

ZESZYTY NAUKOWE

nr 49



**ROLA PIEŁĘGNIARKI W PROCESIE
PIEŁĘGNOWANIA PACJENTÓW
W ZALEŻNOŚCI OD JEDNOSTKI
CHOROBEJ**

ISBN 978-83-87492-89-2

**Wydawnictwo Wyższej Szkoły Agrobiznesu
w Łomży**

2013



Wydawnictwo Wyższej Szkoły Agrobiznesu w Łomży

Seria:

Zeszyty Naukowe

Nr 49

Tytuł:

**Rola pielęgniarki w procesie
pielęgnowania pacjentów
w zależności od jednostki chorobowej**

Łomża 2013

**WYŻSZA SZKOŁA AGROBIZNESU W ŁOMŻY
ACADEMY OF AGROBUSINESS IN ŁOMŻA**

**Tytuł: *Rola pielęgniarki w procesie pielęgnowania pacjentów
w zależności od jednostki chorobowej***

**Title: *The role of nurses in the nursing of patients
depending on the disease entity***

KOMITET REDAKCYJNY

Dr inż. Andrzej Borusiewicz, Dr n. hum. Jolanta Łodzińska, Mgr inż. Marek Pawłowski,
Dr inż. Piotr Ponichtera, Mgr Paulina Zabielska

RADA NAUKOWA

Prof. zw. dr hab. Zofia Benedycka (Łomża)
Prof. zw. dr hab. Povilas Duchovskis (Wilno – Litwa)
Prof. nadzw. dr hab. Roman Engler (Łomża)
Prof. nadzw. dr hab. n. med. Andrzej Gomuła (Łomża)
Prof. zw. dr hab. n. med. Ida Kinalska (Białystok)
Prof. zw. dr hab. Leonid Kompanets (Łódź)
Prof. zw. dr hab. Czesław Miedziałowski (Białystok)
Prof. dr John Mulhern (Cork – Irlandia)
Prof. nadzw. dr hab. n. med. Jacek Ogrodnik (Warszawa)
Dr n. med. Waldemar Pędziński (Łomża)
Gen. prof. zw. dr hab. n. med. Jan Krzysztof Podgórski (Warszawa)
Prof. zw. dr hab. Franciszek Przała (Olsztyn)
Prof. zw. dr hab. n. med. Zbigniew Puchalski (Łomża)
Prof. dr Knut Schuttemeyer (Glauchau - Niemcy)
Płk d. n. med. Sławomir Skrzyński (Warszawa)
Płk dr n. med. Stanisław Sosnowski (Bydgoszcz)
Dr n. med. Jarosław Szymczuk (Białystok)
Prof. nadzw. dr hab. Sławomir Teclaw (Bydgoszcz)
Prof. zw. dr hab. n. med. Eugeniusz Tiszczenko (Grodno – Białoruś)
Dr n. hum. Jolanta Łodzińska (Łomża)
Dr n. med. Maria Wilińska (Warszawa)

RECENZENCI

dr n. med. Zdzisław Szalkowski
prof. zw. dr hab. n. med. Eugeniusz Tiszczenko
dr n. hum. Jolanta Łodzińska

Skład wykonano z gotowych materiałów dostarczonych przez Autorów.
Wydawca nie ponosi odpowiedzialności za dostarczony materiał graficzny.

**ISSN 2300-3170
ISBN 978-83-87492-91-5**

**Copyright © by Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży
Łomża 2013**

Wszelkie prawa zastrzeżone. Publikowanie lub kopiowanie w części lub w całości
wyłącznie za zgodą Wydawcy.

Wydawnictwo Wyższej Szkoły Agrobiznesu w Łomży
18-402 Łomża, ul. Studencka 19,

Tel. +48 (86) 216 94 97, fax +48 (86) 215 11 89, E-mail: rektorat@wsa.edu.pl

SPIS TREŚCI

1. Marianna Giedź, Jacek Ogrodnik, Barbara Burak – Czapiuk, Dorota Kukowska Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem leczonym w oddziale intensywnej terapii	5
2. Walentyna Gnidziejko, Zbigniew Puchalski, Joanna Szwarec - Woźniak Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem po endoprotezoplastyce biodra	15
3. Hanna Herbaczewska, Zbigniew Puchalski, Joanna Szwarec - Woźniak Rola i zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentem ze złamaniem szyjki kości udowej.....	23
4. Jadwiga Jaszak, Jacek Ogrodnik, Barbara Burak - Czapiuk, Dorota Kukowska Rola pielęgniarki we wczesnej rehabilitacji pacjenta po udarze mózgu	33
5. Grażyna Kazimierczyk, Zbigniew Puchalski, Joanna Szwarec - Woźniak Rola pielęgniarki w leczeniu i profilaktyce odleżyn	45
6. Ewa Kowalska, Zbigniew Puchalski, Joanna Szwarec - Woźniak Leczenie zachowawcze owrzodzeń żylnych kończyn dolnych. Rola i zadania pielęgniarki w procesie leczenia	55
7. Barbara Melech, Jacek Ogrodnik, Barbara Burak - Czapiuk, Dorota Kukowska Rola pielęgniarki w diagnozowaniu i leczeniu chorych uzależnionych od alkoholu	71
8. Barbara Śliwińska, Jarosław Szymczuk, Dorota Kukowska Rola pielęgniarki w opiece okołoooperacyjnej nad pacjentem z przepukliną brzuszną	79
9. Joanna Zielińska, Andrzej Gomuła, Joanna Szwarec - Woźniak Rola pielęgniarki w dializoterapii	87
10. Danuta Kozłowska, Jolanta Łodzińska Świadomość skutków zdrowotnych nadużywania alkoholu przez dorosłych na podstawie badań przeprowadzonych wśród młodzieży gimnazjalnej i osób dorosłych w Łomży.....	95
Regulamin nadsyłania i publikowania prac w Zeszytach Naukowych WSA	105
Wymagania wydawnicze - Zeszyty Naukowe WSA	107
Procedura recenzowania prac naukowych nadsyłanych do publikacji w Zeszytach Naukowych Wyższej Szkoły Agrobiznesu	108
Załącznik nr 1 - oświadczenie autora	109
Załącznik nr 2 - deklaracja konfliktu interesów	110

ROLA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM LECZONYM W ODDZIALE INTENSYWNEJ TERAPII

Marianna Giedź, Jacek Ogrodnik, Barbara Burak – Czapiuk, Dorota Kukowska

Streszczenie

Stan nieprzytomności jest następstwem bezpośredniego uszkodzenia mózgu, w którym zewnętrzne pobudzenia zmysłowe nie powodują odpowiedzi chorego lub gdy reakcje mają charakter prostych odruchów. Nieprzytomność można także definiować jako stan zniesionej lub ograniczonej zdolności czuwania¹. Istotnym elementem pracy pielęgniarki w oddziale intensywnej terapii jest zapewnienie wysokiej jakości usług medycznych opartych na aktualnej wiedzy medycznej i przyjętych zasadach postępowania na oddziale. Realizowanie tych złożonych zadań ułatwia rozpoznawanie problemów pielęgnacyjnych, co w dużym stopniu wpływa na podniesienie jakości opieki pielęgniarskiej i w dużej mierze przyczynia się do postępów terapeutycznych.

Intensywny nadzór umożliwia szybkie rozpoznanie u chorego zagrożenia życia i zapobiegnie jego rozwojowi.

Pielęgniarstwo w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii jest dość trudną dziedziną wymagającą od całego personelu medycznego ciągłego pogłębiania swoich wiadomości oraz nabywania nowych umiejętności.

Słowa kluczowe: chory nieprzytomny, opieka, rehabilitacja

Title

The role of nurses in the care of the patient being treated in the intensive care unit

Abstract

Unconscious state is a direct consequence of brain damage, wherein the external stimulation of the senses cause the response of the patient or when the reactions are simple impulses. Unconsciousness can also be defined as a state abolished or reduced capability mode. An important element of a nurse in the intensive care unit is to provide high quality medical services based on current medical knowledge and the accepted rules of conduct on the ward. The implementation of these complex tasks easier identification of nursing problems, which greatly improves the quality of nursing care and largely contributes to the therapeutic progress.

Intensive supervision allows for quick diagnosis in the patient's life-threatening and prevent its development.

Nursing in anaesthesiology and intensive care is quite difficult area requiring the entire medical staff continuous deepening of their messages and the acquisition of new skills.

Keywords: sick unconscious, care, rehabilitation

¹Wolowicka L.,Dyk D.: Anestezjologia i intensywna opieka. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, 213-227, 344.

Wprowadzenie

Prawidłowa opieka nad chorymi stanowi ogromne wyzwanie zarówno dla lekarzy jak i dla pielęgniarek zatrudnionych w jednostkach OIT. Pacjent w Oddziale Intensywnej Terapii, poddany jest wszechstronnemu monitorowaniu. Skala monitorowania jest dostosowana do stanu ciężkości chorego. Otrzymuje on znaczne ilości leków, we wlewach z pomp infuzyjnych i strzykawek automatycznych².

Podtrzymywanie funkcji życiowych chorych w stanach zagrożenia życia ma znaczenie priorytetowe w intensywnej terapii. Istotą postępowania w oddziałach intensywnej terapii jest zastosowanie specjalnych technik polegających na inwazyjnym monitorowaniu oraz wspomaganie czynności niewydolnych narządów lub układów. Pielęgniarka jako członek zespołu podejmuje szereg działań względem pacjenta w celu poprawy jego stanu zdrowia.

Celem pracy jest:

1. Przedstawienie specyfiki pracy Oddziału Intensywnej Terapii.
2. Ukazanie roli pielęgniarki w leczeniu i pielęgnacji pacjenta nieprzytomnego w OIT.

Zespoły chorobowe i schorzenia, które są wskazaniem do hospitalizacji na oddziałach intensywnej terapii

Zaawansowane techniki podtrzymywania życia dostępne w Oddziałach Anestezjologii i Intensywnej Terapii mają za zadanie zapewnienie czasowego wspomaganie podstawowych funkcji życiowych chorego, które zostały istotnie zaburzone w przebiegu potencjalnie odwracalnego procesu chorobowego.

W Oddziałach Anestezjologii i Intensywnej Terapii powinni być leczeni chorzy, u których rozpoznaje się następujące zespoły chorobowe:

- Niewydolność oddechowa wymagająca sztucznej wentylacji lub innych mechanicznych sposobów wspomaganie oddechu,
- Ostra niewydolność krążenia,
- Stany po operacjach chirurgicznych przebiegające z niewydolnością układu oddechowego i układu krążenia,
- Utrata przytomności, zatrucia i urazy przebiegające z niewydolnością układu krążenia, oddychania lub utratą przytomności,
- Ostra niewydolność nerek przebiegająca z niewydolnością układu oddechowego lub utratą przytomności,
- Inne stany kliniczne przebiegające z niewydolnością układu krążenia, zespół niewydolności wielonarządowej z rozsianym wykrzepieniem wewnątrznaczyniowym,

² Gaszyński W.: Intensywna Terapia i wybrane zagadnienia medycyny ratunkowej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, 233-243.

- Interwencje terapeutyczne w intensywnej terapii są oceniane w skali TISS.³

Ogólne zasady organizacji Oddziału Intensywnej Terapii

Oddział intensywnej terapii jest oddziałem szpitalnym, w którym są leczeni pacjenci w stanie zagrożenia życia, spowodowanym potencjalnie odwracalną niewydolnością jednego lub kilku podstawowych układów organizmu. Jest to najczęściej niewydolność krążeniowo – oddechowa, stany po urazach czaszkowo – mózgowych, zatrucia, obrażenia wielonarządowe. Tacy chorzy wymagają stałego monitorowania stanu klinicznego, a w razie potrzeby wdrożenia diagnostyki terapeutycznej.

Leczenie w OIT prowadzi lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii, a świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii może udzielać lekarz posiadający specjalizację I stopnia lub lekarz 15

będący w trakcie specjalizacji, a jego praca jest nadzorowana przez lekarza mającego specjalizację II stopnia.⁴

Zespół terapeutyczny OIT tworzą również pielęgniarki, pielęgniarze posiadający kwalifikacje oraz przeszkolenie w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii, a ich czynności obejmują:

- Dbanie o higienę ciała pacjentów,
- Karmienie,
- Kontrolę stanu ogólnego,
- Zapobieganie odleżynom,
- Fizykoterapię układu oddechowego,
- Podawanie leków według zleceń lekarskich.



Rys. 1. Stanowisko Intensywnej Terapii (źródło własne)

³ jak w przypisie 1

⁴ Wujtewicz M, Kwiecińska B. (red): Intensywna terapia dla studentów. [w:] Sawicka W.: Monitorowanie w oddziale intensywnej terapii. Wydawca: Akademia Medyczna Gdańsk, 2005, 10.

Organizacja pracy w OIT umożliwia całodobowy dostęp do badań obrazowych i laboratoryjnych: gazometrycznych, biochemicznych, elektrolitowych, hematologicznych. Po przyjęciu chorego w oddział oraz później w określonych odstępach czasu należy pobrać posiewy z różnych okolic ciała pacjenta: jama ustna, mocz, drogi oddechowe, kaniula dojścia centralnego. Ważne jest, aby wdrożona antybiotykoterapia oparta była na badaniach mikrobiologicznych i wdrożona tylko przy klinicznych cechach infekcji.

Niezwykle istotne jest staranne prowadzenie dokumentacji medycznej.

Karta prowadzona przez pielęgniarki powinna przedstawiać zapis zmian parametrów fizjologicznych, zawierać szczegółowy wykaz podawanych leków, pełny bilans płynów.

Przyjęcie pacjenta w OIT może odbywać się w trybie:

- w nagłym np. po nagłym zatrzymaniu krążenia,
- planowanym np. po rozległych zabiegach chirurgicznych.

W momencie kiedy chory zostanie wyprowadzony ze stanu zagrożenia życia i nie wymaga dalszej hospitalizacji w OIT, należy go skierować na inny oddział szpitalny lub właściwy szpital.

Opieka nad pacjentem w oddziale intensywnej terapii

Monitorowanie funkcji życiowych

Stały, dobrze zorganizowany pielęgniarski nadzór nad chorymi jest jednym z podstawowych elementów, niezbędnym do funkcjonowania OIT. Jest to możliwe dzięki ciągłemu, 24 godzinnemu monitorowaniu stanu chorego.⁵

W intensywnym nadzorze można wyróżnić dwa elementy nadzoru:

1. Bezprzrządowy⁶. (Dotyczy dolegliwości chorego, sposobu zachowania się, wyglądu skóry, błon śluzowych, osłuchiwanie serca i płuc, temperatury ciała, diurezy)
2. Przrządowy.
 - Monitorowanie układu krążenia (EKG, Ciśnienie tętnicze krwi, OCŻ, Ciśnienie w tętnicy płucnej)
 - Monitorowanie wentylacji (pulsoksymetria, kapnometria)
 - Monitorowanie pracy respiratora⁷

Leczenie żywieniowe w intensywnej terapii – odżywianie chorych nieprzytomnych

Każdy organizm, aby utrzymać się przy życiu, potrzebuje tlenu i energii. Chory wymagający intensywnej terapii z reguły nie może przyjmować pokarmów w sposób naturalny. Niedostateczna podaż substratów odżywczych – białek, węglowodanów, tłuszczów, elektrolitów, pierwiastków śladowych, z powodu głodzenia, zaburzeń trawienia lub wchłaniania, a także ze wzg. na zaburzony metabolizm składników odżywczych u chorego w stanie krytycznym prowadzą do stanu zwanego niedożywieniem⁸

Ocena stanu niedożywienia polega na określeniu rodzaju i stopnia niedożywienia oraz identyfikacji chorych zagrożonych powikłaniami wynikającymi z niedożywienia i monitorowaniu skuteczności leczenia żywieniowego.

⁵ jak w przypisie 4

⁶ Zawadzki A. (red): Medycyna ratunkowa i katastroficzna, Wydawnictwa Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.

⁷ jak w przypisie 1

⁸ jak w przypisie 1

Do oceny stanu odżywienia wykorzystuje się badania:

- kliniczne,
- laboratoryjne,
- antropometryczne, przesiewowe.

METODY LECZENIA ŻYWIENIOWEGO

Żywienie enteralne

Żywienie dojelitowe może być stosowane krótkoterminowo przez zgłębnik założony do żołądka, dwunastnicy, jelita przez okres do czterech tygodni i długoterminowo przez gastostomię, duodenostomię lub jejunostomię⁹.

Żywienie dożołądkowe lub dojelitowe polega na wprowadzaniu pokarmu przez tzw. zgłębnik założony przez nos. Jeśli taka metoda odżywiania konieczna jest przez miesiące, a nawet lata – wówczas pokarm wprowadza się poprzez żołądkową lub jelitową przetokę odżywcza – PEG, specjalnym otworem w powłoce jamy brzusznej. To zdecydowanie wygodniejsza i bezpieczniejsza metoda niż utrzymywanie zgłębnika wprowadzonego przez nos. Nie bez znaczenia jest i to, że pacjent z przetoką może być odżywiany w domu i prowadzić w miarę normalne życie.

W żywieniu enteralnym stosuje się specjalne, gotowe do użytku diety płynne. Są one tak skomponowane, by dostarczyć we właściwych proporcjach wszystkie składniki odżywcze. W zależności od przyczyny choroby, potrzeb i możliwości organizmu pacjenta, lekarz wybiera odpowiednią dla chorego mieszanię, zwłaszcza że bardzo często pożywienie spełnia rolę nie tylko pokarmu w znaczeniu dosłownym, ale także leku, który może zmniejszyć lub doprowadzić do ustąpienia objawów wywołanych przez źle tolerowane składniki pokarmowe.

Techniki żywienia enteralnego znajdują zastosowanie w żywieniu chorych nieprzytomnych, ponieważ stan nieprzytomności nie może być przeszkodą w dostarczeniu pokarmu drogą naturalną. Zmienia się jedynie technika karmienia.¹⁰

Żywienie parenteralne

W tej metodzie, potrzebne do życia składniki odżywcze, chory otrzymuje bezpośrednio do żyły. Celem żywienia pozajelitowego jest zabezpieczenie przed śmiercią głodową chorych po rozległych lub całkowitych resekcjach jelit oraz chorych z niektórymi zespołami złego wchłaniania.

Żywienie pozajelitowe można stosować w formie stałego wlewu trwającego 24 godziny lub w postaci cyklicznego wlewu trwającego 12 – 16 godzin, z przerwą nocną.

Żywienie pozajelitowe obarczone jest powikłaniami, które można podzielić na:

⁹ Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego: Standardy żywienia pozajelitowego i żywienia dojelitowego, Wyd. PZWL, Warszawa 2005, 61-62.

¹⁰ Postępy żywienia klinicznego nr 3 (5), Tom 2, Wyd. PZWL, Warszawa 2007, 16-17.

1. *mechaniczne*, związane z założeniem dostępu centralnego i zalicza się do nich:
 - uszkodzenie żyły podobojczykowej,
 - odmę popłucną,
 - zator powietrzny,
 - niewłaściwe położenie cewnika,
 - załamanie lub niedrożność cewnika.

2. *metaboliczne*:
 - hipo – lub hiperglikemia,
 - kwasica mleczanowa,
 - mocznica,
 - hipo – lub hipermagnezemia,
 - niewydolność oddechowa,
 - niekwaszica śpiączka hiperglikemiczna i hipersomatyczna.

3. *septyczne*:
 - wiąże się z wniknięciem bakterii do układu krążenia,
 - dotyczy zakażenia cewników, aparatów do przetoczeń lub preparatów odżywczych.

Aby zminimalizować częstość występowania powikłań, należy przestrzegać procedur przy zakładaniu i pielęgnowaniu dostępu naczyniowego oraz monitorować wyniki badań biochemicznych. Należy również prowadzić dobową zbiórkę moczu i dokumentację żywienia pozajelitowego. Żywienie pozajelitowe jest stosowane w szpitalach dysponujących specjalistycznym sprzętem, często wykorzystywane w oddziałach intensywnej terapii.¹¹

Zapewnienie higieny osobistej, pielęgnacja skóry i błon śluzowych

Chorzy nieprzytomni z zaburzoną percepcją czuciową, długotrwanie pozostający w bezruchu, są narażeni na duże ryzyko rozwoju odleżyn z powodu ucisku (kompresji) tkanek nad wyniosłościami kostnymi. Dodatkowymi czynnikami sprzyjającymi powstaniu odleżyn jest również: wilgotność skóry, nietrzymanie moczu, stolca, wysoka temperatura ciała, niedożywienie, ciężki stan kliniczny itp.

Odleżyna to miejscowa martwica skóry, tkanki podskórnej, a także mięśniowej, jest to rodzaj owrzodzenia o charakterze zgorzeli wilgotnej. Najczęściej odleżyny powstają w okolicy kości krzyżowej, na pośladkach, łokciach, piętach, łopatkach i grzbiecie.¹²

Pielęgnacja nieprzytomnego, przebywającego w OIT powinna uwzględniać postępowanie przeciwoodleżynowe, ponieważ długotrwanie przebywanie w jednej pozycji sprzyja miejscowym zaburzeniom krążenia, a w konsekwencji niedokrwieniu i uszkodzeniu tkanek. Zachowanie higieny, codzienna toaleta całego ciała, dokładne osuszanie, masowanie, nawilżanie ze szczególnym uwzględnieniem miejsc narażonych na ucisk to element intensywnej pielęgnacji.

Pielęgnacja błon śluzowych jamy ustnej, nosa i gardła

U pacjentów nieprzytomnych występuje brak możliwości fizjologicznego

¹¹ Walkowiak K.: Problemy pielęgnacyjne pacjentów na oddziale intensywnej terapii i anestezjologii, Wyd. Czelej, Lublin 2003, 59-65.

¹² Rauer K., Rauer J.: Etiologia, patogenezę i profilaktykę odleżyn. Pielęgniarstwo Polskie, 2007, 1 (23), 41-47.

oczyszczania jamy ustnej i nosa, a obecność rurki intubacyjnej/ustno – gardłowej powoduje otarcie ust, co przyczynia się do wysychania śluzówki. Wysusza ją również tlen podawany przez maskę. Pielęgnacja polega na oczyszczaniu i nawilżaniu śluzówki nosa i jamy ustnej przy użyciu środków farmakologicznych i pielęgnacyjnych.

Pielęgnacja oczu

Brak odruchu mrugania oczyszczającego spojówki, niedomknięte powieki powodują wysuszenie spojówek, a w konsekwencji mogą prowadzić do poważnych zaburzeń widzenia. Oczy należy chronić przed uszkodzeniami mechanicznymi i zanieczyszczeniami biologicznymi (przedostanie się wydzieliny z dróg oddechowych podczas odsysania).

Określenie roli pielęgniarki pracującej w OIT

Rola pielęgniarki pracującej w oddziale intensywnej terapii wymaga od niej bycia w ciągłej gotowości do reagowania w sytuacjach kryzysowych, kiedy dochodzi do załamania parametrów krążeniowo – oddechowych. Umiejętność szybkiej adekwatnej do sytuacji interwencji często decyduje dalszym losie pacjenta.

Specjalistyczna i profesjonalna opieka pielęgniarska nad chorym nieprzytomnym przebywającym w OIT pozwala na zapewnienie lepszej, fachowej, jakości opieki wobec pacjenta.

Pacjent w Oddziale Intensywnej Terapii, poddawany jest wszechstronnemu monitorowaniu. Skala monitorowania jest dostosowana do stanu ciężkości chorego. Otrzymuje on znaczne ilości leków, we wlewach z pomp infuzyjnych i strzykawek automatycznych. Zewnętrzny widok takiego chorego jest dość niezwykły, pacjent spowity jest wielką ilością przewodów, rurek i czujników. Pracująca przy takim chorym pielęgniarka, **musi ten sprzęt obsługiwać, a jednocześnie dostrzec pod tymi przewodami wyłączonego chorego człowieka.**¹³

Walkowiak podaje, iż indywidualne opracowanie procesu pielęgnacyjnego pozwala na zaplanowanie kompetentnej opieki pielęgniarskiej nad pacjentem nieprzytomnym, ponieważ pielęgnowania pacjentów oraz zapobiegania powikłaniom uczymy się wyłącznie przy łóżku chorego.¹⁴

Problematyką pielęgnacyjnymi pacjenta nieprzytomnego są przede wszystkim powikłania ze strony układu krążeniowego, układu oddechowego, odleżyny, zaburzenia funkcji wydalniczych, zaburzenia motoryki przewodu pokarmowego, zaburzenia mechanizmów termoregulacji na skutek nieprawidłowego funkcjonowania układu nerwowego, powikłania ze strony utrzymywania śluzówek, jamy ustnej i skóry w czystości, przykurcze będące następstwem unieruchomienia oraz zwiększona podatność na zakażenia. Pielęgniarka wraz z całym zespołem dokonuje wymiany informacji o stanie zdrowia chorego i korzysta ze wspólnej dokumentacji pacjenta.

Pielęgniarka pracująca na oddziale intensywnej terapii pełni różne funkcje, między innymi opiekuńczą, wychowawczą, terapeutyczną.

Od pielęgniarek pracujących w Intensywnej Terapii, wymaga się znajomości i umiejętności stabilizowania funkcji życiowych pacjenta, znajomości sprzętu i aparatury

¹³ Łodzińska. J. : Etyczna postawa pielęgniarek wobec pacjentów w świetle integralności człowieka, s. 30-31, w: Pielęgniarstwo wczoraj, dziś, jutro..., Tom II, Wyd. Arjadna Print, Ciechanów 2013.

¹⁴ jak w przypisie 11

specjalistycznej, znajomości leków, umiejętności ścisłej obserwacji chorego i jej interpretacji. Opieka nad pacjentami jest przydzielona poszczególnym pielęgniarkom, dzięki czemu dana pielęgniarka odpowiada za opiekę nad danym pacjentem.

Oddział Intensywnej Terapii ma charakter wielospecjalistyczny, jest strukturą leczącą wszystkich ciężko chorych, którzy posiadają wskazania medyczne do wdrożenia u nich procedur intensywnej terapii.

Przed podjęciem samodzielnej pracy w Oddziale Intensywnej Terapii, pielęgniarki muszą ukończyć specjalne przeszkolenie. Pielęgniarki kończą kursy kwalifikacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki, kursy specjalistyczne m.in. w zakresie interpretacji i zapisu EKG, resuscytacji krążeniowo – oddechowej, leczenia i opatrywania ran. Stałe podnoszenie kwalifikacji, dostosowanie wiedzy i umiejętności do wdrażanych nowych procedur i specjalistycznego sprzętu ratującego życie pacjentów jest niezbędną koniecznością

Literatura

1. Czerniak J. (red.): Zakażenia odcewnikowe, kontrola i zapobieganie. Chris – Comp, Warszawa 2009, 34 – 37.
2. Daniluk J, Jurkowska G. (red.): Zarys chorób wewnętrznych dla studentów pielęgniarstwa, Wyd. Czelej, Lublin 2005.
3. Gaszyński W.: Intensywna Terapia i wybrane zagadnienia medycyny ratunkowej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, 233-243.
4. Jakubaszko J. (red.): ABC Intensywnej Terapii, Górnicki Wydawnictwa Medyczne, Wrocław 2004.
5. Jakubaszko J. (red.): ABC resuscytacji, Górnicki Wydawnictwa Medyczne, Wrocław 2006, 33-37.
6. Jaracz K.: Pielęgniarstwo neurologiczne. Podręcznik dla studentów medycznych, PZWL 2008.
7. Kapała W., Pielęgniarstwo w chirurgii. Wyd. Czelej, Lublin 2006, 50 – 55.
8. Kozubski W., Liberski.: Neurologia. Podręcznik dla studentów. Wydawnictwa Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, 100, 103 – 105.
9. Kruk-Kupiec G.: Odleżyny – odwieczny problem. Służba Zdrowia, 2002, 3, 83-86.
10. Kübler A. (red.): Intensywna terapia, Wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków 2005, 25-47.
11. Kwiatkowska A., Krajewska – Kułak E., Panka W., Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie. Wyd. Czelej, Lublin 2003, 221.
12. Łodzińska. J. : Etyczna postawa pielęgniarek wobec pacjentów w świetle integralności człowieka, s. 30-31, w: Pielęgniarstwo wczoraj, dziś, jutro..., Tom II, Wyd. Arjadna Print, Ciechanów 2013.
13. Pasiński T., Gaciong Z., Torbicki A., Szmidt J. Angiologia, Wydawnictwo Lekarskie

PZWL, Warszawa 2004, 321 – 325.

14. Pawińska A.: Zapobieganie zakażeniom związanym ze stosowaniem cewników naczyniowych – Pielęgniarka Epidemiologiczna, Wrzesień 2004, 22-24.
15. Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego: Standardy żywienia pozajelitowego i żywienia dojelitowego, Wyd. PZWL, Warszawa 2005, 61-62.
16. Postępy żywienia klinicznego nr 3 (5), Tom 2, Wyd. PZWL, Warszawa 2007, 16-17.
17. Prusiński A.: Neurologia praktyczna, Wydawnictwa Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, 117-131.
18. Rauer K., Rauer J.: Etiologia, patogenez a i profilaktyka odleżyn. Pielęgniarstwo Polskie, 2007, 1 (23), 41-47.
19. Rybicki Z.: Intensywna Terapia Dorosłych. Wyd. Makmed, Lublin 2009.
20. Siemiątkowski A.: Stany zagrożenia życia. Libra s.c., Białystok 2007, 123-137
21. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red): Podstawy pielęgniarstwa. T. II, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004, 182 – 188, 207 – 218, 363 – 384, 717 – 723.
22. Walkowiak K.: Problemy pielęgnacyjne pacjentów na oddziale intensywnej terapii i anestezjologii, Wyd. Czelej, Lublin 2003, 59-65.
23. Wołowicka L., Dyk D.: Anestezjologia i intensywna opieka. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, 213-227, 344.
24. Wujtewicz M, Kwiecińska B. (red): Intensywna terapia dla studentów. [w:] Sawicka W.: Monitorowanie w oddziale intensywnej terapii. Wydawca: Akademia Medyczna Gdańsk, 2005, 10.
25. Zahradniczek K.: Pielęgniarstwo. Podręcznik dla studiów medycznych, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004, 88 - 90.
26. Zawadzki A. (red): Medycyna ratunkowa i katastroficzna, Wydawnictwa Lekarskie PZWL, Warszawa 2007

Autorzy:

Marianna Giedź - lic. pielęgniarstwa.

Jacek Ogrodnik - prof. nadz. dr hab. n. med., adiunkt WSA, jaog@esculap.pl

Barbara Burak-Czapiuk - dr n. med. karubba12@o2.pl

mgr Dorota Kukowska - Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego WSA, dorota_kukowska@wp.pl

ROLA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM PO ENDOPROTEZOPLASTYCE BIODRA

Walentyna Gnidziejko, Zbigniew Puchalski, Joanna Szwarz - Woźniak

Streszczenie

Choroby stawów biodrowych stanowią coraz częstszą przyczynę trudności w prawidłowym funkcjonowaniu osób. Powszechną metodą leczenia zaawansowanych zmian zwyrodnieniowych są operacje wymiany zużytych elementów stawu biodrowego. Konieczność wykonania endoprotezoplastyki sprawia, że zwiększa się liczba osób potrzebujących fachowej opieki pielęgniarskiej po operacji.

Celem pracy było przedstawienie roli pielęgniarki w opiece nad pacjentem po endoprotezoplastyce stawu biodrowego ze zwróceniem uwagi na prawidłowe rozpoznanie jego problemów i podjęcie działań, których celem jest jak najszybszy powrót chorego do całkowitej sprawności funkcjonalnej.

Powyższa praca może być przydatnym materiałem dla dużej grupy pielęgniarek pracujących na oddziale ortopedycznym, które pełnią całodobową opiekę nad chorymi poddanymi zabiegowi wymiany chorych stawów biodrowych.

Słowa kluczowe: endoprotezoplastyka, rehabilitacja pooperacyjna, rola pielęgniarki

Title

The nurse's role in patient care after total hip

Abstract

Diseases of the hip joints are an increasingly common cause of difficulty the proper functioning of people. A common method of treatment of advanced degenerative changes are operations to replace worn parts of the hip. The need for an arthroplasty makes it increases the number of people in need of professional nursing care after surgery.

The aim of the study was to present the role of nurses in patient care after total hip replacement with a focus on proper diagnosis of his problems and take action aimed at the fastest return the patient to full functional capacity.

This work can be a useful material for a large group of nurses working on orthopedic ward, which serve all-day care of patients untreated hip replacement patients.

Keywords: arthroplasty, postoperative rehabilitation, the role of nurses

Wprowadzenie

Operacja endoprotezoplastyki stawu biodrowego jest bardzo skomplikowana, a dokonuje ją zespół ortopedów. Dobrze technicznie przeprowadzony zabieg nie gwarantuje jednak pomyślności operacji. W procesie powrotu do prawie normalnego funkcjonowania chorego bierze udział szereg osób i ich wzajemna współpraca gwarantuje sukces. Opieka pielęgniarska jest niezbędnym elementem w czasie hospitalizacji po protezoplastyce

stawu biodrowego i rzutuje na przebieg całego procesu leczenia.¹

Przyczyny zmian patologicznych w obrębie stawu biodrowego

Destrukcyjne zmiany elementów stawu biodrowego powstają w przebiegu choroby zwyrodnieniowej. Proces zmian jest długotrwały i postępujący, a w jego przebiegu dochodzi do zużycia powierzchni stawowej, w podchrzęstnej tkance powstają zmiany zapalne, torbiele, osteofity i mikrourazy, które ulegają sklerotyzacji. Choroba rozwija się również w błonie maziowej, która przerasta i zaczyna produkować nadmierną ilość zapalnego płynu stawowego.²

Nieoperacyjne leczenie choroby zwyrodnieniowej stawów przynosi krótkotrwałe efekty, w konsekwencji choroba prowadzi do inwalidztwa. Poprawę funkcjonowania przynosi operacyjna wymiana zużytych elementów stawu biodrowego.

Tab. 1. Przyczyny wtórnej choroby zwyrodnieniowej stawów

Wrodzone/rozwojowe	Nabyte
Rozwojowa dysplazja stawów biodrowych	Urazy: - złamania śródstawowe - złamania, których następstwem są deformacje - urazy więzadeł powodujące niestabilność stawu
Choroba Parthesa	Infekcje – septyczne zapalenie stawu
Złuszczenie głowy kości udowej	Martwica jałowa – aseptyczne zapalenie stawu
	Neuropatie – staw Charcota
	Schorzenia metaboliczne – choroba Pageta
	Jatrogenne – po leczeniu operacyjnym

Źródło: na podstawie [7] Coote A., Hasam P.: Reumatologia i Ortopedia, Urban & Partner, Wrocław 2007, s. 54

Objawy kliniczne występujące w przebiegu zwyrodnienia stawu biodrowego

Podstawą rozwoju patologii jest niszczenie chrząstki stawowej i stopniowe odsłanianie warstwy podchrzęstnej. Proces prowadzi do podrażnienia zakończeń nerwów czuciowych znajdujących się w tym obszarze kości. Manifestacją tych zmian są bóle umiejscowione w okolicy pachwiny, czy pośladka często promieniujące do przednio – przyśrodkowej części uda lub do kolana i jest to najczęściej odczuwany objaw.³

Najpierw utrudniony jest manewr rotacji wewnętrznej, następnie odwodzenia i wyprostu oraz przywodzenia i rotacji zewnętrznej. Następnie dochodzi do wtórnych

¹ Deszczyński J., Stolarczyk A. (red): Podstawy rehabilitacji po całkowitej endoprotezoplastyce stawu biodrowego, Fundacja Dynastab, Warszawa 2008, s.10-14

² Rapala K., Walczak P., Truszczyńska A.: Etiopatogeneza choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego, Kwartalnik Ortopedyczny Nr 4/2011, s.386-394

³ jak w przypisie 1

przykurczy w stawach kończyny dolnej i kręgosłupie. Chory zaczyna utykać, a w badaniu klinicznym można stwierdzić ograniczenie ruchomości i siły mięśniowej w chorym stawie.⁴

Operacje stawu biodrowego

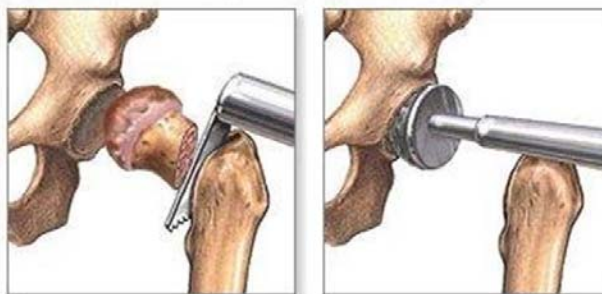
Endoprotezoplastyka stawu biodrowego jest to zabieg polegający na częściowej lub całkowitej wymianie uszkodzonych elementów tworzących staw: panewki i głowy kości udowej.

