



Ocena poziomu wiedzy na temat
profilaktyki nadciśnienia
tętniczego u pacjentów po 60 r. ż

Zmieniający się
paradygmat pracy
w pielęgniarstwie
i medycynie w percepcji
pokolenia millenialsów
i pokolenia Z

Problemy pielęgnacyjne
pacjenta z wrzodzącym
zapaleniem jelita grubego

| Od redakcji

Pielęgniarstwo Specjalistyczne jest oficjalnym kwartalnikiem naukowym

Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Specjalistycznego

Prezes: Ewa Molka

Wiceprezes: Jarosław Panek

Sekretarz: Renata Mroczkowska

Skarbnik: Anna Szelaąg

Dla członków Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Specjalistycznego czasopismo jest bezpłatne.

Wszystkie informacje o prenumeracie

<http://pielęgniarstvospecjalistyczne.pl/prenumerata>

Wydawca:

Wydawnictwo "DUX"

pielęgniarstvospecjalistyczne@gmail.com

Rada Naukowa

Redaktor naczelna Dr n med. Ewa Molka

Dr n med. Ewa Molka, Polska

Dr n med. Beata Naworska, Polska

Dr n med. Sylwia Krzemińska, Polska

Dr hab.n. o zdr. Izabella Uchmanowicz, Polska

Dr n. hum. Urszula Marcinkowska, Polska

Dr n.med Beata Jankowska Polańska, Polska

Dr n. o zdr. Wioletta Pollok-Waksmańska, Polska

Dr n o zdr. Halina Kulik, Polska

Prof. Joanna Rosińczuk, Polska

Dr n med. Beata Olejnik, Polska

PhDr. Lukáš Kober, PhD., RN Słowacja

PhDr. Milan Laurinc, PhD., RN Słowacja

PhDr. Dana Zrubcová, PhD., RN Słowacja

Mgr Iveta Lazorová, RN Słowacja

Mgr Jana Slovákova, PhD., RN Słowacja

Ph.D Natalia Shygonaska, Ukraina



Slovenská komora sestier
a pôrodných asistentiek



| Spis treści

2	Od redakcji
4	Wymagania edytorskie
6	Editorial requirements
8	Redakčné požiadavky
10	Ocena poziomu wiedzy na temat profilaktyki nadciśnienia tętniczego u pacjentów po 60 r. ż
10	Assessment of the level of knowledge about the prevention of hypertension in patients over 60 years of age
18	Problemy pielęgnacyjne pacjenta z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego
18	Care problems of a patient with ulcerative colitis
25	Zmieniający się paradygmat pracy w pielęgniarstwie i medycynie w percepcji pokolenia millenialsów i pokolenia Z
25	The shifting work paradigm in nursing and medicine as perceived by millennials and generation Z
31	Problemy pielęgnacyjne pacjenta po usunięciu nerki
31	Patient care problems after kidney removal
39	Ocena wpływu stresu zawodowego w pracy pielęgniarzki na wystąpienie zespołu wypalenia zawodowego
39	Assessment of the impact of occupational stress in nurses' work on the occurrence of burnout syndrome
49	Opieka nad pacjentem z niedowładem jednostronnym w wyniku udaru mózgu
49	Care of a patient with unilateral paralysis resulting from a stroke

Informacje ogólne

Wymagania etyczne. Badania prowadzone na ludziach, muszą być przeprowadzone zgodnie z wymogami Deklaracji Helsińskiej, co należy zaznaczyć w opisie metodyki. Na przeprowadzenie takich prac Autorzy muszą uzyskać zgodę Terenowej Komisji Nadzoru nad Dokonywaniem Badań na Ludziach (Komisji Etycznej).

Odpowiedzialność cywilna

Redakcja stara się czuwać nad merytoryczną stroną pisma, jednak za treść artykułu odpowiada jego Autor. Wydawca ani Rada Programowa nie ponoszą odpowiedzialności za skutki ewentualnych nierzetelności.

Informacje szczegółowe

Przesłanie prac do redakcji jest równoznaczne z oświadczeniem, że praca nie była dotychczas publikowana w innych czasopismach oraz nie była wcześniej złożona w innej Redakcji. Oddanie pracy do druku jest jednoznaczne ze zgodą wszystkich autorów na jej publikację, z oświadczeniem, że Autorzy mieli pełny dostęp do wszystkich danych w badaniu i biorą pełną odpowiedzialność za całość danych i dokładność ich analizy. Dopuszcza się druk prac już opublikowanych ze względów ważnych dla czytelników, ale z adnotacją, że jest to przedruk i z jakiego źródła.

Wersja elektroniczna prac

Redakcja wymaga nadsyłania prac wyłącznie w formie elektronicznej na adres e-mail:

pielęgniarstvospecjalistyczne@gmail.com

Prace powinny być napisane w edytorze tekstu Word co najmniej „6”, Czcionka Times New Roman o wielkości „12”. Objętość prac oryginalnych i poglądowych nie powinna być większa niż 16 stron, a kazuistycznych 12 stron maszynopisu, łącznie z piśmiennictwem, rycinami, tabelami i streszczeniami (standardowa strona: 1800 znaków). Prace powinny być pisane w formacie A4 z zachowaniem podwójnego odstępu, z lewej strony należy zachować margines 2cm, a z prawej margines szerokości 3cm. Propozycje wyróżnień należy zaznaczyć w tekście pismem półgrubym (bold). Na pierwszej stronie należy podać: tytuł pracy w języku polskim i angielskim; pełne imię i nazwisko Autora (Autorów) pracy. Przy pracach wieloosódkowych prosimy o przypisanie Autorów do ośrodków, z których pochodzą; pełną nazwę ośrodka (ośrodków), z którego pochodzi praca (w wersji oficjalnie ustalonej); wskazać Autora do korespondencji oraz adres na jaki Autor życzy sobie otrzymać korespondencję (służbowy lub prywatny) wraz z tytułem naukowym, pełnym imieniem i nazwiskiem oraz z numerem telefonu i adresem poczty elektronicznej. Jednocześnie Autor wyraża zgodę na publikację przedstawionych

danych adresowych (jeśli Autor wyrazi takie życzenie, numer telefonu nie będzie publikowany); słowa kluczowe w języku polskim i angielskim, zgodne z aktualną listą Medical Subject Heading (MeSH) nie więcej niż 5. Na drugiej stronie pracy powinny być opisane wszelkie możliwe konflikty interesów oraz informacje o źródłach finansowania pracy (grant, sponsor), podziękowania, ewentualnie powinna się tutaj pojawić nazwa kongresu na którym praca została ogłoszona oraz zgoda pacjenta na publikację jeśli jest wymagana.

Streszczenie i słowa kluczowe

Do artykułu następnie należy dołączyć streszczenie, jednobrzmiące zarówno w języku polskim, jak i angielskim. Streszczenie prac oryginalnych powinno zawierać do 200 słów i powinno składać się z czterech wyodrębnionych części, oznaczonych kolejno następującymi tytułami: Cel pracy, Materiał i metodyka, Wyniki, Wnioski/Podsumowanie. Wszystkie skróty zastosowane w streszczeniu powinny być wyjaśnione. Streszczenia prac poglądowych i kazuistycznych powinno zawierać do 200 słów i zawierać cel pracy oraz podstawowe założenia. Po streszczeniu należy umieścić nie więcej niż pięć słów kluczowych w języku polskim i angielskim, zgodnych z aktualną listą Medical Subject Reading (MeSH). Jeżeli odpowiednie terminy MeSH nie są jeszcze dostępne dla ostatnio wprowadzonych pojęć, można stosować ogólnie używanych określeń.

Układ pracy

Układ pracy powinien obejmować wyodrębnione części: Wprowadzenie, Cel pracy, Materiał i metodyka (w ramach części metodyka – Informacja o stanowisku Komisji Bioetycznej), Wyniki badań, Omówienie/Dyskusja, Wnioski/Podsumowanie, Piśmiennictwo, Tabele, Ryciny. Materiał i metodyka musi szczegółowo wyjaśniać wszystkie zastosowane metody badawcze, które są uwzględnione w wynikach. Należy podać nazwy metod statystycznych i oprogramowania zastosowanych do opracowania wyników.

Tabele

Tabele należy nadesłać w dwóch egzemplarzach, jedna wersja w tekście, druga w oddzielnym pliku. Tytuły tabel oraz ich zawartość powinny być wykonane w języku polskim. Wszystkie użyte w tabelach skróty powinny być wyjaśnione pod tabelą. Tabele powinny być opisane nad tabelą i ponumerowane cyframi arabskimi.

Ryciny

Ryciny należy nadsyłać w dwóch egzemplarzach jedna wersja w tekście, druga tabela w oddzielnym pliku. Ryciny należy opisać pod ryciną i ponumerować cyframi arabskimi. Wszystkie użyte pod ryciną skróty powinny być wyjaśnione pod ryciną. Skróty i symbole Należy

używać tylko standardowych skrótów i symboli. Pełne wyjaśnienie pojęcia lub symbolu powinno poprzedzać pierwsze użycie jego skrótu w tekście, a także występować w legendzie do każdej ryciny i tabeli, w której jest stosowany.

Piśmiennictwo

Piśmiennictwo powinno być ułożone zgodnie z kolejnością cytowania prac w tekście, tabelach, rycinach (w przypadku pozycji cytowanych tylko w tabelach i rycinach obowiązuje kolejność zgodna z pierwszym odnośnikiem do tabeli lub ryciny w tekście). Liczba cytowanych prac w przypadku prac oryginalnych, poglądowych nie powinna przekraczać 20 pozycji, w przypadku prac kazuistycznych 10 pozycji. Piśmiennictwo powinno zawierać wyłącznie pozycje opublikowane. Przy opisach bibliograficznych artykułów z czasopism należy podać: nazwisko autora wraz z inicjałem imienia (przy większej niż 4 liczbie autorów podaje się tylko pierwszych trzech i adnotację „et al” w pracach w języku angielskim oraz „wysp.” w pracach w języku polskim) tytuł pracy, skrót tytułu czasopisma (zgodny z aktualną listą czasopism indeksowanych w Index Medicus, dostępnym m.in. pod adresem: <ftp://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/ljiweb.pdf>, rok wydania, numer tomu (rocznika) oraz numery stron, na których zaczyna i kończy się artykuł, np.:

Szulc W, Niewiadomska WE. Etnopielęgniarstwo. Piel. 2000. 1999;2 (43): 346.

Opisy wydawnictw zwartych (książki) powinny zawierać: nazwisko(a) Autora(ów) wraz z inicjałem imienia, tytuł, ew. numer kolejnego wydania, nazwę wydawcy, miejsce i rok wydania przy pracach zbiorowych nazwisko(a) Redaktora(ów) odpowiedzialnego podaje się podtytuł

książki i skrócie „(red.)”, a przy opisach rozdziałów książek należy podać: Autora(ów) rozdziału, tytuł rozdziału, następnie po oznaczeniu „[w:]” tytuł całości, Autora(ów) (Redaktora(ów) całości, oznaczenie części wydawniczej, nazwę wydawcy, miejsce i rok wydania oraz numery stron, na których zaczyna się i kończy utwór, np.:

Kulik TB, Wrońska I. red. Koncepcja zdrowia w medycynie i naukach społecznych. Stalowa Wola: Wyd. Wyd. Nauk Społ. KUL; 2000.

Piątkowski W. Zdrowie w socjologii. [w:] Kulik TB, Wrońska I, red. Koncepcja zdrowia w medycynie i naukach społecznych. Stalowa Wola: Wyd. Wyd. Nauk Społ. KUL; 2000.s.128159.

Konieczne jest używanie interpunkcji ściśle według powyższych przykładów opisu bibliograficznego. Odnośniki do publikacji internetowych są dopuszczalne jedynie w sytuacji braku adekwatnych danych w literaturze opublikowanej drukiem. W przypadku korzystania ze źródeł informacji elektronicznej wymagany jest pełny adres strony internetowej wraz z datą korzystania z niej.

Prawa i obowiązki autorskie

Jeśli Autorzy nie zastrzegają inaczej w momencie zgłaszania pracy, Wydawca nabywa na zasadzie wyłączności ogół praw autorskich do wydrukowanych prac (w tym prawo do wydawania drukiem, na nośnikach elektronicznych, CD i innych oraz w Internecie). Bez zgody Wydawcy dopuszcza się jedynie drukowanie streszczeń. Autorzy otrzymują 1 egzemplarz czasopisma. Tytułem powyższego wykorzystania utworów, Autorom nie są wypłacane honoraria. Po akceptacji pracy do druku autor zostanie poinformowany drogą elektroniczną

Editorial requirements

The editorial office requires papers to be sent only in electronic form to the following e-mail adres:

pielegniarstvospecjalistyczne@gmail.com

Papers should be written with the use of at least 6.0 version Word's word processor, with size „12” Times New Roman font. The volume of original and supported with research examples papers should not exceed 16 pages and casuistic papers should not exceed 12 pages of typescript, including references, figures, tables and summaries (standard page 1800 characters). The works should be written in A4 format with double spacing, on the left side a margin of 2cm should be kept, the right margin should be 3cm wide. Proposals for distinctions should be marked in the text with a semi bold font. The first page should contain: the title of the work in Polish and English; full name and surname of the Author(s) of the work. For multicentre papers, please assign the authors to the centers from which they come; give the full name of the centre (centres) from which the paper originates (in the officially fixed version); indicate the Author for correspondence and the address for which the Author wishes to receive correspondence (business or private) together with the academic title, full name and surname and telephone number and email address. At the same time, the Author agrees to the publication of the address data provided (if the Author wishes so, the telephone number will not be published); keywords in Polish and English, consistent with the current Medical Subject Heading (MeSH) list no more than 5. On the second page of the work all possible conflicts of interest and information about the sources of financing the work (grant, sponsor), thanks should be written and described, if need be here should appear the name of the Congress on which work was announced and the patient's consent for publication if required.

Summary and key words

The article should be followed by a unanimous summary, both in Polish and English. The summary of original works should contain up to 200 words and should consist of four separate parts, marked successively with the following titles: Aim of the work, Material and methodology, Results, Conclusion/Summary. All abbreviations used in the summary should be clarified. Summaries of review and casuistic papers should contain up to 200 words and include the purpose of the work and the basic assumptions. After the summary, no more than five keywords in Polish and English should be given. Keywords must be in accordance with the current Medical Subject Reading (MeSH) list if the relevant MeSH terms for recently introduced terms are not yet available, generally used terms may be used.

Paper layout

Paper layout should include separate parts: Introduction, Aim of the study, Material and methodology (as part of the methodology Information about the position of the Bioethics Committee) Research results, Discussion, Conclusions/Summary, Literature, Tables, Figures. The material and methodology must explain in detail all applied research methods that are included in the results. Provide the names of the statistical methods and software used to compile the results.

Tables

The tables should be sent in two copies, one in the text the second in a separate file. Table titles and their contents should be written in Polish. All abbreviations used in the tables should be explained below the table. Tables should be described above the table and numbered with Arabic numerals.

Figures

The figures should be sent in two copies, one in the text the second in a separate file. Figures should be described below the figure and numbered with Arabic numerals. All abbreviations used below the figure should be explained below the figure.

Abbreviations and symbols

Use only standard abbreviations and symbols. A full explanation of the concept or symbol should precede the first use of its abbreviation in the text, and also appear in the legend to each figure and table in which it is used. Literature The literature should be arranged in accordance with the order of quoting works in the text, tables, figures (in the case of items cited only in tables and figures, the order is in line with the first reference to the table or figures in the text). The number of quoted works in the case of original and review papers should not exceed 20 items, in the case of casuistic studies 10 items. The literature should only contain published items. In the bibliographic descriptions of journal articles, the following data should be provided: author's surname together with the initial of the name (with more than 4 authors only the first three are given and the annotation „et al” in the papers in English and „i wsp.” in the papers in Polish) title of the thesis, abbreviation of the journal's title (in accordance with the current list of magazines indexed in Index Medicus, available, among others, at [ftp://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/iweb.pdf](http://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/iweb.pdf), year of publication, volume number (year) and the page numbers on which the article begins and ends, e.g.

Szulc W, Niewiadomska WE. Etnopielęgniarstwo. Piel. 2000. 1999;2 (43): 34-6

Descriptions of non-serial publications (books) should include: surname(s) of the author(s) along with the name initial, title, possibly the number of the next edition, name of the publisher, place and year of publication; for collective works, the surname(s) of responsible editor(s) should be given after the title of the book and the abbreviation „(red.)”, and in the descriptions of book chapters, the following data should be specified: The author(s) of the chapter, the title of the chapter, then after the „[w:]” the title of the whole book, Author(s) (Editor(s)) of the whole book, designation of the part, name of the publisher, place and year of publication and page numbers on which it begins and ends, e.g.

Kulik TB, Wrońska I. ed. *Koncepcja zdrowia w medycynie i naukach społecznych*. Stalowa Wola: Wyd. Wyd. Nauk Społ. KUL; 2000.

Piątkowski W. *Zdrowie w socjologii*. [w:] Kulik TB, Wrońska I, red. *Koncepcja zdrowia w medycynie i naukach*

społecznych. Stalowa Wola: Wyd. Wyd. Nauk Społ. KUL; 2000.s.128-159.

It is necessary to use punctuation strictly according to the above examples of bibliographic description. References to online publications are only permitted if there are no adequate data in the literature published in print. In the case of using electronic information sources, the full website address is required along with the date of using it.

Copyrights and obligations

If the Authors do not provide otherwise at the time of submitting the work, the Publisher acquires, on an exclusive basis, all copyrights to the printed ones (including the right to publish in print, on electronic media, CD and other media and on the Internet). Without the consent of the Publisher, only abstracts are allowed. The authors receive 1 copy of the journal. For the above use of works, authors are not paid royalties. After accepting the work for printing, the author will be informed by e-mail.

Redakcia si vyžaduje posielanie prác len v elektronickej podobe na emailovú adresu:

pielegniarstwspecjalistyczne@gmail.com

Práce musia byť napísané v programe Word min. veľkosťou písma „6“, a fontom Times New Roman, veľkosť „12“. Objem originálnych a náhľadových nemôže byť väčšia ako 16 strán, a 12 kazuistických strán strojopisu, vrátane literatúry, výtlačkov, tabuliek a abstraktov (štandardná strana do 1800 znakov). Práce musia byť napísané vo formáte A 4 so zachovaním dvojitého riadkovania, na ľavej strane musíte dodržať okraj 2 cm a na pravej okraj so šírkou 3 cm. Ponuky zvýraznenia by mali byť označené v texte polohrubým písmom (bold). Prvá strana musí obsahovať: názov práce v poľskom a anglickom jazyku celé meno a priezvisko Autora (Autorov) práce.

Pri viac strediskových prácach prosíme o uvedenie Autorov do stredísk, z ktorých pochádzajú celý názov strediska (stredísk), z ktorých pochádzajú práce (v oficiálne určenej verzii); zadať Autora pre korešpondenciu a jeho korešpondenčnú adresu (firemnú, alebo súkromnú) spolu s vedeckým titulom, celým menom a telefónnym číslom, ako aj emailovú adresu. Zároveň Autor súhlasí s uverejnením predložených údajov (ak Autor bude mať také želanie, tak telefónne číslo nebude zverejnené); kľúčové slová v poľskom a anglickom jazyku, v súlade s aktuálnym zoznamom Medical Subject Heading (MeSH) – nie viac, ako 5. Na druhej strane práce musia byť opísané všetky potenciálne konflikty záujmov, ako aj informácie o financovaní práce (grant sponzor), poďakovania, či tiež by sa tu mal objaviť aj názov kongresu, na ktorom bola práca vyhlásená, a súhlas pacienta na uverejnenie, ak sa vyžaduje.

Abstrakt a kľúčové slová

Do článku by ste mali potom priložiť abstrakt, rovnako znejúce v poľskom, ako aj v anglickom jazyku. Abstrakt originálnych prác by mal obsahovať do 200 slov a malo by sa skladať zo štyroch samostatných častí, označených postupne s nasledujúcimi titulmi: Cieľ práce, Materiál a metódy, Výsledky. Záver/Zhrnutie. Všetky skratky použité v abstrakte musia byť vysvetlené. Abstrakty náhľadových kazuistických prác by mali obsahovať do 200 slov a mali by obsahovať cieľ práce a jej hlavné predpoklady. Po abstrakte by ste mali pridať nie viac, ako päť kľúčových slov v poľskom a anglickom jazyku, zhodných s aktuálnym zoznamom Medical Subject Reading (MeSH). Ak vhodné termíny MeSH ešte nie sú k dispozícii pre nedávno zavedené názvy, môžete použiť bežne používané pojmy. Systém práce Systém práce by mal obsahovať samostatné časti: Úvod, Cieľ práce, Materiál a metódy, (v časti technika Informácia o stanovisku Ko-

misie Bioetiky) Výsledka výskumu, Opis/ Diskusia, Záver/ Zhrnutie, Literatúra, Tabuľky, Výtlačky. Materiál a metódy musia podrobne vysvetliť všetky použité výskumné metódy, ktoré budú zahrnuté vo výsledkoch. Mali by ste zadať názvy štatistických metód a programovania použitého na získanie výsledkov.

Tabuľky

Tabuľky je potrebné odoslať v dvoch exemplároch, pričom jedna verzia bude v texte, druhá tabuľka v samostatnom súbore. Názvy tabuliek a ich obsah musia byť v poľskom jazyku. Všetky použité skratky v tabuľkách by mali byť vysvetlené nižšie pod tabuľkou. Tabuľky musia byť opísané vyššie nad tabuľkou a očíslované arabskými číslicami.

Výtlačky

Výtlačky je potrebné odoslať v dvoch exemplároch, pričom jedna verzia bude v texte, druhá tabuľka v samostatnom súbore. Výtlačky by mali byť opísané pod výtlačkom a očíslované arabskými číslicami. Všetky použité skratky pod výtlačkom by mali byť vysvetlené nižšie pod výtlačkom.

Skratky a symboly

Používajte iba štandardné skratky a symboly. Úplné vysvetlenie pojmu, alebo symbolu musí predchádzať prvé použitie skratky v texte, ale tiež musí byť aj v legende ku každému výtlačku a tabuľke, v ktorej bola použitá.

Literatúra

Literatúra by mala byť umiestnená v súlade s postupom citovania prác v texte, tabuľkách, výtlačkoch (v prípade citovaných pozícií iba v tabuľkách a výtlačkoch, platí poradie zhodné s prvým odkazom na tabuľku, alebo výtlačok v texte). Počet citovaných prác v prípade originálnych, náhľadových prác nesmie presiahnuť 20 pozícií, v prípade kazuistických prác 10 pozícií. Literatúra by mala obsahovať len zverejnené pozície. Pri opise bibliografických článkov z časopisov, je nutné zadať: priezvisko autora spolu s iniciálami mena (ak je viac, ako 4 autori, tak uvádzame len prvé tri a poznámky „et al“ v prácach v angličtine a „i wsp.“ v prácach v slovenskom jazyku), názov práce, skrátený názov časopisu (zhodný s aktuálnym zoznamom časopisov indexovaných v Index Medicus, dostupných medzi inými na adrese <ftp://nlpubs.nlm.nih.gov/online/journals/ljiweb.pdf>, rok vydania, číslo ročníka ako aj čísla strán, na ktorá začína a končí článok, napr.:

Szulc W, Niewiadomska WE. Etnopielęgniarnictwo. Piel. 2000. 19992 (43): 346.

Opisy wydawatelstiew (knihy) by mal obsahovať: priezvisko(á) Autora(ov), spolu s iniciálami mena, titul, ev. Číslo

ďalšej publikácie, názov vydavateľa, miesto a rok vydania pri kolektívnych prácach priezvisko (a zodpovedného Redaktora(ov) zadajte v podtitule knihy av skratke „(red.)“; pri opise kapitol kníh musí zadať: Autora (ov), názov kapitoly, potom po označení „[w:]“ názov celku, Autora (ov), Redaktora(ov) v celku, označenie vydavateľskej časti, názov vydavateľa, miesto a rok vydania a čísla strán, na ktorých sa začína končí tvorba, napr.

Kulik TB, Wrońska I. Red. Konceptcja zdrowia w medycynie I naukach społecznych. Stalowa Wola: Wyd. Wyd. Nauk Społ. KUL 2000.

Piątkowski W. Zdrowie w socjologii. [w:] Kulik TB, Wrońska I., red. Konceptcja zdrowia medycynie i naukach społecznych. Stalowa Wola: Wyd. Wyd. Nauk Społ. KUL 2000.s.128159.

Je potrebné používať interpunkčné znamienka, prísne súlade s vyššie uvedenými príkladmi bibliografických opisov. Odkazy na internetové publikácie sú prípustné iba v prípade chýbajúcich údajov v literatúre uverejnenej v tlačenej forme. V prípade použitia informácií zo zdrojov v elektronickej forme sa vyžaduje kompletná adresa webovej stránky spolu s dátumom jej použitia.

Autorské práva a povinnosti

A Autori neurčujú inak v okamihu nahlásenia práce, Vydavateľ nadobúda všeobecné autorské práva na základe vyhradenosti k vytlačeným (vrátane práva na vydanie tlače, elektronických médiách, CD, ako aj v Internete). Bez súhlasu Vydavateľa je povolené len tlač abstraktov. Autori získajú 1 kópiu časopisu. Z titulu vyššieho využitia diel Autorom nebudú zaplatené honorári. Po prijatí práce na tlač bude autor informovaný elektronicky

Ocena poziomu wiedzy na temat profilaktyki nadciśnienia tętniczego u pacjentów po 60 r. ż

Assessment of the level of knowledge about the prevention of hypertension in patients over 60 years of age

Krystyna Mizerska, Wyższa Szkoła Zarządzania w Częstochowie
Adrianna Kosior-Lara Uniwersytet Jana Długosza w Częstochowie

Streszczenie

Wstęp: Nadciśnienie tętnicze to problem, z którym zmagają się ludzie na całym świecie. Polskie społeczeństwo odznacza się wysokim odsetkiem zachorowań na nadciśnienie tętnicze krwi. Jest to około 8,6 miliona osób co stanowi 29% populacji dorosłych Polaków. Cel badań: Celem głównym niniejszej pracy jest ocena poziomu wiedzy pacjentów geriatrycznych z chorobą nadciśnieniową w zakresie profilaktyki nadciśnienia tętniczego.

Materiał i metody:

Badania przeprowadzone zostały na grupie 200 pacjentów ze zdiagnozowaną chorobą nadciśnieniową. Respondenci byli pacjentami Oddziału Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Geriatrycznym w Częstochowie. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę kierownika Szpitala. Dla realizacji założonego celu posłużono się metodą sondażu diagnostycznego.

W ramach tej metody wykorzystano technikę badań ankietowych. Narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety. Zebrane w wyniku przeprowadzonych badań ankietowych informacje zostały poddane analizie statystycznej. Analizę statystyczną wykonano z pomocą arkusza kalkulacyjnego Excel (Microsoft) oraz programu SPSS Statistics 29.

Wnioski: Stan wiedzy pacjentów geriatrycznych chorujących na nadciśnienie tętnicze krwi na temat własnej choroby jest nie wystarczający. W większości chorzy nie posiadają rzetelnej wiedzy na temat swojego schorzenia, sposobów jego leczenia jak i działań profilaktycznych. Wiedza badanych jest wybiórcza i nieusystematyzowana.

Słowa kluczowe: nadciśnienie tętnicze, profilaktyka, leczenie, pacjent, poziom wiedzy

Summary

Introduction: Arterial hypertension is a problem faced by people all over the world. Polish society is characterized by a high percentage of cases of arterial hypertension. This is about 8.6 million people, which is 29% of the adult population of Poles.

Aim of the study: The main objective of this study is to assess the level of knowledge of geriatric patients with hypertension in the prevention of hypertension.

Material and methods: The study was conducted on a group of 200 patients diagnosed with hypertension. The respondents were patients of the District Hospital in Częstochowa, Department of Internal Diseases with the Geriatrics Department. The consent of the head of the hospital was obtained for the study. To achieve the assumed goal, the diagnostic survey method was used. As part of his method, the technique of survey research was used. The research tool was the authors questionnaire. The information collected as a result of the conducted surveys was subjected to statistical analysis. Statistical analysis was performed using an Excel spreadsheet (Microsoft) and STATISTICA v.13 (TIBCO Software Inc.).

Conclusions:

The knowledge of geriatric patients suffering from hypertension about their own disease is insufficient. Most patients do not have reliable knowledge about their disease, methods of its treatment and preventive measures that would allow them to avoid the consequences of untreated or incorrectly treated hypertension. The knowledge of the respondents is selective and unsystematized. It turns out that regardless of whether the respondents live in the city or in the countryside, there are no statistically significant differences in the level of their knowledge about hypertension.

Key words: arterial hypertension, prophylaxis, treatment, patient, level of knowledge.

Epidemiologia i etiologia nadciśnienia tętniczego

Nadciśnienie tętnicze stanowi obecnie jedną z najbardziej rozpowszechnionych chorób układu krążenia i pozostaje najważniejszym czynnikiem ryzyka przedwczesnych zgonów na całym świecie. Jest poważnym problemem nie tylko zdrowotnym ale również społecznym i ekonomicznym. Wysokość ciśnienia tętniczego krwi wykazuje liniowy związek ze śmiertelnością i zapadalnością na choroby krążenia takie jak niewydolność serca, zawał serca, choroby tętnic obwodowych, udar mózgu i przewlekłe choroby nerek [1]. Dane z ostatnich dwudziestu lat wskazują na ciągły wzrost zachorowań na nadciśnienie tętnicze. Obecnie na świecie żyje ponad 1,28 miliarda

osób z nadciśnieniem, w Polsce liczba ta przekroczyła 10 milionów. Utrzymywanie się obecnych tendencji może spowodować, że za 20 lat liczba chorujących na nadciśnienie tętnicze krwi zwiększy się niemal dwukrotnie. Należy tu także zaznaczyć, że blisko połowa badanych nie wie, że posiada tę jednostkę chorobową, ponieważ nie odczuwa żadnych jej objawów przez co nie jest świadoma konieczności leczenia [2].

Dane WHO pochodzące z 2021 roku, pokazują że mimo postępów w leczeniu nadciśnienia tętniczego krwi, nawet co druga chorująca osoba pozostaje nieleczona. W badanym okresie, wskaźnik występowania nadciśnienia zmniejszył się w krajach gdzie dochody wykazywane są na wysokim poziomie a wzrósł w tych o średnich i niskich dochodach. W 2019 roku ponad 82% wszystkich chorujących żyło w krajach o średnich i niskich dochodach. Kraje najbogatsze Peru, Kanada i Szwajcaria miały jedno z najniższych wskaźników zachorowań [3,4].

W Europie wskaźnik występowania nadciśnienia tętniczego pozostaje nadal wysoki. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że w krajach środkowo-wschodnich min. w Polsce, na Węgrzech, Chorwacji, Białorusi i Litwie ponad połowa mężczyzn i niespełna połowa kobiet choruje na nadciśnienie. Tymczasem w krajach Europy zachodniej Szwajcarii, Hiszpanii i Wielkiej Brytanii wskaźnik występowania choroby był prawie dwukrotnie niższy i wynosił 33% wśród mężczyzn i 24% u kobiet [5].

Występowanie nadciśnienia tętniczego ma wiele przyczyn, są one mocno zróżnicowane i w większości występujących przypadków nie ma możliwości wskazania jednoznacznie źródła tego schorzenia u danego pacjenta. Przyjmuje się, że dominującym czynnikiem jest tu czynnik środowiskowy i genetyczny. Czynniki pierwotne stanowią 90 % przypadków, których patogeniza jest wieloczynnikowa i trudna jednoznacznie do ustalenia oraz wtórne stanowiące zaledwie 10 % przypadków, gdzie przyczyną są choroby innych układów [6]. Dlatego przeprowadzając analizę przyczyn powstawania nadciśnienia tętniczego krwi należy także uwzględnić procesy patologiczne, które są wynikiem innych chorób przewlekłych [7].

Cel i przedmiot badań

W niniejszej pracy badania mają charakter jakościowy, gdyż badana jest problematyka, która wykracza poza przestrzeń mierzalności i obiektywności

Celem głównym w kontekście niniejszej pracy była ocena poziomu wiedzy pacjentów z chorobą nadciśnieniową w zakresie profilaktyki nadciśnienia tętniczego a problemem badawczym głównym jest zapytanie:

- Jaki jest poziom wiedzy pacjentów po 60 r. ż. chorujących na nadciśnienie tętnicze w zakresie profilaktyki nadciśnienia tętniczego?

Na podstawie celu głównego uszczegółowiono określony problem badawczy poprzez poniższe pytania:

1. Jaki jest poziom posiadanej wiedzy na temat nadciśnienia tętniczego wśród pacjentów geriatrycznych chorujących na tę jednostkę chorobową?
2. Jakie ograniczenia życia codziennego pacjentów geriatrycznych wynikają z nadciśnienia tętniczego?

Elementem ściśle związanym z problemem badawczym jest hipoteza. W niniejszej pracy postawione zostały następujące hipotezy:

1. Miejsce zamieszkania pacjentów geriatrycznych chorujących na nadciśnienie tętnicze nie ma wpływu na jakość ich życia ani poziom ich wiedzy w tej dziedzinie.
2. Pacjenci geriatryczni ze zdiagnozowanym nadciśnieniem tętniczym z powodu deficytu wiedzy borykają się z powikłaniami jakie niesie za sobą nieleczona, bądź leczona w sposób nieprawidłowy ich jednostka chorobowa.
3. Im dłuższy czas trwania choroby u badanych, tym wyższy poziom wiedzy w zakresie działań prozdrowotnych prowadzących do poprawy jakości życia.
4. Nadciśnienie tętnicze i powikłania z nim związane ingerują w dobrostan fizyczny i psychiczny, wpływając tym samym na jakość życia chorujących.
5. Nadciśnienie tętnicze nie ma wpływu na zmianę dotychczasowego stylu życia chorujących

Metody, techniki i narzędzia badawcze

Jako, że badaniu podlegają opinie pacjentów wybrano sondaż diagnostyczny. Populację generalną stanowili wszyscy pacjenci po 60 r.ż. ze zdiagnozowanym nadciśnieniem tętniczym, natomiast grupę reprezentującą – pacjenci z chorobą nadciśnieniową leczeni na Oddziale Wewnętrznym z Pododdziałem Geriatrycznym w Częstochowie.

W badaniach sondażowych najczęściej stosowane zostały techniki: wywiadu, ankiety, analizy dokumentów

Spośród niniejszych technik zdecydowano o wyborze techniki ankietowania. Badania ankietowe prowadzone na potrzeby niniejszej pracy mają charakter bezpośredni - przygotowane kwestionariusze badacz osobiście przekazał pacjentom.

Kwestionariusz ankiety opracowany został na potrzeby niniejszych badań i zawierał metryczkę oraz grupy pytań odnoszące się do każdego z postawionych problemów badawczych. Kwestionariusz stanowił zbiór pytań wraz z gotowymi odpowiedziami. Zapewnił on anonimowość respondentom, co sprzyjało wiarygodności odpowiedzi. Przygotowany kwestionariusz ankiety zawierał 33 pytania, w tym:

- odnoszących się do sytuacji życiowej ankietowanych (metryczka),
- dotyczących poziomu wiedzy na temat nadciśnienia tętniczego ankietowanych,
- nawiązujących do fizycznego i psychicznego stanu zdrowia respondentów,

Wszystkie postawione pytania miały charakter zamknięty.

