

WYŻSZA SZKOŁA MEDYCZNA LZDZ w LEGNICY

**ACTA SCHOLAE SUPERIORIS
MEDICINAE LEGNICENSIS**

Nr 1/2008

Seria: Prace dyplomowe (1)

PRACA ZBIOROWA

**Wiedza i doświadczenie pielęgniarki
a jej działania promocyjno-edukacyjne**

LEGNICA 2008

Zespół redakcyjny serii:

dr Jolanta Bielawska
mgr Małgorzata Modl
mgr Danuta Wałęga-Szych
doc. dr Adam Klar
doc. dr Ryszard Pękała
mgr Aleksander Pękała

Redaktor tomu:

doc. dr Ryszard Pękała

SPIS TREŚCI

Słowo wstępne	5
Krystyna Czechowska: <i>Wiedza i zachowania prozdrowotne kobiet w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy na podstawie badań pacjentek z powiatu jeleniogórskiego</i> (Promotor: dr nauk med. Jolanta Pietras).....	7
Wiesława Kurczyńska: <i>Zadania edukacyjne pielęgniarki wobec pacjentów z nadciśnieniem tętniczym</i> (Promotor: prof. dr hab. nauk med. Wiesław Mędrała)	13
Dorota Alina Pitek: <i>Zadania pielęgniarki w profilaktyce przewlekłej obturacyjnej choroby płuc</i> (Promotor: mgr piel. Małgorzata Modl).....	25
Alicja Pic: <i>Opinie pielęgniarek na temat transplantacji</i> (Promotor: dr nauk med. Piotr Żukrowski).....	31
Aldona Szadkowska: <i>Anoreksja – problem dojrzewających dziewcząt</i> (Promotor: doc. dr nauk med. Jarosław Czeszejko-Sochacki).....	43
Artur Gawron: <i>Promocja zdrowia i oświata zdrowotna na obszarze powiatu kłodzkiego</i> (Promotor: doc. dr nauk med. Jarosław Czeszejko-Sochacki).....	49
Ewa Kielczykowska: <i>Odleżyny – aktualny problem współczesnej medycyny</i> (Promotor: prof. dr hab. nauk med. Janusz Bielawski).....	61
Monika Nowacka: <i>Poziom wiedzy pielęgniarek a postawy wobec pacjentów zarażonych wirusem HIV i chorych na AIDS</i> (Promotor: mgr piel. Małgorzata Kowalczyk).....	69

Agnieszka Szary:

*Ocena stanu wiedzy studentek Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy
w zakresie czynników ryzyka oraz wczesnego wykrywania nowotworów
gruczołu piersiowego*

(Promotor: dr nauk med. Tomasz Dawiskiba) 79

Wiesława Wełyczko:

Rola pielęgniarki w edukacji pacjenta z cukrzycą typu 2

(Promotor: mgr piel. Danuta Wałęga-Szych)..... 93

Małgorzata Siedlecka:

Pielęgnowanie i edukacja chorego ze stomią jelitową

(Promotor: dr nauk med. Jolanta Bielawska)..... 97

Kalendarium ważniejszych wydarzeń w Wyższej Szkole Medycznej LZDZ

w Legnicy..... 101

Słowo wstępne

Wyższa Szkoła Medyczna LZDZ w Legnicy, mająca w swoim dorobku już cztery lata działalności naukowo-dydaktycznej, w roku akademickim 2007/2008 rozpoczęła publikowanie seryjnych zeszytów naukowych pod ogólną nazwą ACTA SCHOLAE SUPERIORIS MEDICINAE LEGNICENSIS. W zamierzeniach wydawcy jest umożliwienie młodym pracownikom nauki, a także absolwentom – pasjonatom dociekań badawczych – publikowania własnego dorobku naukowego.

Wydawnictwo ma charakter cykliczny i obejmuje dwie serie:

- Monografie i opracowania.
- Prace dyplomowe.

W pierwszych sześciu tomach serii „Prace dyplomowe” przygotowano do publikacji fragmenty najlepszych prac licencjackich, które zostały napisane w ramach realizacji projektu nr Z/2.02/II/2.1/2/06 „Studia pomostowe dla dolnośląskich pielęgniarzek” – zgodnie z priorytetem 2 – Wzmocnienie rozwoju zasobów ludzkich w regionach, oraz Działaniem 2.1 – Rozwój umiejętności powiązany z potrzebami regionalnego rynku pracy i możliwości kształcenia ustawicznego w regionie.

Projekt ten nasza Uczelnia realizowała w okresie od czerwca 2006 do czerwca 2008 roku. W ramach projektu swoje kwalifikacje na wyższy poziom podniosło 516 dolnośląskich pielęgniarzek i pielęgniarzy. Widocznym efektem wyższych kwalifikacji stały się napisane przez studentów i obronione przez nich prace licencjackie. Niektóre z tych prac prezentują na tyle wysoki poziom merytoryczny (tak naukowy, jak i praktyczny), że decyzją zespołu redakcyjnego zostały zarekomendowane do publikacji. Zespół redakcyjny uwzględnił przy tym sugestie promotorów i recenzentów tych prac, którzy w swoich ocenach sugerowali rozważenie publikacji danej pracy w celu jej upowszechnienia – z uwagi na wysokie walory teoretyczne i znaczenie praktyczne w różnych dziedzinach pielęgniarstwa.

Wynikiem prac zespołu redakcyjnego stał się wybór 70 prac (spośród 516), które zakwalifikowano do publikacji. Każdy tom serii zawiera prace z określonej tematyki związanej z szeroko rozumianym pielęgniarstwem. Oto tytuły kolejnych tomów:

Tom 1: Wiedza i doświadczenie pielęgniarki a jej działania promocyjno-edukacyjne.

Tom 2: Jakość życia ludzi chorych i przewlekle chorych a działania pielęgniarki.

Tom 3: Aspekty pracy pielęgniarki w opiece nad dziećmi.

Tom 4: Koncepcja pracy pielęgniarki w środowisku pracy, nauki i wychowania oraz rodzinnym.

Tom 5: Działania pielęgniarki w ratownictwie medycznym.

Tom 6: Wielowymiarowość roli i zadań pielęgniarki w różnych dziedzinach życia społecznego.

Tom pierwszy zawiera jedenaście wybranych prac licencjackich, w których autorzy dzielą się swoim wiedzą i doświadczeniem zawodowym w zakresie pielęgniarstwa promocyjno-edukacyjnych, w różnego rodzaju schorzeniach, w różnego rodzaju środowisku.

Jak wiadomo, ważną rolę w działaniach pielęgniarki zajmuje funkcja profilaktyczna. Prezentujemy tutaj dwie prace z tego zakresu: praca p. Krystyny Czechowskiej dotyczy promocji profilaktyki i edukacji w zakresie raka szyjki macicy, praca p. Doroty Aliny Pitek – promowania profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.

Cztery z przedstawianych prac koncentrują się głównie na zagadnieniach edukacji pacjentów z różnymi przewlekłymi schorzeniami, takimi jak: nadciśnienie tętnicze (praca p. Wiesławy Kurczyńskiej), odleżyny (praca p. Ewy Kielczykowskiej), cukrzyca typu 2 (praca p. Wiesławy Wełyczko), stomia jelitowa (praca p. Jolanty Małgorzaty Siedleckiej).

Praca p. Alicji Pic z kolei jest poświęcona zagadnieniu transplantacji narządów, głównie temu, jak mała jest wiedza społeczeństwa (i personelu medycznego) na ten temat, jak wiele trzeba jeszcze tutaj zrobić, aby ratowanie życia drugiego człowieka drogą transplantacji narządów nie wywoływało kontrowersji.

W swojej pracy p. Artur Gawron przedstawił, jaką rolę na szczeblu powiatu może pełnić pielęgniarka w swojej funkcji edukacyjnej, jako animatorka i współorganizatorka różnego rodzaju programów prozdrowotnych.

Jednym z istotniejszych problemów zdrowotnych, dotyczących szczególnie młodych dziewcząt, jest anoreksja. Chorobie tej i metodom jej profilaktyki i edukacji pracę swoją poświęciła p. Aldona Szadkowska.

Na koniec, dwie ostatnie prace dotyczą poziomu wiedzy samych pielęgniarek na temat takich zagrożeń zdrowotnych, jak HIV i AIDS (p. Monika Nowacka w pracy swojej dokonała analizy postaw pielęgniarek wobec pacjentów zarażonych HIV lub chorujących na AIDS, wskazując na istotny rozdzźwięk między deklarowanymi a rzeczywistymi zachowaniami pielęgniarek) oraz nowotwór gruczołu piersiowego (w swojej pracy p. Agnieszka Szary dokonała oceny wiedzy samych pielęgniarek w kontekście ich działań praktycznych ukierunkowanych na własną osobę).

Z uwagi na ograniczoną wielkość tomu oraz z chęci przedstawienia jak największej liczby autorów, publikowane tutaj są jedynie fragmenty prac. Z tego też względu pominięto spisy treści oraz wykazy bibliograficzne, pominięto też odnośniki.

Niniejszą publikację zamyka „Kalendarium wydarzeń w Wyższej Szkole Medycznej LZDZ w Legnicy” opracowane przez mgr. Czesława Kowalaka – wicekanclerza Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy.

Krystyna Czechowska

Wiedza i zachowania prozdrowotne kobiet w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy na podstawie badań pacjentek z powiatu jeleniogórskiego

(Promotor: dr nauk med. Jolanta Pietras)

Sytuacja epidemiologiczna dotycząca występowania raka szyjki macicy w Polsce nakłada obowiązek wdrożenia programu aktywnej oraz powszechnej profilaktyki opartej na przesiewowych badaniach cytologicznych. Istnieje szereg przyczyn wzrostu zachorowalności na ten nowotwór. Niektóre z nich mają charakter czynników głównych, inne charakteryzowane są jako czynniki prawdopodobne.

Rak szyjki macicy jest schorzeniem, mającym niewątpliwie dużo wspólnego ze stylem życia. Zauważono bowiem, że istnieje zależność między szeregiem negatywnych zachowań prozdrowotnych w przeszłości a występowaniem tej choroby w wieku późniejszym. Kobiety powinny być świadome czynników ryzyka i zagrożeń wynikających z nieprawidłowych zachowań zdrowotnych. Szeroko pojęta edukacja zdrowotna powinna być ważnym punktem programu profilaktyki raka szyjki macicy.

Według PTG, wdrożenie programu powszechnej profilaktyki opartej o skrining cytologiczny doprowadziło na świecie do obniżenia o 50 proc. zachorowalności i o 70 proc. umieralności na raka szyjki macicy. Jednak w Polsce rak szyjki macicy jest drugim, co do częstości, nowotworem występującym u kobiet, a wyniki leczenia są złe ze względu na wykrywanie głównie zaawansowanych postaci raka.

Podstawy funkcjonowania efektywnego programu badań przesiewowych wg WHO to określenie: celu, metody wykrywania (testu) oraz metody terapeutycznej, rachunku ekonomicznego, kadrowej i technicznej wykonalności programu, obiegu informacji o pacjentkach, nadzoru i kontroli efektywności, integracji z narodowym systemem zdrowia i założeniami polityki zdrowotnej, centralnej organizacji działań logistycznych.

Według danych z piśmiennictwa, 80 proc. nowych zachorowań na raka szyjki macicy dotyczy krajów rozwijających się. Polska ma najwyższe współczynniki zachorowalności i umieralności na raka szyjki macicy ze wszystkich państw stowarzyszonych w Unii Europejskiej. Sytuacja epidemiologiczna dotycząca występowania raka szyjki macicy w Polsce stawia nasz kraj na równi z państwami trzeciego świata. Wysoka zachorowalność na raka szyjki macicy w Polsce wynika z rozpowszechnienia czynników ryzyka rozwoju tego nowotworu i braku skutecznej profilaktyki.

Program profilaktyki raka szyjki macicy

Programy profilaktyczne w kierunku raka szyjki macicy są prowadzone na świecie różnymi sposobami. W niektórych państwach Afryki i Ameryki Południowej programy takie w ogóle nie istnieją, co skutkuje fatalną sytuacją epidemiologiczną – rosnącą zachorowalnością i umieralnością. W niektórych krajach wysoko rozwiniętych, jak Finlandia czy Zjednoczone Królestwo, wprowadzenie narodowych, skoordynowanych programów profilaktycznych zaowocowało kilkukrotnym spadkiem umieralności na raka szyjki macicy w ciągu ostatnich dwudziestu – trzydziestu lat. Rozpiętość wiekowa grupy docelowej kobiet oraz częstotliwość badań wahają się w krajach europejskich, odpowiednio, od 20 do 64 lat oraz od jednego badania w roku do jednego badania na 5 lat.

W Polsce procedury medyczne programu profilaktyki raka szyjki macicy refundowane są przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). Dotychczas jednak działaniu programu w Polsce daleko było do doskonałości, głównie ze względu na bardzo niską zgłaszalność kobiet na badanie, brak nadzoru nad losem kobiety z nieprawidłowym wynikiem badania cytologicznego, brak nadzoru nad jakością usług medycznych świadczonych w ramach programu.

Dzięki środkom z Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych na przełomie lat 2005/2006 zostały opracowane i obecnie są wprowadzane zmiany w programie profilaktyki raka szyjki macicy, które powinny przynieść wymierne korzyści w postaci zwiększenia efektywności programu i poprawy sytuacji epidemiologicznej w zakresie raka szyjki macicy w Polsce w perspektywie kilku lat. Pomysłodawcą i autorem zmian jest prof. Marek Spaczyński. Każda kobieta posiadająca ubezpieczenie zdrowotne i spełniająca kryteria programu otrzyma raz na 3 lata pisemne imienne zaproszenie do wzięcia w nim udziału. Powołane zostały Centralny i Wojewódzkie Ośrodki Koordynujące realizację programu, których głównymi zadaniami są powszechne akcje na rzecz poprawy zgłaszalności i świadomości kobiet, nadzór nad każdą pacjentką biorącą udział w badaniach przesiewowych (śledzenie wyników nieprawidłowych i losów pacjentki dzięki komputerowej bazie danych), szkolenie i nadzór nad jakością usług medycznych oferowanych przez realizatorów programu.

Program przeznaczony jest dla kobiet w wieku od 25 do 59 lat (grupa o największym ryzyku rozwoju raka szyjki macicy) i składa się z 3 etapów: podstawowego, diagnostycznego i diagnostyki pogłębionej. Kobieta z prawidłowym wynikiem testu może skorzystać z programu raz na 3 lata. Etap podstawowy w bieżącym roku obejmuje edukację pacjentki, wywiad lekarski, badanie ginekologiczne, pobranie i utrwalenie wymazu szyjki macicy na szkiełku podstawowym. Na etapie diagnostycznym preparat podlega specjalistycznemu barwieniu metodą Papanicolaou i ocenie przez wykwalifikowany personel cytotechników w skali Betesda 2001 i Papanicolaou pod kontrolą histopatologa. Uruchomienie elektronicznej bazy danych umożliwi także określenie odsetka wymazów nie nadających się do oceny oraz korelację dodatnich wyników cytologicznych z wynikiem badania histopatologicznego.

Do etapu diagnostyki pogłębionej powinny być bezwzględnie kierowane wszystkie pacjentki z nieprawidłowym wynikiem badania cytologicznego. Polega on na przeprowadzeniu badania kolposkopowego i (w razie wskazań) wykonaniu biopsji celowanej w celu pobrania materiału tkankowego i oceny histopatologicznej najbardziej podejrzanych zmian szyjki macicy. W części przypadków pobiera się wyskrobiny z kanału szyjki macicy (zmiany endocervikalne, podejrzenie adenocarcinoma). Ten etap powinien być realizowany przez wysoko wykwalifikowanych ginekologów-kolposkopistów. Należy podkreślić, iż wdrożenie inwazyjnych metod leczenia jest uzasadnione tylko na podstawie wyniku badania histopatologicznego, a nie cytologicznego.

Możliwości i ograniczenia programu

Skuteczność populacyjnych badań przesiewowych jest warunkowana dostępnością do lekarza i miejsca badania dla pacjentki, która chce z niego skorzystać. W Polsce pobranie badania cytologicznego w ramach programu możliwe jest w jednym z około tysiąca gabinetów ginekologicznych zatrudniających specjalistę ginekologii i położnictwa, które mają podpisany kontrakt z NFZ na realizację badań profilaktycznych.

Dosyć często kobiety korzystające z badania profilaktycznego zgłaszają się na nie „przy okazji” wizyty, do której skłoniły je inne objawy ze strony narządu płciowego. Oczekują wtedy nie tylko prawidłowego pobrania wymazu cytologicznego, ale także rozwiązania ich głównego problemu zdrowotnego, z którym się zgłosiły do ginekologa.

W ostatnim czasie trwają burzliwe dyskusje dotyczące możliwości pobierania profilaktycznych badań cytologicznych przez lekarzy rodzinnych, a nawet położne środowiskowe. Specjalista medycyny rodzinnej oczywiście dysponuje podstawową wiedzą z zakresu ginekologii onkologicznej, profilaktyki i objawów chorób nowotworowych, ale przy małej (lub żadnej) częstości wykonywania dwuręcznego badania ginekologicznego i pobierania wymazu cytologicznego rozsądne wydaje się kierowanie pacjentki na badania profilaktyczne do specjalisty ginekologa.

Jednym z czynników wpływających na jakość całego programu profilaktyki raka szyjki macicy jest prawidłowe pobranie wymazu cytologicznego. Wg danych naukowych, 2/3 wyników fałszywie ujemnych jest spowodowanych nieprawidłową techniką pobrania wymazu. Niektórzy ginekolodzy pomimo szkolenia także mają problemy z przeprowadzeniem tej procedury. Istnieje także ryzyko, że kobieta, u której tylko pobrano wymaz cytologiczny i uzyskano prawidłowy wynik, może potraktować to jako badanie, które wykluczyło inne choroby dotyczące narządu płciowego, co niesie ryzyko wywołania u niej fałszywego poczucia zdrowia.

Wizyta w poradni ginekologicznej w celu pobrania wymazu cytologicznego jest bowiem dla większości kobiet wykonujących cytologię jedyną okazją, podczas której kobieta może poddać się badaniu ginekologicznemu. Co gorsza, większość Polek i tek z tej możliwości nie korzysta.

Wyniki badań

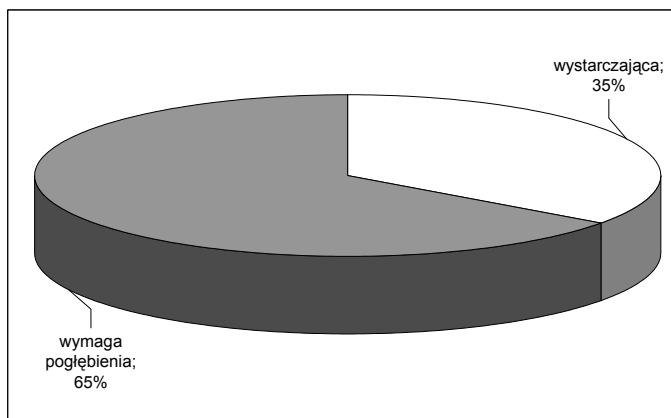
Celem badań jest: określenie zachowań zdrowotnych podejmowanych przez kobiety pod kątem profilaktyki nowotworów szyjki macicy, a także ocena stanu wiedzy kobiet na temat profilaktyki raka szyjki macicy.

Badania przeprowadzono wśród kobiet powiatu jeleniogórskiego – pacjentek Szpitala Wojewódzkiego w Jeleniej Górze oraz Szpitala Powiatowego w Kowarach. W celu pozyskania danych rozdano 150 kwestionariuszy ankiety, do analizy statystycznej wykorzystano 120 ankiet. Badania trwały od września do grudnia 2007 roku.

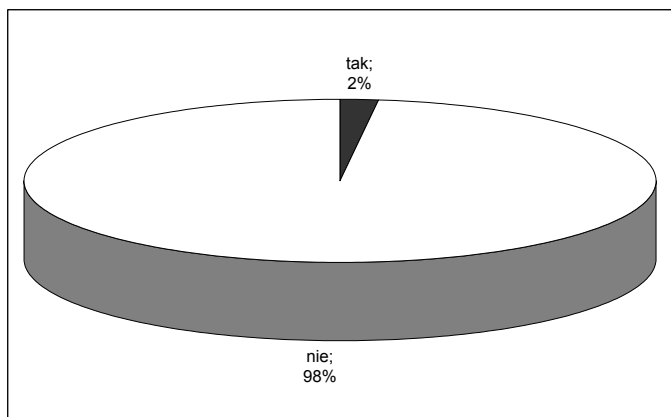
Wśród ankietowanych największą grupę stanowiły kobiety w przedziale wieku 30-39 lat (41%), natomiast kobiety w wieku 60-69 lat stanowiły 2% badanych. Spośród kobiet objętych badaniem 41% ma wykształcenie średnie, 28% - zawodowe, Większość badanych kobiet (79%) mieszka w mieście.

