechowych spowodowanych mechaniczną wentylacją	Zmniejszenie ryzyka wystąpienia infekcji oraz wczesne jej rozpoznanie.	<p>1. Utrzymywanie drożności i czystości rurki intubacyjnej.</p> <p>2. Wykonywanie systematycznej toalety jamy ustnej i drzewa oskrzelowego.</p> <p>3. Obserwacja pacjenta pod kątem wystąpienia objawów patologicznych.</p> <p>4. Stosowanie profilaktyki antybiotykowej wg. zleceń lekarskich.</p>	<p>1. Wykonywano toaletę jamy ustnej i drzewa oskrzelowego, oraz odsysano wydzielinę z rurki intubacyjnej 3 razy w ciągu doby a także w razie potrzeby.</p> <p>2. Kontrolowano częstości, miarowości, i charakter oddechów.</p> <p>3. Podano Metronidazol, Ampicylinę i Proxacin drogą dożylną.</p>	W trakcie obserwacji rurka intubacyjna pozostawała czysta, nie zaobserwowano objawów wystąpienia infekcji.
Możliwość nieprawidłowego wzrostu tkanek	1. Zapobieganie przemieszczeniom złamań.	<p>1. Prawidłowa stabilizacja odłamków kostnych.</p> <p>2. Kontrola procesu zrastania</p>	<p>1. Założono pas stabilizujący miednicę.</p> <p>2. Ułożono pacjenta na półtwardym łóżku.</p>	Nie zaobserwowanie niepokojących objawów.

kostnych.	2. Niedopuszczenie do niewłaściwego zrostu kości.	tkanek kostnych.	3. Ograniczono manipulację przy pacjencie, tylko do koniecznego minimum. 4. Spokojne i delikatne wykonywano czynności pielęgnacyjne.	
Ból spowodowany licznymi złamaniami.	Minimalizacja dolegliwości bólowych.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Podawanie leków p/bólowych zgodnie z kartą zleceń lekarskich. 2. Stosowanie udogodnień takich jak wałki poduszki w celu wygodniejszego ułożenia pacjenta w łóżku. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Podano leki wg zleceń lekarskich (Fentanyl 0,1 mg., Morfina 10 mg. i.v.). 2. Delikatne wykonywanie wszelkich zabiegów pielęgnacyjnych 3. Obserwacja parametrów życiowych tętna i ciśnienia tętniczego, których wzrost może sugerować wzrost bólu. 4. Pacjenta ułożono w pozycji leżącej na plecach 	Dolegliwości bólowe nie ustąpiły.
Możliwość zakażenia rany operacyjnej.	Niedopuszczenie do zakażenia rany.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obserwacja rany pod kątem wystąpienia cech zapalnych (obrzęk, zaczerwienienie, ocieplenie okolicy rany, wystąpienie treści ropnej). 2. Zapewnienie higieny osobistej. 3. Obserwacja procesu gojenia rany. 4. Zachowanie zasad aseptyki i antyseptyki podczas zmiany opatrunku. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obserwowano ranę i opatrunek (opatrunek suchy) 2. Zmiana opatrunku raz na dobę 3. Zachowano zasady aseptyki i antyseptyki podczas zmiany opatrunku. 	Nie wystąpiło zakażenie rany operacyjnej.

<p>Możliwość rozejścia się brzegów rany operacyjnej.</p>	<p>Niedopuszczenie do rozejścia się brzegów rany.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kontrola procesu gojenia rany. 2. Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki podczas zmiany opatrunków. 3. Zdjęcie szwów z rany operacyjnej po ok. 10-14 dniach od zabiegu zgodnie z zaleceniem lekarskim. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rana operacyjna kontrolowana podczas zmiany opatrunku. 2. Obserwowano opatrunek pod kątem pojawienia się krwi lub innych płynów ustrojowych. 	<p>Nie zaobserwowano niepokojących objawów.</p>
<p>Niebezpieczeństwo wystąpienia powikłań związanych z długotrwałym unieruchomieniem.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zapobieganie wystąpieniu odleżyn i/lub przykurczów. 2. Zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań zatorowo-zakrzepowych. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dbanie o czystość i suchość skóry. 2. Obserwacja skóry w miejscach narażonych na ucisk. 3. Podawanie zgodnie ze zleceniem heparyn drobnocząsteczkowych 4. Obserwacja kończyn w kierunku zakrzepicy (zasinienie, oziębienie) 5. Obserwacja pacjenta w kierunku duszności sugerującej zatorowość płucną 6. Prowadzenie ćwiczeń biernych po ustabilizowaniu stanu pacjenta. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wykonano toaletę ciała pacjenta: <ul style="list-style-type: none"> ➤ umyto ciało pacjenta, ➤ skóra została natłuszczona, zastosowano płyn p/odleżynowy PC30V, ➤ podczas toalety ciała obserwowano stan skóry, 2. Dbanie o czystość, suchość i wygładzenie bielizny pościelowej. 	<p>Nie wystąpiły niepokojące objawy, nie zaobserwowano cech zakrzepowego zapalenia żył.</p>