Wskazaniem do endoprotezoplastyki są również urazy pod postacią złamania szyjki kości udowej lub okolicy przykłątazowej.

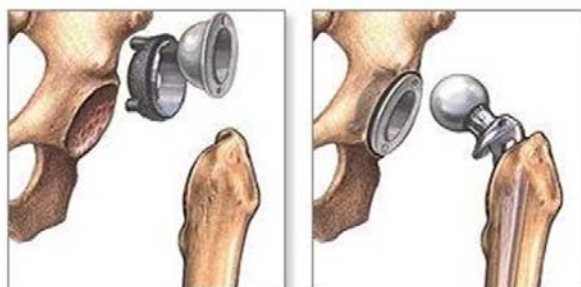
Zabieg staje się coraz bezpieczniejszym rozwiązaniem zwłaszcza, że dąży się do zapewnienia jak najbardziej zbliżonych warunków biomechaniki stawu do fizjologicznych uwarunkowań operowanego.

Rodzaje protez i techniki operacyjne

Metodę protezowania dobiera się w zależności od wieku pacjenta oraz zmian w uszkodzonym stawie. Zabieg całkowitej endoprotezoplastyki polega na usunięciu zmienionej chorobowo głowy kości udowej wraz z szyjką (rys.1) oraz wydrążeniu miejsca na panewkę w miejscu uszkodzonej panewki i zastąpieniu tych elementów protezami.(rys.2)



Rys.1. Przygotowanie miejsca do wstawienia protezy



Rys. 2. Mocowanie protezy

Źródło: [14] <http://www.ortopedia.edu.pl>

⁴ Coote A., Hasam P.: Reumatologia i Ortopedia, Urban & Partner, Wrocław 2007, s. 53-59, 211

Całkowita proteza biodra składa się z trzpienia, głowy i panewki. Trzpień i panewka mogą być mocowane do kości za pomocą specjalnego cementu kostnego wówczas metoda nosi nazwę cementowej lub mocuje się je poprzez wciskanie czy wkładanie (press fit) – jest to metoda bezcementowa⁵. Trzpień wykonywane są z tytanu pokrytego mikroporowym stopem tytanu lub hydroksyapatytem, które zwiększają możliwości zespolenia implantów z kością. Pozostałe elementy mogą być wykonane z różnych materiałów. Najczęściej wykorzystuje się takie materiały, jak ceramika, polietylen lub metal (stopy kobaltu i chromu). Wielkości głowy i panewki muszą być dopasowane do siebie.

Obecnie coraz powszechniej stosuje się metodę protezoplastyki powierzchniowej zwanej kapoplastyką - BHR (*Birmingham Hip Resurfacing*), która polega na opracowaniu powierzchni stawowej głowy kości udowej i osadzeniu na niej krótkiego trzpienia zakończonego tzw. kapą. Panewka zastępowana jest metalową bezcementową protezą o dużej średnicy. Operacja jest mniej inwazyjna, gdyż nie usuwa się głowy kości udowej, co powoduje zachowanie fizjologicznego ustawienia elementów budujących staw, a wskazaniem jest dla osób młodych, aktywnych u których nie doszło jeszcze do całkowitego zniszczenia i zniekształcenia elementów kostnych budujących staw.⁶⁷

Przygotowanie chorego do zabiegu

Proces przygotowania chorego do zabiegu jest długotrwały i wymagający zaangażowania zarówno personelu medycznego jak i pacjenta i rozpoczyna się w momencie rozpoznania choroby stawu biodrowego kwalifikującej go do operacji. Chory uzyskuje informacje o charakterze operacji, przebiegu i możliwych powikłaniach. Bardzo istotne jest szczególnie przekazanie informacji, gdyż wpływa to pozytywnie na to, jak chory znieśie zabieg. W tym etapie pacjent powinien otrzymać zestaw ćwiczeń wzmacniających mięśnie tułowia, kończyny dolnej i pośladków, gdyż takie przygotowanie przyspiesza powrót do pełnej sprawności po zabiegu.⁸

W okresie pobytu chorego na oddziale przed zabiegiem istotne jest przygotowanie zarówno psychiczne jak i fizyczne. Dobrze wykonane czynności w tym zakresie przyczyniają się do lepszego przebiegu całego procesu leczenia i wpływają na zmniejszenie ilości powikłań pooperacyjnych.⁹

Operacja endoprotezoplastyki jest rozległym zabiegiem ortopedycznym, w czasie którego pacjent może stracić dużą ilość krwi. Zadaniem pielęgniarki jest zabezpieczenie niezbędnych niedoborów. Krew musi być zgodna serologicznie z grupą krwi operowanego, a próbę krzyżową wykonuje się w dniu operacji.

Rolą pielęgniarki na tym etapie jest wykonanie czynności mających na celu zapobieganie zakażeniom miejsca operowanego. Minimum 6 - 8 godzin przed zabiegiem chory powinien powstrzymać się od spożywania posiłków. W ramach przygotowania do zabiegu należy zdjąć metalowe ozdoby, wyjąć protezy zębów, szkła kontaktowe, zdjąć

⁵ Aniolkowska B., Kasprzyk D.: Protezoplastyka stawu biodrowego metodą BHR, *Sztuka Pielęgnowania* Nr 1/2012, s. 16-18

⁶ Deszczyński J., Stolarczyk A. (red.): *Podstawy rehabilitacji po całkowitej endoprotezoplastyce stawu biodrowego*, Fundacja Dynastab, Warszawa 2008, s.10-14

⁷ <http://www.klinika.net.pl> - dostęp 18.11.2012

⁸ Kiwerski J. (red.): *Rehabilitacja medyczna*, PZWL, Warszawa 2006, s. 574-576

⁹ Marciniak W., Szulc A.: *Wiktora Degi Ortopedia i Rehabilitacja*, [w:] Małecka W.: *Pielęgnowanie chorego w ortopedii i rehabilitacji*, PZWL, Warszawa 2004, s. 115-121

okulary. Kobiety powinny zmyć makijaż i usunąć lakier z paznokci, a długie włosy związać lub spleść w warkocz.

Do zadań pielęgniarki należy również podanie premedykacji. Rodzaj i dawka leku jest ustalane przez anestezjologa a podaje się go 30 - 60 minut przed operacją. W tym czasie chory nie może chodzić, a na blok operacyjny odwożony jest na łóżku transportowym.¹⁰

Powikłania pooperacyjne

Powikłania pooperacyjne po endoprotezoplastyce stawu biodrowego mogą dotyczyć miejsca operowanego lub mogą wystąpić ogólnoustrojowe zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu. Dokładna znajomość problemu, jak też wnikliwa obserwacja pacjenta w okresie pooperacyjnym pozwala szybko zauważyć niekorzystne objawy i w odpowiedni sposób zareagować.

Zadaniem pielęgniarki jest obserwacja miejsca operowanego i zachowanie zasad aseptyki i antyseptyki w przypadku zmiany opatrunku.

Dużą grupę powikłań stanowią nieprawidłowości związane z implantacją protezy. Zalicza się do nich zmiany pod postacią pęknięcia trzonu uda, zwłknięcia operowanego stawu lub porażenia nerwu kulszowego.

Po implantacji może wystąpić powikłania odległe dotyczące operowanego stawu – obłuzowanie endoprotezy.¹¹

Często obserwowanym powikłaniem ogólnoustrojowym po operacji alloplastyki stawu biodrowego jest proces zakrzepowo – zatorowy. Choroba rozwija się w okresie pooperacyjnym, a czynnikiem predysponującym jest unieruchomienie chorego, rozległy zabieg operacyjny, utrata krwi i odwodnienie, a także predyspozycje osobnicze. W celu jego zminimalizowania podawana jest heparyna drobnocząsteczkową, zachęca się chorego do jak najszybszej aktywności ruchowej, w niektórych ośrodkach opisywane jest stosowanie pończoch uciskowych na kończyny dolne w celu zmniejszenia zalegania krwi na obwodzie i poprawy krążenia.¹²

Pielęgnacja pacjenta po zabiegu – rola pielęgniarki

Opieka pielęgnacyjna po zabiegu endoprotezoplastyki jest bardzo ważnym elementem całego procesu pielęgnowania, ponieważ profesjonalnie przeprowadzona wpływa na przebieg pobytu chorego na oddziale i cały proces rehabilitacji pooperacyjnej. Rolą pielęgniarki jest przestrzeganie procedur medycznych i przeprowadzenie procesu pielęgnowania w taki sposób, aby nie dopuścić do wystąpienia powikłań. Plan opieki musi być dostosowany do indywidualnych potrzeb chorego i powinien uwzględniać zarówno sferę fizyczną, psychiczną jak i społeczną pacjenta.

Zadaniem pielęgniarki jest założenie kontrolki pomiarów parametrów życiowych, kontrolki bilansu wodno – elektrolitowego oraz kontroli wydzieliny z drenu i obserwacji rany.

W okresie pooperacyjnym największym i najczęstszym symptomem, z jakim boryka się pacjent jest ból pooperacyjny. Powoduje on wzrost złego samopoczucia chorego, wzmacnia

¹⁰ Aniolkowska B., Kasprzyk D.: Protezoplastyka stawu biodrowego metodą BHR, cz.2. Przygotowanie pacjenta do zabiegu, Sztuka Pielęgnowania Nr 2/2012, s. 10 -11

¹¹ Kiwerski J. (red.): Rehabilitacja medyczna, PZWL, Warszawa 2006, s. 574-576

¹² Targowski T.: Epidemiologia zatorowości płucnej i postępowanie profilaktyczne, Polski Merkuriusz Lekarski, XXIV/2008, Supl. 2, s. 21

jego lęk, bezradność i apatię. Dużą rolę w tym okresie odgrywa pielęgniarka, której zadaniem jest obserwacja charakteru i nasilenia bólu, ocena jego nasilenia i przyczyny wzrostu dolegliwości. Ból o dużym nasileniu, umiejscowiony w okolicy protezy lub miejsca operowanego, nasilający się przy ruchu kończyną może sugerować wystąpienie powikłań pooperacyjnych.

Pielęgniarka w czasie opieki nad pacjentem musi być wyczulona na objawy, które mogą sugerować wystąpienie powikłań ze strony układu oddechowego, sercowo – naczyniowego, pokarmowego, czy moczowego. W przypadku zaobserwowania niepokojących symptomów powinna wykazać się kompetencją i zminimalizować niekorzystne odczucia chorego.

Rolą pielęgniarki w opiece nad pacjentem unieruchomionym z powodu rozległego zabiegu jest pomoc w utrzymaniu higieny ciała chorego, bielizny, pościeli i otoczenia. W trakcie wykonywania tych czynności należy zachęcać chorego do aktywności i zaangażowania własnego. Gdy chory jest mało aktywny – wiadomości na temat rehabilitacji należy przekazać rodzinie lub opiekunom.¹³

Proces rehabilitacji i usprawniania chorego

Proces rehabilitacji i usprawniania chorego po endoprotezoplastyce stawu biodrowego rozpoczyna się bardzo szybko, bo już w pierwszym dniu po zabiegu. Celem działań jest zapobieganie wystąpieniu zaburzeń w funkcjonowaniu organizmu, przyspieszenie gojenia się rany i jak najszybsze przygotowanie pacjenta do życia z nowym stawem biodrowym. Aktywny udział w tych czynnościach powinien brać przede wszystkim pacjent, ale musi być odpowiednio przygotowany przez: lekarza, pielęgniarkę i fizjoterapeutę.

W pierwszym dniu po zabiegu prowadzona jest rehabilitacja przyłóżkowa, która obejmuje: prawidłowe ułożenie w obrębie łóżka, ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia bierne kończyn górnych i dolnych, których celem jest poprawa krążenia krwi i zapobieganie odleżynom. Na tym etapie zachęcamy chorego i mobilizujemy do samodzielności. Zwracamy także uwagę na potrzeby psychiczne pacjenta.¹⁴ W pozycji leżącej kończyną operowaną należy ułożyć w odwiedzeniu pod kątem 30⁰, można ją zabezpieczyć wkładając trójkąt odwodzący między nogi, pod kolanem umieszczamy wałek.¹⁵

Rolą pielęgniarki w kolejnych dobach po zabiegu jest opieka pielęgnacyjna i pomoc w utrzymaniu higieny ciała i otoczenia, realizacja zleceń lekarskich związanych z podażą leków (antybiotykoterapia trwa przez okres 3 dni, leczenie przeciwzakrzepowe kontynuowane jest w domu, przeciwbólowe leki podawane są w zależności od potrzeb chorego). Najważniejszym elementem terapii w tym okresie jest rehabilitacja ruchowa i nauka prawidłowego chodzenia.

Do zadań pielęgniarki należy zachęcanie do aktywności, pomoc i asekuracja w trakcie wstawania z łóżka i chodzenia, nauka prawidłowych zachowań i czynności ze zwróceniem uwagi na ograniczenie rotacji i nadmiernego zginania nogi w operowanym stawie.

¹³ Walewska E.: Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego, PZWL, Warszawa 2010, s. 35, 56 -70, 159 – 170, 177-181

¹⁴ Łodzińska. J. : Etyczna postawa pielęgniarek wobec pacjentów w świetle integralności człowieka, s. 33, w: Pielęgniarstwo wczoraj, dziś, jutro..., Tom II, Wyd. Arjadna Print, Ciechanów 2013.

¹⁵ Paprocka-Borowicz M., Zawadzki M.: Fizjoterapia w chorobach układu ruchu, Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2010, 106-

Wnioski

1. Problemy pielęgnacyjne występujące w okresie pooperacyjnym u pacjenta po endoprotezoplastyce stawu biodrowego są podobne jak w przypadku każdego chorego poddanego operacji. Działania pielęgniarские podejmowane na tym etapie zmierzają do unormowania parametrów życiowych. Rolą pielęgniarki w tym okresie jest obserwacja i kontrola zachowania tętna, ciśnienia, gospodarki wodno-elektrolitowej, uzupełnienie niedoborów krwi i pielęgnacja miejsca operowanego.
2. Największym problemem pielęgnacyjnym w pierwszych godzinach po zabiegu była troska o uśmierzenie bólu pooperacyjnego. Opieka pielęgniariska polegała na obserwacji jego charakteru, natężenia i podawaniu leków przeciwbólowych. Wczesny okres pooperacyjny to również czas wzmożonych działań związanych z zapobieganiem wystąpieniu powikłań pooperacyjnych i jak najszybszym uruchomieniem chorego. W tym zakresie rolą pielęgniarki jest zachęcanie do ćwiczeń czynnych i biernych w obrębie łózka i szybka pionizacja oraz nauka chodzenia. Do zadań pielęgniarki w czasie opieki nad chorym po endoprotezoplastyce stawu biodrowego należy również edukacja zdrowotna dotycząca dalszego postępowania po wypisaniu do domu.

Literatura

1. Abrahams P.: Atlas Anatomii, Świat Książki, Warszawa 2004, s. 202-204
2. Aniołkowska B., Kasprzyk D.: Protezoplastyka stawu biodrowego metodą BHR, Sztuka Pielęgowania Nr 1/2012, s. 16-18
3. Aniołkowska B., Kasprzyk D.: Protezoplastyka stawu biodrowego metodą BHR, cz.2. Przygotowanie pacjenta do zabiegu, Sztuka Pielęgowania Nr 2/2012, s. 10-11
4. Białecki J., Marczyński W., Milecki M. i wsp.: Taktyka postępowania w zakażeniach stawu biodrowego, Chirurgia Narządów Ruchu i Ortopedia Polska, 74 (3)/2009, s. 145-151
5. Coote A., Hasam P.: Reumatologia i Ortopedia, Urban & Partner, Wrocław 2007, s. 53-59, 211
6. Deszczyński J., Stolarczyk A. (red): Podstawy rehabilitacji po całkowitej endoprotezoplastyce stawu biodrowego, Fundacja Dynastab, Warszawa 2008, s.10-14
7. Dokumentacje i skale, Sztuka Pielęgowania Grudzień/2012, s. 17
8. Gaździk T. Sz.: Ortopedia i Traumatologia, PZWL Tom I, Warszawa 2010, s.52-53, 72-73, 151-163
9. Gaździk T. Sz.: Ortopedia i Traumatologia, PZWL Tom II, Warszawa 2010, s.477-480
10. Kiwerski J. (red.): Rehabilitacja medyczna, PZWL, Warszawa 2006, s. 574-576
11. Klimiuk A., P., Kuryliszn – Moskal A.: Choroba zwyrodnieniowa stawów, Reumatologia Nr 50/2012, s. 162-165
12. Kosowski A., Teter Z., Paszkiewicz J.: Analiza ilościowo – finansowa endoprotezoplastyk dużych stawów przeprowadzonych w Polsce w roku 2010 sporządzona na podstawie danych zgromadzonych w Centralnej Bazie Endoprotezoplastyki NFZ, Kwartalnik Ortopedyczny Nr 4/2011, s. 305-313
13. Łodzińska. J.: Etyczna postawa pielęgniarek wobec pacjentów w świetle integralności człowieka, s. 33, w: Pielęgniarstwo wczoraj, dziś, jutro..., Tom II, Wyd. Arjadna Print, Ciechanów 2013.
14. Mańczak M., Kalinowski P., Pelc M.: Rehabilitacja w chorobie zwyrodnieniowej stawu biodrowego, THINK- Studenckie Naukowe Czasopismo Internetowe, Nr 1 (1) 2009, s.1-9

15. Marciniak W., Szulc A.: Wiktora Degi Ortopedia i Rehabilitacja, [w]: Małecka W.: Pielęgnowanie chorego w ortopedii i rehabilitacji, PZWL, Warszawa 2004, s.115-121
16. Marciniak W., Szulc A.: Wiktora Degi Ortopedia i Rehabilitacja, PZWL, Warszawa 2004, s. 46-49
17. Paprocka-Borowicz M., Zawadzki M.: Fizjoterapia w chorobach układu ruchu, Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2010, 106-113
18. Płomiński J., Kwiatkowski K.: Historia protezoplastyki stawu biodrowego, Polski Merkuriusz Lekarski Nr XXII/2007, s. 83-85
19. Prusinowska A., Turski P., Małyk P., Przepiórki E.: Alloplastyka stawu biodrowego u pacjentów z zeszywniejącym zapaleniem stawów kręgosłupa – rehabilitacja, Reumatologia 47/ 2009, s. 182–187
20. Rapała K., Walczak P., Truszczyńska A.: Etiopatogeneza choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego, Kwartalnik Ortopedyczny Nr 4/2011, s.386-394
21. Targowski T.: Epidemiologia zatorowości płucnej i postępowanie profilaktyczne, Polski Merkuriusz Lekarski, XXIV/2008, Supl. 2, s. 21
22. Ulatowska A., Bączyk G., Lewandowska H.: Przegląd piśmiennictwa na temat bólu pooperacyjnego oraz jakości opieki pielęgniarskiej, Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 1/ 2012, s. 7-12
23. Walewska E.: Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego, PZWL, Warszawa 2010, s.35, 56 -70, 159 – 170, 177-181
24. <http://www.klinika.net.pl> - dostęp 18.11.2012
25. <http://www.ortopedia.edu.pl> dostęp 18.11.2012
26. <http://www.sport-klinika.pl/anatomia> dostęp 10. 11.2012

Autorzy:

Walentyna Gniedziejko - lic. pielęgniarstwa,

Zbigniew Puchalski - prof. zw. dr hab. n. med., pracownik naukowy WSA. Zakład piel. ogólnego WSA, z.puchalski@op.pl

mgr Joanna Szwarz-Woźniak, Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego WSA szwarz72@wp.pl

ROLA I ZADANIA PIELEŃNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM ZE ZŁAMANIEM SZYJKI KOŚCI UDOWEJ

Hanna Herbaczevska, Zbigniew Puchalski, Joanna Szwarz - Woźniak

Streszczenie

Na podstawie analizy dostępnych danych z całego świata ocenia się, że liczba złamań bliższej nasady kości udowej zwiększa się i w 2050 roku przekroczy 6 milionów przypadków rocznie. Urazy zdarzają się najczęściej osobom najstarszym i w tej grupie chorych stanowią najczęstszą wyjściową przyczynę zgonu spośród wszystkich urazów. Główne czynniki urazów oprócz starczej osteoporozy to; niedożywienie, choroby współistniejące, zaburzenia równowagi, niewłaściwy styl życia, brak dostatecznych działań profilaktycznych, brak dostatecznej opieki ze strony rodziny, samotność, zniedołężnienie.

Złamania szyjki kości udowej leczy się operacyjnie poprzez wszczępienie protezy stawu biodrowego. Po 60 roku życia wstawia się protezy całkowite, po 75 roku życia protezy połowiczne.

Poziom współczesnej medycyny pozwala pacjentom po wszczępieniu endoprotezy na powrót do normalnego funkcjonowania w społeczeństwie. Rehabilitacja umożliwia choremu uzyskanie prawidłowego zakresu ruchu w sztucznym stawie.

Opieka pielęgniarska ma na celu niedopuszczenie do powikłań, szybkie uruchamianie pacjenta, niedopuszczenie do zakażenia rany pooperacyjnej, prawidłowe przygotowanie pacjenta do samo opieki w domu, udzielanie mu wsparcia i pomocy.

Słowa kluczowe: rehabilitacja, samo opieka, rola pielęgniarki, osteoporoza

Title

The role and responsibilities of nurses in the care of patients with hip fracture

Abstract

Based on the analysis of available data from around the world is estimated that the number of fractures of the proximal femur increases and 2,050 years than 6 million cases per year. Injuries occur most often the oldest people and this group of patients is the most common underlying cause of death among all injuries. The main factors of senile osteoporosis injuries in addition to this; malnutrition, coexisting diseases, disorders balance, wrong lifestyle, lack of adequate preventive measures, the lack of sufficient care from family, loneliness, senility.

Femoral neck fractures treated surgically by implanting artificial hip joint. After 60 years of age intercedes dentures, the dentures 75 years hemiparesis.

The level of modern medicine allows patients after implantation of the prosthesis to return to normal functioning in society. Rehabilitation enables the patient getting the proper range of motion in an artificial pond.

Nursing aims to prevent complications, quick start-up patient, preventing wound infection, proper preparation of the patient to self-care at home, giving him support and assistance.

Keywords: rehabilitation, self-care, the role of nurses, osteoporosis

Wprowadzenie

Do najbardziej niebezpiecznych urazów, będących następstwem upadków zalicza się złamanie szyjki kości udowej, około połowa osób po tym złamaniu traci zdolność chodzenia.

Złamania szyjki kości udowej są chorobami leczonymi głównie operacyjnie na oddziale ortopedycznym w trybie ostrym.

Szyjki kości udowej na sztuczny staw zwany protezą połowiczą. Najczęściej stosowaną w naszym kraju protezą połowiczą jest proteza nosząca nazwę Austin-Moore'a.

Zaletą endoprotezy jest możliwość wczesnej rehabilitacji pacjenta, co stwarza dużą szansę uniknięcia powikłań pooperacyjnych. Nawet prawidłowo zagojone złamanie szyjki kości udowej nie pozostaje bez wpływu na funkcjonowanie stawu biodrowego. Zmiany przeciążeniowe panewki stawu biodrowego występują po wszczępieniu połowiczej protezy. W złamaniach szyjki kości udowej występujących przed 60 roku życia stosuje się plastykę stawu biodrowego przy użyciu endoprotezy totalnej, czyli sztuczna panewka i głowa kości udowej. Czas przeżycia takiej protezy jest dłuższy niż połowiczej.

Złamanie szyjki kości udowej

Epidemiologia i czynniki etiologiczne sprzyjające złamaniom

Możemy wyróżnić dwie główne przyczyny złamań szyjki kości udowej:

1. urazy - głównie upadki,
2. złamania samoistne-bez zauważalnego urazu, w przypadku istniejącej wcześniej poważnej choroby stawu biodrowego.

Przyczyny upadków można podzielić na dwie grupy:

1. wewnętrzne (organiczne):
 - z procesu starzenia się organizmu,
 - ze stanów chorobowych.
2. zewnętrzne (środowiskowe).

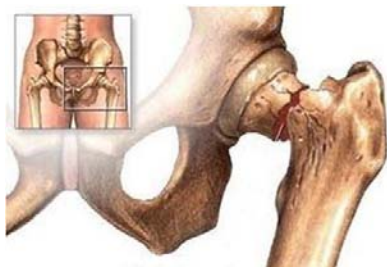
Do czynników środowiskowych zalicza się:

- nieodpowiednie oświetlenie-za małe lub oślepiające
- brak korekcji zaburzeń wzroku i słuchu-brak aparatu słuchowego, źle dobrane okulary
- brak udogodnień w urzędach, instytucjach oraz w mieszkaniu – brak poręczy, uchwytów
- przeszkody związane z podłożem-śliskie podłogi, wysokie progi nieumocowane dywany, rozciągnięte po podłodze kable,
- pogorszenie warunków atmosferycznych.

Ryzyko upadków zwiększają:

- zaawansowany wiek-powyżej 75r.ż. płeć żeńska
- samotne zamieszkiwanie chód starczy
- mała masa ciała, niedożywienie, osłabienie organizmu liczne choroby współistniejące
- złe warunki mieszkaniowe, stosowanie sprzętu ortopedycznego

Według WHO śmiertelność spowodowana upadkiem stanowiła w 2000r. 6% wszystkich zgonów w wyniku zdarzeń. Wraz z każdą dekadą życia wzrasta śmiertelność spowodowana następstwami upadku. Połowa osób po złamaniu szyjki kości udowej traci zdolność chodzenia.¹



Rys. 1. Najczęstsze złamanie

<http://urodaizdrowie.pl/jak-skutecznie-walczyz-z-osteoporoza>

Statystyka złamań szyjki kości udowej w Polsce i na świecie

Występowanie złamań znacznie różni się różnych populacjach. Zapadalność na złamanie kości szyjki udowej w Europie Zachodniej jest zróżnicowana pod względem szerokości geograficznej. Prawdopodobnie zależy to od nasilenia światła słonecznego. Np. w Norwegii i Szwecji rocznie liczba złamań kości szyjki udowej u kobiet powyżej 50 roku życia jest czterokrotnie większa niż u kobiet, które mieszkają w krajach śródziemnomorskich.

W obecnych czasach osteoporoza jest dużym problemem ekonomicznym w większości krajów świata. Wraz ze wzrostem zachorowalności na osteoporozę rośnie także liczba złamań szyjki kości udowej. W związku z tempem starzenia się populacji świata eksperci przewidują, że w ciągu najbliższych 50 lat liczba cierpiących z powodu osteoporozy i złamań podwoi się. Przewiduje się, że na świecie do 2050 roku wskaźnik występowania złamań szyjki kości udowej wzrośnie o 240 % u kobiet i 310 % u mężczyzn. Liczba złamań w tej okolicy w 1990 roku wynosiła 1, 66 mln, a w 2050 wyniesie około 6, 26 milionów. Mężczyzn dotkniętych złamaniem będzie 1, 79 mln, kobiet 4, 47 miliony.

Według najnowszych danych 70% chorych ze złamaniami szyjki kości udowej to osoby między 60 a 80 rokiem życia.

Częstość występowania to 200.000 Przypadków rocznie spośród osób po 65 roku życia.

Złamania szyjki bardziej występują u kobiet niż u mężczyzn.

W grupie kobiet po 85 r. ż., co druga przyznaje się do ryzykownego upadku w ciągu

¹ Osiedlenie J., Czerwiński E., Czerwińska M.- Złamania osteoporotyczne i upadki u kobiet w okresie menopauzy –Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja, Warszawa 2005 (7, 77-78).

roku, co niesie ryzyko złamania.

Najczęściej złamań doznają osoby samotne, pozbawione pomocy i opieki, niepełnosprawne, schorwane.²

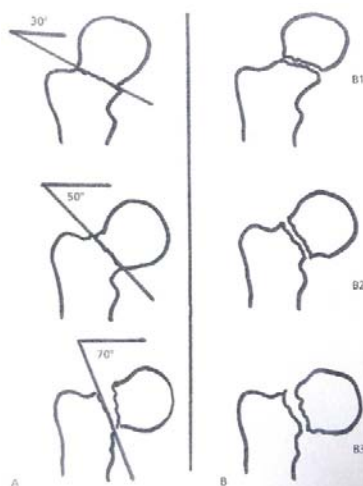
Obraz kliniczny i metody diagnostyczne złamania

Rozpoznanie złamań szyjki kości udowej opiera się na badaniach klinicznych i radiologicznych, uzupełnionych danymi laboratoryjnymi. Badanie kliniczne składa się z wywiadu, badania przedmiotowego i ortopedycznego.

O urazowym złamaniu szyjki kości udowej świadczy podeszły wiek chorego, stosunkowo niewielki uraz, pojawienie się bólu ograniczającego ruch kończyny, charakterystyczne, przymusowe ułożenie w stawie biodrowym.

Należy pamiętać, że złamaniu szyjki kości udowej mogą towarzyszyć inne złamania, np. głowy kości udowej, miednicy, których rozpoznanie jest trudne tylko na podstawie badania klinicznego. Rozstrzygającym jest badanie radiologiczne, które należy wykonać w projekcji przednio tylnej i osiowej.

Rys. 2. Rodzaje złamań



<http://urodaizdrowie.pl/jak-skutecznie-walczyc-z-osteoporoza>

Podziały złamań szyjki kości udowej:

A - wg Pauwelsa w oparciu o kąt utworzony przez szczelinę złamania w odniesieniu

² Jarosz M., „Osteoporoza” Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010

do poziomu miednicy

B - klasyfikacja CCF:

B1 - złamania podgłówkowe

B2 – złamania przeszzyjkowe

B3 – złamania podgłówkowe z przemieszczeniem

Wielu autorów uważa, że typ złamania zależy od kierunku działania siły urazu.

Według Grucy:

- złamanie podgłówkowe powoduje siła działająca wzdłuż osi szyjki.
- złamanie przykrętarzowe - siła działająca prostopadle do długiej osi kończyny
- złamanie przeszzyjkowe – siła działająca w płaszczyźnie strzałkowej

Pauwels usystematyzował złamanie szyjki kości udowej trzech stopni, określił, że w ognisku złamania działa kilka sił:

-siła fizjologiczna obciążenia, R''

-siła wywołująca docisk fragmentu głowowego szyjki, P''

-siła „S'' dąży do przemieszczenia odłamu głowowego

Linton uważa, że typ złamania zależy od sił mięśniowych działających wtórnie. Złamania odwiedzeniowe i przywiedzeniowe powstają w taki sam sposób, nie zależą do sił działających na staw biodrowy.³

Metody leczenia złamań szyjki kości udowej

W leczeniu złamań najwłaściwszą metodą jest operacja. Lekarze sięgają po metody zachowawcze jedynie w przypadku ciężkich chorób, które zwiększają nadmierne ryzyko zabiegu. Celem leczenia jest jak najszybsze uruchomienie pacjenta, gdyż tylko to chroni go przed większością powikłań związanych z długotrwałym leżeniem w łóżku.

Zachowawcze leczenie prowadzone jest metodą czynnościową. polegającą na założeniu wyciągu nadkostkowego drutem Kirschnera, ułożeniu kończyny na szynie Grucy z obciążeniem wyciągu.



Rys. 3. fot. własna

³ Dziak A. Tylman D., Traumatologia narządu ruchu Tom II'' Wyd. Lekarskie PZWL
Warszawa 1996r. s400-500.

- W leczeniu złamań szyjki kości udowej lekarze stosują następujące sposoby:
- Unieruchomienie wewnętrzne-odłamy kości ułożone są prawidłowo, lekarz wstawia metalowe śruby mocujące kość
 - Częściowa wymiana biodra- sztuczne uzupełnienie zwane protezą
 - Całkowita wymiana biodra - wymiana na protezę całej górnej części kości udowej razem ze stawem
 - W złamaniach przekrętarsowych wprowadza się do złamanej kości długą metalową śrubę, znaną, jako śruba dociskająca łącząca odłamy.



Rys.4. fot. własne

Do najczęściej występujących powikłań pooperacyjnych należą:

- niewydolność krążeniowo-oddechowa
- zapalenie płuc rozwijające się w następstwie mikrourazów
- zatępienie płuc i mózgu
- zapalenie dróg moczowych
- odleżyny
- ropienie rany pooperacyjnej

Profilaktyka

Działania profilaktyczne, jakie może podjąć senior obejmują:

- właściwe odżywianie zapewniające dobową dawkę wapnia do 1500 miligram
- stosowanie u kobiet w okresie pomenopauzalnym hormonalnej terapii zastępczej, co jest najlepszym środkiem zapobiegającym osteoporozie
- dodatkowo należy unikać sytuacji grożących upadkiem, osoby z zaburzeniami równowagi powinny stosować laski lub chodziki
- unikanie przez osoby starsze nagłych zwrotów i odchyłeń głowy stałe noszenie właściwie dobranych okularów i aparatu słuchowego
- unikanie nadmiernych obciążeń np. noszenia ciężkich siatek z zakupami¹

Jak postępować po protezoplastyce?

- a) Noszenie ciężarów – nie wolno dźwigać, zakupy należy nosić po stronie kończyny operowanej
- b) Wkładanie obuwia – obuwiu należy wkładać w pozycji stojącej, przytrzymując się podpory, zginając kończynę operowaną w kolanie
- c) Schyłanie się – należy stabilnie stanąć na kończynie zdrowej, kończynę operowaną odchylić do tyłu
- d) Wchodzenie po schodach – wchodzenie należy rozpocząć od nogi zdrowej, dostawić do niej kończynę operowaną
- e) Schodzenie – najpierw kończyna operowana, dostawiamy do niej nogę zdrową
- f) Spanie- przez pierwsze miesiące należy spać w pozycji na wznak, po upływie 6 miesięcy można spać na boku po stronie kończyny zdrowej
- g) Wstawanie z łóżka – podczas wstawania należy bezpiecznie przesunąć całe ciało na brzeg łóżka, kończynę operowaną unosimy zdrową nogą i stawiamy na podłodze²

¹ Osiedlenie J., Czerwiński E., Czerwińska M.- Złamania osteoporotyczne i upadki u kobiet w okresie menopauzy –Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja, Warszawa 2005 (7, 77-78).

² Kiwerski J. – Rehabilitacja medyczna pod red. Kiwerskiego J., Wydawnictwo PZWL Warszawa 2010.

Rola pielęgniarki w rozwiązywaniu problemów pacjenta

Leczenie bólu

Bardzo ważnym problemem po zabiegu wszczępienia endoprotezy stawu biodrowego jest problem bólu operowanej kończyny. Zniechęca pacjenta do wykonywania nawet najmniejszego wysiłku, uniemożliwia wykonywanie ćwiczeń.

Ból wzbudza ogromny niepokój u chorych, dlatego należy w miarę szybko temu zaradzić. Pacjent dostaje regularnie przez pierwsze 3 doby silne leki przeciwbólowe na pisemne zlecenie lekarza.

Leczenie przeciwbólowe zmniejsza dyskomfort pacjenta i umożliwia jego współpracę z zespołem terapeutycznym.

Rehabilitacja pacjenta

Stan ogólny pacjenta dyktuje moment pionizacji i naukę chodzenia, zwykle następuje to w drugim lub trzecim dniu po zabiegu. Pielęgniarka informuje pacjenta, iż poruszanie zoperowaną kończyną może odbywać się jedynie według instrukcji rehabilitanta i jest bardzo ważnym elementem programu odzyskania pełnej sprawności.

Naukę chodzenia pacjenci rozpoczynają w 2-3 dobie po zabiegu. Kończyna dolna powinna być całkowicie odciążona. Pełne obciążenie stawu następuje dopiero po 3 miesiącach.

W procesie rehabilitacji pacjenta po endoprotezie bardzo ważna jest współpraca pielęgniarka-rehabilitant.