Wśród respondentek oceniano różne aspekty dotyczące profilaktyki raka szyjki macicy.

Wykres 4. Subiektywna ocena wiedzy badanych na temat profilaktyki raka szyjki macicy

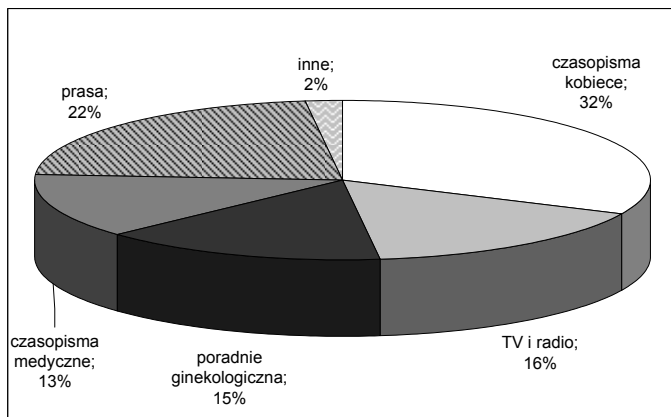


Wykres 5. Znajomość programów profilaktyki raka szyjki macicy



Większość respondentek (59%) zadeklarowała znajomość specyfiki programu profilaktyki raka szyjki macicy.

Wykres 7. Źródła wiedzy na temat raka szyjki macicy



Ważnym aspektem badań było ustalenie źródłem wiedzy na temat profilaktyki raka szyjki macicy: 32% badanych kobiet zadeklarowało, że źródłem ich wiedzy o profilaktyce są czasopisma kobiece, 16% – że telewizja i radio, 15% – poradnie ginekologiczne, dla 13% natomiast są to czasopisma medyczne.

Wykres 8. Częstość wykonywania badania ginekologicznego

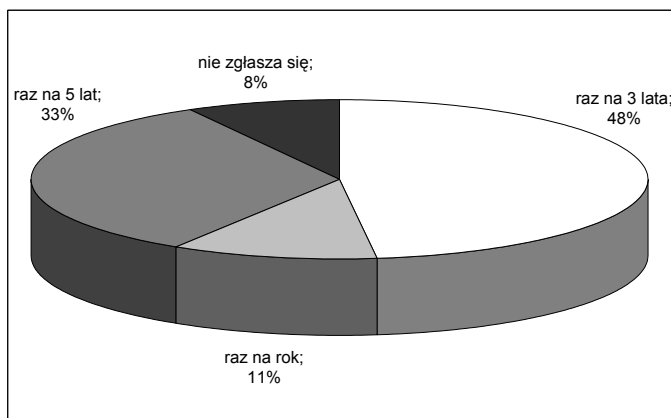


Tabela 3. Znajomość czynników wpływających na ryzyko wystąpienia raka szyjki macicy (w proc.)

Czynniki ryzyka	TAK	NIE
Wczesny wiek inicjacji seksualnej	86	14
Wpływ partnerów seksualnych i ich liczba	67	33
Doustne środki antykoncepcyjne, dieta	48	52
Status społeczno-ekonomiczny	56	44
Palenie papierosów	86	14
Infekcje HPV	55	45

Ankietowane zapytano o czynniki ryzyka, które przyczyniają się do zachorowań na raka szyjki macicy. Wśród badanych kobiet 65% jako czynnik podaje infekcje HPV, 86% – wczesny wiek inicjacji seksualnej. Można zauważyć, że większość badanych osób zna czynniki ryzyka. Może to być związane zarówno ze znajomością prasy kobiecej i medycznej, jak i tym, że ankietowane są pod kontrolą lekarza-ginekologa.

Tabela 4. Znajomość objawów sugerujących obecność nowotworu (w proc.)

Objawy	TAK	NIE
Krwawienie	61	39
Upławy	72	28
Bóle podbrzusza	60	40
Bolesność podczas stosunków	56	44

Prawie 56% badanych kobiet zna wszystkie czynniki ryzyka raka szyjki macicy (tabela 4), a ponad 80% wie, jakie objawy mogą sugerować obecność nowotworu.

Wnioski

1. W badanej grupie kobiet najczęściej podejmowanym zachowaniem prozdrowotnym w kierunku profilaktyki raka szyjki macicy były: wizyta u ginekologa, pobranie wymazu cytologicznego.
2. Zdecydowana większość respondentek (98%) posiada wiedzę na temat profilaktyki raka szyjki macicy.
3. Prawie wszystkie badane (92%) mają świadomość przydatności badania cytologicznego we wczesnym wykrywaniu raka szyjki macicy.
4. Głównym źródłem wiedzy kobiet na temat profilaktyki raka szyjki macicy są czasopisma o tematyce kobiecej.

Badane kobiety czerpały wiedzę na temat profilaktyki z wielu źródeł. Najczęściej wymienianym źródłem są czasopisma o tematyce kobiecej i medycznej. Można zatem sądzić, że badane osoby, uczestniczące w badaniu, pogłębiają swoją wiedzę i mają dostęp do najnowszych informacji. Zaznaczyć należy, że większość ankietowanych wie na czym polega program profilaktyki raka szyjki macicy. Oznacza to, że większość kobiet uczestniczących w badaniach jest pod stałą kontrolą poradni szpitalnych.

Przeprowadzone badania wykazały, że kobiety uczestniczące w badaniu posiadały w większości świadomość konieczności zgłaszania się na badanie ginekologiczne z pobraniem wymazu cytologicznego, jako ważnego elementu profilaktyki raka szyjki macicy, i posiadają na ten temat pewną wiedzę. Jednak ze względu na potrzebę i chęć dalszego pogłębiania wiedzy w badanej grupie, a także doniesienia w literaturze i raportach medycznych o niedostatkach wiedzy i niewielkiej zgłaszalności kobiet na badania w ramach Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki wśród ogólnej populacji kobiet w naszym kraju, istnieje potrzeba szerszego propagowania informacji na temat profilaktyki raka szyjki macicy, informowania o istnieniu Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki Raka Szyjki Macicy, szczególnie kobiet nie będących pod stałą kontrolą lekarza-ginekologa.

Wiesława Kurczyńska

Zadania edukacyjne pielęgniarki wobec pacjentów z nadciśnieniem tętniczym

(Promotor: prof. dr hab. nauk med. Wojciech Mędrała)

Nadciśnienie tętnicze jest stanem chorobowym znacząco zwiększającym śmiertelność pacjentów, a jednocześnie jednym z najczęstszych i najgroźniejszych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego. Oznacza trwałe podwyższenie ciśnienia tętniczego ponad wartości uznane za właściwe dla danej grupy wiekowej. Za wartość graniczną u dorosłych osób uważa się ciśnienie tętnicze wynoszące 140/90 mm Hg.

Ciśnienie tętnicze u człowieka nie jest wartością stałą i zmienia się w ciągu doby. Podlega sterowaniu przez zegar wewnętrzny ustroju, czyli rytm biologiczny. Ciśnienie tętnicze wzrasta po przebudzeniu, w ciągu dnia stopniowo się podwyższa, by w godzinach wieczornych osiągnąć maksimum. Następnie obniża się, dochodząc do swego minimum w czasie snu. Naturalny spadek ciśnienia w nocy jest związany ze spadkiem aktywności i zmniejszonym pobudzeniem układu nerwowego. Wyjątkową grupę stanowią chorzy z zespołem bezdechu śródsewnego, u których ciśnienie w nocy nie obniża się. Pod wpływem licznych bodźców zewnętrznych działających na człowieka w ciągu dnia, ciśnienie krwi ulega zmianom. Należą do nich: stres, zwiększony wysiłek fizyczny, emocje, wysoka temperatura otoczenia bądź chłód. Na wysokość ciśnienia może wpływać także ból.

Częstość występowania nadciśnienia tętniczego wśród populacji dorosłych Polaków w 2002 roku w badaniach przeprowadzonych przez NATPOL PLUS oceniono na 29%. U 30% osób stwierdzono wysokie prawidłowe ciśnienie tętnicze, u 21% prawidłowe, natomiast u 20% populacji optymalne. Wykrywalność nadciśnienia tętniczego w Polsce w 2002 roku wynosiła jedynie 67%. Oznacza to, że aż 1/3 chorych z nadciśnieniem tętniczym w Polsce jest nieświadoma istnienia choroby. Wśród chorych świadomych nadciśnienia około 10% pacjentów nie leczy się w ogóle, a u 45% terapia jest nieskuteczna.

Leczenie choroby nadciśnieniowej uznajemy za skuteczne, gdy ciśnienie skurczowe jest mniejsze niż 140 mm Hg, a rozkurczowe niższe niż 90 mm Hg. Skuteczność leczenia nadciśnienia tętniczego wśród naszej populacji stanowi jedynie 12%, jest większa u kobiet i wynosi 14%, a u mężczyzn tylko 10%.

Częstość występowania nadciśnienia tętniczego wzrasta wraz z wiekiem. Różni się istotnie w poszczególnych grupach wiekowych: w grupie osób między 18 a 30 rokiem życia wynosi 5%, w grupie 31-44-latków wynosi 15%, w grupie 45-64-latków stanowi 45%, u osób powyżej 64 roku życia wynosi 59%.

Nadciśnienie tętnicze jest najczęstszym schorzeniem przewlekłym w krajach rozwiniętych. U około 20% populacji w średnim wieku występują podwyższone wartości ciśnienia tętniczego, z ciśnieniem rozkurczowym większym niż 90 mm Hg lub ciśnieniem skurczowym większym niż 150 mm Hg. Około 50% osób w wieku powyżej 60 lat charakteryzuje się podwyższonym ciśnieniem tętniczym. Umiarkowane lub ciężkie nadciśnienie tętnicze występuje u około 5% populacji dorosłych.

Jako choroba cywilizacyjna nadciśnienie często ma związek z niewłaściwym sposobem odżywiania i nieodpowiednim trybem życia. Do głównych czynników ryzyka należą: wiek powyżej 60 lat, płeć męska, obciążenie rodzinne, cukrzyca typu 2, zaburzenia przemiany lipidów, palenie papierosów, otyłość, nadużywanie alkoholu, mała aktywność fizyczna, stres i inne obciążenia psychoneurologiczne.

Cel i założenia pracy

Założeniem niniejszej pracy było określenie potrzeb w zakresie edukacji osób dotkniętych nadciśnieniem tętniczym oraz uzyskanie informacji o tym, na jakie dziedziny życia chorego trzeba zwrócić szczególną uwagę, zmodyfikować je, aby osiągnąć zamierzone cele lecznicze.

Przeprowadzając ankietę chciałam uzyskać odpowiedzi na następujące pytania:

- Jaki jest wiek badanych osób, ich wykształcenie i sytuacja ekonomiczna?
- Czy chory posiada dostateczną wiedzę na temat choroby i jej powikłań?
- Czy ma ukształtowane umiejętności takie jak: mierzenie ciśnienia, prowadzenie dzienniczka samokontroli, systematycznego przyjmowania leków?
- Czy zna zasady obowiązujące podczas wykonywania pomiaru ciśnienia?
- Czy posiada umiejętność samodzielnego pomiaru ciśnienia?
- Czy ma ukształtowane postawy prozdrowotne dotyczące zdrowego stylu życia, diety?
- Czy osoby dotknięte nadciśnieniem przeprowadzają badania kontrolne?
- Jak chorzy oceniają stan swojej wiedzy na temat nadciśnienia tętniczego?

Material i metody

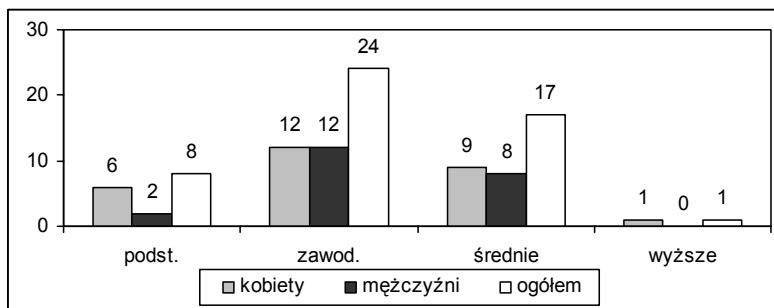
Badania ankietowe przeprowadzone zostały w miesiącach październiku i listopadzie 2007 roku. Objęte nimi zostały osoby chorujące na nadciśnienie tętnicze leczone w Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala Powiatowego w Lwówku Śląskim. Wśród ankietowanych przeważały kobiety ze środowiska miejskiego: średnia wieku badanych 51-65 lat.

W celu przeprowadzenia badania przygotowanych zostało 50 ankiet, które składały się z 25 pytań i były anonimowe. Każdy badany otrzymał kwestionariusz ankiety. Pytania w niej zawarte miały zamknięty charakter. Odpowiedzi polegały na zakreśleniu jednego z możliwych (w 2 pytaniach kilku) wariantów. W ankiecie znalazły się pytania dotyczące: płci, wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia, sytuacji ekonomicznej, wykonywania pomiarów ciśnienia, stylu życia, diety i wiedzy na temat choroby.

Wyniki

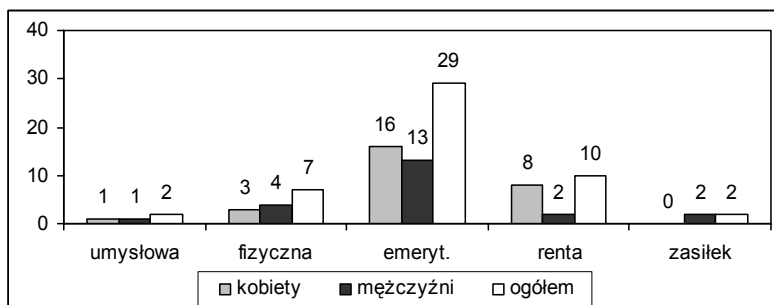
Wśród ankietowanych przeważały kobiety – stanowiły 56% badanych; 22 osoby ankietowane to mężczyźni – 44% badanych. 32% ankietowanych stanowiły kobiety w przedziale wiekowym 51-65 lat, 1 kobieta była w wieku poniżej 50 roku życia, natomiast 22% badanych kobiet miało powyżej 65lat. Wśród badanych mężczyzn największą grupę stanowiły osoby powyżej 65 lat-26%, 9 mężczyzn było w wieku między 51-65 rokiem życia.

Wykształcenie ankietowanych



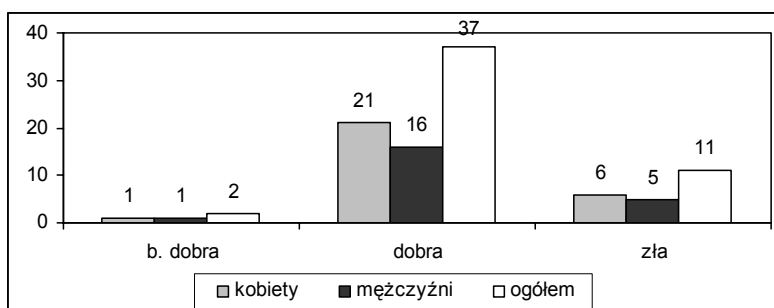
Wśród ankietowanych przeważają osoby z wykształceniem zawodowym – 48%; wykształcenie średnie posiadało 18% kobiet i 16% ankietowanych mężczyzn; tylko 1 badana osoba miała wyższe wykształcenie. 16% respondentów miało wykształcenie podstawowe.

Rodzaj wykonywanej pracy



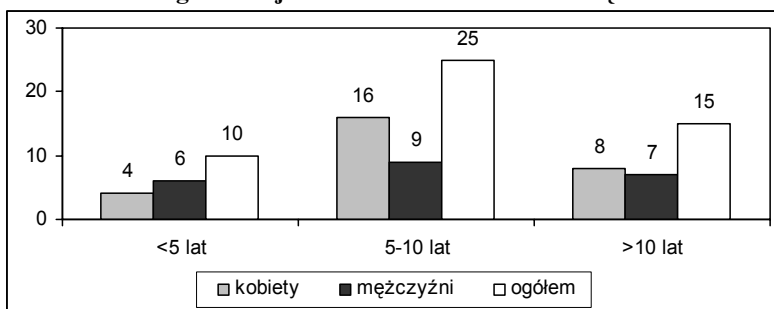
58% ankietowanych to emeryci, większość z nich stanowią kobiety - 32%. Renciści to grupa 20% badanych. Pracę fizyczną wykonuje 14% ankietowanych, umysłową 4%, 2 mężczyźni nie pracuje i pobiera zasiłek dla bezrobotnych.

Jaka jest Pani/Pana sytuacja materialna?



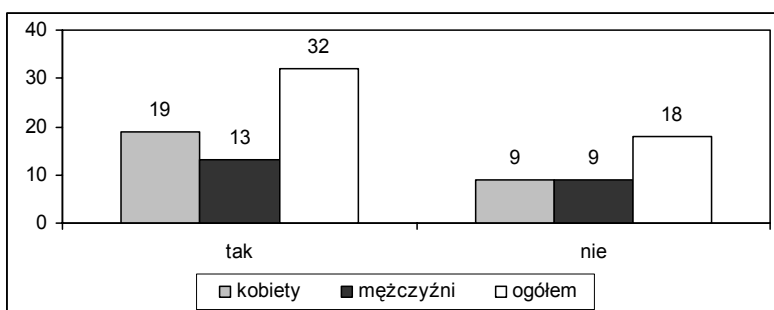
74% respondentów określa swoją sytuację ekonomiczną jako dobrą; 2% kobiet i 2% mężczyzn ma bardzo dobrą sytuację materialną a 22% ankietowanych określa swoją sytuację ekonomiczną jako złą.

Jak długo choruje Pan/Pani na nadciśnienie tętnicze?



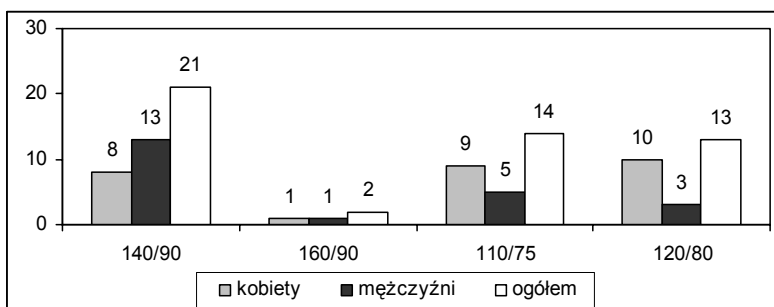
50% ankietowanych choruje na nadciśnienie powyżej 5 lat, w tym 32% to kobiety, a 18% to mężczyźni. Powyżej 10 lat choruje 30% badanych; 8% ankietowanych kobiet i 12% mężczyzn choruje na nadciśnienie mniej niż 5 lat.

Czy ktoś z członków Pana/ Pani rodziny choruje na nadciśnienie?



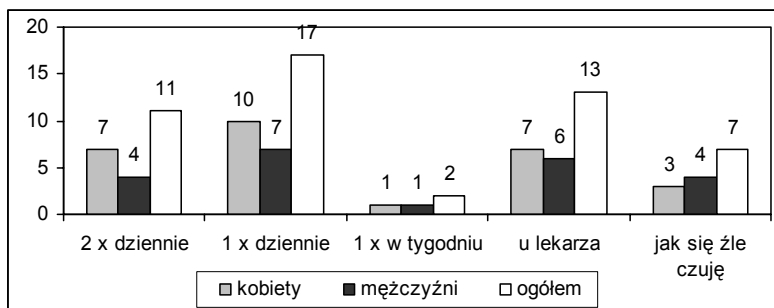
64% ankietowanych deklaruje występowanie nadciśnienia tętniczego w najbliższej rodzinie; 18% badanych kobiet i 18% mężczyzn nie potwierdza występowania nadciśnienia w rodzinie.

Jaka jest według Pana/Pani prawidłowa wartość ciśnienia tętniczego?



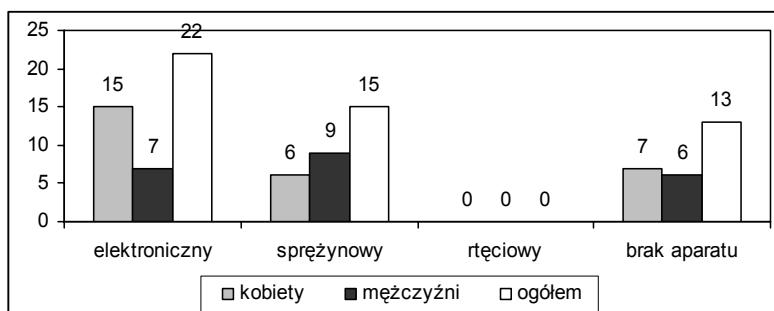
42% badanych osób uważa za prawidłowe wartości ciśnienia 140/90 mm Hg; 28% uznaje ciśnienie 110/75 mm Hg za prawidłowe, 13 osób ciśnienie 120/80 mm Hg, a 2 osoby 160/90 mm Hg.