<p>Ryzyko wystąpienia zakażenia w miejscu wkłucia obwodowego, centralnego i tętniczego</p>	<p>Niedopuszczenie do wystąpienia zakażenia.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dezynfekcja planowanego miejsca wkłucia środkiem odkażającym. 2. Obserwacja miejsca wprowadzenia kaniuli pod kątem cech zapalnych t.j.: zmiany zabarwienia, obrzęk ból, naciek. 3. Wymiana kaniuli co 48-72 godziny wraz z napisaniem nowej daty na opatrunku 4. Zmiana opatrunku, codziennie lub w razie potrzeby np. gdy opatrunek zostanie zamoczony, zabrudzony 5. Zapewnienie drożności kaniuli. 6. Zachowanie zasad aseptyki i antyseptyki w obsłudze kaniuli. 7. Prowadzenie dokumentacji o obserwacji wkłucia dożylnego 8. Regularne płukanie linii tętniczej, niedopuszczenie do zalegania krwi w linii. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zachowano zasady aseptyki i antyseptyki przy wprowadzeniu kaniuli do naczynia żylnego oraz dalszej obsłudze 2. Obserwowano miejsce wkłucia pod kątem cech zapalnych 3. Zmieniano opatrunek codziennie i w razie konieczności 	<p>Nie zaobserwowano zakażenia w miejscu wprowadzenia kaniuli do naczynia żylnego.</p>
<p>Możliwość wystąpienia zakażenia układu</p>	<p>1. Niedopuszczenie do wystąpienia zakażenia.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obserwacja ilości, zabarwienia oraz woni moczu, prowadzenie 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obserwowano wygląd oraz woń moczu (mocz przejrzysty, barwy słomkowej) 	<p>Nie zaobserwowano wystąpienia zakażenia.</p>

<p>moczowego z powodu założonego cewnika Foley'a do pęcherza moczowego</p>		<p>dokumentacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Zachowanie zasad aseptyki i antyseptyki podczas wymiany cewnika. 3. Staranna toaleta okolicy cewki moczowej. 4. Utrzymanie drożności cewnika. 5. Zwracanie uwagi, aby worek z moczem nie był nad poziomem pęcherza moczowego, 6. Przeprowadzanie okresowego badania moczu oraz posiewu z antybiogramem, 7. Prowadzenie bilansu płynów, 8. Podawanie na zlecenie lekarza leków oraz witaminy C i.v. w celu zakwaszenia moczu, 9. W przypadku wyciekania moczu wokół cewnika udrażnianie, ewentualnie wymiana cewnika 10. Wszystkie czynności wykonywane są zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki. 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Zachowano zasady aseptyki i antyseptyki podczas zakładania cewnika 3. Wykonano staranna toaletę okolicy krocza i cewki moczowej wodą z mydłem 	
----------------------------------------------------------------------------	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

<p>Brak możliwości samodzielnej pielęgnacji.</p>	<p>Zaspokojenie potrzeb biologicznych pacjenta.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ocena deficytu samoopieki i samopielęgnacji pacjenta 2. Wykonanie działań pielęgnacyjnych zapobiegających zmianom skórnym np. odleżyn, odparzeń poprzez dbanie o czystość skóry pacjenta, stosowanie np. talków, oliwek natłuszczających w celu ochrony skóry. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oceniono potrzeby i zdolności pacjenta do samoopieki i samopielęgnacji. 2. Wykonano czynności pielęgnacyjne. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pacjent całkowicie zależny od personelu. 2. Wykonano toaletę ciała pacjenta.
<p>Możliwość wystąpienia powikłań związanych z założoną sondą żołądkową.</p>	<p>Niedopuszczenie do wystąpienia powikłań</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wykonywanie toalety jamy ustnej. 2. Zabezpieczenie przed wysunięciem się sondy. 3. Sprawdzanie ułożenia i drożności sondy. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wykonano toaletę jamy ustnej. 2. Sonda została zabezpieczona. 3. Systematycznie oceniano położenie i drożność sondy. 	<p>Nie zaobserwowano wystąpienia powikłań.</p>