Rehabilitanci i fizjoterapeuci zostawiają pacjenta po wykonaniu z nim serii ćwiczeń, to pielęgniarka jest z nim przez całą dobę, pokazuje sposób wykonywania ćwiczeń, nadzoruje ich wykonanie, czuwa nad bezpieczeństwem poruszania się chorych za pomocą kul.³

Przygotowanie pacjenta do samoopieki

Osoba po endoprotezie musi zdawać sobie sprawę, że rehabilitacja nie kończy się wraz z wypisem ze szpitala, powinna być kontynuowana w domu przez pacjenta, gdyż tylko w taki sposób zachowa sprawność i zdolność sprawnego poruszania się. Przygotowaniem pacjenta do samodzielnego funkcjonowania w domu powinien zająć się zespół pielęgniarski. Pacjent, opuszczając mury szpitalne powinien być zaopatrzony w podstawową wiedzę odnośnie postępowania po wymianie stawu biodrowego. Jak należy postępować, czego unikać, co jest stanowczo zabronione?

- Ułożenie kończyny-w lekkim zgięciu w stawie biodrowym, zabezpieczyć przed skręceniem na zewnątrz, unikanie krzyżowania nóg podczas leżenia lub spania.
- Pozycja siedząca –stawy kolanowe niżej niż stawy biodrowe krzesło lub fotel nie za wysokie, nie za głębokie
- Zmiana pozycji-z leżącej na siedzącą kończyna dolna wyprostowana unikanie w łóżku obracania się na stronę prawą lub lewą.

³ Kiwerski J. – Rehabilitacja medyczna pod red. Kiwerskiego J., Wydawnictwo PZWL Warszawa 2010.

□ Poruszanie się za pomocą balkonika lub kul - zwrócić uwagę, aby stopa nie rotowała się do środka, kroki długie, miarowe.

Mieszkanie pacjenta powinno być dostosowane do jego chwilowej niepełnosprawności.⁴

Wnioski

Opieka pielęgniarska ma na celu niedopuszczenie do powikłań, szybkie uruchamianie pacjenta, niedopuszczenie do zakażenia rany pooperacyjnej, prawidłowe przygotowanie pacjenta do samo opieki w domu, udzielanie mu wsparcia i pomocy.

1. Wśród osób doznających złamania szyjki kości udowej przeważają kobiety, wiąże się to zapewne z większą utratą przez kobiety masy kostnej.
2. Do największej liczby złamań szyjki kości udowej dochodzi w okresie letnim i zimowym, związane jest to z większą aktywnością ruchową latem i zagrożeniem upadkami w okresie zimowym.
3. Problem złamań szyjki kości udowej częściej dotyczy osób pochodzących ze środowiska wiejskiego, zależy to zapewne od większej aktywności ruchowej tej grupy ludzi, chęci pomocy w gospodarstwie rolnym, mniejszej świadomości ludzi odnośnie profilaktyki i zapobiegania złamaniom.
4. Fachowa opieka pielęgniarska jest niezbędna pacjentowi w procesie dochodzenia do pełnosprawności, zapewnia mu oprócz wsparcia fizycznego wsparcie duchowe, które czasami „czyni cuda”.

Literatura

1. Badurki J., Osteoporoza a złamania, Wydawnictwo Blackhorse, Warszawa 2003 (33-83).
2. Bielak Ewelina, Doroszkiewicz Halina- Pielęgniarka i Położna, 2007(16-20).
3. Dziak A., Tylman D, -Traumatologia narządu ruchu, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1996, (411-450, 470-500).
4. Hepp W., Debrunner H.,- Diagnostyka w ortopedii, Redaktor naukowy Gaździk T., Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008
5. <http://www.ratownikmedyczny.za.pl>
6. Jarosz Mirosław – Osteoporoza, Wydawnictwo Lekarskie, PZWL, Warszawa 2010 (26-33,35-60).
7. Kapało Wojciech – Pielęgniarstwo w chirurgii, wydanie 2, Warszawa 2006, (20-50).
8. Kiwerski J. – Rehabilitacja medyczna pod red. Kiwerskiego J., Wydawnictwo PZWL Warszawa 2010.
9. Leibold G.- Osteoporoza, Wydawnictwo AWM, Janki k. Warszawy 2006, (28-30,67-70).

⁴ Tokarski Z., Rehabilitacja w holistycznej opiece nad pacjentem, Wydawnictwo WSNE Warszawa 2011.

10. Marcinkowska - Suchowierska Ewa - Osteoporoza, jako problem społeczny w Osteoporoza, Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2004 (28-40).
11. Michajlik A., Ramotowski W. - Anatomia i fizjologia człowieka, Warszawa 1994.(95-120).
12. Osiedleniec J., Czerwiński E., Czerwińska M.- Złamania osteoporotyczne i upadki u kobiet w okresie menopauzy – Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja, Warszawa 2005 (7, 77-78).
13. Physiotherapy and Medicine www.pandom.org.
14. Szmidt J.- Podstawy Chirurgii, Wyd. PZWL- Warszawa 2005
15. Ślusarska B., Ocena stanu zdrowia pacjenta dla potrzeb pielęgnowania w Podstawy pielęgniarstwa, Wybrane działania pielęgniarские, pod redakcją Ślusarskiej B., Zarzyckiej B., Zahradniczek K., Wydawnictwo Czelej Lublin 2004 (396-406).
16. Tokarski Z., Rehabilitacja w holistycznej opiece nad pacjentem, Wydawnictwo WSNE Warszawa 2011.
17. Woźniak Witold – Anatomia człowieka, Wrocław 2003,(355-370)
18. www.fizjoterapeutom.pl/files/1/medicina.polf
19. www.nursing.com.pl
20. www.zdrowie.flink.pl

Autorzy:

Hanna Herbaczewska - lic. piel.

Zbigniew Puchalski - prof. zw. dr hab. n. med., pracownik naukowy WSA,
z.puchalski@op.pl,

mgr Joanna Szwarz - Woźniak - Zakład Piel. Ogólnego, szwarz72@wp.pl

ROLA PIEŁĘGNIARKI WE WCZESNEJ REHABILITACJI PACJENTA PO UDARZE MÓZGU

Jadwiga Jaszak, Jacek Ogrodnik, Barbara Burak – Czapiuk, Dorota Kukowska

Streszczenie

Udar mózgu jest straszną chorobą, która sprawia, że życie samego chorego jak i jego najbliższych zmienia się diametralnie. Incydent mózgowy przebiega bardzo różnie, może skończyć się nagłą śmiercią, lub kalectwem chorego. Jest to również taka jednostka chorobowa, która wymaga ciężkiej pracy nie tylko samego chorego, lekarzy, pielęgniarek ale również rodziny i najbliższych w walce o powrót do życia z przed choroby. W pracy opisane szczegółowo informacje na temat jednostki chorobowej, przyczyn, skutków jak również metod walki z chorobą.

Tematem pracy jest pielęgniarka i jej rola w rehabilitacji pacjenta po udarze mózgu. Praca kompleksowo pokazuje ważność działań wykonywanych przez pielęgniarkę od pierwszych chwil chorego na oddziale.¹ Wiąże się to z nieustannym kontaktem z pacjentem, wiedzą samej pielęgniarki, jak również edukacją prowadzoną w miarę możliwości przy każdej okazji. Należy również pamiętać, że każdy przypadek jest inny i wymaga indywidualnego podejścia i ukierunkowanej pomocy. Odpowiednie działania wykonywane przez zespół wielospecjalistyczny, oraz prowadzenie kompleksowej edukacji stawiane są na pierwszym miejscu w walce z chorobą.

Słowa kluczowe: udar, niepełnosprawność, rehabilitacja

Title

The role of the nurse in the early rehabilitation of patients after stroke

Abstract

Stroke is a terrible disease that makes life on the patient and his immediate changes dramatically. The incident cerebral runs very differently, could end up sudden death or disability of the patient. This is also the entity that requires hard work not only to the patient, doctors, nurses, but also family and closest in the battle to return to live with before the disease. In the work described in detail information on the disease entity, the causes, effects and ways to combat the disease.

The theme of the work is a nurse and her role in the rehabilitation of patients after stroke. Jobs comprehensively shows the validity of the actions performed by a nurse from the first moments of the patient on the ward. This involves constant contact with the patient, they know the same nurses, as well as education pursued as far as possible at every opportunity. You should also remember that every case is different and requires an individual approach and targeted assistance. Appropriate action performed by a multidisciplinary team, and conducting comprehensive education are put in first place in the fight against the disease.

¹ Por. Łodzińska. J. : Pułapki zawodowe w profesji pielęgniarskiej, s. 49, w: Pielęgniarstwo wczoraj, dziś, jutro..., Tom II, Wyd. Arjadna Print, Ciechanów 2013.

Keywords: stroke, disability, rehabilitation

OGÓLNE INFORMACJE NA TEMAT UDARU MÓZGU

Udary mózgu obecnie stanowią co trzecią przyczynę zgonów i główną przyczynę inwalidztwa. Udary dotyczą szczególnie osób w starszym wieku, ale ok 25% osób chorujących ma poniżej 55 lat.

Udar mózgu dzielimy na dwie główne grupy:

- a) udar niedokrwienny mózgu (ok 80-85%)
- b) udar krwotoczny mózgu (ok 20-25%)²

W udarach niedokrwiennych mózgu wyróżniamy udar powstały na skutek zatoru naczyń mózgowych, oraz udar powstały ze skrzepu naczyń mózgowych. Natomiast krwotok śródmózgowy i krwotok podpajęczynówkowy wyróżnia się w udarach krwotocznych.

Udar niedokrwienny - zawał

Udar niedokrwienny mózgu jest spowodowany spadkiem lub całkowitym brakiem przepływu krwi do naczyń mózgowych. Brak nowej porcji tlenu jak i składników odżywczych, szczególnie glukozy wywołuje zmiany w metabolizmie energetycznym mózgu.³

Udar niedokrwienny ze względu na czas trwania objawów możemy podzielić na:

- a) przejściowy atak niedokrwienny (ang. TIA) - objawy uogólnione lub ogniskowe trwające mniej niż 24 godziny od incydentu mózgowego,
- b) udar niedokrwienny z objawami odwracalnymi (ang. RIND) – objawy ustępują przed upływem trzech tygodni po incydencie mózgowym,
- c) udar niedokrwienny dokonany (ang. CIS) – dochodzi do trwałego uszkodzenia funkcji mózgu, może nastąpić osłabienie skutków incydentu,

udar niedokrwienny postępujący (ang. PND) – dochodzi do stopniowego narastania objawów zaburzeń funkcji mózgu, spowodowanych przyczynami naczyniowymi.⁴

Udar krwotoczny – wylew

Udar krwotoczny mózgu jest spowodowany wylewem krwi do mózgu. W tkance nerwowej, do której nie dociera na czas nowa porcja tlenu bardzo szybko dochodzi do zmian degeneracyjnych. Natomiast te zmiany powodują trwałe zniszczenie struktur tkanki mózgowia.⁵

² Cendrowski W., Epidemiologia naczyniowa udarów mózgu, [W:] Udary naczyniowe mózgu diagnostyka i leczenie, Majkowski J. (red.), Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 1998; 13-22

³ Mazur R., Książkiewicz B.: Symptomatologia kliniczna ostrych udarów naczyniowych mózgu, [W:] Udary naczyniowe mózgu diagnostyka i leczenie, Majkowski J. (red.), Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 1998; 23-38

⁴ Twardosz W., (red.), Wielka Encyklopedia Zdrowia, T.9, Wyd. Horyzont, Wągrowiec 2006; 91-94

⁵ Prusiński A., Neurologia praktyczna, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2005; 17-41, 208-226

Najczęstszymi przyczynami krwotoku mózgowego jest nadciśnienie tętnicze krwi (ponad 60% przypadków), tętniaki, naczyniaki, skazy krwotoczne jak i przerzuty nowotworowe (raki nadnerczy, czerniaki) Udar krwotoczny dzielimy na krwotok śródmózgowy i krwotok podpajęczynówkowy.⁶

Krwotok śródmózgowy

W krwotokach mózgowych mamy do czynienia z małymi udarami, czyli płatowe udary krwotoczne. Charakteryzują się bardzo silnymi bólami głowy, wymiotami oraz lekkimi zaburzeniami świadomości.

W zależności od miejsca wystąpienia mamy krwotoki płatowe takie jak:

1. **Potyliczny** – występuje niedowidzenie połowicze oraz ból oka po stronie krwotoku,
2. **Skroniowy** – ból okolicy ucha,
3. **Czołowy** – ból czoła i niedowład kończyny górnej,
4. **Ciemieniowy** – występują zaburzenia czucia przeciwstronne i ból okolicy ciemieniowo skroniowej.⁷

Krwotok podpajęczynówkowy

Krwotok podpajęczynówkowy charakteryzują się krwawieniem do przestrzeni płynowych otaczających mózg. Najczęstszą przyczyną wystąpienia krwotoku jest nieprawidłowe poszerzenie dużych tętnic przebiegających na podstawie i powierzchni mózgu, czyli pęknięciem tętniaka. (6) Tego typu incydent mózgowy mogą zdarzać się w każdym wieku, bardzo często występują u młodych ludzi. (3)

Krwawienie podpajęczynówkowe występuje w przebiegu:

- naczyniaka tętniczo-żylnego,
- ukrwotoczniowych zawałach mózgu,
- guzach mózgu, chorób krwi, zakrzepów żył i zatok żylnych mózgu,
- pierwotnych krwotokach mózgowych z wtórnym przebiegiem do przestrzeni płynowych,
- nadciśnieniu tętniczym krwi.⁸

⁶ Twardosz W., (red.), Wielka Encyklopedia Zdrowia, T.9, Wyd. Horyzont, Wągrowiec 2006; 91-94

⁷ Prusiński A., Neurologia praktyczna, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2005; 17-41, 208-226

⁸ Mazur R., Książkiewicz B.: Symptomatologia kliniczna ostrych udarów naczyniowych mózgu, [W:] Udary naczyniowe mózgu diagnostyka i leczenie, Majkowski J. (red.), Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 1998; 23-38

Czynniki i przyczyny udarów mózgu

Tab.1. Czynniki oraz przyczyny ryzyka udaru mózgu⁹

Srodowisko i styl życia	Choroby
<p>Pewne</p> <ul style="list-style-type: none">- przewlekły nikotynizm i alkoholizm, uzależnienie lekowe,- płeć męska,- czynniki rodzinne i genetyczne,- wiek, <p>Prawdopodobne</p> <ul style="list-style-type: none">- doustne środki antykoncepcyjne,- otyłość, dieta bogata w tłuszcze zwierzęce,- nieprawidłowy lipidogram (LDL, HDL),- hipercholesterolemia,- mała aktywność fizyczna,- wczesny zgon matki na choroby naczyniowe,- czynniki geograficzne, zimowa pora roku,- zmiany atmosferyczne	<p>a) Pewne</p> <ul style="list-style-type: none">- nadciśnienie tętnicze krwi, choroby serca,- zwiększona wartość hematokrytu,- podwyższone stężenie fibrynogenu, homocysteiny,- cukrzyca, <p>b) Prawdopodobne</p> <ul style="list-style-type: none">- podwyższone stężenie kwasu moczowego,- nadczynność tarczycy,- migrena,- podagra (zapalenie stawów)

Badania obrazowe w udarze mózgu:

- Tomografia komputerowa (TK)
- Magnetyczny rezonans jądrowy (MRI)
- Doppler oraz duplex doppler
- Angiografia klasyczna
- Echokardiografia
- Inne badania (EKG, EEG, RTG, badania laboratoryjne)¹⁰

Leczenie udarów mózgowych

Leczenie niedokrwiennych udarów mózgowych polega na przywróceniu przepływu krwi w miejscu powstania zakrzepu lub zatoru, przeciwdziałaniu niekorzystnym zjawiskom biochemicznym powstałym na skutek incydentu oraz leczenie i profilaktyka powikłań

⁹ Neurologia i Neurochirurgia Polska, Profilaktyka wtórna udaru, 42,4, (supl.) 3, 2008

¹⁰ Hausmanowa-Petrusewicz I., Choroby mózgu naczyniowe, udar mózgu, [W:] Vademecum lekarza ogólnego, Bruhl W., Brzozowski R., (red.), Wyd. PZWL, Warszawa 1984; 608-618

Twardosz W., (red.), Wielka Encyklopedia Zdrowia, T.9, Wyd. Horyzont, Wągrowiec 2006; 91-94

pozamózgowych. W udarach krwotocznych stosuje się działania dążące do usunięcia krwi z mózgu i naprawieniu uszkodzonych naczyń krwionośnych.¹¹

Główne zasady leczenia udarów mózgowych po przeprowadzaniu wszystkich niezbędnych badań:

1. Ustabilizowanie podstawowych czynności życiowych:
2. Leczenie trombolityczne (Actilisa)
3. Leczenie chirurgiczne
4. Regulacja poziomu cukru
5. Leki przeciwobrzękowe
6. Leki przeciwplatekcyjne
7. Wczesna rehabilitacja i zapobieganie powikłaniom pozamózgowym
8. Wdrażanie i edukacja profilaktyki wtórnej udaru¹²

REHABILITACJA

Rehabilitacja jest dyscypliną medyczną, która ma na celu odzyskanie utraconych funkcji na skutek choroby.

Wyróżniamy rehabilitacje takie jak:

1. Rehabilitacja lecznicza (medyczna) – jest procesem, który zmniejsza fizyczne skutki choroby, oraz przyspiesza proces naturalnej regeneracji. Rehabilitacja medyczna jest nieoceniona w walce z powikłaniami związanymi z unieruchomieniem pacjenta w ostrej fazie po udarze mózgu.

Rehabilitacja medyczna jest też zwana fizjoterapią, która jest metodą złożoną i niejednorodną. Fizjoterapię dzielimy na:

- kinezyterapię
- fizykoterapia
- masaż leczniczy¹³

2. Rehabilitacja psychologiczna – odgrywa bardzo dużą rolę w powrocie pacjenta do zdrowia. Rolą rehabilitacji psychologicznej jest pokonywanie oporów psychicznych, które wywołało kalectwo, oraz pomoc w przystosowaniu się do otoczenia.

3. Rehabilitacja społeczna i edukacyjna – celem rehabilitacji jest, w miarę możliwości, przywrócenie zdolności do samodzielnego życia oraz pracy.

4. Rehabilitacja zawodowa¹⁴

¹¹ Książkiewicz B., Gąsecki D., Leczenie we wczesnym okresie udaru mózgu, Choroby Serca i Naczyń t. 3, nr 2, 2006; 83-90

¹² Ryglewicz D., Zasady postępowania i leczenia udarów mózgu, Służba Zdrowia, nr 86-87; 2001

Bird D. T., Miller L. B., Choroby naczyniowe mózgu, [W:] Neurologia w Medycynie Klinicznej, Prusiński A., (red.), Wyd. Czelej, Lublin 2008; 331-336

¹³ Zembaty A., Kinezyterapia niedowładów i porażań połowicznych, [W:] Fizjoterapia, Weiss M., Zembaty A., (red.), Wyd. PZWL, Warszawa 1983; 299-307

¹⁴ Nadolski Z.; Rehabilitacja zawodowa, [W:] Rehabilitacja medyczna, Dega W., Milanowska K., (red.), Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2003; 122-125

Czynniki wpływające na proces rehabilitacji

Ośrodkowy układ nerwowy odzyskując swoje funkcje przez zmniejszanie obrzęku i stanu zapalnego wokół ogniska udaru pozwala na efektywniejsze korzystanie z leczenia rehabilitacyjnego. Bardzo ważne są indywidualne ciągłe i odpowiednie ćwiczenia, odpowiednia motywacja i warunki do ich wykonywania.¹⁵

Tab. 2. Czynniki wpływające na proces rehabilitacji¹⁶

Pozytywne	Negatywne
<ul style="list-style-type: none">- wiek poniżej 55 roku życia,- wczesny powrót ruchów palców w kończynie porażonej,- nieznaczna spastyczność,- brak zaburzeń mowy i czucia po stronie porażonej,- prawidłowe ciśnienie tętnicze krwi,- prawidłowy zapis EEG,- prawidłowa przemiana materii,- brak powikłań ze strony narządu ruchu,- brak zaburzeń równowagi i zborności,- odpowiednia opieka medyczna,	<ul style="list-style-type: none">- wiek powyżej 55 roku życia,- przedłużające się obniżenie napięcia mięśniowego,- zaburzenia czucia po stronie porażonej,- zaburzenia krążenia, nieprawidłowe ciśnienie tętnicze krwi, oraz zapis EEG,- zaburzenia przemiany materii, np. otyłość,- podwichnięcie stawu barkowego,- zaburzenia równowagi i niezborności,- występowanie stopy końsko-szpotawej,- niepokój i rozdrażnienie pacjenta (większe napięcie mięśni),- ból ograniczający swobodną rehabilitację,- zmęczenie, znużenie, depresja,- choroby takie jak np. przeziębienie,- niedożywienie,- nieodpowiednie zmiany pozycji,- zły klimat (zbyt wysoka, lub zbyt niska temp.)- odzież i obuwie (nie może być zbyt ciasne, luźne, za duże),- przeszkody architektoniczne (np. wysokie progi, śliska podłoga),

ROLA PIELEŃNIARKI WE WCZESNYM USPRAWNIANIU PACJENTA PO UDARZE MÓZGU

Zadania pielęgniarki w zespole udarowym

Pielęgnacja pacjenta po udarze mózgu wymaga wspólnych i wysoko wyspecjalizowanych działań zespołu udarowego, pacjentów i rodziny.¹⁷ Pielęgniarka należąc

¹⁵ Laidler P., Rehabilitacja po udarze mózgu. Zasady i strategia, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2004

¹⁶ Laidler P., Rehabilitacja po udarze mózgu. Zasady i strategia, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2004

¹⁷ Łodzińska J, *Niepelnosprawni są wśród nas*, Firma bez barier,, Polska Organizacja Pracodawców Osób Niepełnosprawnych, nr 09,2009, s.

do tego zespołu, posiadając olbrzymią wiedzę teoretyczną i praktyczną na temat choroby, wnosi nieoceniony wkład w leczenie chorego.

Pielęgniarka w swojej pracy nad pacjentem po udarze mózgu ma za zadanie:

- postępowanie ratujące życie, intensywny nadzór i leczenie,
- postępowanie w zapobieganiu powstawaniu powikłań,
- edukacja pacjenta co do zdrowego stylu życia, samokontroli i samoobsługi,
- edukacja rodziny i najbliższych chorego co do opieki nad nim,

Plan pielęgnacyjny pacjenta uzależniony jest od jego stanu klinicznego, który obejmuje stan przytomności, kontakt werbalny, stopień radzenia sobie z samoobsługą i czynności codziennych, zdolność polykania, funkcji zwieraczy oraz możliwości powstania odleżyn.¹⁸

Pielęgniarka zaczynając opiekę pielęgniarską nad pacjentem po udarze mózgu powinna zacząć od oceny stopnia trudności pielęgnacyjnych. Stosuje ona następujące skale:

- Skala Barther (ADL)
- Skala IADL (Instrumental Activities of Daily Living)
- Skala Rankina¹⁹

Zadania pielęgniarki w zapobieganiu powstaniu powikłań:

1. Zapobieganie zakażeniem układu oddechowego powstającym najczęściej z zalegania wydzieliny i aspiracji pokarmu:
 - a) odpowiednia pozycja ciała, uniemożliwiająca zapadanie języka, oraz umożliwiająca drenaż dróg oddechowych,
 - b) odsysanie śliny i śluzu, oklepywanie klatki piersiowej,
 - c) regularne ćwiczenia oddechowe, zapobieganie zachłyśnięciu,
2. Zapobieganie infekcjom układu moczowego, (założony cewnik):
 - a) odpowiednia higiena ciała,
 - b) zachowanie sterylności podczas zakładania cewnika,
 - c) odpowiednie ułożenie worka na mocz, (poniżej poziomu pęcherza moczowego),
 - d) kontrola oddawania moczu,
 - e) obserwacja miejsca wejścia cewnika do cewki moczowej,²⁰
3. Zapobieganie zakrzepowemu zapaleniu żył:
 - a) ułożenie zapobiegające uciskowi kończyn i zastojowi krwi żyłnej,
 - b) wyższe ułożenie kończyn w razie powstawania obrzęków,
 - c) stosowanie i mobilizowanie chorego do aktywności ruchowej,
 - d) przestrzeganie zasady o nie zakładaniu kaniuli dożyłnej na porażoną kończynę,
4. Zapobieganiu powstawaniu odleżyn:
 - a) ocena ryzyka rozwoju odleżyn (skala Norton)
 - b) zmiana pozycji ciała co 2-3 godziny,
 - c) równomierne rozłożenie ciężaru ciała,
 - d) masaże i oklepywanie ciała,
 - e) odpowiednio przygotowane łóżko, (materac p/odleżynowy, prześcieradło zasłane bez zagięć, guziki czy szwy nie mogą mieć kontaktu z chorym),

¹⁸ Uba M., Kurowska K., Pacjent po udarze, Magazyn Pielęgniarki i Położnej, nr 12, 2011; 8-9

¹⁹ Miller E., Rola pielęgniarki w rehabilitacji i opiece nad chorym po udarze mózgu, [W:] Problemy Pielęgniarstwa, 17, 2, 2009; 152-156

²⁰ Uba M., Kurowska K., Pacjent po udarze, Magazyn Pielęgniarki i Położnej, nr 12, 2011; 8-9

- f) częsta pielęgnacja ciała, nawilżanie skóry, częsta zmiana odpowiednio dobranych pampersów, oraz bielizny pościelowej),
- g) dieta wysoko białkowa,²¹

Postępowanie pielęgniarki we wczesnej rehabilitacji

Odpowiednia wiedza i zaangażowanie pielęgniarki powoduje niewymierne efekty w ciągłym procesie rehabilitacyjnym oraz szybszym powrocie chorego do zdrowia. Opieka pielęgniarska połączona z usprawnianiem danej osoby uzależniona jest od jego stanu zdrowia.²²

Odpowiednie ułożenie chorego w łóżku jest niezbędne w ostrej fazie udaru, ponieważ zapobiega zniekształceniom mięśniowo-kostnym, zapobiega powstawaniu odleżyn, niweluje problemy układu krążenia, wysyła prawidłowe sygnały do mózgu, pozwala rozpoznawać stronę ciała dotkniętą porażeniem.²³

Prawidłowe ułożenie ciała powinno być zmieniane co 2-3 godziny. Pacjent powinien być układany zarówno na boku zdrowym jak i chorym. Nie jest zalecane leżenie na wznak dlatego, że może nasilić spastyczność oraz odruchowe ułożenie niedowładnych lub porażonych kończyn.

Zmiana pozycji ułożenia ciała pacjenta w łóżku przez pielęgniarkę

Przy każdej zmianie pozycji ciała pielęgniarka powinna pamiętać o unikaniu drażnienia skóry, a przede wszystkim o niepociąganiu za kończynę. Takie działanie może doprowadzić do podwichnięcia w stawie barkowym we wczesnym okresie wiotkości kończyn.

Nauka chodu

Nauka samodzielnego chodzenia rozpoczyna się od pionizacji polegającej na przyjęciu przez chorego pionowej postawy czynnej lub biernej. Pionizacja bierna odbywa się na stole pionizacyjnym a czynna w pobliżu łóżka. Pionizacje należy wprowadzać stopniowo aby nie doszło do zaburzeń ortostatycznych. Pielęgniarka oprócz pomocy przy pionizacji musi bacznie obserwować wygląd pacjenta, który może świadczyć o zaburzeniach krążenia.²⁴

Po efektywnej nauce wstawania pacjent zaczyna stawiać pierwsze kroki od początku choroby. Pielęgniarki pełniąc role asekuratora i instruktora, mobilizują i tłumią strach przed upadkiem. Bardzo ważna jest stabilizacja chorego kolana, które może gwałtownie zgąć się w stawie kolanowym. Chód powinien rozpoczynać się od nogi sprawnej co przyczynia się do wytlumienia odruchów. Pielęgniarka stojąc po stronie niedowładnej utrzymuje kontakt

²¹ Smolińska A, Książkiewicz B. Pielęgowanie chorych z udarem mózgu, Choroby serca i naczyń, t. 4, 1: 2007; 6-9

²² Adameczyk K., Pielęgowanie chorych po udarach mózgowych, Wyd. Czelej, Lublin 2003; 21-53

²³ Cieślak-Korfeł A., (przekład), Usprawnianie po udarze mózgu, Poradnik dla terapeutów i pracowników podstawowej opieki zdrowotnej, Wyd. Elipsa-Jaim, Kraków 2009

²⁴ Kiwerski J. (red.), Rehabilitacja medyczna, Wyd. Lekarskie PZWL, 2007; 617-624

swoimi biodrami z chorym powodując przeniesienie ciężaru na stronę niesprawną. Przy niewielkich niedowładach pacjent uczony jest poruszania samodzielnie.²⁵

Działania pielęgniarki w profilaktyce powikłań ze strony układu oddechowego:

- Częstość zmiany pozycji ułożeniowej pacjenta w łóżku
- Oklepywanie klatki piersiowej oraz prowadzenie ćwiczeń oddechowych²⁶
- Prowadzenie gimnastyki oddechowej u osób leżących jest nieocenione w walce z powikłaniami układu oddechowego
- Odpowiednie odżywianie również wpływa na prawidłowy proces oddychania
- Pielęgniarka powinna również zapewnić odpowiednio luźne i przewiewne ubranie, które mogą krępować ruchy oraz utrudniać oddychanie²⁷

Działania pielęgniarki w profilaktyce powikłań ze strony układu krążenia:

1. Częstość zmiany pozycji ciała,
2. Wczesne uruchamianie oraz gimnastyka kończyn dolnych,
3. Masaże kończyn dolnych w kierunku serca w celu szybszego odprowadzenia krwi żyłnej,
4. Wyższe ułożenie kończyn dolnych.²⁸

Sposoby wspomagania chorego przez pielęgniarkę w czynnościach dnia codziennego:

1. Przypominanie i mobilizowanie chorego do wykonywania codziennych zajęć przy jednoczesnym stosowaniu prawidłowych wzorów ruchów, które stymulują jego zmysły.
2. Rozwiązywanie trudności wraz z chorym w różnorodny sposób, aby umiał wykonać zamierzoną czynność mimo napotykanego trudności.
3. Obserwacja czy pacjent wykonuje ważniejsze czynności, czy poddaje się mimo możliwości ich wykonania.
4. Kierowanie i kontrolowanie ciała pacjenta od strony porażonej.²⁹

Przyjmowanie posiłków, usprawnianie funkcji mięśni zwieraczy

Odżywianiem pacjenta na oddziale zajmuje się dietetyk, który ustala ilość i charakter posiłków. Racjonalne odżywianie powinno być oparte na świeżych produktach, które zawierają dużo pektyn i błonnika.

²⁵ Grochmal S., Rehabilitacja osób z zaburzeniami i uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego, [W:] Rehabilitacja medyczna, Dega W., Milanowska K., (red.), Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2003; 436-452

²⁶ Cieślak-Korfel. A., (przekład), Usprawnianie po udarze mózgu, Poradnik dla terapeutów i pracowników podstawowej opieki zdrowotnej, Wyd. Elipsa-Jaim, Kraków 2009

²⁷ Adameczyk K., Pielęgowanie chorych po udarach mózgowych, Wyd. Czelej, Lublin 2003; 21-53

²⁸ Kasperczyk T., Kinezyterapia, [W:] Masaż z elementami rehabilitacji, Walaszek R., (red.), Wyd. Rehmed, 2001; 302-302

²⁹ Cieślak-Korfel. A., (przekład), Usprawnianie po udarze mózgu, Poradnik dla terapeutów i pracowników podstawowej opieki zdrowotnej, Wyd. Elipsa-Jaim, Kraków 2009

Rolą pielęgniarki w karmieniu pacjenta jest nie tylko odpowiednie odżywienie pacjenta, ale nauka prawidłowej techniki zgryzu. Jest to bardzo ważne, ponieważ, gdy pacjent nie używa osłabionej strony, dochodzi do nasilenia spastyczności i asymetryczności strony niedowładnej.³⁰

Podstawowe zasady karmienia pacjenta z niedowładem połowicznym przez pielęgniarkę:

- pozycja siedząca (podparta, wyprostowana, kark lekko zgięty),
- małe porcje podawane powoli, pokarm o odpowiedniej konsystencji i temperaturze,
- podczas podawania płynów należy przechylać naczynie, odginanie głowy sprzyja możliwością zachłyśnięcia się chorego,
- chory przy zachowanych funkcjach ssania może pić przez słomkę,
- nieponaglanie chorego, pozwalanie mu na samodzielność,
- stosowanie sztućców z grubymi rączkami, oraz kubki z uchwytnymi sprzyjające łatwiejszemu trzymaniu ich za pomocą porażonej kończyny,
- po każdym posiłku niezbędna jest toaleta jamy ustnej, toaleta protezy zębowej,³¹

Edukacja pacjenta i rodziny w leczeniu oraz profilaktyce wtórnej udaru mózgu

Edukacja pacjenta dotycząca leczenia oraz profilaktyki wtórnej udaru mózgu jest nieodłącznym elementem procesu leczniczego. Edukacja powinna odbywać się zawsze gdy jest to możliwe, nawet podczas wykonywania najprostszych czynności dnia codziennego.

Pielęgniarka spędzając najwięcej czasu z chorym jak i z rodziną ma niezliczoną możliwość przekazywania niezbędnych informacji, swoich spostrzeżeń dotyczących leczenia i profilaktyki wtórnej udaru mózgu. Niewątpliwie jest to trudne stresujące zadanie, ale możliwe do wykonania.³²

Osoby świadome tego co się wydarzyło jak również co może się wydarzyć, zarówno pozytywnego jak i negatywnego w procesie leczenia mają więcej samozaparcia i motywacji do osiągnięcia zamierzonego celu. Dodatkowym bardzo pozytywnym faktem w prowadzeniu prawidłowej i wyczerpującej edukacji dotyczącej w szczególności przyczyn udarów mózgu rodziny i najbliższych jest zmniejszenie ryzyka wystąpienia incydentu mózgowego po przez zmianę stylu życia.³³

Literatura

1. Adamczyk K., Pielęgowanie chorych po udarach mózgowych, Wyd. Czelej, Lublin 2003; 21-53
2. Adamkiewicz P., NDT-Bobath, [W:] <http://www.fizjoterapia.pl/raquo-ndt-bobath,543>, 2010.07.05
3. Bird D. T., Miller L. B., Choroby naczyniowe mózgu, [W:] *Neurologia w Medycynie Klinicznej*, Prusiński A., (red.), Wyd. Czelej, Lublin 2008; 331-336

³⁰ Smolińska A, Książkiewicz B. Pielęgowanie chorych z udarem mózgu, *Choroby serca i naczyń*, t. 4, 1: 2007; 6-9

³¹ Laidler P., *Rehabilitacja po udarze mózgu. Zasady i strategia*, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2004

³² Łodzińska J, *Stres zawodowy narastającym zjawiskiem społecznym*, *Seminare. Poszukiwania naukowe*, t. 28 (2010), s. 134.