Jak często mierzy Pan/Pani ciśnienie tętnicze?



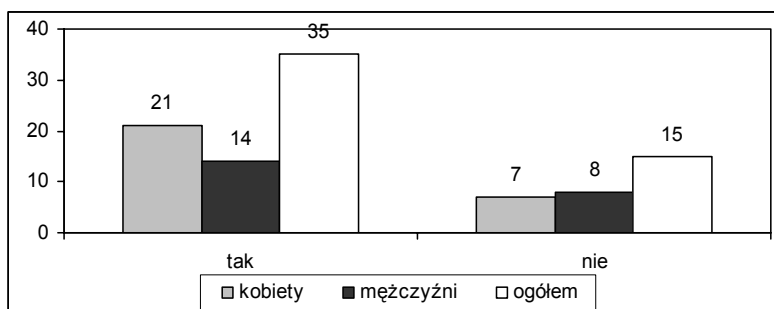
Największą grupę ankietowanych stanowią osoby, które mierzą ciśnienie krwi raz dziennie, 20% z nich to kobiety, a 14% mężczyźni. Dwa razy dziennie ciśnienie mierzy 14% ankietowanych kobiet i 8% mężczyzn. 26% chorych mierzy ciśnienie tylko przy okazji wizyt u lekarza, a 14% jak źle się czuje.

Jakim aparatem mierzy Pan/Pani ciśnienie?



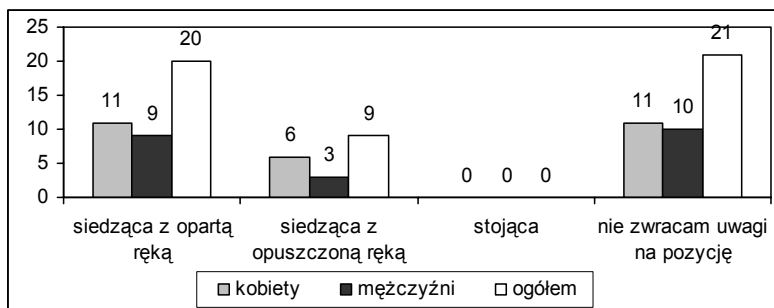
44% ankietowanych osób deklaruje posiadanie elektronicznego aparatu do mierzenia ciśnienia w tym 30% to kobiety i 14% mężczyźni. 18% mężczyzn i 12% kobiet mierzy ciśnienie aparatem sprężynowym. 26% badanych nie posiada aparatu do pomiaru ciśnienia.

Czy zapisuje Pan/Pani wyniki pomiarów?



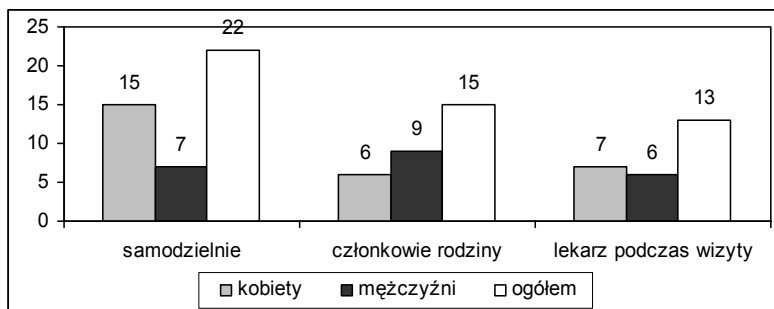
Wśród badanych osób 70% prowadzi dzienniczek pomiarów w celu okazania go lekarzowi podczas wizyty. 30% nie notuje wyników pomiaru ciśnienia z czego 14% to kobiety, a 16% mężczyźni.

W jakiej pozycji mierzy Pan/Pani ciśnienie?



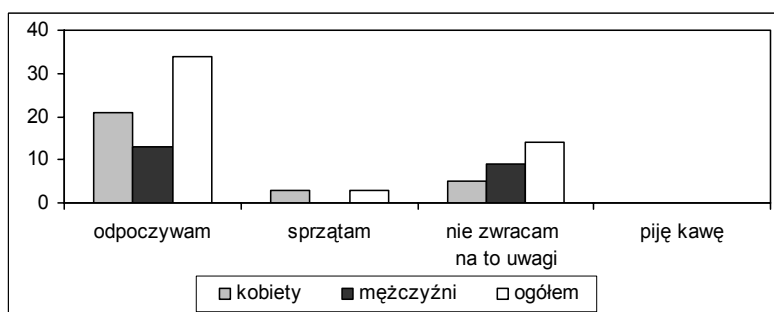
42% ankietowanych nie zwraca uwagi na pozycję w jakiej dokonuje pomiaru ciśnienia; 40% badanych mierzy ciśnienie w pozycji siedzącej z oparciem i podpartą ręką, 18% mierzy ciśnienie w pozycji siedzącej, ale z opuszczoną ręką. Żaden ankietowany nie mierzy ciśnienia w pozycji stojącej.

Kto mierzy Pani/Panu ciśnienie?



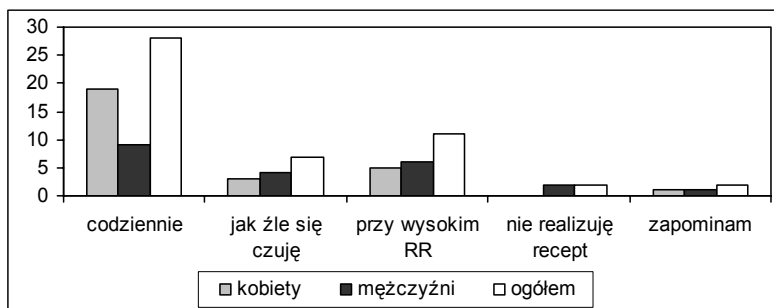
44% ankietowanych wykonuje samodzielne pomiary ciśnienia; 30% chorym ciśnienie mierzą członkowie rodziny. 14% ankietowanych kobiet i 12% mężczyzn mierzy ciśnienie podczas wizyt u lekarza.

Jakie czynności wykonuje Pan/Pani przed pomiarem ciśnienia?



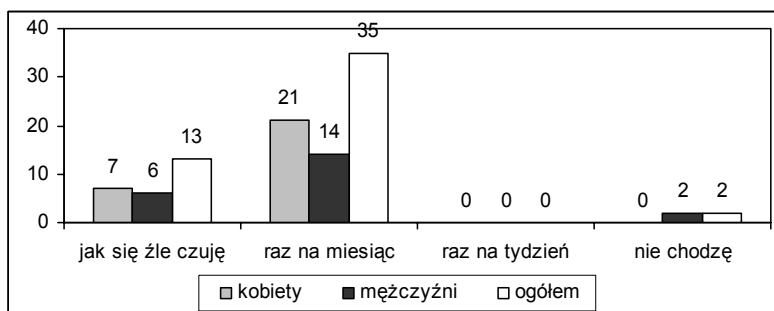
42% badanych kobiet i 26% mężczyzn odpoczywa przed wykonaniem pomiaru ciśnienia; 28% mierzy ciśnienie po wykonaniu różnych czynności. 2 kobiety przed pomiarem ciśnienia sprząta mieszkanie.

Czy przyjmuje Pan/Pani leki na nadciśnienie?



56% respondentów deklaruje codzienne przyjmowanie leków; 14% badanych przyjmuje leki jak źle się czuje, 22% osób zażywa leki tylko jak ma wysokie ciśnienie; 4% badanych nie przyjmuje leków ponieważ nie realizuje recept; 2% kobiet i 2% mężczyzn zapomina o systematycznym przyjmowaniu leków.

Jak często chodzi Pan/Pani do lekarza?



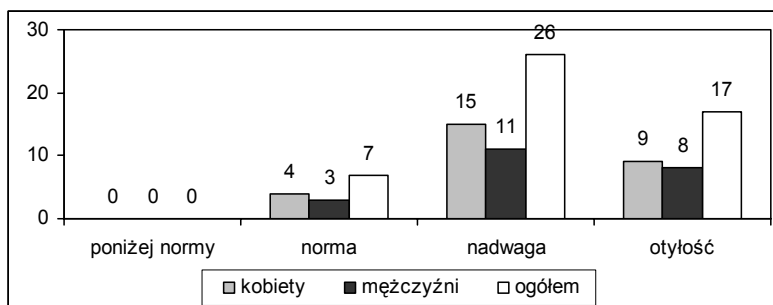
70% ankietowanych osób regularnie chodzi na kontrolne wizyty do lekarza; 26% badanych chodzi do lekarza jak źle się czuje; 2 ankietowanych mężczyzn przyznało, że nie chodzi do lekarza.

Czy choruje Pan/Pani na cukrzycę?



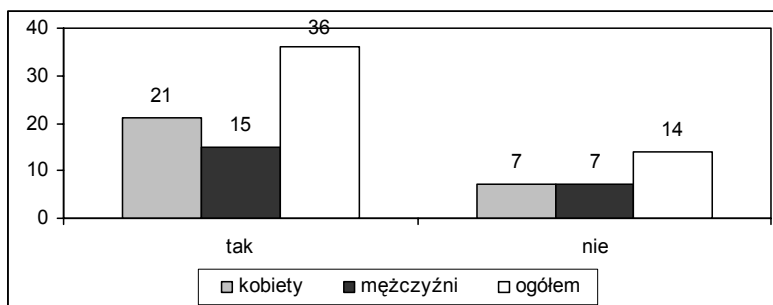
26% ankietowanych przyznaje, że choruje na cukrzycę; 74% badanych nie ma rozpoznanej cukrzycy.

Jaka jest Pani/Pana waga ciała?



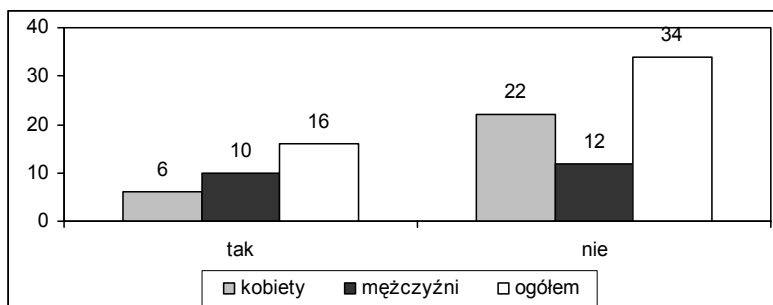
Największą grupę badanych, aż 52% stanowią osoby z nadwagą, 30% z nich to kobiety a 22% mężczyźni. 34% ankietowanych ma nadwagę; waga 14% osób mieści się w granicach normy.

Czy kontroluje Pan/Pani poziom cholesterolu?



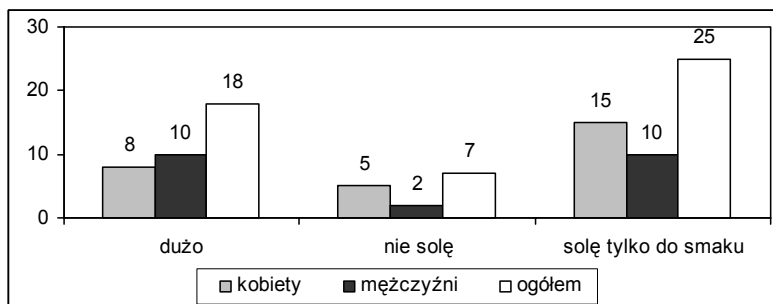
Większość ankietowanych – 72% - kontroluje poziom cholesterolu; 14% kobiet i 14% mężczyzn nie wykonuje kontrolnych badań krwi na poziom cholesterolu.

Czy pali Pan/Pani papierosy?



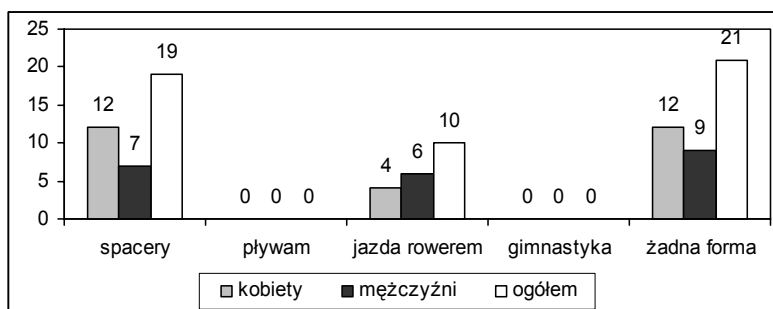
Wśród ankietowanych osób 12% kobiet i 20% mężczyzn pali papierosy; 64% badanych nie pali papierosów.

Ile soli używa Pan/Pani do przygotowania potraw?



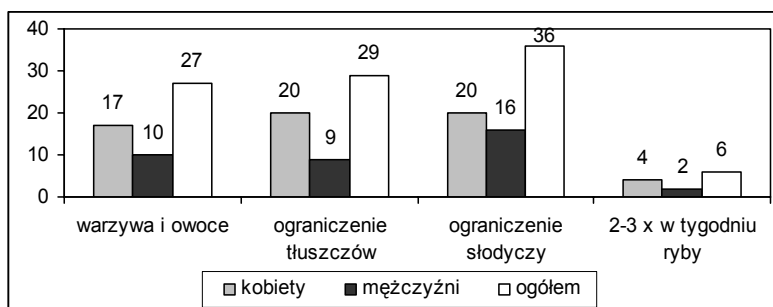
50% badanych soli tylko do smaku, ale aż 26% ankietowanych używa dużo soli; 14% ankietowanych nie dosala potraw.

Jaki rodzaj aktywności fizycznej Pan/Pani podejmuje?



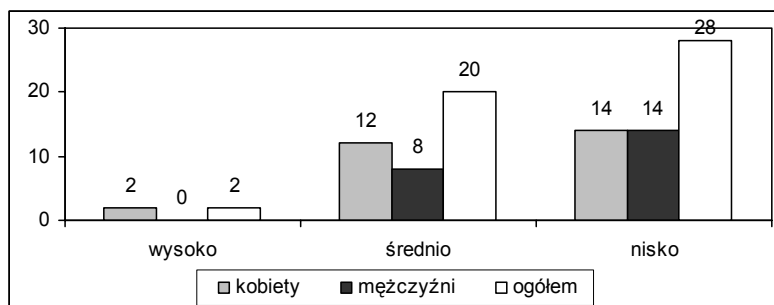
42% badanych osób nie podejmuje żadnej formy aktywności fizycznej; 24% kobiet i 14% mężczyzn kilka razy w tygodniu chodzi na spacer; 20% ankietowanych jeździ na rowerze. Żaden ankietowany nie pływa i nie gimnastkuje się.

Jak wygląda Pana/Pani dieta?



54% badanych spożywa dużą ilość owoców i warzyw; 48% ogranicza w diecie tłuszc. 72% ankietowanych ogranicza spożycie słodczy i ciast, tylko 12% badanych umieszcza w swoim jadłospisie ryby.

Jak ocenia Pan/Pani swoją wiedzę na temat choroby?



28% osób ocenia stan swojej wiedzy jako niski, 40% ankietowanych jako średni, tylko 2 osoby uważają, że stan ich wiedzy na temat choroby jest wysoki.

Wnioski

Stan wiedzy pacjentów z nadciśnieniem tętniczym jest niewystarczający. Z przeprowadzonej ankiety wynika, że zasób wiadomości na temat choroby zależy w dużej mierze od płci, wieku ankietowanych, wykształcenia, sytuacji ekonomicznej i czasu trwania choroby. Korzystniej w badaniach wypadły kobiety. Ich wiedza na temat nadciśnienia tętniczego jest rozleglejsza.

W grupie chorych powyżej 65 roku życia, wiedza na temat nadciśnienia jest niewielka. Osoby te często nie mierzą ciśnienia tętniczego, ponieważ z różnych przyczyn nie są w stanie opanować techniki pomiaru (ubytki wzroku, słuchu), a na zakup aparatu automatycznego nie posiadają środków finansowych.

Niewystarczający poziom wiedzy ujawnił się w zakresie przyjmowania leków, wizyt u lekarza, diety, znajomości prawidłowych wartości ciśnienia. 26% ankietowanych samodzielnie modyfikuje sposób leczenia i przyjmuje leki hipotensyjne tylko jak ma wysokie ciśnienie lub jak się źle czuje. Aż 30% badanych chodzi nieregularnie na kontrolne wizyty lekarskie. Większość chorych nie zna prawidłowych wartości ciśnienia tętniczego (głównie osoby powyżej 65. roku życia) i nie przestrzega zasad prawidłowego pomiaru ciśnienia.

Zatrważająca większość ankietowanych osób cierpi na nadwagę bądź otyłość. Niejednokrotnie ich dieta zawiera dużo tłuszczów, węglowodanów, a małą ilość owoców i warzyw. 26% badanych lubi słone potrawy. Aktywność fizyczna chorych ogranicza się w większości przypadków jedynie do spacerów.

Na podstawie ankiety możemy stwierdzić, że konieczne jest wzmocnienie działalności edukacyjnej wśród chorych na nadciśnienie tętnicze. Rola edukacyjna pielęgniarki wobec tych osób polega na:

- zachęcaniu i wsparciu chorych w przeprowadzaniu domowych pomiarów ciśnienia krwi, które pozwolą na wykrycie jego zwyżek i ocenę skuteczności zapisywanych leków;

- nauce prawidłowej techniki i zasad obowiązujących przy wykonywaniu pomiaru. Jeżeli pacjent z określonych przyczyn nie jest w stanie sam mierzyć ciśnienia, możemy nauczyć tego rodzinę bądź bliskie mu osoby;
- udzielaniu wskazówek dotyczących modyfikacji stylu życia w zakresie: diety, zwiększenia aktywności fizycznej, zmniejszenia masy ciała i utrzymania wagi ciała na właściwym poziomie, ograniczenia sodu w diecie, zaprzestania palenia tytoniu;
- uświadomienie chorym, że zmiana stylu życia istotnie obniży wartości ciśnienia i może zapobiec rozwojowi choroby u osób, które mają do niej genetycznie uwarunkowane skłonności;
- poinstruowaniu o konieczności systematycznego mierzenia ciśnienia, zapisywania jego wyników, wykonywania badań kontrolnych i wizyt u lekarza;
- poinformowaniu, jak ważne jest codzienne przyjmowanie leków hipotensyjnych oraz o szkodliwości samodzielnego modyfikowania leczenia;
- uświadomieniu, że konsekwencją niedostatecznej kontroli nadciśnienia tętniczego są powikłania narządowe w postaci chorób serca, nerek, udary mózgu.

Przeprowadzona wśród chorych na nadciśnienie ankieta ukazała niedostateczny stan wiedzy na temat choroby. Dowodzi, że istnieje uzasadniona potrzeba zwiększonych oddziaływań edukacyjno-zdrowotnych. Głównym celem edukacji jest w tym wypadku uzyskanie lepszej kontroli ciśnienia tętniczego oraz zmniejszenie ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych.

Dorota Alina Pitek

Zadania pielęgniarki w profilaktyce przewlekłej obturacyjnej choroby płuc

(Promotor: mgr piel. Małgorzata Modl)

„Nie tylko życie człowieka jest uwarunkowane oddychaniem; oddychanie jest również warunkiem prawidłowości jego przyzwyczajzeń, jego długowieczności i braku chorób. Rozumna kontrola siły oddychania może przedłużyć nasze dni na ziemi, może powiększyć siłę życiową i odporność”.

Rama-Czaraki

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) stanowi jeden z najpoważniejszych problemów zdrowia publicznego. Zajmuje czołowe miejsce wśród chorób układu oddechowego. Dane epidemiologiczne wskazują, że w 1990 r. choroba stanowiła szóstą z kolei przyczynę zgonów i przewiduje się, że do 2020 r. przesunie się na trzecie miejsce po chorobie niedokrwiennej serca i chorobach naczyń mózgowych. Zgodnie z badaniami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), POChP jest jedyną wśród dziesięciu głównych chorób, której rola wciąż wzrasta w zakresie występowania, jak i umieralności. Na POChP choruje co dziesiąty Polak po 30 r. ż. Szczególnie niebezpieczny jest fakt, że choroba ta przez wiele lat rozwija się bez uciążliwych objawów, a duszność na ogół pojawia się późno, gdy połowa płuc uległa nieodwracalnemu uszkodzeniu.

Wielu pracowników ochrony zdrowia podchodzi dość niechętnie do problematyki zwalczania POChP wiedząc, że główną przyczyną jest palenie tytoniu i zdając sobie sprawę z trudności w zakresie zapobiegania i leczenia. Na POChP według corocznego raportu WHO cierpi około 600 mln. ludzi. W Polsce choruje przeszło 2 mln. osób. Wzrasta hospitalizacja pacjentów, liczba rent inwalidzkich, koszty leczenia i umieralność.