Teren i organizacja badań

Badanie ankietowe przeprowadzono w Oddziale Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Geriatrycznym w Częstochowie. Zgodę na przeprowadzenie ankiety wyraził kierownik oddziału. Rozdano 202 kwestionariuszy, które prawidłowo wypełniło 200 pacjentów oddziału chorób wewnętrznych i oddziału geriatrycznego w wieku powyżej 60 roku życia, natomiast 2 ankiety zostały wykluczone z badania ponieważ nie spełniała kryteriów umożliwiających przeprowadzenie analizy. Badania przeprowadzono w miesiącach: styczeń, luty, marzec, kwiecień, maj 2024 roku.

Kryteria włączenia do badań:

1. pacjent przyjęty do Oddziału Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Geriatrycznym
2. zgoda pacjenta na udział w badaniu
3. wiek 60 lat i powyżej
4. pacjent ze zdiagnozowanym nadciśnieniem tętniczym

Kryteria wyłączenia z badań:

1. osoby nie będące pacjentami Oddziału Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Geriatrycznym
2. wiek poniżej 60 lat
3. pacjenci z podwyższonymi parametrami ciśnienia tętniczego krwi, którzy nie mają postawionej diagnozy choroby nadciśnieniowej.

Omówienie wyników badań

Badaniami objęto grupę 200 pacjentów ze zdiagnozowanym nadciśnieniem tętniczym. Podstawowe statystyki cech charakteryzujących badanych pacjentów zamieszczono w Tabeli 1

W badanej grupie osób chorujących na nadciśnienie tętnicze przeważali mężczyźni (128 badanych – 64%). W badaniu wzięły również udział 72 kobiety (36%)

Najwięcej pacjentów, którzy wzięli udział w badaniu znajdowało się w przedziale wiekowym od 71 do 80 lat (87 badanych – 44%). Najmniejszą grupę stanowili ankietowani w wieku 60-70 lat (54 ankietowanych – 25%) .

Pod względem wykształcenia za największą grupę uznano respondentów z wykształceniem zasadniczym zawodowym (81 badanych – 40%), najmniejszą grupę stanowili ankietowani z wykształceniem wyższym (20 badanych – 10%)

W celu udzielenia odpowiedzi na postawione hipotezy badawcze przeprowadzono analizy statystyczne przy użyciu pakietu IBM SPSS Statistics 29. Za jego pomocą wykonano analizy w tabelach krzyżowych wraz z testem niezależności chi kwadrat, analizę korelacji rho Spearmana oraz analizę częstości. Za poziom istotności w niniejszym rozdziale uznano $\alpha = 0,05$.

W celu sprawdzenia czy regularne przyjmowanie leków i palenie papierosów w trakcie choroby nadciśnienia zależy od wiedzy o tej chorobie wykonano analizę w oparciu o tabelę krzyżową wraz z testem chi 2.

Tabela1. Charakterystyka badanych pacjentów

CECHA (zmienna)	n %
Płeć	
Mężczyźni	128 (64%)
Kobiety	72 (36%)
Wiek (rok życia)	
60-70	64 (32%)
71-80	87 (44%)
81 i powyżej	49 (24%)
Wykształcenie	
Podstawowe	37 (19%)
Zasadnicze zawodowe	81 (40%)
Średnie	62 (31%)
Wyższe	20 (10%)
Miejsce zamieszkania	
Wieś	129 (64%)
Miasto	71 (36%)
Budowa ciała	
Wychudzenie	5 (3%)
Średnia	41 (20%)
Powyżej średniej	83 (42%)
Otyłość	71 (35%)

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych

Test chi kwadrat okazał się nieistotny statystycznie, co oznacza, że zależność taka nie występuje. Regularne przyjmowanie leków nie zależy od poziomu wiedzy o nadciśnieniu.

Jak się okazuje, palenie papierosów podczas choroby nadciśnienia tętniczego również nie zależy od wiedzy o chorobie.

W celu sprawdzenia czy wiedza na temat nadciśnienia tętniczego zależy od wielkości miejsca zamieszkania wykonano trzy tabele krzyżowe wraz z testami chi 2

Okazuje się, że bez względu na to, czy badani mieszkają w mieście czy na wsi, to nie ma istotnych statystycznie różnic w ich poziomie wiedzy o nadciśnieniu.

Tabela 2. Zależność między regularnym przyjmowaniem leków a wiedzą o nadciśnieniu

	Regularnie przyjmuje leki		Nie przyjmuje leków regularnie		Ogółem			
Zmienna	N	%	N	%	N	%	$\chi^2(2)$	p
Wiedzą b. dużo o nadciśn.	55	39,9%	17	27,9%	72	36,2%	2,81	0,245
Mają wiedzę, ale niewystarczającą	80	58,0%	43	70,5%	123	61,8%		
Nie wiedzą nic o nadciśn.	3	2,2%	1	1,6%	4	2,0%		
Ogółem	138	100%	61	100%	199	100%		

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych

Tabela 3. Zależność między paleniem papierosów a wiedzą o nadciśnieniu

	Pał papierosy		Nie pał papierosów		Ogółem			
Zmienna	N	%	N	%	N	%	$\chi^2(2)$	p
Wiedzą b. dużo o nadciśn.	18	37,5%	54	35,8%	72	36,2%	0,05	0,974
Mają wiedzę, ale niewystarczającą	29	60,4%	94	62,3%	123	61,8%		
Nie wiedzą nic o nadciśn.	1	2,1%	3	2,0%	4	2,0%		
Ogółem	48	100%	151	100%	199	100%		

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych

Tabela 4 Zależność wiedzy o nadciśnieniu od miejsca zamieszkania

	Wieś		Miasto		Ogółem			
Zmienna	N	%	N	%	N	%	$\chi^2(2)$	p
Wiedzą b. dużo o nadciśn.	44	34,4%	27	38,6%	71	35,9%	0,82	0,665
Mają wiedzę, ale niewystarczającą	82	64,1%	41	58,6%	123	62,1%		
Nie wiedzą nic o nadciśn.	2	1,6%	2	2,9%	4	2,0%		
Ogółem	128	100%	70	100%	198	100%		

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych

Tabela 5. Zależność znajomości prawidłowej wartości ciśnienia krwi od wielkości miejsca zamieszkania

	Wieś		Miasto		Ogółem			
Zmienna	N	%	N	%	N	%	$\chi^2(1)$	p
Znają prawidł. wart. ciśnienia krwi	56	43,4%	31	44,3%	87	43,7%	0,01	1,000
Nie znają prawidł. wart. ciśn. krwi	73	56,6%	39	55,7%	112	56,3%		
Ogółem	129	100%	70	100%	199	100%		

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych

Tabela 6. Zależność znajomości prawidłowego pomiaru ciśnienia krwi od wielkości miejsca zamieszkania

	Wieś		Miasto		Ogółem			
Zmienna	N	%	N	%	N	%	$\chi^2(1)$	P
Znają zasady prawidł. pomiaru ciśnienia	74	57,4%	37	52,9%	111	55,8%	0,37	0,554
Nie znają zasad prawidł. pomiaru ciśnienia	55	42,6%	33	47,1%	88	44,2%		
Ogółem	129	100%	70	100%	199	100%		

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych

Sprawdzono również czy badani z miasta częściej znają prawidłową wartość ciśnienia krwi. Okazuje się, że 43,4% mieszkańców wsi zna prawidłową wartość ciśnienia i 44,3% mieszkańców miasta. Nie są to istotne statystycznie różnice.

Także nie ma istotnych statystycznie różnic w zasadach prawidłowego pomiaru ciśnienia. Zna je 52,9% mieszkańców miasta i 57,4% wsi. Nie są to istotne różnice.

W celu sprawdzenia czy wiedza na temat ciśnienia tętniczego jest związana z długością trwania choroby, poziomem aktywności fizycznej i nasileniem stresu wykonano analizę korelacji rho Spearmana. - Tabela 7

Tabela 7. Związek pomiędzy wiedzą na temat nadciśnienia a długością trwania choroby, poziomem aktywności fizycznej i nasileniem stresu

Zmienna		Poziom wiedzy
Długość trwania choroby	rho Spearmana	0,05
	Istotność	0,498
Poziom aktywności fizycznej	rho Spearmana	-0,09
	Istotność	0,229
Nasilenie stresu	rho Spearmana	0,09
	Istotność	0,209

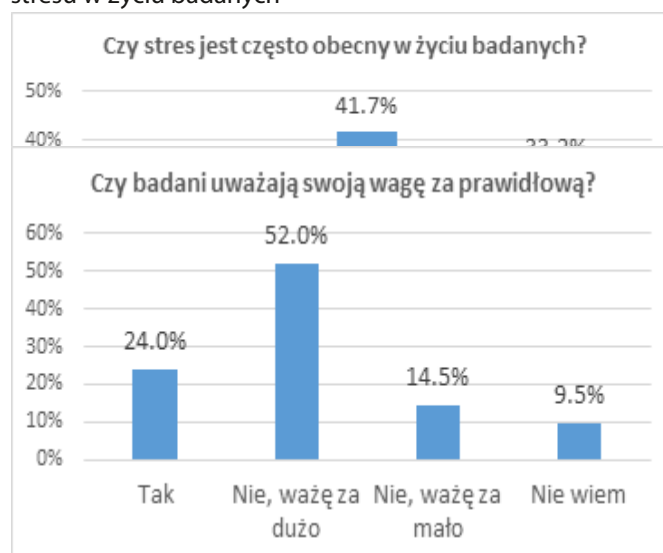
Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych

Analiza wykazała brak istotnych statystycznie związków. Oznacza to, że wiedza nie jest związana z długością trwania choroby, poziomem aktywności fizycznej i nasileniem stresu. Analiza ukazująca częstości uważania przez ankietowanych wagi za prawidłowej znajduje się na rycinie 1

Rycina 1. Procentowy rozkład częstości dotyczący przekonania o prawidłowości swojej wagi

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych

Rycina 2. Procentowy rozkład częstości dotyczący obecności stresu w życiu badanych



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych

Ponad połowa badanych uważa, że ma nadwagę (52%). Co czwarta ankietowana osoba ma wagę w normie (24%). Za mało waży 14,5%, a nie wie 9,5% badanych.

Ostatnia analiza częstości dotyczy obecności stresu w życiu badanych (rycina2).

Jak się okazuje stres często jest obecny jedynie u 25,1% ankietowanych. U co trzeciej osoby tylko czasami (33,2%), z kolei u 41,7% respondentów jest on nieobecny wcale.

W ostatnim kroku przeprowadzono analizy chi 2, by sprawdzić czy wymuszona przez chorobę zmiana nawyków jest zależna od czasu jej trwania. W tabeli 8 zmiana nawyków dotyczy ogólnego ograniczenia życia, w tabeli 9 odżywiania, a w tabeli 10 sportu.

Tabela 8. Zależność ograniczania życia przez chorobę od długości jej trwania

	Powyżej 0,5 roku		Powyżej 2 lat		Powyżej 5 lat		Powyżej 10 lat			
Zmienna	N	%	N	%	N	%	N	%	$\chi^2(3)$	P
Choroba ogranicza życie	12	33,3%	9	27,3%	14	27,5%	27	34,2%	0,97	0,808
Nie ogranicza	24	66,7%	24	72,7%	37	72,5%	52	65,8%		
Ogółem	36	100%	33	100%	51	100%	79	100%		

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych

Tabela 9. Zależność zmiany odżywiania przez chorobę od długości jej trwania

	Powyżej 0,5 roku		Powyżej 2 lat		Powyżej 5 lat		Powyżej 10 lat			
Zmienna	N	%	N	%	N	%	N	%	$\chi^2(3)$	P
Choroba wymusiła zmianę odżywiania	25	69,4%	24	72,7%	29	55,8%	44	55,7%	4,52	0,211
Nie zmieniłem/am sposobu odżywiania	11	30,6%	9	27,3%	23	44,2%	35	44,3%		
Ogółem	36	100%	33	100%	52	100%	79	100%		

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych

Tabela 10. Zależność tego czy badani zrezygnowali z uprawianego przez nich sportu od długości trwania choroby

	Powyżej 0,5 roku		Powyżej 2 lat		Powyżej 5 lat		Powyżej 10 lat			
Zmienna	N	%	N	%	N	%	N	%	$\chi^2(3)$	P
Zrezygnowałem/am z uprawianego sportu	1	2,8%	4	12,5%	4	7,7%	9	11,4%	2,83	0,419
Nie zrezygnowałem/am z żadnego sportu	35	97,2%	28	87,5%	48	92,3%	70	88,6%		
Ogółem	36	100%	32	100%	52	100%	79	100%		

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych

Każdy z trzech testów okazał się nieistotny statystycznie. Wskazuje to, że osoby chorujące powyżej 0,5 roku, powyżej 2 lat, 5 lat i 10 lat tak samo często rezygnują ze sportu, nawyków żywieniowych i w takim samym stopniu choroba ogranicza ich życia.

Dyskusja

Niniejsza praca poświęcona jest ocenie wiedzy pacjentów w zakresie profilaktyki i powikłań wynikających

z nieprawidłowego leczenia u osób po 60 r.ż. W badaniu uczestniczyło 200 respondentów: mężczyźni 64% (n=128), kobiety 36% (n=72). Najliczniejszą grupę wiekową stanowiły osoby w wieku 71-80 lat.

W oparciu o badanie własne stwierdzono, że ankietowani w dużej mierze mieli problem z nadmierną masą ciała: 35 % miało otyłość, 42% nadwagę. Podobne wyniki uzyskano w innych badaniach. Występowanie nadciśnienia

tętniczego krwi jest ściśle związane ze zwiększoną masą ciała, stwierdzono że 4 razy częściej jest ono spotykane u osób z BMI >30kg/m², w porównaniu z osobami o prawidłowych wartościach [8].

Znajomość wartości ciśnienia tętniczego krwi przez respondentów była przeciętna 44% prawidłowo odpowiedziało na to pytanie, natomiast 55% nie potrafiło wskazać wartości prawidłowych.

W trakcie analizy statystycznej stwierdzono, że wiedza 62% (n=142) ankietowanych jest na poziomie przeciętnym. Nie wskazano istotnych różnic statystycznych, biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia i długość trwania choroby. Okazało się, że 43,4% mieszkańców wsi zna prawidłową wartość ciśnienia i 44,3% mieszkańców miasta. Największą istotność statystyczną wykazała zależność między wiedzą a długości trwania choroby (p=0,808). Analogiczne wyniki zaobserwowano w pracy Suligowskiej i wsp. (miejsce zamieszkania nie miało dużego znaczenia, natomiast długość trwania choroby wpływał w sposób bardziej znaczący na poziom wiedzy posiadanej przez ankietowanych).

Większość z badanych osób zdała sobie sprawę z faktu, iż nadmierna masa ciała może być przyczyną wystąpienia nadciśnienia tętniczego krwi. Podobne wyniki uzyskał Bednarski i wsp [9,10]. Tylko 34 % (n=68) ankietowanych odpowiedziało, że prowadzi aktywny tryb życia. Wiedzę na temat nadciśnienia tętniczego badano również w pracy pod kierunkiem Wojciechowskiej i Izdebskiej [11], gdzie wskazano że osoby ankietowane posiadały dużą wiedzę na temat potrzeby stosowania aktywności fizycznej, ale podobnie jak w niniejszym przeprowadzonym badaniu jedynie 34% z nich deklaroowało systematyczny wysiłek fizyczny sposób odżywiania się 92%. Biorąc pod uwagę całość badania poziom wiedzy ankietowanych w zakresie profilaktyki nadciśnienia tętniczego krwi jest na poziomie przeciętnym. Wyniki wskazują konieczność wdrożenia edukacji zdrowotnej osób powyżej 60 r.ż. z chorobą nadciśnieniową.

Wnioski

Przeprowadzone badanie pozwoliło na sformułowanie następujących wniosków:

1. Wiedza posiadana przez pacjentów geriatrycznych chorujących na nadciśnienie tętnicze krwi na temat własnej jednostki chorobowej jest nie wystarczająca. Badani w większości (62%) nie posiadają rzetelnej wiedzy na temat swojego schorzenia, nie znają także prawidłowych sposobów jego leczenia jak i działań profilaktycznych. Wiedza badanych jest wybiórcza i nieusystematyzowana. Badanie pokazało, że bez względu na to czy badani mieszkają na wsi czy w mieście, to nie ma istotnych statystycznie różnic w poziomie ich wiedzy na temat nadciśnienia tętniczego krwi.
2. Badani posiadają także nie wystarczającą wiedzę teoretyczną na temat prawidłowego przygotowania się

do pomiaru ciśnienia tętniczego i techniki jego prawidłowego przeprowadzenia. Tylko 45% badanych pomiar wykonuje w sposób prawidłowy, natomiast aż 55% nie zna podstawowych zasad. Także większość badanych 56% nie zna prawidłowych wartości ciśnienia tętniczego krwi. Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała, że zależność między posiadaną wiedzą na temat nadciśnienia tętniczego a miejscem zamieszkania, jest nie istotna statystycznie.

3. Prozdrowotny tryb życia większość chorujących po 60 r.ż. z nadciśnieniem tętniczym kojarzy z prawidłowym odżywianiem się (52% badanych), unikaniem picia alkoholu (81%) i palenia papierosów (81%) oraz uprawianiem aktywności fizycznej. Wśród działań profilaktycznych pacjenci potwierdzili podobne postępowanie.
4. Według przeprowadzonych badań długość trwania choroby nadciśnieniowej nie jest powiązana z wiedzą jaką posiadają respondenci na temat nadciśnienia tętniczego. Posiadana przez badanych wiedza nie jest także zależna od poziomu ich aktywności fizycznej czy nasilenia stresu. Analiza wykazała brak istotnych statystycznie związków między tymi zależnymi. Przeprowadzone badania pokazują, że osoby chorujące powyżej 0,5 roku, powyżej 2 lat, 5 lat i 10 tak samo często rezygnują ze sportu, nawyków żywieniowych i w takim samym stopniu choroba ogranicza ich życie.
5. Najczęściej wskazywanym czynnikiem predysponującym do zachorowania na nadciśnienie tętnicze są uwarunkowania genetyczne. Czynniki środowiskowe, należące do czynników modyfikowalnych stanowią zaledwie 29% wszystkich odpowiedzi. Na podstawie przeprowadzonych badań należy wnioskować, że pacjenci nie wiedzą, że zmieniając dotychczasowy styl życia, można znacząco zmniejszać ryzyko wystąpienia nadciśnienia tętniczego oraz wielu innych chorób.
6. W celu zbadania sposobów dbania osób z nadciśnieniem o swój stan zdrowia wykonano cztery analizy częstości. Wykazały one, że niemal połowa badanych (46%) ocenia swój stan zdrowia negatywnie. Również ponad połowa ankietowanych uważa że ma nadwagę (52%), za to do regularnego przyjmowania leków przyznaje, aż 69,5% ankietowanych.
7. Stan wiedzy pacjentów geriatrycznych chorujących na nadciśnienie tętnicze na temat postępowania nefarmakologicznego jest znikomy. Pacjenci jako główne i skuteczne źródło leczenia wskazują farmakoterapię (75%), nie posiadając wiedzy, że postępowanie nefarmakologiczne reguluje ciśnienie tętnicze, wydłuża czas życia w zdrowiu i zmniejsza śmiertelność.

Bibliografia

1. Grodzicki T., Narkiewicz K., Czarnecka D., Gaciong Z., Januszewicz A., Widecka K.: Hipertensjologia Tom II Podręcznik Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego. Warszawa: VM Media Sp z o.o. VM Group sp.k.; 2017.
2. Jarosz M., Respondek W.: Nadciśnienie tętnicze. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2019.

3. Hedner T., Kjeldsen S., Narkiewicz K.: Nadciśnienie Tętnicze 2020. Warszawa: Wydawnictwo Grup Via Medica; 2020.
4. Januszewicz A., Prejbisz A.: Vademecum nadciśnienia tętniczego. Gdańsk: Wydawnictwo Viva Medica; 2015.
5. Cwynar M., Gąsowski J.: Nadciśnienie tętnicze. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2013.
6. Czarnecka D., Stolarz-Skrzypek K., Olszanecka A.: Nowoczesna terapia nadciśnienia tętniczego w codziennej praktyce. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2020.6
7. Kokurewicz K.: Nadciśnienie tętnicze. Poradnik dla pacjenta. Toruń: Wydawnictwo EscapeMagazine.pl; 2013
8. Gajewska D., Ździeborska M., i wsp.: Ocena znajomości i przestrzegania zaleceń dietetycznych przez pacjentów z nadciśnieniem tętniczym pierwotnym. Problemy higieny i epidemiologii; 2013
9. Bednarski A. i wsp.: Wiedza żywieniowa i praktyczne stosowanie się pacjentów z nadciśnieniem tętniczym do zaleceń ograniczania spożycia soli kuchennej. Nadciśnienie tętnicze; 2013.
10. Bednarski., Roik J: Choroby cywilizacyjne. Gliwice: Internetowe Wydawnictwo Złote Myśl sp. z o.o.; 2014.
11. Wojciechowska M., Izdebska E.: Profilaktyka nadciśnienia tętniczego. Medycyna Ogólna i Nauk o zdrowiu; 2014.

Data przyjęcia: 12.08.2025
 Data recenzji: 30.10.2025
 Data wydania: 28.03.2026

Problemy pielęgnacyjne pacjenta z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego

Care problems of a patient with ulcerative colitis

Oliwia Pawłowska

Streszczenie

Powyższa praca przedstawiła etiopatogenezę wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, wraz z charakterystyką obrazu klinicznego. Została także zwrócona uwaga na to jak trudnym przeżyciem dla pacjenta jest wyłonienie stomii i jak bardzo chory potrzebuje wtedy wsparcia. W pracy wykorzystano standaryzowane skale, takie jak skala VAS, BMI, NRS 2002, DASS-21 i PUCAL dla lepszego zobrazowania stanu klinicznego pacjentki.

Studium indywidualnego przypadku zawiera wyniki badań laboratoryjnych i diagnostycznych, opisy dolegliwości relacjonowane przez pacjentkę, rozpoznanie oraz zalecenia, z którymi pacjentka została wypisana do domu. Proces pielęgnowania skupia się na najważniejszych i najbardziej dokuczliwych problemach pacjentki (ból, niedokrwistość, nieprawidłowy stan odżywienia, pogorszenie zdrowia psychicznego, bezsenność, zaburzone życie seksualne) oraz na potencjalnych problemach, którym należy przeciwdziałać (ryzyko infekcji wkłucia obwodowego, ryzyko odwodnienia, ryzyko powstania powikłań w obrębie odbytu).

Celem pracy było zwrócenie uwagi na nieswoiste choroby zapalne jelit, w szczególności na WZJG, aby pokazać, że diagnoza nie jest wyrokiem. Współczesna medycyna proponuje wiele alternatyw leczenia, a pacjenci mogą się cieszyć długim i jakościowym życiem. Równie ważne było zwrócenie uwagi na to jak ważnym członkiem zespołu terapeutycznego jest pielęgniarka i jak istotną rolę może ona odgrywać dla pacjenta i jego bliskich. Pielęgniarka spędza najwięcej czasu przy łóżku pacjenta dlatego tak ważne jest aby dysponowała ona najnowszą wiedzą medyczną, którą może wykorzystać do edukowania pacjentów, ponieważ strach jest bardzo często wynikiem niedostatecznej wiedzy na temat jednostki chorobowej. Słowa kluczowe: wrzodziejące zapalenie jelita grubego, WZJG, studium przypadku, proces pielęgnowania

Abstract

This paper presents the etiopathogenesis of ulcerative colitis, along with a description of the clinical presentation. It also highlights how difficult a patient's experience

with stoma formation is and how much support they require. Standardized scales, such as the VAS, BMI, NRS 2002, DASS-21, and PUCAL, were used to better illustrate the patient's clinical condition.

The individual case study includes laboratory and diagnostic test results, descriptions of the patient's symptoms, diagnosis, and recommendations for discharge. The nursing process focuses on the patient's most important and distressing problems (pain, anemia, poor nutritional status, deterioration of mental health, insomnia, disturbed sexual life) and potential problems that should be addressed (risk of infection of the peripheral venous catheter, risk of dehydration, risk of rectal complications). The aim of this work was to highlight inflammatory bowel disease (IBD), particularly UC, to demonstrate that a diagnosis is not a death sentence. Modern medicine offers many treatment alternatives, and patients can enjoy a long and quality life. Equally important was to highlight the importance of nurses as members of the therapeutic team and the vital role they can play for patients and their loved ones. Nurses spend the most time at the patient's bedside, so it's crucial for them to have the latest medical knowledge they can use to educate patients, as fear is often the result of insufficient knowledge about the disease.

Keywords: ulcerative colitis, UC, case study, nursing process

Wrzodziejące zapalenie jelita grubego – charakterystyka jednostki chorobowej

Etiologia WZJG jak i innych nieswoistych chorób zapalnych jelit nie jest do końca znana. Przyjmuje się, że w etiopatogenezie choroby uczestniczą czynniki środowiskowe (jest ona charakterystyczna dla państw rozwiniętych), genetyczne oraz immunologiczne.

W zakres czynników środowiskowych wchodzi: zaburzenia mikrobioty jelitowej, przebyta appendektomia (osoby po usunięciu wyrostka robaczkowego rzadziej chorują na WZJG), palenie wyrobów tytoniowych (aktywne palenie papierosów zmniejsza ryzyko wystąpienia

WZJG, jednak zaprzestanie palenia może przyczynić się do wystąpienia choroby). Istnieje również tzw. hipoteza higieniczna, według której ludzie żyjący i wychowujący się w dobrych warunkach higieniczno-sanitarnych nie posiadają tak samo dobrze rozwiniętych mechanizmów immunologicznych jak osoby, których warunki mieszkaniowe i sanitarne były gorsze.

Czynniki genetyczne: u 6-7% chorych wrzodziejące zapalenie jelita grubego występowało w rodzinie, dodatkowo zidentyfikowano kilka genów, które zwiększają podatność na zachorowanie np. gen IL-23.

Czynniki immunologiczne: w WZJG dochodzi do zwiększonej aktywacji limfocytów T, a pobudzone limfocyty wytwarzają zwiększone ilości cytokin, a od nich zależy dalsza odpowiedź immunologiczna. U chorych na WZJG dominuje subpopulacja komórek Th2 produkujących IL 4, 5, 6 i 10, które są odpowiedzialne za humoralną odpowiedź immunologiczną ze zwiększoną syntezą przeciwciał.

Podsumowując, WZJG może być przede wszystkim wynikiem nieprawidłowej odpowiedzi immunologicznej, która rozwija się w następstwie na czynniki genetyczne i środowiskowe [1, 2].

Obraz kliniczny

WZJG jest chorobą, którą rozpoznaje się najczęściej w młodym wieku, pacjenci mieszczą się najczęściej w przedziale od 20-40 lat. Choroba zaczyna się nagle, a najczęstsze dolegliwości to:

- krwiste biegunki, mogące sięgać nawet 20 wypróżnień na dobę,
- uczucie nagłej potrzeby oddania stolca,
- tkliwość powłok brzusznych,
- osłabienie,
- nietrzymanie stolca,
- mogą się pojawić niskie parametry gospodarki żelazowej oraz cechy odwodnienia.

Choroba ma charakter przewlekły, w jej przebiegu wyróżnia się okresy ostrych rzutów, które mogą trwać nawet miesiącami oraz okresy remisji. Okres remisji jest zdefiniowany przez radę European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO) i rozpoznaje się, gdy ilość wypróżnień bez domieszki krwi nie przekracza 3 na dobę, nie występuje nagle potrzeba oddania stolca oraz gdy obraz błony śluzowej jelita grubego w endoskopii jest prawidłowy. Nawroty choroby są najczęściej spowodowane stresem, zmianą nawyków żywieniowych, spożywaniem niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ) lub infekcjami [1, 2, 3].

Rozpoznanie

Rozpoznanie choroby może być skomplikowane, ponieważ nie istnieje jedno konkretne badanie, które jednoznacznie potwierdza lub wyklucza WZJG. Diagnoza jest wynikiem interpretacji wielu badań obrazowych i laboratoryjnych oraz badania podmiotowego i przed-

miotowego pacjenta.

Badania laboratoryjne

- Kalprotektyna w kale (wynik powyżej 120 wskazuje na aktywny stan zapalny),
- Obecność białka C-reaktywnego (CRP) we krwi (wynik powyżej 10mg/L świadczy o aktywnym stanie zapalnym),
- Ilość leukocytów we krwi (wynik powyżej 10000/ μ l może świadczyć o stanie zapalnym),
- Parametry gospodarki żelazowej tj. żelazo, ferrytyna, transferyna (norma żelaza to 50-170 μ g/dl, norma ferrytyny to 4,63 – 204 ng/ml, norma transferryny to 1,80 – 3,82 g/l),
- Gamma-glutamylotranspeptydaza we krwi (GGTP), umożliwia sprawdzenie czy nie rozwinęły się u pacjenta powikłania w obrębie wątroby.

Badania obrazowe

- Ultrasonografia (USG), umożliwia ocenę ścian jelita grubego, jednak nie jest możliwe zdiagnozowanie WZJG,
- Tomografia komputerowa (TK) i rezonans magnetyczny (MRI), umożliwia ocenę pogrubienia ścian jelita, TK umożliwia zaobserwowanie niektórych owrzodzeń, polipów czy ostrego rozdęcia okrężnicy. Badania nie umożliwiają jednoznacznego zdiagnozowania WZJG,
- Zdjęcie rentgenowskie (RTG), umożliwia zaobserwowanie ostrego rozdęcia okrężnicy, nie umożliwia jednoznacznego zdiagnozowania WZJG.

Endoskopia

Badanie endoskopowe wraz z badaniem histopatologicznym wycinków pobranych z jelita grubego umożliwia zdiagnozowanie WZJG. W badaniu endoskopowym możliwa jest również ocena zaawansowania zmian w jelicie wg skali Ulcerative Colitis Endoscopic Index of Severity (UCEIS), w której ocenia się:

- widoczność siatki naczyniowej (0 punktów, gdy jest widoczna, 1 punkt, gdy jest częściowo zatarta i 2 punkty, gdy występuje całkowite zatarcie),
- krwawienie (0 punktów, gdy nie występuje, 1 punkt, gdy występuje krwawienie błony śluzowej, 2 punkty, gdy krwawienie jest łagodne w świetle, 3 punkty, gdy krwawienie jest umiarkowane lub ciężkie w świetle),
- nadżerki i owrzodzenia (0 punktów, gdy brak nadżerek i owrzodzeń, 1 punkt, gdy występują nadżerki, 2 punkty, gdy występują powierzchowne owrzodzenia, 3 punkty, gdy występują głębokie owrzodzenia) [1, 4, 5].

Leczenie

Leki zawierające kwas 5-aminosalicylowy (5-ASA) jako substancję czynną są standardowymi lekami wykorzystywanymi w leczeniu łagodnego i umiarkowanego przebiegu WZJG. Leki te są dostępne w dwóch formach – do stosowania doustnego oraz doodbytniczego. Farmaceutyki zawierające kwas 5-ASA są dobrze tolerowane

przez pacjentów i dają zadowalające wyniki prowadzące do remisji choroby [6, 7].

Glikokortykosteroidy (GKS), głównie prednizolon i budazonid, są stosowane u pacjentów z umiarkowanym i ciężkim przebiegiem WZJG oraz u wszystkich pacjentów, u których standardowe leczenie nie przyniosło oczekiwanych rezultatów. GKS mogą być gorzej tolerowane przez pacjentów, a ich stosowanie często wiąże się z wieloma skutkami ubocznymi takimi jak problemy skórne, bezsenność czy zaburzenia hormonalne. Farmakoterapia glikokortykosteroidami jest obciążona ryzykiem rozwinięcia u pacjenta steroidozależności, co oznacza, że podczas próby zakończenia lub zmniejszenia terapii steroidami, obserwuje się nawrót objawów choroby [7, 8].

Leki biologiczne takie jak infliximab, adalimumab, wedolizumab i ustekinumab są stosowane u pacjentów z umiarkowanym i ciężkim przebiegiem WZJG, u których leczenie lekami zawierającymi kwas 5-ASA oraz glikokortykosteroidami nie przyniosło oczekiwanych rezultatów lub było źle tolerowane przez pacjenta. Leki biologiczne są stosunkowo nowymi lekami, które opracowywano na przestrzeni ostatnich 20 lat. Mimo to, wyniki badań klinicznych są obiecujące i dowodzą, że leki biologiczne wykazują skuteczność w zestawieniu z placebo [9, 10].

Leki immunosupresyjne, takie jak cyklosporyna i takrolimus, podobnie jak leki biologiczne są wykorzystywane jako leczenie drugiego rzutu. Cyklosporyna i takrolimus są wykorzystywane również jako leczenie pomostowe dążące do wdrożenia i utrzymania terapii lekami biologicznymi [11].

W procesie leczenia oraz utrzymywania stanu remisji bardzo ważna jest odpowiednia dieta. Według European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) dla osób z WZJG zalecana jest dieta śródziemnomorska. Badania wskazują na to, że taka dieta wpływa pozytywnie na jakość życia pacjentów, ich stopień odżywienia oraz na zmniejszenie stanu zapalnego w organizmie.

Dieta śródziemnomorska polega na spożywaniu dużej ilości warzyw i owoców, pełnoziarnistych produktów bogatych w błonnik, orzechów, roślin strączkowych, umiarkowanym spożyciu ryb, oliwy z oliwek i fermentowanych produktów mlecznych. Osoby chorujące na WZJG powinny całkowicie wyłączyć z diety czerwone mięso, produkty wysoko przetworzone oraz bogate w węglowodany proste.

Warto jednak zaznaczyć, że każdy pacjent będzie inaczej tolerował niektóre produkty, dlatego dieta powinna być spersonalizowana. Należy zachęcać pacjentów do skorzystania z konsultacji dietetycznych, aby dieta była indywidualna i zawierała posiłki, które pacjent chętnie spożywa, co może skutkować większym powodzeniem terapii dietetycznej [12, 13].

Leczenie chirurgiczne.

W przypadku gdy chory nie odpowiada na leczenie pierwszego i drugiego rzutu, w jelicie są obecne zmiany nowotworowe lub jeśli występują powikłania miejscowe np. zwężenie okrężnicy, konieczne jest leczenie chirurgiczne. Według badań, po roku od postawienia diagnozy WZJG kolektomii będzie potrzebowało 4% pacjentów, po 5 latach 8,8%, a po 10 latach 13,3% [13]. Leczenie chirurgiczne polega na resekcji części lub całego jelita grubego oraz wyłonieniu przetoki, która łączy światło jelita z powłokami brzuszными i ze środowiskiem zewnętrznym, taką przetokę nazywa się stomią.

Wyróżniamy dwa rodzaje stomii ze względu na ich położenie; kolostomia to przetoka wyłoniona z jelita grubego, najczęściej w obrębie esicy lub zstępnicy, z kolei ileostomia to przetoka wyłoniona z jelita cienkiego.