³³ Adamczyk K., *Pielęgowanie chorych po udarach mózgowych*, Wyd. Czelej, Lublin 2003; 21-53

4. Broła W., Fudala M., Przybylski W., Czernicki J., Profilaktyka późnych powikłań udaru mózgu, *Studia Medyczne* 9; 2008; 21-26
5. Cendrowski W., Epidemiologia naczyniowa udarów mózgu, [W:] *Udary naczyniowe mózgu diagnostyka i leczenie*, Majkowski J. (red.), Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 1998; 13-22
6. Cieślak-Korfel. A., (przekład), *Usprawnianie po udarze mózgu*, Poradnik dla terapeutów i pracowników podstawowej opieki zdrowotnej, Wyd. Elipsa-Jaim, Kraków 2009
7. Cravetto E., (red.), *Wielka Encyklopedia Medyczna* 2011, T. 12, Wyd. Agora, 2011; 252-273
8. Cravetto E., (red.), *Wielka Encyklopedia Medyczna* 2011, t. 18, Wyd. Agora, 2011; 358-371
9. Dubaniewicz-Wybieralska M. Neuroobrazowanie udaru mózgu, [W:] *Udar mózgu. Postępowanie diagnostyczne i terapia w ostrym okresie udaru*, Siebert J., Nyka W., (red.), Wyd. Via Medica, Gdańsk 2006; 32-39
10. Garrison S.J., *Podstawy rehabilitacji i medycyny fizykalnej*, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 1997; 390-409
11. Grochmal S., *Rehabilitacja osób z zaburzeniami i uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego*, [W:] *Rehabilitacja medyczna*, Dega W., Milanowska K., (red.), Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2003; 436-452
12. Hausmanowa-Petrusewicz I., *Choroby mózgu naczyniowe, udar mózgu*, [W:] *Vademecum lekarza ogólnego*, Bruhl W., Brzozowski R., (red.), Wyd. PZWL, Warszawa 1984; 608-618
13. Karwat I., Skwarcz A., *Rehabilitacja medyczna – jej cele, założenia i znaczenie praktyczne*, *Postępy Nauk Medycznych*, 3; 2000; 61-69
14. Kasperczyk T., *Kinezyterapia*, [W:] *Masaż z elementami rehabilitacji*, Walaszek R., (red.), Wyd. Rehmed, 2001; 302-302
15. Kiwerski J. (red.), *Rehabilitacja medyczna*, Wyd. Lekarskie PZWL, 2007; 617-624
16. Kiwerski J.; *Rehabilitacja i fizykoterapia po udarze niedokrwiennym mózgu*, *Rehabilitacja w praktyce*, 2:2007; 35-39
17. Książkiewicz B., Gąsecki D., *Leczenie we wczesnym okresie udaru mózgu*, *Choroby Serca i Naczyń* t. 3, nr 2, 2006; 83-90
18. Laidler P., *Rehabilitacja po udarze mózgu. Zasady i strategia*, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2004
19. Łodzińska J, *Niepełnosprawni są wśród nas*, Firma bez barier,, Polska Organizacja Pracodawców Osób Niepełnosprawnych, nr 09,2009, s. 3-12
20. Łodzińska J., *Stres zawodowy narastającym zjawiskiem społecznym*, *Seminare. Poszukiwania naukowe*, t. 28 (2010), s. 125-138
21. Magiera L., *Masaż klasyczny*, [W:] *Masaż z elementami rehabilitacji*, Walaszek R., (red.), Wyd. Rehmed, 2001; 15
22. Mazur R., Książkiewicz B.: *Symptomatologia kliniczna ostrych udarów naczyniowych mózgu*, [W:] *Udary naczyniowe mózgu diagnostyka i leczenie*, Majkowski J. (red.), Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 1998; 23-38
23. Mikołajewska E., [W:] *„Metoda NDT-Bobath w neurorehabilitacji osób dorosłych”* Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2012, 77-87
24. Milanowska K., *Historia rozwoju rehabilitacji*, [W:] *Rehabilitacja medyczna*, Dega W., Milanowska K., (red.), Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2003; 4-6

25. Miller E., Rola pielęgniarki w rehabilitacji i opiece nad chorym po udarze mózgu, [W:] Problemy Pielęgniarstwa, 17, 2, 2009; 152-156
26. Mrożek-Gąsiorowska M., Rehabilitacja medyczna osób starszych. Zasadność, potrzeby i możliwości, Zdrowie Medyczne i Zarządzanie, t. IX, 1;2011; 128-143
27. Nadolski Z.; Rehabilitacja zawodowa, [W:] Rehabilitacja medyczna, Dega W., Milanowska K., (red.), Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2f003; 122-125
28. Neurologia i Neurochirurgia Polska, Profilaktyka wtórna udaru, 42,4, (supl.) 3, 2008
29. Opara J., Aktualne metody usprawniania chorych po udarze mózgu, Udar Mózgu, t. 4, nr 1, 2002; 33-38
30. Prusiński A., Neurologia praktyczna, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2005; 17-41, 208-226
31. Różnowska K., Udar mózgu, Wyd. Emilia, Kraków 1999; 76-79
32. Ryglewicz D., Zasady postępowania i leczenia udarów mózgu, Służba Zdrowia, nr 86-87; 2001
33. Smolińska A, Książkiewicz B. Pielęgowanie chorych z udarem mózgu, Choroby serca i naczyń, t. 4, 1: 2007; 6-9
34. Stachowska M., Rehabilitacja psychologiczna, [W:] Rehabilitacja medyczna, Dega W., Milanowska K., (red.), Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2003; 115-118
35. Twardosz W., (red.), Wielka Encyklopedia Zdrowia, T.9, Wyd. Horyzont, Wągrowiec 2006; 91-94
36. Uba M., Kurowska K., Pacjent po udarze, Magazyn Pielęgniarki i Położnej, nr 12, 2011; 8-9
37. Wojtan A., Wojtan S., Charakterystyka zespołu zaniedbywania połowiczego; specyfika opieki pielęgniarskiej, [W:] http://www.pp.viamedica.pl/abstrakt.phtml?id=8&indeks_art=138 2010.03.13
38. Zembaty A., Kinezyterapia niedowładów i porażień połowicznych, [W:] Fizjoterapia, Weiss M., Zembaty A., (red.), Wyd. PZWL, Warszawa 1983; 299-307

Autorzy:

Jadwiga Jaszak - lic. piel.,

Jacek Ogrodnik - prof. nadzw. dr hab. n. med., adiunkt WSA, jaog@esculap.pl,

Barbara Burak-Czapiuk - dr n. med., WSA, karubba12@o2.pl,

mgr Dorota Kukowska - Zakład Piel. Klinicznego WSA, dorota_kukowska@wp.pl

ROLA PIEŁĘGNIARKI W LECZENIU I PROFILAKTYCE ODLEŻYN

Grażyna Kazimierczyk, Zbigniew Puchalski, Joanna Szwarz - Woźniak

Streszczenie

Odleżyny są jednym z trudniejszych powikłań zarówno w Polsce jak i w wielu krajach świata, pod względem medycznym jak i społeczno – ekonomicznym.

Spółczesność się starzeje, przybywa ludzi obłożnie chorych, a także zwiększa się liczba pacjentów domów opieki i hospicjów.

W przypadkach odleżyn rokowanie jest zwykle poważne, ponieważ rany te najczęściej pojawiają się u osób obciążonych poważnymi schorzeniami. Występowanie odleżyn jest problemem bardzo złożonym i wymaga wysiłku, zaangażowania wszystkich biorących udział w procesie profilaktyki i leczenia.¹

Personel pielęgniarski powinien psychicznie wspierać pacjentów, motywować ich do aktywności fizycznej i działań wspomagających gojenie ran, a także okazywać gotowość niesienia pomocy.² W Polsce wypracowuje się standardy postępowania z odleżynami, a problem został dostrzeżony i zawarty w zaleceniach Krajowego Konsultanta ds. Pielęgniarstwa, w których omówione zostały zasady profilaktyki odleżyn u pacjentów hospitalizowanych. Praca przedstawia wiedzę nt. odleżyn, przyczyn ich powstawania, objawów, leczenia i profilaktyki.

Słowa kluczowe: odleżyna, standard w leczeniu, powikłania, zapobieganie

Title

The nurse's role in the treatment and prevention of bedsores

Abstract

Pressure ulcers are one of the most difficult complications both in Poland and in many countries around the world, in terms of medical and socio - economic.

Society is aging, people come bedridden, and increase the number of patients of nursing homes and hospices.

In cases of bedsores prognosis is usually serious, because the wounds they most often occur in individuals coping with serious illnesses occurrence of bedsores is a very complex and requires effort, commitment of all involved in the process of prevention and treatment.

Nursing staff should mentally support the patients, motivate them to exercise and activities to help wound healing, as well as to show the willingness to help. In Poland it is worked out standards of conduct pressure ulcer, and the problem was recognized and included in the recommendations of the National Consultant. Nursing, which discussed the principles of prevention of pressure ulcers in hospitalized patients. The paper presents knowledge about. Bedsores, their causes, symptoms, treatment and prevention.

Keywords: decubitus, standard for the treatment, complications, prevention

¹ G. Krasowski, M. Kruk, Leczenie odleżyn i ran przewlekłych, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, s. 25

² Magazyn pielęgniarstwa i położnictwa Nr 3, Warszawa 2011, s. 8.

Funckje skóry

Skóra składa się z trzech głównych warstw:

- położonego zewnętrznie naskórka (ochrona przed promieniowaniem UV)
- skóra właściwa (receptory czucia, dotyku, temperatury oraz gruczoły potowe i mieszki włosowe z gruczołami łojowymi)
- tkanka podskórna (izolator cieplny organizmu)³

Zagrożenia dla prawidłowego funkcjonowania skóry

Istotną rolę w prawidłowym funkcjonowaniu skóry odgrywa jej stan, stąd też nieszkodzona skóra pełni funkcję bariery biologicznej.

Skóra może ulec uszkodzeniom:

- mechanicznym,
- patogenom bakteryjnym i wirusowym,
- spowodowanymi utratą płynów i elektrolitów ustrojowych.

U osób starszych, a także długo leżących w wyniku zaniku podściółki tłuszczowej skóra wiotczeje i fałduje się, a jej warstwy stają się cieńsze. Dlatego też w obrębie skóry może dochodzić do rozwoju zmian patologicznych w postaci odleżyn.⁴

Odleżyny – mechanizmy powstawania

Definicja odleżyn i ich klasyfikacja

Odleżyna to martwica tkanek powstała w wyniku nieprawidłowego ukrwienia spowodowana ich uciskiem. Powstaje głównie jako efekt 2 procesów:

- zamknięcia światła naczyń krwionośnych,
- śródbłonkowych uszkodzeń w mikrokrążeniu.⁵

Odleżyna stanowi podłoże dla bakterii chorobotwórczych, które są przyczyną zakażenia miejscowego i źródłem, z którego może rozwinąć się groźne dla życia zakażenie ogólne (posocznica).

W praktyce medycznej występują różne podziały i klasyfikacje, w zależności od stopnia zawiązania odleżyn, co ma ułatwić ocenę rany personelowi zajmującemu się pielęgnacją odleżyn. Najczęściej stosowaną jest klasyfikacja według Torrance'a.

Skala Torrance'a

I^o - blednące zaczerwienienie - odwracalne (ucisk palca powoduje zblednięcie zaczerwienienia, oznacza to, że mikrokrążenie nie jest jeszcze uszkodzone;

³ B. K. Gołąb, Podstawy anatomii człowieka, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2000, s. 277-278.

⁴ Podstawy pielęgniarstwa tom 2, pod red. B. Ślusarskiej, D. Zarzyckiej, K. Zahradniczek, Wyd. CZELEJ 2004, s. 363

⁵ Inforanek, Kwartalnik Nr 1 (11), Warszawa 2011, s. 5.

Stopień I.



- II° - nieblednące zaczerwienienie - powstaje rumień po zniesieniu ucisku. Mikrokrążenie jest uszkodzone zapaleniem i obrzękiem tkanek. Może pojawić się przerwanie ciągłości naskórka oraz pęcherze, czemu zwykle towarzyszy ból;

Stopień II



- III° - uszkodzenie skóry do granicy z tkanką podskórną. Brzegi rany są odgraniczone, otoczone obrzękiem i rumieniem. Rana może być wypełniona żółtymi masami rozpadających się tkanek lub czerwoną ziarniną, występuje krwisty wysięk;

Stopień III.



- IV° - uszkodzenie do tkanki tłuszczowej podskórnej. Martwica spowodowana jest zapaleniem i zakrzepicą małych naczyń i obejmuje otaczające warstwy skóry. Dno może pokrywać czarna martwica;

Stopień IV



- V^o - zaawansowana martwica dochodząca do tkanki mięśniowej i kości. powstające rany mogą łączyć się ze sobą. Odleżyna zawiera czarne nekrotyczne masy tkanek.

Stopień V⁶



Miejsca i przyczyny powstawania odleżyn

Odleżyny powstają nie tylko u osób leżących, ten problem również dotyczy osób poruszających się na wózkach inwalidzkich i mogą się tworzyć w miejscach narażonych na ucisk np. na kończynach pod opaskami gipsowymi. Najbardziej narażeni na powstawanie odleżyn są chorzy, mający zaburzone czucie. Odleżyna u takich chorych może powstać w każdym miejscu narażonym na ucisk.

Najbardziej narażone miejsca to:

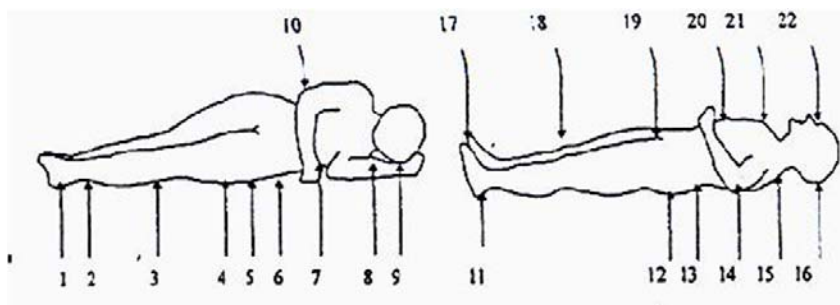
- guzy kulszowe,
- kość krzyżowa,
- krętarze większe kości udowej,
- kostki boczne goleni,
- guzy piętowe,
- okolice łopatek,
- kręgosłup,
- uszy,
- kłykcie boczne uda,
- potylicy,
- wyrostki barkowe,
- palce stóp,
- rzepka.

Okolice palców stóp i kolan w wyjątkowych przypadkach narażone są na odleżyny od ucisku przykrycia.⁷

⁶ Ogólnopolski Serwis Hospicyjny, www.hospicja.pl, (05.11.12); Bożena Czerwińska red. naczelny: Magazyn Pielęgniarki i Położnej nr 7-8
Wyd. Lekarskie Warszawa 2011, s. 16-17; Stopa cukrzycowa, http://www.stopacukrzycowa.com/leczenie_ran_odlezynowych.html,
(05.11.12).

⁷ K. Wiczorkowska, D. Talarska, Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne, Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2008, s. 283.

Miejsca szczególnie narażone na powstawanie odleżyn.⁸



- | | | |
|-----------------------------|------------------|------------------------|
| 1. boczny brzeg stopy | 8. kość ramienna | 15. łopatka |
| 2. kostka boczna stopy | 9. ucho | 16. tył głowy |
| 3. nasada kości strzałkowej | 10. łokieć | 17. palce stopy |
| 4. kość udowa boczna | 11. pięta | 18. rzepka |
| 5. krętarz większy | 12. pośladek | 19. krocze-moszna |
| 6. kość biodrowa | 13. kość ogonowa | 20. żebro przyśrodkowe |
| 7. Żebro | 14. kręgosłup | 21. mostek |
| | | 22. kość policzkowa |

Przyczyn sprzyjających powstawaniu odleżyn jest dużo. Niektórzy specjaliści dzielą je na wewnętrzne i zewnętrzne. Najczęściej jest to kombinacja działania wielu czynników: połączenie unieruchomienia w przebiegu choroby, obniżenia sił obronnych organizmu i działania sił zewnętrznych.

Powikłania związane z występowaniem odleżyn

W przypadku wytworzonych już odleżyn postępowanie terapeutyczne w czasie oględzin rany obejmuje działania mające na celu zapobieganie powikłaniom, z których część stanowi bezpośrednie zagrożenie dla życia.

Dlatego bardzo ważna jest ocena rany i odpowiednie leczenie. Długotrwała odleżyna w obrębie rany, szczególnie nawracająca może doprowadzić do powstania przemiany nowotworowej. Potwierdzenia dokonuje się przez wykonanie biopsji i badanie mikroskopowe. Wpływ na zwiększone ryzyko pojawiania się ran z powodu odleżyn, mają: rosnąca liczba obłożnie chorych, starzenie się społeczeństwa, pacjenci domów opieki i hospicjów oraz agresywne leczenie. Problem jest poważny, ponieważ rany te zazwyczaj pojawiają się u osób obciążonych poważnymi schorzeniami.

Najpoważniejsze powikłanie to – zakażenie rany wywoływane przez drobnoustroje, takie jak:

- ☒ *Staphylococcus aureus*,

⁸ Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Tomaszowie Lubelskim, <http://www.szpital-tomaszow.pl/index.php?idz=83>, (07.11.12).

- ☒ Streptococcus,
- ☒ Escherichia coli,
- ☒ Proteusz,
- ☒ Pseudomonas aeruginosa,
- ☒ Enterococcus,
- ☒ bakterie beztlenowe⁹.

Profilaktyka odleżyn

Oceniając jakość opieki nad osobą długotrwale unieruchomioną należy zwrócić uwagę na zasady profilaktyki odnoszące się do:

- prawidłowego odżywiania - odpowiednia podaż białka, kalorii i płynów zapobiegnie wystąpieniu ujemnego bilansu azotowego, osłabieniu oraz odwodnieniu;
- zmniejszenia lub wyeliminowania ucisku i tarcia na skórę - efekt ten uzyska się poprzez stosowanie materacy i poduszek przeciwoodleżynowych, częstą zmianę pozycji ciała, stosowanie prawidłowych zasad podnoszenia i przemieszczania pacjenta;
- bezwzględnego przestrzegania zasad pielęgnacji osób z problemem nietrzymania moczu (także stolca), w tym:
 - codzienne mycie oraz mycie po każdym zanieczyszczeniu wydaliniami,
 - systematyczne sprawdzanie skóry w miejscach narażonych na wilgoć,
 - stosowanie środków absorpcyjnych adekwatnych do poziomu fikcji,
 - zapobieganie stanom zapalnym skóry przez stosowanie specjalistycznych opatrunków ochronnych,
 - ochrona skóry przed przesuszeniem i czynnikami drażniącymi (mocz, pot) poprzez odpowiednie preparaty pielęgnacyjne.¹⁰

Skala ryzyka rozwoju odleżyn

W profilaktyce odleżyn wyróżnia się kilka skal ryzyka rozwoju odleżyn, do których należą m.in. Skala Braden, Skala Douglas, Skala Dutch Consensus Prevention of Bedsores CBO, Skala Norton, Skala Waterloo. np:

Skala Braden¹¹

Czynnik ryzyka	1 pkt	2 pkt	3 pkt	4 pkt
Percepcja bodźców	Całkowicie ograniczone	Bardzo ograniczone	Lekko ograniczone	Nieograniczone
Aktywność	Stale przebywa	Stale przebywa w	Chodzi	Chodzi często

⁹ G. Krasowski, M. Kruk, Leczenie odleżyn i ran przewlekłych, Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2008, s. 42-43

¹⁰ Kwartalnik „medi”, wydanie specjalne pod red. dr E. Szwałkiewicz, Toruń 2011, s. 6-7.

¹¹ G. Krasowski, M. Kruk, Leczenie odleżyn i ran przewlekłych, Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2008, s. 96.

fizyczna	w łóżku	fotelu	sporadycznie	
Ruchliwość	Całkowicie unieruchomiony	Bardzo ograniczona	Lekko ograniczona	Nieograniczona
Wilgotność rany	Ciągle wilgotna	Bardzo wilgotna	Sporadycznie wilgotna	Rzadko wilgotna
Stan odżywienia	Bardzo zły	Prawdopodobnie niedostateczny	Właściwy	Doskonały
Parcie i naciąganie	Występuje ciągle	Występuje okresowo	Nie występuje prawie wcale	

Stosowane standardy w profilaktyce odleżyn

Celem standardu jest zmniejszenie ryzyka rozwoju odleżyn, obserwacja stanu ogólnego chorego. Zapewnienie ciągłości opieki, planowanie i realizacja działań. Bardzo ważna jest prawidłowa współpraca zespołu oraz pozytywne oddziaływanie na psychikę pacjenta. Opieka pielęgniarska umożliwia zmniejszenie ryzyka powstawania odleżyn i ograniczenie ich rozwoju. Badania jakie przeprowadzono wskazują na wieloczynnikowość powstawania odleżyn. Zasadniczy i bezpośredni czynnik to długotrwały ucisk oraz powstawanie fałdów skórnych. Inne czynniki to: wiek, stan kliniczny, nawodnienie, odżywienie, stan higieny pacjenta.¹²

Zapobiegając powstawaniu odleżyn należy przestrzegać następujących zasad:

- nowoprzyjęty pacjent powinien być oceniony pod względem zagrożenia powstania odleżyn;
- oceny dokonuje się np. w skali Norton, pacjentom, którzy otrzymają 14 punktów lub mniej zakłada się dokumentację pielęgniarską - „Indywidualną kartę pacjenta z ryzykiem wystąpienia odleżyn i/lub z odleżynami”;
- dokumentacja jest codziennie uzupełniana i na koniec leczenia dołączana do „Historii Pielęgowania”;
- opracowywany jest przez pielęgniarkę plan postępowania przeciwoodleżynowego dla każdego pacjenta z grupy zwiększonego ryzyka;
- wszystkie zabiegi i czynności odnotowywane są w dokumentacji pielęgniarskiej;
- dane są analizowane, aby ocenić skuteczność podejmowanych działań;
- pielęgniarka koordynująca prowadzi rejestr pacjentów z ryzykiem wystąpienia odleżyn i/lub z odleżynami;
- na podstawie tej dokumentacji oraz raportów miesięcznych pielęgniarka naczelna sporządza kwartalny, półroczny oraz roczny raport zawierający statystykę występowania odleżyn u hospitalizowanych pacjentów i przedstawia go dyrekcji.¹³

Standard pielęgnacji pacjenta z odleżynami

Celem tego standardu jest ustalenie postępowania związanego z pielęgnacją pacjenta

¹² Odleżyny – Poradnik dla pielęgniarek i lekarzy, pod red. mgr E. Szałkiewicz, Włocławek 1996, s. 14.

¹³ Odleżyny – Poradnik dla pielęgniarek i położnych, pod red. G. Kruk-Kupiec, Wyd. PLIK, Katowice 1999, s. 20-23.

z odleżynami oraz zapobieganie zakażeniom szpitalnym:

- oceniany jest przez pielęgniarkę stopień odleżyny. W razie wątpliwości konsultuje się z lekarzem chirurgiem, który wchodzi w skład Zespołu ds. Profilaktyki i Leczenia Odleżyn;
- pielęgniarka zakłada dokumentację i opracowuje plan pielęgnacji;
- zmienia opatrunek na odleżynie zgodnie z zaleceniem lekarza;
- wykonane czynności pielęgniarstwa odnotowuje w dokumentacji pacjenta, autoryzując je swoim podpisem.

Opatrunek na ranie odleżynowej powinien być dobrany odpowiednio do stopnia i rodzaju odleżyny, powinien być wykonany przy zachowaniu zasad aseptyki i z użyciem materiałów i środków sterylnych.¹⁴

Edukacja pacjenta i jego rodziny.

Edukując pacjenta i jego rodzinę pielęgniarka informuje o zaleceniach dotyczących profilaktyki odleżyn:

- zwrócić uwagę na dietę z dużą zawartością białka, witamin i soli mineralnych,
- codzienne mycie ciała i dokładne osuszanie,
- kontrola skóry za pomocą lusterka lub drugiej osoby,
- dbanie o czystość bielizny osobistej i pościeli,
- unikać wilgotnej i mokrej bielizny,
- unikać skaleczeń, uderzeń,
- ubranie i obuwie powinno być miękkie,
- codziennie prześcielane łóżko, a prześcieradło dobrze naciągnięte,
- w przypadku długotrwałej choroby należy dostarczyć choremu pojedyncze łóżko, ułatwia to czynności związane z pielęgnacją.

W przypadku, gdy wystąpi zaczerwienienie, które nie znika przy ucisku palcem, zdarty jest naskórek, chory lub jego rodzina mogą wykonywać następujące czynności:

- odciążać miejsca zmienione,
- stosować masaż wodą z mydłem,
- oklepywać i wklepywać kremy (np. propolisowy, z nagietka),
- dbać o dostęp powietrza,
- zmieniać pozycję siedzenia,
- unosić się co 15 - 20 minut, a jeśli jest to niemożliwe, siedzenie nie powinno trwać dłużej niż 2 - 3 godziny,
- podkładać wałki, poduszki pod pośladki, uda, kolana.

Podczas wnikliwej obserwacji i zastosowaniu się do wyżej wymienionych zaleceń,

prawdopodobieństwo wystąpienia odleżyn jest mniejsze, a po pojawieniu się pierwszych symptomów, odleżynę jest łatwiej i szybciej wyleczyć.¹⁵

Leczenie i pielęgnacja odleżyn – zadania i rola zespołu pielęgniarstwa

Opieka pielęgniarstwa wysokiej jakości, powinna być bezpieczna, dostosowana do indywidualnych potrzeb pacjentów i ich stanu zdrowia i wiedzy. Chory powinien mieć zapewniony najwyższy stan intymności oraz zagwarantowane przestrzeganie wszelkich praw ludzkich i praw pacjenta. Mimo stosowania działań profilaktycznych, u niektórych chorych

¹⁴ Strona internetowa Instytutu Hematologii i Transfuzjologii Warszawa: www.ihit.waw.pl, (13.11.12).

¹⁵ Odleżyny – Poradnik dla pielęgniarek i położnych, pod red. G. Kruk – Kupiec, Wyd. PLIK, Katowice 1999, s. 75, 77.

dochodzi do powstania odleżyn. Ich leczenie trwa często wiele tygodni i wymaga skojarzenia różnych uzupełniających się działań nie tylko pielęgniarskich, ale całego zespołu terapeutycznego.¹⁶

Szanse na wygojenie się odleżyny u człowieka w podeszłym wieku głównie zależą od fachowej opieki personelu pielęgnującego i ich umiejętności. Podstawowym obowiązkiem osoby pielęgnującej jest odciążenie okolic, na których pojawiły się odleżyny. Przy zaopatrywaniu ran odleżynowych niezbędna jest pełna aseptyka.¹⁷

Leczenie odleżyn należy ujmować w sposób holistyczny¹⁸, biorąc pod uwagę ogólny stan zdrowia i psychiki chorego, stan odżywienia, jego wiedzę o odleżynach i warunki socjalne. We współczesnym leczeniu zwraca się uwagę na zapewnienie wilgotnego środowiska rany, co można osiągnąć przez zastosowanie opatrunków okluzyjnych – bądź ich odpowiednika, opatrunku otwartego, nasączonego fizjologicznym roztworem soli.¹⁹

Metody leczenia odleżyn

Jeśli właściwie określimy stadium rozwoju odleżyny, wówczas będziemy mieli informację o zagrożeniu, jakie ona niesie za sobą, rokowaniu co do gojenia i zadaniach, jakie stoją przed personelem, co pozwala na prawidłowy dobór opatrunków. W leczeniu odleżyn można wyróżnić kilka metod:

- Leczenie zachowawcze
- Leczenie ogólne
- Leczenie miejscowe
- Leczenie chirurgiczne
- Leczenie uzupełniające²⁰

Literatura

1. Anatomia człowieka, pod red. Janiny Sokołowskiej – Pituchowej, Wyd. Lek. PZWL.
2. Czerwińska B. red. naczelny: Magazyn Pielęgniarki i Położnej nr 7-8 Wyd. Lekarskie Warszawa 2011.
3. Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne, pod red. Katarzyny Wieczorkowskiej, Doroty Talarskiej, Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2008.
4. Gołąb B. K., Podstawy anatomii człowieka, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2000.
5. Inforanek, Kwartalnik Nr 1 (11), Warszawa 2011.
6. Jar-trade, <http://www.sklep.jartrade.pl>.
7. Krasowski G., Kruk M., Leczenie odleżyn i ran przewlekłych, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
8. Kwartalnik „medi”, wydanie specjalne pod red. dr E. Szwalkiewicz, Toruń 2011.
9. Kwartalnik „medi”, Wyd. „Dom Pod Słońcem”, Toruń 2011

¹⁶ Magazyn Pielęgniarki i Położnej Nr 7-8, Warszawa 2011, s. 18 – 19.

¹⁷ Pielęgniarstwo geriatryczne, pod red. Krzysztofa Galusa, Wrocław 1996, s. 138-139.

¹⁸ Łodzińska. J. : Etyczna postawa pielęgniarek wobec pacjentów w świetle integralności człowieka, s. 34, w: Pielęgniarstwo wczoraj, dziś, jutro..., Tom II, Wyd. Arjadna Print, Ciechanów 2013.

¹⁹ Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne pod red. K. Wieczorkowskiej, D. Talarskiej, Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2008, s. 286-287.

²⁰ G. Krasowski, M. Kruk, Leczenie odleżyn i ran przewlekłych Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2008, s. 36-41.

10. Łodzińska. J. : Etyczna postawa pielęgniarek wobec pacjentów w świetle integralności człowieka, s. 34, w: Pielęgniarstwo wczoraj, dziś, jutro..., Tom II, Wyd. Arjadna Print, Ciechanów 2013.
11. Magazyn pielęgniarki i położnej Nr 3, Warszawa 2011, s. 8.
12. Magazyn Pielęgniarki i Położnej Nr 7-8, Warszawa 2011
13. Mikołajewska E., Poradnik dla opiekunów, Wyd. Lek. PZWL 2008.
14. My Pielęgniarki, Portal dla pielęgniarek i położnych, <http://www.esculap.pl>.
15. Nopressuresores, <http://www.nopressuresores.com>.
16. Odleżyny – Poradnik dla pielęgniarek i lekarzy, pod red. mgr E. Szwalkiewicz, Włocławek 1996.
17. Odleżyny – Poradnik dla pielęgniarek i położnych, pod red. Grażyny Kruk – Kupiec, Wyd. PLIK, Katowice 1999.
18. Odleżyny. Zapobieganie i leczenie, pod red. E. Szwalkiewicz, Włocławek 1996.
19. Ogólnopolski Serwis Hospicyjny, www.hospicja.pl.
20. Ortmed, <http://www.ortmed.pl>.
21. Pielęgniarstwo geriatryczne, wyd. pod red. Krzysztofa Galusa, Wrocław 1996.
22. Podstawy pielęgniarstwa tom 2, pod red. B. Ślusarskiej, D. Zarzyckiej, K. Zahradniczek, Wyd. CZELEJ 2004.
23. Praktyczny poradnik dla pielęgniarek, Wyd. VERLAG DASHOFER, Warszawa.
24. Profilaktyka przeciwośleżynowa, Poradnik dla pacjentów i ich rodzin, Projekt Edukacji Pacjentów realizowany w ramach systemu jakości – Akredytacja pod kierunkiem: dr n. biol. Grażyny Kruk-Kupiec, Piekary Śląskie 2009 r.
25. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Tomaszowie Lubelskim, <http://www.szpital-tomaszow.pl>.
26. Stopa cukrzycowa, <http://www.stopacukrzycowa.com>.
27. Strona internetowa Instytutu Hematologii i Transfuzjologii Warszawa: www.ihit.waw.pl.
28. Strona internetowa „Cornetis” Wyd. Med.: <http://cornetis.pl>.
29. Wiczorkowska K., Talarska D., Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne, Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2008.
30. Vassilli, <http://www.vassilli.pl>.
31. Zakład Biofizyki Obliczeniowej i Bioinformatyki, Wydział Biochemii, Biofizyki i Biotechnologii, Uniwersytet Jagielloński, <http://bioinfo.mol.uj.edu.pl>.

Autorzy:

Grażyna Kazimierczyk - lic. piel.,

Zbigniew Puchalski - prof. zw. dr hab. n. med., pracownik naukowy WSA,

z.puchalski@op.pl,

mgr Joanna Szwarz-Woźniak - Zakład Piel. Ogólnego WSA, szwarz72@wp.pl

LECZENIE ZACHOWAWCZE OWRZODZEŃ ŻYLNICH KOŃCZYN DOLNYCH – ROLA I ZADANIA PIEŁĘGNIARKI W PROCESIE LECZENIA

Ewa Kowalska, Zbigniew Puchalski, Joanna Szwarz - Woźniak

Streszczenie

Najczęstszą przyczyną owrzodzeń kończyn dolnych są następstwa zaburzeń w krążeniu żylnym, wskutek uszkodzenia zastawek żylnych. Owrzodzenia te mają wieloczynnikową etiologię i wiążą się z dużą nawrotowością.

Stanowią efekt nieprawidłowej diagnostyki i leczenia wczesnych postaci niewydolności żylniej, zaniedbania i nieprawidłowego leczenia świeżo powstałych owrzodzeń, oraz braku działań profilaktycznych, zapobiegających nawrotom.¹

Dokładna i prawidłowa diagnostyka, a następnie wdrożenie adekwatnego do rozpoznania leczenia może doprowadzić do wysokich wskaźników wyleczeń owrzodzeń. Jednocześnie kontynuacja odpowiednich działań terapeutycznych po wygojeniu owrzodzenia, znacznie zmniejsza wskaźnik nawrotów choroby, który w dużym stopniu uzależniony jest od współpracy z chorym.

Znaczącą i pierwszoplanową rolę w leczeniu zachowawczego leczenia owrzodzeń żylnych odgrywają pielęgniarki specjalistki, mające szeroką wiedzę o leczeniu ran przewlekłych, oraz pielęgniarki rodzinne sprawujące opiekę nad chorymi w domach. Zakres ich kompetencji wyznacza obszar samodzielnej aktywności, jaką zobowiązane są podejmować w odniesieniu do chorych z owrzodzeniami goleni. Praca przedstawia spostrzeżenia poczynione po zastosowaniu opatrunków nowej generacji w zachowawczym leczeniu owrzodzeń podudzi.

Słowa kluczowe: owrzodzenie, opatrunki hydrożelowe, depresja, pielęgnacja

Title

Conservative treatment of venous ulcers of the lower limbs. The role and responsibilities of nurses in the treatment process

Abstract

The most common cause of ulcers of the lower limbs are the consequences of disturbances in the venous circulation as a result of damage to the venous valves. These ulcers are multifactorial etiology and are associated with high recurrences.

They are the result of incorrect diagnosis and treatment of early forms of venous insufficiency, neglect and improper treatment of newly formed ulcers, and lack of preventive measures to prevent recurrence.

The exact and correct diagnosis, and then implement adequate to identify treatment can lead to high rates of cure of ulcers. At the same time the continuation of appropriate

¹ Jawień A., Szewczyk M.T., *Specjalistyczna opieka medyczna W: Owrzodzenia żyłne goleni*, Twoje zdrowie, Warszawa 2005 str. 166-175;

therapeutic measures after healing ulcers, greatly reduces the relapse rate of the disease, which largely depends on the cooperation of patients.

A significant and leading role in the treatment of conservative treatment of venous ulcers play nurse specialist, having wide knowledge about the treatment of chronic wounds, as well as family nurse caring for the sick in their homes. The scope of their competence alone defines the area of activity which required.

They are taken for patients with ulcers shin. The paper presents the observations made after the application of dressings new generation of conservative treatment of leg ulcers.

Keywords: ulcer, hydrogel dressings, depression, care

Epidemiologia

Przyczyną około 80% ran przewlekłych kończyny dolnych jest *Przewlekła Niewydolność Żylna (PNŻ)*, a pozostałe 20% ran powstaje w przebiegu takich chorób jak np.: miażdżycy tętnic kończyn dolnych lub miażdżycy tętnic kończyn dolnych i PNŻ, tzw. owrzodzenia mieszane tętniczo – żyłne, choroby metaboliczne, hematologiczne, nowotwory złośliwe, układowy tłoczeń rumieniowaty, guzkowe zapalenie tętnic.²

Na podstawie badań prowadzonych na terenie Wielkiej Brytanii, owrzodzenie u kobiet powstają przed 40-tym rokiem życia, aczkolwiek zauważono ich systematyczny wzrost po 40-tym roku życia. Z kolei u mężczyzn owrzodzenia powstają 10 lat później, około 50-tego roku życia.³

Rodzaje owrzodzeń goleni

Definicja owrzodzenia żylnego goleni

„Owrzodzenia żyłne goleni to ubytek pełnej grubości skóry, zwykle w okolicach kostek, który nie ma tendencji do samoistnego gajenia i jest podtrzymywany przez istniejące zaburzenia w odpływie żylnym. Zgodnie ze zmodyfikowaną kwalifikacją CEAP (ang. Clinical – Etiology – Anatomy – Pathophysiology) z 2004r. wyróżnia się dwie, mogące współistnieć kategorie kliniczne owrzodzeń żylnych:

C₅ – oznaczają obecność blizny po wygojonym owrzodzeniu,

C₆ – czynne owrzodzenie żyłne”.⁴

Owrzodzeniom żylnym prawie zawsze towarzyszy aureola żylna okolicy kostki przysródkowej tworzona przez drobne żyłki powierzchowne, oraz przebarwienia i lipo – dermato -skleroza. Większość owrzodzeń żylnych jest w chwili zgłoszenia chorego do lekarza zakażona. Ich dno pokrywa czop martwiczy i wydzielina ropna. „Kończyna często jest obciążona z widocznymi zmianami skórnymi o typie wyprysku. W badaniu przedmiotowym wykrywa się także żyłaki.”⁵

² Szewczyk Maria T., *Leczenie zachowawcze owrzodzeń żylnych goleni* W: *Zakażenia*, 2/2004,

³ Szewczyk Maria T., *Leczenie zachowawcze owrzodzeń żylnych goleni* W: *Zakażenia*, 2/2004,

⁴ Jawień A. i wsp., *Wytyczne grupy ekspertów w sprawie gojenia owrzodzeń żylnych goleni* W: *Leczenie ran*, Polskie Towarzystwo Leczenia Ran, Zeszyt3/Tom8/2011;

⁵ Philips Tania J., *Skuteczne metody leczenia owrzodzeń kończyn dolnych* W: *Medycyna po dyplomie*, VOL9/NR3/Marzec 2000, str. 54-62;

Owrzodzenia pochodzenia tętniczego

Owrzodzenia pochodzenia tętniczego (niedokrwienne) występują najczęściej na powierzchni palców i przodostopia. Zwykle są dobrze odgraniczone i wyglądają na wycięte. Skóra ma zabarwienie sinawe i wykazuje cechy zagrażające martwicy.. Na niedokrwionej kończynie skóra jest lśniąca, atroficzna, pozbawiona owłosienia i zimna.⁶

Owrzodzenia pochodzenia neuropatycznego

Występują najczęściej u chorych na cukrzycę i są wynikiem powtarzalnych urazów pozbawionej czucia tkanki objawiając się bólem, parestazjami lub znieczulicą. Leczenie jest na ogół proste i polega na stosowaniu standardowej toalety owrzodzenia, opatrunków oraz doborze odpowiednich podkładek dla zapobiegania dalszemu uciskowi.