Chorzy ci bardzo łatwo poddają się tej chorobie, nie wiedząc, że poprzez wiedzę, wcześniejsze działanie i/lub nawet obecne mogą dużo sobie pomóc z udziałem kwalifikowanego personelu (pielęgniarka, rehabilitant, lekarz, psycholog).

Dobra profilaktyka i edukacja są kierunkiem do zdobycia i umocnienia wiedzy oraz świadomej odpowiedzialności za stan własnego zdrowia. Aby taki cel osiągnąć kluczową rolę powinna pełnić pielęgniarka posiadająca w tej materii profesjonalne przygotowanie i wiedzę.

Czynności profilaktyczne i edukacyjne

Edukacja polega na zapoznaniu z chorobą zarówno samego chorego, jak i jego rodziny. Powinni oni poznać czynniki wywołujące i pogarszające przebieg choroby (głównym czynnikiem jest palenie tytoniu) oraz zdać sobie sprawę z ograniczeń możliwości życiowych wynikających z zaburzonej czynności płuc. Konieczne jest również przekazanie sposobów radzenia sobie z chorobą. Niezbędne jest uświadomienie konieczności systematycznego i prawidłowego stosowania leków. Ścisła współpraca lekarza z chorym i znajomość oczekiwań pacjenta pozwala ustalić realistyczne cele i model postępowania, dzięki czemu łatwiej jest mu zaakceptować chorobę. Takie postępowanie poprawia stosowanie się do zaleceń lekarskich oraz zmniejsza uczucia lęku i stresu.

Równocześnie na tym samym poziomie powinna być prowadzona profilaktyka, tak aby całościowo uchwycić problem choroby i uzyskać znaczące efekty. Czynności profilaktyczno-edukacyjne powinny obejmować wszystkie grupy osób, które są i mogą być narażone na działanie niekorzystnych czynników. Stąd też dużą rolę nakłada się na pielęgniarki pracujące w zamkniętych placówkach ochrony zdrowia, jak również w otwartych, tj. pielęgniarki szkolne i środowiskowe. Formą tych działań powinny być pogadanki, materiały edukacyjne, foldery, konkursy. Oddziaływanie profilaktyczno-edukacyjne powinno wzbudzać zainteresowanie zdrowiem, kształtować postawy odpowiedzialności za stan własnego zdrowia, przekonywać, że zdrowie jest wartością, uczyć jak zachować i doskonalić zdrowie. Ponadto ważne jest przygotowanie człowieka do postępowania sprzyjającego zapobieganiu i ograniczeniu ryzyka wystąpienia choroby, prowadzenia umiejętnej samoobserwacji, właściwego postępowania w sytuacji występowania objawów niepokojących i uświadamiania o konieczności zgłaszania się po poradę i pomoc ze strony profesjonalistów.

Celem czynności profilaktyczno-edukacyjnych jest:

- ograniczenie zachorowalności i umieralności,
- upowszechnienie wiedzy o chorobie, czynnikach jej ryzyka oraz zdrowotnych i społecznych skutkach choroby,
- rozpowszechnianie wiedzy antytytoniowej i leczenie nałogu,
- kształtowanie postaw zdrowego stylu życia (higiena, ruch, odżywianie, odpoczynek),
- wdrażanie kompleksowych badań diagnostycznych,
- zmniejszenie liczby hospitalizacji z powodu późno wykrytej POChP,
- obniżenie kosztów leczenia,
- ograniczenie inwalidztwa,
- poprawa jakości życia.

Zasady zapobiegania POChP

W zapobieganiu chorobie najistotniejsze znaczenie ma profilaktyka techniczna i medyczna, do której należy:

- stworzenie maksymalnie bezpiecznych warunków pracy: hermetyzacja procesów produkcyjnych, wentylacja miejscowego i ogólnego stanowiska pracy, zastępowanie substancji toksycznych mniej toksycznymi, stosowanie odzieży ochronnej (maski),
- badania wstępne i okresowe,
- czynne poradnictwo obejmujące opieką osoby chore nadal zatrudnione,
- właściwa organizacja wypoczynku i wolnego czasu pracy,
- leczenie infekcji bakteryjnych, wirusowych.

Co jest istotne w profilaktyce POChP?

Działania profilaktyczne w POChP, podobnie jak w innych chorobach, polegają na zapobieganiu powstania choroby (profilaktyka pierwotna), a u osób z objawami choroby – na zatrzymaniu jej postępu (profilaktyka wtórna).

Ponieważ palenie tytoniu jest głównym czynnikiem etiologicznym POChP oraz wpływa na niekorzystny przebieg choroby, głównym działaniem profilaktycznym jest ograniczenie palenia tytoniu. Zaprzestanie palenia tytoniu przez osoby z szybkim spadkiem FEV1, które już w wieku średnim mają zmniejszone rezerwy wentylacyjne płuc poniżej normy dla tego wieku powoduje zwolnienie tempa spadku FEV1 do obserwowanego u osób niepalących. Takie postępowanie zapobiega powstaniu znaczącej obturacji oskrzeli. Zaprzestanie palenia przez osoby z zaawansowaną POChP nie powoduje już odwrócenia zaburzeń wentylacji, jednak nawet w tym okresie choroby przedłuża życie. Ponieważ większość osób palących samodzielnie rzuca nałóg, bardzo ważne są szerokie oddziaływania społeczne mające na celu zapobieganie rozpoczęciu palenia przez dzieci i młodzież oraz motywujące palaczy do zaprzestania palenia.

Drugim co do częstości czynnikiem ryzyka POChP jest narażenie na zanieczyszczenia pyłowe i gazowe, najczęściej w miejscu pracy, ale również w otoczeniu. Są one przyczyną od kilku do kilkunastu procent przypadków POChP. Działania profilaktyczne powinny zmniejszyć lub wyeliminować to zagrożenie: przez oświatę bezpieczeństwa, higieny pracy oraz ekologiczną, przez poprawę technologii produkcyjnych, wprowadzenie indywidualnych środków ochronnych i rotacji na stanowiskach pracy w szkodliwych warunkach, a w przypadkach koniecznych odsunięcie od takiej pracy. Bardzo istotne są również działania ograniczające ilość spalin w miastach oraz zmniejszenie emisji pyłów i gazów z zakładów przemysłowych. Udowodniono, że takie działania są skuteczne w ograniczeniu śmiertelności chorych na POChP związanej z obecnością „smogu”. Ponieważ częste infekcje układu oddechowego znacznie pogarszają stan chorych na POChP, zalecenia postępowania w tej chorobie wskazują na konieczność stosowania zapobiegawczo szczepienia przeciwko grypie.

Takie zalecenie wynika z częstej etiologii wirusowej zakażenia drzewa oskrzelowego, które poprzedza zakażenie bakteryjne u chorych na POChP. Wykazano, że szczepienie przeciwko grypie zmniejsza śmiertelność starszych osób z powodu tej choroby o 70%.

Z tego względu u chorych na POChP, zwłaszcza w grupach o umiarkowanie i znacznie zaawansowanej obturacji oskrzeli, powinno się stosować takie szczepienie każdego roku. Ponieważ częstym czynnikiem etiologicznym zakażenia bakteryjnego i zaostrzenia zapalenia oskrzeli oraz zapalenia płuc u chorych na POChP jest *Streptococcus pneumoniae*, w wielu krajach stosuje się również poliwalentną szczepionkę pneumokokową zawierającą polisacharydy najbardziej wirulentnych serotypów. Ponieważ nie przeprowadzono jeszcze badań nad jej skutecznością w POChP, w wielu krajach takiej szczepionki się nie stosuje.

Dotychczasowe próby rozwiązania problemu POChP realizowano w Polsce w latach 2000/2002 poprzez program profilaktyczny „Poznaj wiek swoich płuc”. Przeprowadzono również masowe badania spirometryczne wraz z działaniami antynikotynowymi w 1998 r. Program profilaktyki POChP ma obecnie charakter ogólnopolski i każdy oddział NFZ musi znaleźć środki na ich realizację, natomiast Ministerstwo Zdrowia zobowiązane jest do monitorowania realizacji programu na każdym etapie, a do zadań samorządu terytorialnego powinno należeć promowanie programu w społeczności lokalnej. Głównym założeniem programu profilaktycznego jest zapobieganie POChP i jej wczesne wykrywanie. Kierowane jest to do osób w wieku 40-65 lat, które palą bądź w przeszłości paliły, a które nie korzystały z badań przesiewowych w ciągu minionych 36 miesięcy. Korzystać mogą także osoby, które nigdy nie paliły, ale mają objawy typowe dla POChP. Placówki podstawowej opieki zdrowotnej powinny standardowo wykonywać badanie spirometryczne i fizykalne u osób z grup ryzyka zachorowania na POChP.

Jakość życia

U chorych na POChP rutynowo stosowanym i skutecznym leczeniem jest przyjmowanie leków rozszerzających oskrzela oraz prowadzenie ćwiczeń mięśni oddechowych zwiększających siłę i wytrzymałość. Zważywszy na przebieg choroby, nie jest to równoznaczne z poprawą ogólnego samopoczucia chorego i jego funkcjonowania. Uważa się, że ostatecznym celem działań profilaktyczno-edukacyjnych i leczniczych jest zachowanie lub przywrócenie zdrowia.

Stąd powstało pojęcie zależnej od zdrowia jakości życia, czyli wpływu choroby na fizyczne, umysłowe i społeczne funkcjonowanie osoby dotkniętej chorobą. Badając zależność jakości życia od zdrowia ocenia się pięć głównych stref życia:

- zdrowie fizyczne,
- zdrowie umysłowe,
- funkcjonowanie w społeczeństwie,
- życie codzienne,
- własne poczucie zdrowia.

Jakość życia u chorych na POChP jest znacznie obniżona z uwagi na zmniejszenie sprawności fizycznej i stopnia samodzielności, większe niż nasilenie objawów obturacji oskrzeli. Na pewno jest to uwarunkowane lękiem i znaczną niewiedzą o chorobie. Przejawem poprawy jakości życia jako dobrostanu jest lepsze panowanie nad chorobą i stanem

emocjonalnym, mniejsza duszność, zmęczenie i dobrze dobrany program rehabilitacji realizowany nie tylko w szpitalu, ale również w domu. Jednym z istotnych aspektów jakości życia w POChP jest częstość zaostrzeń choroby powodujących hospitalizację chorego.

W procesie edukacyjnym dla pielęgniarki wyznacznikiem poprawiającym jakość życia chorego na POChP będzie kształtowanie postawy chorego w stosunku do własnego zdrowia poprzez przekazywanie wiedzy o zdrowiu i chorobie, kształtowaniu umiejętności, sprawności, nawyków służących utrwaleniu i doskonaleniu zdrowia oraz dobrego samopoczucia. Do działań tych będzie także zaliczać się rozwijanie pozytywnego zainteresowania chorobą, kształtowanie postawy umożliwiającej profilaktykę, pielęgnowanie i leczenie oraz uczenie unikania czynników ryzyka.

Pielęgniarka prowadząc program edukacyjny poprawiający jakość życia, powinna również działać na polu wychowawczym, aby pobudzić chorego do aktywności i refleksji, dzięki czemu osiąga on zdolność do samopoznania, samorozwoju i samowychowania.

Oceniając działania chorego w kierunku poprawy jakości życia, pielęgniarka powinna uwzględnić, na ile chory wykazuje samodzielność w radzeniu sobie z podstawowymi czynnościami życiowymi, objawami choroby, czy stan psychiczny i emocjonalny pozwala w pełni cieszyć się życiem. Poprzez wywiad, rozmowę powinna ustalić, jaki stosunek ma chory do otoczenia i odwrotnie, czy rozwija się społecznie i czuje się potrzebny, oraz czy wyraża inne potrzeby, z którymi nie może sobie poradzić.

Ciągłe oddziaływanie edukacyjno-wychowawcze, w celu poprawy jakości życia chorego, powinno przebiegać niezależnie od stopnia zaawansowania choroby. Ważnym elementem w tym procesie jest zaangażowanie do czynnego udziału innych osób, głównie rodziny, osób bliskich pacjentowi i ich stosowne przygotowanie. Szczególnie ważne jest przekonanie opiekunów, że mają pomagać w samopielęgnacji, a nie wyłączać i zastępować podopiecznych we wszystkich działaniach i podejmowaniu decyzji. Istotne jest również stałe motywowanie opiekunów do pomagania, wspierania w trudnych sytuacjach, przekonanie o konieczności korzystania z pomocy innych ludzi, szczególnie w momentach zniechęcenia, bezradności, wyczerpania. Ważnym zakresem przygotowania jest kształtowanie umiejętności radzenia sobie z doznawanymi, niejednokrotnie ambiwalentnymi odczuciami (np. złości, rozpacz, bezradności, lęku). Prowadzenie skutecznej pracy wychowawczej i dydaktycznej w stosunku do pacjenta i jego opiekunów, przy uwzględnieniu wszystkich zmiennych, wymaga od pielęgniarki stałego pogłębiania wiedzy i umiejętności pedagogicznych.

Alicja Pic

Opinie pielęgniarek na temat transplantacji

(Promotor: dr nauk med. Piotr Żukrowski)

Cel i założenia pracy

Przeszczepianie narządów jest metodą leczenia bardzo wrażliwą w odbiorze społecznym. Tym różni się ono od innych nowych technologii, że potrzebny jest szczególny lek – narząd, którego nie można kupić ani wyprodukować. Narząd, który musi pochodzić z organizmu innego człowieka.

Transplantacja, powiedziałabym, jest jak barykada. Nigdy nie wiemy, po której znajdziemy się stronie. Raz po stronie, która dzięki naszej świadomej decyzji oddania po własnej śmierci organów do przeszczepu – może podarować nowe życie kilku osobom. Innym razem po stronie przeciwnej, po której przychodzi nam czekać na czyjś dar życia dla nas. Większość ludzi akceptuje w razie konieczności przyjęcie przeszczepu, ale znacznie mniej osób świadomie wyraża zgodę na wykorzystanie swoich narządów lub narządów swoich bliskich po śmierci.

Praca jest próbą zestawienia i omówienia zagadnień teoretycznych, dotyczących transplantacji, a następnie zbadania opinii pielęgniarek na temat przeszczepiania narządów. Zasadniczym impulsem do zajęcia się problematyką podjętą w pracy była chęć poszerzenia wiedzy dotyczącej problemu, z którym spotykam się w praktyce zawodowej. W czasie rozwiązywania problemów badawczych skupiłam się na analizie, syntezie i wnioskowaniu dostępnej literatury przedmiotu, czasopism medycznych, aktów normatywnych oraz szeregu stron internetowych.

Teren badań i charakterystyka badanej populacji

Terenem badań jest Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy. W celu przedstawienia charakterystyki badanej populacji – pielęgniarek studiujących w przedstawionej uczelni, wyłoniłam najważniejsze dane.

Z analizy otrzymanego materiału badawczego wynika, że stanowczą większość badanych, 43 osoby jest w wieku 36-45 lata, 31 osób to kobiety w wieku 26-35 lat, 1 osoba zalicza się do przedziału 46-55 lat, natomiast poniżej 25 i powyżej 56 roku życia nie ma żadnej osoby. Świadczy to o tym, iż na studia pomostowe trafiają kobiety, które pracują

w zawodzie co najmniej od ośmiu lat, większość natomiast już powyżej siedemnastu lat. Zatem jest to reprezentatywna grupa osób, która praktykując w różnych placówkach medycznych powinna mieć ugruntowany pogląd na temat transplantacji.

Zbrane dane wskazują, że zdecydowana większość kobiet jest z wykształceniem średnim, których jest 66. Zaledwie, co ósma pielęgniarka jest z wykształceniem wyższym. Powyższa sytuacja może sugerować, iż tylko 12% pielęgniarek podjęło się studiowania na innym kierunku z myślą o zmianie zawodu. Zdecydowały jednak ponowić studia licencjackie i kształcić się w zawodzie pielęgniarki.

Analiza zestawień liczbowych pod względem miejsca zamieszkania badanych wykazuje, iż większość respondentów mieszka w mieście wielkości od 50 tys. do 100 tys. mieszkańców, jest ich 28 (37,33%). Co czwarty respondent mieszka na wsi i miejscowościach powyżej 100 tys. mieszkańców (po 22,70%). Co szósty zaś z ankietowanych mieszka w miejscowościach z liczbą mieszkańców do 50 tys. (17,33%).

Analiza zebranych materiałów wskazuje, iż ponad dwie trzecie kobiet, bo aż 53, jest wierząca i praktykująca (70,66%). Co czwarta kobieta nie praktykuje mimo iż jest wierząca (26,66%), zaś tylko dwie respondentki są niewierzące (2,66%).

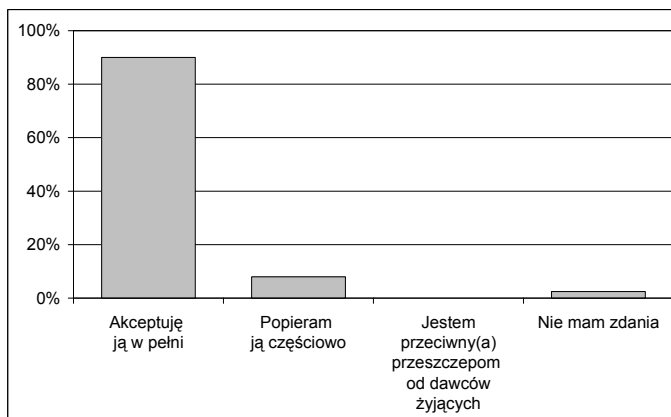
Analiza i interpretacja wyników oraz wnioski z badań

Świadczenia pielęgniarskie należą do najbardziej elementarnych i podstawowych usług zdrowotnych, głównie z powodu ich zakresu i dostępności. Pielęgniarki są w stanie zagwarantować opiekę i edukację zdrowotną społeczeństwa w sposób profesjonalny. Niejednokrotnie właśnie pielęgniarki zadawane jest pytanie – co robić? Czy na pewno doszło już do zgonu i czy lekarze nie zamierzają pobrać narządów z żyjącego jeszcze człowieka? Przecież serce brata, ojca czy matki jeszcze bije!

Mimo postępu cywilizacyjnego i powszechnej akceptacji transplantacji, wiele środowisk wciąż nie uznaje tej metody leczenia, choć wybór między życiem a śmiercią nie powinien budzić żadnych wątpliwości. Społeczna świadomość tego, czym naprawdę są przeszczepy, jest bardzo niska. Jednym z poważnych problemów, z jakimi borykają się lekarze, jest właśnie brak zgody rodzin zmarłych na pobranie narządów do przeszczepiania. A przecież osoby obdarowane nowym narządem mogą prowadzić normalne życie, są wdzięczne za otrzymany Dar i tym bardziej starają się być pozytywne.

W celu uzyskania odpowiedzi na pytanie, jakie są opinie pielęgniarek na temat transplantacji, wzięłam pod uwagę zarówno bezpośrednie wypowiedzi koleżanek na ten temat, jak również opinie respondentów o ich subiektywnych odczuciach w razie konieczności podjęcia decyzji oddania samemu lub zgody na pobranie zmarłej bliskiej osobie narządu (wykres 5).

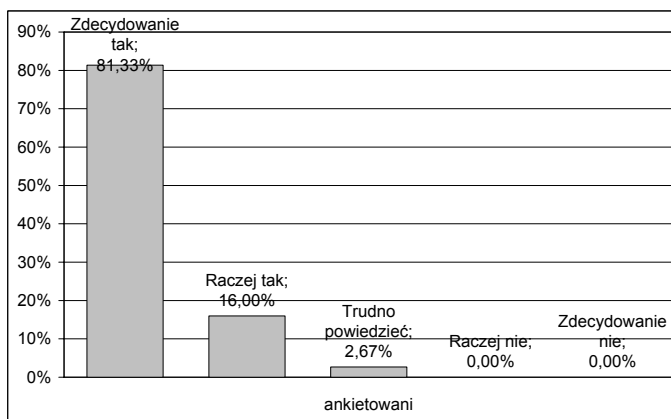
Wykres 5. Pogląd na przeszczepy narządów od dawców żywych spokrewnionych jako jednej z metod leczenia



Średni personel medyczny przedstawia zdecydowaną akceptację dla pobierania narządów od osoby zdrowej. Jest to zrozumiałe biorąc pod uwagę fakt, że dawca sam podejmuje decyzję o tym, że chce komuś ofiarować swój narząd, a tym kimś z reguły jest osoba bliska. Co dziewiąta pielęgniarka częściowo popiera pobieranie narządów od osób żywych, a tylko minimalny odsetek z nich nie ma zdania. Najwyraźniej dłuższy staż pracy w zawodzie pielęgniarskim sprzyja jednoznacznie pozytywnym postawom wobec pobierania i przeszczepiania narządu od osoby żywej.