Wnioski

1. Najistotniejszymi problemami pacjenta we wstrząsie hipowolemicznym były: możliwość wystąpienia ponownego zatrzymania krążenia, możliwość wystąpienia zaburzeń ze strony układu sercowo-naczyniowego z powodu zmniejszonej ilości krwi krążącej, możliwość wystąpienia niewydolności ważnych życiowo narządów, możliwość zwiększenia stopnia hipowolemii oraz wystąpienie zaburzeń wodno-elektrolitowych, zmniejszenie ryzyka wystąpienia infekcji dróg oddechowych spowodowanych mechaniczną wentylacją, możliwość nieprawidłowego zrostu tkanek kostnych, ból spowodowany licznymi złamaniami, możliwość zakażenia rany operacyjnej, możliwość rozejścia się brzegów rany, niebezpieczeństwo wystąpienia powikłań związanych z długotrwałym unieruchomieniem, ryzyko wystąpienia zakażenia w miejscu wkłucia obwodowego i centralnego, możliwość wystąpienia zakażenia układu moczowego z powodu założonego cewnika Foleya do pęcherza moczowego, brak możliwości samodzielnej pielęgnacji, możliwość wystąpienia powikłań związanych z założoną sondą.
2. Opracowano indywidualny planu opieki oraz przeprowadzenie działań pielęgnacyjnych pozwoliło na objęcie pacjenta kompleksową opieką.

Bibliografia

1. Durek G.: Wstrząs. W: Wołowicka, L., Dyk D. Anestezjologia i Intensywna opieka. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, 203-212.
2. Kózka M.: Stany zagrożenia życia. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, 73-77.
3. Krajewska-Kułak E., Rolka H., Jankowiak B.: Standardy i procedury pielęgnowania chorych w stanach zagrożenia życia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, 196-206
4. Weinert M.: Anestezjologia. przeł. Kubler A., Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2008, 127-128.
5. Larsen R.: Anestezjologia, Kubler A. (red.), Wyd. 2, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2013, 884-885
6. Zawadzki A.: Medycyna ratunkowa i katastrof, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2006, 2007.

7. Strużyna J.: Wstrząs oparzeniowy. Wczesne leczenie oparzeń, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2006.
8. Kaszuba D., Nowicka A.: Pielęgniarstwo kardiologiczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2011.
9. Głuszek S.: Chirurgia. Wydawnictwo Czelej Sp. Z o.o., Lublin 2008, 144-145.
10. Noszczyk W.: Chirurgia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005, 66-73.
11. Rybicki Z.: Intensywna terapia dorosłych. Mekmed, Lublin 2009.
12. Krajewski W., Wieczorek A., Tokarz A.: Terapia hipowolemii przy braku zgody na leczenie krwią i jej preparatami, Anestezjologia intensywna terapia 1998, nr 1, 103-105.
13. Dąbrowski A., Lichota E., Skrzypek A., Wojtaszek M., Maciejewski R., Głowacka M.: Wstrząs urazowy – problemy współczesnej medycyny i zdrowia publicznego, „Zdrowie publiczne” 2009, nr 1, 113-118.
14. Szmidt J.: Podstawy Chirurgii, t. 1, Medycyna Praktyczna, Kraków 2003.
15. Walewska E.: Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, 2007.
16. Plantz S. H., Wipfler III E.J.: Medycyna Ratunkowa, Wyd. 2, Jakubaszko J. (red), Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2008, 626-627.
17. Fibak J.: Chirurgia dla studentów medycyny. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 2005, 50-56.
18. Rowiński W., Dziak A.: Chirurgia dla pielęgniarek. Wyd. 3, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1994, 151-155.
19. Leach R.M.: Stany nagłe w zarysie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
20. Brongel L.: Złota godzina. Czas życia, czas śmierci. Wydawnictwo Medyczne, Kraków 2007.
21. Malik K., Hess D.C.: Ocena chorego w śpiączce. Medycyna po dyplomie. 11/2002, 36-48.
22. Brongel L., Lorkowski J.: Chirurgia urazowa, Medycyna praktyczna chirurgia 2011, nr 2, 8-12.
23. Serafin P., Schua R.: Postępowanie w nagłych przypadkach. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2007.
24. Europejskie Wytyczne Resuscytacji 2010. <http://www.prc.krakow.pl/2010>, 122-131.

25. Kózka M., Rumian B., Maślanka M.: Pielęgniarstwo ratunkowe. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013.
26. Campbel J. E.: ITLS. Medycyna praktyczna, Kraków 2009.
27. Durek G.: Praktyczna płynoterapia okołoperacyjna. MediPage, Warszawa 2011.
28. Marino P. L.: Intensywna terapia. przeł. Kubler A., Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2009, 251-259.
29. Rajtar-Cynke G.: Farmakologia, Wyd. 2, Wydawnictwo Czelej Sp. z o.o., Lublin 2007, 33-36.
30. Patel N., Knight D, Palazzo M.: Procedury diagnostyczne i terapeutyczne w praktyce klinicznej. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2009.
31. Kózka M, L. Płaszewska – Żywko: Procedury pielęgniarские. Podręcznik dla studiów medycznych, Wyd. Lek. PZWL Warszawa 2009, 17 – 22.

ISBN-978-83-944852-0-7