Owrzodzenia pourazowe

Często niewielkie skaleczenie okolicy podudzia i stawu skokowego może przejść w przewlekłe i utrzymujące się owrzodzenie.

Owrzodzenia nowotworowe

Rak kolczystokomórkowy rozwija się na podłożu wcześniej istniejącego owrzodzenia żylnego. Powikłanie te zdarza się rzadko.

„Podejrzenie raka kolczystokomórkowego budzić powinien każdy przerost tkanki w dnie lub brzegach owrzodzenia i należy wtedy wykonać biopsję i badanie histopatologiczne⁷

Bezpośrednią przyczyną owrzodzenia może być pęknięcie żyłaka, uraz lub swędzenie zmienionej zapalnie skóry i jej mimowolne zadrapanie. Rana stopniowo powiększa się, dochodzi do wtargnięcia bakterii, a następnie rozwoju zakażenia.

Owrzodzenia żyłne goleni należą do schorzeń przewlekłych i często powodują trwałe inwalidztwo.

Leczenie owrzodzeń żylnych

Chirurgiczne leczenie owrzodzeń żylnych

W większości przypadków owrzodzeń żylnych wystarcza postępowanie obejmujące diagnostykę, w razie potrzeby zabieg operacyjny mający na celu leczenie niewydolności żył powierzchownych i przesywających, a także leczenie uciskowe lecz, u niektórych chorych nie prowadzi do wygojenia owrzodzenia, bądź też gojenie jest bardzo wolne.

Pokrycie owrzodzenia nową skórą uzyskać można kilkoma dostępnymi metodami. Do najpopularniejszych należy pobieranie różnego rodzaju autoprzeszczepów, takich jak

⁶ Negus D. i wsp., *Diagnostyka różnicowa owrzodzeń podudzi* W: *Owrzodzenia podudzi – diagnostyka i leczenie*, á-medica press, Bielsko – Biala 2006, str. 91-104;

⁷ Negus D. i wsp., *Diagnostyka różnicowa owrzodzeń podudzi* W: *Owrzodzenia podudzi – diagnostyka i leczenie*, á-medica press, Bielsko – Biala 2006, str. 91-104;

przeszczep wolnych płatków skórnych, przeszczep skóry niepełnej grubości, przeszczep skóry pełnej grubości, przeszczep uszypułowany lub wolny przeszczep naczyńniowy.⁸

Stosować można również autologiczne, hodowane keratynocyty, a alloprzeszczepy hodowanych keratynocytów lub fibroblastów naskórka pozwalają uniknąć konieczności pobierania przeszczepu od chorego. Stosowano również heteroprzeszczepy zwykłe z wykorzystaniem skóry wieprzowej. W ostatnich czasach podjęto też próby stosowania sztucznej skóry. Zawiera ona kolagen wołowy oraz ludzkie keratynocyty i fibroblasty pobrane ze skóry dawcy. Przeszczepy takie hodowane są w warunkach laboratorium. Keratynocyty tworzą warstwę odpowiadającą naskórkowi.⁹

Małoinwazyjne metody leczenia owrzodzeń

Do metod małoinwazyjnych stosowanych w leczeniu owrzodzeń należy skleroterapia. Cabrera przekonuje o skuteczności tej metody w leczeniu owrzodzeń żylnych goleni. Zabiegom obliteracji pod kontrolą USG z użyciem piany z polidokanolu poddano 116 chorych, wybiórczo zamykając naczynia stanowiące źródło refleksu z głębokiego do powierzchniowego układu żylnego. Liczba sesji skleroterapii wahała się od 1 do 17 (średnio 3,6). Zdaniem Cabrery, opisana metoda powinna zostać uznana za metodę pierwszego rzutu w leczeniu owrzodzeń żylnych goleni.¹⁰

Farmakoterapia

Celem terapii farmakologicznej jest zapewnienie optymalnych warunków do gojenia się owrzodzenia i zahamowanie postępującego zwłóknienia skóry i podskórnej tkanki tłuszczowej (lipodermatosclerosis).

Kompresjoterapia

Kompresjoterapia nazywana jest „złotym standardem” leczenia owrzodzeń żylnych. Poprzez redukcję nadciśnienia żylnego w układzie powierzchownym, kompresjoterapia daje największy wskaźnik wygojeń owrzodzeń żylnych. Terapia uciskowa poprawia również aktywność pompy mięśniowej, zmniejsza zastój żylny i przywraca właściwe warunki hydrostatyczne dla odpływu krwi z naczyń. Przez aktywację mikrokrążenia, ucisk powoduje obniżenie żylną mikro-angiopatii jaka występuje w PNŻ a ponadto zmniejsza się średnica naczyń włosowatych przez co w wymierny sposób poprawia się krążenie odżywcze w skórze, rozpoznawalnej jako zwiększona spoistość naczyń włosowatych.

Przeciwwskazania do stosowania kompresji:

- ostra faza zakażenia
- niedokrwienie kończyn dolnych WK/R <0,6
- obrzęki w przebiegu niewydolności serca lub nerek
- zapalenie tkanki podskórnej (faza ostra) – róża, egzema

⁸ Philips D. Coleridge Smith i wsp., *Przeszczepy skóry w owrzodzeniach podudzi* W: *Owrzodzenia podudzi – diagnostyka i leczenie*, á-medica press, Bielsko – Biała 2006, str. 168-171;

⁹ Jawień A. i wsp., *Wytyczne grupy ekspertów w sprawie gojenia owrzodzeń żylnych goleni* W: *Leczenie ran*, Polskie Towarzystwo Leczenia Ran, Zeszyt3/Tom8/2011;

¹⁰ Jawień A. i wsp., *Wytyczne grupy ekspertów w sprawie gojenia owrzodzeń żylnych goleni* W: *Leczenie ran*, Polskie Towarzystwo Leczenia Ran, Zeszyt3/Tom8/2011

- przewlekłe zapalenie stawów dolnych¹¹

Miejscowe leczenie owrzodzeń żylnych

Miejscowe leczenie owrzodzeń żylnych należy prowadzić zgodnie z założeniami wypracowanymi przez grupę ekspertów Europejskiego i Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran oraz strategię TIME.¹² Doboru metody leczenia i rodzaju opatrunku dokonuje się odpowiednio do fazy procesu gojenia. Celem działania miejscowego jest przywrócenie kolejności i czasu trwania poszczególnych faz gojenia, które w przypadku owrzodzeń uległy destabilizacji i/lub patologicznemu wydłużeniu.

Rodzaje opatrunków

Opatrunki nowej generacji, produkowane są w zróżnicowanych pod względem budowy i zastosowania grupach. Posiadają one zróżnicowane właściwości zatrzymywania wysięku, którego wydzielanie zmienia się podczas poszczególnych faz gojenia rany. Obok zewnętrznej ochrony i regulacji poziomu wilgotności, na każdym z etapów gojenia opatrunek ma do spełnienia inne zadania.

Hydrokoloidy:

- po ustąpieniu bardzo silnego wydzielania hydrokoloidy są idealnym opatrunkiem w fazie ziarninowania i naskórkowania.

Opatrunki hydrowłókniste:

- mają wertykalny mechanizm absorpcji wysięku, który gromadzi wysięk i zamyka go wewnątrz włókien;
- mają dużą siłę absorpcji – chłonie ok. 25 razy więcej wysięku niż masa opatrunku;

Opatrunki piankowe:

- mają silne właściwości chłonne, pożądane zwłaszcza w fazie oczyszczania i silnego wydzielania z rany;

Opatrunki sodowo – alginianowe:

- mają dużą siłę absorpcji i właściwości hemostatyczne, przydatne zwłaszcza podczas oczyszczania agresywnego, wywołującego krwawienie;
- chłoną ok. 18 razy więcej wysięku niż ważą;
- po połączeniu z wysiękiem rany tworzą żelową powłokę, umożliwiającą autolizę.

Dekstranomery i preparaty proszkowe:

- substancje antyseptyczne, jeśli nie powodują podrażnienia rany, dają korzystny efekt bakteriostatyczny w ranach kolonizowanych i zainfekowanych.

- Hydrożele:

Opatrunki złożone, zawierające domieszkę alginianu, mają większe właściwości chłonne i mogą być stosowane w rozpuszczaniu żółtej martwicy¹³.

Rola pielęgniarki w opiece nad chorym z przewlekłym owrzodzeniem żylnym goleni

¹¹ Jawień A., Szewczyk M.T., *Specjalistyczna opieka medyczna W: Owrzodzenia żyłne goleni*, Twoje zdrowie, Warszawa 2005 str. 166-175

¹² Szewczyk Maria T., *Strategia TIME w leczeniu ran przewlekłych W: Medi*, wydanie specjalne, str.10-12;

¹³ Jawień A., *Diagnostyka układu żylnego W: Przewlekłe zaburzenia żyłne*, Wydawnictwo Medyczne Termedia, Poznań 2006, str. 93- 111, str. 168

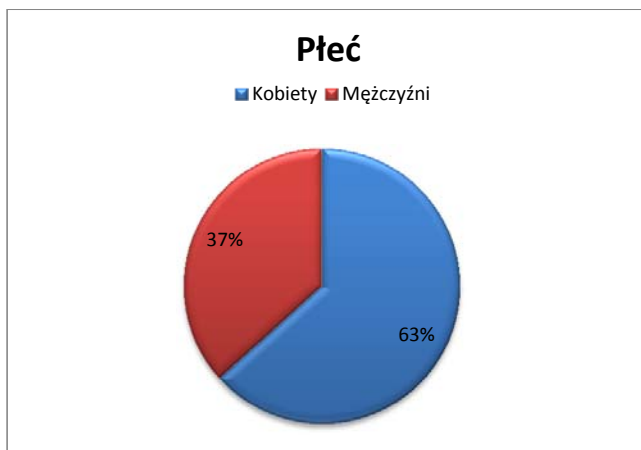
Pielęgniarka sprawująca opiekę nad chorym z owrzodzeniem podudzi powinna mieć ukończony specjalistyczny kurs w zakresie kompleksowego leczenia zachowawczego i pielęgnowania pacjentów z owrzodzeniami. Ponadto musi posiadać niezbędną wiedzę w dziedzinie etiologii owrzodzeń, profilaktyki, metod postępowania, kompresjoterapii, masażu, pomiaru wskaźnika Kostka – ramię (WK/R), edukacji pacjenta i jego rodziny, a także umiejętność oceny deficytu wiedzy chorego.¹⁴

Pielęgniarka stawiająca diagnozę ocenia ranę, jej umiejscowienie, jej głębokość, obecność wydzieliny i zapachu. Włącza się w proces terapeutyczny, zna wskazania i przeciwwskazania do stosowania ucisku. Systematycznie monitoruje postępy gojenia rany, oraz ocenia efektywność stosowanych metod terapeutycznych.

Edukacja chorych i ich rodzin jest niezbędnym elementem kompleksowej opieki¹⁵ nad chorym z owrzodzeniem żylnym goleni. Chory powinien być poinformowany, że stan zagojenia rany nie musi być trwały. Nieprzestrzeganie ustalonych zasad może skutkować nawrotem owrzodzenia. Podejmując edukację należy indywidualnie ocenić i uwzględnić deficyty, postawy i przekonania chorego. Podejmowane działania edukacyjne powinny wzmocnić poczucie skuteczności i zachęcić chorego do aktywnego uczestnictwa i procesie gojenia. Edukacja powinna obejmować między innymi:

- zrozumienie istoty choroby i konieczności stosowania długotrwałej profilaktyki;
- nawyk noszenia stopniowanej kompresjoterapii;
- naukę samodzielnego zakładania gotowych wyrobów uciskowych;
- zrozumienie systematyczności i zasad stosowania kompresjoterapii;
- stosowania odpowiedniej aktywności fizycznej;
- przestrzegania właściwej diety (niedożywienie, nadwaga);

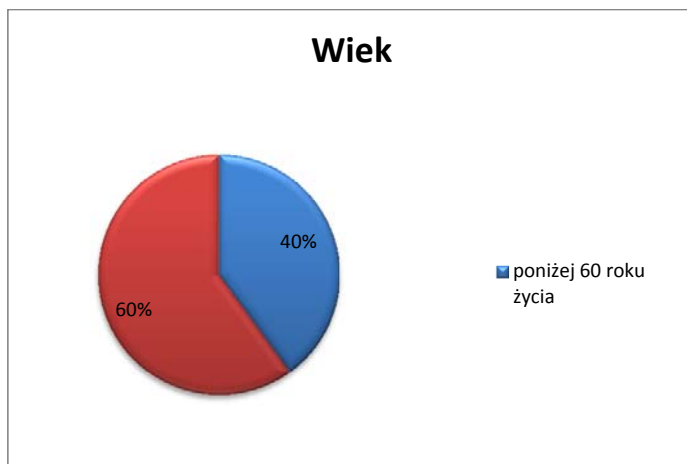
Wyniki badań własnych



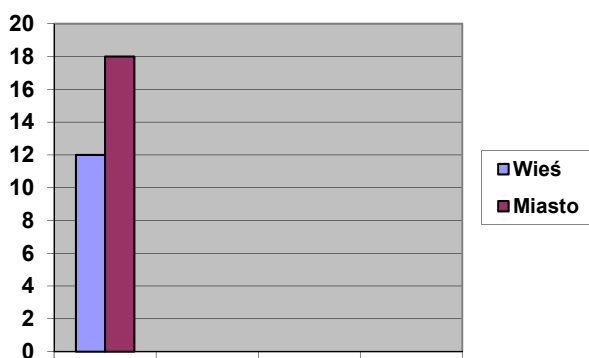
¹⁴ Jawień A., Szewczyk M.T., *Specjalistyczna interdyscyplinarna opieka medyczna W: Owrzodzenia żyłne goleni*, Twoje Zdrowie, Warszawa 2005, str. 170-174

¹⁵ Łodzińska. J. : *Etyczna postawa pielęgniarek wobec pacjentów w świetle integralności człowieka*, s. 32, w: *Pielęgniarstwo wczoraj, dziś, jutro...*, Tom II, Wyd. Arjadna Print, Ciechanów 2013.

Na podstawie analizy wykonanych badań w grupie 30 osób z owrzodzeniem podudzi, aż 19 osób to kobiety, a 11 osób to mężczyźni.

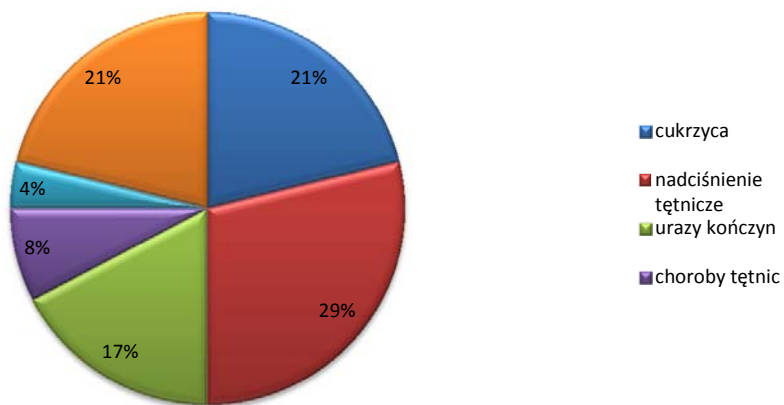


Można zauważyć, iż większość tych ludzi było w wieku powyżej 60 roku życia, a jedynie 12 osób miało mniej niż 60 lat.

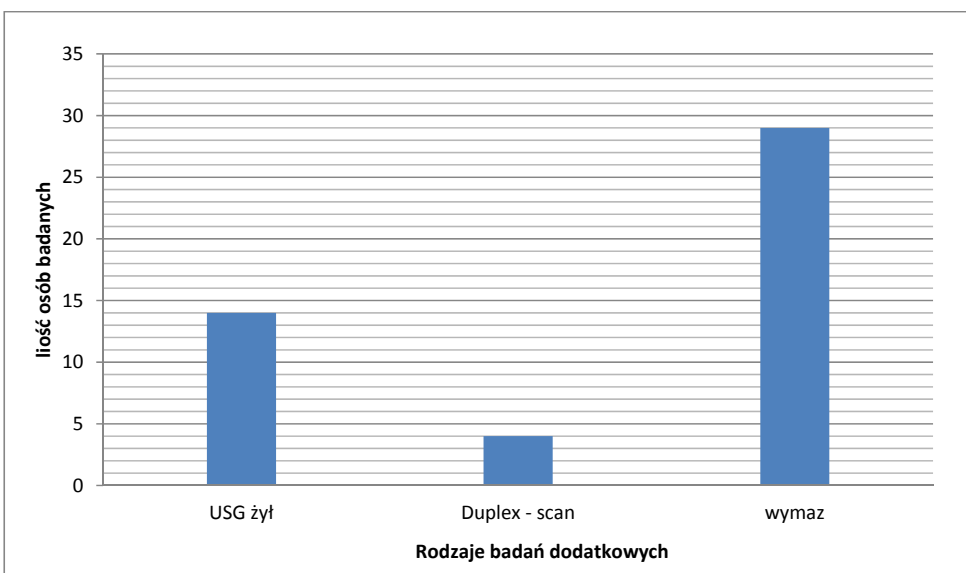


12 osób zamieszkiwało tereny wiejskie, a 18 osób było z miasta.

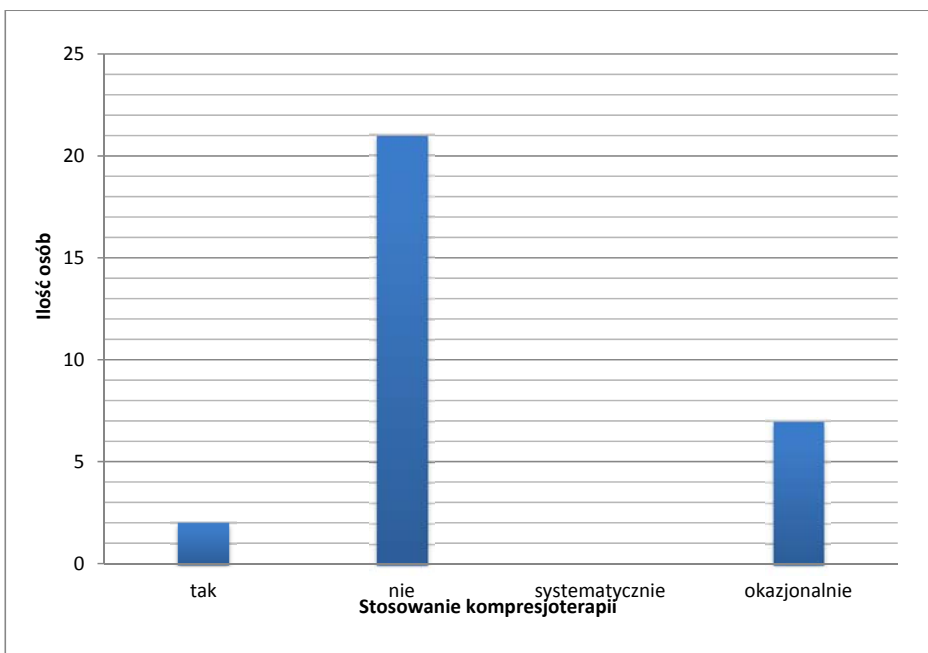
Choroby współistniejące



Wszystkie z badanych osób, oprócz owrodzenia podudzi miały zdiagnozowane inne choroby.



Tylko 18 osób potwierdziło wykonanie Dopplera żył kończyn dolnych. 29 osób miało wykonany wymaz z rany.



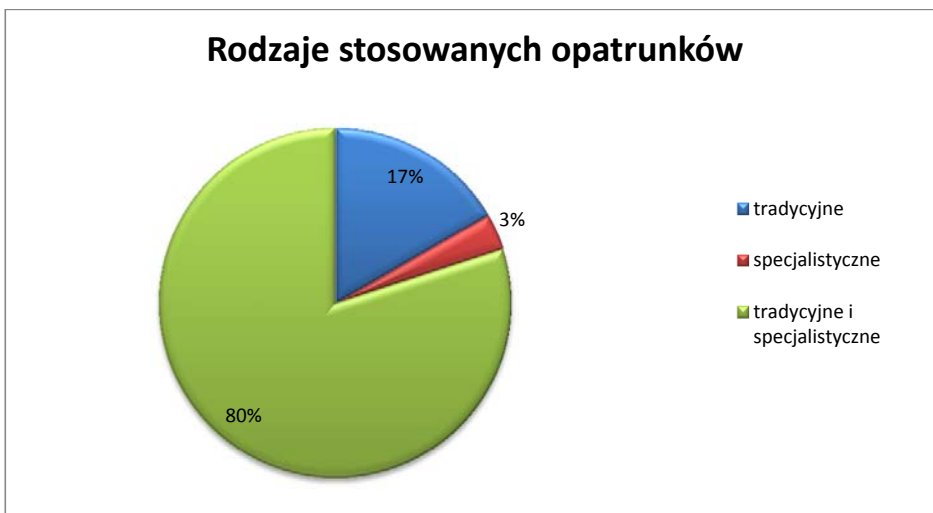
Żadna z badanych osób nie stosowała systematycznie kompresjoterapii.



U 11 osób leczone owrzodzenie było zmianą nawrotową.

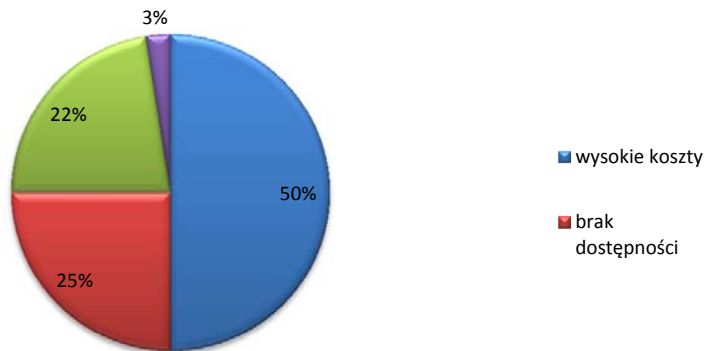


W badanej grupie u 13 osób czas leczenia trwał od 4 miesięcy, 5 osób leczyło owrzodzenie od roku, a u 12 osób proces leczenia trwa już kilka lat.



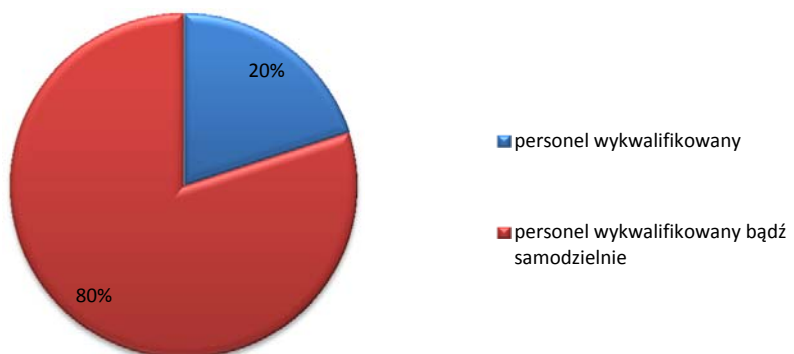
24 osoby stosowało opatrunki specjalistyczne i tradycyjne. Tylko specjalistyczne opatrunki stosowała zaledwie jedna osoba.

Jakie są przeszkody w stosowaniu opatrunków specjalistycznych wg badanych



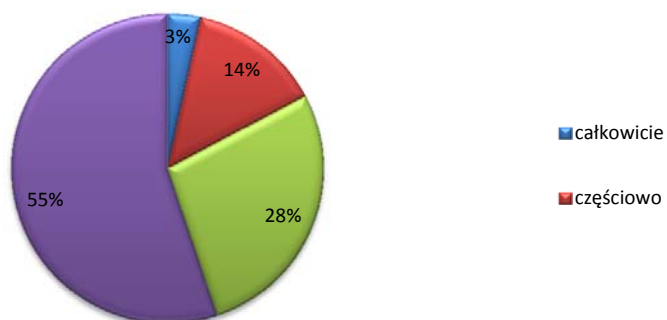
Główną przeszkodą w stosowaniu opatrunków nowej generacji były wysokie koszty, oraz brak powszechnej dostępności zalecanych opatrunków.

Zmiany opatrunków dokonują



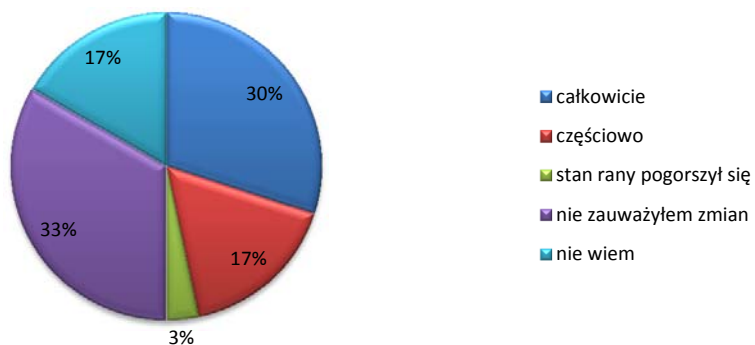
Z przeprowadzonych badań wynika, iż u 6 osób opatrunki były zmieniane wyłącznie przez personel wykwalifikowany. 24 osoby przyznały, że zmiany opatrunków dokonują samodzielnie.

Czy stosując opatrunki tradycyjne doszło do zagojenia rany?



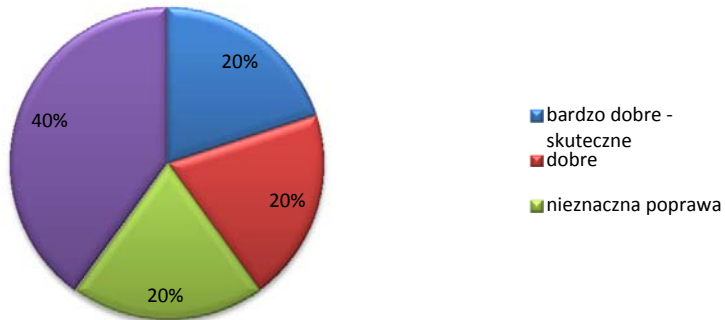
Stosując opatrunki tylko tradycyjne do całkowitego wyleczenia owrzodzenia doszło u jednej osoby. 8 osób uznało, że stan rany uległ pogorszeniu, 16 osób nie zauważyło żadnych zmian.

Czy stosując opatrunki specjalistyczne doszło do zagojenia rany?



Całkowicie ranę wyleczyło 9 osób stosujących opatrunki specjalistyczne. 10 osób nie zauważyło żadnych zmian, jedna osoba uznała, że stan rany uległ pogorszeniu.

Jaki był stan zadowolenia z dotychczasowego leczenia



12 osób uznało, że nie jest usatysfakcjonowanych z dotychczasowych postępów leczenia, a 6 osób wyraziło swoje zadowolenie.

Wnioski

Czterdzieści procent ankietowanych uznało, że zastosowane leczenie nie przyniosło poprawy.

Przyczyny:

1. brak odpowiedniej diagnostyki poprzedzającej terapię przyczynową rany, oraz brak holistycznego podejścia do chorych z owrzodzeniami podudzi;
2. brak wytycznych i powszechnie wdrożonych standardów postępowania z owrzodzeniami pochodzenia żylnego;
3. wysokie koszty leczenia zarówno indywidualne, jak i w placówkach leczniczych;
4. brak odpowiedniej ilości wykwalifikowanego personelu pielęgniarskiego zapewniającego prawidłowy proces leczenia owrzodzeń żylnych goleni

Literatura

1. Góral R., *Zarys chirurgii. Podręcznik dla studentów medycyny*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1987;
2. Jawień A., Szewczyk M.T., *Specjalistyczna interdyscyplinarna opieka medyczna W: Owrzodzenia żyłne goleni*, Twoje Zdrowie, Warszawa 2005, str. 170-174;
3. Jawień A., Szewczyk M.T., *Specjalistyczna opieka medyczna W: Owrzodzenia żyłne goleni*, Twoje zdrowie, Warszawa 2005 str. 166-175;
4. Jawień A., *Diagnostyka układu żylnego W: Przewlekle zaburzenia żyłne*, Wydawnictwo Medyczne Termedia, Poznań 2006, str. 93- 111, str. 168;
5. Jawień A. i wsp., *Wytyczne grupy ekspertów w sprawie gojenia owrzodzeń żylnych goleni W: Leczenie ran*, Polskie Towarzystwo Leczenia Ran, Zeszyt3/Tom8/2011;

6. Kapala W., *Pielęgniarstwo w chirurgii*, Wydawnictwo CZELEJ, Lublin 2006;
7. Łodzińska. J. : Etyczna postawa pielęgniarek wobec pacjentów w świetle integralności człowieka, s. 32, w: *Pielęgniarstwo wczoraj, dziś, jutro...*, Tom II, Wyd. Arjadna Print, Ciechanów 2013;
8. Mark A. Creagev i wsp., *Choroby naczyń*, CZELEJ, Lublin 2008;
9. Negus D. i wsp., *Diagnostyka różnicowa owrzodzeń podudzi W: Owrodzenia podudzi – diagnostyka i leczenie*, á-medica press, Bielsko – Biała 2006, str. 91-104;
10. Negus D. i wsp., *Naczynia krwionośne kończyny dolnej – Anatomia stosowana W: Owrodzenia podudzi – diagnostyka i leczenie*, á-medica press, Bielsko – Biała 2006, str. 35-37;
11. Noszczyk W., *Chirurgia tętnic i żył obwodowych*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1998;
12. Philips D. Coleridge Smith i wsp, *Przeszczepy skóry w owrzodzeniach podudzi W: Owrodzenia podudzi – diagnostyka i leczenie*, á-medica press, Bielsko – Biała 2006, str. 168-171;
13. Philips Tania J., *Skuteczne metody leczenia owrzodzeń kończyn dolnych W: Medycyna po dyplomie*, VOL9/NR3/Marzec 2000, str. 54-62;
14. Sokołowska – Pituchowa J., *Anatomia człowieka*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1983;
15. Sokołowska – Pituchowa J., *Anatomia człowieka*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 2003;
16. Szczepańska B., *Owrodzenie podudzi W: Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 7-8/2012, str.22-23;
17. Szewczyk Maria T., *Leczenie zachowawcze owrzodzeń żylnych goleni W: Zakażenia*, 2/2004,
18. Szewczyk Maria T., *Leczenie zachowawcze owrzodzeń żylnych goleni W: Zakażenia*, 2/2004, str.94-98;
19. Szewczyk Maria T., *Miejscowe leczenie owrzodzeń żylnych – zasady wyboru opatrunków W: Zakażenia*, 1/2005, str.80-88;
20. Szewczyk Maria T., *Opieka nad chorym z owrzodzeniem żylnym W: Medi*, wydanie specjalne, str. 24-28;
21. Szewczyk Maria T., *Opieka nad chorym z owrzodzeniem żylnym W: Medi*, wydanie specjalne, str. 27;zdjęcie
22. Szewczyk Maria T., *Rola opatrunków w leczeniu owrzodzeń żylnych goleni*, W: *Inforanek* 3(6)/2009, str. 7-10;
23. Szewczyk M.T., *Skóra W: Owrodzenia żylnie goleni*, wyd. Twoje Zdrowie 2005, str.46-48.
24. Szewczyk Maria T., *Strategia TIME w leczeniu ran przewlekłych W: Medi*, wydanie specjalne, str.10-12;
25. Szewczyk Maria T., *Wielokierunkowe podejście w leczeniu owrzodzeń żylnych goleni W: Inforanek*, 3(9)/2010, str. 4-6
26. Sztumski J., *Wstęp do metod i technik badań społecznych*, Wydawnictwo Śląsk, Katowice 1995, s. 60.
27. Winger H. i wsp., *Choroby żył kończyn dolnych*, Copyright by Batial, Gliwice 2003;
28. Woźniak W., *Anatomia człowieka – podręcznik dla studentów i lekarzy*, Wydawnictwo Medyczne Umbra & Partner, Wrocław 2003;

Autorzy:

Ewa Kowalska - lic. piel.

Zbigniew Puchalski - prof. zw. dr hab. n. med., Pracownik naukowy WSA,
z.puchalski@op.pl,

mgr Joanna Szwarz-Woźniak - Zakład Piel. Ogólnego WSA, szwarz72@wp.pl

ROLA PIEŁĘGNIARKI W DIAGNOZOWANIU I LECZENIU CHORYCH UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU

Barbara Melech, Jacek Ogrodnik, Barbara Burak – Czapiuk, Dorota Kukowska

Streszczenie

Alkohol jest szczególną substancją w naszym życiu, wywierającą ogromny wpływ na wielu ludzi dla niektórych staje się najważniejszy w życiu.

Ta substancja o ostrym i piekącym smaku w bardzo krótkim czasie po spożyciu zmienia stan psychiczny człowieka. Cząsteczki alkoholu szybko wchłaniają się w organizmie, krwioobiegem dostają się do mózgu a stamtąd osłabiają kontrolę, sterują naszymi uczuciami i zachowaniami. Im wyższy poziom alkoholu we krwi, tym większe zaburzenia racjonalnego myślenia, reagowania, zachowania. Stopniowo działając na organizm alkohol powoduje zachwiania równowagi, zaburzenia koordynacji ruchów, śpiączkę aż do ustania czynności życiowych. Ludzie piją alkohol z dwóch powodów – obyczaju i poprawienia sobie nastroju.¹ Znajomość cech uzależnienia, objawów zatrucia czy objawów abstynencyjnych pozwala pielęgniarkom na stworzenie optymalnych warunków opieki. Realizacja jej osiągnana jest nie tylko poprzez działania czysto zabiegowe ale również komunikację terapeutyczną z pacjentem oraz współpracę z innymi członkami zespołu terapeutycznego. Odpowiednie działania w kontakcie z człowiekiem chorym psychicznie wpływają na bezpieczeństwo i efektywność procesu terapeutycznego.

Słowa kluczowe: uzależnienie, alkoholizm, psychoterapia, detoksykacja

Title

The nurse's role in the diagnosis and treatment of patients with alcohol dependence

Abstract

Alcohol is a particular substance in our lives, exerting a huge impact on many people for some becomes most important in life.