Niemniej odpowiedzi te będą służyły, między innymi, analizy kolejnych danych empirycznych. Zaczę od przedstawienia, jak badani rozpatrują oddanie za życia nerki komuś bliskiemu.

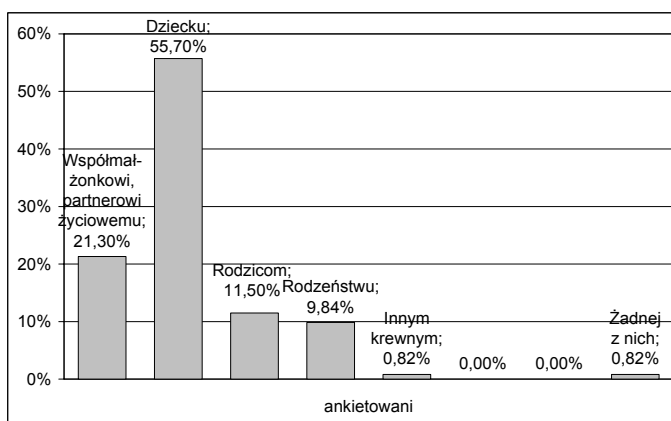
Wykres 6. Czy Pana(i) zdaniem oddanie za życia własnej nerki komuś bliskiemu jest słuszną decyzją?



Badanie jednoznacznie wskazuje, iż większość respondentów, bo aż 81% podpisuje się pod zdecydowaną akceptacją dla pobierania nerki od osoby zdrowej. Co szósta osoba nie ma takiej pewności, ale odpowiada pozytywnie. Dwie osoby nie podejmują decyzji odpowiadając neutralnie, iż nie mają zdania. Również w tym przypadku dłuższy staż pracy w zawodzie pielęgniarzkim sprzyja jednoznacznie pozytywnym postawom wobec pobierania i przeszczepiania tego narządu.

Szukając odpowiedzi na pytanie, co faktycznie respondenci myślą o oddawaniu narządu przez osobę zdrową najbliższej rodzinie, starałam się odnaleźć poprzez wypowiedzi samych pielęgniarek na temat tego, komu oddałyby swoją nerkę. Wyniki okazują się bardzo ciekawe (wykres 7).

Wykres 7. Komu z niżej wymienionych osób oddał(a) by Pan(i) swoją nerkę wiedząc, że z jedną nerką można normalnie funkcjonować? (proszę wybrać maksymalnie dwie odpowiedzi)

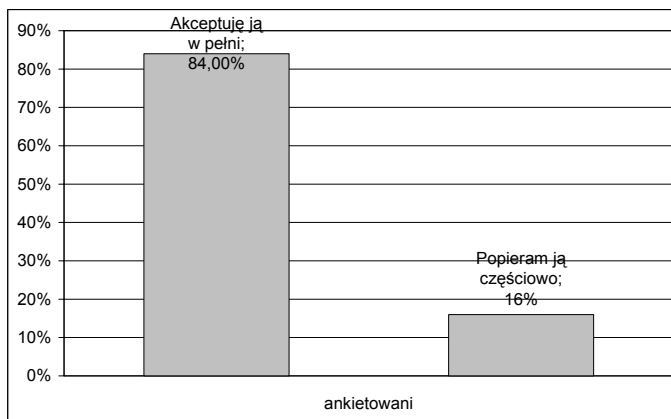


Przedstawione dane wskazują, że trzy czwarte respondentów oddałoby nerkę własnemu dziecku. Na drugim miejscu stawiany jest partner życiowy, któremu swój narząd oddałaby co piąta osoba. W dalszej kolejności są rodzice i rodzeństwo, którym swoją nerkę oddałby co dziewiąty respondent. Wynika z tego, iż, co zrozumiałe, na pierwszym planie są dzieci, ale już na drugim nie rodzice, którzy wydawać by się mogli bliżsi niż małżonek, który wybierany jest w drugiej kolejności.

Badanie to wykazało również, że jest też osoba, która zadeklarowała, iż nie oddałaby nikomu własnej nerki. Osoba ta nie mająca zdania co do transplantacji w poprzednich pytaniach tutaj jednoznacznie określiła swoją postawę co do oddania własnego narządu za życia.

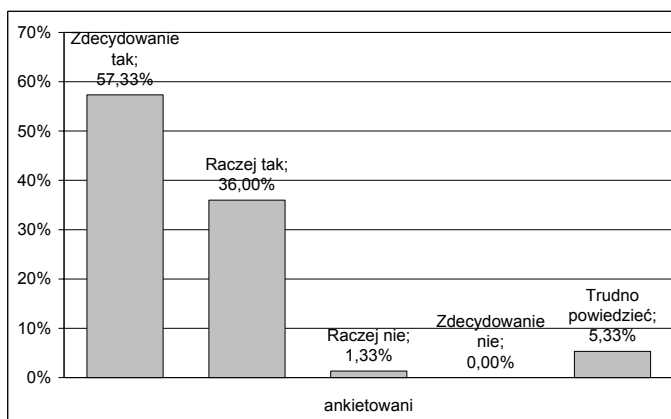
Kolejne pytania w kwestionariuszu pomogły mi zbadać opinie pielęgniarek na temat pobierania narządów od dawców, u których stwierdzono śmierć mózgu (wykres 8).

Wykres 8. Jaki jest Pana(i) pogląd na przeszczep narządów od dawców, u których stwierdzono śmierć mózgu?



Przedstawione dane wskazują, że zdecydowana większość respondentów w pełni akceptuje pobranie narządów od dawców, u których stwierdzono śmierć mózgu. Co szósta osoba zaś popiera ją częściowo. Dlaczego częściowo? Odpowiedź na to pytanie może dać kolejny opracowany wykres ankiety (wykres 9).

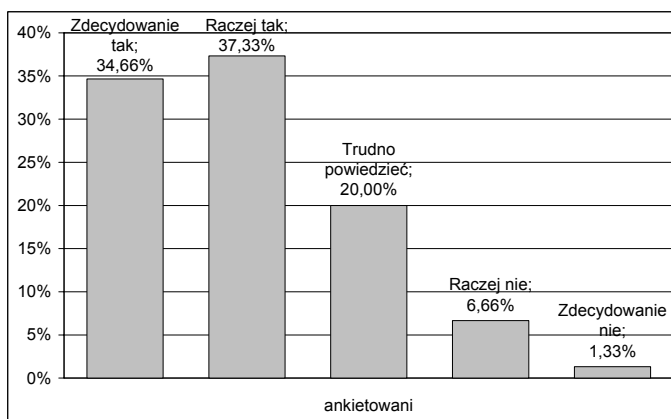
Wykres 9. Czy zgodziłaby się Pan(i) na pobranie narządu od członka rodziny w przypadku śmierci mózgu?



Trzy czwarte respondentów zdecydowanie zgodziłoby się na pobranie narządu od członka rodziny w przypadku śmierci mózgu. Co trzeci ma na ten temat w miarę pozytywny pogląd. Okazuje się jednak, że są osoby nastawione negatywnie do oddania narządu najbliższej rodziny, a także co osiemnasta waha się z odpowiedzią.

W celu zbadania dogłębnie tego problemu, w kolejnym pytaniu ankietowym zapytałam czy tak naprawdę zgodna na oddanie narządów od najbliższego członka rodziny po śmierci mózgu dotyczyłaby każdego bez względu na wiek i stopień pokrewieństwa. Wyniki okazały się nieco odmienne od wyników otrzymanych w odpowiedzi na poprzednie pytanie (wykres 10).

Wykres 10. Jeżeli zgodziłaby się Pani na pobranie narządów od najbliższego członka rodziny w przypadku śmierci mózgu to dotyczyłoby to wszystkich bez względu na wiek i stopień pokrewieństwa?

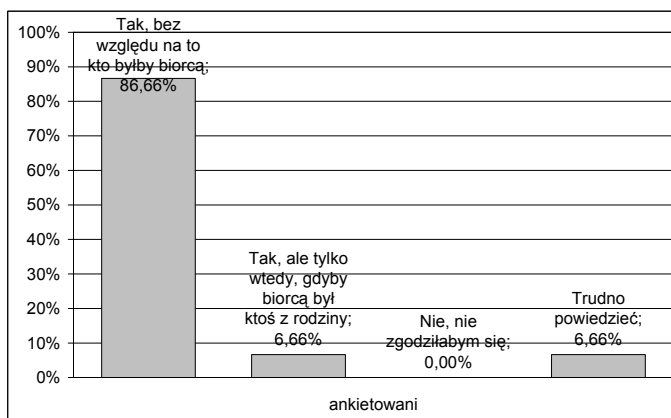


Dwadzieścia sześć osób jest zdecydowana na pobranie narządów od każdego, bez względu na wiek i pokrewieństwo. Co trzecia osoba odpowiada pozytywnie na to pytanie, ale już nie tak zdecydowanie jak poprzednio. Zdania nie ma 20% respondentów. Co piętnasta osoba stwierdza, iż stopień pokrewieństwa ma znaczenie na udzielenie zgody na pobranie narządów, jedna zaś jest o tym przekonana w 100%.

Następne pytanie w ankiecie miało ścisły związek z przedstawianym powyżej. Respondenci mieli za zadanie wpisać od kogo zdecydowanie nie pozwoliliby pobrać narządów. Okazało się, iż co siódma osoba nie pozwoliłaby oddać narządu własnego dziecka.

Kontynuując rozważania na temat pobierania narządu od zmarłego zapytałam respondentów o taką zgodę gdyby chodziło o ich ciało po śmierci (wykres 11).

Wykres 11. Czy zgodził(a)by się Pan(i), aby po Pana(i) śmierci pobrano od Pana(i) jakiś narząd w celu przeszczepienia?



Zdecydowana większość respondentów odpowiedziała, iż godzi się na pobranie własnych narządów bez względu na to, kto byłby biorcą. Co piętnasta osoba stwierdza, iż zgadza się, ale tylko wówczas, gdy biorcą byłby ktoś z rodziny. Co piętnasta również nie ma

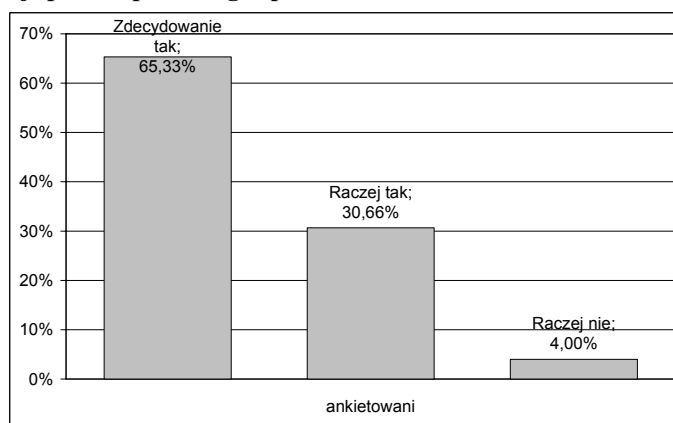
na ten temat zdania, co świadczyć może o wzroście sceptycyzmu albo niepewności, czy transplantacje są właściwym rozwiązaniem.

Podsumowując odpowiedzi dotyczące czterech ostatnich pytań w sprawie pobierania narządów po śmierci mózgu oraz przeprowadzonym wywiadzie z badanymi, okazuje się, że łatwo akceptujemy pobranie i transplantację narządów, gdy ratuje ona życie nasze lub naszych bliskich. Niebywale trudniej akceptuje się odwrotną sytuację, gdy to nasi bliscy mają być dawcami. Można próbować wyjaśniać tę postawę tradycją i obyczajowością bardzo mocno zakorzenionymi w naszym społeczeństwie – szacunkiem dla ciała po śmierci, nienaruszalnością zwłok, ceremonią pogrzebową. Innym powodem jest brak przekonania, czy na pewno doszło już do zgonu i czy lekarze nie zamierzają pobrać narządów z żyjącego jeszcze człowieka. Śmierć pnia mózgu jest równoznaczna ze śmiercią człowieka jako całości, a więc tzw. śmiercią osobniczą. Pograżonej w smutku rodzinie trudno jest zrozumieć, iż sztucznie podtrzymywana czynność narządów (oddychanie, krążenie krwi) nie jest objawem życia, a przecież możliwości medycyny obejmują mechaniczne podtrzymywanie wentylacji ciała i ciśnienia tętniczego, mimo nieodwracalnego ustania funkcji mózgu. W świadomości wielu ludzi ciągle jeszcze śmierć definiowana jest jako ustanie pracy serca, postrzeganego jako główny narząd ciała. Trudno jest zdroworozsądkowo uznać, że leżąca przed nami ukochana osoba jest martwa, skoro jej serce bije, klatka piersiowa poruszana oddechem unosi się do góry, a ciało jest ciepłe i różowe. Z całą pewnością mieści się to w sferze emocjonalnej, a nie racjonalnej.

Cieszy fakt, iż pielęgniarki w przeważającej większości oddałyby własne narządy. Trzeba jednak pamiętać, że odpowiedzi ankietowanych mogą mieć charakter deklaracyjny, w pewnym stopniu odbiegający od rzeczywistych postaw.

Kolejne pytania ankietowe dotyczyły opinii pielęgniarek na temat zgody rodziny na pobranie narządów z ciała zmarłego. Zgody tej nie przewiduje obowiązująca ustawa transplantacyjna, albowiem rodzina nie jest dysponentem ciała zmarłego. Co na ankietowani? (wykres 12).

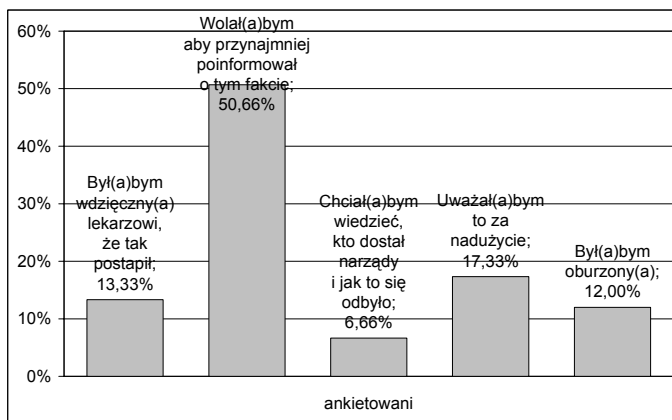
Wykres 12. Czy Pana(i) zdaniem, lekarze powinni rozmawiać z rodziną zmarłego na temat możliwości pobrania jego narządów, pomimo, że polskie prawo pozwala na pobranie narządów od każdej osoby zmarłej, która za życia nie wyraziła w tej sprawie pisemnego sprzeciwu?



Okazuje się, iż dwie trzecie pielęgniarek zdecydowanie potwierdza fakt potrzeby rozmowy z rodziną na temat możliwości pobrania narządu zmarłego. Co trzecia osoba nie jest już tak pewna twierdzącej odpowiedzi, ale jest podobnego zdania. Tylko 4% badanych twierdzi, że raczej nie powinno się rozmawiać z rodziną.

Kontynuując rozważania, zapytałam respondentów jakie byłyby ich odczucia, gdyby dowiedziały się o fakcie pobrania narządów od bliskiej osoby bez ich wcześniejszej aprobaty lub wiedzy na ten temat. Odpowiedzi są bardzo interesujące (wykres 13).

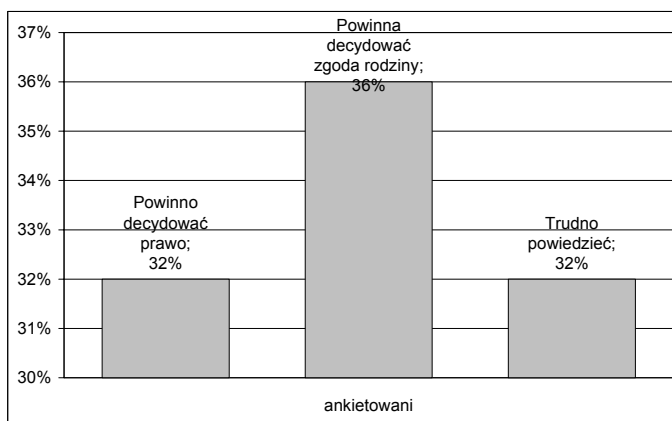
Wykres 13. Rodziny zmarłego nie poinformowano o fakcie pobrania narządów z ciała zmarłego. Gdyby taka sytuacja dotyczyła osoby Pan(i) bliskiej to:



Z analizy otrzymanego materiału badawczego wynika, że tylko co siódma pielęgniarka stwierdziła, iż byłaby wdzięczna lekarzowi, że tak postąpił. Co druga zaś chciałaby być o tym fakcie poinformowana, a niemal 7% respondentów chciałoby wiedzieć kto otrzyma narządy bliskiej osoby. Ciekawe jest to, iż co szósta osoba uważałaby to za nadużycie, a co ósma byłaby tym faktem naprawdę oburzona.

Kolejny wykres przedstawia opinie respondentów na temat tego, co w konsekwencji powinno decydować o pobraniu narządów od osoby zmarłej – prawo czy zgoda rodziny.

Wykres 14. Czy, Pana(i) zdaniem, o pobraniu narządów od osoby zmarłej ostatecznie powinno decydować prawo, czy zgoda rodziny?



Jeśli spojrzymy na wyniki z innej nieco strony, to okazuje się, że w grupie osób przekonanych, że lekarze powinni rozmawiać z rodziną zmarłego na temat możliwości pobrania narządów, a przecież odpowiadających na to pytanie pozytywnie było w sumie 90%, zaledwie co trzecia osoba deklaruje, iż o pobraniu narządów od osoby zmarłej ostatecznie powinna decydować właśnie rodzina. Tę grupę charakteryzuje pewna niekonsekwencja, bowiem prawie jedna trzecia z nich stwierdza, że o takim pobraniu narządów powinno decydować prawo. 32% respondentów nie potrafi podjąć decyzji w tej sprawie. Dlaczego tak właśnie jest?

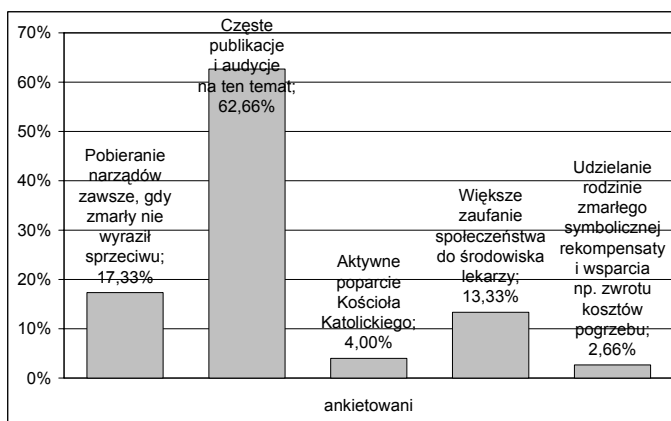
Trudno jednoznacznie odpowiedzieć na to pytanie. Angażowanie rodziny w wyrażanie zgody na pobranie narządów do przeszczepu jest nieuzasadnione prawnie, co wynika z zapisu ustawy, ale i etycznie, gdyż obarcza ono sumienia najbliższych w dysponowaniu nieznaną jej wolą innego człowieka. Sama śmierć bliskiej osoby, która stawia członków rodziny w sytuacji dużego stresu emocjonalnego, nie jest dobrym momentem dla podejmowania takich decyzji.

Możliwość pobrania narządów bez pytania o zgodę rodziny miała dać zespołom transplantacyjnym poczucie bezpieczeństwa tym bardziej, że przepisy ustawy nie przewidywały również obowiązku informowania rodziny o pobraniu tkanek i narządów. Nieco inna jest natomiast rzeczywistość społeczna. Względy etyczne i obyczajowe rodzą potrzebę poinformowania rodziny o zamiarze pobrania narządów w celu transplantacji, co jest czynione przez lekarzy. W razie kategorycznego sprzeciwu zgłoszonego przez rodzinę, lekarze nie postępują wbrew woli najbliższych i rezygnują z pobierania narządów.