Wyłonienie stomii jest trudnym a czasem nawet traumatycznym przeżyciem dla pacjenta, dlatego w okresie przed i pooperacyjnym bardzo ważne jest zapewnienie kompleksowej opieki pielęgniarskiej, aby ułatwić pacjentowi proces akceptacji i przygotować go do samoopieki. Zdecydowana większość pacjentów będzie potrzebowała opieki psychologicznej, którą w warunkach szpitalnych niejednokrotnie zapewnia pielęgniarka. Pacjenci z wyłonioną stomią bardzo często są zdruzgotani, czują się stygmatyzowani, mają wrażenie, że została im odebrana duża część intymności, dlatego tak ważna jest cierpliwa i empatyczna postawa pielęgniarki [14, 15].

Cel pracy

Celem niniejszej pracy jest omówienie jednostki chorobowej oraz identyfikacja potrzeb pacjentów z WZJG.

Praca ma na celu wyodrębnienie najbardziej charakterystycznych problemów pielęgnacyjnych dla danej jednostki chorobowej, analizę potrzeb i deficytów pacjenta oraz zdefiniowanie i ocenę interwencji pielęgniarskich.

Praca podkreśla znaczenie opieki pielęgniarskiej w kontekście skuteczności leczenia i poprawy życia pacjenta. Równie ważne jest podkreślenie roli pielęgniarki, pacjenta i jego bliskich jako niezbędnych członków zespołu terapeutycznego.

Materiał i metody

Niniejsza praca jest analizą indywidualnego przypadku pacjentki chorującej na WZJG. Pacjentka wyraziła świadomą zgodę na uczestniczenie w badaniu oraz została poinformowana o możliwości zrezygnowania z uczestniczenia w badaniu w dowolnym momencie.

Do analizy indywidualnego przypadku wykorzystano wywiad z pacjentką, analizę dokumentacji medycznej oraz skale medyczne, które pozwoliły lepiej opisać stan pacjentki.

Skala Visual Analogue Scale (VAS) - skala jest używana do subiektywnej oceny nasilenia bólu. Oceny dokonuje sam pacjent na podstawie przedstawionego mu obrazka, na którym widnieje 11 rysunków twarzy z przyporządkowanymi im numerami [16].

Body Mass Index (BMI) - wskaźnik masy ciała w stosunku do wzrostu badanego, używany jako wskaźnik przesiewowy w kierunku rozpoznania nadwagi, otyłości i niedowagi. BMI oblicza się wg wzoru gdzie masę ciała wyrażoną w kilogramach dzieli się przez kwadrat wzrostu wyrażonego w metrach.

Przesiewowa ocena ryzyka związanego z niedożywieniem Nutritional Risk Screening 2002 (NRS 2002) - w tej skali ocenia się ciężkość choroby, gdzie pacjent może otrzymać od 0 do 3 punktów oraz stan odżywienia, (który zawiera BMI, ilość przyjmowanego pokarmu w ostatnim tygodniu i utratę masy ciała na przestrzeni ostatnich miesięcy), gdzie pacjent również może otrzymać od 0 do 3 punktów. Jeśli pacjent ma 70 lat lub więcej, należy mu dodać 1 punkt. Wynik jest sumowany, a następnie interpretowany w następujący sposób:

- jeśli wynik wynosi 3 lub więcej to występuje ryzyko niedożywienia i należy włączyć leczenie żywieniowe,
- jeśli wynik jest poniżej 3 to wskazane jest leczenie zachowawcze a badanie powinno się powtórzyć po upływie tygodnia [18].

Skala depresji, lęku i stresu. The Depression, Anxiety and Stress Scales with 21 items (DASS-21) - skala składa się z 21 stwierdzeń, które pacjent ocenia w zależności od tego jak bardzo odnoszą się one do jego obecnego stanu emocjonalnego. Skala ma na celu ocenę nasilenia depresji, lęku i stresu u pacjenta.

Punktacja:

- pacjent przyznaje 0 punktów jeśli stwierdzenie go nie dotyczy,
- pacjent przyznaje 1 punkt jeśli stwierdzenie dotyczy go w małym stopniu,
- pacjent przyznaje 2 punkty jeśli stwierdzenie dotyczy go w znacznym stopniu,
- pacjent przyznaje 3 punkty jeśli zupełnie utożsamia się z danym stwierdzeniem.

Pediatryczny wskaźnik aktywności WZJG. Pediatric Ulcerative Colitis Activity Index (PUCAI) - skala służy do oceny aktywności choroby. Pacjentowi można przydzielić maksymalnie 85 punktów i jest oceniany w 6 kategoriach.

- Ból brzucha: nie występuje (0 pkt), ból można ignorować (5 pkt), bólu nie można ignorować (10 pkt).
- Krew w stolcu: nie występuje (0 pkt), mała ilość i < 50% stolców (10 pkt), mała ilość i w większości stolców (20 pkt), duża ilość i w większości stolców (30 pkt).
- Konsystencja stolca: uformowany (0 pkt), częściowo uformowany (5 pkt), nieuformowany (10 pkt).
- Liczba stolców w ciągu doby: 0-2 (0 pkt), 3-5 (5 pkt), 6-8 (10 pkt), >8 (15 pkt)
- Czy występują wybudzające stolce w nocy: Nie (0 pkt), Tak (10 pkt).

- Poziom aktywności: brak ograniczonej aktywności (0 pkt), małe ograniczenie aktywności (5 pkt), znaczące ograniczenie aktywności (10 pkt) [19].

Studium indywidualnego przypadku

Pacjentka lat 17, została przyjęta na Oddział Gastroenterologii Dzieci w dniu 10.06.2021 w celu poszerzenia diagnostyki uciążliwego bólu brzucha oraz krwistych biegunk. W badaniu fizykalnym pacjentka poinformowała, że dolegliwości trwają od około 3 lat, a intensywność dolegliwości bólowych oceniła na 7 punktów w skali VAS. Ból brzucha pojawiał się w lewym dolnym kwadrancie oraz w okolicy pępka, był ostry z nagłym początkiem, pojawiającymi się cyklicznie 2 minutowymi przerwami i nagłym końcem. Czas trwania całego napadu bólu to od 30 do 60 minut. Początkowo dolegliwości bólowe występowały po spożyciu potraw wysoko przetworzonych, słodkich lub smażonych, z czasem ból pojawiał się po jakimkolwiek, nawet lekkostrawnym posiłku. Po każdym incydencie bólowym występowała uporczywa, niekiedy wybudzająca w nocy, krwawa biegunka. Pacjentka w ciągu ostatnich 6 miesięcy przed hospitalizacją schudła około 7 kg, a jej BMI wynosiło 19,9 (2 punkty w skali NRS 2002). Pacjentka od dwóch lat była leczona w kierunku zespołu jelita drażliwego, jednak leczenie nie przyniosło żadnej poprawy. Badania krwi i kału wykonane ambulatoryjnie w kwietniu 2021 roku nie wykazały odchyśleń od normy. Tego samego miesiąca zostało przeprowadzone badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej, w którym nie wykryto żadnych zmian. Miesiąc później w badaniu stężenia kalprotektyny w kale wynik wynosił 185,00 µg/g (wynik powyżej 120 µg/g wskazuje na aktywny proces zapalny). Dziewczyna w dniu przyjęcia była w stanie ogólnym dobrym, jednak wyraźnie zestresowana sytuacją (w skali DASS-21 skala depresji wyniosła 18 punktów, skala lęku: 14 punktów, skala stresu: 28 punktów). Badania laboratoryjne wykazały niedokrwistość z niskimi parametrami gospodarki żelazowej (żelazo 4,1 µmol/l i ferrytyna 12,8 µg/l) oraz podwyższony poziom GGTP czyli enzymu występującego w wątrobie. W badaniu ultrasonograficznym jamy brzusznej widoczne pogrubienie do 3 mm pętli jelita grubego. W wodorowo metanowym teście oddechowym wyniki były prawidłowe co wykluczyło SIBO. W badaniu endoskopowym jelita grubego obraz odpowiadał wrzodziejącemu zapaleniu jelita grubego w postaci rozległej, aktywność zapalna była umiarkowana w prawej połowie i mała w lewej. W badaniu gastroskopowym śluzówka trzonu była pasmowato zaczerwieniona. W trakcie hospitalizacji włączono do leczenia ASAMAX 3g na dobę z dobrą tolerancją i poprawą. Na podstawie obrazu klinicznego zostało rozpoznane wrzodziejące zapalenie jelita grubego (w skali PUCAI 60 punktów). Pacjentce zostały przekazane zalecenia żywieniowe takie jak; dieta ze stopniowym wykluczeniem glutenu i nabiału, dieta z wykluczeniem produktów wysokoprzetworzonych z dodatkiem substancji: guma guar, karagen, maltodekstryna. Zalecono unikanie spożywania słodkich napojów oraz soków. Pacjentce przepisano lek ASAMAX 500, który miał być przyjmowany 3 razy dziennie po 2 ta-

bletki oraz probiotyk Vivomixx, w dawkowaniu 1 saszetka dziennie. W razie pogorszenia, zalecono wykluczenie błonnika z diety oraz włączenie antybiotyku Metronidazol 2x500mg. Pacjentkę w stanie ogólnym dobrym wypisano do domu wraz z zaleceniami i skierowaniem do poradni gastrologicznej. Obecnie, pacjentka ma regularnie wykonywane badania endoskopowe. Obraz ostatniego badania odpowiadał fazie remisji wrzodziejącego zapalenia jelita grubego.

Proces pielęgnowania pacjenta z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego według ICNP.

1. Diagnoza pielęgnarska: Ból brzucha [10043953].

Interwencje:

- Ocenianie bólu [10026119],
- Monitorowanie bólu [10038929],
- Leczenie bólu kontrolowane przez pielęgniarkę [10039798],
- Administrowanie lekiem przeciwbólowym [10023084],
- Monitorowanie ryzyka negatywnej odpowiedzi na leczenie bólu prowadzone przez pielęgniarkę [10039896],
- Ocenianie psychologicznej odpowiedzi na ból [10038964],
- Ocenianie wiedzy o bólu [10039104],
- Nauczanie o zarządzaniu bólem [10019489].

Wynik: Zredukowany ból [10027917].

2. Diagnoza pielęgnarska: Biegunka [10000630] + Krew [10003319].

Interwencje:

- Administrowanie lekiem [10025444],
- Ocenianie biegunki [10043656],
- Zarządzanie biegunką [10043641],
- Pobieranie próbki krwi żylnej [10044633],
- Ocenianie zmęczenia [10026086],
- Monitorowanie ryzyka upadku [10037442],
- Dokumentowanie [10006173].

Wynik: Bez biegunki [10040063].

3. Diagnoza pielęgnarska: Zaburzony status odżywiania [10025746].

Interwencje:

- Monitorowanie odżywiania [10036032],
- Ocenianie statusu odżywiania [10030660],
- Ocenianie postawy wobec statusu odżywiania [10002694],
- Administrowanie suplementem diety [10037037],
- Zapewnienie pokarmu [10041161],
- Nauczanie o potrzebach dietetycznych [10046533],
- Nauczanie o wzorcu przyjmowania pokarmu [10032918],
- Nauczanie rodziny o zachowaniach prozdrowotnych [10033119].

Wynik: Poprawa statusu odżywiania [10035569].

4. Diagnoza pielęgnarska: Zaburzony status psychologiczny [10038411].

Interwencje:

- Ocenianie statusu psychologicznego [10030734],
- Identyfikowanie statusu społecznego [10044241],
- Promowanie pozytywnego statusu psychologicznego [10032505],
- Ocenianie wsparcia emocjonalnego [10030589],
- Zapewnienie wsparcia emocjonalnego [10027051],
- Zarządzanie negatywnymi emocjami [10031851],
- Nauczanie o technikach adaptacyjnych [10023717],
- Nauczanie o zarządzaniu stresem [10038681],
- Nauczanie rodziny o chorobie [10021719].

Wynik: Pozytywny status psychologiczny [10038430].

5. Diagnoza pielęgnarska: Zaburzony sen [10027226].

Interwencje:

- Ocenianie snu [10036764],
- Ocenianie strachu [10024267],
- Ocenianie poziomu stresu [10043809],
- Demonstrowanie technik relaksacyjnych [10043809],
- Nauczanie techniki relaksacyjnej [10038699],
- Nauczanie o zasypianiu [10040380],
- Administrowanie lekiem [10025444],
- Zapewnianie wsparcia w zarządzaniu sobą [10046960].

Wynik: Adekwatny sen [10024930].

6. Diagnoza pielęgnarska: Zaburzone funkcjonowanie seksualne [10001288].

Interwencje:

- Nauczanie o chorobie [10024116],
- Nauczanie o zachowaniach seksualnych [10033038],
- Ocenianie zachowań seksualnych [10038022],
- Zarządzanie niewłaściwymi zachowaniami seksualnymi [10036021],
- Promowanie poczucia własnej wartości [10024455],
- Promowanie samoświadomości [10036097],
- Promowanie ustanawiania granic [10026334],
- Wspieranie pozytywnego wizerunku ciała [10044531].

Wynik: Efektywne funkcjonowanie seksualne [10028194].

7. Diagnoza pielęgnarska: Ryzyko infekcji [10015133] + Dostęp dożylny [10010780].

Interwencje:

- Używanie techniki aseptycznej [10041784],
- Utrzymywanie drożności dostępu dożylnego [10036577],
- Pielęgnacja miejsca wprowadzenia urządzeń inwazyjnych [10031592],
- Monitorowanie temperatury ciała [10012165],
- Zmiana opatrunku na ranie [10045131],
- Monitorowanie bólu [10038929],
- Monitorowanie ciśnienia krwi [10032052],
- Dokumentowanie [10006173].

Wynik: Bez infekcji [10028945] + Dostęp dożylny [10010780].

8. Diagnoza pielęgnarska: Ryzyko odwodnienia [10041895].

Interwencje:

- Ocenianie ryzyka odwodnienia [10040932],

- Nauczanie o odwodnieniu [10043832],
- Monitorowanie przyjmowania płynów [10035303],
- Monitorowanie równowagi płynów [10040852],
- Ocenianie równowagi płynów [10037881],
- Współdziałanie przy terapii elektrolitami [10030930],
- Monitorowanie ciśnienia krwi [10032052],
- Pobieranie próbki krwi żyłnej [10044633],
- Dokumentowanie [10006173].

Wynik: Adekwatne nawodnienie [10042065].

9. Diagnoza pielęgniarska: Ryzyko choroby [10032386] + Odbyt [10002417].

Interwencje:

- Ocenianie skóry [10041126] + Odbyt [10002417],
- Nauczanie [10019502] + Technika treningu wypróżnień [10003609],
- Promowanie efektywnego wypróżniania [10036717],
- Promowanie rutyny wypróżnienia [10037689],
- Monitorowanie bólu [10038929],
- Nauczanie o higienie [10044549] + Odbyt [10002417],

Wynik: Bez komplikacji [10028834].

Podsumowanie

W pracy przedstawiono patogenezę choroby, która jest składową czynników środowiskowych, genetycznych oraz immunologicznych, co stawia wyzwanie diagnostyczne i farmakologiczne. Przekrój pacjentów bywa zróżnicowany, od dzieci do pacjentów w wieku geriatrycznym, skutkuje to zmiennym obrazem klinicznym, dlatego tak ważne jest indywidualne podejście do pacjenta, jego objawów i dolegliwości.

Do opisu przypadku wykorzystano skalę, których użycie służy obiektywnej i standaryzowanej ocenie stanu pacjenta. Dodatkowo korzystanie ze standaryzowanych metod umożliwia monitorowanie skuteczności terapii i pozwala na szybkie reagowanie jeśli terapia nie przynosi oczekiwanych efektów.

W pracy przytoczony został indywidualny przypadek młodej dziewczyny, który miał na celu zwrócić uwagę na to jak dużym wyzwaniem dla młodych pacjentek jest diagnoza choroby przewlekłej jaką jest WZJG. W opiece pielęgniarskiej należy zwrócić uwagę na to jakie aspekty życia są istotne dla danej grupy pacjentów i dostosować plan opieki pielęgniarskiej pod potrzeby i deficyty chorých. W przypadku młodych kobiet priorytetem często będzie płodność, poczucie atrakcyjności oraz wysoka jakość życia zawodowego i społecznego. Zadaniem pielęgniarki będzie ocena w jak dużym stopniu te kwestie niepokoją pacjentkę, następnie konieczne będzie wdrożenie działań mających na celu wsparcie i edukację pacjentki, a finalnie powinna nastąpić ewaluacja podjętych działań i ocena adaptacji i akceptacji choroby.

Interdyscyplinarna współpraca lekarzy, pielęgniarek oraz psychologów jest fundamentem skutecznej opieki szpitalnej i poszpitalnej. Współpraca i indywidualne podejście umożliwia minimalizację powikłań, nie pogorszenie kom-

fortu życia pacjentów oraz lepszą adaptację pacjentów do nowej sytuacji życiowej.

Wnioski

- Kwestie gastrologiczne nie powinny być tematami tabu. Społeczeństwo z poczucia wstydu odwleka wizytę u lekarza i jednocześnie opóźnia proces diagnostyczny, a wczesne wykrycie chorób jest kluczowe w procesie zdrowienia. Dodatkowo pacjenci chorujący na choroby zapalne jelit czują się stygmatyzowani i izolują się od społeczeństwa.
- Obecnie na rynku istnieje szeroka gama leków wykorzystywanych w leczeniu nieswoistych zapaleń jelit, tak więc diagnoza nie musi być wyrokiem, a choroba nie musi się wiązać ze spadkiem jakości życia.
- W procesie diagnostycznym ważne jest to, aby uwzględnić nie tylko pacjenta ale także jego bliskich, należy zachęcać ich do brania udziału w edukacji i w rozmowach z psychologiem.
- W chorobach zapalnych jelit ważną rolę odgrywa dieta, należy ocenić nawyki żywieniowe pacjenta i jego bliskich, a w razie potrzeby zaproponować zmiany oraz zachęcić do konsultacji dietetycznej.
- Pielęgniarka w warunkach szpitalnych często oprócz czynności pielęgniarskich będzie musiała przeprowadzić konsultację dietetyczną, psychologiczną czy seksuologiczną. Dlatego tak ważne jest to aby personel pielęgniarski stanowił wykwalifikowaną kadrę, oferującą świadczenia w oparciu o najnowszą wiedzę.

Bibliografia

1. Szczeklik A, Gajewski P i in. Interna szczeklika 2021.-Medycyna praktyczna.; Kraków 2021: 1080-1087
2. Bartnik w, wejman j. Atlas kliniczno-patologiczny nieswoistych chorób zapalnych jelit.-Termedia wydawnictwa medyczne; poznań, 2017, wyd.2: 25-40
3. Adams sm, close ed, shreenath ap. Ulcerative colitis: rapid evidence review. Am fam physician. 2022;105(4):406-411.
4. Kucharzik t, koletzko s, kannengiesser k, dignass a. Ulcerative colitis-diagnostic and therapeutic algorithms. Dtsch arztebl int. 2020;117(33-34):564-574.
5. Buchner am, farraye fa, iacucci m. Aga clinical practice update on endoscopic scoring systems in inflammatory bowel disease: commentary. Clin gastroenterol hepatol. 2024;22(11):2188-2196.
6. Segal jp, leblanc jf, hart al. Ulcerative colitis: an update. Clin med (lond). 2021;21(2):135-139.
7. Burri e, maillard mh, schoepfer am, et al. Treatment algorithm for mild and moderate-to-severe ulcerative colitis: an update. Digestion. 2020;101 Suppl 1:2-15.
8. Feuerstein jd, isaacs kl, schneider y, et al. Aga clinical practice guidelines on the management of moderate to severe ulcerative colitis. Gastroenterology. 2020;158(5):1450-1461.
9. Nakase h. Acute severe ulcerative colitis: optimal strategies for drug therapy. Gut liver. 2023;17(1):49-57.
10. Burr ne, gracie dj, black cj, ford ac. Efficacy of biological therapies and small molecules in moderate to severe ulcerative colitis: systematic review and network meta-analysis. Gut. Published online december 22, 2021

11. Calm ejane l, laharie d, kirchgesner j, uzzan m. Review article: updated management of acute severe ulcerative colitis: from steroids to novel medical strategies. *United european gastroenterol j*. 2023;11(8):722-732.
12. Radziszewska m, smarkusz-zarzecka j, ostrowska l, pogo-
dziński d. Nutrition and supplementation in ulcerative colitis. *Nutrients*. 2022;14(12):2469.
13. Abbas n, shakil m, akhtar rana z, basharat ali s, ayub awan a, gul s. A systematic review of the role of diet in ulcerative colitis. *Cureus*. 2023;15(5):E39350.
14. Tsai l, ma c, dulai ps, et al. Contemporary risk of surgery in patients with ulcerative colitis and crohn’s disease: a meta-analysis of population-based cohorts. *Clin gastroenterol hepatol*. 2021;19(10):2031-2045.E11.
15. Wallner g, banasiewicz t. Red. Chirurgia tom 2.-Pzwl; warszawa, 2022, wyd. 1. 517- 525.
16. Głowacka m, słodki m. Klinimetria w świadczeniach zdrowotnych i kształceniu na kierunkach medycznych.-Wydawnictwo naukowe akademii mazowieckiej w p ocku; p ock, 2023.
17. Weir cb, jan a. Bmi classification percentile and cut off points. In: statpearls. Treasure island (fl): statpearls publishing; june 26, 2023.
18. Gupta a, gupta e, hilsden r, et al. Preoperative malnutrition in patients with colorectal cancer. *Can j surg*. 2021;64(6):E621-e629.
19. Lomazi ea, oba j, rodrigues m, et al. Brazilian consensus on the management of inflammatory bowel diseases in pediatric patients: a consensus of the brazilian organization for crohn’s disease and colitis (gediib). *Arq gastroenterol*. 2023;59 (Suppl 1):85-124.

Data przyj cia: 12.08.2025
 Data recenzji: 30.10.2025
 Data wydania: 28.03.2026

Zmieniający się paradygmat pracy w pielęgniarstwie i medycynie w percepcji pokolenia millenialsów i pokolenia Z

The shifting work paradigm in nursing and medicine as perceived by millennials and generation Z

Wojciech Kapała <https://orcid.org/0009-0004-6564-6811>

Wyższa Szkoła Zdrowia, Urody i Edukacji, Poznań

Medyczne Studium Zawodowe, Wielkopolskie Samorządowe Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego nr 1, Poznań

Agnieszka Kapała <https://orcid.org/0009-0001-3005-3141>

specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa nefrologicznego

Wielkopolskie Centrum Medyczne, Szpital Św. Wojciecha, Poznań

Magdalena Sobalik <https://orcid.org/0009-0003-4112-8203>

specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego

specjalista w dziedzinie organizacji i zarządzania dla pielęgniarek

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych, Poznań

Poznańska Akademia Medyczna im. Księcia Mieszka I, Poznań

Streszczenie

Sektor ochrony zdrowia stoi w obliczu transformacji demograficznej, w której ustępujące pokolenie „srebrnego tsunami” zderza się z oczekiwaniami Pokolenia Z, wnoszącego do zawodu biegłość cyfrową oraz priorytetyzację zdrowia psychicznego i work-life balance ponad tradycyjny etos poświęcenia. Różnice te generują napięcia strukturalne, ponieważ młodzi profesjonaliści medyczni, charakteryzujący się wysoką mobilnością zawodową, asertywnie odrzucają hierarchiczne zarządzanie i nieefektywną biurokrację, uzależniając swoją lojalność od nowoczesnego środowiska pracy. Kluczowymi determinantami retencji nowej generacji pracowników stają się – obok finansów – wspierająca atmosfera, dostęp do zaawansowanych technologii oraz spersonalizowane ścieżki rozwoju kariery, co wymusza na placówkach medycznych odejście od „twardego HR” na rzecz podejścia skoncentrowanego na dobrostanie. Adaptacja systemowa wymaga wdrożenia nowych strategii zarządczych, takich jak mentoring odwrócony, inkluzywna kultura organizacyjna oraz przywództwo oparte na empatii i natychmiastowej informacji zwrotnej. Ostatecznie inwestycja w zrozumienie specyfiki Pokolenia Z nie jest jedynie kwestią polityki kadrowej, lecz fundamentalnym warunkiem zapewnienia ciągłości

opieki i bezpieczeństwa pacjentów w dobie globalnych niedoborów personelu.

Słowa kluczowe: zmiana pokoleniowa, Pokolenie Z, work-life balance, zarządzanie w ochronie zdrowia, retencja personelu.

Abstract

The healthcare sector is currently confronting a demographic transformation wherein the departing „silver tsunami” generation clashes with the expectations of Generation Z, which brings digital proficiency and a prioritization of mental health and work-life balance over the traditional ethos of self-sacrifice. These disparities generate structural tensions, as young medical professionals, characterized by high professional mobility, assertively reject hierarchical management and ineffective bureaucracy, making their organizational loyalty contingent upon a modern work environment. Key determinants of personnel retention for this new generation—alongside financial factors—include a supportive atmosphere, access to advanced technologies, and personalized career development paths. This necessitates a paradigm shift in medical facilities from „hard HR” to a well-being-centered approach. Systemic adaptation requires the implementation of novel management strategies, such

as reverse mentoring, an inclusive organizational culture, and leadership grounded in empathy and immediate feedback. Ultimately, investing in understanding the distinct characteristics of Generation Z is not merely a matter of human resources policy, but a fundamental prerequisite for ensuring the continuity of care and patient safety amidst global personnel shortages.

Keywords: generational shift, Generation Z, work-life balance, healthcare management, personnel retention

Wprowadzenie

Współczesne placówki opieki medycznej funkcjonują w obliczu bezprecedensowego wyzwania demograficznego, które można określić mianem konfrontacji „srebrnego tsunami” (starzejącej się kadry powyżej 55. roku życia) z dynamicznie wchodzącym na rynek Pokoleniem Z (osoby urodzone w latach 1995-2012). Systemy ochrony zdrowia na całym świecie zmagają się obecnie z dualizmem problemów, tj. z jednej strony pogłębiają się deficyty kadrowe personelu lekarskiego i pielęgniarskiego, z drugiej zaś rośnie udział personelu medycznego młodej generacji, która według szacunków w 2025 roku będzie stanowiła/stanowi już ponad jedną czwartą globalnej siły roboczej [1].

Ta zmiana demograficzna niesie ze sobą istotne konsekwencje systemowe. Pokolenie Z, określane mianem „cyfrowych tubylców”, wnosi do środowiska medycznego unikalne atrybuty, w tym technologiczną biegłość, która redefiniuje procesy kognitywne – zmieniając sposób przyswajania wiedzy, a w konsekwencji metodykę nauki i wykonywania procedur medycznych. Jest to grupa charakteryzująca się wysoką mobilnością zawodową – w przeciwieństwie do poprzednich generacji, młodzi profesjonaliści medyczni wykazują gotowość do szybkiej zmiany pracodawcy w przypadku braku satysfakcji z obecnych warunków pracy. Zjawisko to generuje różne napięcia strukturalne, tj. ustępujące pokolenie, ukształtowane w etosie hierarchii i często bezgranicznego poświęcenia pracy, zderza się z nową grupą profesjonalistów medycznych, która stawia wyraźne granice między życiem zawodowym a prywatnym, priorytetyzując to drugie. Różnice te są drastyczne – podczas gdy starsze kadry lekarzy akceptowały niekiedy 80-godzinny tydzień pracy, dla Pokolenia Z priorytetem pozostaje ich zdrowie psychiczne i work-life balance. Próby narzucania im dodatkowych dyżurów spotykają się z wyjątkowo asertywnym oporem lub decyzją o odejściu z pracy. Co więcej, Pokolenie Z wykazuje silną awersję do nieefektywnej rozbudowanej biurokracji i niezrozumiałych niekiedy dla nich polityk szpitalnych, otwierając kwestionując normy nieprzynoszące wartości ani pacjentowi, ani personelowi. Wymusza to więc na systemach ochrony zdrowia w wielu krajach konieczność redefinicji pojęcia „służby” na rzecz nowoczesnego modelu profesjonalizmu medycznego. Badania dowodzą, że motywacja i retencja pielęgniarek (zdolność zatrzymania pracowników w organizacji) z Pokolenia Z są obecnie silnie skorelowane nie tylko z czynnikami finansowymi, ale przede wszystkim z at-

mosferą pracy i możliwościami szeroko pojętego dalszego rozwoju [2]. Kluczowym aspektem tej transformacji jest stworzenie środowiska pracy oferującego wsparcie, stabilność oraz orientację na wzrost, gdyż czynniki te odpowiadają za znaczną część wariancji w oczekiwaniach zawodowych tej grupy. Dostrzegalnym obecnie zagrożeniem jest również zjawisko braku szacunku ze względu na wiek; młodzi medycy sygnalizują, iż często czują, że ich opinie są marginalizowane przez starszy personel, co prowadzi do konfliktów i erozji zaangażowania. W rezultacie wielopokoleniowe zespoły (starsi lekarze i pielęgniarki oraz młodzi adepci tych zawodów), choć potencjalnie innowacyjne, bez odpowiedniego zarządzania stają jednak niekiedy się polem konfliktów wynikających z odmiennych wartości i stylów komunikacji [3]. Bariery te są widoczne szczególnie w sferze komunikacji, tj. starsze pokolenia medyków preferują najczęściej formalne interakcje bezpośrednie, podczas gdy Pokolenie Z dąży do komunikacji szybkiej i cyfrowej, co bywa niekiedy mylnie odbierane jako brak profesjonalizmu. Ponadto, młodzi oczekują partnerskiego modelu mentoringu, uwzględniającego kwestie sprawiedliwości społecznej (szeroko rozumianego równouprawnienia, np. chociażby taka sama ilość dyżurów u młodych lekarzy, co u starszych stażem specjalistów), co także często napotyka na niezrozumienie i opór tradycyjnie nastawionych mentorów.

Profile pokoleniowe w medycynie – charakterystyka porównawcza

Współczesne zespoły medyczne stanowią mozaikę pokoleń, w której dominują Millenialsi (Pokolenie – Gen Y) oraz wchodzące obecnie na rynek Pokolenie Z (Gen Z). Choć łączy je biegłość technologiczna, różnią się jednak wieloma kwestiami, przykładowo podejściem do kariery zawodowej i autorytetów. Dla Pokolenia Z technologia nie jest już narzędziem, lecz zdaje się być „przedłużeniem układu nerwowego”, co wpływa fundamentalnie na ich procesy poznawcze. Preferują oni szybki, wizualny dostęp do wiedzy (np. wideo-tutoriale), co stoi w kontraście do tradycyjnych metod edukacji medycznej opartych na długich akademickich wykładach i ćwiczeniach [4]. Millenialsi obecnie zajmujący niekiedy stanowiska specjalistyczne i kierownicze cenią rozwój i informację zwrotną, ale pamiętają jednak jeszcze o rygorze tradycyjnego modelu pracy z lat poprzednich, i choć szukają równowagi między pracą i życiem osobistym, to są jednak bardziej skłonni do zawierania kompromisów (różne badania wskazują, że dla tego pokolenia wciąż istotne są jeszcze zewnętrzne wyznaczniki sukcesu, tj. uznanie, status, wynagrodzenie, które zdecydowanie silniej korelują z ich satysfakcją niż u młodszych kolegów) [5]; satysfakcja zawodowa tej grupy jest często powiązana z reputacją miejsca pracy, co czyni ich wrażliwymi na prestiż instytucji. Z kolei Pokolenie Z to „cyfrowi tubylcy”, najczęściej bezkompromisowi w kwestiach własnego zdrowia psychicznego – są oni rzadziej niż Millenialsi motywowani wyłącznie finansami i priorytetyzują work-life balance. Ich osobista satysfakcja jest silnie powiązana z możliwością

rozwoju kompetencji, a zlecane im niekiedy w pracy monotonne zadania mogą obniżać ich poziom zadowolenia [6]. Pokolenie Z to pokolenie świadome społecznie, oczekujące inkluzywności, tj. równości, akceptujące różnorodności i sprawiedliwego traktowania wszystkich ludzi, bez względu na pochodzenie, płeć, orientację seksualną czy przekonania. Kobiety z Pokolenia Z wchodzące do zawodu lekarza często odczuwają napięcie między chęcią bycia liderkami a lękiem przed niezrozumieniem (m.in. zderzają się z tradycyjną, hierarchiczną kulturą medycyny, a istniejący model przywództwa oparty niekiedy nadal na autorytaryzmie jest niedopasowany do ich potrzeb), co rodzi potrzebę nowego modelu mentoringu [7].

Kluczowa różnica paradygmatu objawia się w asertywności – jeśli warunki pracy (np. wyposażenie technologiczne) nie spełniają oczekiwań tego pokolenia, są oni gotowi do natychmiastowej zmiany pracodawcy. Pokolenie to wykazuje bardzo niską tolerancję na wszelkie niespójności w zarządzaniu i są oni skłonni kwestionować wszelkie hierarchiczne normy, jeśli naruszają one ich dobrostan. Ich lojalność wobec pracodawcy jest ściśle warunkowa i zależy od zapewnienia stabilnego, ale nastawionego na wzrost środowiska [8].

Technologia – narzędzie pracy czy bariera retencyjna? Dla młodych lekarzy i pielęgniarek, wychowanych w erze natychmiastowego dostępu do informacji, zaawansowana technologia w miejscu pracy jest standardem, a nie benefitem. Oczekiwania te zderzają się z realiami tych placówek medycznych, gdzie wciąż funkcjonuje niekiedy dublowanie dokumentacji i przestarzały sprzęt. Dla młodego pokolenia medyków dla których używanie komputerów i sztuczna rzeczywistość oraz inne nowoczesne techniki są naturalnym środowiskiem, brak integracji cyfrowej jest niezrozumiałą, a wręcz nieakceptowaną. Badania wśród studentów pielęgniarstwa wykazują, że jako „konsumenci technologii” oczekują oni realnego wsparcia procesów edukacyjnych w trakcie nauki i rozwiązań klinicznych w pracy przez dostęp do nowoczesnych narzędzi pracy (wirtualne środowiska), co wynika między innymi z ich specyfiki poznawczej (krótszy czas skupienia uwagi) charakterystycznej dla młodego pokolenia studentów i pracowników [9].

Z kolei opór wobec zbędnej biurokracji i krytyka przestarzałych rozwiązań technologicznych, to także ważne kwestie wpływające na oczekiwania Pokolenia Z wobec pracodawcy [8]. Frustracja wynikająca z „cyfrowego wykluczenia” w miejscu pracy może prowadzić do odejścia z niego Pokolenia Z, gdyż młodzi pracownicy czują, że ich kompetencje są marnowane, co dowodzi, że szeroka integracja cyfrowa jest traktowana jako podstawowy wymóg w pracy [1]. Wyposażenie technologiczne placówki i codzienne używanie nowoczesnych technologii jest więc ważnym predyktorem do podjęcia pracy w danym miejscu i chęci rozwoju dla instytucji. Z kolei brak nowoczesnych rozwiązań technologicznych w miejscu pracy może być utożsamiane przez młodych ludzi jako

istotna bariera w efektywnym wykonywaniu obowiązków. Dla Pokolenia Z nowoczesne technologie nie są więc już źródłem stresu i izolacji, jak to miało miejsce jeszcze we wcześniejszych pokoleniach.