This substance with a pungent and acrid taste in a very short time after consumption changed mental state. The particles quickly absorb the alcohol in the body, enters the bloodstream and from there to the brain weaken the control, control our feelings and behaviors. The higher the level of alcohol in the blood, the greater the disorder rational thinking, response behavior. Gradually, acting on the body, alcohol causes an imbalance, impaired coordination, coma until no vital signs. People drink alcohol for two reasons - custom and improve his mood.²

Knowledge of the characteristics of addiction, intoxication or withdrawal symptoms allows nurses to create optimal conditions for care. Implementation her is achieved not only through actions but also purely surgical therapeutic communication with the patient and cooperate with other members of the therapeutic team. Appropriate action in contact with

¹ Jerzy Mellibruda „Tajemnice ETOH” Warszawa 1993, str. 3-10

² Ibidem, str. 3-10

people who are mentally ill effect on safety and the effectiveness of the therapeutic process.
Keywords: addiction, alcoholism, psychotherapy, detoxification

Alkoholizm jako choroba

Alkohol – substancja psychoaktywna

Substancje psychoaktywne są to wszystkie substancje używane dla oczekiwanego wpływu na psychikę i zachowanie człowieka. Zaliczane są do nich środki legalne np.: nikotyna, alkohole, leki psychotropowe oraz prawnie zabronione.³

Alkohole to organiczne związki chemiczne, pochodne węglowodanów. Należy do nich etanol (jedyne spożywczy), metanol, propanol, butanol. Etanol to ciecz lżejsza od wody, przezroczysta, piekąca w smaku i o charakterystycznym zapachu. Po wypiciu wchłania się już w jamie ustnej, najwięcej przenika do krwi w jelitach. Największe stężenie osiąga w ślinie, moczu, krwi, żółci i płynie mózgowo-rdzeniowym. Maksymalne w krwi występuje 1 – 15 godz. po wypiciu. Reakcje organizmu na alkohol są zależne od indywidualnych predyspozycji.⁴

Kryteria rozpoznawania uzależnienia od alkoholu

Osoba uzależniona jest podenerwowana, łatwo się irytuje, często z ust wyczuwalny jest zapach alkoholu, twarz ma obrzękniętą, zauważalne jest drżenie rąk lub całego ciała. Nietrudno zauważyć zaniedbanie higieny oraz niedożywienie.⁵

Pacjent ma przyspieszone tętno, podwyższone ciśnienie tętnicze, najczęściej uskarża się na zaburzenia snu, pamięci, obniżenie nastroju, dolegliwości żołądkowo-jelitowe.⁶

Fazy rozwoju choroby alkoholowej

Uzależnienie od alkoholu rozwija się podstępnie, picie staje się niebezpieczne gdy uspokaja, odpręża. Kolejnym objawem jest podwyższona tolerancja, palimpsesty alkoholowe. W początkowej fazie człowiek pije po kryjomu później ma poczucie winy.

Symptomy rozwijającego się uzależnienia to:

- poczucie odprężenia, ośmielenia, niepokoju;
- szukanie okazji do wypicia, upijanie się;
- picie alkoholu w miejscach zabronionych;
- wypijanie coraz większej ilości alkoholu;
- palimpsesty alkoholowe, „przerwy w życiorysie”;
- świadome ukrywanie picia;
- próby ograniczenia picia;
- reagowanie złością lub agresją na krytyczne uwagi o picciu;
- rozdrażnienie przy ograniczonym dostępie do alkoholu;
- picie wbrew zaleceniom lekarskim;
- prowadzenie samochodu po alkoholu.

³ Bohdan T. Woronowicz „Uzależnienia Geneza, terapia, powrót do zdrowia”, Warszawa 2009, str. 38

⁴ Bohdan T. Woronowicz „Uzależnienia Geneza, terapia, powrót do zdrowia”, Warszawa 2009, str. 51

⁵ D. Czarniecki, K. Opozda, M. Ziółkowski „Rozpoznanie problemów alkoholowych”, Magazyn Pielęgniarki i Położnej 10/2012 str. 16

⁶ Małgorzata Dragan „Doświadczenia traumatyczne a uzależnienie od alkoholu”, Warszawa 2008, str. 42-43

Według E.M. Jellinek wyróżniamy 4 fazy rozwoju choroby alkoholowej:

1. Picie towarzyskie
2. Faza ostrzegawcza
3. Faza krytyczna
4. Faza chroniczna

Powikłania somatyczne

Szkody zdrowotne spowodowane alkoholem zależą od ilości wypitego alkoholu, modelu, historii picia i dotyczą:

- układu nerwowego (zaburzenia czucia, parastezeje, nerwobóle, bóle mięśniowe, osłabienie lub brak odruchów ścięgowych)
- układ pokarmowy (zaburzona peristaltyka przełyku, uszkodzenia śluzówek, refluks żołądkowo-przełykowy, zmiany w wątrobie)
- układ krążenia (kardiomiopatia alkoholowa, arytmia, nadciśnienie tętnicze)⁷

Powikłania psychiczne

Zmiany psychiczne wśród osób nadużywających alkoholu są spowodowane stanem upojenia lub wieloletniego nadużywania. Najczęstsze są stany abstynencyjne. Typowymi objawami są:

- nudności, wymioty, biegunka;
- tachykardia, podwyższone ciśnienie tętnicze, zaburzenia rytmu;
- wzmożona potliwość, suchość w ustach, rozszerzenie źrenic;
- osłabienie, ogólne rozbitcie;
- bóle mięśni, głowy;
- drżenie rąk, języka, a często i całego ciała;
- nadpobudliwość, lęk;
- obniżenie nastroju lub dysforia;
- bezsenność lub sen płytki przerywany koszmarami.⁸

Majaczenie alkoholowe – rozwija się w czasie 72 – 96 godzin po odstawieniu alkoholu, trwa kilkanaście godzin do nawet kilkunastu dni. Charakterystyczne są zaburzenia świadomości – brak orientacji w miejscu i czasie a prawidłowa orientacja co do własnej osoby. Pojawiające się omamy wzrokowe i iluzje, chory zwiduje robaki, zwierzęta, nieobecnych ludzi, czasem widzi całe sceny, które są kolorowe i ruchliwe. Czasem bywają omamy czuciowe np. robaki pod skórą, słuchowe np. „głosy nakazujące”.

Typowe są zaburzenia pamięci, pacjent nie pamięta przebiegu psychozy, objawom psychopatologicznym towarzyszą zaburzenia układu wegetatywnego – tachykardia, wzmożona potliwość, zatrzymanie moczu, rozszerzenie źrenic.⁹

⁷ Paweł Świecki, „Następstwa zdrowotne”, Służba Zdrowia, VII/2002, str. 7,8

⁸ Bohdan T. Woronowicz, „Uzależnienia Geneza, terapia, powrót do zdrowia”, Warszawa 2009, str. 99-101.

⁹ A. Bilikiewicz, S. Puzyński, J. Rybakowski, J. Wciórka, „Psychiatria”, Wrocław 2002, str. 208, 209

Leczenie alkoholizmu

Leczenie alkoholizmu ma na celu przerwanie procesu alkoholowego i powrót do trzeźwego życia. Abstynencja jest niezbędna w procesie leczenia.¹⁰

Terapia alkoholizmu polega na profesjonalnej pomocy w zwalczaniu i łagodzeniu objawów abstynencyjnych oraz uczenia się na nowo życia bez alkoholu.

Generalnie leczenie odwykowe jest dobrowolne (art.21.2), ale w pewnych, określonych w ustawie, sytuacjach stosuje się zobowiązanie sądowe do poddania się leczeniu (art.24, art.26). Obowiązek poddania się leczeniu trwa dwa lata. Osoby uzależnione od alkoholu mogą być leczone w szpitalu psychiatrycznym wbrew jej woli, warunki takiego leczenia określa ustawa o ochronie zdrowia Psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994r. (art.23,24,29) (Dz.V.Nr.111,poz.535).¹¹

Leczenie detoksykacyjne w oddziale psychiatrycznym

Większość zespołów abstynencyjnych leczona jest w oddziałach psychiatrycznych mimo braku odpowiedniego wyposażenia diagnostycznego, monitorującego, leczniczego adekwatnego do stanu zdrowotnego pacjentów z ciężkimi lub poważnymi zespołami abstynencyjnymi. Walorem oddziałów psychiatrycznych jest odpowiednio przeszkolony personel, stosowne procedury i zabezpieczenia przed zachowaniami agresywnymi, autoagresjami, zaburzeniami świadomości oraz samowolnym oddaleniem się.¹²

Pobyt w oddziałach detoksykacyjnych może stać się dla wielu alkoholików okazją do krytycznej oceny swojej sytuacji życiowej spowodowanej piciem.

Farmakoterapia prostych zespołów abstynencyjnych o intensywniejszych objawach ma na celu zapobieganie przejścia w zespoły powikłane, zagrażające życiu pacjenta. W dalszym etapie łagodzenie przykrych objawów abstynencyjnych.¹³

Stosowane leki to głównie benzodiazepiny, stosunkowo bezpieczne w stosowaniu i o szerokim spektrum działania.

Zanim lekarz podejmie decyzję o leczeniu farmakologicznym pacjenta bada się alkomatem, ponieważ połączenie leków z alkoholem niesie niebezpieczeństwo zagrażające życiu.

Po zakończeniu detoksykacji osoba uzależnienia czuje się dużo lepiej ale szanse na utrzymanie przez nią abstynencji są bardzo małe. Na to nakłada się głód alkoholu i automatyczna myśl by alkoholem złagodzić cierpienie. Aby nauczyć się satysfakcjonującego życia w abstynencji niezbędna jest terapia.¹⁴

Nawroty

Uzależnienie należy do zaburzeń powodujących zmiany w zachowaniu ale i w mózgu. Zaprzestanie używania substancji nie oznacza, że biologiczne mechanizmy działające w mózgu powracają do pierwotnego stanu, przeciwnie zmiany utrzymują się jeszcze długo,

¹⁰ Jeann Kinney, Gwen Leaton, „Zrozumieć alkohol”, Warszawa 1996, str. 167

¹¹ T. Woronowicz, „Uzależnienia Geneva, terapia, powrót do zdrowia”, Warszawa 2009, str. 366, 368,370

¹² B. Habrat „Postępowanie w alkoholowych zespołach abstynencyjnych”, Psychiatria Polska 6/2007, str. 934

¹³ Małgorzata Rzewuska, „Leczenie zaburzeń psychicznych” Warszawa 2006, str. 309

¹⁴ Johannes Lindenmeyer „Ile możesz wypić? O nalogach i ich leczeniu”. Gdańsk 2007, str. 133

co być może prowokuje nawrót choroby. Alkoholik zaczynający pić na nowo w ciągu krótkiego czasu zaczyna pić ilości alkoholu jakie pił przed okresem abstynencji.

Mimo uczenia różnych technik i strategii zapobiegania nawrotom, u około połowy pacjentów w czasie czterech lat od zakończenia terapii, następuje nawrót. W takiej sytuacji ważne jest aby pacjent wiedział jak i gdzie szukać pomocy. Wiedza i umiejętności zdobyte w czasie terapii i utrzymywania abstynencji mogą być podstawą do kolejnej próby abstynencji.¹⁵

Rola pielęgniarki w diagnozowaniu i leczeniu chorych uzależnionych od alkoholu

Ustawa o Ochronie Zdrowia Psychicznego wprowadziła zasady i uregulowania leczenia i opieki nad pacjentami. Najważniejsze z nich obowiązujące pielęgniarkę pracującą w szpitalu psychiatrycznym to:

- szczególna dbałość o dobro chorego informowanie pacjenta o metodach i sposobach pielęgnowania;
- prowadzenie dokumentacji medycznej w przypadku stosowania przymusu wobec pacjenta;
- zachowanie tajemnicy o informacjach uzyskanych w czasie leczenia.¹⁶

Specyfika pracy w oddziale psychiatrycznym, wymaga określonych cech osobowości i umiejętności społecznych pielęgniarki aby nawiązać i podtrzymać kontakt z chorym. Pacjenci często są bardzo wyczuleni na postawę pielęgniarki w relacji terapeutycznej pielęgniarka pełni określone role pozwalające na budowanie poczucia bezpieczeństwa i zaufania.¹⁷

Pielęgniarka, która spędza najwięcej czasu wśród pacjentów, swoją postawą tworzy terapeutyczną atmosferę. W oddziale takim pacjenci nie boją się krytykowania, czują się ważni, potrzebni, aprobowani.

Pielęgniarka w oparciu o wiedzę psychiatryczną, socjologiczną, psychologiczną stara się zapewnić zindywidualizowaną opiekę na każdym etapie choroby.¹⁸

Działania i obowiązki pielęgniarki pracującej z osobami uzależnionymi zmirzają głównie do zniwelowania szkód zdrowotnych spowodowanych nadużywaniem alkoholu, zapobieganiu powikłaniom, zmiany postawy wobec choroby, proponowanej terapii oraz do zmiany stylu życia.

Uzależnienie od alkoholu stwarza bowiem ryzyko myśli i tendencji samobójczych, zachowań agresywnych i autoagresywnych, stanów lękowych. Ryzyko to wzrasta u osób ze stanami depresyjnymi, słabym wsparciem społecznym, utratą więzi, konflikty ze znaczącymi osobami. Ocena ryzyka podjęcia próby samobójczej, opracowanie interwencji należy do pielęgniarki. Podjęcie rozmowy, towarzyszenie pacjentowi, udzielenie wsparcia w znacznym stopniu łagodzi napięcie pacjenta i zmniejsza nasilenie myśli samobójczych.¹⁹

Pielęgniarka ocenia ryzyko wystąpienia zachowań agresywnych, gwałtownych. Psychotyczne przeżycia, lęki, zaburzenia kontroli impulsów, dysforyczny nastrój, drażliwość

¹⁵ Johannes Lindenmeyer „Ile możesz wypić? O nałogach i ich leczeniu” Gdańsk 2007, str.201.

¹⁶ K. Górna, K. Jaracz, J. Rybakowski „Pielęgniarnictwo psychiatryczne” Warszawa 2012, str. 91

¹⁷ Dorota Dziedzic „Rola zawodowa pielęgniarki wobec pacjenta z zaburzeniami psychicznymi” Biuletyn pielęgniarki i położnych VII-IX/2009, str. 42

¹⁸ Janusz Heitzman „Psychiatria” Warszawa 207, str. 78

¹⁹ K. Górna, K. Jaracz, J. Rybakowski „Pielęgniarnictwo psychiatryczne” Warszawa 2012, str. 298

w czasie zespołów abstynencyjnych mogą prowadzić do zachowań gwałtownych, agresji słownej lub fizycznej.

Pielęgniarka w oddziale psychiatrycznym jest partnerem w relacji z pacjentem i jego rodziną²⁰, członkiem zespołu terapeutycznego sukcesywnie wzbogacającym wiedzę o pacjencie oraz współpracującym w celach kompleksowej terapii.²¹

Literatura

1. „Alkohol a zdrowie IX Raport Specjalny dla Kongresu USA” Warszawa 2002
2. Bęben Andrzej, „Słowo kontra chemia”, Rynek Zdrowia, VII/2007
3. Bilikiewicz Adam, „Psychiatria”, Warszawa 2007
4. Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J., „Psychiatria”, Wrocław 2002
5. Bukowska Bogusława „Uzależnienie jako choroba chroniczna” Terapia uzależnienia i współuzależnienia 6/2011
6. Boguradzka Anna, „Alkohol jako czynnik ryzyka rozwoju choroby refluksowej”, Służba i Zdrowia, V/2007
7. Chodkiewicz J., Biedrzycka A. „Wpływ otoczenia, konflikty, emocje...” Terapia uzależnienia i współuzależnienia 6/2011
8. Cungi Charly „Stawić czoło uzależnieniom”, Warszawa 2007
9. Czarnecki D., Opozda K., Żółkowski M. „Rozpoznanie problemów alkoholowych”, Magazyn Pielęgniarki i Położnej 10/2012
10. Dragan Małgorzata „Doświadczenia traumatyczne a uzależnienie od alkoholu”, Warszawa, 2008
11. Dziedziuła Dorota „Rola zawodowa pielęgniarki wobec pacjenta z zaburzeniami psychicznymi” Biuletyn pielęgniarek i położnych VII-IX/2009
12. Górna K., Jaracz K., Rybakowski J. „Pielęgniarstwo psychiatryczne” Warszawa 2012
13. Habrat Bogusław, „Cele leczenia”, Służba zdrowia, VII/2002
14. Habrat Bogusław „Organizm w niebezpieczeństwie”, Warszawa 1998
15. Habrat B. „Postępowanie w alkoholowych zespołach abstynencyjnych”, Psychiatria Polska 6/2007
16. Habrat B. „Typologia alkoholizmu – nowe badania, doświadczenia europejskie”. Alkohol a zdrowie. Typologia alkoholizmu. Warszawa 2002
17. Heitzman Janusz „Psychiatria” Warszawa 2007
18. Janus Barbara „Odpowiedzialność etyczna pielęgniarki” Biuletyn pielęgniarek i położnych X-XII/2004
19. Jarema Marek, „Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych”, Gdańsk 2011
20. Johnson Bankole A. „Leczenie farmakologiczne różnych typów alkoholizmu” Medycyna praktyczna – psychiatria XI – XII 2011
21. Kinney Jeann, Leaton Gwen, „Zrozumieć alkohol”, Warszawa 1996
22. Kulik T. B., Latański M. „Zdrowie publiczne” Lublin 2002
23. Kwiatkowska A., Krajewska – Kułak E., Panek W. „Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie” Lublin 2003

²⁰ Łodzińska J.: Rodzina fundamentem rozwoju i wychowania człowieka, Studia nad Rodziną 30-31/2012, Łomianki 2012, s. 117.

²¹ E. Wilezek – Rużyczka „Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego”, Lublin 2007, str. 223

24. Łodzińska J, Rodzina fundamentem rozwoju i wychowania człowieka, Studia nad Rodziną 30-31/2012, Łomianki 2012, s. 109-131
25. Lindenmeyer Johannes, „Ile możesz wypić? O nałogach i ich leczeniu.” Gdańsk 2007
26. Mellibruda Jerzy „Tajemnice ETOH” Warszawa 1993
27. Osiatyński Wiktor „Alkoholizm I GRZECH, I CHOROBA, I...” Warszawa 2007
28. Pod red. Adama Bilikiewicza „Psychiatria”, Warszawa 2007
29. Rogala-Pawelczyk G. „Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarki i położnej wobec nowych zadań w systemie ochrony zdrowia” Biuletyn pielęgniarek i położnych. I-III/2003
30. Roszkiewicz D. „Czy pielęgniarstwo jest sztuką?” Biuletyn pielęgniarek i położnych. I-III/2012
31. Rybakowski J., Rybakowski F., „Psychiatria”, Wrocław 2008
32. Rzewuska Małgorzata, „Leczenie zaburzeń psychicznych”, Warszawa 2006
33. Sobolewska – Mellibruda Zofia „Współzależnienie – koncepcja i psychoterapia”. Terapia uzależnienia i współzależnienia. 4/2008
34. Święcki Paweł „Następstwa zdrowotne ”, Służba Zdrowia, VII/2002
35. Wasilewski Dariusz, „Majaczenie alkoholowe”, Służba Zdrowia, VII/2002
36. Wilczek – Rużyczka E. „Komunikowanie się z chorym psychicznie”, Lublin 2007
37. Wilczek – Rużyczka E. „Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego”, Lublin 2007
38. Woronowicz Bohdan T. „Alkoholizm jest chorobą”, Warszawa 1998
39. Woronowicz Bohdan T., „Uzależnienia Geneza, terapia, powrót do zdrowia”, Warszawa 2009
40. Wright P., Stern J., Phelan M., „Psychiatria Sedno”, Wrocław 2008

Autorzy:

Barbara Melech - lic. piel.

Jacek Ogrodnik - prof. nadz. dr hab. n. med, adiunkt WSA, jaog@esculap.pl

Barbara Burak – Czapiuk - doktor nauk medycznych, karubba12@o2.pl

mgr Dorota Kukowska - Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego WSA, dorota_kukowska@wp.pl

ROLA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE OKOŁOOPERACYJNEJ NAD PACJENTEM Z PRZEPUKLINĄ BRZUSZNĄ

Barbara Śliwińska, Jarosław Szymczuk, Dorota Kukowska

Streszczenie

Przepukliny brzuszne są chorobą dotyczącą znacznej części społeczeństwa. Najczęściej występującą jest przepuklina pachwinowa, na którą chorują przeważnie mężczyźni po 61 roku życia. Każda przepuklina może ulec uwięzieniu, wówczas pacjent operowany jest w trybie nagłym, często w trakcie operacji niezbędna jest resekcja części jelita lub sieci, które stanowią zawartość worka przepuklinowego. Zabieg operacyjny wykonywany w trybie nagłym obarczony jest znacznie większym ryzykiem powikłań, okres pooperacyjny i powrót pacjenta do zdrowia jest trudniejszy i znacznie dłuższy niż w przypadku operacji przepukliny w trybie planowym.

W prawidłowym przebiegu procesu terapeutycznego pacjenta z przepukliną brzuszną ogromne znaczenie ma opieka pielęgniarska, która rozpoczyna się od przygotowania chorego do operacji, tak fizycznego jak i psychicznego, trwa przez wczesny okres pooperacyjny, a kończy wszechstronną edukacją pacjenta odnośnie okresu pooperacyjnego w środowisku domowym.

Ogromna jest rola i znaczenie opieki pielęgniarskiej w procesie terapeutycznym pacjenta z przepukliną brzuszną. Polega na zapewnieniu choremu komfortu fizycznego i psychicznego oraz poczucia bezpieczeństwa¹ w okresie okołoperacyjnym, a także, z powodu krótkiego czasu hospitalizacji, szeroko pojętej edukacji dotyczącej okresu rekonwalescencji w warunkach domowych.

Słowa kluczowe: przepuklina, operacje, rola pielęgniarki

Title

The role of perioperative nurses in the care of a patient with abdominal hernias

Abstract

Ventral hernia is a disease on a large part of the population. The most common are inguinal hernia, which suffer most men after 61 years of age. Each may be incarcerated hernia, the patient is operated on in an emergency, often during surgery is required resection of part of the intestine or networks that constitute the contents of the hernia sac. The surgery was performed in an emergency is burdened with a much higher risk of complications, postoperative period and the patient's recovery is more difficult and much longer than in the case of hernia operations elective surgery.

In the normal course of the therapeutic process of the patient with abdominal hernias of great importance to nursing care that begins with the preparation of the patient for surgery, both physical and mental, it lasts for early postoperative period.

¹ Łodzińska. J. : Etyczna postawa pielęgniarek wobec pacjentów w świetle integralności człowieka, s. 30-31, w: Pielęgniarstwo wczoraj, dziś, jutro..., Tom II, Wyd. Arjadna Print, Ciechanów 2013

and ends with a comprehensive patient education regarding postoperative period in the home environment.

The vast is the role and importance of nursing care in the therapeutic process of the patient with abdominal hernias. It is to provide patient physical comfort and mental health and sense of security in the perioperative period and, due to the short duration of hospitalization, the wider education concerning the recovery period at home.

Keywords: hernia operations, the role of nurses

Kryteria podziału przepuklin brzusznych

Etiopatogeneza jest przyczyną podziału przepuklin na:

- wrodzone – związane z zaburzeniami rozwojowymi np. przepuklina pępkowa, pępowinowa,
- nabyte – powstające pod wpływem zwiększonego ciśnienia śródbrzusznego wytworzonego przez tłoczną brzuszną. Szczególnym rodzajem przepukliny nabytej jest przepuklina powstała pod wpływem nagłego wysiłku lub urazu.

Podstawę podziału przepuklin stanowią też zmiany, jakim podlega zawartość worka przepuklinowego. Wyróżniamy więc przepukliny:

- odprowadzalne,
- nieodprowadzalne
- uwięźnięte,
- zadzierzgnięte.²

Ze względu na umiejscowienie worka przepuklinowego rozróżnia się przepukliny brzuszne:

- Zewnętrzne – uwypuklające się poza jamą brzuszną:

- pachwinowa,
- udowa,
- w bliźnie pooperacyjnej,
- kresy białej,
- pępkowa,
- okołostomijna,
- kulszowa,
- lędźwiowa,
- krocza.

Wewnętrzne:

- przeponowe,

² Dąbrowiecki S.: Przepukliny brzuszne (w:) Chirurgia, tom2.(red) Noszczyk W. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005

- zachyłku okołodwunastnicznego – określane jako przepukliny Treitza,
- okołokątnicze,
- zachyłku międzyesowatego,
- torby sieciowej,
- okołopęcherzowa.

Mechanizm powstawania przepuklin

Najistotniejszym elementem sprzyjającym powstaniu przepuklin brzusznych jest osłabienie powięzi poprzecznej, do którego dochodzi na skutek wad i ubytków struktur anatomicznych oraz zaburzeń metabolizmu kolagenu w powłokach brzusznych.

Przepukliny mogą pojawić się w każdym wieku, jednakże najczęściej rozpoznaje się je w dzieciństwie, kiedy tworzą się w miejscach osłabienia powłok wskutek wrodzonych niedoskonałości w układzie mięśni i rozworów brzucha i w wieku podeszłym, kiedy mięśnie powoli słabną i zanikają, a przestrzenie między nimi poszerzają się.³

OBJAWY KLINICZNE PRZEPUKLIN PACHWINOWYCH

Przepukliny pachwinowe nie zawsze muszą ujawniać się w postaci uwypuklenia, czasem jedynym objawem przepukliny jest ból w podbrzuszu, wzdęcie brzucha, wymioty i niemożność oddania gazów ani stolca. W przypadku przepukliny zadziergniętej objawy niedrożności jelit narastają bardzo szybko, pojawiają się też objawy wstrząsu.⁴

ROZPOZNAWANIE PRZEPUKLIN

Badaniem przedmiotowym – oglądaniem, ocenia się wielkość uwypuklenia i jego położenie względem więzadła pachwinowego oraz guzka łonowego. Przepukliny udowe wychodzą pod więzadłem pachwinowym, a przepukliny pachwinowe powyżej tegoż więzadła.⁵ Badaniem, które uważa się za pomocne jest badanie radiologiczne przeprowadzane po podaniu do jamy otrzewnej niejonowego środka cieniującego.⁶

Leczenie przepuklin

Wysoka częstotliwość występowania przepukliny pachwinowej powoduje, że jej naprawa należy do najczęściej wykonywanych operacji chirurgicznych. Podstawowa technika operacyjna polega na:

- uwidocznieniu pokrycia przepukliny, worka przepuklinowego i wrót,

³ Mackiewicz Z. (red): Przepukliny brzuszne (w:) Podstawy chirurgii, tom 2 (red) Szmidt J. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2004.

⁴ Dąbrowiecki S.: Przepukliny brzuszne (w:) Chirurgia, tom2.(red) Noszczyk W. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.

⁵ Dacre J., Kopelman P. Tłum. z jęz. angielskiego prof. dr hab. med. Kamiński B.: Badanie kliniczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.

⁶ Mackiewicz Z. (red): Przepukliny brzuszne (w:) Podstawy chirurgii, tom 2 (red) Szmidt J. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2004.

- zaopatrzeniu zawartości worka przepuklinowego poprzez otwarcie worka, ocenę zawartości i odprowadzenie wolnych odcinków jelita lub sieci worka,
- zamknięciu worka przepuklinowego z ewentualną resekcją nadmiaru ściany worka,
- zamknięciu otworu w ścianie brzucha w sposób prosty lub odtwórczy, z zastosowaniem siatki z tworzywa sztucznego.⁷

Współcześnie za „złoty standard” w leczeniu przepuklin uważa się operację, która pozwala na proste i skuteczne zaopatrzenie przepukliny i zapewnia niski odsetek nawrotów. Kryteria te spełniają tak beznapięciowe metody operacyjne jak i metody laparoskopowe.

Rola i znaczenie opieki pielęgniarskiej w procesie terapeutycznym u pacjenta z przepukliną brzuszną

Szeroko pojęty proces opieki nad pacjentem z przepukliną brzuszną obejmuje swoim zakresem szereg czynności mających na celu zapewnienie choremu komfortu i zmierzających do poprawy jakości jego życia. Rozpoczyna się z chwilą pierwszej wizyty u chirurga, który w tym momencie podejmuje ukierunkowane działania diagnostyczne i lecznicze mające na celu optymalizację stanu chorego przed planowanym znieczuleniem i zabiegiem operacyjnym.⁸

Przepukliny brzuszne mogą być operowane ze wskazań pilnych, gdy objawy choroby rozwijają się gwałtownie i stanowią zagrożenie życia (przepukliny uwięzione lub zadzierzgnięte, gdy dochodzi do niedrożności mechanicznej, perforacji lub martwicy jelita), lub w trybie planowym (przepukliny wolne).

W czasie pobytu chorego w szpitalu pielęgniarka sprawuje nad nim bezpośrednią opiekę. Indywidualne podejście do każdego pacjenta sprzyja wytworzeniu klimatu zaufania i poczucia bezpieczeństwa chorych i ich rodzin, tak ważnego dla pozytywnego przebiegu procesu terapeutycznego.⁹

Najważniejszym i niezastąpionym elementem przygotowania psychicznego pacjenta do operacji jest więc rozmowa, której celem jest wyjaśnienie choremu wszystkich nurtujących go kwestii.

Przygotowanie pielęgniarskie chorego do zabiegu operacyjnego stanowi istotne uzupełnienie przygotowania lekarskiego. Opieka pielęgniarska to oprócz zabiegów pielęgnacyjnych, manualnych czy technicznych cała gama kontaktów międzyludzkich, komunikacji werbalnej i niewerbalnej.¹⁰

Rolą pielęgniarki jest też zaobserwowanie, czy w dniu zabiegu nie wystąpiły niespodziewane przeciwwskazania do jego wykonania, jak np. gorączka, wysypka

o nieznannej etiologii, miesiączka u kobiet, objawy infekcji (katar, kaszel, ból gardła). Swoje spostrzeżenia dokumentuje i informuje o nich lekarza.

⁷ Harmsen G. Tłum. z jęz. niemieckiego dr hab. med. Orkiszowski M.: Przebieg operacji od A do Z. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999

⁸ Zollinger R. M. jr., Zollinger R. M. sr.: Zollinger Atlas Zabiegów Chirurgicznych. (red) Kostewicz W. Wydawnictwo Le Servier and Partner, Wrocław 2003.

⁹ Kapala A., Kapala W.: Pacjent we wczesnym okresie po operacji. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 10/2012.

¹⁰ Skotnicka - Graca U., Kowalska M.: Pielęgnacja chorego po zabiegu operacyjnym (w:) Pielęgniarstwo chirurgiczne. Część I (red) Majewski E., Zaniewski M. Wydawnictwo Śląskiej Akademii Medycznej, Katowice 2003.

Okres pooperacyjny

„Opieka pielęgniarska nad pacjentem po zabiegu operacyjnym jest bardzo ważną częścią ogółu działań w bezpośrednim okresie pooperacyjnym (do 24 godzin).”¹¹

W okresie pooperacyjnym istotną rolą pielęgniarki jest zapewnienie choremu bezpieczeństwa i stworzenie komfortu procesu zdrowienia poprzez monitorowanie i obserwację pacjenta w celu zapobieżenia wszelkim możliwym powikłaniom. Do najważniejszych elementów pooperacyjnej opieki pielęgniarskiej należą między innymi: kontrola świadomości pacjenta, ciśnienia tętniczego i tętna, oddechu, temperatury, diurezy, zabarwienia powłok skórnych i błon śluzowych oraz obserwacja opatrunku, drenów, a także bólu odczuwanego przez pacjenta i podaż analgetyków.

Zadaniem pielęgniarki jest szczegółowe, jasne i zrozumiałe dla chorego wyjaśnienie konieczności takiej pozycji i czasu trwania unieruchomienia, a także kontrolowanie zastosowania się chorego do tych wytycznych.

W opiece pielęgniarskiej po operacji istotne jest przeciwdziałanie zakażeniu rany pooperacyjnej poprzez pomoc w utrzymaniu higieny osobistej¹²

Pielęgniarka poprzez właściwą pielęgnację rany pooperacyjnej (opatrunki wykonywane zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki), kontrolę ilości i zabarwienia wydzieliny z rany oraz właściwą pielęgnację układu drenażującego ranę (opróżnianie pojemników z treścią raz na dobę), przyczynia się do zminimalizowania ryzyka zakażenia.

W okresie pooperacyjnym bardzo ważne miejsce zajmuje też opieka psychiczna nad chorym. Pielęgniarka realizuje ją poprzez wyjaśnianie choremu celu wszystkich wykonywanych przy nim czynności, zapewnienie mu spokoju, okazanie troskliwości, zrozumienia i wsparcia. Zadaniem lekarza jest uspokojenie chorego poprzez przeprowadzenie z nim rozmowy na temat przebiegu operacji i przewidywanego wyniku leczenia.

Rekonwalescencja

Kolejne dni po przeprowadzonej operacji to czas stopniowego powrotu chorego do wykonywanych wcześniej zajęć i pracy. Większość pacjentów po operacjach przepuklin pachwinowych, udowych czy pępkowych jest w stanie powrócić do zajęć dnia codziennego w ciągu 3-7 dni. Nieco dłuższy jest okres rekonwalescencji po zabiegach wykonanych z powodu przepuklin w bliźnie pooperacyjnej.¹³

Średni czas pobytu chorego na oddziale chirurgicznym po operacji przepukliny wynosi 2-3 dni. Są też oddziały gdzie wykonuje się ten zabieg operacyjny w ramach „chirurgii 1 dnia”, co oznacza, iż pacjent wychodzi do domu po kilku godzinach od operacji lub w pierwszej dobie. Bardzo ważnym zadaniem pielęgniarki jest więc edukacja pacjenta odnośnie okresu szpitalnego i dotyczy przede wszystkim pielęgnacji rany pooperacyjnej oraz powrotu do aktywności fizycznej i zawodowej.

¹¹ Kapala A., Kapala W.: Pacjent we wczesnym okresie po operacji. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 10/2012.

¹² Skotnicka - Graca U., Kowalska M.: Pielęgnacja chorego po zabiegu operacyjnym (w:) Pielęgniarstwo chirurgiczne. Część I (red) Majewski E., Zaniewski M. Wydawnictwo Śląskiej Akademii Medycznej, Katowice 2003.

¹³ Walewska E.(red) : Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego. Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 2006, 2007.

JAKOŚĆ ŻYCIA CHOREGO PO OPERACJI PRZEPUKLINY

Cechą współczesnej chirurgii jest nie tylko staranie się o przedłużenie życia chorego, ale także, a może przede wszystkim dbałość o jakość życia pacjenta po operacji. Jakość życia oznacza zaś satysfakcję odczuwaną przez pacjenta, w odniesieniu do najważniejszych zagadnień jego życia. Jest dobra wówczas, gdy pozwala człowiekowi na prowadzenie użytecznego życia i realizację zaplanowanych celów. Po operacji przepuklin brzusznych jakość życia pacjentów znacznie się poprawia. Usunięcie przepukliny poprawia wygląd estetyczny chorego co wpływa pozytywnie na jego samoocenę i zwiększa komfort psychiczny. Wyeliminowanie lęku, który spowodowany był możliwością uwięźnięcia przepukliny sprawia, iż chorzy po operacji często zaczynają prowadzić aktywniejszy tryb życia, przynoszący im więcej radości. Krótki czas pobytu w szpitalu, profesjonalna opieka okołoperacyjna, niewielkie dolegliwości bólowe i szybki powrót do codziennej aktywności życiowej sprawiają, iż pacjenci pozytywnie oceniają efekt leczenia.¹⁴

Literatura

1. Dacre J., Kopelman P. Tłum. z jęz. angielskiego prof. dr hab. med. Kamiński B.: Badanie kliniczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
2. Dąbrowiecki S.: Przepukliny brzuszne (w:) Chirurgia, tom2.(red) Noszczyk W. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
3. Fibak J.: Chirurgia Repetytorium. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998, 2004, 2006.
4. Gil G., Górnicki K. L., Skoneczny P., Szczepkowski M.: Zastosowanie siatek polipropylenowych do operacji pierwotnych i nawrotowych przepuklin pachwinowych w materiale własnym. Polski przegląd Chirurgiczny. Warszawa 2000, 72, 2.
5. Grabowski K., Nienartowicz E., Taboła R.: Przypadek przepukliny zachyłka okołodwunastniczego. Polski Przegląd Chirurgiczny 2001,73,1.
6. Góral R.: Przepukliny brzuszne (w:) Zarys chirurgii (red) Góral R. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1992.
7. Harmsen G. Tłum. z jęz. niemieckiego dr hab. med. Orkiszowski M.: Przebieg operacji od A do Z. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999.
8. Hartwich A., Kulicki M.: Współczesne metody chirurgicznego zaopatrzenia rozległych ubytków i przepuklin powłok brzusznych. Polski Przegląd Chirurgiczny 2000, 72,1.
9. Kapała W.: Pielęgniarstwo w chirurgii. Wydawnictwo Czelej Sp.z o.o., Lublin 2006.
10. Kapała A., Kapała W.: Pacjent we wczesnym okresie po operacji. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 10/2012.
11. Klimczyk A., Niechwiadowicz - Czapka T.: Przygotowanie psychiczne pacjenta do zabiegu. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 4/2008.
12. Łobocki M.: Metody badań pedagogicznych. Wydawnictwo PWN, Warszawa 1984.

¹⁴ Wagner E., Kisielecka A., Glicka B.: Standard opieki pielęgniarskiej nad pacjentem operowanym z powodu przepukliny pachwiny – czy istnieje potrzeba modyfikacji dotychczasowej praktyki?. Pielęgniarstwo XXI wieku 2007, 3-4 (20-21). Wydawnictwo Czelej Sp. z o.o., Lublin, 77-83.