Niekonsekwencja w powyższych odpowiedziach respondentów może wynikać również z tego, iż dwie trzecie z nich jest osobami, jak wskazują wyniki badania, wierzącymi i praktykującymi, a prawo kościelne nie uznaje zgody domniemanej. Stanowisko etyki chrześcijańskiej w kwestii transplantacji organów jest zdecydowanie pozytywne. Przeszczepianie narządów jest metodą leczenia, a leczenie pacjenta jest zawsze czymś bezsprzecznie dobrym. Jako sposób ratowania zdrowia a nawet życia chorego, w przypadku braku innych na to metod, nie spotyka się ze sprzeciwem moralnym. Ideę transplantacji od samego początku popierał Jan Paweł II. Niemniej, co jest ważne, etycy chrześcijańscy kładą nacisk na potrzebę świadomego wyrażenia zgody, gdyż tylko wtedy przeszczep może być postrzegany jako dar, uczyniona z siebie ofiara. Kościół katolicki domaga się zgody wprost, wyrażonej świadomie za życia bądź też akceptacji dla pobrania organów udzielonej przez przedstawiciela ustawowego. Przyjmując za etyczną podstawę szacunek dla autonomii i prawo do samostanowienia istoty ludzkiej, istnieje konieczność uzyskania świadomej zgody na darowanie organów, co właśnie jest sprzeczne z zasadą zgody domniemanej.

W kolejnym pytaniu ankietowym otrzymałam odpowiedzi, co zdaniem respondentów mogłoby zwiększyć ilości narządów do transplantacji (wykres 15).

Wykres 15. Liczba pobieranych narządów od osób zmarłych nie wystarcza na pokrycie potrzeb osób chorych, oczekujących na przeszczep. Co Pana(i) zdaniem najskuteczniej mogłoby poprawić tę sytuację?



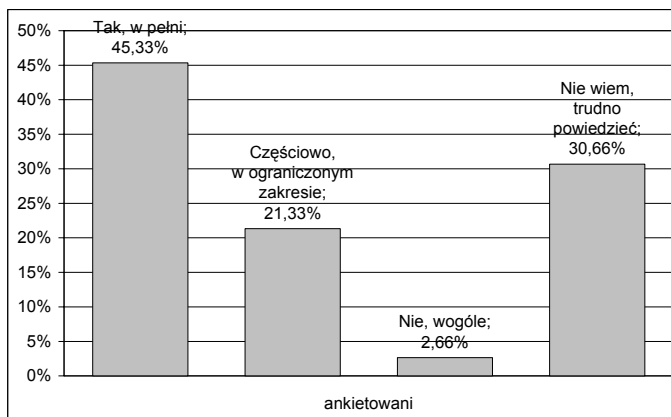
Wśród możliwych rozwiązań sprzyjających zwiększeniu ilości dostępnych do transplantacji narządów, prawie dwie trzecie pielęgniarek wysuwa postulat szeroko zakrojonej akcji uświadamiającej społeczeństwu wagę tego problemu i przybliżającej sprawy związane z przeszczepami poprzez częste publikacje i audycje na ten temat.

Co szósta pielęgniarka wskazuje na konieczność pobierania narządów zawsze, gdy zmarły za życia nie zgłosił sprzeciwu. Co siódma zauważa konieczność zwiększenia zaufania społeczeństwa do środowiska lekarzy. Aktywne poparcie idei transplantacji przez Kościół Katolicki wskazuje 4% pielęgniarek. Część badanych jest zdania, że pozytywną rolę mogłoby odegrać wprowadzenie finansowych rekompensat dla rodziny zmarłego.

Faktycznie media mogą wywierać ogromny wpływ na odbiór społeczny przeszczepiania narządów, zarówno pozytywny, jak i negatywny. Przez wiele lat większość czasopism, programów radiowych i telewizyjnych służyło nieocenioną pomocą środowisku medycznemu i pacjentom w rozpowszechnianiu tego najwyższej szlachetności gestu człowieka, jakim jest bezinteresowne zaoferowanie części samego siebie. Szereg tygodników publikuje wywiady z osobami po przeszczepieniu narządu, które cieszą się normalnym życiem zawodowym i rodzinnym. Wydaje się, że taki właśnie sposób najlepiej trafia do świadomości człowieka i sprzyja zwiększeniu ilości dostępnych do transplantacji narządów.

Ostatnim zadaniem pytaniem w ankiecie było sprawdzenie, w jakim stopniu pielęgniarki darzą zaufaniem ośrodki medyczne zajmujące się transplantacją (wykres 16).

Wykres 16. Czy ma Pan(i) zaufanie w stosunku do ośrodków medycznych zajmujących się transplantacją narządów?



Niemal połowa badanych pielęgniarek w pełni darzy zaufaniem ośrodki medyczne zajmujące się transplantacją narządów, co piąta zaś w ograniczonym zakresie. Zdania na ten temat nie ma co trzecia respondentka. Znikoma ilość pielęgniarek w ogóle nie ufa takim ośrodkom medycznym.

Wyniki te wskazują, iż personel medyczny ufa ośrodkom, które zajmują się transplantacją, pomimo nagonki medialnej na takie placówki w roku 2007.

Zakończenie

Podsumowując przeprowadzone przeze mnie badania dotyczące tematu pracy należy stwierdzić, że personel medyczny, jakim są pielęgniarki, zdecydowanie akceptuje pobieranie narządów zarówno od osób żywych jak i zmarłych w celu ratowania życia drugiego człowieka. Pielęgniarki uważają również, że kluczową rolę w zachęcaniu ludzi do oddawania swoich organów odgrywają publikacje i audycje na ten temat. Świadczy to o tym, że środki masowego przekazu wykazują zbyt małe zaangażowanie w promowaniu takiego sposobu leczenia, co może powodować, że ludzie zbyt mało wiedzą na ten temat.

Do ratowania życia tym, dla których przeszczep jest jedyną szansą niezbędna jest dobra wola i świadomość, źródłem których jest rzetelna i uczciwa debata społeczna.

Anoreksja – problem dojrzewających dziewcząt

(Promotor: doc. dr nauk med. Jarosław Czeszejko-Sochacki)

Termin *anorexia* wywodzi się z języka greckiego i powstał z połączenia słów: an (pozbawienie, brak) oraz orexis (apetyt) i jest ogólnym określeniem na brak łaknienia lub awersję do pokarmów. Termin medyczny *anorexia nervosa* pojawił się w literaturze medycznej około sto lat temu, ale niektóre z symptomów tej choroby opisywano już od wieków.

Na początku XX wieku pojawił się pogląd, że anoreksja jest poważnym schorzeniem o podłożu psychologicznym, nierzadko bardzo trudnym do leczenia. W latach czterdziestego naszego stulecia psychoanalicy tłumaczyli ją podświadomymi fantazjami i wstrętem do życia seksualnego. Od lat siedemdziesiątych coraz większy nacisk kładzie się na środowisko rodzinne jako podstawowe źródło schorzenia.

Przyczyna tej choroby nie jest znana. Najczęściej choroba jest stwierdzana u dziewcząt i młodych kobiet, szczególnie w wieku pomiędzy 13 a 14 rokiem życia oraz pomiędzy 17 a 18 r. ż., z częstością do 1% w całej populacji. U chłopców i mężczyzn anoreksja pojawia się około 10-20 razy rzadziej. Jest ona jedną z nowych chorób cywilizacyjnych. Spośród innych chorób wyróżnia ją szybko postępujące wyniszczenie organizmu, które pozostawia często nieodwracalne zmiany. Anoreksja podobnie jak bulimia rozpoznawana jest przez psychiatrów w kategoriach diagnostycznych DSM-IV jako choroba psychiczna. Według Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego istnieją cztery kryteria kwalifikujące do anoreksji (DSM-IV z 1994 r.):

1. Utrata lub brak przybierania na wadze w okresie wzrostu.
2. Silny lęk przed zwiększeniem wagi: dziewczyna je coraz mniej, ćwiczy godzinami, stale ogląda się w lustrze, codziennie staje na wadze. Czasem jedzenie rekompensuje sobie czytaniem książek kucharskich, dużo gotuje, ale dla innych.
3. Zakłócony wizerunek własnego ciała: nawet skrajnie wychudzona anorektyczka widzi się i czuje gruba. Próba zwrócenia jej uwagi wywołuje agresję.
4. Brak kilku kolejnych miesięcy.

Badania własne nad anoreksją na przykładzie Szkoły gimnazjalnej

Badania dotyczące zagrożenia anoreksją wśród dorastających dziewcząt przeprowadziłam w Gimnazjum nr 1 w Jeleniej Górze. Badaniami objęłam 30 dziewcząt z klas I-III, w wieku 13-16 lat. Przed przystąpieniem do badania ankietowego przeprowadziłam wywiad z wychowawcami klas, do których uczęszczają badane osoby. Z uzyskanych informacji wynika, że dziewczęta w większości pochodzą ze środowiska miejskiego, a najwięcej

z nich mieszka w Jeleniej Górze. Osoby te nie sprawiają problemów wychowawczych, chętnie biorą udział w życiu szkoły, a wyniki w nauce nie budzą żadnych zastrzeżeń.

Przyczyną wyboru do badań osób wyłącznie płci żeńskiej jest fakt, iż to właśnie ta grupa jest najbardziej narażona na problemy wynikające z przesadnej troski o swój wygląd. To właśnie dziewczęta chorują na anoreksję.

Hipoteza główna: Istnieje duże zagrożenie anoreksją wśród badanych dziewcząt, a na powstanie choroby mają wpływ głównie media i tendencje kulturowe.

Hipotezy szczegółowe:

1. Młode dziewczęta nie akceptują swojego wyglądu.
2. Stosują różnego rodzaju diety oraz inne sposoby do osiągnięcia idealnej figury.
3. Media wymuszają na dorastających dziewczętach zabieganie o szczupłą sylwetkę.

Wyniki przeprowadzonej ankiety i jej analiza

Tabela 1. Wzrost i waga badanych dziewcząt

Wiek	13	14	15	16	
wzrost [cm]	163-170	157-176	165-179	169-175	
waga [kg]	44-53	44-59	44-80	60-72	Razem
ogółem dziewcząt	4	6	18	2	30

Tabela 2. Liczba przyjaciół wśród badanych osób

4. pytanie	Wiek				Liczba odpowiedzi
	13	14	15	16	
a) tak, jednego	0	0	1	0	1
b) tak, wielu	2	3	6	1	12
c) tak, kilku	2	2	11	1	16
d) nie, nie mam	0	1	0	0	1
Razem	4	6	18	2	30

Wśród badanych 54% posiada kilku przyjaciół, 40% wielu, 3% ma jednego, 3% nie posiada żadnego.

Tabela 3. W jaki sposób spędzasz wolny czas?

5. pytanie	Wiek				Liczba odpowiedzi
	13	14	15	16	
a) uprawiam sport	2	3	5	2	12
b) spotykam się z przyjaciółmi	2	0	7	0	9
c) siedzę sama w domu	0	1	3	0	4
d) inne	0	2	3	0	5
Razem	4	6	18	2	30

Większa grupa badanych dziewcząt w wolnym czasie uprawia sport (40%), 30% spotyka się z przyjaciółmi, 17% ma inne zainteresowania, 13% siedzi sama w domu.

Tabela 4. Czy reklama TV/tygodniki zawsze oferuje wzorce zachowania

6. pytanie	Lata				Liczba odpowiedzi
	13	14	15	16	
<i>a) tak, zawsze</i>	0	0	14	0	14
<i>b) tak czasami</i>	4	2	1	1	8
<i>c) nie, nigdy</i>	0	4	3	1	8
<i>Razem</i>	4	6	18	2	30

Większość badanych (46%) uważa, że media mają wpływ na wzorce zachowania, 27% jest zdania, że czasami, 27% twierdzi, że media nie mają wpływu na wzorce zachowania

Tabela 5. Jak często kontrolujesz swoją wagę?

7. pytanie	Wiek				Liczba odpowiedzi
	13	14	15	16	
<i>a)codziennie</i>	1	0	1	1	3
<i>b) kilka razy w miesiącu</i>	3	1	4	0	8
<i>c) okazjonalnie</i>	0	3	6	1	10
<i>d) nie kontroluję wagi</i>	0	2	7	0	9
<i>Razem</i>	4	6	18	2	30

Młode dziewczęta swoją wagę kontrolują okazjonalnie 33%, 30% nie kontroluje, 27% kilka razy w miesiącu, a 10% codziennie.

Tabela 6. Jakie produkty znajdują się w Twoim codziennym menu?

8. pytanie	Wiek				Liczba odpowiedzi
	13	14	15	16	
<i>a) owoce, warzywa, jogurty itp.</i>	3	4	8	2	17
<i>b) biały chleb, mięso, słodczyce itp.</i>	1	2	10	0	13
<i>Razem</i>	4	6	18	2	30

Z analizy tabeli wynika, że dziewczęta preferują w swoim codziennym wyżywieniu owoce, warzywa, jogurty itp. (57%), natomiast 43% preferuje biały chleb, słodczyce, mięso itp.

Tabela 7. Czy stosujesz lub stosowałaś jakąś dietę?

9. pytanie	Wiek				Liczba odpowiedzi
	13	14	15	16	
<i>a) tak</i>	0	1	14	1	16
<i>b) nie</i>	4	5	4	1	14
<i>Razem</i>	4	6	18	2	30

Większa część (53%) odpowiedziała, że stosuje lub stosowała jakąś dietę, 47% nie stosowało i nie stosuje diety.

Tabela 8. Co zmieniłybyś w swoim wyglądzie?

10. pytanie	Wiek				Liczba odpowiedzi
	13	14	15	16	
<i>a) figurę</i>	0	1	10	1	12
<i>b) włosy, oczy, usta lub nos</i>	2	3	3	0	8
<i>c) wzrost</i>	1	0	3	0	4
<i>d) inne</i>	1	2	2	1	6
<i>Razem</i>	4	6	18	2	30

Według ankietowanych dziewcząt 40% zmieniłyby w swoim wyglądzie figurę, 27% zmieniłyby włosy, oczy, usta lub nos, 20% inne, 13% dziewcząt niezadowolona jest ze wzrostu.

Tabela 9. Który rozmiar ubrań chciałabyś nosić?

11. pytanie	Wiek				Liczba odpowiedzi
	13	14	15	16	
<i>a) XS (34)</i>	0	2	1	0	3
<i>b) S (36)</i>	2	3	6	1	12
<i>c) M (38)</i>	1	1	10	1	13
<i>d) L (40)</i>	1	0	1	0	2
<i>e) XL (42)</i>	0	0	0	0	0
<i>Razem</i>	4	6	18	2	30

Według respondentek 43% chciałaby nosić rozmiar M (38), 40% rozmiar S (36), 10% XS (34), 7% L (40).

Tabela 10. Czy często przychodzi Ci myśl: „Jeśli będę szczupła, moje życie zmieni się na lepsze”?

12. pytanie	Wiek				Liczba odpowiedzi
	13	14	15	16	
<i>a) tak</i>	0	2	16	1	19
<i>b) nie</i>	4	4	2	1	11
<i>Razem</i>	4	6	18	2	30

Aż 51% dziewcząt myśli, że szczupła sylwetka mogłaby zmienić ich życie na lepsze, 49% nie ma takich myśli.

Tabela 11. Nagły spadek wagi jest dla Ciebie powodem do:

13. pytanie	Wiek				Liczba odpowiedzi
	13	14	15	16	
<i>a) dumy i radości</i>	1	5	3	2	11
<i>b) niepokoju i obawy</i>	0	1	9	0	10
<i>c) konieczności zasięgnięcia fachowej porady</i>	3	0	6	0	9
<i>Razem</i>	4	6	18	2	30

Nastoletnie dziewczęta twierdzą, że nagły spadek wagi jest dla nich oznaką dumy i radości (37%), 33% uważa, że budzi niepokój i obawy, 30% twierdzi o konieczności zasięgnięcia fachowej porady.

Tabela 12. Czy często chorujesz lub masz dolegliwości?

14. pytanie	Wiek				Liczba odpowiedzi
	13	14	15	16	
<i>a) tak</i>	0	3	3	0	6
<i>b) nie</i>	4	3	15	2	24
<i>Razem</i>	4	6	18	2	30

Wśród ankietowanych aż 80% nie ma dolegliwości bólowych i rzadko choruje, 20% choruje i ma dolegliwości bólowe.

Tabela 13. Jeśli masz problem, to:

15. pytanie	Wiek				Liczba odpowiedzi
	13	14	15	16	
<i>a) koniecznie chcesz porozmawiać z kimś bliskim</i>	3	4	10	2	19
<i>b) zamykasz się w sobie</i>	0	2	2	0	4
<i>c) tracisz apetyt lub objadasz się</i>	0	0	3	0	3
<i>d) zajmujesz się czymś innym, aby o tym nie pamiętać</i>	1	0	3	0	4
<i>Razem</i>	4	6	18	2	30

Według przeprowadzonych badań 64% dziewcząt koniecznie chciałaby porozmawiać z kima bliskim kiedy ma problemy, 13% zamyka się w sobie, 13% zajmuje się czymś innym, aby o tym nie pamiętać, 10% traci apetyt lub objada się.

Tabela 14. Jeśli miałabyś problem z chorobliwym odchudzaniem, to:

16. pytanie	Wiek				Liczba odpowiedzi
	13	14	15	16	
<i>a) zgłosiłabyś się do psychologa na indywidualne spotkanie</i>	0	1	5	0	6
<i>b) zgłosiłabyś się do grupy zajęciowej z podobnymi problemami</i>	1	2	0	0	3
<i>c) powiedziałaś rodzicom</i>	3	3	11	0	17
<i>d) z nikim bym o tym nie rozmawiała</i>	0	0	2	2	4
<i>Razem</i>	4	6	18	2	30

Według ankietowanych, gdyby pojawił się problem z chorobliwym odchudzaniem, 57% powiedziałyby rodzicom, 20% zgłosiłaby się do psychologa na indywidualne spotkanie, 13% z nikim by o tym nie rozmawiała.

Wnioski i podsumowanie

Młodzież uczęszczająca do gimnazjum jest w tzw. wczesnej fazie dojrzewania. Dokonują się wówczas zasadnicze zmiany w wyglądzie, potrzebach, zainteresowaniach, sposobie widzenia i przeżywania świata. Dziewczeta dojrzewają wcześniej, co powoduje, że są w tym okresie niezadowolone z własnego wyglądu (wzrostu, wagi) i mają niską samoocенę. Trudności może potęgować sytuacja domowa oraz brak wsparcia ze strony rodziny. Pojawiają się różnego rodzaju destrukcyjne zachowania, między innymi uzależnienie od nikotyny, alkoholu, narkotyków, a także zaburzenia odżywiania.

Hipotezy szczegółowe, które zostały postawione, w wyniku badań zostały udowodnione.

Z przeprowadzonych badań wynika także, że badane dziewczeta są osobami, które łatwo nawiązują kontakty, posiadają duże grono przyjaciół. W wolnych chwilach wybierają wypoczynek aktywny, w postaci uprawiania sportu lub spotkań z przyjaciółmi. Media mają wpływ na ich wygląd zewnętrzny. Dziewczeta chcą być ładne i szczupłe, dlatego też kontrolują swoją wagę, stosują dietę. Poszukują doskonałych diet, wybierają pokarmy o niskiej zawartości kalorii i węglowodanów. Większość dziewcząt, mając problem z chorobliwym odchudzaniem, zwróciłyby się o pomoc do rodziców, ale są i takie, które nie poprosiłyby nikogo o pomoc.

Wiek respondentek to okres dojrzewania, w którym dziewczeta stoją przed trudnymi zadaniami. Muszą zaakceptować zmiany fizyczne i psychiczne, jakie zachodzą w ich organizmie. Gdy dorastają, hormony zaczynają uderzać im do głowy, na ogół bardzo chcą się podobać płci przeciwnej. Niestety, z reguły nie mają zielonego pojęcia o tym, co zrobić, aby zachwycić swoich rówieśników. Dziewczynki wpadają na niemądre pomysły, sprowadzające się do zasady „chcę być piękna”. W efekcie robią rzeczy szkodliwe dla swojego zdrowia.

Udział 30 dziewcząt w przeprowadzonych przeze mnie badaniach sondażowych pozwolił ustalić, czy młode dziewczeta odchudzały się bądź odchudzają, jaki jest ich stosunek do wagi i wyglądu własnego ciała oraz jaki wpływ na powstanie zaburzeń w obrazie własnego ciała mają media. Moje badania wykazały, że często dziewczeta przekraczają granice zdrowego rozsądku dotyczące ich wyglądu, wagi ciała i spożywanych pokarmów. Kult szczupłości jest przesadny, co grozi ogromnym wzrostem liczby anorektyczek na własne życzenie. W pogoni za idealnym wyglądem nastoletnie dziewczynki odchudzają się na wyścigi i wykazują niepokojącą obsesję na punkcie jedzenia.

Właściwie rozwinięty program profilaktyczny może zapobiec rozpowszechnianiu się choroby, w szczególności u dorastających dziewcząt. Profilaktyka powinna obejmować środowisko rodzinne i społeczne.