Zdrowie psychiczne i kultura „well-being” (kultura dobrostanu)

Obserwujemy zmianę paradygmatu z gloryfikacji poświęcenia pracy (domena Baby Boomers) na rzecz dbałości pracowników o własny dobrostan psychiczny. Nowe młode pokolenie lekarzy i pielęgniarek sprzeciwia się mobbingowi i hierarchii folwarcznej (opartej na autokratycznym stylu zarządzania oraz obecnym dystansie między przełożonymi a pracownikami), będąc szczególnie wrażliwym na brak szacunku związany z wiekiem (starszych medyków względem młodszych) [3]. Młode pokolenie odrzuca koncepcję „cierpienia dla wypłaty”, normalizując dbanie o własne zdrowie psychiczne i traktuje je jako element profesjonalizmu zawodowego. Zauważa się, że poczucie bycia niedocenianym przez starszy personel przyczynia się do utrudniania i spowalniania pracy zespołowej oraz wymiany doświadczeń i wiedzy między starszym a młodym pokoleniem medyków [8].

Postulaty młodego pokolenia lekarzy i pielęgniarek obejmują często dostęp do wsparcia psychicznego. Podkreśla się, że wspierające środowisko pracy pełni kluczową rolę mediacyjną między wypaleniem zawodowym a satysfakcją z pracy, dość skutecznie łagodząc skutki stresu [10]. Przykładowo, studenci medycyny, zwłaszcza z różnych grup mniejszościowych, odczuwają dodatkowy stres związany z barierami komunikacyjnymi w kwestiach inkluzywności, głównie z poczucia izolacji i brak poczucia przynależności oraz ze zwiększonej niekiedy presji na udowodnienie swoich kompetencji [7]. Wskaźniki depresji i lęku są w tej grupie medyków wyższe niż u poprzedników, co czyni tradycyjne metody edukacji oparte na presji nieskutecznymi – metody te opierają się na założeniu, że stres, rywalizacja i intensywna krytyka motywują do nauki i osiągania lepszych wyników [4]. Badania wskazują, że ponad 60% tej grupy młodych medyków odczuwa zwiększone ryzyko izolacji i lęku, co wymaga tworzenia przyjaznego środowiska, jako warunku retencji [9]. Problem ten wynika z unikalnych stresorów związanych z pracą w ochronie zdrowia, takich jak ogromna odpowiedzialność za zdrowie i życie człowieka, presja, nadmierne obciążenie pracą i biurokracją, a niekiedy także trudne relacje interpersonalne (np. mobbing).

Elastyczność i work-life integration

Jak wskazują różne badania sztywny grafik dyżurowy w zderzeniu z potrzebą życia prywatnego może stanowić istotne źródło konfliktów międzyludzkich, zwłaszcza międzypokoleniowych. Zauważa się, że pokolenie Z traktuje pracę jako tylko część swojego życia, a nie jego całość i jest gotowe zmienić/porzucić pracodawcę, jeśli dotychczasowa praca uniemożliwia realizację pasji czy odpoczynku. Przedstawiciele młodego pokolenia

są niejako „mistrzami w stawianiu granic” pracodawcy, przedkładając własny dobrostan nad wymagania systemowe. Charakteryzują się niskim progiem tolerancji na rozbieżności między własnymi oczekiwaniami a zastaną rzeczywistością, co utrudnia ich utrzymanie w miejscu pracy. W badaniach porównawczych wykazano, że dla Pokolenia Z równowaga praca-życie jest statystycznie o wiele bardziej ważniejsza niż dla Pokolenia Millenials, które wyżej ceniło uznanie w miejscu pracy [5].

Zauważa się, że przedstawiciele Generacji Z są znacznie mniej motywowani pieniędzmi (28%) w porównaniu do Millenialsów (42%), priorytetyzując własną elastyczność w podejściu do pracy i zwracając dużą uwagę na kwestie urlopów w firmie. Odczuwana przez młodych medyków rozbieżność między rzeczywistymi obowiązkami a wyobrażeniem o „przyjemnej pracy” może prowadzić do frustracji. Przykładowo, wykazano, że praca w nadgodzinach ma z reguły negatywny związek z satysfakcją zawodową pielęgniarek z pokolenia Z, w przeciwieństwie do pokolenia Millenials, gdzie w przypadku dodatkowej pracy czynnikiem łagodzącym jest jednak dodatkowe wynagrodzenie [6]. Wobec powyższego unikanie przymusowych nadgodzin i możliwość wyboru godzin pracy w systemie normatywnym (elastyczny grafik z możliwością uwzględnienia preferowanych dni i godzin pracy) zdają się być dla młodego pokolenia ważnymi elementami utrzymania oczekiwanego przez nich dobrostanu i decyzji o pozostaniu w danym miejscu pracy.

Przywództwo i rozwój – oczekiwania wobec liderów
Młodzi pracownicy odrzucają autorytaryzm na rzecz modelu mentorskiego. Oczekują „lidera”, który jest empatyczny, „pozbawiony ego” i wspierający. Poszukują oni przywódców-facilitatorów (których zadaniem jest ułatwianie pracy, komunikacji i osiągania celów przez grupę), a nie szefów wydających jedynie polecenia. Model mentorski kierowania, którego oczekują młode osoby zakłada dwukierunkową komunikację i wzajemny szacunek, co jest dla nich fundamentalne. Wspierające środowisko pracy jest bardzo ważne dla co najmniej 20% młodych osób, czyli że miejsce pracy, jeśli jest postrzegane jako faktycznie wspierające, jest także istotnym czynnikiem wpływającym na chęć pozostania w nim [8]. Niektóre badania wskazują także, że młodzi pracownicy oczekują stylu zarządzania opartego na zrozumieniu i szacunku, odrzucającego toksyczny dystans, co sprawia, że priorytetowo traktują środowiska pracy, w których panuje silne poczucie wspólnoty, a przywództwo jest autentyczne i empatyczne. Przełożony idealny dla pracowników Pokolenia Z to osoba koncentrująca się na sprawiedliwym traktowaniu, która potrafi budować zaufanie w zespole wielopokoleniowym, czyli zarówno wśród starszych pracowników, jak i młodych adeptów zawodu, którzy dopiero co ukończyli swoje szkoły [11].

Dla młodego pokolenia kluczowa jest także personalizacja (rozumiana jako indywidualizacja) stosunków z przełożonym i szybki naturalny feedback (otrzymy-

wanie krótkich informacji zwrotnych, tj. ocen, uwag, komentarzy) w czasie rzeczywistym zamiast tradycyjnych, rocznych ocen wyników i podsumowań [7]. Co ważne, dla młodych pracowników z Pokolenia Z ważny jest także stopień wsparcia kariery, czyli oczekują oni wsparcia kariery dostosowanego do ich indywidualnych potrzeb, celów, obecnej sytuacji życiowej i specyficznych wyzwań [1]. Młodzi medycy szukają także indywidualnych ścieżek rozwoju, a brak przejrzystych kryteriów awansu i jasnego systemu rozwoju kompetencji może skutkować ich szybkim odejściem z danego miejsca pracy, np. z publicznego systemu ochrony zdrowia, często na rzecz sektora prywatnego lub emigracji. Sytuacja ta może prowadzić do pogłębiania się luki kadrowej w niektórych placówkach medycznych [12]. Dla Pokolenia Z bardzo ważna jest „wartość wzrostu kariery”, a brak programów rozwojowych w instytucji ich zatrudniającej jest postrzegany przez niektórych z nich wręcz jako stagnacja [6].

Implikacje dla zarządzania w ochronie zdrowia
Placówki medyczne muszą przejść transformację w obszarze HR, budując środowisko wspierające dobrostan i odporność psychiczną młodego pokolenia pracowników. Niezbędne jest wdrożenie następujących strategii:

Mentoring odwrócony i mentoring wzajemny. W przypadku mentoringu odwróconego młodzi (często nowi pracownicy, np. Pokolenie Z) pełnią funkcję nauczycieli/mentorów dla starszych stażem kolegów, w kwestiach które dobrze znają, np. obsługa nowoczesnych technologii komputerowych, programów biurowych czy specjalistycznych programów medycznych zapisujących i automatycznie tworzących notatki z wizyty pacjenta. Mentoring wzajemny oznacza zaś relację partnerską w organizacji, w której obie strony jednocześnie (i starsze pokolenie, i pokolenie młodych osób) czerpią korzyści z wymiany wiedzy i doświadczeń. Nie ma tu wyraźnego tradycyjnego podziału na „mentora” i „podopiecznego” – wszyscy uczą się od siebie nawzajem różnych treści i umiejętności. Buduje to wzajemny szacunek i niweluje bariery komunikacyjne [3].

Inwestycja w tzw. „miękki HR” (zainteresowany rozwojem pracownika, a nie pracownikiem, jedynie jako źródłem dokumentów kadrowych i innych pochodnych) i personalizację, co oznacza faktyczne skoncentrowanie na ludziach – pracownikach, ich rozwoju osobistym, budowaniu ich dobrostanu i zwiększaniu ich motywacji, w przeciwieństwie do „twardego HR-u”, który zajmuje się wyłącznie administracją, płacami i przestrzeganiem/spełnianiem przepisów prawa pracy. Pokolenie Z oczekuje usług działu kadr „wysoce spersonalizowanych”, co byłoby rzeczywistym dowodem na zaangażowanie pracodawcy w sprawy pracownicze [1].

Adaptacja technologiczna i kulturowa. Zastosowanie nowoczesnych technologii informatycznych dla młodego pokolenia pracowników z całą pewnością nie będzie odpychające, a wręcz przeciwnie – zachęcające do podjęcia

pracy w tym miejscu, i będzie świadczyć o gotowości placówki na informatyczny dialog z „nowym pokoleniem pracowników”. Zastosowanie nowoczesnych technologii nie może być postrzegane jako źródło kosztów, a raczej – powinno być interpretowane jako strategia pozyskania i utrzymania młodego pokolenia specjalistów, a po drugie z pewnością przyczyni się do poprawy szeroko pojętych usług wobec pacjenta – klienta. Co także bardzo istotne, wdrożenie inkluzywnej kultury organizacyjnej w firmie, czyli takiej, w której każdy pracownik (niezależnie od stanowiska, pochodzenia czy cech osobistych) będzie czuł się doceniony, szanowany i ma równe szanse, przyczyni się (w parze z nowoczesną technologią) do zbudowania środowiska pracy nowoczesnego i tak bardzo oczekiwanego przez młode pokolenie [13]. Wydawać się może, że słuchanie młodego pokolenia pracowników to strategia przetrwania w obliczu kryzysu kadrowego w placówkach opieki medycznej.

Podsumowanie

Zmiana pokoleniowa w medycynie jest faktem nieuniknionym. Młode pokolenia pielęgniarek i lekarzy wnoszą do pracy nie tylko nową energię, ale także nowe kompetencje cyfrowe oraz coraz mocniej i bardziej słyszalny postulat nowej, zdrowej kultury pracy. Pokolenie Z charakteryzuje się wielowymiarowym podejściem, łączącym oczekiwania szeroko rozumianego wsparcia z jednoczesnym oporem wobec niepotrzebnej biurokracji i technicznego zacofania. Wejście Pokolenia Z na rynek pracy wymusza rewizję dotychczasowych struktur organizacyjnych, gdyż ich lojalność zależy od stabilności połączonej z perspektywami wzrostu. Oznacza to, że organizacje, w tym szpitale nie mogą już działać tak, jak wcześniej, stosując tradycyjne, często sztywne hierarchie czy metody zarządzania. Muszą przemyśleć i dostosować swoje wewnętrzne struktury oraz kulturę pracy, aby sprostać nowym oczekiwaniom. Ponadto, w przeciwieństwie do wcześniejszych pokoleń (które mogły cenić stabilność pracy ponad wszystko inne, albo same perspektywy wzrostu bez gwarancji zatrudnienia), przedstawiciele Pokolenia Z poszukują hybrydowego środowiska, tj. łączącego stabilność pracy z jednoczesnymi perspektywami rozwoju. Wniosek wydaje się jednoznaczny – inwestycja w zrozumienie i spełnienie oczekiwań Pokolenia Z i Millenialsów – w tym work-life balance, nowoczesne przywództwo i technologię – to inwestycja zarówno w personel, jak w bezpieczeństwo pacjenta. Tylko stabilny i zmotywowany zespół może zapewnić opiekę na najwyższym poziomie [14]. Kluczowe jest także wdrożenie ustrukturyzowanych programów wsparcia oraz promowanie kultury włączającej, w której głos młodych profesjonalistów medycznych będzie słyszany i faktycznie szanowany. Oznacza to między innymi umiejętne łączenie młodszych pracowników z doświadczonymi profesjonalistami w celu regularnych spotkań, udzielania merytorycznych wskazówek, wyznaczania celów i planowania ścieżek kariery. Oznacza to również jasne komunikowanie wymagań i kryteriów niezbędnych

do otrzymania awansu zawodowego, eliminując tym samym poczucie niepewności i sprzyjając motywacji do rozwoju, co jest bardzo istotne dla młodych osób.

Bibliografia

1. Sumatra EJB, Abrina DVM, Ladroma REJ, et al. Investigating key attributes influencing Generation Z students' selection of career services in higher education institutions: A conjoint analysis approach. *Journal of Educational Analytics (JEDA)* 2025; 4(3): 703-722.
2. Maambong JD, Romarate WJT. Work motivation and intention to stay among Generation Z hospital nurses in Kidapawan city. *International Journal of Novel Research and Development* 2024; 9(6): 598-611.
3. Manongcarang SM, Guimba SD. Intergenerational challenges and how they manifest in the public workforce: A basis for designing effective performance management strategies. *International Journal of Entrepreneurship and Management Practices* 2024; 7(25): 67-87; DOI: 10.35631/IJEMP.725007.
4. Mavrogenis AF, Papadimos TJ, Saranteas T, et al. Scroll, snap, scalpel: Generation Z orthopaedics shaping life, learning, and surgery differently. *International Orthopaedics* 2024; 48: 3019-3027; <https://doi.org/10.1007/s00264-024-06355-6>.
5. Ozturk U, Yildirim E. The evaluation of Generation Z in innovation of career success: Comparative analysis with Generation Y. *Marketing and Management of Innovations* 2023; 2: 115-126; <https://doi.org/10.21272/mmi.2023.2-11>.
6. Kim E, Kim H, Lee T. How are new nurses satisfied with their jobs? From the work value perspective of Generations Y and Z nurses. *BMC Nursing* 2024; 23: 252; <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01928-7>.
7. Li C, Veinot P, Mylopoulos M, et al. The new mentee: Exploring Gen Z women medical students' mentorship needs and experiences. *Clinical Teacher* 2024; 21: e13697; DOI:10.1111/tct.13697.
8. Al-Moteri M, Althobaiti E, Aljuaid GM, et al. The workplace expectations and preferences of Gen Z nurses: exploratory factor analysis. *BMC Nurs* 2025; 24: 1121; <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03761-y>.
9. Vizcaya-Moreno MF, Pérez-Cañaveras RM. Social media used and teaching methods preferred by Generation Z students in the nursing clinical learning environment: A cross-sectional research study. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020; 17: 8267; doi:10.3390/ijerph17218267.
10. Labrague LJ, Al Sabei S, Al Rawajfah O, et al. Examining the direct and indirect effects of job burnout on work satisfaction and the mediating role of the nurse work environment. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2025; 22(3): e70038.
11. Yılmaz B, Dinler Kışacıtutan E, Gürün Karatepe S. Digital natives of the labor market: Generation Z as future leaders and their perspectives on leadership. *Front. Psychol.* 2024; 15: 1378982. doi: 10.3389/fpsyg.2024.1378982.
12. Pham TH, Nguyen TMH, La TCT, et al. A bibliometrics analysis of studies on Generation Z's self-perceived careers. *Cogent Business & Management* 2024; 11(1): 2327120; <https://doi.org/10.1080/23311975.2024.2327120>.

13. Sipayung MS. Generation Z and the world of work in southeast asia: A bibliometric study and systematic literature review 2015-2025. *Riwayat: Educational Journal of History and Humanities* 2025; 8(4): 5851-5872.
14. Hampton D, Welsh D. Work values of Generation Z nurses. *J Nurs Adm.* 2019; 49(10): 480-486.

Data przyjęcia: 11.01.2026
Data recenzji: 30.01.2026
Data wydania: 28.03.2026

Problemy pielęgnacyjne pacjenta po usunięciu nerki

Patient care problems after kidney removal

Mateusz Firek

Streszczenie

Nerka jest parzystym narządem układu wydalniczego i endokrynnego. Jej podstawową jednostką czynnościową i strukturalną stanowi nefron. Rak nerki jest najbardziej śmiertelnym nowotworem układu moczowo-płciowego i jego współczynnik śmiertelności wynosi 30-40%. Jego występowanie jest wyższe u mężczyzn, niż u kobiet. Zachorowalność na RCC wzrasta o 0,6%, zaś śmiertelność spada średnio o 0,7% każdego roku. Rak jasnokomórkowy stanowi 80% przypadków RCC, a wśród pozostałych 20% dominują raki brodawkowe i chromofobowe. Raki nerkowokomórkowe początkowo przebiegają bezobjawowo, a do ich diagnostyki wykorzystuje się badania laboratoryjne oraz obrazowe. Wśród metod leczenia nowotworów nerek wyróżnia się aktywny nadzór, ablację termiczną, embolicację tętnicy nerkowej, radioterapię, leczenie systemowe oraz zabieg operacyjny. Często najskuteczniejszą metodą jest nefrektomia, polegająca na usunięciu zmian nowotworowych. Po leczeniu zaleca się, aby pacjenci poddawali się wizytom kontrolnym co około 6 miesięcy przez pierwsze 2 lata, podczas których odbywa się badanie lekarskie, analiza krwi oraz obrazowanie klatki piersiowej oraz jamy brzusznej. Obiektem badań była 75-letnia kobieta po nefrektomii radykalnej prawostronnej. Kobieta w 2 dobie po zabiegu, zgłaszająca dolegliwości bólowe i ogólne zmęczenie. Dodatkowo zmagą się z nadciśnieniem tętniczym, uporczywymi bólami głowy, problemami ze snem oraz stresem związanym z hospitalizacją. Do zebrania szczegółowego wywiadu pomocne były skale: VAS, Ateńska skala bezsenności, ADL, MMSE, Geriatryczna ocena depresji. Wśród diagnoz pielęgniarских zostały wymieniony ból miejsca operowanego, bóle głowy, zły stan psychiczny, problemy ze snem oraz ryzyka zakażenia rany pooperacyjnej, wystąpienia choroby zakrzepowo-zatorowej, zaburzeń w gospodarce wodno-elektrolitowej i kwasowo zasadowej, wzrostu ciśnienia tętniczego, upadku.

Słowa kluczowe: rak nerki, nefrektomia, studium przypadku, problemy pielęgnacyjne

Abstract

The kidney is a paired organ of the excretory and endocrine systems. Its basic functional and structural unit is the nephron. Renal cell carcinoma is the most deadly malignancy of the genitourinary system, with a mortality rate of 30-40%. Its incidence is higher in men than in women. The incidence of RCC increases by 0.6%, while mortality decreases by an average of 0.7% each year. Clear cell carcinoma accounts for 80% of RCC cases, with papillary and chromophobe carcinomas dominating the remaining 20%. Renal cell carcinomas are initially asymptomatic and are diagnosed using laboratory tests and imaging. Treatment options for kidney cancer include active surveillance, thermal ablation, renal artery embolic surgery, radiotherapy, systemic therapy, and surgery. Nephrectomy, which involves the removal of neoplastic lesions, is often the most effective method. After treatment, patients are recommended to undergo follow-up visits approximately every six months for the first two years, during which a physical examination, blood analysis, and imaging of the chest and abdomen are performed. The subject of the study was a 75-year-old woman who had undergone a right radical nephrectomy. She was two days post-operatively and reported pain and general fatigue. She also struggled with hypertension, persistent headaches, sleep problems, and stress related to hospitalization. The following scales were helpful in collecting a detailed history: VAS, Athens Insomnia Scale, ADL, MMSE, and Geriatric Depression Assessment. Nursing diagnoses included pain at the surgical site, headaches, poor mental state, sleep problems, and the risk of postoperative wound infection, thromboembolism, disturbances in water-electrolyte and acid-base balance, increased blood pressure, and falls. Anatomy and physiology of the kidney

Keywords: kidney cancer, nephrectomy, case study, care issues

Wprowadzenie

Nerka jest parzystym narządem układu wydalniczego, położonym zaotrzewnowo w jamie brzusznej, po dwóch stronach kręgosłupa lędźwiowego. Podstawową jednostkę czynnościową i strukturalną nerki stanowi nefron. Składa się on z ciała nerkowego, pętli Henlego, kanalika proksymalnego i dystalnego. Ciało nerkowe tworzy kłębuszek otoczony torebką Bowmana. Pętla Henlego jest w piramidach rdzenia, natomiast elementy kręte znajdują się w korze.

Kora nerki zajmuje obwodową część tego narządu i wnika pomiędzy piramidy rdzenia, tworząc słupy nerkowe. W korze znajdują się również ciała nerkowe, które wytwarzają mocz pierwotny.

Rdzeń nerki, położony wewnątrz narządu, składa się z 8-12 piramid nerkowych, których podstawy skierowane są ku powierzchni nerki. Od podstaw piramid odchodzą promienie rdzeniowe, które zbierają mocz z kanalików nerkowych i prowadzą go do kory. Cewki zbiorcze uchodzą na brodawkach nerkowych, będących wierzchołkami piramid. W brodawkach znajdują się otwory brodawkowe, które tworzą pola sitowe.

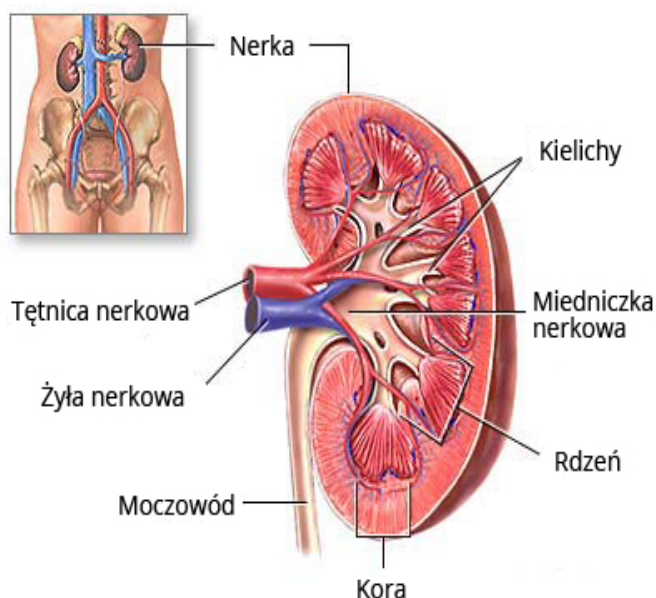
Miedniczka nerkowa ma kształt lejka. Po stronie przyrodkowej u dołu zwęża się w moczowód, a u góry przechodzi w kielichy nerkowe. Wyróżnia się 2 typy miedniczek:

rozgałęziony – miedniczka dzieli się na 2 lub 3 kielichy większe, a te na kielichy mniejsze do których wpuklają się brodawki; bańkowy – miedniczka jest większa i nie występują kielichy większe, a mniejsze przechodzą bezpośrednio w miedniczkę [1].

Nerki są bogato ukrwione. W ciągu minuty przepływa przez nie 0,8-1,2 litra krwi. Ich funkcje można podzielić na sześć grup: regulacja objętości płynu zewnątrzkomórkowego oraz ciśnienia tętniczego krwi, regulacja osmolarności, utrzymanie równowagi jonowej, homeostatyczna regulacja pH, produkcja hormonów (syntezują erytropoetynę, czyli hormon pobudzający szpik kostny do wytwarzania erytrocytów), uwalnia reninę (enzym regulujący produkcję hormonów odpowiedzialnych za równowagę sodową i homeostazę ciśnienia tętniczego) [2].

Epidemiologia nowotworów nerek

Rak nerkowokomórkowy (RCC) stanowi 2-3% wszystkich nowotworów. Jest to najbardziej śmiertelny rak układu moczowo-płciowego ze współczynnikiem śmiertelności wynoszącym 30-40% w porównaniu do raka pęcherza moczowego i prostaty, które mają współczynnik śmiertelności wynoszący około 20%. Występowanie RCC jest wyższe u mężczyzn, niż u kobiet (stosunek mężczyzn do kobiet wynosi 1,5:1), tak samo współczynnik śmiertelności jest wyższy u mężczyzn niż u kobiet. Nowotwór nerek występuje głównie w wieku od 60 do 70 lat i spada po 70 roku życia. Może to być spowodowane mniejszym



Ryc. 1. Umiejscowienie nerek w organizmie oraz schemat anatomiczny nerki

wykorzystaniem agresywnych testów diagnostycznych w tym przedziale wiekowym [3].

Około 20-30% pacjentów ma przerzuty na wczesnym etapie diagnozy, 30-50% pacjentów przechodzi w przerzuty z chorobą miejscową, a prawie 40% pacjentów z miejscowym rakiem nerkowokomórkowym ma przerzuty odległe nawet po operacji, które obejmują płuca, kości i mózg, ale mogą być również zagrożone nadnercza, przeciwległa nerka i wątroba [3, 4, 5].

Analiza bazy danych SEER wskazuje, że zachorowalność na RCC wzrasta średnio o 0,6% każdego roku, zaś śmiertelność spada średnio o 0,7% każdego roku od 2006 do 2015 r. 5-letni wskaźnik przeżycia dla RCC wzrósł z 88,4% (w latach 1992-1995) do 92,6% (w latach 2007-2013) i dla zaawansowanej choroby z 7,3% (w latach 1992-1995) do 11,7% (w latach 2007-2013) [5]

Czynniki ryzyka nowotworów nerek

Najczęstszymi czynnikami ryzyka raka nerkowokomórkowego są wiek i płeć. Inne istotne czynniki to pochodzenie etniczne, palenie tytoniu, nadciśnienie i otyłość. Przyczyny obejmują również przewlekłą chorobę nerek, torbielowatość nerek, schyłkową niewydolność nerek, długotrwałe stosowanie leków paliatywnych, ekspozycję na kadm i trichloroetylen, spożywanie przetworzonego mięsa, wirusowe zapalenie wątroby, niski poziom witaminy D, cukrzycę typu 2, podwyższony poziom trójglicerydów, brak aktywności fizycznej oraz zespoły genetyczne [3, 6].

Patofizjologia

Podtypy RCC wywodzą się z różnych części nefronu: rak brodawkowaty i jasnokomórkowy z kanalika proksymalnego, guz chromofobowy i onkocytoz z kanalika

dystalnego, rak kanalików zbiorczych z kanalików Belliniego, a rak rdzeniasty z rdzenia nerki. Rak jasnokomórkowy stanowi 80% przypadków, a wśród pozostałych 20% dominują raki brodawkowe i chromofobowe. [3, 7]

Rak jasnokomórkowy nerki (ccRCC) - charakteryzuje się jasną cytoplazmą z powodu nagromadzenia tłuszczów i glikogenu oraz inaktywacją genu VHL, obecny w 90% przypadków.

Rak brodawkowy nerki - drugi najczęstszy podtyp RCC, występuje w 10% przypadków. Mikroskopowo cechuje się strukturami brodawkowatymi, wapnieniem i martwicą. Typ 2 jest bardziej złośliwy i zaawansowany.

Rak chromofobowy nerki - Charakteryzuje się podwójnymi jądrami. Rzadko daje przerzuty, nawet przy zaawansowaniu miejscowym, chyba że nastąpi transformacja mięsakowata.

Rak kanalików zbiorczych nerki – ma strukturę cewkowo-brodawkowatą, zwłókniałą zrab i śluzowatą treść. Jest wysoce złośliwy, często z przerzutami w chwili rozpoznania, a w 22% przypadków występują nacieki limfocytarne.

Rak rdzeniasty nerki - rzadki nowotwór występujący najczęściej u młodych czarnoskórych mężczyzn chorujących na hemoglobinopatie, przy czym z nieznanых powodów występuje częściej w prawej nerce. Nowotwór ten wiąże się z bardzo złym rokowaniem.

Rak nerkowokomórkowy - charakteryzuje się obecnością translokacji genów kodujących czynniki transkrypcyjne TFE3 i TFEB, zlokalizowanych na chromosomach Xp11 i 6p11. Guzy występują u młodych osób, częściej u kobiet. Guzy z translokacją mają bardzo agresywny przebieg i wiążą się z wczesnym zajęciem węzłów chłonnych.

Gruczolak kwasochłonny (onkocytoma) — jest to łagodny guz, stanowiący 25% małych (< 3 cm) guzów nerki [6, 7].

Objawy

Początkowo RCC występuje bezobjawowo. Aktywatory hormonów i analogów cytokin, wytwarzane we wszystkich stadiach RCC, prowadzą do zespołu paraneoplastycznego. Objawia się on nadciśnieniem tętniczym, niedokrwistością, gorączką, utratą wagi i zaburzeniami nerwowo-mięśniowymi [4]. Dodatkowo mogą występować obrzęki kończyn dolnych, guz wyczuwalny przez powłoki skórne, krwimocz, ból w okolicy lędźwiowej, kaszel i zmęczenie [7].

Diagnostyka

W diagnostyce nowotworów nerek wykonuje się badania laboratoryjne, takie jak oznaczenie parametrów nerkowych: elektrolity, mocznik, kreatynina, kwas moczowy, wskaźnik filtracji kłębuszkowej (GFR), badanie morfologiczne i odczyt Biernackiego (OB.), oznaczenie poziomu wapnia, posiew moczu oraz badania obrazowe:

ultrasonografia (USG), Tomografię Komputerową (TK) jamy brzusznej, miednicy oraz klatki piersiowej oraz rezonans magnetyczny (MR) [8]. Do badań dodatkowych zalicza się biopsję gruboigłową nerki, scyntyografię oraz ureoskopię [7]. Wykrycie guza we wczesnym stadium występuje jedynie w 30% przypadków podczas profilaktycznych badań obrazowych [4]. Do dalszych czynności związanych z leczeniem konieczne jest przeprowadzenie dokładnej oceny stopnia zaawansowania. W tym celu używa się VIII edycji klasyfikacji TNM z 2017 roku, opracowanej przez American Joint Committee on Cancer/Union for International Cancer (AJCC/UICC) (tab. 1) [7].

Leczenie

Do leczenia nowotworów nerek zalicza się aktywny nadzór, zabieg operacyjny, ablację termiczną, embolizację tętnicy nerkowej, radioterapię oraz leczenie systemowe.

Aktywny nadzór pacjentów w podeszłym wieku lub z chorobami współistniejącymi, u których stwierdzono niewielką zmianę nowotworową w nerce, ryzyko zgonu z powodu RCC jest stosunkowo niskie w porównaniu z ryzykiem zgonu wynikającym z innych schorzeń. Dlatego w takich przypadkach zaleca się aktywny nadzór (AN), który polega na regularnym monitorowaniu choroby za pomocą dostępnych metod obrazowych (USG, TK lub MR) oraz wdrażaniu leczenia onkologicznego, jedynie w przypadku istotnej progresji nowotworu [6, 7].

Leczenie chirurgiczne nowotworów polega na usunięciu zmian nowotworowych w celu całkowitego wyleczenia. Procedura ta obejmuje trzy główne etapy: wycięcie guza nowotworowego, usunięcie tkanek nowotworowych w sąsiedztwie guza oraz resekcję przerzutów odległych. Operacja często wymaga całkowitego lub częściowego usunięcia narządu, który został zajęty przez nowotwór [7, 9, 10].

W przypadku nowotworów nerki wykonywana jest nefrektomia radykalna lub częściowe usunięcie nerki, stosowane w przypadkach małych guzów lub w sytuacji, gdy konieczne jest zachowanie funkcji nerki. Powyższe zabiegi można wykonać małoinwazyjnie przy pomocy laparoskopu [11].

Ablacja termiczna to metoda leczenia polegająca na niszczeniu tkanki nowotworowej za pomocą ekstremalnych temperatur. Jest stosowana jako mniej inwazyjna alternatywa dla chirurgii, zwłaszcza u pacjentów, którzy nie kwalifikują się do zabiegu operacyjnego ze względu na wiek, choroby współistniejące lub inne przeciwwskazania [3]. Proces ablacji odbywa się pod kontrolą badań obrazowych, takich jak USG, TK lub MR. Wyróżnia się dwa główne rodzaje ablacji termicznej: krioablację i ablację prądem o częstotliwości fal radiowych [7].

Embolizacja tętnicy nerkowej jest metodą stosowaną w celu zmniejszenia ukrwienia guza. U chorych niekwalifikujących się do leczenia operacyjnego lub z chorobą

Tabela 1. Klasyfikacja TNM zaawansowania RCC na podstawie AJCC/UICC

T — guz pierwotny			
TX	Guz pierwotny nie może być oceniony		
T0	Brak cech guza pierwotnego		
T1	Guz o największym wymiarze ≤ 7 cm, ograniczony do nerki		
T1a	Guz o największym wymiarze ≤ 4 cm, ograniczony do nerki		
T1b	Guz o największym wymiarze > 4, ale ≤ 7 cm, ograniczony do nerki		
T2	Guz o największym wymiarze > 7 cm, ograniczony do nerki		
T2a	Guz o największym wymiarze > 7 cm, ale ≤ 10 cm, ograniczony do nerki		
T2b	Guz o największym wymiarze > 10 cm, ograniczony do nerki		
T3	Guz wrasta w duże naczynia żyłne lub szerzy się na tkanki okołonerkowe, ale nie nacieka na nadnercze (po stronie guza) ani poza powięź Geroty		
T3a	Guz wrasta w żyłę nerkową lub jej gałęzie albo nacieka układ miedniczkowo-kielichowy i/lub tłuszcz zatoki nerkowej (okołomiedniczkowo). Guz nie nacieka poza powięź Geroty		
T3b	Guz wrasta w żyłę główną dolną, nie przekraczając poziomu przepony		
T3c	Guz wrasta w żyłę główną dolną, sięgając powyżej poziomu przepony, lub nacieka ścianę żyły głównej dolnej		
T4	Guz nacieka poza powięź Geroty (w tym bezpośrednio szerzy się na nadnercze, po stronie guza pierwotnego)		
N — regionalne węzły chłonne			
Węzły chłonne węłki, brzuszne okołoaortalne i żyły głównej. Strona, po której znajdują się węzły, nie ma wpływu na kategorię N			
Nx	Regionalne węzły chłonne nie mogą być ocenione		
N0	Nieobecne przerzuty w regionalnych węzłach chłonnych		
N1	Obecny przerzut lub przerzuty w regionalnych węzłach chłonnych		
M — przerzuty odległe			
M0	Przerzut odległy nieobecny		
M1	Przerzut odległy obecny		
Stopnie zaawansowania klinicznego			
Stopień I	T1	N0	M0
Stopień II	T2	N0	M0
Stopień III	T3	N0	M0
	T1, T2, T3	N1	M0
Stopień IV	T4	Każde N	M0
	Każde T	Każde N	M1

nieresekcyjną embolizacja może pomóc kontrolować objawy [7]. Radioterapia - Wpływ radioterapii na RCC pozostaje kontrowersyjny. Pomimo, iż rak nerki nie jest promienioczuły to są podejmowane próby tego rodzaju terapii z różnym skutkiem [4, 7].