13. Łodzińska. J. : Etyczna postawa pielęgniarek wobec pacjentów w świetle integralności człowieka, s. 30-31, w: Pielęgniarstwo wczoraj, dziś, jutro..., Tom II, Wyd. Arjadna Print, Ciechanów 2013.
14. Mackiewicz Z. (red): Przepukliny brzuszne (w:) Podstawy chirurgii, tom 2 (red) Szmidt J. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2004.
15. Piątek A.: Standardy praktyki i opieki pielęgniarskiej (w:) Podstawy pielęgniarstwa. (red) Ślusarska B., Zahradniczek K., Zarzecka D. Wydawnictwo Czelej Sp z o.o., Lublin, 2004, 210-211.
16. Poźniczek M., Strzałka M., Wysocki A.: Siatka polipropylenowa w operacji uwięźniętej przepukliny pachwinowej. Polski Przegląd Chirurgiczny 2005, 77.
17. Skotnicka - Graca U., Kowalska M.: Pielęgnacja chorego po zabiegu operacyjnym (w:) Pielęgniarstwo chirurgiczne. Część I (red) Majewski E., Zaniewski M. Wydawnictwo Śląskiej Akademii Medycznej, Katowice 2003.
18. Ścierański A.: Leczenie chirurgiczne dużych przepuklin brzusznych pooperacyjnych z użyciem materiałów aloplastycznych metodą „inlay”. Polski Przegląd Chirurgiczny 2000, 72, 5.
19. Wagner E., Kisielecka A., Glicka B.: Standard opieki pielęgniarskiej nad pacjentem operowanym z powodu przepukliny pachwiny – czy istnieje potrzeba modyfikacji dotychczasowej praktyki?. Pielęgniarstwo XXI wieku 2007, 3-4 (20-21). Wydawnictwo Czelej Sp. z o.o., Lublin, 77-83.
20. Walewska E.(red) : Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego. Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 2006, 2007.
21. Zaborowski Z.: Wstęp do metodologii badań pedagogicznych. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1973.
22. Zollinger R. M. jr., Zollinger R. M. sr.: Zollinger Atlas Zabiegów Chirurgicznych. (red) Kostewicz W. Wydawnictwo Le Servier and Partner, Wrocław 2003.

Autorzy:

Barbara Śliwińska - lic. piel.,

Jarosław Szymczuk - dr n. med. Adiunkt Wydziału Piel. WSA, j.szymczuk@op.pl,

mgr Dorota Kukowska - Zakład Piel. Klinicznego WSA, dorota_kukowska@wp.pl

ROLA PIEŁĘGNIARKI W DIALIZOTERAPII

Joanna Zielińska, Andrzej Gomula, Joanna Szwarz - Woźniak

Streszczenie

Hemodializa i dializa otrzewnowa, jak i przeszczep nerek, są formą leczenia nerkozastępczego. Za początek rozwoju hemodializy u ludzi uznać należy rok 1944, kiedy to w Holandii Kolff i jego współpracownicy wykonali serię zabiegów hemodializy w ostrej i przewlekłej niewydolności nerek.

Przeciwnieństwem do hemodializy jest dializa otrzewnowa. Tu zadanie półprzepuszczalnej błony dializacyjnej spełnia otrzewna jest to cienka i gładka błona surowicza wyścielająca jamę brzuszną i miednicę. Otrzewna również pokrywa znajdujące się w nich narządy. Pamiętajmy że wprowadzenie jakichkolwiek urządzeń i skomplikowanej aparatury czy wdrożenie nowoczesnych technologii nie zastąpi przyjaznej dłoni, ciepłego słowa i czujnego umysłu pielęgniarki¹⁴⁰

Słowa kluczowe: dializa, chemodializa, niewydolność nerek

Title

The role of nurses in dialysis

Abstract

Hemodialysis and peritoneal dialysis and kidney transplantation, are a form of renal replacement therapy. The beginning of the development of hemodialysis in people considered to be 1944, when the Netherlands Kolff and his colleagues have done a series of hemodialysis in acute and chronic renal failure.

The opposite of hemodialysis is peritoneal dialysis. This task semipermeable dialysis membrane meets the peritoneum is a thin and smooth serous membrane lining the abdominal cavity and pelvis. The peritoneum and a cap located therein organs. Let us remember that the introduction of any equipment and sophisticated equipment and implementation of modern technology is no substitute for the friendly hands, warm words and mind attentive nurses

Keywords: dialysis, chemodializa, renal failure

Niewydolność nerek. Ostra niewydolność nerek (O.n.n)

Ostra niewydolność nerek to zespół charakteryzujący się nagłym upośledzeniem czynności wydalniczej nerek prowadzącą do gromadzenia się w organizmie produktów przemiany materii, zaburzeń homeostazy wodnej i elektrolitowej. Przebiega on najczęściej ze skąpomoczem lub bezmoczem, ale może również rozwijać się z prawidłową diurezom lub wielomoczem. O.n.n w zależności od mechanizmów jej powstawania dzieli się na przednerkową (czynnościową często odwracalną), nerkową (zapalna i niezapalna), oraz

¹⁴⁰ Bolesław Rutkowski "Dializoterapia – przewodnik dla pacjentów" Wydawnictwo MAKmed, Gdańsk 2002 rok. (s. 10- 25)

pozanerkową (obstrukcyjną).¹⁴¹

Przewlekła niewydolność nerek(PNN)

Przewlekła niewydolność nerek to choroba wynikająca z zaburzeń czynności wydalniczej i wewnątrzwydzielniczej oraz metabolicznej nerek. Zazwyczaj nie zauważa się stopniowego spadku wydolności nerek. Pierwsze objawy przewlekłej niewydolności nerek to wzmożone pragnienie, uczucie parcia na pęcherz moczowy i błąda cera. W miarę postępowania choroby stają się coraz poważniejsze i występuje wtedy duszności, uszkodzenie nerwów, impotencja, a czasami może wystąpić groźna dla życia śpiączka.

Przyczyną tych objawów jest brak równowagi w gospodarki wodno-elektrolitowej i podwyższone stężenie mocznika.¹⁴²

Sposoby leczenia niewydolności nerek

W bardziej zaawansowanych przypadkach konieczne jest leczenie dializą. Najlepszym wyniki w leczeniu choroby jest przeszczepienie nerki, jeżeli jest udany bez obaw można przerwać dializoterapię. Po transplantacji nerki mogą czasami wystąpić powikłania: organizm może odrzucić nerkę i wtedy należy liczyć się z powrotem do dializoterapii.

Przewlekła niewydolność nerek ma najczęściej charakter postępujący, i może dochodzić do różnych powikłań. Często mają miejsce zakażenia bakteryjne (np. zapalenie płuc, zapalenie trzustki).¹⁴³

Hemodializa

Hemodializa to sposób oczyszczania krwi z substancji toksycznych dla organizmu, które powstają w wyniku przemiany materii. Należą do nich: drobno- i średnicząsteczkowe toksyny mocznicowe (np. mocznik, kreatynina, kwas moczowy, mikroglobulina, polipeptydy), oraz potas i fosfor, a także usuwany jest nadmiar wody.

Podczas hemodializy oczyszczanie krwi odbywa się poza organizmem pacjenta i jest przeprowadzane za pomocą specjalnego aparatu, zwanego sztuczną nerką.¹⁴⁴

Rolą pielęgniarki w czasie trwania dializy jest opieka na chorym. Każdy pacjent przed dializą powinien być przebadany przez lekarza, a zalecenia należy dostosować do aktualnej sytuacji klinicznej.

Bezpośrednia opieka nad chorym w czasie dializy polega na:

- bieżącym monitorowaniu stanu zdrowia i odnotowaniu co najmniej raz na godzinę wskaźników czynności życiowych w karcie dializy. Szczególną uwagę na stan chorego zwraca się w pierwszej i ostatniej godzinie zabiegu. Po rozpoczęciu dializy można się spodziewać obniżenia ciśnienia krwi i zmniejszenia wysycenia krwi tlenem, są to następstwa odprowadzenia krwi do układu pozaustrojowego oraz reakcji na brak biogodności między krwią a powierzchnią błony dializacyjnej i linii krwi. W ostatniej godzinie mogą wystąpić spadki ciśnienia, zaburzenia rytmu serca, jako następstwa nadmiernego odwodnienia i szybkiego obniżenia potasu we krwi;

¹⁴¹ Myśliwiec M. "Ostra niewydolność nerek". W: Choroby wewnętrzne. Szczekliki A (red.). Med Prakt, Kraków 2006(s.47-90)

¹⁴² <http://www.chirurgianaczyn.org>

¹⁴³ Bolesław Rutkowski „Dializoterapia w praktyce lekarskiej” Gdańsk 2004 rok. Wydanie III(s.15-500)

¹⁴⁴ Materiały szkoleniowe stacji dializ..

- przygotowanie i podanie leków zleconych przez lekarza do podania w czasie trwania dializy. Leki ulegające dializowaniu powinno się podawać do linii żyłnej na koniec dializy lub po jej zakończeniu. U pacjentów dializowanych należy unikać podawania leków domięśniowo;
- realizowanie czynności opiekuńczych zgodnie z bieżącymi potrzebami pacjenta;
- wykonywanie zleconych procedur medycznych -pobranie krwi do badań, szczepienia, zmiana lub wykonanie opatrunku, EKG-zgodnie z kompetencjami zawodowymi pielęgniarki;
- udzielanie pierwszej pomocy w przypadku pojawienia się ostrych powikłań-szybka reakcja często ratuje życie;
- udzielanie informacji pacjentowi zgodnym z kompetencjami pielęgniarki;
- prowadzenie edukacji zdrowotnej w zakresie ustalonym dla każdego pacjenta¹⁴⁵.

Zespół pielęgniarski dokumentuje wykonanie dializ po przez prowadzenie protokołu hemodializy. Lekarz jest osobą wyznaczającą kierunki działania diagnostycznego i terapeutycznego, pielęgniarka zaś wykonuje dializę i sprawuje opiekę bezpośrednią 22

nad pacjentem, a od jej fachowości i poczucia odpowiedzialności oraz bezpieczeństwa zależy przebieg prawidłowy i rezultat jej pracy.¹⁴⁶

Dializa otrzewnowa-DO

Dializa otrzewnowa jest jednym ze sposobów leczenia chorych z niewydolnością nerek. Pomaga w funkcjonowaniu nerek i likwiduje objawy mocznicy jak i pomaga w wielu wypadkach w prowadzeniu normalnego życia i powrotu do pracy.

Polega ona na przechodzeniu wody i cząstek z krwi chorego do płynu dializacyjnego przez błonę półprzepuszczalną którą tu pełni błona otrzewnowa znajdująca się w jamie brzusznej.

Automatyczna Dializa Otrzewnowa (ADO) to automatyczna forma dializy otrzewnowej wykonywana aparatem zwanym cyklerem. Wymianę płynu dokonuje się w ciągu nocy gdy pacjent śpi, a w czasie dnia chory ma możliwość poruszania się i prowadzenia swoich normalnych czynności. Jeśli pacjent będzie wymagał dodatkowej wymiany w ciągu dnia, pielęgniarka powiadomi go o tym. Każdego dnia chory ma kontakt z całą masą przedmiotów, które w sposób naturalny posiadają zarazki na swojej powierzchni, niektóre z zarazków mogą stać się przyczyną choroby i mogą wpłynąć na bezpieczeństwo chorego w trakcie leczenia dializą otrzewnową w domu.¹⁴⁷

Dializa otrzewnowa może być wykonywana bezpiecznie tylko przy zachowaniu ogólnych reguł i zasad. Pacjent powinien chronić swój cewnik, ujście zewnętrzne cewnika i jamę otrzewnową przed potencjalnym zakażeniem poprzez dokładne mycie rąk, regularne wykonywanie opatrunków przy cewniku i ujściu zewnętrznym w sposób jałowy.

¹⁴⁵ Materiały szkoleniowe stacji dializ..

¹⁴⁶ Bolesław Rutkowski "Dializoterapia – przewodnik dla pacjentów" Wydawnictwo MAKmed, Gdańsk 2002 rok. (s. 10- 25)

¹⁴⁷ Alicja Dębska- Ślizień „Informator dla rodzin pacjentów z niewydolnością nerek” poprawione Gdańsk 2011 rok. Wydanie VI(s.1-20)



Rys.1. Schemat przebiegu dializy otrzewnowej.

Źródło: <http://www.dializadomowa.pl>

Hemodiafiltracja-HDF

Hemofiltracja jest metodą pozaustrojowego oczyszczania krwi z wody i substancji w niej rozpuszczonych drogą transportu konwekcyjnego przez błonę o dużej przepuszczalności hydraulicznej. Zabieg ten jest szczególnie wskazany u osób w stanie krytycznym z niewydolnością nerek, kiedy stan ich nie tolerowałby leczenia hemodializą. W hemofiltracji krew płynie spontanicznie w wyniku różnicy ciśnień tętniczo-żylnych.¹⁴⁸

Dostęp naczyniowy Przetoka tętniczo-żylna

Przetoka tętniczo-żylna stanowi najbardziej bezpieczny oraz długotrwały, stały dostęp naczyniowy, wytwarzana przez chirurga i polega na sztucznym połączeniu tętnicy z żyłą, najczęściej na przedramieniu lub ramieniu. Wytwarzana jest ona u osób z przewlekłą niewydolnością nerek.

Do zalet przetoki tętniczo-żylnej należy zaliczyć:

- bardzo dobry przepływ krwi;
- niską chorobowość związaną z zabiegiem jej wytwarzania;
- niski wskaźnik powikłań(zakażenia, zwężenia).¹⁴⁹

Zalecenia pielęgnacyjne dla pacjenta:

- umieć rozpoznać i często monitorować szum przetoki;
- dbać o higienę osobistą, a w szczególności okolicy przetoki;
- wykonywać trening przetoki zgodnie z zaleceniem personelu ośrodka stacji dializ;
- nie nosić ciężkich przedmiotów w ręce z przetoką (do 3 kg.);
- nie spać na ręce z przetoką;
- opatrunki zakładane po zakończonej dializie zdejmować po 12 godz;

¹⁴⁸ „Żyj aktywnie” magazyn dla osób z chorobami nerek i ich bliskich luty 2011(s. 16-23)

¹⁴⁹ <http://www.chirurgianaczyn.org>

- nie mierzyć ciśnienia na ręce z przetoką;
- nie nosić ciasnych rękawów, opasek, zegarków, mankietów;
- w przypadku gwałtownego spadku ciśnienia, położyć się na plecach, unieść nogi do góry;
- w przypadku stwierdzenia braku szumu (zatrzymanie) przetoki, zgłosić się do ośrodka stacji dializ.¹⁵⁰

Zalecenia dla personelu pielęgniarskiego:

- przestrzegać zasad aseptyki, oraz znać zasady prawidłowego wykorzystania i ochrony naczyń krwionośnych u pacjentów z PChN;
- prawidłowo leczyć stany zapalne naczyń obwodowych u pacjentów z PChN;
- umiejętnie rozpoznawać zmiany patologiczne w obrębie przetoki oraz znać zasady postępowania w tym zakresie;
- znać zasady bezpiecznego¹⁵¹ nakłuwania oraz usuwania igieł z przetoki, do nakłuwania starać się wykorzystywać cały odcinek przetoki, wykorzystywać przetokę w taki sposób, aby odległości między igłami dializacyjnymi wynosiły przynajmniej 5 cm;
- wnikliwie obserwować dostęp naczyniowy do hemodializy pod względem nieprawidłowości;
- przestrzegać zasady postępowania w przypadku pojawienia się powikłań w przetoce tętniczo-żylnnej;
- prowadzić edukację pacjentów w zakresie dbałości o przetokę;
- sukcesywnie pogłębiać wiedzę zawodową dotyczącą pielęgnacji przetoki.

Przestrzegając zaleceń dotyczących pielęgnacji przetoki możemy ustrzec się przed tętniakiem rzekomym. Tętniak rzekomy stanowi wynik nieprawidłowej hemostazy oraz procesu wynaczynienia się krwi w następstwie usuwania igieł po zabiegu dializy.

¹⁵⁰ Radosław Pietura, „Przetoka dializacyjna 10 pytań głównych.” Poradnik dla personelu medycznego Stacji Dializ. Opracowanie graficzne-Tomasz Adamek ISBN 83-915700-1-0.

¹⁵¹ Łodzińska. J. : Pułapki zawodowe w profesji pielęgniarskiej, s. 45, w: Pielęgniarstwo wczoraj, dziś, jutro..., Tom II, Wyd. Arjadna Print, Ciechanów 2013.

Cewnik do dializ



Rys. 2. Cewnik „ostry”. <http://www.transmedic.com.pl>

W przypadku założonych cewników do dializ w górnej części ciała posocznica spowodowana cewnikiem występuje często jak w przypadku cewników dożylnych centralnych.¹⁵²

Po przeprowadzeniu zabiegu dializy należy zwrócić uwagę na prawidłowe zablokowanie kanałów cewnika, ponieważ istnieje wysokie ryzyko tworzenia się skrzepów, powstania infekcji, krwawienia oraz zatoru powietrznego przez niewystarczające zamknięcie.

Zakładanie cewnika do żyły podobojczykowej jest obarczone wysokim ryzykiem powstania powikłań (zwężeń i zakrzepicy), uniemożliwiających w późniejszym czasie wytworzenia przetoki tętniczo-żylniej. Najczęściej wybiera się żyły: szyjną wewnętrzną i udową, rzadziej żyłę szyjną zewnętrzną. Cały zabieg trwa około pół godziny i daje możliwość natychmiastowego wykonania hemodializy.

Choroba przewlekła i jej wpływ na psychikę pacjenta

Pamiętać należy że dializoterapia jest jedyną metodą, która w przypadku całkowitego zniszczenia nerek lub ich braku utrzymuje chorego przy życiu przez dłuższy czas. Życie chorego dializowanego w znacznej części jest związane z oddziałem szpitalnym.¹⁵³

Zespół leczący czyli lekarz, pielęgniarka uczą chorego oceniać przyswajania przekazu po to aby ustawicznie zmieniać jego treść zgodnie z możliwościami i potrzebami chorego i jednocześnie muszą uważnie obserwować jego reakcji na ich działanie.

Pacjenci dializowani prowadzą w dużym stopniu życie odbiegające od normalnego, ponieważ wszyscy dializowani są uzależnieni od stosowanych metod terapeutycznych, urządzeń medycznych, oraz personelu medycznego. Są oni również narażeni na innego rodzaju stres np. dyscyplina w odniesieniu co do diety, płynów, leków, procesu dializowania,

¹⁵² Chęciński P., Czekalski S., Oszkinis G., Zapalski S., "Dostępny naczyniowie do dializ" Wydawnictwo Medyczne Urban –Partner, Wrocław 2001 rok.(s.30-60)

¹⁵³ K. Czubałski: „Znaczenie czynników psychicznych w niektórych chorobach wewnętrznych a postępowanie lekarza internisty”. W: M. Jarosz, red.: Psychologia lekarska. Warszawa, PZWL, 1988 rok.

sama choroba, utrata często pracy, wolności, oczekiwań życiowych, dysfunkcji seksualnych związanych z procesem chorobowym.¹⁵⁴

Psychologiczna reakcja danej osoby na chorobę jest uzależniona od osobowości pacjenta z okresu przed choroby, wsparcia, jakiego udziela mu rodzina i przyjaciele, jak również od przebiegu choroby podstawowej stanowiącej przyczynę niewydolności nerek.

Większość osób dializowanych nie wraca do pracy, którą wykonywali przed wystąpieniem choroby, zdolność poszczególnych osób do powrotu do pracy zależy od statusu socjalno - ekonomicznego. Dla wszystkich utrata pracy ma niezwykle istotne znaczenie psychologiczne, a w szczególności w przypadku mężczyzn, dla których praca zawodowa jest źródłem i sensem poczucia własnej wartości i męskości.¹⁵⁵

W sytuacjach w których dochodzi do uszkodzenia nerek lub upośledzenia ich funkcjonowania jest to ogromnym zaskoczeniem dla pacjenta.

Jednakże z tak ciężką chorobą możemy żyć pełnią życia i być nadal aktywni jak i osiągać sukcesy. Pacjent musi chcieć współpracować z personelem medycznym jak i angażować się w propozycje jakie proponujemy mu dla poprawienia jego jakości życia.¹⁵⁶ Przede wszystkim musi zmienić przyzwyczajenia dietetyczne jak i ich sposoby przygotowywania.

Współpraca opierać powinna się na zaufaniu jak i zrozumieniu się nawzajem wtedy nasze obustronne postępowanie może przynieść pozytywne efekty poprawy stanu zdrowia pacjenta. Pozytywne nastawienie psychiczne jak i chęć podjęcia walki z chorobą przez pacjenta mają ogromny wpływ na jego życie.

Literatura

1. "Anestezjologia i intensywne opiece, klinika i pielęgniarstwo" Podręcznik dla studiów medycznych." Red. naukowa Laura Wołowicka i Danuta Dyk PZWL Warszawa 2007 rok.(s.544-550)
2. "Atlas anatomiczny" Buchmann 2007(s.105-111)
3. "Biuletyn pielęgniarek i położnych"- „Dializoterapia”. Mirosława Skiba str.30
4. "Żyj aktywnie" magazyn dla osób z chorobami nerek i ich bliskich luty 2011(s. 16-23)
5. "Żyj aktywnie" magazyn dla osób z chorobami nerek i ich rodzin styczeń 2010(s. 20-23)
6. A. Gałuszka: „Człowiek przewlekle chory: aspekty psychoegzystencjalne”. Katowice, Wyd. Uniwersytetu Śląskiego, 2005 rok.
7. Alicja Dębska- Ślizień „Informator dla rodzin pacjentów z niewydolnością nerek” poprawione Gdańsk 2011 rok. Wydanie VI(s.1-20)
8. Andrzej Szczeklik, Choroby wewnętrzne, stan wiedzy na rok 2011, wyd. Medycyna praktyczna 2011 rok;
9. Bolesław Rutkowski "Dializoterapia – przewodnik dla pacjentów" Wydawnictwo MAKmed, Gdańsk 2002 rok. (s. 10- 25)
10. Bolesław Rutkowski "Leczenie nerkozastępcze w praktyce pielęgniarskiej" Gdańsk

¹⁵⁴ A. Gałuszka: „Człowiek przewlekle chory: aspekty psychoegzystencjalne”. Katowice, Wyd. Uniwersytetu Śląskiego, 2005 rok.

¹⁵⁵ Bolesław Rutkowski „Przewlekła choroba nerek – problem nie tylko medyczny, ale także socjoekonomiczny”. Post Nauk Med 2009 rok

¹⁵⁶ Bolesław Rutkowski „Problemy nefrologiczne u pacjentów w podeszłym wieku”. Polska Med Rodzinna 2002 rok.

- 2009 rok. Wydanie I (s. 3-120)
11. Bolesław Rutkowski „Dializoterapia w praktyce lekarskiej” Gdańsk 2004 rok. Wydanie III(s.15-500)
 12. Bolesław Rutkowski „Problemy nefrologiczne u pacjentów w podeszłym wieku”, Polska Med Rodzinna 2002 rok.
 13. Bolesław Rutkowski „Przewlekła choroba nerek – problem nie tylko medyczny, ale także socjoekonomiczny”. Post Nauk Med 2009 rok.
 14. Bolesław Rutkowski, Lichodziejewska-Niemierko M, Grenda R i wsp.” Raport o stanie leczenia nerkozastępczego w Polsce – 2007”. Drukonsul, Gdańsk 2009 rok.
 15. Chęciński P., Czekalski S., Oszkinis G., Zapalski S., ”Dostępny naczyniowe do dializ” Wydawnictwo Medyczne Urban –Partner, Wrocław 2001 rok.(s.30-60)
 16. F.C. Shontz: „Ciężkie choroby przewlekłe”. W: J.F. Garrett, E.S. Levine, red.: Praktyka psychologiczna w rehabilitacji inwalidów. Tłum. Z. Obniski. Warszawa, PZWL, 1972 rok.
 17. Gerd Herold, Medycyna wewnętrzna, wyd. PZWL 2010 rok.
 18. <http://www.chirurgianaczyn.org>
 19. <http://www.dawca.pl/>
 20. <http://www.dializa.domowa.pl>
 21. <http://www.mp.pl>
 22. <http://www.transmedic.com.pl>
 23. John T.Daugirdas, Peter G.Blake, Tood S. Ing “Podręcznik dializoterapii” Redakcja naukowa wydania polskiego Andrzej Książek Lublin 2003 rok.(s.3-287)
 24. J. Łodzińska, Pułapki zawodowe w profesji pielęgniarstwa, s. 45, w: Pielęgniarstwo wczoraj, dziś, jutro..., Tom II, Wyd. Arjadna Print, Ciechanów 2013.
 25. K. Czubalski: „Znaczenie czynników psychicznych w niektórych chorobach wewnętrznych a postępowanie lekarza internisty”. W: M. Jarosz, red.: Psychologia lekarska. Warszawa, PZWL, 1988 rok.
 26. Materiały szkoleniowe stacji dializ..
 27. Myśliwiec M.” Ostra niewydolność nerek”. W: Choroby wewnętrzne. Szczeklik A (red.). Med Prakt, Kraków 2006(s.47-90)
 28. Radosław Pietura, „Przetoka dializacyjna 10 pytań głównych.”Poradnik dla personelu medycznego Stacji Dializ. Opracowanie graficzne-Tomasz Adamek ISBEN 83-915700-1-0.
 29. Wieczorek-Chelmińska Z.” Żywnienie w chorobach nerek” Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 2003 rok.(s.5-9)

Autorzy:

Joanna Zielińska - lic. piel.

Andrzej Gomuła - prof. nadz. dr hab. n. med. Adiunkt Zakładu Piel. Klinicznego WSA,
andy@medan.pl,

mgr Joanna Szwarz - Woźniak - Zakład Piel. Ogólnego, szwarz72@wp.pl

ŚWIADOMOŚĆ SKUTKÓW ZDROWOTNYCH NADUŻYWANIA ALKOHOLU PRZEZ DOROSŁYCH NA PODSTAWIE BADAŃ PRZEPROWADZONYCH WŚRÓD MŁODZIEŻY GIMNAZJALNEJ I OSÓB DOROSŁYCH W ŁOMŻY

Danuta Kozłowska, Jolanta Łodzińska

Streszczenie

Nadmierne spożywanie napojów alkoholowych i jego skutki stanowią poważny problem na miarę problemu ogólnoświatowego od wielu lat będący jedną z dziedzin zainteresowań Światowej Organizacji Zdrowia. Począwszy od lat pięćdziesiątych problem ten stał się przedmiotem analizy naukowej wielu badaczy. Nadużywanie alkoholu stało się poważnym problemem XXI wieku. Dotyczy ono coraz szerszych kręgów społeczeństwa oraz coraz młodszych osób i jest jednym z najpoważniejszych problemów zdrowia publicznego w Polsce. Spośród licznych problemów społecznych, jakie występują w naszym kraju, problemy związane z alkoholem mają szczególne znaczenie. Wynika to przede wszystkim z rozmiarów szkód alkoholowych. Konsumpcja alkoholu ma istotny wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne. Konsekwencje dotyczą nie tylko osób pijących szkodliwie jak i ich rodzin, ale wpływają na całą populację.

Oczywiście nie każdy kto pije alkohol jest uzależniony, ale każdy kto nadużywa alkoholu pije z całą pewnością w sposób ryzykowny, a więc ponosi ryzyko uzależnienia. Nadużywanie alkoholu powoduje wiele szkód społecznych takich jak: zakłócenia bezpieczeństwa publicznego, przestępczość, wypadki samochodowe, przemoc w rodzinie czy bezrobocie. Dzisiejsza wiedza dowodzi, iż uzależnienie od alkoholu jest chorobą bio-psycho-społeczną i z całą pewnością wymaga leczenia.

Słowa kluczowe: alkohol, nadużywanie, uzależnienie, alkoholizm, profilaktyka, skutki uzależnienia

Abstract

Excessive consumption of alcohol and its effects are a serious problem on a global measure of the problem for many years, which is one of the areas of interest, the World Health Organisation. Starting from the fifties, this problem has been the subject of scientific analysis, many researchers. Alcohol abuse has become a serious problem of the twenty-first century. It applies to becoming more inclusive

and an increasingly younger population and is one of the most serious public health problems in Poland. Among the many social problems that exist in our country, alcohol-related problems are of particular importance. This is mainly due to the size of alcohol-related harm. Alcohol consumption has a significant impact on physical and mental health. The consequences affect not only harmful drinkers as well as their families, but affect the entire population.

Of course, not everyone who drinks alcohol is an addict, but anyone who abuse alcohol drink with certainty as risky, and thus runs the risk of addiction. Alcohol abuse causes many social harm, such as disruption of public safety, crime, car accidents, domestic violence

and unemployment. Today's knowledge proves that alcohol addiction is a disease bio-psycho-social, and certainly needs treatment.

Keywords: alcohol, abuse, addiction, alcoholism, prevention, effects addiction

ISTOTA I ETIOLOGIA POWSTAWANIA CHOROBY ALKOHOLOWEJ

Spożywanie alkoholu szczególnie przy okazji świąt, uroczystości bądź innych wydarzeń jest powszechnie przyjęte i akceptowane przez większość kultur i środowisk. Z kolei niekontrolowane picie alkoholu szczególnie w nieodpowiednich okolicznościach manifestuje się często równoczesnym występowaniem zachowań społecznie nieakceptowanych ciągle spotykało się i spotyka nadal z dezaprobatą. Jest ono najczęściej traktowane jako przejaw złego zachowania, zaburzeń charakteru, czy słabej woli. W takich sytuacjach słyszymy najczęściej opinię, że ktoś nadużywa alkoholu czy też pije w sposób niebezpieczny czy ryzykowny¹⁵⁷. Z całą pewnością człowiek, który sięga po alkohol i wypija go na spotkaniach towarzyskich, nie robi tego z zamiarem uzależnienia się. Chce jak inni korzystać z darów życia i cieszyć się nimi w pełni. Jednak wiele ludzi w naszym społeczeństwie wydaje się nie osiągać prawdziwej pełni i dlatego są oni podatni na wiele różnych problemów emocjonalnych i somatycznych takich jak: depresja, uzależnienie od pracy, otyłość, kompulsywne poszukiwanie przyjemności, dolegliwości psychosomatyczne, różne uzależnienia od substancji chemicznych.

W poszukiwaniu pełni człowieczeństwa ludzie wybierają drogi na skróty, które w konsekwencji przynoszą im straty. Próbując zrozumieć tajemnicę uzależnienia musimy zwrócić uwagę na pewne szczególne zjawiska, a mianowicie na fakt załamania się i zniszczenia w życiu człowieka pijącego, potencjału emocjonalnego, umysłowego, duchowego, społecznego oraz fizycznego.

Podstawowe wiadomości o alkoholu

Słowo *alkohol* pochodzi najprawdopodobniej od któregoś z dwóch słów arabskich: *al-kuhl* (antymon, delikatny, drobny proszek) lub *al-ghoul* (zły duch). Nazwa alkohol, dla określenia napoju została używana dopiero od XVI wieku (alkohol vini). Na podstawie badań antropologicznych stwierdzono, że alkohol towarzyszył człowiekowi praktycznie od zarania wieków. Alkohol pełnił różne funkcje tj. fizjologiczne, psychologiczne, społeczne, a z czasem nawet funkcje ekonomiczne i polityczne. Literatura podaje, że napoje alkoholowe powstały w sposób niezamierzony i przypadkowy w wyniku fermentacji winogron (wino) i ziarna jęczmiennego (piwo). W Polsce pierwsze winnice pojawiły się prawdopodobnie w XII wieku. Wódka i inne alkohole uzyskiwane w procesie fermentacji przez długi czas były środkiem leczniczym. Wino przez wieki uważano za środek wzmacniający oraz znieczulający i uspokajający, a jego działanie zachwalał między innymi L. Pasteur. W dzisiejszych czasach słusznie czy nie słusznie, ponownie odkrywamy właściwości lecznicze wina. Otóż badania naukowe dowodzą, że przyczynia się ono do zapobiegania chorobom sercowo - naczyniowym i chorobie Alzheimera. Natomiast polemika dotycząca szkodliwości i korzystnego działania alkoholu wciąż trwa. Przeciwnicy alkoholu szybko odkryli jednak szkodliwy wpływ nadmiernego picia np. zamroczenie alkoholowe i różne choroby. Wielu lekarzy, od czasów antyku, opisało i ujawniło istnienie różnych patologii związanych ze spożywaniem różnych

¹⁵⁷ Por. B. Woronowicz, *Alkoholizm jest chorobą*, Warszawa 1998, s. 24.

napojów alkoholowych¹⁵⁸.

Alkohol etylowy jest związkiem organicznym, cieczą lżejszą od wody, przezroczystą, o charakterystycznej woni i piekącym smaku. W normalnych warunkach alkohol występuje w organizmie człowieka jako alkohol fizjologiczny w stężeniu nie przekraczającym 0,15 promila. Wchłanianie rozpoczyna się natychmiast po wprowadzeniu do organizmu czyli już w jamie ustnej. Wchłanianie alkoholu w organizmie i związany z nim wzrost stężenia w krwi wywołują fizjologiczną reakcję organizmu w postaci stanu upojenia¹⁵⁹.

Spożycie alkoholu można mierzyć w gramach wypitego alkoholu lub miarą zwaną porcją standardową. W Europie przyjmuje się, że porcja standardowa zawiera zwykle około 10 gramów czystego alkoholu. Gdy dana osoba wypija małe piwo (250 gram), lampkę wina (100 gram) lub mały kieliszek wódki 25 gram to za każdym razem spożywa tę samą ilość alkoholu etylowego. Standardowa porcja alkoholu etylowego tj. 10 gram ma wysoką wartość kaloryczną, bo aż 71,0 kcal. Wyniki badań nad wpływem alkoholu na przyrost wagi ciała przynoszą niejednoznaczne rezultaty: jedne z nich wskazują, że u pijących maleje, a inne, że wzrasta. Rozkład alkoholu w organizmie przebiega o wiele wolniej niż jego wchłanianie. Szybkość tego rozkładu jest zróżnicowana indywidualnie i przebiega w tempie od 0,1 do 0,15 promila na godzinę. Analizując jeśli dana osoba wypije trzy półlitrowe piwa o zawartości 4 - 5% alkoholu, to krótko po spożyciu ma około 0,8 promila alkoholu we krwi. Całkowicie z organizmu pozbędzie się go po upływie 8 godzin. Po spożyciu większych dawek alkoholu np. około 0,5 litra wódki, zdrowy, dobrze zbudowany mężczyzna wytrzeźwieje zupełnie dopiero po około 16 - 20 godzinach. Wprawdzie już po kilku godzinach może czuć się całkiem dobrze, ale to wcale nie dowodzi, że jest trzeźwy¹⁶⁰.

Według obowiązujących w Polsce przepisów prawnych wyróżniamy:

1. *Stan po użyciu alkoholu* - zachodzi wówczas, kiedy stężenie alkoholu we krwi wynosi powyżej 0,2 do 0,5 promila.
2. *Stan nietrzeźwości* - zachodzi wówczas, kiedy stężenie alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila¹⁶¹.

Uzależnienie od alkoholu jest chorobą, gdyż spełnia trzy podstawowe kryteria choroby: narusza stan między zdrowiem i chorobą, ma swoistą dla tego stanu etiologię oraz posiada czynnik fizyczny, który ten stan powoduje. Dotyczy różnych grup społecznych oraz dotyka osoby w różnym wieku. O uzależnieniu od alkoholu świadczy rozpoznanie przynajmniej trzech przedstawionych poniżej objawów występujących w ciągu ostatnich 12 miesięcy picia:

- *głód alkoholowy* wyrażający się silnym przymusem spożywania alkoholu, mimo świadomości poniesionych konsekwencji,
- *utrata kontroli nad piciem*, polega na picciu ciągami, upijaniu się, zaburzeniami pamięci w stanie nietrzeźwości nazywanymi *palimpsestami*. Inaczej mówiąc są to trudności w powstrzymaniu się od picia, kontrolowaniu długości picia, kontrolowaniu ilości wypijanego alkoholu.
- *zespół abstynencyjny*, polega na obecności fizjologicznych objawów związanych z odstawieniem alkoholu. Występuje przy próbach przerwania lub ograniczenia picia alkoholu. Są to bardzo nieprzyjemne dolegliwości takie jak: drzenie rąk, bóle głowy, zaburzenia snu - *koszmary nocne*, ogólne rozdrażnienie, wzmożona potliwość,

¹⁵⁸ Por. C. Cungi, *Stawić czoło uzależnieniom*, Warszawa 2007, s. 19-20.