Artur Gawron

Promocja zdrowia i oświata zdrowotna na obszarze powiatu kłodzkiego

(Promotor: doc. dr nauk med. Jarosław Czeszejko-Sochacki)

Unijne programy na rzecz zdrowia dotyczą głównie profilaktyki, promocji zdrowego stylu życia i edukacji zdrowotnej całego społeczeństwa. Zadaniem wspólnoty jest współpraca z organizacjami międzynarodowymi w dziedzinie zdrowia publicznego. Wiodącymi tematami realizowanych programów jest poprawa efektywności naukowych badań medycznych i zdrowotnych w krajach członkowskich. Obejmują one następujące działania:

- badania genetyczne,
- zagadnienia etyki biomedycznej,
- badania w zakresie profilaktyki, leczenia i systemów opieki zdrowotnej,
- badania dotyczące zagrożeń zdrowotnych i chorób o poważnych skutkach społeczno-ekonomicznych (nowotwory, AIDS).

Październik 1993 roku to data publikacji raportu Komitetu Ochrony Środowiska, Zdrowia Publicznego oraz Obrony Interesów Konsumenta na temat Public Health after Maastricht. Po jego ukazaniu się Komisja Europejska ogłosiła autorski program noszący tytuł „Zakres działalności w dziedzinie zdrowia publicznego”. Paragraf 122 tego programu odzwierciedla wnioski ministrów zdrowia krajów Unii Europejskiej, określając między innymi następujące opracowania do wdrożenia w pierwszej kolejności:

- zwalczanie chorób nowotworowych, uzależnień lekowych i narkomanii,
- promocja zdrowia i edukacja zdrowotna,
- zwalczanie AIDS i innych chorób zakaźnych, szczepienia ochronne,
- zapobieganie chorobom związanym ze skażeniem środowiska.

Po uchwaleniu Traktatu z Maastricht polityka zdrowotna i społeczna stały się niezwykle istotne. Zauważono, iż pewne nawyki żywieniowe, nadmierne używanie niektórych substancji chemicznych, narkotyków, leków, palenie tytoniu oraz zanieczyszczenie środowiska mają bardzo niekorzystny wpływ na nasze zdrowie. Środowiska szkolne zostały uznane za najbardziej wartościowe pola do rozwijania zdrowego stylu życia w każdym wieku, prowadząc do redukcji zachorowań i wypadków. Za sprawy priorytetowe uznano walkę z chorobami nowotworowymi, AIDS, uzależnieniami lekowymi i chorobami zakaźnymi.

Zadaniem medycyny naprawczej jest leczenie chorych. Odpowiedzialność za swoje zdrowie ponosimy jednak sami. Jakże wymiernego znaczenia w tym miejscu nabiera znane powszechnie hasło: „Twoje zdrowie w Twoich rękach”. Zdrowie zatem jest wartością, którą możemy zachować, możemy również starać się odzyskać w przypadku utraty. Pomoc w realizacji obowiązku dbania o własne zdrowie mogą przynieść programy promocji zdrowia. Poprawa stanu zdrowia pojedynczych obywateli, w konsekwencji oznacza poprawę stanu zdrowia społeczeństwa, a to z kolei zwiększa szansę na rozwój gospodarczy, społeczny i kulturalny kraju.

W kręgu zainteresowania wszystkich badań odnoszących się do oświaty zdrowotnej czy wychowania zdrowotnego znajdują się tematy związane ze zdrowiem, jako wartością instrumentalną przychodzącą człowiekowi z pomocą w zdobywaniu wszechstronnego rozwoju osobowości, uwzględniając wymiar: psychiczny, fizyczny, społeczny, kulturowy i etyczny, który to odnosi się do szeroko rozumianej definicji zdrowia. Badania mające charakter teoretyczny dotyczą między innymi percepcji informacji i wiedzy o zdrowiu oraz określenia wskaźników skuteczności wychowania zdrowotnego. Priorytetem nadal są badania typu wdrożeniowego. W bieżącej problematyce badawczej wychowania zdrowotnego na pierwszy plan wysuwają się następujące zadania:

- poznanie rzeczywistości wychowawczej, stanu kultury zdrowotnej społeczeństwa, stopnia wiedzy o zdrowiu i potrzeb w zakresie edukacji zdrowotnej,
- badania postaw i zachowań w stosunku do zagadnień zdrowia,
- badania skuteczności działań wychowawczo-zdrowotnych i weryfikacja stosowanych metod, form i środków,
- formułowanie twierdzeń i wniosków sprzyjających tworzeniu nowych koncepcji i modeli wychowania zdrowotnego w różnych środowiskach.

Programy zdrowotne – metody i realizacja

Zadania z zakresu promocji zdrowia i oświaty zdrowotnej zapisane są w Ustawie o Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz w Uchwałach Rady i Parlamentu Europejskiego. Wynikają także z sytuacji epidemiologicznej regionu, warunków geofizycznych, ekonomicznych oraz procesów społecznych zachodzących w kraju i regionie. Pieczę nad działaniami zmierzającymi do zaznajomienia społeczeństwa z czynnikami ryzyka społecznego w środowisku, inicjując i wpływając na zdrowie ludzi przez propagowanie zasad zdrowego życia, działań prowadzących do zapobiegania chorobom zakaźnym, poprzez szkolenia, realizację programów i udzielanie wsparcia organizacyjnego, metodycznego i merytorycznego, poprzez przeprowadzane akcje i inne działania prozdrowotne, a także w wyniku prowadzenia monitoringu i oceny efektów prowadzonych programów zdrowotnych i promocji zdrowia – ma Sekcja Oświaty Zdrowotnej i Promocji Zdrowia Powiatowej Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej w Kłodzku. Z inicjatywy natomiast Głównego Inspektora Sanitarnego prowadzone są w całym kraju przez specjalistów oświaty zdrowotnej powiatowych stacji programy zdrowotne mające na celu ujednoczenie działań.

Na obszarze powiatu kłodzkiego w roku 2007 realizowane były programy mające na celu poprawę stanu zdrowia ogółu społeczeństwa. Działania te prowadzone będą także w roku 2008. Należały do nich między innymi:

„Radosny uśmiech, radosna przyszłość” – w swych założeniach program ten adresowany jest do uczniów drugich klas szkół podstawowych w ramach profilaktyki próchnicy i chorób przyzębia. Programem objęto 1009 uczniów z terenu powiatu kłodzkiego. Cieszył się on dużym zainteresowaniem zarówno dzieci jak i wychowawców klas. Uczniowie z zaangażowaniem uczestniczyli w zajęciach, ćwiczeniach, pokazach profilaktycznych i dyskusjach dydaktycznych. Realizatorzy programu oparli się głównie na metodach aktywizujących uczniów w zakresie prawidłowego szczotkowania zębów i używania pasty z fluorem. Z analizy przeprowadzonej oceny programu wynika, iż jest on pozytywnie odczytywany przez nauczycieli. W interesujący sposób dostarcza dzieciom wiedzy na temat higieny jamy ustnej i zachęca je do systematycznego dbania o zęby. Szczególnie wysoko oceniono materiały programowe przeznaczone dla uczniów i nauczycieli. W opinii pielęgniarek zajmujących się pracą w środowiskach szkolnych, włączających się w realizację programu, wzrasta świadomość uczniów w temacie dbałości o higienę jamy ustnej i, co jest równie ważne, rodziców, którzy częściej zgłaszają się z dziećmi do poradni stomatologicznych. Pomimo jednak podejmowanych działań uwzględnionych w założeniach tego programu, stan uzębienia dzieci z obszaru powiatu kłodzkiego w dalszym ciągu budzi wiele zastrzeżeń. W dalszym ciągu występuje próchnica i inne choroby przyzębia. Sytuacja taka wynika z braku powszechnego dostępu do lekarzy stomatologów. Najgorzej przedstawia się sytuacja w małych wsiach. Sukcesem tego programu jest zdobycie wiedzy i umiejętności prawidłowego szczotkowania zębów i utrzymania higieny jamy ustnej przez uczniów.

„Pierwotna Profilaktyka Wady Cewy Nerwowej” – to program skierowany do młodych kobiet w wieku 16-24 lata, którego głównym założeniem było upowszechnienie wiedzy na temat przyjmowania przez nie kwasu foliowego w celu zapobiegania wadom wrodzonym cewy nerwowej u noworodków. W czasie realizacji programu, osoby nim objęte dowiedziały się o potrzebie regularnego przyjmowania tego preparatu. W programie uczestniczyły 823 osoby. Z uwagi na ograniczone środki finansowe nie przeprowadzono ewaluacji, która pozwoliłaby określić, ile dziewcząt i młodych kobiet przyjmuje kwas foliowy. Z przeprowadzonych rozmów wynika jednak, iż 1/3 z nich deklaruje profilaktyczne jego przyjmowanie. Partnerzy programu zapewnili pomoce (plakaty, ulotki, broszury, fachowa literatura). Program powinien być kontynuowany ze względu na jego pozytywne skutki zdrowotne, społeczne i ekonomiczne. W Polsce z roku na rok coraz więcej dzieci rodzi się z wadami (bezmózgowie, wodogłowie, rozszczep kręgosłupa). Wskazana jest głównie edukacja zdrowotna i przekonanie o profilaktyce i jej skuteczności w tym zakresie.

„Profilaktyka wścieklizny” – w programie wzięło udział 1277 osób, jego adresatami oprócz dzieci i młodzieży byli leśnicy, myśliwi, przedstawiciele samorządu, pracownicy

zakładów przetwórstwa produktów pochodzenia zwierzęcego, pracownicy ochrony zdrowia.

„Profilaktyka nowotworowa – Różowa Wstążeczka” – to program, którym objęto uczniów i ich matki, a także nauczycieli szkół ponadgimnazjalnych. Został zainspirowany przez Kancelarię Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, a wspierał go między innymi Polski Komitet Zwalczenia Raka, Klub Kobiet po Mastektomii „Amazonki”, Polska Unia Onkologów. Głównym celem tego programu jest podniesienie poziomu wiedzy na temat roli samokontroli piersi w walce z rakiem. Częste występowanie raka piersi jest spowodowane nieodpowiednim stylem życia: zbyt mała aktywność fizyczna, nieodpowiednia dieta i związana z tym otyłość. Istotnym czynnikiem występowania tego typu nowotworów jest przekaz genetyczny (5-10%), bardziej narażone są kobiety, u których występował rak piersi u krewnych pierwszego stopnia (siostra, matka), szczególnie gdy zachorowanie wystąpiło w okresie przed pokwitaniem, a zwłaszcza, jeśli rak był obustronny. Innym czynnikiem zwiększającym niebezpieczeństwo zachorowania na raka piersi może być wczesny wiek pierwszej miesiączki, mała liczba urodzonych dzieci, późna menopauza. Działania profilaktyczne mają na celu doprowadzić do jak najwcześniejszego wykrycia i wdrożenia odpowiedniego leczenia, co w konsekwencji może prowadzić do wyleczenia. Elementami diagnozującymi zmiany w piersiach, są: samobadanie i samokontrola piersi, mammografia, USG. Regularne badanie piersi powinno być nawykiem, którego młoda dziewczyna uczy się od momentu wejścia w okres dojrzewania. W programie tym w roku 2007 uczestniczyło więcej osób niż w roku 2005-2006. Wszyscy są zdania, że program jest bardzo potrzebny i powinien być kontynuowany. Większość kobiet biorących udział w tym programie zadeklarowała swoją aktywność w samobadaniu piersi, co wskazywałoby na potrzebę kontynuacji poczynionych w tym względzie kroków.

„Profilaktyka zakażeń wirusem HIV” – do programu włączyły się szkoły podstawowe, gimnazja i szkoły ponadgimnazjalne oraz osoby dorosłe. Głównym celem było zwiększenie poziomu wiedzy wśród różnych grup społecznych w zakresie profilaktyki zakażeń wirusem HIV i innych chorób przenoszonych drogą płciową. Akcja rozpoczęła się w 2006 roku, uczestniczyło w niej 3126 osób. Kontynuowana jest również w roku 2007 (brak danych za 2008 rok). Edukacja prowadzona była przez pracowników oświaty zdrowotnej, pielęgniarki, nauczycieli. Uświadamianie społeczeństwa ukierunkowane jest na młodzież szkolną z uwzględnieniem kształcenia wybranych grup zawodowych, przede wszystkim pracowników ochrony zdrowia, strażników miejskich, policjantów, fryzjerów, kosmetyczki. Szkolenia dotyczą głównie zapobiegania zakażeniom HIV podczas wykonywania obowiązków służbowych. Na terenie całego kraju specjaliści oświaty zdrowotnej wspólnie z Krajowym Centrum ds. AIDS przeprowadzili kampanię społeczną pod hasłem „Nie daj szansy AIDS – zrób test na HIV”. Celem było przekazanie wiedzy na temat zapobiegania zakażeniom HIV i zachęcenie do wykonywania nieodpłatnych badań testowych w kierunku HIV, ukazanie wartości wierności partnerskiej oraz konieczności stosowania się do zasad bezpiecznego seksu. Na terenie Gimnazjum Nr 1 w Kłodzku zorganizowany został konkurs

wiedzy na temat HIV/AIDS mający na celu poszerzenie wiedzy młodzieży na temat zapobiegania zakażeniom HIV, chorób przenoszonych drogą płciową oraz kształtowanie postaw wobec ludzi żyjących z HIV i chorych na AIDS. W konkursie wzięło udział osiemnaście gimnazjów powiatu kłodzkiego. Bezpośredniego przygotowania uczniów do konkursu podjęło się czternastu nauczycieli i cztery pielęgniarki. Podkreślano potrzebę zachowania zdrowego stylu życia bez ryzykownych zachowań i w zgodzie z potrzebą miłości, przyjaźni i tolerancji, a także w poczuciu właściwie dokonanych wyborów dotyczących zdrowia. Należy mieć nadzieję, że w roku 2008 do podobnych działań uda się przekonać większą liczbę szkół gimnazjalnych na terenie powiatu.

„Profilaktyka chorób przenoszonych drogą pokarmową” – programem zostały objęte dzieci szkolne, przedszkolne i dzieci biorące udział w letnim wypoczynku kolonijnym w liczbie 1718. Bezpośrednimi realizatorami założeń programu były pielęgniarki medycyny szkolnej, nauczyciele i wychowawcy.

„Z wyboru nie z przypadku” – kolejny program, którego adresatami była młodzież szkół ponadgimnazjalnych w liczbie 1067 osób. Głównym celem było zwiększenie poziomu wiedzy z zakresu antykoncepcji i jej ewentualnych skutków.

„Stres pod kontrolą” – to program, którego zadaniem było ukazanie właściwych zachowań w sytuacji stresu. Do programu przystąpiły tylko niektóre szkoły ponadgimnazjalne. W akcji wzięło udział 1072 uczniów, których uwagę starano się zwrócić na pozytywne i negatywne skutki stresu, na sposób redukcji napięcia emocjonalnego. Program został oceniony przez uczniów i nauczycieli jako przydatny i interesujący.

„Światowy Dzień Zdrowia” – ogłoszony przez Światową Organizację Zdrowia i obchodzony 7 kwietnia. W roku 2007 dzień ten poświęcony był bezpieczeństwu na drogach jako „Pierwszy Światowy Tydzień Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego”. Grupę docelową stanowili uczniowie szkół podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych w liczbie 7765 osób. Koordynatorami programu byli pracownicy Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Kłodzku. Realizacji natomiast podjęli się dyrektorzy szkół, wychowawcy klas, nauczyciele biologii, wychowania fizycznego, techniki, przysposobienia obronnego, koordynatorzy promocji zdrowia, pielęgniarki medycyny szkolnej, rodzice, a także Policja i Straż Pożarna jako partnerzy główni programu. W ramach interwencji w trzech szkołach na terenie powiatu kłodzkiego zostały przeprowadzone konkursy wiedzy o ruchu drogowym z udziałem pracowników sekcji OZiPZ, przy współpracy Policji i Straży Pożarnej. Udzielono uczniom wskazówek dotyczących bezpiecznego zachowania się na drodze.

„Rzuć palenie razem z nami” oraz „Dzień bez papierosa” – Światowy Dzień bez Tytoniu obchodzony jest 31 maja. Towarzyszy mu hasło propagujące zdrowy styl życia „Każdy papieros niszczy Twoje Zdrowie”, prowadzi też do sformułowania tezy, iż „palenie papierosów zawsze i w każdej ilości prowadzi do uszkodzenia zdrowia”. Obchody „Dnia bez Papierosa” dają możliwość podjęcia społecznej akcji edukacyjnej informującej o na-

stępstwach używania tytoniu i zachęcającej do wyboru zdrowego, wolnego od dymu tytoniowego stylu życia. Wiedza na temat skutków palenia papierosów jest coraz głębsza i bardziej powszechna. Rośnie też liczba osób i organizacji przygotowanych do pomocy w rzucaniu palenia. Szczególną rolę w tej dziedzinie odgrywają pielęgniarki i lekarze. To oni powinni stanowić wzór postaw zdrowotnych dla innych. Obserwując ich stosunek do palenia tytoniu pacjenci oceniają wiarygodność przekazów na ten temat. Podstawowym elementem jest bezwzględne przestrzeganie zakazu palenia tytoniu na terenie placówek ochrony zdrowia, co reguluje ustawa o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. Ustawa zakazuje też sprzedaży, reklamy i promocji wyrobów tytoniowych w tych obiektach.

Celem Światowego Dnia bez Tytoniu jest: pokazywanie skrywanej prawdy o zabójczych właściwościach produktów tytoniowych, rzetelna informacja na temat konsekwencji palenia tytoniu, edukacja w zakresie wiedzy i świadomości skutków zdrowotnych wdychania dymu tytoniowego.

Cele szczegółowe to: podniesienie świadomości o konieczności ścisłych regulacji prawnych i ich wdrażania, upowszechnienie wiedzy dotyczącej różnych typów, nazw marek wyrobów tytoniowych np. „light”, a także smakowych, podniesienie wiedzy o produktach tytoniowych jednakowo zabójczych, choć w różnych postaciach np. papierosy, cygara, fajki.

Obchody Światowego Dnia bez Tytoniu, obchodzone w roku 2007 pod hasłem „Żyjemy w świecie wolnym od dymu tytoniowego” w powiecie kłodzkim dotyczyły szkół podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych, to jest 3685 uczniów. Realizatorami głównych założeń byli pracownicy Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Kłodzku, nauczyciele, wychowawcy klas i pielęgniarki medycyny szkolnej. W czasie trwania akcji do szkół przekazano 273 plakaty i 4230 ulotek, opracowano informację na stronę internetową, opracowano artykuły do trzech gazet regionalnych (Gazeta Noworudzka, Gazeta Prowincjonalna, Euroregion Glacensis). Z raportów uzyskanych z siedemnastu placówek wynika, iż młodzież przekonała się do proponowanych form przekazu i w sposób zdecydowany zadeklarowała chęć zerwania z nałogiem bądź utrzymania wysokiego poziomu świadomości zdrowotnej nie angażując się w uzależnienie.

„Bezpieczne wakacje” – grupą docelową są mieszkańcy powiatu kłodzkiego, dzieci i młodzież przebywająca na koloniach letnich, opiekunowie i wychowawcy, pracownicy biur podróży i placówek ochrony zdrowia. Na terenie powiatu kłodzkiego w roku 2007 wypoczywało 1925 osób w wieku od siedmiu do dwudziestu lat. Najwięcej placówek wypoczynku letniego na obszarze powiatu kłodzkiego znajduje się w okolicach Kudowy Zdroju, Polanicy Zdroju, Dusznik Zdroju, Łądką Zdroju, Szczytnej i Radkowa. Najczęstszymi formami wypoczynku są kolonie, obozy pod namiotami i obozy sportowe. Kontrolerzy placówek wypoczynku przypominali, że pora letnia to okres sprzyjający występowaniu zatruc pokarmowych i innych chorób, w tym także zakaźnych. Aby ich uniknąć, należy pamiętać o bezwzględnym myciu rąk po wyjściu z toalety, o myciu warzyw i owoców

przed spożyciem, piciu wody tylko zdatnej do picia, przechowywaniu surowców łatwo ulegających zepsuciu w temperaturze +4°C, a także o utrzymaniu podstawowych zasad higieny podczas przygotowywania posiłków. Ponadto zwracano uwagę na potrzebę zapewnienia bezpieczeństwa nie tylko w sytuacjach zagrożenia chorobą, ale i tych wynikających z bezpiecznego poruszania się po drodze, sposobu organizacji miejsca wypoczynku oraz narażenia na ugryzienia owadów.

W ciągu ostatnich dwóch lat odnotowano zwiększoną zachorowalność na infekcje górnych dróg oddechowych, w tym na grype. Zespół Opieki Zdrowotnej w Kłodzku podjął się w związku z tym realizacji „Programu szczepień przeciw grypie”. W domach dziecka, w nawiązaniu do tego hasła, zorganizowany został konkurs plastyczny „Zdążyć przed grypą”, mający na celu uświadomić przesłanie, iż szczepienie jest podstawową metodą profilaktyki w walce z tą chorobą i jej następstwami. Należy zauważyć, że każdego roku zwiększa się zainteresowanie szczepieniami zalecanymi.