Leczenie systemowe jest najmłodszą ustanowioną zasadniczą terapią nowotworów. Obok chirurgii i radiologii należy do podstawowych metod leczenia onkologicznego. Terapia systemowa obejmuje podaż leków cytostatycznych (chemioterapię), hormonalnych (hormonoterapia) oraz ukierunkowanych na określone cele molekularne (leczenie celowane) i immunomodulujące (immunoterapia). Wykorzystywana jest w leczeniu chorób nowotworowych w stadium rozsiały lub jako leczenie uzupełniające nowotworów, w których istnieje ryzyko przerzutów [8].

Po leczeniu

Po przeprowadzeniu radykalnego usunięcia nerki, pacjenci są rutynowo monitorowani. Szacuje się, że u 20-30% chorych dochodzi do nawrotu choroby, zwykle w ciągu 1-2 lat po operacji, przy czym ryzyko nawrotu znacząco maleje po upływie 3 lat. Najczęstszą manifestacją choroby są przerzuty do płuc (50-60% przypadków), choć mogą one również obejmować kości, mózg, wątrobę i nadnercza. Nie ma jednolitego schematu monitorowania i wykonywania badań kontrolnych po nefrektomii, jednak zazwyczaj zaleca się wizyty kontrolne co około 6 miesięcy przez pierwsze 2 lata, obejmujące badanie lekarskie, analizę krwi oraz obrazowanie klatki piersiowej i jamy brzusznej. Po radykalnym leczeniu chirurgicznym wczesnych stadiów raka nerki pacjenci odzyskują pełną sprawność fizyczną i zawodową [4, 7, 12, 13].

Cel pracy

Głównym celem niniejszej pracy jest przedstawienie problemów pacjenta związanych z operacją usunięcia nerki z powodu nowotworu oraz roli personelu pielęgniarskiego w powrocie do zdrowia.

Materiał i metody

Przypadkiem klinicznym była 75-letnia kobieta po chirurgicznym usunięciu nerki z powodu nowotworu, która świadomą zgodę na wzięcie udziału w badaniu. Podczas zbierania wywiadu zostały wykorzystane skale, które ułatwiają skonstruowanie rzetelnego opisu przypadku. Poniżej zostały wymienione i omówione poszczególne skale.

Skala VAS - cieszy się dużą popularnością i znajduje szerokie zastosowanie w praktyce klinicznej. Służy do subiektywnej oceny nasilenia bólu. Najczęściej przyjmuje formę linijki z oznaczeniami liczbowymi i opisowymi. Dodatkowo często jest wzbogacona o ilustracje, takie jak rysunki twarzy wyrażające różne emocje – od uśmiechu po smutek i cierpienie. Tego rodzaju oznaczenia mają na celu ułatwienie pacjentowi wskazania poziomu bólu, który najlepiej odpowiada jego odczuciom [14].

Wyniki interpretowane są następująco: 0 wskazuje na brak bólu, wartości od 1 do 3 oznaczają ból o łagodnym nasileniu, od 4 do 6 – ból umiarkowany. Natomiast od 7 wzwyż zaczyna się ból silny, który stopniowo przechodzi w bardzo silny, osiągając maksymalny poziom przy 10, co odpowiada bólowi nie do zniesienia [15].

Ateńska skala bezsenności - najczęściej stosowana skala w celach diagnostycznych, jak i w badaniach nad skutecznością leczenia bezsenności. Podczas instruktażu osoby badanej prosi się ją by określiła numer przy haśle odpowiadającym wymienionym objawom, jeśli te występowały co najmniej trzy razy w tygodniu w ciągu ostatniego miesiąca. Uzyskanie wyniku na poziomie 6 lub wyższym na tej skali jest uznawane za wskaźnik, który z dużym prawdopodobieństwem sugeruje obecność bezsenności [16].

Activities of Daily Living (ADL) - skala używana w ocenie zdolności pacjentów do wykonywania podstawowych czynności życia codziennego. Jest szeroko stosowana w praktyce klinicznej, szczególnie w ocenie osób starszych, pacjentów po udarach mózgu czy z przewlekłymi chorobami, które mogą wpływać na samodzielność. Interpretacja: 6-5 pkt – pełna sprawność, 4-3 pkt – umiarkowana niesprawność; <3 pkt – ciężka niesprawność [17].

Mini-Mental State Examination (MMSE) - prosty test oceniający funkcje poznawcze, wykorzystywany w diagnostyce demencji i innych zaburzeń poznawczych. Składa się z 11 zadań, które badają orientację, pamięć, uwagę, język i zdolności konstrukcyjne. Maksymalny wynik to 30 punktów, a wynik poniżej 24 sugeruje pogorszenie funkcji poznawczych. Test jest szybki (ok. 10 minut) i powszechnie stosowany w praktyce klinicznej [18].

Geriatryczna skala oceny depresji - narzędzie służące do oceny nasilenia objawów depresji u osób starszych. Została zaprojektowana z myślą o specyficznych potrzebach seniorów, uwzględniając różnice w prezentacji objawów depresyjnych w tej grupie wiekowej. Skala koncentruje się na emocjach i codziennych doświadczeniach, unikając pytań związanych z objawami somatycznymi, które mogą wynikać z innych chorób współistniejących.

Skalę wypełnia się mając na uwadze samopoczucie osoby badanej w 2 ostatnich tygodniach. Obliczanie wyniku: odpowiedzi zaznaczone gwiazdką = 1 punkt, pozostałe odpowiedzi = 0 punktów. Interpretacja: od 0 do 9 punktów - brak depresji, od 10 do 19 punktów - depresja łagodna, 20 i więcej punktów - głęboka depresja [18].

Opis przypadku

Pacjentka lat 75, przyjęta planowo na Oddział Urologii w ramach karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO) z powodu guza prawej nerki celem leczenia operacyjnego. Początkowo trafiła na Oddział Wewnętrzny z powodu niedokrwistości i spadku masy ciała (100 kg

→ 82 kg). Przy przyjęciu pacjentka była blada, osłabiona z nudnościami i wymiotami. Badania laboratoryjne wykazały wzrost CRP (57,13 mg/l norma 0-5) oraz bardzo niski poziom żelaza (9 µg/dl norma 37-145). Obraz tomograficzny jamy brzusznej wskazywał na obecność guza prawej nerki. Po konsultacji urologicznej została skierowana do zabiegu w trybie pilnym. U pacjentki wykonano nefrektomię radykalną prawostronną oraz usunięto prawe nadnercze, zastosowano dren Redona. Rana pooperacyjna ma długość ok. 20 cm, zlokalizowana pod ostatnim żebrzem na prawej, bocznej powierzchni tułowia. Zastosowano 20 szwów pojedynczych węzłkowych. Kobieta w 2 dobie po zabiegu, skarży się na kłujący ból miejsca operowanego (4 punkty w skali VAS) oraz na ogólne zmęczenie.

W badaniu histopatologicznym nerki oznaczono raka nerkowokomórkowego – typ jasnokomórkowy G 4 o wymiarze 15,5 cm w 30% objętego martwicą.

Zalecenia: podaż minimum 3 litrów płynów, wypoczynek, stosowanie leków: Urosept 2x3, Clexane 0,4 1x1 oraz Metafen doraźnie.

Dodatkowo zmagają się z:

- nadciśnieniem tętniczym, na które zażywa leki Telmizex 40 1x1, Doxar 1 1x1 i doraźnie Caotipril Jelfra 12,5 mg. Popołudniami i w sytuacjach stresowych ciśnienie tętnicze bywa wyższe (ok. 170/95 mm Hg). Objawy towarzyszące to: pieczenie w oczach i pulsujący ból głowy zlokalizowany w części ciemieniowej. Leki powodują stabilizację ciśnienia tętniczego;
- uporczywymi bólami głowy, które występują 6 razy w tygodniu w okolicach prawej skroni, ból ma charakter tępy i narastający, okoliczności mogące pogorszyć ten objaw to wysiłek fizyczny i sytuacje stresowe, dolegliwości zmniejszają się podczas odpoczynku, a ustają przy zażyciu leków Ibuprofen Hasco – jeśli ból jest słabszy, Efferalgan Codeine na receptę – jeśli ból jest silny;
- problemami ze snem (12 punktów w Ateńskiej skali bezsenności), które rozpoczęły się po śmierci męża w 2017 roku. Pacjentka przed snem spożywa Nasen, po którym przesypia całą noc z przerwami na oddanie moczu, w związku ze zwiększoną podażą płynów.

Kobieta bez alergii pokarmowych i nałogów. U członków rodziny nigdy nie występowały nowotwory. Mieszka z córką i wnukami w domu jednorodzinnym. Samodzielna (1 punkt w skali ADL), zorientowana allopsychicznie i autopsychicznie (30 punktów w skali MMSE i 5 punktów w Geriatrycznej skali oceny depresji).

Wyniki pomiarów:

Wzrost: 165 cm

Waga: 85 kg (BMI 31,22 – otyłość I st.)

Temperatura: 36,7 °C

Ciepłota: 130/85

Proces pielęgnowania

Diagnoza pielęgnarska 1: Kłujący ból miejsca operowanego, uporczywe bóle głowy.

Cele opieki: Obniżenie poziomu bólu, zniwelowanie bólu.

Interwencje pielęgnarskie:

- Obserwacja pacjenta oraz sytuacji, które nasilają ból.
- Zastosowanie skali oceny bólu.
- Podanie leków przeciwbólowych zgodnie z zaleceniem.
- Ocena skuteczności leku.
- Pomoc w czynnościach, które powodują ból.
- Zastosowanie zimnych okładów.
- Wyjaśnienie przyczyn bólu, właściwej profilaktyki i środków łagodzących.

Oczekiwane wyniki: Ból występuje w umiarkowanym nasileniu (wg skali bólu).

Diagnoza pielęgnarska 2: Ryzyko zakażenia rany pooperacyjnej.

Cele opieki: Zmniejszenie ryzyka zakażenia rany pooperacyjnej.

Interwencje pielęgnarskie:

- Obserwacja rany.
 - Pomiar temperatury ciała.
 - Zmiana opatrunków z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki.
 - Edukacja pacjenta i rodziny na temat pielęgnacji rany.
- Oczekiwane wyniki: Okolice rany bez cech zapalnych, pacjentka nie gorączkuje.

Diagnoza pielęgnarska 3: Ryzyko rozwoju choroby zakrzepowo-zatorowej

Cele opieki: Zmniejszenie ryzyka wystąpienia choroby zakrzepowo-zatorowej.

Interwencje pielęgnarskie:

- Kontrola parametrów życiowych. (ciśnienie, tętno, saturacja, temperatura ciała).
- Obserwacja i kontrola kończyn dolnych pod kątem zakrzepów.
- Podaż heparyny drobnocząsteczkowej - Clexane 0,4 1x1.
- Prowadzenie rehabilitacji ruchowej; wczesne uruchamianie pacjenta.
- Dbanie o odpowiednie nawodnienie.
- Edukacja pacjenta i rodziny na temat objawów zakrzepicy.

Oczekiwane wyniki: Brak objawów zakrzepicy: kończyny ciepłe, prawidłowe zabarwienie i brak zmian troficznych na skórze.

Diagnoza pielęgnarska 4: Ryzyko wystąpienia zaburzeń w gospodarce wodno-elektrolitowej i kwasowo-zasadowej, spowodowane resekcją nerki.

Cele opieki: Zapobieganie powikłaniom wynikającym z zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowych i kwasowo-zasadowej.

Interwencje pielęgnarskie:

- Ocena nawodnienia pacjenta (napiecie skóry, gałek ocznych, występowanie obrzęków, monitorowanie

parametrów życiowych, kontrola masy ciała, dolegliwości zgłaszane przez pacjenta)

- Ocena stężenia: sodu, potasu, mocznika, białek osocza, erytrocytów, hematokrytu, hemoglobiny.
- Podaż płynów infuzyjnych - NaCl 0,9%; Optilyte.
- Prowadzenie bilansu płynów.
- Kontrola i pielęgnacja obręzków.
- Podaż leków moczopędnych na zlecenie.

Oczekiwane wyniki: Brak objawów wynikających z zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej i kwasowo-zasadowej.

Diagnoza pielęgniarska 5: Zły stan psychiczny, spowodowany chorobą nowotworową oraz obawą o funkcje pozostałej nerki, objawiający się obniżonym nastrojem [13].

Cele opieki: Polepszenie stanu psychicznego pacjenta.

Interwencje pielęgniarskie:

- Nawiązanie kontaktu terapeutycznego poprzez akceptację, szacunek, cierpliwość, życzliwość i aktywne słuchanie
- Ocena reakcji pacjenta na chorobę przez obserwację zachowania i rozmowę o emocjach.
- Zmniejszenie poziomu lęku.
- Uczenie pacjenta efektywnych sposobów radzenia sobie ze stresem.
- Zapewnienie skuteczności podjętych działań.
- Przedstawienie dalszych planów związanych z powrotem do zdrowia [19].

Oczekiwane wyniki: Pacjent efektywnie radzi sobie ze stresem i lękiem, wyraża swoje potrzeby oraz emocje.

Diagnoza pielęgniarska 6: Ryzyko wzrostu ciśnienia tętniczego.

Cele opieki: Utrzymanie ciśnienia tętniczego w optymalnym zakresie 120/80 mm Hg.

Interwencje pielęgniarskie:

- Kontrola ciśnienia tętniczego.
- Podaż leków zgodnie ze zleceniem Telmizek 40 1x1, Doxar 1 1x1 i doraźnie Caotipril Jelfra 12,5 mg.
- Podaż płynów.
- Kontrola diurezy.
- Przekonanie do ograniczenia sodu, kofeiny.
- Zachęcenie do ograniczenia sytuacji stresogennych i nauka technik relaksacyjnych.
- Nauka pacjenta i jego rodziny obsługi aparatu do mierzenia ciśnienia tętniczego.

Diagnoza pielęgniarska 7: Problemy ze snem, spowodowane stresem, objawiające się ogólnym zmęczeniem.

Cele opieki: Osiągnięcie przez pacjenta optymalnej jakości i długości snu.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena warunków, w których pacjent przebywa oraz stylu życia.
- Utrzymanie środowiska sprzyjającego wypoczynkowi (cisza, komfortowa temperatura 18-20 °C, wentylacja, wygodne łóżko)

- Pomoc pacjentowi w przestrzeganiu rytuałów przed snem (pielęgnacja przed snem, techniki relaksacyjne, przybranie sprzyjającej pozycji)

- Wsparcie psychologiczne pacjenta.

- Podaż leków nasennych zgodnie ze zleceniem – 1 tabletka Nasen

- Poinformowanie o unikaniu nadmiernego spożywania kofeiny zwłaszcza na 3-4 godziny przed snem oraz dużych posiłków na 2 godziny przed snem.

- Edukacja pacjenta na temat indywidualnego zegara biologicznego (unikanie drzemek w ciągu dnia, położenie się do łóżka późnym wieczorem, kiedy odczuwa się zmęczenie, wstawanie o tej samej porze).

Oczekiwane wyniki: Poprawa snu i czynności poznawczych, brak zaburzeń towarzyszących bezsenności (nastroj i sprawność funkcjonalna).

Diagnoza pielęgniarska 8: Ryzyko upadku spowodowane ogólnym osłabieniem po operacji.

Cele opieki: Zmniejszenie ryzyka upadku.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena wydolności fizycznej pacjenta oraz jego reakcji na wysiłek fizyczny.
- Pomiar parametrów życiowych w spoczynku i po wysiłku (tętno, ciśnienie krwi, częstość oddechu)
- Zagwarantowanie odpowiednich pomocy do wstawania i utrzymywania stabilnej pozycji (chodziki, balkoniki, poręcze).
- Dbanie o odpowiednie nawodnienie pacjentki.
- Podaż płynów infuzyjnych z elektrolitami - Optilyte.
- Edukację pacjentki w zakresie hipotonii ortostaticznej.

Oczekiwane wyniki: Pacjentka stosuje się do zaleceń. Ryzyko upadków zostało zmniejszone [8, 20].

Podsumowanie

Choroby nowotworowe nerek stanowią istotne wyzwanie dla personelu medycznego z powodu utrudnionej wczesnej diagnostyki, gdyż nie dają one charakterystycznych objawów, a leczenie operacyjne, w tym nefrektomia radykalna, jest często najskuteczniejszą metodą terapii.

Analiza literatury i przeprowadzone badania wykazały, że pacjenci po nefrektomii doświadczają szeregu trudności zdrowotnych, zarówno fizycznych, jak i psychicznych. Wśród najczęstszych problemów zdrowotnych należy wymienić ból miejsca operowanego, zaburzenia wodno-elektrolitowe oraz kwasowo-zasadowe, nadciśnienie tętnicze i zmniejszoną tolerancję wysiłku fizycznego. Ponadto pacjenci często borykają się z lękiem przed nawrotem choroby oraz trudnościami w przystosowaniu się do nowych zaleceń lekarskich i pielęgniarskich.

W pracy przedstawiono również znaczenie kompleksowej opieki nad pacjentem po usunięciu nerki, obejmującej kontrolę parametrów życiowych, niwelowanie dolegliwości bólowych, pielęgnację rany pooperacyjnej, zmniejszenie ryzyka choroby zakrzepowo-zatorowej,

odpowiednią dietę, oraz wsparcie psychologiczne. Świadomość problemów, z jakimi mogą się spotkać pacjenci, jest kluczowa dla skutecznego zarządzania ich potrzebom.

Wnioski

Przeprowadzona analiza problemów pacjenta po nefrektomii z powodu nowotworu pozwala na sformułowanie kilku kluczowych wniosków dotyczących zarówno aspektów medycznych, jak i psychologicznych oraz społecznych, które wpływają na jakość życia chorego.

Pacjenci po nefrektomii często borykają się z wieloma konsekwencjami zdrowotnymi. Jedną z najważniejszych to zmniejszona funkcja nerek, co może prowadzić do przewlekłej choroby nerek oraz zwiększonego ryzyka nadciśnienia tętniczego. Konieczna jest regularna kontrola parametrów nerkowych oraz dostosowanie stylu życia, w tym odpowiedniej diety i nawadniania.

Istotnym problemem jest wpływ zabiegu na stan psychiczny pacjentów. Diagnoza nowotworu oraz konieczność operacji często wywołują lęk, depresję oraz stres. Pacjenci wymagają wsparcia psychologicznego, a także edukacji na temat dalszego funkcjonowania z jedną nerką.

Nie można pominąć aspektu społecznego i zawodowego. Niektórzy pacjenci mają trudności z powrotem do pracy, zwłaszcza jeśli ich zawód wymaga wysiłku fizycznego. Ponadto mogą odczuwać poczucie wykluczenia społecznego z powodu obniżonej wydolności organizmu oraz konieczności zmiany stylu życia.

Podsumowując, pacjenci po nefrektomii wymagają kompleksowej opieki obejmującej zarówno leczenie i profilaktykę medyczną, jak i wsparcie psychologiczne oraz społeczne. Istotne jest również prowadzenie dalszych badań nad jakością życia pacjentów po operacji oraz opracowywanie skutecznych metod rehabilitacji i pomocy w powrocie do pełnej aktywności. Edukacja pacjentów oraz świadczenie odpowiedniej opieki multidyscyplinarnej mogą znacząco poprawić ich komfort życia i zmniejszyć ryzyko powikłań.

Bibliografia

1. Narkiewicz O. Red. Anatomia człowieka t.3.-PZWL Wydawnictwo Lekarskie; Warszawa, 2010: 176-184.
2. Silverthorn DU. Fizjologia człowieka. Red. Ponikowska B. - PZWL Wydawnictwo Lekarskie; Warszawa, 2018: 555.
3. Rose TL, Kim WY. Renal Cell Carcinoma: A Review. JAMA. 2024 Sep PMID: 39196544: 2, 3, 6.
4. Song XD, Tian YN, Li H, Liu B, Zhang AL, Hong Y. Research progress on advanced renal cell carcinoma. J Int Med Res. 2020 Jun PMID: 32529862: 2, 3, 4.
5. Motzer RJ, Jonasch E, Agarwal N, et al. Kidney Cancer, Version 3.2022, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2022 Jan PMID: 34991070: 3.
6. Bahadoram S, Davoodi M, Hassanzadeh S, Bahadoram M, Barahman M, Mafakher L. Renal cell carcinoma: an overview of the epidemiology, diagnosis, and treatment. G Ital Nefrol. 2022 Jun PMID: 35819037: 3, 3-5, 8.
7. Wysocki PJ, Chłosta P, Chrzan R, et al.. Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w raku nerkowo-komórkowym. Onkologia w praktyce klinicznej – edukacja. 2021: 4, 5-7, 10-14, 25-27.
8. Koper KJ, Koper A. Red. Pielęgniarstwo Onkologiczne.-PZWL Wydawnictwo Lekarskie; Warszawa, 2020, wyd. II: 233-234, 339-365
9. Richter P, Kołodziejczyk P, Szczepanik A. Współczesne zasady diagnostyki i leczenia nowotworów. 2021: 12-13
10. 1Jeziorski A, Rutkowski P, Wysocki W. Chirurgia onkologiczna Tom 3.-PZWL Wydawnictwo Lekarskie; Warszawa, 2019: 1270.
11. Kierstan A, Konecki T, Jabłonowski Z. Ocena powikłań po operacjach laparoskopowych nowotworów nerek wg klasyfikacji. Clavien-Dindo. Polish Journal of Surgery. 2020: 7-11.
12. <http://onkologia.org.pl/nowotwory-nerki/> dostęp: 27.11.2024
13. Tarkowska M, Głowacka-Mrotek I, Peterson D, et.al. Quality of life at 3 to 5 years after surgical treatment of renal cell carcinoma - a pilot cross-sectional study. Nowotwory, J. Oncol. 2023: 2, 5-6
14. Wypyszewska J, Kopański Z, Kulesa-Mrowiecka M, Rowiński J, Furmanik F, Tabak J, Kieźka-Radzikowiak K, Liniarski M. Kliniczna ocena bólu. Journal of Clinical Healthcare. 2018: 2-5.
15. Kilian P. Subiektywna ocena natężenia bólu - skala VAS i skala Laitinena <https://www.bardomed.pl/blog/porady-eksperta/subiektywna-ocena-natezenia-bolu-skala-vas-i-skala-laitinena/> dostęp: 27.11.2024
16. Soldatos C.R., Dikeos D.G., Paparrigopoulos T.J., Athens Insomnia Scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria, The Journal of Psychosomatic Research, 2000: 555-560.
17. Ocena statusu funkcjonalnego (skala ADL) terminologia dla opieki ostrej - <https://nursing.com.pl/artykul/skala-ocen-podstawowych-czynnosci-zycia-codziennego-skala-katza-adl-613f77bc9e0a06723c48001f> dostęp: 27.11.2024
18. Kompleksowa ocena geriatryczna (KOG). Przegląd testów i skal. <https://nursing.com.pl/artykul/kompleksowa-ocena-geriatryczna-kog-przeglad-testow-i-skal-5f3e9cd299d-c40003dcde1fa> dostęp 27.11.2024
19. Hreńczuk M, Małkowski P. Przygotowanie żywego dawcy do zabiegu nefrektomii w celu przeszczepienia – opis przypadku. Pielęg. Chir. Angiol. 2020: 2
20. Kózka M, and Płaszewska Żywko L. Diagnozy i Interwencje Pielęgniarskie : Podręcznik Dla Studiów Medycznych. Wyd. 1.-PZWL Wydawnictwo Lekarskie; Warszawa, 2009.

Data przyjęcia: 12.12.2025

Data recenzji: 30.01.2026

Data wydania: 28.03.2026

Ocena wpływu stresu zawodowego w pracy pielęgniarki na wystąpienie zespołu wypalenia zawodowego

Assessment of the impact of occupational stress in nurses' work on the occurrence of burnout syndrome

Adrianna Kosior-Lara Uniwersytet Jana Długosza w Częstochowie a.kosior-lara@ujd.edu.pl
Krystyna Mizerska. Wyższa Szkoła Zarządzania w Częstochowie krisha@tlen.pl

Streszczenie

Stres w dzisiejszych czasach jest wszechobecny praktycznie w każdej dziedzinie życia. Analizując jednak genezę można stwierdzić, że towarzyszy człowiekowi od zarania dziejów. Wówczas miał on za zadanie pobudzić organizm do walki o przeżycie. Obecnie stres kojarzony jest głównie z negatywnym obrazem odczuć człowieka, który w większości (choć nie zawsze) negatywnie wpływa na funkcjonowanie.

Istnieje szereg zawodów, w których pracownicy są szczególnie narażeni na sytuacje stresowe. Jednym z tych zawodów jest pielęgniarstwo. Pielęgniarstwo to profesja niezwykle ważna, choć ostatnio coraz mniej szanowana. Natłok obowiązków, ciągle rosnące wymagania odnośnie opieki nad pacjentami czy podnoszenia kwalifikacji i jednocześnie obciążenia na tle psychologiczny i fizjologiczny związane z pracą zmianową wpływają na występowanie stresu i wypalenia zawodowego.

Celem prowadzonych badań była ocena stresu i wypalenia zawodowego w pracy pielęgniarek.

Badania wykazały, że skala występowania zjawiska wypalenia zawodowego wśród badanych pielęgniarek ma umiarkowany poziom. Ponadto stres odczuwany przez pielęgniarki w związku z ich obowiązkami zawodowymi jest dość duży. Warty też dodać, że stres związany z pracą ma duży wpływ na poziom wypalenia zawodowego pielęgniarek. Wykazano również, iż staż pracy nie ma wpływu na poziom wypalenia zawodowego pielęgniarek oraz ma wpływ na poziom stresu odczuwanego przez pielęgniarki w związku z ich obowiązkami zawodowymi

Summary
Nowadays stress is ubiquitous in virtually every area of life. However, analyzing the genesis, it can be stated that it has been accompanying man since the dawn of time. At that time, it was intended to stimulate the body to fight for survival. Currently, stress is associated mainly with a negative image of human feelings, which in most (but not always) negatively affects functioning.

There are a number of professions where employees are

particularly vulnerable to stressful situations. Nursing is one of these professions. Nursing is an extremely important profession, although recently less and less respected. The plethora of responsibilities, everincreasing requirements for patient care or upgrading qualifications, and the simultaneous psychological and physiological burdens related to shift work affect the occurrence of stress and burnout.

The aim of the research carried out in this work is to assess stress and burnout in the work of nurses.

Studies have shown that the scale of occurrence of occupational burnout among the nurses surveyed is moderate. In addition, the stress felt by nurses in connection with their professional duties is quite high. It is also worth adding that work-related stress has a significant impact on the burnout rate of nurses. It has also been shown that seniority does not affect the level of occupational burnout of nurses and has an impact on the level of stress experienced by nurses in connection with their professional duties.

Istota stresu zawodowego

Stres jest jednym z kluczowych pojęć, które występują w dzisiejszym świecie. Narastające niepokoje społeczne, kryzys gospodarczy, czy obawa o własne zdrowie wydają się być nieodzownym elementem życia większości ludzi na całym świecie.

Na podstawie wielu badań wynika, że w Polsce ponad 2/3 ludności żyje w stresie [1]. Aby móc podjąć tematykę stresu zawodowego warto na początku skupić się na definicji samego stresu. Pojęcie to wprowadził do użycia Hans Hugon Selye, który poświęcił 50 lat na badania tego zjawiska. Zyskał on dzięki temu swój przydomek „dr Stress”.

Selye był pierwszą osobą, która postawiła hipotezę, iż choroby somatyczne są skutkiem niezdolności człowieka do radzenia sobie ze stresem. Nazwał to zjawisko

mianem niewydolności syndromu ogólnej adaptacji a jej opis znalazł się w jego pierwszej książce na temat stresu, która nosiła tytuł „The Stress of Life” [2]. Zdaniem Selye’a wszystkie czynniki, na które człowiek jest wystawiany, oddziałują na niego i powodują nieswoisty wzrost potrzeby spełniania funkcji przystosowawczych, a także podejmowania prób powrotu do normalnego stanu. Selye dokonał podziału stresu na dwa rodzaje [2]:

- dystres – nieprzyjemny, powoduje uszkodzenia,
- eustres – mobilizujący do działania w pozytywny sposób.

Zdaniem profesora Tomasz Kocowskiego stres to zespół powiązanych procesów w organizmie i systemie nerwowym, które składają się na ogólną reakcję względem działania bodźców bądź sytuacji trudnych, zakłócających, niezwykle, zagrażających, przykrych bądź szkodliwych, które nazywane są stresorami [3]. Zależność czy coś będzie wywoływało stres u danej osoby uzależnione jest od kilku czynników takich jak doświadczenia, postawy, system wartości, mówiąc ogólnie osobowości danego człowieka. Sytuacje stresogenne wyróżniają się tym, iż uniemożliwiają zaspokojenie istotnych potrzeb biologicznych lub uczuciowych [3].

Natomiast pod względem medycznym, stres uznawany jest jako zaburzenie homeostazy, które jest spowodowane czynnikiem psychologicznym bądź fizycznym. Stres psychologiczny to zmienna, która występuje w psychologicznych mechanizmach i czynnościach powstałych pod wpływem różnorodnych, trudnych sytuacji [4].

Na podstawie definicji przedstawionej przez Światową Organizację Zdrowia stres zawodowy to reakcja organizmu pracownika, która występuje w chwili, gdy osoba ta jest ekspozowana na wymagania i presję związane z pracą, które charakteryzują się nie dostosowaniem do jej umiejętności i wiedzy. Stanowią z tego względu wyzwanie z punktu widzenia jej zdolności do poradzenia sobie [5].

Bardzo zbliżoną definicję stosuje Państwowa Inspekcja Pracy, na podstawie której wynika, że stres w miejscu pracy następuje wówczas, gdy pracownicy odczuwają psychiczny dyskomfort odnośnie warunków bądź wymagań w pracy podczas sytuacji, gdzie w danym momencie warunki bądź wymagania przekraczają ich możliwość [6].

Stres powiązany z pracą zawodową stanowi jeden z najbardziej popularnych wyzwań dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa. Mimo iż większość osób obawia się jego skutków często zdarza się tak, że nie są one w stanie mu zapobiec.

Specyfika pracy pielęgniarek

Pielęgniarstwo to profesja o szczególnym charakterze i misji zawodowej, która jest ściśle związana ze sprawowaniem opieki nad pacjentem w poszczególnych etapach ich życia, niezależnie od rasy, płci, wieku, stanu

zdrowia czy zamożności [7]. Osoby pracujące w tym zawodzie (najczęściej kobiety) wykonują obowiązki, które wiążą się z dużą umiejętnością radzenia sobie z licznymi problemami i pokonywaniem trudności. Pielęgniarki muszą być bowiem w stałej gotowości do kontaktu z cierpiącymi i oczekującymi pomocy pacjentami, powinni się cechować poczuciem odpowiedzialności za ich zdrowie i życie. Pielęgniarstwo wiąże się z obowiązkiem wykonywania pracy w systemie zmianowym, który jak wiadomo oddziałuje na zdrowie zarówno psychiczne jak i fizyczne w sposób niekorzystny. Dodatkowo praca pielęgniarki wiąże się z obcowaniem wśród ciężko chorych i umierających osób, z tego względu umiejętności stawiania czoła sytuacjom krytycznym, które wynikają z interakcji ze współpracownikami, pacjentami oraz ich rodzinami są bardzo pożądane [8].

Jako jedna z najbardziej rozpowszechnionych form organizacyjnych instytucjonalnej opieki zdrowotnej w Polsce jest szpital. Jest to miejsce, które przed pracownikami stawia największe wymagania odnośnie zapewnienia kompleksowej i przede wszystkim całodobowej opieki nad pacjentami, przy czym tym samym stwarza szereg możliwości narażenia personelu na szkodliwe oddziaływanie środowiska pracy. Obecnie wszystkie szpitale, które dysponują wyspecjalizowanym sprzętem są swoistym przedsiębiorstwem, które zapewniają realizację świadczeń diagnostycznych, rehabilitacyjnych i terapeutycznych szerokiego zakresu, który ciągle wiąże się z procesem pielęgnacyjnym [8].

Bez względu na miejsce pracy czy rodzaj świadczonych usług pielęgniarki wiąże się z możliwością wykonywania tego zawodu w warunkach, które zapewniają im poczucie bezpieczeństwa, gwarancję pewności działań, chroniących tym samym przed szkodliwymi następstwami dla ich stanu zdrowia. Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej opisuje pielęgniarstwo jako zawód wolny a także samodzielny, wykonywanie go opiera się w głównej mierze na udzielaniu przez osobę z wymaganymi kwalifikacjami, które są potwierdzone odpowiednimi dokumentami, oraz świadczeń zdrowotnych: diagnostycznych, pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, leczniczych, rehabilitacyjnych, z zakresu promocji zdrowia [9].

Pielęgniarką można nazwać osobę, która ukończyła obowiązujący program kształcenia na podstawowym poziomie oraz uzyskała ona prawo do wykonywania zawodu pielęgniarki na terenie kraju, gdzie zamierza praktykować. Dokument, który uprawnia do wykonywania zawodu wydawany jest przez macierzyste Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych [7].

Biorąc pod uwagę społeczną rangę opieki pielęgniarskiej, etap pozyskiwania chętnych do wykonywania zawodu pielęgniarskiego, powinien wiązać się z wysokimi wymaganiami odnośnie nie tylko zasobu wiedzy czy umiejętności, ale także postaw, wyznawanego systemu wartości czy predyspozycji do wykonywania tego zawodu. Wśród

istotnych predyspozycji pielęgniarki można zaliczyć między innymi łatwość w nawiązywaniu kontaktów czy bezkonfliktowość. Natomiast wśród pożądanych cech zalicza się wrażliwość na ludzkie potrzeby, szybkość reakcji na zmieniające się sytuacje, cierpliwość, dokładność, sprawność manualną, podzielność uwagi czy odpowiedzialność. Duże znaczenie w tym zawodzie ma również kondycja psychofizyczna i odporność na stres [10].

Zróżnicowanie potrzeb pacjentów wpływa na równie wyraźne zróżnicowanie czynności pielęgniarskich, które mogą być zarówno intelektualne, jak i motoryczne. Pielęgniarka wykonuje swoje obowiązki przede wszystkim za pomocą rozpoznawania warunków oraz zdrowotnych potrzeb każdego pacjenta, rozpoznawanie problemów pielęgnacyjnych, i sprawowanie opieki pielęgnacyjnej, realizację lekarskich zaleceń, leczenia, rehabilitacji, samodzielne udzielanie w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, edukację zdrowotną [10].

Wpływ stresu na pracę pielęgniarek

Wiedząc już, jak przedstawia się specyfika pracy pielęgniarek, warto skierować uwagę na wpływ stresu na wykonywanie obowiązków zawodowych przez osoby uprawiające ten zawód. W celu dokładnego przedstawienia tego problemu, poza scharakteryzowaniem samego oddziaływania stresu na pracę pielęgniarek należy też równocześnie wskazać na potencjalne źródła stresu w ich pracy. Oba te elementy są bowiem ze sobą związane w nierozdzielny sposób.