¹⁵⁹ Por. B.T. Woronowicz, *Uzależnienia, Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Warszawa 2009, str. 38.

¹⁶⁰ Por. L. Cierpialkowska, M. Ziarko, *Psychologia uzależnień - alkoholizm*, dz. cyt., s. 23-27.

¹⁶¹ Por. B. T. Woronowicz, *Alkoholowe vademecum dla każdego*, Warszawa 1993, s. 14.

- tachykardia, nadciśnienie, niepokój, pobudzenie psychomotoryczne, lęk, bóle głowy,
- *zmiana tolerancji na alkohol*, polega na konieczności przyjmowania coraz większych dawek alkoholu w celu osiągnięcia efektu uzyskiwanego poprzednio przy pomocy dawek mniejszych,
- *koncentracja życia wokół picia*, polega na zaniedbywaniu obowiązków służbowych, rodzinnych, towarzyskich z powodu picia alkoholu, zdobywania go lub odwracania uwagi od skutków picia,
- *picie alkoholu pomimo szkodliwych następstw* (fizycznych, psychicznych czy społecznych), o których wiadomo, że mają związek z piciem alkoholu¹⁶².

Czynniki i psychologiczne mechanizmy uzależnienia od alkoholu

Chociaż czynniki decydujące o nadużywaniu alkoholu są różnorodne oraz złożone to jednak ustalono co u ludzi wpływa w zasadniczy sposób na picie i nadużywanie alkoholu. Naukowcy stwierdzili, że alkoholizm występuje rodzinnie i że czynniki genetyczne odgrywają znaczną rolę w podatności na tę chorobę. Stwierdzenie takie skłania obecnie genetyków do poszukiwania specyficznych genów, które przyczyniają się do ryzyka zachorowania. Badania przyniosły szczególnie dużo wyników w poznaniu indywidualnych, dziedzicznych cech, które stanowią ryzyko wystąpienia alkoholizmu. Okazało się, że na ogół te osoby, u których w związku z występowaniem alkoholizmu w rodzinie występuje duże ryzyko rozwinięcia się choroby, wykazują pewne różnice biochemiczne i neurofizjologiczne w porównaniu z osobami z małym ryzykiem. Grupy te różnią się pod względem reakcji na alkohol oraz pewnych cech osobowościowych¹⁶³. Badania wykazały też, że nie tylko czynniki genetyczne i biologiczne decydują o indywidualnych różnicach w zachowaniu w stosunku do alkoholu. Psychologowie zidentyfikowali podstawowe procesy umysłowe, które to właśnie wpływają na to zachowanie i wykazali, że mogą one modyfikować efekty czynników biologicznych. Socjologowie natomiast określili, jak na nastawienie do picia alkoholu może wpływać rodzina, rówieśnicy i sytuacja socjalna. Antropologowie zbadali rolę jaką odgrywa kultura, w tym: kto pije, kiedy i jak dużo. Wniosek z tego wynika taki, że ryzyko uzależnienia od alkoholu zależy od złożonego współdziałania czynników genetycznych, psychologicznych oraz środowiskowych czyli poszczególne czynniki nie są od siebie niezależne. Mogą współdziałać lub wpływać na podobne procesy na różnych poziomach: biologicznym, psychologicznym i socjologicznym¹⁶⁴.

Oprócz czynników, które powodują wchodzenie na drogę uzależnienia, niezwykle ważne są psychologiczne mechanizmy tej choroby. Chodzi tu o to, aby zrozumieć procesy, które powodują nieodwracalną utratę kontroli nad spożywaniem alkoholu i tłumaczą fakt, iż dany człowiek kontynuuje picie alkoholu mimo dramatycznych nieraz konsekwencji, jakie niesie ze sobą tego typu zachowanie. Aby zrozumieć funkcjonowanie osoby uzależnionej, bez względu na rodzaj zachowania, jakie stosuje, warto przyjrzeć się trzem podstawowym mechanizmom uzależnienia według koncepcji J. Mellibrudy:

- *mechanizm nalogowego regulowania emocji*, który tworzy silne pragnienia alkoholowe i emocjonalną izolację człowieka od zewnętrznego świata i realiów życia,
- *mechanizm iluzji i zaprzeczania*, który podporządkowuje pracę umysłu człowieka jego

¹⁶² Por. B. Woronowicz, *Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu*, Warszawa 2003, s. 69-70.

¹⁶³ Por. R. Durda (red.), *Alkohol a zdrowie w: IX Raport Specjalny dla Kongresu USA*, Warszawa 2002, str. 78-79.

¹⁶⁴ Tamże.

pragnieniom alkoholowym oraz powoduje dezorientację uniemożliwiającą poszukiwanie konstruktywnych rozwiązań,

- *mechanizm dezorientacji JA*, który uniemożliwia powstrzymanie picia oraz konstruktywne kierowanie własnym życiem¹⁶⁵.

Mechanizmy te tworzą całościowy system nałogowego funkcjonowania, który pełni rolę autodestrukcyjnego zaprogramowania człowieka ukierunkowanego na samozniszczenie biologiczne i psychiczne. Są aktywizowane przez wszelkiego rodzaju przykre stany emocjonalne i stres, przez pokusy oraz pozytywne oczekiwania wobec alkoholu.

KONSEKWENCJE NADUŻYWANIA ALKOHOLU I LECZENIE CHOROBY ALKOHOLOWEJ

Zdrowie definiowane jest jako dobry stan fizyczny i psychiczny umożliwiający człowiekowi naukę, dobre funkcjonowanie, bądź wykonywanie pracy oraz dający mu optymalną satysfakcję społeczną i kulturową. Na stan zdrowia wpływają zarówno czynniki wewnętrzne jak i zewnętrzne. Wśród czynników zewnętrznych istotną rolę odgrywają tzw. używki w tym alkohol, którego działanie może prowadzić do występowania powikłań zdrowotnych zarówno somatycznych jak i psychicznych (psychiatrycznych)¹⁶⁶.

Następstwa nieumiarkowanego picia alkoholu (bezpośrednio bądź pośrednio) dotyczą wielu milionów ludzi, a to jest konsekwencją tego, że z powodu picia alkoholu w najbliższym otoczeniu cierpią też inne osoby, najczęściej rodzina. Skutkiem picia są różnego rodzaju niepowodzenia w życiu osobistym, rodzinnym, zawodowym, społecznym. To wszystko wpływa na ogólny stan zdrowia człowieka pijącego, a szczególnie nadużywającego alkoholu. Nie ulega wątpliwości, że każda ilość alkoholu jest szkodliwa dla zdrowia, zarówno z punktu widzenia psychologii jak i toksykologii pomimo, że po jednorazowym spożyciu małej dawki alkoholu, szkody te może być trudno uchwycić.¹⁶⁷ Jeśli chodzi natomiast o leczenie osób uzależnionych od alkoholu, to w większości przypadków, bez fachowej pomocy osoba uzależniona nie potrafi sama się uratować. Nie oznacza to jednak, że powinna być zwolniona z odpowiedzialności za swoje postępowanie. Jeśli ktoś po pijanemu narusza prawo, zasady moralne, krzywdzi innych i powoduje straty materialne, powinien za to ponosić odpowiedzialność, tak jak wszyscy ludzie¹⁶⁸.

SKUTKI ZDROWOTNE NADUŻYWANIA ALKOHOLU

Toksyczne działanie alkoholu etylowego oraz jego metabolitów na narządy oraz układy, nieprawidłowe odżywianie, jak również niedobory i zaburzenia wchłaniania witamin wpływają na występowanie różnego rodzaju powikłań somatycznych. Zdaniem niektórych badaczy niedożywienie jest często bardziej niekorzystne dla organizmu niż samo działanie etanolu. U osób, które piją w sposób intensywny występuje jednocześnie większa podatność na infekcje i choroby zakaźne, częstsze urazy czaszki, większa wypadkowość oraz częstsze samobójstwa. Wszystkie te czynniki, wpływają na obniżenie średniej długości życia zarówno osób uzależnionych od alkoholu, jak i nadużywających go, w porównaniu z populacją ogólną. Tak więc alkohol jako substancja biologicznie aktywna, po spożyciu wywołuje w każdym

¹⁶⁵ Por. J. Mellibruda, Z. Sobolewska-Mellibruda, *Integracyjna psychoterapia uzależnień*, Warszawa 2006, s. 115-116.

¹⁶⁶ Por. B. T. Woronowicz, *Alkoholizm jest chorobą*, dz. cyt. s. 36.

¹⁶⁷ Tamże, s.26.

¹⁶⁸ Por. J. Mellibruda, *Tajemnice ETOH czyli alkohol i nasze życie*, Warszawa 1993, s. 34.

organizmie specyficzne i przewidywalne efekty fizjologiczne. Ponadto może nasilać inne choroby, czy utrudniać ich skuteczne leczenie i reagować z lekami stosowanymi z powodu innych dolegliwości. Dlatego pijący, którzy nie są uzależnieni narażeni są również na kłopoty zdrowotne wywołane bądź stymulowane przez alkohol.

Alkohol jest przyczyną urazów ciała, zaburzeń psychicznych i zachowania, zaburzeń żołądkowo - jelitowych, nowotworów, chorób układu sercowo - naczyniowego, zaburzeń immunologicznych, chorób kręgosłupa, układu rozrodczego oraz szkód prenatalnych. Występowanie wyżej wymienionych chorób i zaburzeń jest zwiększone właśnie przez alkohol, a im wyższe jest jego spożycie, tym większe ryzyko wynikające z picia, natomiast ryzyko zgonu spowodowanego alkoholem jest wynikiem zestawienia ryzyka z powodu chorób i urazów, które alkohol zwiększa¹⁶⁹. Zmiany psychiczne występujące u osób spożywających alkohol można podzielić na te, które mają ścisły związek ze stanem upicia (ostre zatrucie o różnej głębokości) i te, które występują wyłącznie u osób uzależnionych od alkoholu, a więc te które są następstwem wieloletniego i intensywnego picia. Najczęściej spotykanymi powikłaniami wynikającymi z uzależnienia od alkoholu są ostre psychozy alkoholowe takie jak: majaczenie alkoholowe, ostra halucynozja, oraz przewlekłe psychozy alkoholowe takie jak: przewlekła halucynozja, paranoja i psychoza Korsakowa¹⁷⁰.

Prawdopodobieństwo, że osoby uzależnione od alkoholu zachorują na psychozę alkoholową jest duże i dotyczy mniej więcej co trzeciej osoby nadużywającej alkoholu. Dzisiejszy stan wiedzy nie wyjaśnia do końca bezpośrednich przyczyn psychoz alkoholowych. Wiadomo jednak, że zawsze mamy do czynienia z poważnym niedoborem witamin B1 i PP, jak również z toksycznym oddziaływaniem na mózg produktów rozpadu alkoholu etylowego, zwłaszcza aldehydu octowego. Ważną rolę odgrywają też wcześniejsze urazy i infekcyjne schorzenia mózgu np. powikłania pogrypowe jak też choroby psychiczne w poprzednich pokoleniach¹⁷¹.

Wpływ picia alkoholu na wykonywanie zadań życiowych

Budowa chemiczna alkoholu sprawia, że działa on przede wszystkim na ośrodkowy układ nerwowy (mózg). Jest to działanie dość złożone i uzależnione z całą pewnością od ilości wypitych napojów, ich mocy, rodzaju oraz oczywiście od stanu psychologicznego osoby pijącej. Czym są skutki użycia alkoholu, to zależy od punktu widzenia. Farmakolog kieruje jego porażające działanie na ośrodkowy układ nerwowy, psychiatra uważa stan użycia alkoholu za krótkotrwałą i przemijającą chorobę psychiczną, toksykolog natomiast widzi w alkoholu substancję trującą. Gdybyśmy zwrócili się do prawnika, to uzna on alkohol za jeden z istotnych czynników kryminogennych, gdyż wyzwolone pod działaniem alkoholu stany psychofizyczne np. wzmożona agresywność sprzyjają zachowaniom kolidującym z obowiązującymi normami społecznymi i prawnymi.¹⁷²

Każdy człowiek żyjąc i funkcjonując w społeczeństwie wypełnia szereg zarówno bardzo ważnych jak i mniej ważnych ról i zadań. Są to między innymi takie role jak: bycie synem czy córką, bratem czy siostrą, małżonkiem, rodzicem, kolegą czy koleżanką,

¹⁶⁹ Por. A. Mierzecki, M. Godycki-Ćwirko (red.), *Kliniczne wytyczne rozpoznawania i krótkiej interwencji*, w: Alkohol i podstawowa opieka zdrowotna, Warszawa 2007, s.6-7.

¹⁷⁰ Por. B. T. Woronowicz, *Alkoholowe vademecum dla każdego*, dz. cyt., s. 47.

¹⁷¹ Por. Z. Najda, *Delirium tremens*, Świat Problemów, 3(1996), s. 42.

¹⁷² Por. F. Sławiński, *Czym się dzisiaj trujemy ?* Kraków 1986, s. 38.

pracownikiem, przyjacielem, sąsiadem itp. Osoba pijąca alkohol, a już na pewno nadużywająca alkoholu z całą pewnością zaniedbuje wykonywanie swoich zadań w życiu osobistym, rodzinnym, zawodowym. Choroba alkoholowa niewątpliwie uderza w rodzinę, w której żyje i funkcjonuje alkoholik. Katastroficzną konsekwencją jest rozpad więzi rodzinnych, czy małżeństwa. Alkoholizm jednego z małżonków jest najczęstszą przyczyną rozwodów. W rodzinie alkoholowej często dochodzi do przemocy fizycznej czy psychicznej ze strony alkoholika, destrukcji roli rodzica, braku odpowiedzialności czy zdrady małżeńskiej. W literaturze często możemy spotkać określenie alkoholizmu jako *choroba rodziny*. Określenie to ma zwrócić uwagę, na niezwykle silny wpływ jaki alkoholicy wywierają na swoje otoczenie¹⁷³.

LECZENIE CHOROBY ALKOHOLOWEJ JAKO PROCES TERAPEUTYCZNY

Główne nurty poszukiwań sposobów radzenia sobie ze skutkami nadużywania alkoholu to po pierwsze, historia powstania programu Dwunastu Kroków i wspólnoty Anonimowych Alkoholików. Drugi to poszukiwanie klinicznej wiedzy na temat uzależnienia od alkoholu oraz towarzyszących mu zjawisk. Trzeci natomiast, to opracowywanie profesjonalnych metod terapii osób uzależnionych jak i ich członków rodzin¹⁷⁴.

Uzależnienie od alkoholu jest chorobą *demokratyczną* dlatego zachorować na nią może każdy, bez względu na płeć, wiek, poziom intelektualny, wykształcenie, wykonywany zawód czy pozycję społeczną. Każdemu też konieczna jest pomoc w powrocie do zdrowia. W żadnej innej chorobie nie jest tak ważny udział pacjenta i jego bliskich jak w przypadku leczenia uzależnienia od alkoholu.¹⁷⁵ Jest też chorobą obezwładniającą całkowicie pod względem fizycznym, umysłowym, psychicznym i duchowym. Pomimo, że ma charakter postępujący, chroniczny i śmiertelny to można jednak powstrzymać jej rozwój, który można zahamować, a pacjenta przywrócić do zdrowia.

Alkoholicy wymagają zarówno pomocy medycznej (wtedy, kiedy wystąpią ostre objawy zespołu odstawienia, zatrucia organizmu czy też niebezpiecznych psychoz alkoholowych), psychoterapeutycznej, a nawet oddziaływań rehabilitacyjnych o charakterze medycznym czy społecznym, gdy wystąpią schorzenia somatyczne czy inwalidztwo. Osoby uzależnione mają coraz więcej możliwości korzystania z różnych form pomocy profesjonalnej, jednak zazwyczaj decyzję o leczeniu podejmują dopiero wtedy, kiedy ich problemy życiowe spowodowane pićmi spiętrzą się do takiego stopnia, że grozi im utrata zdrowia, pracy, rodziny. To właśnie presja cierpienia i zagrożenia lub różnego rodzaju okoliczności mogą choć z trudem torować drogę do ocalenia alkoholika.

PRZEBIEG BADAŃ

Badania ankietowe przeprowadzono wśród mieszkańców Łomży i okolic. Badaną grupę stanowiły losowo dobrane osoby, byli to głównie pacjenci oczekujący w poczekalni na wizytę do lekarza rodzinnego. Respondenci zostali poinformowani o celu badania jak też

¹⁷³ Por. J. Kinley, G. Leaton, *Zrozumieć alkohol*, Warszawa 1996, s.145.

¹⁷⁴ Por. J. Mellibruda, Z. Sobolewska-Mellibruda, *Integracyjna psychoterapia uzależnień*, dz. cyt. s. 24.

¹⁷⁵ Tamże.

zapewnieni o anonimowości. Anonimowość zapewniono poprzez bezpośrednie włożenie wypełnionej ankiety do dużej koperty z wypełnionymi ankietami. Badania zostały przeprowadzone w ciągu 3 miesięcy na przełomie maja, czerwca i lipca 2013 roku, poddano je analizie ilościowej i procentowej, a wyniki przedstawiono w postaci wykresów. Uzyskane wyniki zostały opracowane i wykorzystane w całości w opracowaniu zbiorowym.

Wnioski z przeprowadzonych badań

W wyniku przeprowadzonych badań wśród 100 osób dorosłych i 100 osób młodzieży w wieku gimnazjalnym sformułowano następujące wnioski:

Osobiste kontakty z alkoholem:

1. Z badań wynika, że prawie tyle samo osób dorosłych jak i młodzieży pierwszych kontaktów z alkoholem doświadczyło już w szkole podstawowej tj. 16% dorosłych i 18% młodzieży. Jednak to młodzież osiągnęła wyższy wynik co jest jednoznaczne z wynikiem niekorzystnym.
2. Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, że w grupie osób dorosłych częściej piją mężczyźni niż kobiety. Natomiast w grupie młodzieży dziewczęta i chłopcy piją na podobnym poziomie częstotliwości.

Ogólna wiedza na temat alkoholu:

1. Z analizy badań wynika, że 11% dorosłych i 13% młodzieży uważa, że po wypiciu jednego piwa można prowadzić pojazd mechaniczny np. samochód. Jest to bardzo niebezpieczne przekonanie, bo po jednym piwie reakcja na bodźce z zewnątrz może być już zmieniona, a szczególnie słabiej reaguje wtedy narząd wzroku.
2. Badana próba badawcza zarówno osób dorosłych jak i młodzieży posiada małą wiedzę na temat znajomości obowiązującego w Polsce przepisu prawnego dotyczącego stanu nietrzeźwości. Większą wiedzę na ten temat posiadają dorośli niż młodzież oraz mężczyźni niż kobiety, a w grupie młodzieży chłopcy niż dziewczęta. Właściwa odpowiedź to oczywiście ta, która wskazuje, że według obowiązującego w Polsce prawa stan nietrzeźwości zachodzi wtedy, gdy stężenie alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila.

Znajomość konsekwencji nadużywania alkoholu przez osoby dorosłe:

1. Po szczegółowej analizie odpowiedzi na pytanie otwarte dotyczące znajomości skutków fizycznych i psychicznych nadużywania alkoholu można wnioskować, iż brak odpowiedzi przez ankietowanych sugeruje brak wiedzy na dany temat, jednak jest to tylko przypuszczenie. Tak więc biorąc pod uwagę taki wniosek z analizy badań wynika, że 35% badanej młodzieży i 25% osób dorosłych nie zna negatywnych skutków fizycznych nadużywania alkoholu. Natomiast wiedzy dotyczącej negatywnych konsekwencji psychicznych nadużywania alkoholu nie posiada 38% młodzieży i 33% osób dorosłych.

Znajomość problematyki alkoholowej:

1. Z badań wynika, że 41% osób dorosłych ma w swoim życiu kogoś kto ma problem z piciem alkoholu i 35 % młodzieży ma w swoim życiu takie osoby.
2. Badania pokazują, że ludzie piją najczęściej z powodów problemów, a na drugim miejscu z powodów towarzyskich.
3. Świadomość uzależnienia od alkoholu jako choroby w grupie dorosłych jest celująca, bo wszyscy dorośli w 100% odpowiedzieli, że alkoholizm jest chorobą. Natomiast młodzież wie

o tym w 76%. To też jest dość zadowalający wynik, przy czym 20% młodzieży określiło, że nie wie jakiej odpowiedzi udzielić, a zdecydowanej odpowiedzi, że alkoholizm nie jest chorobą udzieliło 4%.

4. Obie badane grupy mają dość dużą świadomość, że osoba uzależniona od alkoholu potrzebuje pomocy w formie leczenia. Potwierdza to fakt, gdyż tak odpowiedziało 100% dorosłych i 91% młodzieży.

5. Zarówno dorośli jak i młodzież ogólnie wiedzą, gdzie szukać pomocy w związku z problemem alkoholowym. Wiedzę na ten temat posiada 96% dorosłych i 70% ankietowanej młodzieży.

6. Niepokój wzbudza fakt, iż mało osób uczestniczyło w zajęciach mających na celu przybliżenie ujemnych skutków picia alkoholu. Wynika to z faktu, że w takich zajęciach uczestniczyło 29% osób dorosłych i 35% młodzieży. Można by wnioskować, że dużej poprawy w zakresie edukacyjnym dotyczącym tematyki alkoholowej na przełomie dwóch pokoleń nie można zauważyć na podstawie przeprowadzonego badania. Jednak jest to wynik rosnący, przy czym różnica to 6%.

ZAKOŃCZENIE

Temat, który podjęto z pewnością nie został wyczerpany. Szuka się wciąż nowych sposobów i rozwiązań, które niwelowałyby tak obszerny i poważny problem jakim jest nadużywanie alkoholu przez ludzi w każdym wieku i na całym świecie. Główny cel pracy został osiągnięty, a przedstawione zagadnienie może stanowić załączek do dalszych, bardziej szczegółowych badań z zakresu profilaktyki i leczenia uzależnienia od alkoholu co jest nadal inspirującym zagadnieniem. Jedno jest pewne, należy podjąć wszelkie możliwe działania, które nie tylko wpłyną na wzrost świadomości z zakresu konsekwencji nadużywania alkoholu, ale też sprawią, że będą owocnym oddziaływaniem profilaktycznym. W świetle przeprowadzonych wyników konieczność stanowi ciągła potrzeba edukowania całego społeczeństwa i kształtowania w nim właściwych postaw związanych z używaniem alkoholu, aby zapobiec tak poważnym konsekwencjom jakie wynikają z nadużywania alkoholu oraz stworzyć możliwość leczenia dla tych, którzy go potrzebują.

BIBLIOGRAFIA

1. Cierpiałkowska L., M. Ziarko, *Psychologia uzależnień - alkoholizm*, Warszawa 2010.
2. Cungi C., *Stawić czoło uzależnieniom*, Warszawa 2007.
3. Durda R.(red.), *Alkohol, a zdrowie w: IX Raport Specjalny dla Kongresu USA*, Warszawa 2002.
4. Kinley J., G. Leaton, *Zrozumieć alkohol*, Warszawa 1996.
5. Mellibruda J., *Tajemnice ETOH czyli alkohol i nasze życie*, Warszawa 1993.
6. Mellibruda J., Z. Sobolewska-Mellibruda, *Integracyjna psychoterapia uzależnień*, Warszawa 2006.
7. Mierzecki A, M. Godycki-Ćwirko (red.), *Kliniczne wytyczne rozpoznawania i krótkiej interwencji*, w: *Alkohol i podstawowa opieka zdrowotna*, Warszawa 2007.
8. Najda Z., *Derlirium tremens*, Świat Problemów, 3 (1996).
9. Sławiński F., *Czym się dzisiaj trujemy ?* Kraków 1986.
10. Woronowicz B. T., *Alkoholizm jest chorobą*, Warszawa 1998.

11. Woronowicz B. T., *Alkoholowe vademecum dla każdego*, Warszawa 1993.
12. Woronowicz B. T., *Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu*, Warszawa 2003.
13. Woronowicz B. T., *Uzależnienia, Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Warszawa 2009.

Autorzy:

Danuta Kozłowska mgr piel.,

Jolanta Łodzińska dr n. hum., adiunkt WNHIS IS, Kierownik Zakładu Pomocy i Profilaktyki Społecznej, UKSW Warszawa, pracownik naukowo-dydaktyczny WSA, jolska37@wp.pl

Regulamin nadsyłania i publikowania prac w Zeszytach Naukowych WSA

1. Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Agrobiznesu, zwane dalej Zeszytami, są periodykiem naukowym wydawanym w nieregularnym cyklu wydawniczym.
2. Treść każdego Zeszytu odpowiada zakresowi tematycznemu jednego z odpowiednich wydziałów w Wyższej Szkole Agrobiznesu t. Wydziałowi Rolniczo-Ekonomicznemu, Wydziałowi Technicznemu, bądź Wydziałowi Medycznemu.
3. Redakcja Zeszytów mieści się w sekretariacie Wydawnictwa Wyższej Szkoły Agrobiznesu. Pracą redakcji kieruje redaktor naczelny.
4. W celu zapewnienia poziomu naukowego Zeszytów oraz zachowania właściwego cyklu wydawniczego redakcja współpracuje z krajowymi i zagranicznymi jednostkami naukowymi, stowarzyszeniami oraz innymi instytucjami.
5. Do oceny przyjmowane są dotychczas niepublikowane oryginalne prace redakcyjne, monograficzne, poglądowe, historyczne, teksty źródłowe, sprawozdania z posiedzeń naukowych, oceny książek, komunikaty naukowe, wspomnienia oraz wiadomości jubileuszowe. Opracowania przyjmowane są przez redakcję do końca czerwca każdego roku. Redakcja nie zwraca Autorom nadesłanych materiałów.
6. Do publikacji należy dołączyć oświadczenie o oryginalności pracy oraz o tym, że nie została zgłoszona do innej redakcji (wzór oświadczenia jest możliwy do pobrania na stronie internetowej WSA – załącznik nr 1 do Regulaminu). Oświadczenie powinno zawierać adres pierwszego autora pracy, numer telefonu oraz e-mail. W oświadczeniu powinna być zawarta zgoda (podpis) wszystkich współautorów pracy.
7. Prace są publikowane w języku polskim lub angielskim z uwzględnieniem opinii redaktora językowego.
8. W oświadczeniu dołączonym do tekstu należy opisać wkład poszczególnych autorów w powstanie pracy oraz podać źródło finansowania publikacji. „*Ghostwriting*” oraz „*guest authorship*” są przejawem nierzetelności naukowej, a wszelkie wykryte przypadki będą demaskowane i dokumentowane, włącznie z powiadomieniem odpowiednich podmiotów (instytucje zatrudniające autorów, towarzystwa naukowe, stowarzyszenia edytorów naukowych itp.).
9. Przekazane do redakcji opracowania są wstępnie oceniane i kwalifikowane do druku przez Naukową Radę Redakcyjną, zwaną dalej Radą. Skład Rady określany jest przez Senat WSA.
10. Publikacje wstępnie zakwalifikowane przez Radę są oceniane przez recenzentów, zgodnie z procedurą recenzowania opublikowaną na stronie internetowej WSA w zakładce Zeszyty naukowe WSA. Łącznie z opinią recenzent wypełnia deklarację konfliktu interesów, stanowiącą załącznik nr 2 do regulaminu. Redakcja powiadamia Autorów o wyniku oceny, zastrzegając sobie prawo do zachowania poufności recenzji.
11. Za proces wydawniczy Zeszytów jest odpowiedzialny sekretarz naukowy redakcji, który zatwierdza układ treści Zeszytów, określa wymagania wydawnicze dla publikowanych materiałów, współpracuje z recenzentami, przedstawia do zatwierdzenia całość materiałów przed drukiem Naukowej Radzie Redakcyjnej, współpracuje z Radą i innymi instytucjami w zakresie niezbędnym do zapewnienia poziomu naukowego Zeszytów oraz zachowania cyklu wydawniczego.
12. Redakcja zastrzega sobie możliwość odmowy przyjęcia artykułu bez podania przyczyn.
13. Nadesłane materiały, niespełniające wymagań wydawniczych określonych przez redakcję, są zwracane Autorowi/Autorom.
14. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Agrobiznesu nie wypłaca wynagrodzenia za nadesłane publikacje zakwalifikowane do druku w Zeszytach.

15. Wersją pierwotną (referencyjną) czasopisma jest wydanie papierowe. „Zeszyty Naukowe WSA” są dostępne także na stronie internetowej Wyższej Szkoły Agrobiznesu – www.wsa.edu.pl, w zakładce Wydawnictwa.

Wymagania wydawnicze - Zeszyty Naukowe WSA

1. Artykuły powinny być przygotowane w formie wydruku komputerowego oraz w wersji elektronicznej, w języku polskim lub angielskim. W celu usprawnienia procesu wydawniczego prosimy o rygorystyczne przestrzeganie poniższych zasad:

- przesłany artykuł powinien być opatrzony dokładną afiliacją Autora/Autorów,
- objętość artykułu nie może przekraczać 15 stron formatu A4,
- imię i nazwisko Autora/ów – czcionka 12 pkt,
- nazwa instytucji/jednostki naukowej – czcionka 12 pkt,
- tytuł artykułu w języku polskim i angielskim – czcionka 14 pkt (bold); podtytuły – czcionka 12 pkt (bold),
- do publikacji należy dołączyć słowa kluczowe (3–5) oraz streszczenie nieprzekraczające 15 wierszy napisane w językach polskim i angielskim – czcionka 11 pkt,
- tekst zasadniczy referatu pisany czcionką Times New Roman CE – 12 pkt,
- odstęp między wierszami – 1,5,
- jeżeli referat zawiera tabele (najlepiej wykonane w edytorze Word albo Excel) lub rysunki (preferowany format CorelDraw, Excel, Word), należy dołączyć pliki źródłowe,
- tabele i rysunki powinny być zaopatrzone w kolejne numery, tytuły i źródło,
- przy pisaniu wzorów należy korzystać wyłącznie z edytora równań dla MS WORD,
- preferowane formaty zdjęć: TIFF, JPG (o rozdzielczości minimum 300 dpi),
- w przypadku publikowania prac badawczych układ treści artykułu powinien odpowiadać schematowi: wprowadzenie (ewentualnie cel opracowania), opis wykorzystanych materiałów czy metod, opis badań własnych (omówienie wyników badań), wnioski (podsumowanie), wykaz piśmiennictwa.

2. Odsyłaczami do literatury zamieszczonymi w tekście publikacji są przypisy dolne, które muszą mieć numerację ciągłą w obrębie całego artykułu. Odsyłaczami przypisów dolnych są cyfry arabskie złożone w indeksie górnym, np. (2).

3. Zapis cytowanej pozycji bibliograficznej powinien zawierać: inicjał imienia i nazwisko autora, tytuł dzieła, miejsce i rok wydania, numer strony, której dotyczy przypis; w przypadku pracy zbiorowej: tytuł dzieła, inicjał imienia i nazwisko redaktora, miejsce i rok wydania; w przypadku pracy będącej częścią większej całości – także jej tytuł, inicjał imienia i nazwisko redaktora. Źródła internetowe oraz akty prawne należy podawać także jako przypis dolny.

4. W wykazie piśmiennictwa zamieszczonym w kolejności alfabetycznej na końcu publikacji należy podać kolejno: nazwisko autora/ów i pierwszą literę imienia, rok wydania, tytuł pracy (czcionka italic), wydawnictwo oraz miejsce wydania. Przykłady:

- **wydawnictwa książkowe:** Janowiec A. 2010. *Ziemiaki skrobiowe – rola w województwie podlaskim*. Wydawnictwo WSA, Łomża.
- **prace zbiorowe:** Górczewski R. (red.) 2007. *Przemieszczenie trawieńca*. Wydawnictwo PWN, Warszawa.
- **czasopisma:** Staszewski M., Getek I. 2007. *Specyfika żywienia krów o wysokiej wydajności*. Wydawnictwo WSA, Łomża, Zeszyty Naukowe WSA nr 37.
- **strony internetowe:** www.4lomza.pl. 1.12.2009 r.
- **akty prawne:** Ustawa z dnia 27 lipca 2002 r. o zmianie ustawy o szkolnictwie wyższym oraz ustawy o wyższych szkołach zawodowych. Dz.U. z 2002 r. Nr 150, poz. 1239.

UWAGA: teksty niespełniające powyższych wymagań zostaną zwrócone Autorowi

Procedura recenzowania prac naukowych nadsyłanych do publikacji w Zeszytach Naukowych Wyższej Szkoły Agrobiznesu

Procedura recenzowania artykułów w Zeszytach Naukowych WSA jest zgodna z zaleceniami Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz dobrymi praktykami w procedurach recenzyjnych w nauce*.

Przekazanie publikacji do Redakcji Wydawnictwa WSA jest jednoznaczne z wyrażeniem przez Autora/Autorów zgody na wszczęcie procedury recenzji artykułu. Autor/Autorzy przesyłają utwór wraz z wypełnionym oświadczeniem, którego wzór znajduje się na stronie internetowej WSA. Nadesłane materiały są poddawane wstępnej ocenie formalnej przez Naukową Radę Redakcyjną WSA, zwaną dalej Radą, zwłaszcza pod kątem ich zgodności z wymaganiami wydawniczymi opracowanymi i publikowanymi przez Wyższą Szkołę Agrobiznesu, jak również obszarami tematycznymi ZN. Następnie artykuły są recenzowane przez dwóch niezależnych recenzentów, którzy nie są członkami Rady, posiadających co najmniej stopień naukowy doktora. Nadesłane artykuły nie są nigdy wysyłane do recenzentów z tej samej placówki, w której zatrudniony jest Autor/Autorzy. Prace recenzowane są anonimowo. Autorzy nie znają nazwisk recenzentów. Artykułowi nadawany jest numer redakcyjny, identyfikujący go na dalszych etapach procesu wydawniczego. W innych przypadkach recenzent podpisuje deklarację o niewystępowaniu konfliktu interesów – formularz jest publikowany na stronie Internetowej WSA. Autor każdorazowo jest informowany z zachowaniem zasady poufności recenzji o wyniku procedury recenzycyjnej, zakończonej kategorią wnioskiem o dopuszczeniu bądź odrzuceniu publikacji do druku. W sytuacjach spornych powoływany jest kolejny recenzent.

Lista recenzentów współpracujących z wydawnictwem publikowana jest w każdym numerze czasopisma oraz na stronie Internetowej WSA.

* Dobre Praktyki w procedurach recenzyjnych w nauce. Zespół do Spraw Etyki w Nauce. Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Warszawa 2011

Oświadczenie Autora/Autorów

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie do Redakcji Wydawnictwa WSA i ogłoszenie drukiem publikacji/pracy pt.

.....
.....

autorstwa:

.....
.....

Równocześnie oświadczam(y), że publikacja nie została wydana w przeszłości drukiem i/lub w wersji elektronicznej w innym czasopiśmie, nie została zgłoszona do innego czasopisma, nie znajduje się w recenzji innej Redakcji, nie narusza patentów, praw autorskich i praw pokrewnych oraz innych zastrzeżonych praw osób trzecich, a także że wszyscy wymienieni Autorzy pracy przeczytali ją i zaakceptowali skierowanie jej do druku.

Przeciwdziałanie nierzetelności naukowej - „*ghostwriting*” oraz „*guest authorship*”;

· źródło finansowania publikacji:.....

· podmioty, które przyczyniły się do powstania publikacji i ich udział:

.....
.....

· wkład Autora/Autorów w powstanie publikacji (szczegółowy opis z określeniem ich afiliacji):

.....
.....
.....

Imię i nazwisko	podpis	data
1.....
2.....
3.....
4.....

Imię, nazwisko, adres, telefon, e-mail, osoby odpowiedzialnej za wysłanie niniejszego oświadczenia (głównego Autora pracy):

.....
.....
.....

Załącznik nr 2.

DEKLARACJA KONFLIKTU INTERESÓW

Konflikt interesów* ma miejsce wtedy, gdy recenzent ma powiązania, relacje lub zależności przynajmniej z jednym z autorów pracy, takie jak na przykład zależności finansowe (poprzez zatrudnienie czy honoraria), bezpośrednie lub za pośrednictwem najbliższej rodziny.

Tytuł pracy.....

Data.....

Konflikt nie występuje

Recenzent oświadcza, że nie ma powiązań ani innych finansowych zależności wobec

Autora/Autorów:

.....

Podpis recenzenta

*** Recenzent oświadcza, że występuje następujący konflikt interesów**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Podpis recenzenta:

.....