Jak już zaznaczono w poprzednich podrozdziałach, stres sam w sobie nie jest chorobą. Jego celem jest przygotowanie ludzkiego organizmu na ewentualne zagrożenia. Inaczej rzecz ujmując stanowi on odpowiedź organizmu człowieka na zbyt wysokie wymagania ze strony środowiska. Częste pojawianie się stresu bądź też jego długotrwałość może przyczynić się do powstania różnych typów dolegliwości somatycznych, a czasem nawet do wystąpienia poważnych chorób.

Należy przy tym mieć świadomość tego, że konsekwencje stresu mogą mieć różne oblicza. Dotykają one psychicznej i społecznej sfery funkcjonowania danej osoby, przejawiając się między innymi pod postacią [11]:

- trudności z wywiązywaniem się z własnych obowiązków,
- pogorszenia się kontaktów z bliskimi,
- zmian w zachowaniu, zmian w nastroju.

Co więcej skutki stresu mogą mieć także formę reakcji fizjologicznych doprowadzając do powstania następujących problemów [11]:

- nerwic,
- depresji,
- zbyt dużego napięcia mięśni,
- bólu głowy,
- bólu karku,
- nieregularnego bądź też przyspieszonego bicia serca,
- zwiększenia ciśnienia krwi.

Ludzki układ nerwowy jest w stanie sprawnie funkcjonować wyłącznie wtedy, gdy jego równowaga pozostaje nienaruszona. W przeciwnej sytuacji pojawiają się choroby charakteryzujące się zróżnicowanymi objawami oraz nasileniem. Zbyt wysoki poziom obciążenia układu nerwowego (poza obniżeniem samopoczucia) prowadzi także do ograniczenia zdolności do pracy, przyczyniając się w ten sposób do stwarzania realnego niebezpieczeństwa zaistnienia wypadku. Ponadto konsekwencją stresu mogą również być konflikty pojawiające się zarówno w środowisku zawodowym jak i w życiu prywatnym [12].

Warto przy tym zaznaczyć, że w obszarze zdrowia konsekwencje długotrwałego stresu występują dopiero po jakimś czasie. Stanowią one rezultat różnych nierzadko znacznie wygórowanych wymagań stawianych danemu pracownikowi w związku z jego działalnością zawodową. Pozostawanie w stanie nieustannego napięcia emocjonalnego przyczynia się do psychicznego oraz fizycznego wyczerpania danej jednostki. Za taki stan mogą odpowiadać między innymi następujące czynniki :

- układ i charakter stosunków w zespole,
- czynniki o charakterze ambicjonalnym,
- poczucie odpowiedzialności,
- podejście danej osoby do pracy,
- zaangażowanie pracownika w wykonywaną pracę [13].

Nie ulega najmniejszej wątpliwości fakt, że stres (pojmowany jako stan emocjonalny) może mieć zasadniczy wpływ na dezorganizację ludzkiej aktywności. Za swoisty wskaźnik stresu można uznać zakłócenia występujące w zachowaniu danej jednostki (w tym zwłaszcza problemy z realizacją czynności, które w normalnych warunkach jest ona w stanie wykonywać poprawnie). Jak już wspomniano w poprzednich podrozdziałach stres stanowi wynik zagrożenia, jednak w pracy sam może stać się czynnikiem, który w istotny sposób zagraża ludzkiemu zdrowiu fizycznemu i psychicznemu. Dodatkowo trzeba podkreślić, że obniżenie sprawności oraz jakości realizowanych czynności może stanowić wtórne źródło stresu. Tym samym następuje specyficzne sprzężenie zwrotne łączące stres ze zjawiskiem radzenia sobie [14].

Do grupy najważniejszych stresorów mających wpływ na funkcjonowanie człowieka można zaliczyć emocje charakteryzujące się ujemnym zabarwieniem. Mogą być one generowane między innymi przez wysoki poziom zaangażowania danej osoby w problemy innych jednostek. W ten sposób powstaje napięcie nerwowe, które ma związek z nadmiernym eksploatowaniem własnej energii oraz sił. Zjawisko to jest szczególnie często obserwowane w grupie osób wykonujących zawody zaliczające się do kategorii określanej mianem służb społecznych. Mając na uwadze fakt, iż istotą pracy pielęgniarek jest pomoc innym osobom, bliski kontakt z pacjentami i nieustanne konfrontowanie się z ich cierpieniem oraz negatywnymi emocjami można stwierdzić, że pielęgniarki zdecydowanie zaliczają się do tej grupy [15].

Wśród głównych przyczyn odczuwania stresu w miejscu pracy można także wymienić występowanie agresji. Istotny jest przy tym fakt, że agresja ta może występować w różnych postaciach. Bez względu na swoją formę stanowi ona czynnik, który istotny sposób oddziałuje na obszary takie jak [15]:

- efektywność pracy wykonywanej przez daną jednostkę,
- motywacja do pracy danej jednostki,
- zdrowie psychiczne danej jednostki.

Niezależnie od poziomu swojego natężenia, przemoc jest jednym z najgroźniejszych zawodowych stresorów. Jej konsekwencje mogą przejawiać się w następujących sferach [16]:

- sfera funkcjonowania zawodowego,
- sfera funkcjonowania społecznego,
- sfera funkcjonowania psychicznego.

Pielęgniarki, chcąc zachować w swojej pracy pełen profesjonalizm zawodowy, muszą wypełniać szereg ról oraz funkcji, które wzajemnie się przenikają oraz uzupełniają. Należy w tym miejscu zaznaczyć, że funkcje te zazwyczaj mają związek zarówno z pacjentami, jak i z osobami zdrowymi (w tym między innymi z rodzinami pacjentów). Ze względu na duży poziom obciążenia psychicznego, jakość opieki medycznej świadczonej przez pielęgniarki może ulec obniżeniu, przyczyniając się jednocześnie do wzrostu poziomu zawodowego stresu [16].

Przedstawiając konsekwencje stresu w pracy pielęgniarki należy zwrócić szczególną uwagę na omówiony wyżej zespół wypalenia zawodowego. W tym kontekście największą rolę odgrywają takie stresory jak brak odpowiedniej organizacji pracy oraz niewłaściwe warunki pracy. Duże znaczenie ma również wysoki poziom odpowiedzialności nakładanej na pielęgniarki oraz wysokie wymagania stawiane pracownikom służby zdrowia [16].

Personel pielęgniarski, podczas wykonywania swoich obowiązków zawodowych nierzadko styka się z pacjentami, którzy przyjmują roszczeniową postawę oraz wykazują negatywne nastawienie. Co więcej pacjenci coraz częściej (poza opieką o charakterze stricte medycznym) wymagają także od pielęgniarek obniżania poziomu ich lęku oraz wsparcia emocjonalnego. Dodatkowo w pracy pielęgniarki obciążenie psychiczne ma też związek z różnymi obowiązkami zawodowymi, w tym między innymi: z potrzebą nieustannej koncentracji uwagi, z koniecznością podejmowania szybkich decyzji, z koniecznością wykazywania szybkich reakcji.

Nieustanne obcowanie ze śmiercią oraz z chorobą pacjentów często wiąże się ze skrajnymi emocjami, takimi jak z jednej strony nadzieja, natomiast z drugiej - bezsilność.

W efekcie powstaje istotne obciążenie psychiczne, które może w konsekwencji doprowadzić między innymi do nadużywania środków uspokajających lub alkoholu [17].

Nie bez znaczenia w tym względzie jest również fakt, iż obowiązki zawodowe typowe dla profesji pielęgniarskiej niosą ze sobą istotne obciążenia o charakterze fizycznym, w tym między innymi podnoszenie chorych, praca w wymuszonych pozycjach [17].

Wydajność pracy pielęgniarek oraz ich dobre poczucie są także ograniczane przez wspomnianą wcześniej pracę zmianową przyczyniającą się do zaburzeń w obszarze funkcjonowania biologicznego zegara. Co więcej taki rytm pracy może zwiększać poziom prawdopodobieństwa popełnienia zawodowego błędu [17].

Źródłem stresu w pracy pielęgniarki jest także konieczność pracy pod presją czasu oraz konieczność realizowania kilku czynności w jednym czasie. Pielęgniarki bardzo często spotykają się w swoim środowisku zawodowym nieprzewidywanymi sytuacjami, takimi jak reanimacje, czy też nagłe pogorszenie stanu danego pacjenta. W wyniku tego rodzaju sytuacji obniża się komfort psychiczny personelu pielęgniarskiego i spada efektywność jego pracy [18].

Stres zawodowy ma zasadniczy wpływ na funkcjonowanie danego zakładu pracy (w przypadku pielęgniarek - całego oddziału lub przychodni). Osoby wykonujące swoje obowiązki zawodowe w warunkach chronicznego stresu znacznie częściej chorują. Stres ogranicza ich wydajność i sprawia że zdarza im się częściej popełniać błędy. Tym samym wpływa on więc na obniżenie efektywności pracy. Ponadto pracownicy doświadczający stresu [11]:

- częściej korzystając z dni wolnych,
- częściej biorą zwolnienia lekarskie,
- wykazują mniejszą chęć do realizacji nowych zadań,
- mogą ignorować polecenia służbowe,
- nie wypełniają zasad oraz przepisów mających związek z bezpieczeństwem pracy,
- wykazują mniejsze zaangażowanie w realizację swoich obowiązków,
- wykazują mniejsze zainteresowanie pracą,
- częściej ulegają wypadkom w miejscu pracy,
- są bardziej skłonne do rezygnacji (odejścia) z pracy.

Taka postawa pracowników przykłada się na sytuację całego zakładu pracy. Pracodawca musi bowiem ponieść koszty związane z przebywaniem pracowników na zwolnieniach lekarskich (w tym koszty związane z organizacją zastępstw), a także (w razie rezygnacji danego pracownika z pracy), musi ponieść koszty związane z odprawą, z rekrutacją nowego pracownika oraz z przeszkoleniem go do wykonywania nowych obowiązków zawodowych [11].

Reasumując, stres może mieć bardzo szeroki wpływ na pracę wykonywaną przez pielęgniarki. Z jednej strony może on obniżać ich samopoczucie fizyczne, prowadząc tym samym do częstszego brania zwolnień lekarskich i zwiększenia poziomu nieobecności spowodowanych złym stanem zdrowia. Z drugiej strony stres ma zasadniczy wpływ na sferę emocjonalną pielęgniarek. Tym

samym może przyczyniać się do rozproszenia uwagi i częstszego popełniania błędów zawodowych, a także do częstszego wdawania się w konflikty ze współpracownikami oraz z pacjentami i ich rodzinami. Istotny jest przy tym fakt, że wszystkie wymienione wyżej konsekwencje stresu mogą również same w sobie stanowić jego źródło, dodatkowo utrudniając walkę ze stresem zawodowym.

Kierunki badań nad wypaleniem zawodowym

Analizując literaturę przedmiotu można zauważyć, że zjawisko wypalenia zawodowego stanowi przedmiot intensywnych badań psychologów. W poszczególnych opracowaniach zwraca się uwagę zarówno na czynniki, które powodują wypalenie zawodowe (w tym przede wszystkim na stres związany z pracą), jak i na skalę wypalenia zawodowego wśród przedstawicieli poszczególnych zawodów. Mając jednak na uwadze wpływ zjawiska wypalenia zawodowego na realną sytuację pracowników oraz zakładów pracy można wyodrębnić dwa zasadnicze kierunki badań nad tym zagadnieniem. Pierwszym z nich są ekonomiczne i społeczne koszty stresu zawodowego natomiast drugi kierunek to prewencja wypalenia zawodowego.

Zgodnie z danymi przekazanymi przez europejską agencję zajmującą się kwestiami zdrowia oraz bezpieczeństwa pracy, zdecydowana większość badań dotyczących kosztów związanych z wypaleniem zawodowym jest prowadzona za pomocą metod indukcyjnych bądź też dedukcyjnych. W przypadku podejścia dedukcyjnego szczególna uwaga jest kierowana przede wszystkim na koszty związane z nieobecnością pracowników

doświadczających wypalenia zawodowego w pracy, a także koszty dotyczące chorób, na które pracownicy zapadają w związku z doświadczanym wypaleniem zawodowym. Koszty te są zestawiane z całkowitymi (ogólnymi) kosztami ponoszonymi w związku z nieobecnością pracowników w pracy z różnych przyczyn. Podejście indukcyjne koncentruje się natomiast na identyfikacji różnych grup kosztów związanych z wypaleniem zawodowym. Na tej podstawie określany jest ogólny koszt wypalenia zawodowego [19].

Warto przy tym podkreślić, że pełne oszacowanie ekonomiczno-społecznych kosztów wypalenia zawodowego jest zagadnieniem niezwykle trudnym. Pod uwagę należy wziąć szereg różnego rodzaju czynników występujących w różnych sferach. W przypadku samych pracowników wypalenie zawodowe ma przede wszystkim związek z pogorszeniem się ich stanu zdrowia (w tym głównie zdrowia psychicznego).

Cel badań, pytania i hipotezy badawcze

Głównym celem prowadzonych badań jest analiza stresu oraz jego wpływu na występowanie zjawiska wypalenia zawodowego w pracy pielęgniarek. Mając na uwadze przedstawiony wyżej główny cel badań wyodrębnione zostały następujące pytania badawcze:

P1 – Jak przedstawia się skala wypalenia zawodowego wśród badanych pielęgniarek?

P2 – Jak duży stres związany z pracą odczuwają pielęgniarki?

P3 – Czy stres związany z pracą wpływa na poziom wypalenia zawodowego pielęgniarek?

P4 – Czy staż pracy wpływa na poziom wypalenia zawodowego pielęgniarek?

P5 – Czy staż pracy wpływa na poziom stresu zawodowego pielęgniarek?

Na podstawie postawionych pytań badawczych opracowano następujące hipotezy robocze:

H1 – Skala występowania zjawiska wypalenia zawodowego wśród badanych pielęgniarek jest dość duża.

H2 – Stres odczuwany przez pielęgniarki w związku z ich obowiązkami zawodowymi jest dość duży.

H3 – Stres związany z pracą ma duży wpływ na poziom wypalenia zawodowego pielęgniarek.

H4 – Staż pracy ma wpływ na poziom wypalenia zawodowego pielęgniarek.

H5 – Staż pracy ma wpływ na poziom stresu odczuwanego przez pielęgniarki w związku z ich obowiązkami zawodowymi.

Grupa badana

Badania zostały przeprowadzone w marcu 2022 roku. W badaniach wzięło udział 114 pielęgniarek zatrudnionych w dwóch szpitalach znajdujących się na terenie Częstochowy za pomocą ankiety.

Kryteria uczestnictwa w badaniach

Zasadniczym kryterium uczestnictwa w badaniach było posiadanie prawa do wykonywania zawodu pielęgniarki oraz wykazywanie aktywności zawodowej w tym zakresie. Zgoda na udział w badaniu. Podczas procesu badawczego nie brano pod uwagę poziomu wykształcenia pielęgniarek.

Metody techniki i narzędzia badawcze

W niniejszej pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej pozwalającej na udzieleniu odpowiedzi na pytania badawcze oraz na weryfikację hipotez.

Metoda, którą zastosowano podczas badania to metoda sondażu diagnostycznego. W jej ramach sięgnięto po technikę ankiety. Ponadto dane zebrane tą techniką uzupełniono techniką wywiadu, w którym uwzględniono otwarte pytania dotyczące uwarunkowań stresu zawodowego badanych. Z kolei narzędziami wykorzystanymi do przeprowadzenia badania były dwa kwestionariusze: skala stresu PSS-10 oraz kwestionariusz wypalenia zawodowego autorstwa Maslach. W celu zebrania danych charakteryzujących badaną grupę dodatkowo wykorzystano autorską metryczkę.

Jeśli chodzi o kwestionariusz wypalenia zawodowego Maslach (z języka angielskiego Maslach Burnout Inventory – MBI), to należy zaznaczyć, że został on stworzony

na początku lat osiemdziesiątych ubiegłego stulecia przez Maslach oraz Jackson. Dzięki wykorzystaniu tego narzędzia możliwe jest oszacowanie natężenia trzech głównych składników zespołu wypalenia zawodowego, a więc [20]:

- obniżonego poczucia osobistych dokonań,
- depersonalizacji,
- wyczerpania emocjonalnego.

W kwestionariuszu uwzględniono 22 pozycje, które dodatkowo podzielono na trzy główne grupy charakteryzujące się zróżnicowaną liczbą zawartych pytań oraz stwierdzeń. Każda z wyodrębnionych grup odpowiada jednemu ze wymienionych wyżej składników zespołu wypalenia zawodowego. Podział pytań przedstawia się w następujący sposób [21]

- w podskali przedstawiającej wyczerpanie emocjonalne ujęto 9 pozycji,
- w podskali przedstawiającej depersonalizację ujęto 5 pozycji,
- w podskali przedstawiającej obniżone poczucia osobistych doznań ujęto 8 pozycji.

W podskalach odnoszących się do wyczerpania emocjonalnego oraz depersonalizacji wszystkie pozycje testowe sformułowano w negatywny sposób. W przypadku podskali dotyczącej obniżonego poczucia osobistych dokonań uwzględnione pozycje zostały ujęte w sposób pozytywny [20]

Ostateczne rezultaty omawianego testu są przedstawiane odrębnie dla jego poszczególnych podskal. O wysokim poziomie wypalenia zawodowego świadczą niskie wyniki uzyskane w przypadku podskali dotyczącej obniżonego poczucia osobistych dokonań, którym towarzyszą wysokie rezultaty uzyskane w przypadku podskali dotyczącej depersonalizacji oraz w przypadku podskali dotyczącej emocjonalnego wyczerpania [20]

Bez względu na podskalę, pozycje testowe uwzględnione w kwestionariuszu przedstawiono jako twierdzenia mające związek z określonymi postawami lub odczuciami. Zadaniem osób, które uczestniczą w badaniu jest zaznaczenie zakresu osobistego doświadczania danego odczucia lub postawy. Powinny one przy tym skorzystać z siedmiostopniowej skali obejmującej cyfry od 0 do 6 (0 należy interpretować jako brak doświadczenia wybranego odczucia, z kolei 6 wskazuje na jego codzienne doświadczenie) [20]

Istotny jest fakt, iż w omawianym narzędziu nie zostały uwzględnione tak zwane punkty odcięcia, pozwalające na jednoznaczne odgraniczenie osób doświadczających wypalenia zawodowego, od jednostek, którym zjawisko to jest obce.

Same autorki kwestionariusza wskazały, że należy go stosować do badań, które dotyczą grup zawodowych, których praca wymaga specyficznych kontaktów z ludźmi. Mimo to w praktyce jest on stosowany w znacznie szerszym kontekście [20]

Opracowanie kwestionariusza PSS-10 należy zawdzięczać Cohenowi oraz jego współpracownikom. Narzędzie to zostało stworzone na początku lat osiemdziesiątych XX wieku. Ogólnie rzecz ujmując skala odczuwania stresu PSS-10 jest stosowana do oceny poziomu stresu odczuwanego w związku z życiową sytuacją danej osoby. Należy przy tym zwrócić uwagę, że omawiane narzędzie odnosi się do stanu danej osoby w miesiącu poprzedzającym badanie [22].

W kwestionariuszu uwzględniono 10 pytań, które dotyczą przede wszystkim subiektywnych sposobów badanej osoby na radzenia sobie z doświadczanymi przez nią problemami lub zdarzeniami. Odpowiedzi na zadane pytania są udzielane za pomocą czterostopniowej skali (wyrażonej za pomocą cyfr od 0 do 4). Poniżej przedstawiono znaczenie poszczególnych cyfr [22]:

- 0 oznacza nigdy,
- 1 oznacza prawie nigdy,
- 2 oznacza czasem,
- 3 oznacza dość często,
- 4 oznacza bardzo często.

Na ostateczny wynik składa się suma wszystkich uzyskanych punktów. Tym samym jego wartość mieści się w przedziale między 0 a 40 punktami. Nasilenie stresu odczuwanego przez jednostkę uczestniczącą w badaniu jest wprost proporcjonalne do wysokości uzyskanego rezultatu.

W przypadku omawianego narzędzia końcowy wynik jest przekształcany za pomocą skali stenowej [22]: wynik w przedziale od 1 do 4 stenów jest uznawany za wynik niski, wynik w przedziale od 5 do 6 stenów jest uznawany za wynik przeciętny, wynik w przedziale od 7 do 10 stenów jest uznawany za wynik wysoki.

Analiza statystyczna

Analiza statystyczna uzyskanych wyników badań została przeprowadzona w programie Staistica. Poza wykonaniem statystyk opisowych w analizie uwzględniono także test U Manna-Whitneya oraz określono statystyczną istotność związków zachodzących między wynikami uzyskanymi w zakresie wypalenia zawodowego i stresu oraz między stażem pracy ankietowanych a skalą wypalenia zawodowego oraz stresu.

Występowanie stresu wśród badanej populacji

W przeprowadzonych badaniach w pierwszej kolejności w uwzględniono poziom stresu odczuwanego przez pielęgniarki. W analizie wyodrębniono trzy zasadnicze grupy uwzględniające staż pracy personelu pielęgniarskiego biorącego udział w badaniu. Surowe wyniki nasilenia stresu w każdej z tych grup zostały przedstawione w tabeli 1. Z kolei tabela 2 zawiera wyniki uzyskane w badaniu nasilenia stresu po przeliczeniu na steny. Informacje, które zaprezentowano w tych tabelach pozwalają stwierdzić, że w przypadku pielęgniarek biorących udział w badaniu nasilenie stresu maleje wraz ze zwiększaniem się stażu pracy. Wynik testu U Manna-Whitneya dla uzyskanych

wartości wyniósł $Z = 2,57$. W rezultacie udało się stwierdzić, że różnice dostrzeżone w tym obszarze wykazują istotność statystyczną ($p=0,0238$).

Tabela 1. Nasilenie stresu u pielęgniarek (wynik surowy)

Staż pracy	Średnia	Med.	Min.	Max.	SD
<10 lat	22,79	22,00	12,00	34,00	3,26
11-20 lat	22,24	22,00	13,00	32,00	3,57
21-30 lat	20,43	20,00	6,00	30,00	4,35
Łącznie	21,39	22,00	6,00	34,00	3,91

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Tabela 2. Nasilenie stresu u pielęgniarek (wynik w stenach)

Staż pracy	Średnia	Med.	Min.	Max.	SD
<10 lat	7,95	8,00	3,00	10,00	1,27
11-20 lat	7,32	7,00	4,00	10,00	1,08
21-30 lat	6,77	7,00	3,00	9,00	1,33
Łącznie	6,97	7,00	3,00	10,00	1,18

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Częstotliwość występowania wyróżnianych poziomów stresu przewidzianych w skali PSS-10 w poszczególnych grupach związanych ze stażem pracy pielęgniarek przedstawiono w tabeli 3.

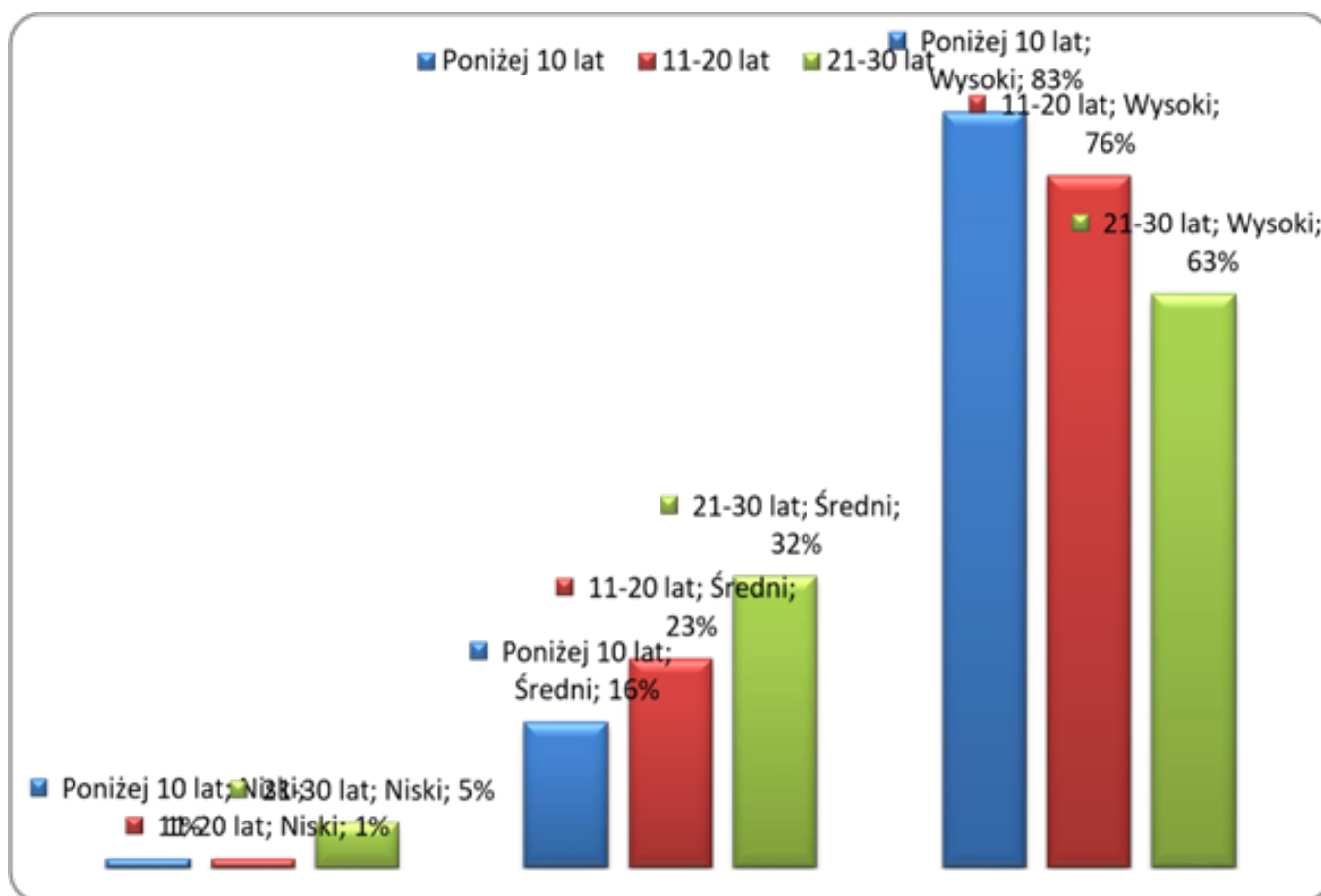
Tabela 3. Skategoryzowane poziomy skali PSS-10 w obu grupach zawodowych

Poziom	<10 lat	11-20 lat	21-30 lat
Niski	1%	1%	5%
Średni	16%	23%	32%
Wysoki	83%	76%	63%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

W oparciu o informacje ujęte w tabeli 3 oraz na wykresie 6 można zauważyć, że w ciągu ostatniego miesiąca wysoki poziom stresu odczuwało 63% pielęgniarek, których staż pracy wynosi od 21 do 30 lat, 76% pielęgniarek, których staż pracy wynosi od 11 do 20 lat oraz 83% pielęgniarek o stażu pracy krótszym niż 10 lat. Ponadto średni poziom stresu w ciągu ostatniego miesiąca odczuwało 32% pielęgniarek, których staż pracy wynosi od 21 do 30 lat, 23% pielęgniarek, których staż pracy wynosi od 11 do 20 lat oraz 16% pielęgniarek o stażu pracy krótszym niż 10 lat.

Ryc. 1. Skategoryzowane poziomy stresu w grupie pielęgniarek z uwzględnieniem stażu pracy



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Niski poziom stresu odnotowano natomiast wyłącznie u 5% pielęgniarek, których staż pracy wynosi od 21 do 30 lat, 1% pielęgniarek, których staż pracy wynosi od 11 do 20 lat oraz 1% pielęgniarek o stażu pracy krótszym niż 10 lat.

Zaprezentowane wyżej dane pozwalają zatem dojść do wniosku, iż podczas miesiąca poprzedzającego badania zdecydowana większość pielęgniarek biorących udział w badaniu odczuwała wysoki poziom stresu. Reasumując, większość respondentów odczuwa wysoki poziom stresu. Jednocześnie trzeba podkreślić, że w badanej grupie poziom stresu maleje wraz ze wzrostem stażu pracy. Różnice zaobserwowane w tym zakresie wykazują istotność statystyczną.

Objawy wypalenia zawodowego wśród badanej populacji Jak już wspomniano w badaniu uwzględniono również wypalenie zawodowe. Dane związane z wyczerpaniem emocjonalnym przedstawia tabela 4.

Tabela 4. Wyczerpanie emocjonalne

Staż pracy	Średnia	Med.	Min.	Max.	SD
<10 lat	23,9	23,00	19,00	31,00	11,7
11-20 lat	23,9	23,00	20,00	33,00	11,6
21-30 lat	23,1	23,00	18,00	28,00	11,5
Łącznie	23,4	22,00	18,00	33,00	10,3

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Dane ujęte w powyższej tabeli pozwalają stwierdzić, iż w przypadku badanej grupy wyczerpanie emocjonalne osiąga średni poziom. Istotny jest przy tym fakt, że pomiędzy poszczególnymi grupami pielęgniarek wyróżnionymi ze względu na staż pracy nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic.

Dane odnoszące się do poziomu depersonalizacji wśród badanych zostały natomiast i zaprezentowane w tabeli 5.

Tabela 5. Depersonalizacja

Staż pracy	Średnia	Med.	Min.	Max.	SD
<10 lat	12,5	12,00	9,00	14,00	6,4
11-20 lat	12,2	12,00	9,00	13,00	6,2
21-30 lat	11,3	11,00	10,00	14,00	5,7
Łącznie	11,9	11,00	9,00	14,00	6,6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Na podstawie przedstawionych wyżej danych można stwierdzić, że wśród pielęgniarek uczestniczących w badaniu zaobserwowano wysoki poziom depersonalizacji. Uwagę zwraca fakt, że poziom ten nieznacznie maleje wraz ze wzrostem stażu pracy pielęgniarek.

Jednocześnie trzeba zaznaczyć, że uzyskane wyniki nie wykazały istotności statystycznej.

Tabela 6 przedstawia natomiast informacje mające związek z poczuciem własnych dokonań.

Tabela 6. Poczucie własnych dokonań

Staż pracy	Średnia	Med.	Min.	Max.	SD
<10 lat	39,7	39,00	23,00	47,00	8,1
11-20 lat	39,3	39,00	24,00	47,00	8,3
21-30 lat	38,6	38,00	27,00	44,00	8,5
Łącznie	38,8	38,00	23,00	47,00	8,7

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Z informacji które przedstawiono w tabeli 7 wynika, iż w przypadku pielęgniarek biorących udział w badaniu poczucie własnych dokonań osiągnęło średni poziom. Co ciekawe poziom ten maleje wraz ze wzrostem stażu pracy respondentów. Uzyskane różnice nie wykazały jednak istotności statystycznej.

Podsumowując zaprezentowane wyżej rozważania można zauważyć, że wśród pielęgniarek biorących udział w badaniu takie części składowe wypalenia zawodowego jak emocjonalne wyczerpanie oraz poczucie własnych dokonań kształtują się na średnim poziomie. Z kolei depersonalizacja osiąga wysoki poziom.

Jednocześnie należy podkreślić że przeprowadzona analiza statystyczna nie wykazała występowania istotnych statystycznie związków między odczuwalnym poziomem stresu a depersonalizacją. Jeśli zaś chodzi o takie elementy wypalenia zawodowego jak wyczerpanie emocjonalne oraz poczucie własnych dokonań, to należy zaznaczyć, że zaobserwowano istotnie statystycznie związki między każdym z tych czynników oraz poziomem wypalenia zawodowego. Na tej podstawie można stwierdzić, iż w przypadku pielęgniarek biorących udział w badaniu podwyższony poziom stresu przyczynia się do obniżenia zadowolenia z pracy, a także ma wpływ na powstawanie wyczerpania emocjonalnego.

Uwarunkowania występowania stresu- dieta, styl życia, życie prywatne

W wywiadach przeprowadzonych z pielęgniarkami biorącymi udział w badaniu zwrócono uwagę na uwarunkowania występowania stresu. Z zebranych w ten sposób informacji wynika, że w przypadku większości pielęgniarek stres doświadczony w pracy ma zasadniczy wpływ na ich dietę. Część z nich związku z doświadczonymi stresem przyjmuje mniej jedzenia niż zazwyczaj. Inne pielęgniarki zjadają stresi spożywając większą ilość słodczy. Niemal wszystkie pielęgniarki zaznaczyły, że ze względu na charakter pracy oraz doświadczony stres nie są w stanie spożywać regularnych posiłków

Wywiady wykazały również, że stres ma przełożenie na życie prywatne pielęgniarek. U większość z nich stres zawodowy przekłada się na zwiększenie liczby kłótni z bliskimi. Ponadto istotna część pielęgniarek zaznaczyła również, że ze względu na stres w pracy doświadcza apatii i nie ma chęci na spotykanie się ze znajomymi i udzielanie się towarzysko.

Stres wpływa także na styl życia pielęgniarek. W połączeniu z pracą zmianową oraz z długimi godzinami pracy odbiera on chęci do uprawiania sportu oraz aktywnego spędzania czasu wolnego. Ponadto przekłada się on również na zdecydowane ograniczenie aktywności towarzyskiej pielęgniarek.

Wnioski

Wyniki uzyskane w badaniach pozwoliły na udzielenie odpowiedzi na postawione pytania badawcze oraz na weryfikację hipotez roboczych.

Pierwsze pytanie brzmiało: jak przedstawia się skala wypalenia zawodowego wśród badanych pielęgniarek? Z badań wynika, że w badanej grupie takie części składowe wypalenia zawodowego jak emocjonalne wyczerpanie oraz poczucie własnych dokonań kształtują się na średnim poziomie. Z kolei depersonalizacja osiąga wysoki poziom. Tym samym można obalić pierwszą z postawionych hipotez, według której skala występowania zjawiska wypalenia zawodowego wśród badanych pielęgniarek jest dość duża.

Drugie pytanie badawcze brzmiało: jak duży stres związany z pracą odczuwają pielęgniarki? Badania wykazały, że poziom stresu odczuwanego przez pielęgniarki jest duży. Tym samym można potwierdzić drugą hipotezę, według której stres odczuwany przez pielęgniarki w związku z ich obowiązkami zawodowymi jest dość duży.

Trzecie pytanie badawcze brzmiało: czy stres związany z pracą wpływa na poziom wypalenia zawodowego pielęgniarek? Analiza statystyczna nie wykazała występowania istotnych statystycznie związków między odczuwalnym poziomem stresu a depersonalizacją. Jeśli zaś chodzi o takie elementy wypalenia zawodowego jak wyczerpanie emocjonalne oraz poczucie własnych dokonań, to należy zaznaczyć, że zaobserwowano istotnie statystycznie związki między każdym z tych czynników oraz poziomem wypalenia zawodowego. Na tej podstawie można stwierdzić, iż w przypadku pielęgniarek biorących udział w badaniu podwyższony poziom stresu przyczynia się do obniżenia zadowolenia z pracy, a także ma wpływ na powstawanie wyczerpania emocjonalnego. W związku z tym można potwierdzić trzecią hipotezę, według której stres związany z pracą ma duży wpływ na poziom wypalenia zawodowego pielęgniarek.

Czwarte pytanie badawcze brzmiało: czy staż pracy wpływa na poziom wypalenia zawodowego pielęgniarek? Przeprowadzone badania nie wykazały istotnych staty-

stycznie związków między stażem pracy pielęgniarek a poziomem wypalenia zawodowego. Tym samym można obalić czwartą hipotezę, według której staż pracy ma wpływ na poziom wypalenia zawodowego pielęgniarek.

Piąte pytanie badawcze brzmiało: czy staż pracy wpływa na poziom stresu zawodowego pielęgniarek? Badanie wykazało istotne związki między prezent zawodowym i stażem pracy pielęgniarek wskazując, że wraz ze stażem pracy nieznacznie zmniejsza się poziom stresu. Tym samym można potwierdzić piątą hipotezę, według której staż pracy ma wpływ na poziom stresu odczuwanego przez pielęgniarki w związku z ich obowiązkami zawodowymi.

Bibliografia

1. <https://stat.gov.pl/> (dostęp 03.02.2024r.)
2. Łodzińska J., Stres zawodowy narastającym zjawiskiem społecznym, „Seminare. Poszukiwania naukowe” 2010 (28), s. 127
3. Heszen-Niejodek I., Psychologia stresu, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013
4. Heszen-Niejodek I., Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie [w:] Strelau J. Psychologia. Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003
5. Chojnicki J., Jarosiewicz G., ABC BHP. Poradnik dla pracodawców. Państwowa Inspekcja Pracy, Główny Inspektorat Pracy, Warszawa 2015, s. 17.
6. Kucharska A., Śmierciak Ł. Zagrożenia psychospołeczne. Poradnik dla pracodawców, Państwowa Inspekcja Pracy, Główny Inspektorat Pracy, Warszawa 2016
7. Pielęgniarstwo. Ćwiczenia, (red.) Ciechaniewicz W., Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2006, s. 44.
8. Kliszcz J., Nowicka-Sauer K.: Kontrola gniewu, lęku i depresji u pielęgniarek nefrologicznych a satysfakcja z życia i z pracy zawodowej, „Pielęgniarstwo Polskie” 2003, 1 (15), s. 88-89. 34
9. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.
10. Krajowy Standard Kwalifikacji Zawodowych. Pielęgniarka (224101), MPiPS, Warszawa 2007.
11. Gólczyk M., Stres w pracy. Poradnik dla pracodawcy, Państwowa Inspekcja Pracy Główny Inspektorat Pracy, Warszawa 2016
12. Dzikowski, Krótki kurs higieny i bezpieczeństwa pracy, Warszawa 2001, s. 57.
13. Sęk H., Uwarunkowania i mechanizmy wypalenia zawodowego w modelu psychologii społecznej, [w:] „Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie”, red. H. Sęk, Warszawa 2007, s. 83-112.
14. Heszen-Niejodek I., Ratajczak Z. Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne.: Wyd. Uniwersytetu Śląskiego; Katowice 2002.
15. Uchmanowicz, Jankowska-Polańska B, Bronowicka G., Zjawisko wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach onkologicznych – badanie wstępne, „Problemy Pielęgniarstwa” 2013, 21(4), s. 476–783.
16. Zdziebło K., Kozłowska E. Mobbing w środowisku pracy pielęgniarek, „Problemy Pielęgniarstwa” 2010; 18(2), s. 212–219.
17. Sygit E., Długoletni staż zawodowy pielęgniarek – droga

ku wypaleniu zawodowemu?, Rocznik Pomorskiej Akademii Medycznej 2009; 55(2),

18. Kici M., Iwanowicz-Palus GJ. Praca zawodowa pielęgniarki i położnej źródłem stresu. „Pielęgniarstwo XXI w.” 2006; 14/15, s. 41-43.

19. Bilska E. Jak Feniks z popiołów czyli syndrom wypalenia zawodowego, „Niebieska Linia” 2004, 4

20. Pasikowski T., Polska adaptacja kwestionariusza Maslach Burnout Inventory, [W:] Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie, Sęk H. (red.), PWN, Warszawa 2016, s. 135 – 149.

21. Ogińska – Bulik N., Stres zawodowy u policjantów. Źródła – konsekwencje – zapobieganie. Wyższa Szkoła Humanistyczno – Ekonomiczna, Łódź 2014, s. 95 – 133.

22. Ogińska-Bulik N., Juczyński Z.: Narzędzia pomiaru stresu i radzenie sobie ze stresem. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2011.

Data przyjęcia: 16.11.2025

Data recenzji: 30.01.2026

Data wydania: 28.03.2026

Opieka nad pacjentem z niedowładem jednostronnym w wyniku udaru mózgu

Care of a patient with unilateral paralysis resulting from a stroke

Gabriela Mróz

Streszczenie

Wprowadzenie: Udar mózgu stanowi jedną z najpoważniejszych chorób układu nerwowego i jest istotnym problemem na całym świecie. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia, plasuje się na drugim miejscu wśród najczęstszych przyczyn zgonów globalnie.

Cel: Celem pracy jest przedstawienie charakterystyki udaru mózgu, metod jego leczenia oraz roli pielęgniarki w procesie opieki nad pacjentem, zarówno w fazie ostrej choroby, jak i podczas dalszej rehabilitacji i wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

Materiał i metody: W pracy zastosowano analizę indywidualnego studium przypadku. Informacje zostały pozyskane na podstawie: wywiadu z rodziną pacjenta, obserwacji chorego, pomiaru parametrów życiowych (temperatura, ciśnienie tętnicze, tętno, ilość oddechów) oraz pomiar antropometryczny, analizy dokumentacji medycznej pacjenta, analizy odpowiednich skal (Skala Norton, Skala Barthel, Skala ADL, Skala MNA, Skala Oceny Depresji).

Wyniki: Najczęstszym problemem występującym u pacjentów z niedowładem połowiczym po przebytych udarach niedokrwiennym mózgu jest deficyt samoopieki, wynikający przede wszystkim z ograniczenia mobilności. Sytuacja ta niesie ze sobą ryzyko powikłań, takich jak powikłania zakrzepowo-zatorowe (mogące prowadzić do nawrotu udaru), odleżyny oraz przykurcze mięśniowe.

Wnioski: Rola pielęgniarki jest istotna w opiece nad pacjentem po przebytych udarach. Obejmuje ona stałe monitorowanie pacjenta, zapobieganie wystąpieniu wczesnych powikłań, a także pomoc w aktywizowaniu pacjenta oraz edukację.

Słowa kluczowe: udar niedokrwienny mózgu, analiza przypadku, rola pielęgniarki, opieka pielęgniarska

Abstract

Introduction: Stroke is one of the most serious diseases of the nervous system and a significant problem worldwide. According to the World Health Organization, it ranks as the second leading cause of death globally.

Aim: The aim of this paper is to present the characteri-

stics of stroke, its treatment methods, and the role of the nurse in patient care, both during the acute phase of the illness and during subsequent rehabilitation and support in daily functioning.

Materials and Methods: This paper uses an individual case study analysis. Information was obtained based on: interviews with the patient's family, observations of the patient, measurement of vital signs (temperature, blood pressure, heart rate, respiratory rate) and anthropometric measurements, analysis of the patient's medical records, and analysis of relevant scales (Norton Scale, Barthel Scale, ADL Scale, MNA Scale, Depression Rating Scale).

Results: The most common problem in patients with hemiparesis after ischemic stroke is a deficit in self-care, resulting primarily from limited mobility. This situation carries a risk of complications such as thromboembolic complications (which may lead to recurrent stroke), pressure ulcers, and muscle contractures.

Conclusions: The role of the nurse is important in the care of a patient after a stroke. It includes constant monitoring of the patient, preventing early complications, as well as assistance in patient activation and education.

Keywords: ischemic stroke, analysis case, role of the nurse, nursing care

Wprowadzenie

Udar mózgu stanowi jedną z najpoważniejszych chorób układu nerwowego i jest istotnym problemem na całym świecie. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia, plasuje się na drugim miejscu wśród najczęstszych przyczyn zgonów globalnie. Dla porównania – jeszcze w 2013 roku zajmował trzecie miejsce, a dwie dekady wcześniej – piąte. Co więcej, udar mózgu stanowi jedną z głównych przyczyn otępienia oraz padaczki u osób w podeszłym wieku, a także istotny czynnik ryzyka wystąpienia depresji. W Polsce corocznie odnotowuje się od 60 do nawet 90 tysięcy nowych przypadków udaru mózgu. Jest to również najczęstsza przyczyna ciężkiej niepełnosprawności u osób po 40. roku życia. W ocenie wpływu udarów na zdrowie publiczne wykorzystuje się wskaźnik DALY (disability-adjusted life years – lata życia

skorygowane niepełnosprawnością). Według szacunków, w 2015 roku wskaźnik ten wynosił blisko 2000 utraconych lat życia na 100 tysięcy mieszkańców rocznie. [1]

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia, dokonany udar mózgu to zespół objawów klinicznych, który charakteryzuje się nagłym wystąpieniem ogniskowych (lub uogólnionych) zaburzeń funkcji mózgu, utrzymujących się przez ponad 24 godziny – o ile wcześniej nie dojdzie do zgonu – i których przyczyną jest naczyniowa. [2]

Według literatury podział udarów mózgu prezentuje się następująco: udary niedokrwienne (tak zwane zawały mózgu) stanowiące ok. 80-85% wszystkich udarów, udary krwotoczne – ok. 15% (z podziałem na krwotoki śródmózgowe – ok. 10% i krwotoki podpajęczynówkowe ok. 5%) oraz stosunkowo rzadkie udary żylne mózgowia, które odpowiadają ok. 1% wszystkich udarów. [1]

Wśród najważniejszych czynników ryzyka zachorowania na udar znajdują się tzw. czynniki modyfikowalne, czyli takie, na które można mieć wpływ – m.in. nadciśnienie tętnicze, palenie papierosów, niewłaściwe nawyki żywieniowe oraz choroby układu sercowo-naczyniowego. [1] Z tego względu kluczową rolę odgrywa profilaktyka oraz edukacja zdrowotna społeczeństwa. Z kolei w przypadku osób po przebytym udarze, ogromne znaczenie ma kompleksowa opieka – zarówno ze strony personelu medycznego, jak i bliskich chorego. Współpraca i wsparcie w procesie leczenia i rehabilitacji są niezbędne, aby poprawić jakość życia pacjenta i zmniejszyć ryzyko trwałych powikłań.

Charakterystyka udaru niedokrwiennego mózgu
American Stroke Association (ASA) oraz American Heart Association (AHA) przedstawili najnowszą definicję udaru niedokrwiennego mózgu jako epizod dysfunkcji układu nerwowego, prowadzący do wytworzenia się ogniska zawałowego w mózgu, rdzeniu kręgowym lub siatkówce wskutek zwężenia, skurczu lub zamknięcia tętnicy doprowadzającej krew do określonego obszaru unaczynienia. [2]

Etiologia

W celu określenia prawdopodobnej patogenetyki udaru niedokrwiennego powszechnie stosuje się klasyfikację TOAST (Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment). Opiera się ją na danych klinicznych oraz wynikach badań radiologicznych. Wyróżnia się pięć głównych przyczyn udaru niedokrwiennego mózgu: choroba dużych naczyń, udar sercowo-zatorowy, choroba małych naczyń, udar o rzadkiej etiologii oraz udar o nieokreślonej etiologii.

Czynniki ryzyka

Czynniki ryzyka wystąpienia udaru niedokrwiennego można podzielić na dwie główne grupy: niemodyfikowalne oraz modyfikowalne. Do niemodyfikowalnych czynników ryzyka zalicza się przede wszystkim wiek – jest to najistotniejszy z tej grupy element. Po ukończeniu 50.

roku życia ryzyko wystąpienia udaru mózgu podwaja się z każdą kolejną dekadą życia. Kolejnymi czynnikami są płeć oraz rasa. Udar częściej występuje u mężczyzn, jednak to kobiety częściej doświadczają większego stopnia niepełnosprawności poudarowej. Jeśli chodzi o rasę, najwyższe ryzyko zachorowania na udar niedokrwienny obserwuje się wśród osób rasy czarnej.

Modyfikowalne czynniki ryzyka to te, na które można wpływać poprzez zmianę stylu życia lub wdrożenie odpowiedniego leczenia. Do najczęściej wymienianych należą: palenie tytoniu, nadmierne spożywanie alkoholu lub zespół uzależnienia alkoholowego, niezdrowa dieta, nadwaga i otyłość oraz brak regularnej aktywności fizycznej.

Kolejną grupę stanowią czynniki związane z chorobami przewlekłymi i zaburzeniami metabolicznymi. Wśród nich szczególne znaczenie ma nadciśnienie tętnicze będące najistotniejszym modyfikowalnym czynnikiem, zwiększającym ryzyko wystąpienia niedokrwiennego, jak i krwotocznego udaru mózgu. Pozostałymi czynnikami należącymi do tej grupy są: cukrzyca, choroby mięśnia sercowego - migotanie przedsionków, zawał mięśnia sercowego, kardiomiopatia przerostowa czy wady zastawkowe, dyslipidemia, niedoczynność tarczycy, migrenę z aurą (dotycząca głównie kobiet w wieku 25-45 lat), dna moczanowa, niemiażdżycowe choroby tętnic szyjnych i mózgowych, zmiany miażdżycowe występujące w tętnicy szyjnej wewnętrznej. [1,3]

Obraz kliniczny

Objawy występujące w udarze niedokrwiennym mózgu zależne są od lokalizacji, a także wielkości ogniska udarowego. W znacznej większości przypadków występuje kombinacja objawów, chociaż możliwym jest, aby udar manifestował się wyłącznie jednym objawem. Najważniejsze, charakterystyczne objawy udaru niedokrwiennego mózgu to

- połowicze porażenie lub niedowład kończyn,
- upośledzenie widzenia (niedowidzenie połowicze, ślepotą jednooczną, podwójne widzenie)
- zaburzenia mowy (afazja) – rozróżnia się afazję ruchową, charakteryzującą się zaburzeniami w formułowaniu wypowiedzi czy też rytmu i intonacji mowy oraz afazję czuciową, polegającą na trudności chorego w rozumieniu mowy.
- zaburzenia równowagi oraz zawroty głowy, mogą występować także nudności, wymioty, oczopląs, a także asynergia tułowia – zaburzenie polegające na braku koordynacji ruchów kończyn dolnych i tułowia.
- zaburzenia przytomności (dotyczące ok. 25% chorych) – mogą występować jako senność, a także śpiączka. Występują również, u niektórych chorych, jakościowe zaburzenia świadomości, poza tym objawy takie jak omamy, urojenia. [1, 4]

Istotną kwestią jest szybkie rozpoznanie pierwszych objawów neurologicznych, co znacznie zwiększa szansę na zmniejszenie niepełnosprawności pacjenta. Zgodnie z obowiązującymi zaleceniami chory z podejrzeniem

udar mózgu powinien trafić do szpitala w czasie maksymalnie 60 minut od wystąpienia objawów – tzw. „złota godzina udarowa”. W celu możliwie jak najszybszego rozpoznania oraz zareagowania stosuje się proste skale, umożliwiające szybkie wykrycie objawów, znajdujące zastosowanie również przez osoby spoza personelu medycznego. Najpopularniejszym testem stosowanym w tym celu jest test FAST lub rozbudowana wersja FASTER. [1, 2]

Tabela 1: Test FASTER (ang. szybciej) pozwalający na szybkie rozpoznanie objawów udaru mózgu.

TEST FASTER	WIDOCZNE OBJAWY
F (face) – twarz	Należy poprosić chorego o szerokie uśmiechnięcie się, można wtedy zaobserwować czy twarz zachowa symetrię. Widoczne opadanie jednego z kącików ust, gorsze wyszczerzenie zębów, opadanie powieki wskazuje na porażenie ośrodkowego nerwu trójdzielnego.
A (arm) – ręka	Po poproszeniu chorego o wyprostowanie i uniesienie obu kończyn górnych przed siebie, tak aby wnętrze dłoni skierowane było ku górze możliwe jest zaobserwowanie czy jedna z kończyn nie opada.
S (stability) – stabilność, równowaga	U chorego mogą wystąpić zaburzenia równowagi, może mieć trudności z chodzeniem, może skarżyć się na zawroty głowy.
T (talking) - mowa	Należy poprosić chorego o wypowiedzenie prostego zdania, np. ładny dziś dzień – można zaobserwować bełkotliwą mowę, trudności w wyśławianiu się lub rozumieniu mowy.
E (eyes) – oczy	Chory może zgłaszać zaburzenia widzenia obejmujące m.in. podwójne widzenie.
R (react) – reakcja	Jak najszybciej należy wezwać ZRM, nawet w przypadku ustąpienia objawów; należy zapamiętać czas wystąpienia objawów

Opracowanie własne, źródła: [1, 2]

Diagnostyka

W celu rozpoznania udaru niedokrwinnego stosuje się badania neuroobrazowe. Służą one do zróżnicowania udaru niedokrwinnego i krwotocznego – co nie jest możliwe przy użyciu żadnej z dostępnych skal. Drugim celem neuroobrazowania jest określenie etiologii udaru. Stosuje się w tym celu tomografię komputerową lub

rezonans magnetyczny. Wybór metody obrazowania uzależniony jest od dostępności techniki i sprzętu oraz od stanu klinicznego pacjenta.

W przypadku zastosowania TK pierwsze zmiany mogą być widoczne w przeciągu 2-3 godzin. Badanie, w ostrej fazie udaru niedokrwinnego, wykonuje się bez użycia środka kontrastującego. W części przypadków widoczne są wczesne objawy, obejmujące: „niewielką hipodensję, zatarcie wstęgi wyspy, zatarcie granic jąder podstawy, wygładzenie bruzd mózgu, zatarcie zróżnicowania pomiędzy istotą szarą i białą mózgu, hiperdensję tętnic(-y) mózgu.” [2]. U niektórych chorych stosuje się metodę angiografii tomografii komputerowej, a także perfuzji TK. Pierwsza z nich umożliwia uwidocznienie patologii naczyń zewnątrzczaszkowych i wewnątrzczaszkowych – ocena jest konieczna do przeprowadzenia trombektomii mechanicznej. Natomiast perfuzyjna TK pozwala na określenie przepływu krwi w mózgu – możliwe jest zróżnicowanie martwicy oraz penumbry, obszar tkanki mózgu, który potencjalnie można uratować.

Inną metodą jest badanie MRI, które jest zdecydowanie czulszym sposobem obrazowania udaru niedokrwinnego. Szczególną metodą obrazowania w ostrej fazie jest sekwencja ograniczenia dyfuzji (DWI), umożliwiająca uwidocznienie zmian niedokrwiniennych w przeciągu nawet kilkunastu minut od zachorowania. Innymi, podstawowymi sekwencjami stosowanymi w ostrej fazie, są T1, T2, i FLAIR (fluid attenuated inversion recovery), a także badanie angio-MRI.

Wśród pozostałych badań, które powinny zostać przeprowadzone, można wymienić: badanie EKG oraz badania laboratoryjne (morfologia, kreatynina, białko C-reaktywne, koagulogram, troponiny, stężenie elektrolitów, aminotransferazy, a także oznaczenie grupy krwi). Każdy pacjent, przed przystąpieniem do leczenia trombolitycznego, musi mieć także oznaczony poziom glikemii. [2, 4]

Leczenie

Najefektywniejszą metodą leczenia udarów niedokrwiniennych jest leczenie reperfuzyjne (tromboliza, trombektomia mechaniczna), polegające na przywróceniu właściwego krążenia wewnątrzczaszkowego. Leczenie trombolityczne jest obecnie zalecanym sposobem leczenia świeżych udarów niedokrwiniennych. Polega na dożylnym podaniu rekombinowanego aktywatora plazminogenu (rtPA, alteplaza). Leczenie powinno zostać wdrożone w ciągu 4,5 godziny od wystąpienia objawów i może zostać wdrożone po kwalifikacji przez doświadczonego w leczeniu udarów lekarza. Alteplaza stosowana jest w dawce 0,9 mg/kg mc., przy czym maksymalna dawka nie może przekraczać 90 mg. Pierwsze 10% należy podać w bolusie, w ciągu 1-2 minut, a resztę w godzinowym wlewie dożylnym. Przeprowadzenie leczenia do 3 godzin od wystąpienia objawów prowadzi do zmniejszenia niesprawności i zgonów o 13-15%. W przypadku zastosowania leczenia trombolitycznego pacjent powinien

znajdować się pod stałą obserwacją – pomiar ciśnienia tętniczego należy oznaczać co 15 minut, przez pierwsze 2 godziny, poza tym należy monitorować oddech, tętno, temperaturę ciała oraz saturację. Ważna jest także ocena neurologiczna – do jej oceny stosuje się skale neurologiczne NIHSS, SSS lub GCS.

Drugą metodą leczenia jest trombektomia mechaniczna, polegająca na mechanicznym usunięciu zakrzepu, w trakcie angiografii, ze światła zamkniętej tętnicy. Do przeprowadzenia zabiegu wykorzystuje się specjalistyczne narzędzia – stent usuwalny (stent-retriever) lub narzędzi do odsysania skrzepliny. [6, 7] Rekomendowanym oknem terapeutycznym, do zastosowania tej metody, jest czas 6 godzin od wystąpienia objawów. Procedura jest możliwa do wykonania wyłącznie w przypadku zamknięcia dużego naczynia oraz, gdy leczenie alteplazą nie dało pozytywnych rezultatów. [2, 7]

Kolejnym elementem leczenia udaru niedokrwiennego jest leczenie objawowe obejmujące zapobieganie i leczenie powikłań takich jak ukrwotoczenie ogniska zawałowego, wzrost ciśnienia śródczaszkowego (spowodowane obrzękiem mózgu lub wodogłowiem), zakażeń oraz powikłań zakrzepowo-zatorowych. Postępowanie u pacjentów z udarem mózgu powinno być holistyczne – niezbędna jest stała współpraca lekarzy, fizjoterapeutów, pielęgniarek, logopedów i neuropsychologów. W etapie planowania wypisu przydatna może być też konsultacja z dietetykiem oraz pomoc ze strony pracownika socjalnego. [1, 9]

Istotną kwestią jest leczenie nadciśnienia tętniczego, które stanowi problem w ostrej fazie udaru. W przeciwieństwie do postępowania w udarze krwotocznym, nie należy dążyć do szybkiego obniżenia ciśnienia, ze względu na niekorzystne rokowanie. We wczesnych fazach udaru istnieje możliwość zapewnienia przepływu krwi poprzez zwężone naczynia oraz wytworzenie się systemu krążeń obocznych, co umożliwia utrzymywanie czasowej strefy ograniczonej perfuzji, która zapewnia zachowanie neuronów w odwracalnym stanie hipoksji. Brak takiej możliwości prowadzi do szybkiej martwicy tkanki nerwowej mózgowia. W ostatnich latach zaczęto zwracać uwagę także na zbyt duże wahania ciśnienia w pierwszym okresie po wystąpieniu udaru – mogą mieć one niekorzystny wpływ na wynik leczenia oraz utrzymanie przepływu krwi. U pacjentów, którzy nie są zakwalifikowani do leczenia trombolitycznego, obniżanie ciśnienia tętniczego nie powinno wynosić więcej niż 20% wartości wyjściowej w ciągu doby. [1,8]

Charakterystyka udaru śródmózgowego mózgu
Inaczej nazywany udarem krwotocznym. Zauważalnie rzadziej występujący, stwierdza się go u około 12-15% wszystkich pacjentów z udarem mózgu. Cechuje się zazwyczaj cięższym przebiegiem klinicznym oraz wysoką śmiertelnością – w czasie pierwszych 30 dni po wystąpieniu udaru szacuje się ją na 35-50%, natomiast

w ciągu roku wynosi 42-65%. Jedynie 20% osób, które przeżyły krwotok śródmózgowy, jest w stanie odzyskać sprawność i funkcjonować samodzielnie. [2]

Etiologia

Rozróżnia się dwa rodzaje krwotoku śródmózgowego, zgodnie z etiologią zachorowania, pierwotny lub wtórny. Krwotok pierwotny, występujący zdecydowanie częściej (stanowi ponad 85% wszystkich przypadków udaru krwotocznego) wywołany jest przez samoistne pęknięcie drobnych tętnic. Uszkodzenie tych naczyń krwionośnych może być wynikiem przewlekłego nadciśnienia tętniczego lub mózgowej angiopatii amyloidowej. W wyniku angiopatii nadciśnieniowej uszkodzeniu ulegają drobne, perforujące naczynia tętnicze, które zaopatrują struktury głębokie mózgu – jądra podstawy, wzgórze, mózdzek i most. W przypadku angiopatii amyloidowej następuje odkładanie złogów beta-amyloidu w naczyniach włosowatych oraz małych i średnich tętnicach położonych w korze mózgu, oponach mózgowych oraz mózdzku. Jest to przyczyna ok. 20% przypadków udaru krwotocznego wśród osób po 70. roku życia.

Wtórny krwotok śródmózgowy spowodowany jest nieprawidłowościami w budowie naczyń krwionośnych, obecnością tętniaka, guza, ukrwotoczeniem udaru niedokrwiennego, urazem, zakrzepicą zatok żylnych, zaburzeniami krzepnięcia czy zapaleniem żył. [2]

Czynniki ryzyka

Najistotniejszym czynnikiem ryzyka, podobnie jak w przypadku udaru niedokrwiennego, jest nadciśnienie tętnicze. Wśród innych, czynników, poza pochodzeniem etnicznym i wiekiem, można wymienić: obecność malformacji naczyniowych, choroby krwi, stosowanie narkotyków (amfetamina, kokaina), przyjmowanie doustnych leków antykoagulujących (m.in. warfaryna, acenokumarol), choroby takiej jak cukrzyca, marskość wątroby, choroby nerek, a także nadużywanie alkoholu. [2,9]

Obraz kliniczny

Objawy związane z udarem krwotocznym są zbliżone do tych występujących podczas udaru niedokrwiennego, jednak w udarze krwotocznym bardziej znamienne jest silny ból głowy. Objawy narastają szybko – zazwyczaj w przeciągu 1-2 godzin. Można wyróżnić dwie grupy objawów, jedną z nich są objawy ogólne, do których, poza bólem głowy, zalicza się nudności, wymioty, zaburzenia świadomości czy przytomności, a także napady padaczkowe (występujące u ok. 25% chorych). Drugą grupą są objawy ogniskowe, zależne od lokalizacji. Można wymienić lokalizację nadnamiotową, mózdkową, pień mózgu oraz wewnątrzkomorową. Wśród objawów występują: zaburzenia świadomości, wyższych czynności nerwowych, niedowład – często przeradzający w porażenie, zaburzenia widzenia (podwójne widzenie), śpiączka. Najpoważniejszy przebieg kliniczny występuje w przypadku lokalizacji krwotoku w pniu mózgu – charakteryzuje się śpiączką, zaburzeniami oddechu, porażeniem

czterokończynowym. Z tego względu w tym przypadku rokowanie jest niekorzystne i udar krwotoczny o tym umiejscowieniu odznacza się wysokim wskaźnikiem śmiertelności. [1, 9]

Diagnostyka

Ze względu na podobieństwo występujących objawów klinicznych, nie da się zdiagnozować udaru krwotocznego na ich podstawie, należy w tym celu zastosować badania obrazujące. Decydującymi, do postawienia diagnozy, badaniami są TK lub MRI wykazujące wysoką skuteczność w wykrywaniu krwotoku śródmózgowego. Badanie przy użyciu TK umożliwia zobrazowanie krwawiaków o wielkości powyżej 1 cm, natomiast MRI może być pomocne w celu rozpoznania naczyniaka jamistego, guza lub mózgowej angiopatii amyloidowej. Aby móc wykluczyć malformację naczyniową, wykonuje się angio-TK, angio-MRI lub DSA. Pomocne może być również badanie SPECT (single photon emission - computed tomography) w celu zróżnicowania krwawiaków śródmózgowych z guzami mózgu – polega na uwidocznieniu zwiększonego wychwytu znacznika przez tkankę nowotworową.

Etiologia krwawienia, mimo widocznych zmian i lokalizacji w badaniu obrazowym, może zostać nierozpoznana. Skutkuje to tym, że chorzy powinni zostać przebadani ponownie po upływie kilku miesięcy, w celu uniknięcia przeoczenia ewentualnej patologii [10, 11, 12].

Leczenie

Postępowanie terapeutyczne ukierunkowane jest na ograniczenie objętości krwaka oraz zapobieganie wtórnym uszkodzeniom mózgowia. W praktyce klinicznej leczenie opiera się głównie na postępowaniu objawowym, obejmującym stabilizację parametrów życiowych oraz monitorowanie stanu neurologicznego pacjenta.

Jednym z kluczowych elementów terapii jest utrzymanie wartości ciśnienia tętniczego krwi w odpowiednim przedziale – tak aby zapewnić efektywną perfuzję mózgową i zminimalizować ryzyko rozrostu krwaka. Zgodnie z literaturą optymalne wartości skurczowego ciśnienia tętniczego mieszczą się w zakresie 130–150 mmHg.

Równolegle konieczne jest przeciwdziałanie wzrostowi ciśnienia śródczaszkowego (ICP), które może prowadzić do uogólnionego obrzęku mózgu. Rekomenduje się, aby u pacjentów w pozycji leżącej głowa była uniesiona pod kątem około 30°, co ułatwia odpływ żylny. W celu obniżenia ciśnienia śródczaszkowego stosuje się środki osmotycznie czynne, takie jak mannitol czy hipertoniczny roztwór soli, a także techniki hiperwentylacji. Należy jednak podkreślić, iż efektywność tych metod jest ograniczona, a ich długotrwałe stosowanie może wywołać efekt paradoksalny w postaci wtórnego wzrostu ICP. Wskazania do leczenia chirurgicznego uzależnione są stanu klinicznego chorego oraz lokalizacji krwotoku. Interwencje chirurgiczne najczęściej rozważa się w przypadku krwotoków mózdkowych oraz krwotoków powierzchniowych.

Zgodnie z rekomendacjami Europejskiej Organizacji Udarowej (ESO), leczenie operacyjne krwawiaków podnamiotowych jest wskazane w przypadku zaciśnięcia komory IV (niezależnie od obecności innych objawów), wartości GCS <14 punktów, średnicy krwaka >3 cm oraz jego objętości $\geq 7 \text{ cm}^3$. Natomiast w krwotokach nadnamiotowych interwencję chirurgiczną można rozważyć w przypadku powierzchniowej lokalizacji krwaka i jego objętości przekraczającej 20–30 ml. [2,13,14]

U pacjentów stosujących terapię przeciwnadciśnieniową lub przeciwpłytkową kluczowe znaczenie ma niezwłoczne odstawienie stosowanych leków oraz wdrożenie odpowiedniego leczenia odwracającego działanie antykoagulacyjne. [2, 14]

Charakterystyka krwotoku podpajęczynówkowego
Krwotok podpajęczynówkowy (SAH) stanowi około 5% wszystkich udarów mózgu. Jest to wynacznienie krwi z uszkodzonego naczynia do przestrzeni podpajęcznej, a także rdzenia kręgowego.[15] Śmiertelność związana z tym krwotokiem jest prawie trzykrotnie wyższa w porównaniu do udaru niedokrwiennego. Odpowiada on za 20–25% zgonów z przyczyn mózgowo-naczyniowych, jedynie niecałe 25% pacjentów może powrócić do dobrego stanu klinicznego. W ciągu pierwszego miesiąca od zachorowania śmiertelność wynosi 32–67%, w tym 15% chorych umiera przed dotarciem do szpitala. [2]

Etiologia

Najczęstszą przyczyną krwotoku podpajęczynówkowego jest pęknięcie tętniaka wewnątrzczaszkowego. Ich lokalizacja to głównie rozgałęzienia dużych tętnic mózgowych, co wynika ze strukturalnie słabo wykształconej błony sprężystej wewnętrznej w tych miejscach. W zdecydowanej większości przypadków tętniaki zlokalizowane są w obrębie koła tętniczego Willisa. Do najczęstszych należą tętniaki tętnicy łączącej przedniej oraz przedniej tętnicy mózgu, a także tętnicy szyjnej wewnętrznej i jej odgałęzień, w tym tętnicy środkowej mózgu. W tylnej części koła Willisa zmiany te najczęściej występują w obrębie tętnicy łączącej tylnej oraz w okolicy szczytu tętnicy podstawnej [1, 11].

Wynaczniona krew lokalizuje się przede wszystkim w przestrzeni podpajęczynówkowej, tj. pomiędzy oponą pajęczą a oponą naczyniową. W niektórych przypadkach krwawienie może obejmować także przestrzeń podtwardówkową, a nawet struktury śródmózgowe i komorowe.

Jednym z najpoważniejszych powikłań krwotoku podpajęczynówkowego jest skurcz naczyń mózgowych, który może prowadzić do wtórnych ognisk niedokrwiennych mózgu, znacząco pogarszając rokowanie pacjenta. [1] Wśród innych, rzadszych przyczyn krwawienia podpajęczynówkowego wymienia się m.in. skazy krwotoczne, zapalenia naczyń, zakrzepicę zatok żylnych opony twardej, malformacje tętniczo-żylnie, angiopatię amyloidową, zmiany nowotworowe (zarówno pierwotne, jak i prze-

rzutowe), urazy czaszkowo-mózgowe, stosowanie leków przeciwkrzepliwych oraz nadużywanie substancji o działaniu sympatykomimetycznym. [2]

Czynniki ryzyka

Do głównych czynników ryzyka krwotoku podpajęczynówkowego zalicza się płeć żeńską, wiek, nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, stosowanie leków/środków sympatykomimetycznych oraz pozytywny wywiad rodzinny. [2]

Obraz kliniczny

Najbardziej charakterystycznym objawem krwotoku podpajęczynówkowego jest nagły, bardzo silny ból głowy, często opisywany przez pacjentów jako „najgorszy ból głowy w życiu”. Do objawów towarzyszących zalicza się również nudności, wymioty oraz nadwrażliwość na bodźce sensoryczne – w tym dotyk, dźwięk i światło. U części chorych może dojść do utraty przytomności. W ostrej fazie krwotoku mogą wystąpić również objawy ze strony układu sercowo-naczyniowego, takie jak zaburzenia rytmu serca, zmiany w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) czy istotny wzrost ciśnienia tętniczego.

W badaniu neurologicznym często stwierdza się objawy oponowe, w tym sztywność karku oraz dodatni objaw Kerniga. Należy jednak podkreślić, że ich brak nie wyklucza obecności krwotoku podpajęczynówkowego. W zależności od lokalizacji i rozległości krwawienia mogą również wystąpić objawy uszkodzenia nerwów czaszkowych – najczęściej nerwu okoruchowego (III) oraz odwodzącego (VI) – a także ogniskowe deficyty neurologiczne, takie jak niedowłady czy afazja. Rzadziej spotykanym, lecz charakterystycznym objawem jest objaw Tersona, polegający na krwawieniu do ciała szklanego gałki ocznej.

W celu określenia stanu chorego zazwyczaj stosuje się skalę Hunta-Hessa, w której wyróżnia się pięć stopni klinicznych. [1, 2, 15]

Diagnostyka

Rozpoznanie krwotoku podpajęczynówkowego opiera się na zastosowaniu neuroobrazowania – w głównej mierze TK, rzadziej MRI. Czułość badania tomograficznego wynosi do 95% w 1. dobie, w kolejnych dniach maleje (po tygodniu osiąga poziom 50% skuteczności). W przypadku niepotwierdzenia rozpoznania krwotoku przy pomocy TK lub braku możliwości przeprowadzenia badania obrazowego, wykonuje się nakłucie lędźwiowe w celu zbadania płynu mózgowo-rdzeniowego. Następnym badaniem, które należy przeprowadzić jest obustronna angiografia tętnic szyjnych. [2]

Leczenie

Podstawową terapią SAH jest leczenie zabiegowe, które ma na celu zapobiegnięcie powtórny krwawieniom. Wśród metod wymienia się leczenie endowaskularne (wewnątrznaczyniowe), inaczej określane jako coiling. Polega na wprowadzeniu do światła tętniaka specjalnych,

samorozprężalnych sprężyn, przy użyciu cewnika naczyniowego. Procedura ta powoduje wytworzenie skrzepliny i w ostateczności embolizację tętniaka. Inną metodą zabiegową jest zaopatrzenie chirurgiczne, polegające na założeniu specjalnego klipsa na szyję pękniętego tętniaka. Preferowaną metodą leczenia zabiegowego jest leczenie endowaskularne, jednak wybór zależy od stanu klinicznego pacjenta. [1, 16, 17, 18]

Istotną kwestią, poza leczeniem operacyjnym, jest także zapobieganie wczesnym powikłaniom krwotoku podpajęczynówkowego, do których należy wystąpienie ognisk niedokrwiennych po przebytym krwawieniu. Może pojawić się w 3. dobie, najczęściej dochodzi do niego w okresie do 2. tygodni od zachorowania. Sposób leczenia jest oparty na profilaktyce oraz monitorowaniu pacjenta. Jedynym stosowanym środkiem farmakologicznym, o potwierdzonej skuteczności, jest nimodypina (podawana w dawce 60 mg co 4 godziny). Monitorowanie pod kątem wystąpienia skurczu naczyniowego możliwe jest przy użyciu przezczaszkowego badania ultrasonograficznego (TCD). Innym, wczesnym powikłaniem, jest ostre wodogłowie – występuje do 72. godzin u ok. 20% pacjentów. W większości przypadków wystarczającą metodą leczenia jest czasowy drenaż komorowy. [2]

W czasie hospitalizacji pacjent powinien znajdować się pod stałą obserwacją – monitorować należy ciśnienie tętnicze krwi, stan neurologiczny, a także gospodarkę wodno-elektrolitową oraz kwasowo-zasadową. Ze względu na silny ból występujący przy zachorowaniu, chory powinien być zabezpieczony przeciwbólowo. Przy stosowaniu silnych leków przeciwbólowych, takich jak opioidy oraz ze względu na unieruchomienie pacjenta, mogą wystąpić zaparcia – mogą one prowadzić do wzrostu ciśnienia śródczaszkowego, co wiąże się ze zwiększonym ryzykiem ponownego pęknięcia tętniaka. Z tego powodu istotnym jest prowadzenie profilaktyki zaparć. [2]

Charakterystyka zakrzepicy żył i zatok żylnych

„Rzadka choroba naczyń mózgowych, spowodowana całkowitym albo częściowym zamknięciem zatok żylnych i żył odprowadzających krew z mózgowia” [2]. Choroba obejmuje wszystkie grupy wiekowe – najczęściej dotyczy dzieci i młodych dorosłych. W odróżnieniu od pozostałych typów udaru, zapadalność w tym przypadku maleje wraz z wiekiem. [2]

Etiologia

Przyczyna zachorowania u ok. 30% pacjentów pozostaje nierozpoznana. Uważa się, że etiologia choroby jest wieloczynnikowa. Czynniki ryzyka można podzielić na trwałe i przejściowe. Jako jeden z głównych wymienia się doustną antykoncepcję hormonalną – u kobiet stosujących środki antykoncepcyjne ryzyko wystąpienia wzrasta prawie 6-krotnie. U dzieci najczęstszym powodem są stany zapalne ostre stany ogólnoustrojowe i choroby zakaźne, natomiast wśród osób dorosłych przeważają nowotwory i choroby hematologiczne. [2, 19]

Czynniki ryzyka

Wśród trwałych czynników ryzyka wymienia się: wrodzoną trombofilię (mutacja protrombiny G20210A, mutacja czynnika V Leiden, niedobór białka C lub S), choroby hematologiczne (m.in. czerwienica prawdziwa, nadpłytkowość samoistna), nowotwory oraz choroby zapalne i autoimmunologiczne (ziarnikowość Wegenera, toczeń). Jako przejściowe czynniki ryzyka uważa się: czynniki hormonalne i płciowe, takie jak antykoncepcja doustna, ciąża, HTZ; infekcje (wewnątrzczaszkowe, infekcje w obrębie głowy i zakażenia ogólnoustrojowe), choroby ogólnoustrojowe – odwodnienie, kwasica ketonowa, ciężka anemia, przyczyny mechaniczne, czyli wszystkie urazy głowy, zabiegi neurochirurgiczne oraz przyczyny wewnątrzczaszkowe (np. oponiaki). [19, 20]

Obraz kliniczny

Objawy zakrzepicy są zróżnicowane. Narastają na przestrzeni kilku lub kilkunastu dni, początek może być ostry, jednak zazwyczaj występuje jako podostry lub przewlekły. Najczęstszym z objawów jest silny, opasający ból głowy, który występuje u większości dorosłych pacjentów. Pozostałe objawy podzielone są na trzy grupy: zespół izolowanego nadciśnienia śródczaszkowego, zespół ogniskowy oraz encefalopatia. Objawy pierwszej grupy to, poza bólem głowy i wymiotami, zaburzenia widzenia, obrzęk tarczy nerwu wzrokowego, podwójne widzenie, porażenie nerwu VI, rzadziej szumy uszne. Do objawów spowodowanych ogniskowym uszkodzeniem mózgu zalicza się napady drgawkowe, niedowład, afazję i niedowidzenie połowiczne. W postaci encefalopatii u pacjentów dominują zaburzenia świadomości i funkcji poznawczych oraz uogólnione napady padaczkowe. W przypadku uszkodzenia obu wzgórz, przy zakrzepicy zatoki prostej, jedynymi objawami mogą być zaburzenia zachowania, mutyzm, dysfunkcja pamięci oraz majaczenie. [2, 20, 21]

Diagnostyka

W celu diagnostyki, jako najlepszą metodę, uważa się badanie MRI w połączeniu z wenografią. Jest to najlepsza metoda, umożliwiająca zobrazowanie zakrzepu w zakresie zatok i żył mózgu, a także ocenę przepływu krwi. Rozpoznanie potwierdza się przy stwierdzeniu nieprawidłowego sygnału w zakresie jednej z zatok żylnych oraz widocznymi zaburzeniami przepływu żylnego. Sekwencje stosowane w rozpoznawaniu zakrzepicy to głównie T1 i T2 – ich podwyższony sygnał odpowiada zakrzepowi żylnemu, zazwyczaj widoczny pomiędzy 5. a 30. dniem od wystąpienia objawów. Pozostałymi metodami, stosowanymi w diagnostyce są wenografia tomografii komputerowej (uważana za równie skuteczną) oraz angiografia naczyń mózgowych. U pacjentów z podejrzeniem zakrzepicy naczyń żylnych należy wykonać podstawowe badania laboratoryjne – morfologiczne, biochemiczne, czas protrombinowy i APTT, a także badania przesiewowe w kierunku potencjalnych infekcji lub chorób zapalnych. W przypadku prawidłowego stężenia D-dimerów

w wynikach badań nie należy wykluczać możliwości wystąpienia choroby, mimo że prawdopodobieństwo jest niskie. [21]

Leczenie

Zgodnie z zaleceniami AHA i ASA oraz Europejskiej Federacji Towarzystw Neurologicznych pacjenci powinni być leczeni w oddziałach udarowych. Lekami pierwszego rzutu są heparyna niefrakcjonowana, podawana dożylnie oraz preparaty heparyny drobnocząsteczkowej, następnie stosuje się antagonistów witaminy K. Poza leczeniem przeciwzakrzepowym należy podjąć leczenie przyczynowe – np. zastosowanie leków przeciwbakteryjnych, przeciwwirusowych czy leczenie choroby podstawowej, a także leczenie objawowe (stosowanie leków przeciwpadaczkowych, zapobieganie/leczenie obrzęku mózgu i obniżanie ciśnienia śródczaszkowego). W przypadku niektórych pacjentów zaliczanych do grupy wysokiego ryzyka, u których pomimo zastosowania leczenia nie dochodzi do poprawy, rozważyć można leczenie trombolityczne – trombolizę lub zabieg trombektomii mechanicznej. [21]

Cel pracy

Celem pracy jest rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych pacjenta z jednostronnym niedowładem po przebytym udarze niedokrwiennym oraz opracowanie indywidualnego planu opieki pielęgniarskiej dla chorego.

Materiały i metody

W pracy zastosowano analizę indywidualnego studium przypadku. Informacje zostały pozyskane na podstawie:

- Wywiad z rodziną pacjenta,
- Obserwacja chorego,
- Pomiar parametrów życiowych (temperatura, ciśnienie tętnicze, tętno, ilość oddechów) oraz pomiar antropometryczny,
- Analiza dokumentacji medycznej pacjenta,
- Analiza odpowiednich skal (Skala Norton, Skala Barthel, Skala ADL, Skala MNA, Skala Oceny Depresji),

Badanie fizykalne.

Pacjent wyraził świadomą zgodę na przeprowadzenie badania, a także został powiadomiony o zachowaniu anonimowości w powyższej pracy.

Studium przypadku

Pacjent, 64-letni mężczyzna, w 2021 roku przeszedł rozległy zawał mięśnia sercowego oraz udar niedokrwienny lewej półkuli mózgu. Obecnie jest osobą leżącą, całkowicie zależną od osób trzecich. Przebywa w warunkach domowych, a głównym opiekunem jest jego żona. W wyniku udaru wystąpił niedowład obejmujący całą prawą stronę ciała. Podczas hospitalizacji rozpoznano dodatkowo: nadciśnienie tętnicze, miażdżycę, napadowe migotanie przedsionków oraz niewydolność serca w III klasie NYHA. W 2024 roku pacjent przeszedł zakażenie bakterią *Helicobacter pylori*.

Według relacji żony, przed udarem pacjent nie skarżył się na dolegliwości zdrowotne i pomimo przejścia na emeryturę prowadził aktywny tryb życia. Obecnie jego stan psychiczny uległ znacznemu pogorszeniu – wykazuje apatię oraz brak chęci do współpracy, szczególnie podczas zajęć rehabilitacyjnych. Według relacji żony, nie zgłaszał wówczas istotnych problemów zdrowotnych. Istotne jest również to, że przed udarem palił papierosy oraz w miarę regularnie spożywał alkohol. Obecnie stan psychiczny pacjenta uległ pogorszeniu – jest apatyczny, niechętny do współpracy, zwłaszcza podczas rehabilitacji. Ważnym elementem wsparcia emocjonalnego pacjenta jest jego pies, który pełni funkcję towarzyszącą i jest traktowany jako część terapii wspomagającej. Na skutek udaru wystąpiła głęboka afazja ruchowa. Pacjent pozostaje pod opieką logopedy, jednak jego zdolność komunikacji werbalnej jest znacznie ograniczona – wypowiada jedynie pojedyncze słowa. Mimo tego pozostaje w logicznym kontakcie, adekwatnie reaguje na bodźce i jest zainteresowany tym co dzieje się dookoła. Jest w stanie samodzielnie spożywać posiłki stałe (np. kanapki), natomiast podczas przyjmowania płynów i pokarmów półpłynnych wymaga pomocy.

INFORMACJE OGÓLNE

- Imię i nazwisko: B.P.
- Płeć: męska
- Data urodzenia: 10.09.1960 r.
- Stan cywilny: żonaty
- Aktywność zawodowa: emeryt
- Wykonywany zawód: górnik
- Data zbierania wywiadu: 29.11.2024 r.

WYWIAD RODZINNY

- Członkowie rodziny: żona, syn, córka
- Ważne wydarzenia w rodzinie: brak
- Choroby występujące w rodzinie: rak jelita grubego (u matki), rak płuc (u ojca)
- Nałogi: palenie tytoniu, alkohol – przed zachorowaniem

WYWIAD ŚRODOWISKOWY

- Miejsce zamieszkania: miasto
- Rodzaj zajmowanego lokalu: mieszkanie
- Ilość osób mieszkających wspólnie: 2 (pacjent i jego żona)
- Stan higieniczno – sanitarny mieszkania: dobry
- Zainteresowania: piłka nożna, pływanie – przed zachorowaniem

HISTORIA CHOROBY

- Rozpoznanie lekarskie: zawał lewej półkuli mózgu wywołany przez zakrzep, zawał serca
- Objawy: ból, utrata przytomności – w momencie zachorowania; niedowład prawostronny, afazja ruchowa
- Choroby współistniejące: nadciśnienie tętnicze, napadowe migotanie przedsionków, miażdżyca.
- Przebyte hospitalizacje/zabiegi: brak
- Przyjmowane leki: Pradaxa 150mg (2x1 tabl.), Acard 75mg (1x1 tabl.), Nebilet 5mg (1x1/4 tabl.), Trittico 75mg (2x1/3 tabl.), Gabapentin 100mg (2x1 tabl.),

Baclofen 25mg (2x1 tabl.), Witamina D3 (1x1 tabl.), Ramipril 5mg (1x1 tabl.), Atrox 10mg (1x1 tabl.), Captopril 12,5mg (doraźnie).

- Przebyte urazy/wypadki: brak
- Alergie: nie podaje
- Wzrost: 176 cm
- Waga: 84 kg

STAN BIOLOGICZNY PACJENTA

SKÓRA

- Napięcie: Obniżone
- Temperatura: 36,2°C
- Wilgotność: Sucha
- Inne objawy: Grzybica paznokci

UKŁAD ODDECHOWY

- Liczba oddechów: 17 razy/min
- Typ oddychania: Prawidłowy
- Kaszel: Brak
- Inne objawy: Brak

UKŁAD KRAŻENIA

- Ciśnienie: 136/80 mmHg
- Tętno: 60 uderzeń/min
- Sinica: Prawa kończyna dolna – przy pozycji siedzącej
- Obrzęki: Występują, kończyny dolne
- Inne objawy: Brak

UKŁAD POKARMOWY

- Odżywianie: Prawidłowe
- Łaknienie: Prawidłowe
- Stolec: Zaparcia
- Inne objawy: Brak
- Kolor: Słomkowy
- Jakość: Prawidłowa
- Trudności w oddawaniu moczu: Brak
- Inne objawy: Brak

UKŁAD PŁCIOWY

Cykl płciowy: Nie dotyczy

Inne objawy: Brak

UKŁAD NERWOWY

- Świadomość: Zachowana
- Drżenie/niedowład: Występują
- Inne objawy: Brak

NARZĄDY ZMYŚŁÓW

UKŁAD ENDOKRYNOLOGICZNY

- Wzrok: Prawidłowy
- Słuch: Prawidłowy
- Czucie: Zaburzone
- Układ hormonalny: Prawidłowy
- Inne objawy: Brak

NARZĄD RUCHU

- Sylwetka: Prawidłowa
- Zakres ruchów: Ograniczony
- Inne objawy: Brak

STAN PSYCHICZNY I SPOŁECZNY

- Stopień świadomości: Dobry
- Stopień przytomności: W kontakcie
- Pamięć: Prawidłowa
- Nastrój: Obniżony
- Inne objawy: Brak

CHARAKTER KONTAKTÓW Z INNYMI ODCZUWALNE PROBLEMY

- Domownicy: Dobry
- Osoby z rodziny: Dobry
- Inni: Średni
- Psychiczne i społeczne: Utrzymujący się obniżony nastrój

STAN WIEDZY I UMIEJĘTNOŚCI DO SAMOOPIEKI I SAMOPIELĘGNACJI

Wiedza: Dobry

Umiejętności: Ograniczone

Motywacja: Obniżona

Odczuwalne problemy: Niepokój i przygnębienie związane ze stanem zdrowia

Tabela 2: Interpretacja skal zastosowanych do określenia samodzielności i potrzeb pacjenta

SKALA	PUNKTACJA	INTERPRETACJA
Skala Norton	9 punktów	Pacjent uzyskał ilość punktów poniżej wartości granicznej (14 pkt) - ryzyko wystąpienia odleżyn na średnim poziomie
Skala Barthel	25 punktów	Pacjent uzyskał 25 punktów, co oznacza, że jest osobą niezdolną do samoopieki i zależną od osób trzecich
Skala VES-13	3 punkty	Występuje ryzyko znacznego pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta na przestrzeni kilku lat
Skala ADL	0 punktów	Pacjent jest osobą nie-sprawną
Geriatryczna skala oceny depresji	18 punktów	Pacjent może cierpieć na depresję średniego nasilenia
Skala MNA	19,5 punktów	U pacjenta występuje ryzyko zaistnienia niedożywienia
Skala Tinetti	1 punkt	Wysokie ryzyko upadku, pacjent nie potrafi ustać bez pomocy innych osób

Opracowanie własne

Proces pielęgnowania

Diagnoza pielęgniarska 1: Deficyty w zakresie samoopieki i samopielęgnacji spowodowane niedowładem i ograniczeniem ruchowym.

Cel: Pomoc przy wykonywaniu czynności dnia codziennego, zwiększenie samodzielności pacjenta.

Interwencje pielęgniarskie:

- Określenie stopnia samodzielności pacjenta
- Pomoc przy wykonywaniu czynności dnia codziennego (kąpiel, ubranie się, spożywanie posiłków)

- Zachęcenie pacjenta do współpracy podczas wykonywania czynności pielęgnacyjnych
- Współpraca z fizjoterapeutą, w celu usprawniania chorego
- Zapewnienie komfortowych warunków przy wykonywaniu czynności higienicznych (odpowiednia temperatura wody, pomieszczenia, zachowanie intymności)
- Zapewnienie bezpieczeństwa w łazience (przrządy pomocnicze takiej jak: krzeselko, uchwyty, maty antypoślizgowe)
- Dbanie o higienę jamy ustnej – asystowanie pacjentowi szczególnie przy płukaniu ust
- Dostosowanie pory wykonywania toalety do rytmu dobowego pacjenta, a także czasu kąpieli do jego wytrzymałości fizycznej
- Stosowanie luźnych ubrań, najlepiej rozpinanych, ułatwiających ich zakładanie

Ewaluacja: W zakresie wykonywania czynności dnia codziennego pacjent jest stale zależny od drugiej osoby, jednak stara się aktywnie w nich uczestniczyć.

Diagnoza pielęgniarska 2: Pogorszenie stanu psychicznego pacjenta związane z obniżeniem jakości życia, spowodowanego nabytą niepełnosprawnością, objawiające się spadkiem nastroju, brakiem motywacji.

Cel: Poprawa stanu psychicznego i samopoczucia pacjenta.

Interwencje pielęgniarskie:

Ocena stanu psychicznego pacjenta

- Komunikowanie się w sposób empatyczny, wyrażający zainteresowanie
- Zachęcanie pacjenta do współpracy (przy wykonywaniu czynności dnia codziennego czy w czasie rehabilitacji) i udzielanie pochwał przy podjęciu działania
- Wsparcie w przystosowaniu się do nowej sytuacji
- Zachęcenie pacjenta do utrzymywania kontaktu z rodziną oraz, w tym przypadku, zapewnienie kontaktu z psem pacjenta, w miarę możliwości
- Zapewnienie komfortowych warunków w pokoju pacjenta, a także zadbanie o jego bezpieczeństwo
- Rozmowa z pacjentem i wyjaśnianie mu wszelkich wątpliwości
- W razie konieczności, współpraca z psychologiem, lekarzem psychiatrą

Ewaluacja: Stan psychiczny pacjenta uległ poprawie.

Diagnoza pielęgniarska 3: Utrudniona komunikacja werbalna wywołana afazją ruchową w przebiegu udaru niedokrwiennego mózgu.

Cel: Poprawa komunikowania się, a także ułatwienie komunikowania się z otoczeniem.

Interwencje pielęgniarskie:

- Nawiązywanie kontaktu z chorym
- Stosowanie alternatywnych metod komunikacji (np. piktogramy, pismo, plansze ilustrujące podstawowe potrzeby)
- Współpraca z logopedą

- Motywowanie chorego do ćwiczenia mowy
 - Nauczenie chorego komunikowania zwrotów „tak/nie” oraz słów lub krótkich zdań związanych z najbliższym otoczeniem
 - Podpowiadanie pierwszych sylab słów
 - Prowadzenie rozmów w sposób cierpliwy i wyrozumiały
 - Mówienie do chorego w odpowiedni sposób – wolniej, krótszymi zdaniami, robiąc przerwy pomiędzy słowami
 - Eliminacja czynników utrudniających tj. hałas
- Ewaluacja: Chory aktywnie współpracuje z logopedą, chętniej próbuje kontaktować się z otoczeniem.

Diagnoza pielęgniarska 4: Zaparcia spowodowane długotrwałym unieruchomieniem.

Cel: Obniżenie dyskomfortu pacjenta, przywrócenie regularności wypróżnień.

Interwencje pielęgniarskie:

- Dbanie o prawidłowe nawodnienie chorego (1,5-2l/ doba)
- Stosowanie produktów spożywczych poprawiających perystaltykę (warzywa, owoce, otręby, pieczywo wieloziarniste)
- Wyeliminowanie z diety słodczy, a także warzyw wzdymających
- Stosowanie technik poprawiających perystaltykę – masaż brzucha zgodnie z ruchem wskazówek zegara, okłady
- Zastosowanie środków farmakologicznych, tj. czopki – w przypadku uporczywych zaparć

Ewaluacja: Po zastosowaniu odpowiednich zaleceń dietetycznych oraz technik poczucie dyskomfortu zostało obniżone, a zaparcia załagodzone.

Diagnoza pielęgniarska 5: Występowanie trudności związanych ze zmianą pozycji ciała w łóżku wywołane niedowładem

Cel: Pomoc choremu przy zmianie pozycji, zapewnienie bezpieczeństwa

Interwencje pielęgniarskie:

- Zapewnienie dostępu do łóżka pacjenta ze wszystkich stron
- Zadbanie o bezpieczeństwo fizyczne przy użyciu barierek przyłóżkowych zapobiegających upadkom
- Umieszczenie ważnych dla pacjenta przedmiotów (telefon, okulary) w zasięgu ręki
- Korzystanie ze sprzętu pomocniczego – kliny, rolki, poduszki
- Współpraca z fizjoterapeutą
- Wy tłumaczenie choremu technik skutecznych przy zmianach pozycji

Ewaluacja: Trudności przy zmianie pozycji dalej występują, jednak w mniejszym stopniu, ponieważ pacjent wie jak współpracować podczas zmiany pozycji. Bezpieczeństwo zostało zapewnione.

Diagnoza pielęgniarska 6: Zaburzenia snu, wywołane obniżonym nastrojem i lękiem o stan zdrowia, objawiające

się bezsennością.

Cel: Przywrócenie prawidłowego rytmu snu, uzyskanie efektywnego snu.

Interwencje pielęgniarskie:

- Stosowanie technik relaksacyjnych – np. muzykoterapia, aromaterapia, ćwiczenia oddechowe
- Zapewnienie choremu spokojnych warunków w pokoju – ograniczenie hałasu, światła
- Zadbanie o odpowiedni mikroklimat – temperatura 18 – 22°C, wilgotność do 70%
- Niespożywanie napojów zawierających kofeinę w okresie wieczornym
- Unikanie drzemek w ciągu dnia
- Wietrzenie pokoju przed snem
- W razie konieczności zastosowanie farmakoterapii zgodnie z zaleceniem lekarza

Ewaluacja: Rytm snu został unormowany.

Diagnoza pielęgniarska 7: Ryzyko wystąpienia odleżyn spowodowane unieruchomieniem pacjenta.

Cel: Zmniejszenie ryzyka wystąpienia odleżyn.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena stopnia ryzyka wystąpienia odleżyn u chorego
- Ocena stanu skóry chorego, szczególnie w miejscach narażonych na rozwój odleżyn
- Odciążanie miejsc narażonych na ucisk (np. przy pomocy materacy zmiennociśnieniowych)
- Regularna zmiana pozycji ciała
- Właściwa pielęgnacja skóry, codzienna toaleta ciała, dokładne osuszanie skóry, natłuszczanie jej
- Stosowanie odpowiedniej diety – nawadnianie chorego, podawanie produktów bogatych w białko i witaminy
- Częsta zmiana bielizny, zarówno osobistej, jak i pościelowej
- Stosowanie technik pobudzających krążenie – masowanie, oklepywanie

Ewaluacja: Zmiany nie występują, skóra chorego jest zadbaną.

Diagnoza pielęgniarska 8: Możliwość wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo – zatorowej, wynikająca z istniejących chorób sercowo – naczyniowych oraz z powodu unieruchomienia chorego.

Cel: Zapobiegnięcie wystąpienia objawów choroby lub wczesne ich wykrycie.

Interwencje pielęgniarskie:

- Obserwacja i ocena kończyn (ciepłota, obrzęk, zabarwienie skóry)
- Regularna zmiana pozycji ciała
- Systematyczne przyjmowanie przeciwzakrzepowych środków farmakologicznych zgodnie z zaleceniami lekarza
- Stosowanie kompresjoterapii przy użyciu przeznaczonych do tego pończoch lub opaski uciskowej
- Unikanie gorących kąpielii, nadmiernego nasłonecznienia
- Utrzymanie prawidłowej masy ciała
- Stosowanie masażu i gimnastyki w celu poprawy krążenia

- Unikanie zaparć

Ewaluacja: Nie doszło do wystąpienia objawów zakrzepicy.

Diagnoza pielęgniarska 9: Ryzyko upadku spowodowane niedowładem połowicznym.

Cel: Zapobiegnięcie ewentualnemu upadkowi.

Interwencje pielęgniarskie:

Ocena występowania ryzyka upadku u pacjenta

- Pomoc w przesiadaniu się chorego na wózek, asekuracja przynajmniej przez jedną osobę
- Zastosowanie odpowiedniego obuwia, na płaskiej podeszwie, z antypoślizgową podeszwą
- Zapewnienie pacjentowi poczucia bezpieczeństwa
- Omówienie technik bezpiecznego upadku oraz bezpiecznego wstawania
- W łazience korzystać z udogodnień, tj. krzeselko pod prysznicem, uchwyty
- Krzesła, na których siada chory, powinny być stabilne, posiadające oparcie i podłokietniki
- Edukacja chorego i rodziny w kwestii postępowania po upadku

Ewaluacja: Nie doszło do upadku, pacjent wraz z rodziną wiedzą jak postępować przy ewentualnym upadku. Chory jest pewniejszy, nie odczuwa strachu przed upadkiem.

Diagnoza pielęgniarska 10: Możliwość wystąpienia przykurczów.

Cel: Zapobiegnięcie rozwojowi i wystąpienia przykurczy

Interwencje pielęgniarskie:

- Zastosowanie pozycji ułożeniowych przeciwdziałających spastyczności (unikanie ułożenia na plecach)
- Częsta zmiana pozycji
- Prowadzenie gimnastyki przyłóżkowej
- Ułożenie kończyn objętych niedowładem na poduszkach, tak aby nie leżały płasko na materacu
- Stopy powinny być zabezpieczane, aby nie doszło do zgięcia podeszwowego
- Aktywizowanie chorego i zachęcanie go do współpracy

Ewaluacja: Nie doszło do rozwinięcia przykurczów.

Diagnoza pielęgniarska 11: Ryzyko wystąpienia powikłań w związku z obecnością grzybicy paznokci.

Cel: Zapobiegnięcie rozprzestrzenieniu się zakażenia.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena stanu skóry i paznokci
- Edukacja rodziny pacjenta w kwestii właściwej higieny stóp
- Zadbanie o higienę stóp – codzienne mycie, dokładne osuszanie, zwłaszcza w przestrzeni między palcami
- Codzienna zmiana skarpet
- Stosowanie osobnego ręcznika
- Prawidłowa pielęgnacja paznokci – obcinanie paznokci bez zaokrąglania
- W razie konieczności, konsultacja z podologiem
- Stosowanie leków przeciwgrzybiczych działających miejscowo

Ewaluacja: Zastosowano odpowiednie leczenie, chory

wraz z rodziną zostali wyedukowani na temat higieny stóp [1, 22].

Podsumowanie

Najczęstszym problemem występującym u pacjentów z niedowładem połowicznym po przebytych udarach niedokrwiennym mózgu jest deficyt samoopieki, wynikający przede wszystkim z ograniczenia mobilności. Sytuacja ta niesie ze sobą ryzyko powikłań, takich jak powikłania zakrzepowo-zatorowe (mogące prowadzić do nawrotu udaru), odleżyny oraz przykurcze mięśniowe.

Nie bez znaczenia pozostaje także wpływ udaru na stan psychiczny chorego – wzrasta ryzyko wystąpienia depresji, co dodatkowo pogarsza rokowania oraz utrudnia powrót do samodzielnego funkcjonowania. Brak zaangażowania pacjenta we współpracę z zespołem terapeutycznym może skutkować pogorszeniem stanu zdrowia oraz koniecznością stałej opieki ze strony osób trzecich.

Istotnym elementem procesu zdrowienia jest edukacja pacjenta i jego rodziny, obejmująca zarówno przekazanie wiedzy i umiejętności, jak i wsparcie emocjonalne. Działania te znacząco przyczyniają się do poprawy jakości życia chorego oraz jego najbliższych.

W opiece nad pacjentem po udarze mózgu pielęgniarka odgrywa kluczową rolę – wspiera go zarówno w zakresie podstawowych czynności opiekuńczych, jak i w działaniach leczniczych oraz rehabilitacyjnych.

Wnioski

Udar mózgu to jedna z głównych przyczyn niepełnosprawności i ośpienia, a także zgonu. Z tego powodu istotna powinna być profilaktyka najważniejszych modyfikowalnych czynników ryzyka (nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu).

W udzielaniu pomocy osobie z podejrzeniem udaru ważną rolę odgrywa czas – im szybciej pacjent trafi na oddział udarowy, tym lepszych efektów leczenia można się spodziewać.

Rola pielęgniarki jest istotna w opiece nad pacjentem po przebytych udarach. Obejmuje ona stałe monitorowanie pacjenta, zapobieganie wystąpieniu wczesnych powikłań, a także pomoc w aktywizowaniu pacjenta oraz edukację.

Bibliografia

1. Kaźmierski R. Choroby naczyniowe mózgu. Udar mózgu. W: Pielęgniarstwo neurologiczne. Jaracz K., Domitrz I. Red. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa; 2019, wyd. II, 223-257
2. Wnuk. M, Pera J., Dziedzic T., Kozubski W., Słowik A. Choroby naczyniowe układu nerwowego W: Neurologia. Podręcznik dla studentów medycyny. Kozubski W. Red PZWL, Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa, 2023, wyd. III 561-612
3. Kruk M., Pawlewicz A. NFZ o zdrowiu. Udar niedokrwiennym mózgu

4. Demianenko Y., Kobierecki M., Leśniak R. Wpływ czynników ryzyka udaru niedokrwiennego mózgu na zmiany w badaniach obrazowych – przegląd aktualnej literatury. *Aktualn Neurol* 2022, 22(4); 174-179 DOI: 10.15557/AN.2022.0021
5. Mazur R., Świerkocka-Miastkowska M. Udar mózgu – pierwsze objawy. *Choroby serca i naczyń*, 2005, tom 2, nr 2 84-87
6. Członkowska A., Kobayashi A. Postępowanie w udarze mózgu – wytyczne Grupy Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego. Aktualizacja 2013: leczenie trombolityczne. *Neurologia i Neurochirurgia Polska* 2013; 47, 4: 303-309 DOI: 10.5114/ninp.2013.36754
7. Luchowski P., Rejdak K. Metody leczenia udaru mózgu. *Choroby sercowo – naczyniowe w POZ, Lekarz POZ* 3/2020 199-205
8. Kaźmierski R. Diagnostyka i leczenie chorych w ostrej fazie udaru niedokrwiennego mózgu. *Anestezjologia i Ratownictwo* 2014; 8; 62-75
9. Błażejewska – Hyżorek B., Czernuszenko A., i inni Wytyczne postępowania w udarze mózgu. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 2019, tom 15, supl. A
10. Eppe C., Brainin M., Steiner T. Chapter 12: Intracerebral Hemorrhage In: *Textbook of stroke medicine*. Ed. Brainin M., Heiss W.-D. Cambridge University Press, United Kingdom, New York, 2019, wyd. III, 213-232
11. Karwacka M., Siemiński M., Nyka W. M. Krwotok śródmózgowy. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2008, tom 2, nr 1 49-55
12. Shoamanesh A., Patrice Lindsay M. Canadian stroke best practice recommendations: Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage, 7th Edition Update. *International Journal of Stroke*, 2021, 16(3), 321-341 DOI: <https://doi.org/10.1177/1747493020968424>
13. Wiszniewska M., Kobayashi A., Członkowska A. Postępowanie w udarze mózgu. Skróty Wytycznych Grupy Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego z 2012 roku. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 2012, tom 8, nr 4
14. O'Carroll C.B., Brown B.L., Freeman W.D., Intracerebral Hemorrhage. *Mayo Clinic Proceedings*, 2021, 96(6); 1639-1654 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2020.10.034>
15. Karwacka M., Siemiński M., Nyka W. M. Krwawienie podpajęczynówkowe. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2007, tom 1, nr 4, 348-354
16. Knap D., Partyka R., Zbrozczyk M., Korzekwa M., Zawadzki M., Gruszczyńska K., Baron J. Tętniaki mózgu – współczesne metody leczenia wewnątrznaczyniowego. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 2010, tom 6, nr 1, 22-26
17. Rinkel G. J. E. Chapter 13: Subarachnoid Hemorrhage In: *Textbook of stroke medicine*. Ed. Brainin M., Heiss W.-D. Cambridge University Press, United Kingdom, New York, 2019, wyd. III, 233-249
18. Dacka M., Czekaj D., Żuber M., Roman T., Światłowski Ł. Aktualne wewnątrznaczyniowe metody leczenia tętniaków wewnątrznaczyniowych. W: *Medycyna wczoraj i dziś – klasyczne rozwiązania i nowoczesne technologie*. IPKN, Lublin, 2021, 27-34
19. Ferro J.M., Canhão P., de Sousa D.A. Cerebral venous thrombosis. *La Presse Médicale*, 2016, vol. 45 issue 12, 429-450 <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2016.10.007>
20. Coutinho J.M. Cerebral venous thrombosis. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 2015, 13(1); 238-244 DOI: <https://doi.org/10.1111/jth.12945>
21. Sienkiewicz-Jarosz H. Zakrzepica zatok i żył mózgowia – rozpoznawanie i leczenie. *Neurologia po Dyplomie*, 2013, 8 (4); 15-20
22. Płaszewska-Żywko L., Kózka M. Red. *Diagnozy i interwencje w praktyce pielęgniarskiej*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2021, wyd. II

Data przyjęcia: 08.01.2025

Data recenzji: 15.02.2026

Data wydania: 28.03.2026