„Programy wykrywania wczesnych stadiów nowotworowych” – walka z chorobami nowotworowymi stanowi także niezwykle ważny, o ile nie najważniejszy problem współczesnego świata. Placówką ochrony zdrowia pomagającą w realizacji związanych z powyższym zagadnieniem programów jest Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kłodzku, będący inicjatorem między innymi następujących programów:

- „Program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania nowotworów piersi” – przeznaczony dla kobiet w wieku 50-59 lat (bezpłatny, oferuje badanie mammograficzne),
- „Program badań przesiewowych wczesnego wykrywania nowotworów gruczołu krokowego” – obejmuje mężczyzn w wieku 50-69 lat,
- „Program profilaktyki raka szyjki macicy” – angażuje kobiety w wieku 30-39 lat,
- „Program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego” – obejmuje kobiety od 30 do 59 roku życia.

„Trzymaj Formę” – grupę docelową tego programu stanowiły dzieci z klas od czwartej do szóstej oraz uczniowie gimnazjów, ogółem 3227 osób. Realizatorami założeń programowych byli nauczyciele biologii, wychowania fizycznego, chemii i fizyki. Partnerami programowymi były natomiast Urzędy Miast i Gmin, Ośrodek Pomocy Społecznej w Kłodzku oraz Bank Żywności w Świdnicy. W ramach podsumowania I edycji programu w Publicznym Gimnazjum Nr 3 w Bożkowie zorganizowano imprezę, w ramach której dzieci przedstawiły inscenizację na temat znaczenia witamin w diecie. Przeprowadzono konkursy: konkurs na temat zdrowego odżywiania się, recytatorski, konkursy plastyczne i rozgrywki sportowe. W czasie trwania zabawy była możliwość degustacji zdrowej żywności przygotowanej przez młodzież. W ramach tego programu w okresie wiosna, jesień, zima 2007 zafunkcjonowała też akcja „Szkłanka mleka”, w której udział wzięło 2878 uczniów. Liczba ta nie zadowalała, pozwala jednak na sformułowanie lepszych metod dotarcia do większej rzeszy dzieci.

Zainteresowanie i zaangażowanie uczniów w realizację programu „Trzymaj Formę” sugeruje, iż istnieje ogromna potrzeba jego kontynuacji w celu dalszego kształtowania postaw prozdrowotnych i stałego podnoszenia wiedzy i świadomości młodzieży na temat aktywności fizycznej i zdrowego odżywiania. Przekonanie co do słuszności założeń programowych nakłada na koordynatorów obowiązek podjęcia działań w celu przedłużenia ram czasowych programu na rok następny.

Na rzecz zdrowia, opieki społecznej oraz wszechstronnej rehabilitacji osób niepełnosprawnych zaangażowała się także fundacja „Teraz Życie”. Szczególną uwagę przywiązuje do profilaktyki, zwłaszcza w środowisku dzieci i młodzieży, dlatego też zwróciła się z propozycją bezpłatnego przebadania uczniów kłódzkich szkół. Raport końcowy był zatrzważający. Zdecydowana większość uczniów ma wady postawy. Obserwacja była prowadzona metodą analizy wzrokowej poszczególnych elementów ciała oraz analizą zachowań w stanie dynamicznym. Interesowano się siłą, gibkością, umiejętnością zachowania równowagi. Prowadzącym badania zależało także na znalezieniu związków między aktywnością fizyczną dzieci, a rozwojem ich sylwetki i postawy. Stwierdzono, iż wszystkie ujawnione wady postawy ciała mają bezpośredni związek ze sposobem życia, brakiem ruchu, nieodpowiednim nadzorem ze strony rodziców i nauczycieli wychowania fizycznego.

Z inicjatywy Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, Instytutu Blend-a-med, Fundacji Promocji Zdrowia Jamy Ustnej w roku 2007 kontynuowany był „Program Badań Jamy Ustnej”. W badaniach uczestniczyły dzieci i młodzież kłódzkich szkół podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych. Wiedza dzieci poszerzyła się o sposoby zapobiegania próchnicy zębów.

W powiecie kłódzkim prowadzone są również, zakrojone na szeroką skalę, działania antynarkotykowe. „Narkotyki – co mogę zrobić”, to tytuł broszury wydrukowanej ze środków Starostwa Powiatowego w Kłodzku. Trafiły one do wszystkich szkół.

Narkomania stała się jednym z problemów bezpośrednio dotyczących dzieci i młodzieży. Z każdym rokiem zwiększa się liczba osób przyjmujących narkotyki. Wydana ulotka ma pomóc tym, którzy zetknęli się z narkotykami. Uwzględnione w niej zostały sygnały, świadczące o kontakcie dziecka z narkotykiem oraz na co należy zwracać szczególną uwagę obserwując zachowanie naszych pociech.

Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Kłodzku wspólnie z Komendą Powiatową Policji stały się patronami akcji „Żyj bezpiecznie”. Przedstawiciele tych instytucji zachęcali do odbywania częstych rozmów ze swoimi dziećmi na temat ich bezpieczeństwa oraz zagrożeń jakie ze sobą niesie cywilizacja (narkotyki, alkohol, papierosy, gangi, itp.). „Żyj bezpiecznie” to także indywidualny program edukacyjno-informacyjny Komendy Powiatowej Policji w Kłodzku, skierowany do wszystkich mieszkańców powiatu. Opracowany został na podstawie analiz przestępczości i zagrożeń oraz oczekiwań ludności, mający na celu ukazanie istniejących zagrożeń, a przede wszystkim pokazanie możliwych do zastosowania sposobów, form i metod służących unikaniu, zapobieganiu i minimalizowaniu ich negatywnych skutków. Policja prosiła o zachowanie szczególnej ostrożności na drogach, gdzie często dochodzi do zdarzeń ze skutkiem śmiertelnym, z winy nie tylko kie-

rowców, ale także innych uczestników ruchu, jakimi są piesi. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Kłodzku wydała broszurę, w której umieściła informacje o zaleceniach zdrowotnych na okres wakacji i nie tylko. Specjaliści z działu żywienia wymieniają przyczyny zakażeń bakteryjnych i wirusowych, nośniki zakażeń oraz podają sposób postępowania w celu uniknięcia zagrożeń chorobowych.

Realizacja programów w zakresie oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia wymaga wielostronnej i wielopłaszczyznowej współpracy różnych osób, instytucji i organizacji na terenie środowiska lokalnego. Sekcja Oświaty Zdrowotnej i Promocji Zdrowia spełnia wiodącą rolę w rozwiązywaniu problemów zdrowia publicznego w ramach powszechnej edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia we współpracy z innymi jednostkami organizacyjnymi powiatu, organizacjami pozarządowymi oraz społecznością lokalną. Należy podkreślić wagę udziału sponsorów w wielu elementach opracowanych programów zdrowotnych. Bez ich wkładu nie byłoby możliwe zorganizowanie większości z nich, gdyż środki finansowe na realizację zadań związanych z działalnością oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia, mimo ogromnego nacisku społecznego i międzynarodowego, są w dalszym ciągu nie wystarczające.

Oświata zdrowotna w Gimnazjum nr 1 i w Kłodzkiej Szkole Przedsiębiorczości

Przeprowadzona w miesiącu grudniu 2007 roku anonimowa ankieta, na wybranej grupie uczniów, pomogła mi na określenie poziomu wiedzy z zakresu promocji zdrowia i oświaty zdrowotnej na obszarze powiatu kłodzkiego. Do badań ankietowych wybrałem uczniów dwóch szkół – gimnazjalnej i ponadgimnazjalnej (dwie największe szkoły powiatu kłodzkiego). Uzyskana z analizy odpowiedzi wiedza uświadomiła mi ogromne potrzeby w zakresie szerzenia edukacji zdrowotnej, zwłaszcza w szkołach ponadgimnazjalnych. Do udziału w ankiecie wybrano 84 uczniów (100% ankietowanych) z Gimnazjum Nr 1 i Kłodzkiej Szkoły Przedsiębiorczości w Kłodzku. W przedziale wiekowym 16-18 lat znalazło się 54,7% respondentów, 85,7% badanych stanowiły dziewczęta, 73,9% to osoby mieszkające w mieście. I tak, na pytanie o znajomość programów edukacyjnych 69% ankietowanych potwierdziło znajomość programów „Rzuć palenie razem z nami” oraz „Dzień bez papierosa”. 54,7% poznało program „Bezpieczne wakacje”, a 47,6% „Profilaktykę zakażenia wirusem HIV”. Tylko 1% respondentów słyszało o „Profilaktyce wady cewy nerwowej”, niestety aż 53,4% zdecydowanie nigdy nie słyszało o tym programie.

W odpowiedzi na pytanie o programy związane z ochroną zdrowia najbliższy uczniom (44,1%) okazał się temat antykoncepcji, a 39% osób za ważny uznało program walki z wirusem HIV. Niestety, tylko 7% zainteresowanych było „Profilaktyką próchnicy i chorób przyzębia”. Zaskakująco niska okazała się chęć poszerzania wiedzy w zakresie „Profilaktyki nowotworowej”, to tylko 12% badanych.

Po analizie odpowiedzi na pytanie trzecie o uczestnictwo w akcjach i działaniach zdrowotnych okazało się, iż największym zainteresowaniem cieszyły się akcje związane z walką z narkomanią i paleniem tytoniu. Analiza natomiast odpowiedzi na pytanie piąte wykazała, że aż 60,7% uczniów nie brało udziału w żadnym z organizowanych programów

prozdrowotnych, a 78,1% nie brało udziału w żadnym konkursie dotyczącym ochrony zdrowia. Co do zainteresowania akcjami i programami mającymi na celu ochronę zdrowia, to aż 32,5% uczniów nie wykazuje zainteresowania nimi, a 38,9% nie wykazuje inicjatywy w realizowaniu działań w zakresie tych programów i akcji. Z analizy pytań szóstego i ósmego wynika, że dzieci pomimo ograniczonej wiedzy w temacie ochrony zdrowia chcą, aby szkoła promowała działania prozdrowotne (projekty, zabawy, konkursy). Zainteresowanie wykazało 79,8% ankietowanych. Uczniów zdecydowanie interesuje tematyka związana z HIV, antykoncepcją i skutkami narkomani oraz jej przeciwdziałaniem. 85,7% miało możliwość zapoznania się z broszurami i gazetkami na temat „Walki z HIV”, a 88,1% z „Nałogiem nikotynowym”.

Przeprowadzone badania pozwoliły na sformułowanie kilku najważniejszych wniosków. Jednym z nich jest potrzeba szerzenia edukacji zdrowotnej wśród młodzieży, zwłaszcza w zakresie tematów dotyczących walki z HIV, antykoncepcji i walki z nałogiem nikotynowym. Kolejnym jest potrzeba poszerzenia programów edukacyjnych odnoszących się do profilaktyki w zakresie chorób nowotworowych. I w końcu konieczność poszerzenia programów „Walki z alkoholizmem”, gdyż jak wynika z ankiety, temat ten jest przez uczniów omijany. Realizacja większości programów wymaga systematycznego udziału środowisk szkolnych. Należy przy tym wykorzystywać różne formy zajęć (praca w grupach, ćwiczenia, dyskusja). W dobie komputerów, telefonów komórkowych najszybszą drogą dotarcia do ucznia jest podanie krótkich i rzeczowych informacji w formie elektronicznej. Można wykorzystać w tym celu również ulotki, broszury i gazetki. W opracowywaniu programów warto pamiętać o rodzicach. Duże bezrobocie, trudne warunki finansowe, brak zainteresowania własnym dzieckiem, niestety nie sprzyjają propagowaniu zdrowia. Niezwykle ważne jest również poczucie, iż świadomość w zakresie dbałości o swoje zdrowie cały czas rośnie. Istnieje jednak ogromna potrzeba w zakresie pomocy w dostępie do materiałów, rozmów ze specjalistami, nauczycielami czy pielęgniarkami. W procesie edukacji zdrowotnej najważniejsze jest jednak indywidualne podejście do każdego. To w tym indywidualnym podejściu zdobyta wiedza pozwoli na systematyczną dbałość o własne zdrowie, a w przyszłości także o zdrowie swoich partnerów i dzieci.

Wnioski

Podjęte w ramach opisywanych w pracy kampanii i programów działania, w sposób jednoznaczny przyczyniły się do poszerzenia wiedzy oraz umiejętności w zakresie prozdrowotnych zachowań dzieci i młodzieży oraz osób dorosłych powiatu kłodzkiego. Zgromadzone materiały, przeprowadzone badania ankietowe pozwoliły na wyciągnięcie, miejmy nadzieję, konstruktywnych wniosków:

- Do ujednoczenia działań w zakresie promocji zdrowia konieczna jest współpraca różnych środowisk na terenie powiatu kłodzkiego.
- Zadaniem powołanych do propagowania zdrowego stylu życia powinno być przygotowanie Programu Zdrowia dla Powiatu Kłodzkiego, jak również pozyskanie niezbędnych środków finansowych na jego realizację.
- Zamierzeniem poczynionych starań było uzyskanie odpowiedzi na pytanie o potrzebę szerzenia oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia wśród młodzieży.
- Analiza przeprowadzonej ankiety potwierdziła, w sposób nie budzący wątpliwości, iż wiedza uczniów w zakresie stosowania antykoncepcji i zapobiegania HIV jest wciąż niewystarczająca i jakże poszukiwana.
- Poszerzenie tematyki programów edukacyjnych wpłynie na uatrakcyjnienie, a tym samym na zwiększenie zainteresowania młodzieży.
- W badaniach ankietowych respondenci stwierdzili, że chętniej uczestniczą w konkursach, w których oprócz wiedzy na temat prozdrowotnych zachowań można również zdobyć różnego rodzaju nagrody. Taka właśnie forma kampanii na rzecz zdrowia daje możliwość przekazania wiedzy, która na długo zapadnie w pamięci młodego człowieka.
- W czasie realizacji działań warto też zwrócić uwagę na tematy, które są aktualne cały czas i które ciągle stanowią sferę tematów „tabu” (na przykład alkoholizm).
- Propagując oświatę zdrowotną należy wykorzystać wszelkie możliwe formy prowadzenia zajęć, tak by stały się one bardziej atrakcyjne, a jednocześnie łatwiejsze do zaakceptowania.

Pozycja naszego kraju w państwach Unii Europejskiej stwarza ogromną szansę na pozyskanie niezbędnych środków finansowych na realizację programów prozdrowotnych. Dotyczy to wielu tematów, jednak zdecydowanie najwięcej możliwości w tym zakresie niosą ze sobą programy o tematyce globalnej, np. zapobieganie chorobom nowotworowym czy profilaktyka zakażeń wirusem HIV, czy nawet problemy aktywności fizycznej dzieci, młodzieży i dorosłych. Niezwykle ważnym zadaniem jest ścisła współpraca wszystkich jednostek pracujących na rzecz promocji zdrowia. Ma to związek z właściwym wykorzystaniem przyznanych na ochronę zdrowia środków. Kolejnym, równie ważnym wnioskiem jest potrzeba zindywidualizowanego podejścia promotorów zdrowego stylu życia, potrzeba zrozumienia i akceptacji każdego młodego człowieka z osobna.

Ewa Kielczykowska

Odleżyny – aktualny problem współczesnej medycyny

(Promotor: prof. dr hab. nauk med. Janusz Bielawski)

Wstęp

Postęp medycyny następuje w bardzo szybkim tempie, mimo to występowanie odleżyn jest nadal problemem, z którym spotyka się na co dzień wiele osób. Podstawowe znaczenie ma wciąż odpowiednia pielęgnacja, zarówno pacjenta zagrożonego wystąpieniem odleżyny, jak i pacjenta z odleżynami. W ciągu wielu lat badań wykazano, że najskuteczniejszą metodą walki z odleżynami była i jest ich profilaktyka. Istnieją trzy główne zasady zapobiegania odleżynom: utrzymanie dobrego stanu ogólnego chorego, odpowiednia redukcja ucisku oraz dobry stan skóry.

Poprawa jakości usług świadczonych pacjentom stała się najważniejszym wyzwaniem dla współczesnej opieki zdrowotnej. Dzięki systematycznym szkoleniom oraz możliwości korzystania z nowoczesnych środków i specjalistycznego sprzętu staje się możliwe minimalizowanie ilości powstających odleżyn w warunkach szpitalnych. Również skrupulatne prowadzenie dokumentacji medycznej przyczynia się do wymiany doświadczeń między personelem, jak również do oceny skuteczności środków i preparatów do pielęgnacji i leczenia.

Współczesne służby medyczne powinny być właściwie kształcone i przygotowane do realizacji programu zapobiegania odleżynom. Znając oraz rozumiejąc przyczyny i mechanizm powstawania odleżyn, można skutecznie sprawować opiekę nad pacjentem, który potrzebuje jak najlepszej pomocy.

Zakładam, że realizowanie programu profilaktyki przeciwodleżynowej, pozwoli zmniejszyć procent pacjentów z odleżynami, obniży koszt ich hospitalizacji oraz podniesie jakość świadczonych usług medycznych.

Metody leczenia odleżyn

Ze względu na częstość występowania oraz powstające w ich skutku powikłania, odleżyny stanowią poważny problem u przewlekle chorych pacjentów. Leczenie zmian odleżynowych jest uzależnione od stanu ogólnego pacjenta, stopnia zaawansowania odleżyny oraz od możliwości stosowania nowoczesnych opatrunków. Każda odleżyna wymaga odmiennej, indywidualnej oceny i zastosowania innego sposobu oczyszczania. Jest to proces

trudny i złożony, wymagający współdziałania całego zespołu terapeutycznego. Aby osiągnąć jak największy postęp w gojeniu, leczenie miejscowe musi być uzupełnione leczeniem ogólnym.

W postępowaniu z chorym, u którego doszło do powstania odleżyn, należy uwzględnić takie aspekty jak:

- rozpoznanie i leczenie chorób współistniejących,
- uzupełnianie niedoborów witaminowych, braków mikroelementów, kontrolę stanu cukrzycy, które niewątpliwie zapewnią lepszy efekt terapeutyczny,
- staranna klasyfikacja odleżyn, ocena możliwych powikłań, ciągle monitorowanie procesu gojenia umożliwią wybór najodpowiedniejszych opatrunków mających zastosowanie w leczeniu ran przewlekłych,
- prawidłowa pielęgnacja miejsc narażonych na ucisk, zapobieganie powstawaniu kolejnych odleżyn, stosowanie specjalistycznego sprzętu pozytywnie wpłyną na proces gojenia,
- działania rehabilitacyjne stosowane u pacjenta, jak: zwiększona aktywność ruchowa, ćwiczenia czynne i bierne, pozwolą na skrócenie czasu hospitalizacji.

W leczeniu ogólnym stosowanym u chorych obarczonych odleżynami, nie możemy zapomnieć o właściwej diecie, która przyczyni się do zwiększenia odporności pacjenta i wpłynie pozytywnie na regenerację tkanek.

Rosnący poziom wiedzy o patofizjologii odleżyn skutkuje stałym doskonaleniem metod ich leczenia. Podstawowe znaczenie w procesie gojenia ma właściwy dobór i zastosowanie środków stosowanych miejscowo, bezpośrednio na ranę. Leczenie to można prowadzić zarówno metodami tradycyjnymi, jak i nowoczesnymi.

W przypadku wystąpienia głębokiej martwicy tkanek, najskuteczniejszym sposobem leczenia jest chirurgiczne leczenie odleżyny. Celem działań leczniczych jest:

- usunięcie rozmiękniętych tkanek martwiczych i niedokrwnionych tkanek,
- wyrównanie wyniosłości kostnych w dnie odleżyny oraz usunięcie zmienionych zapalnie, występujących części i fragmentów kostnych,
- pokrycie ubytku po wycięciu odleżyny warstwą zdrowych tkanek.

Leczenie operacyjne może być przeprowadzone w jednym etapie (całkowite wycięcie odleżyny i zamknięcie płatem skórny w czasie tej samej operacji), lub w wielu etapach (oczyszczenie odleżyny następuje w pierwszym etapie, natomiast zamknięcie ubytku w czasie następnego zabiegu). Postępowanie wieloetapowe znajduje zastosowanie w przypadku masywnego zakażenia tkanek martwiczych w odleżynie z dużym odczynem zapalnym.

W celu uzyskania jak najlepszego efektu terapeutycznego, w leczeniu odleżyn stosuje się oprócz nowoczesnych opatrunków, różnego rodzaju zabiegi. Należą tu: stymulacja elektryczna, ultradźwięki, napromieniowanie wiązką laserową o małej energii, ekspozycja na tlen w komorze hiperbarycznej, ekspozycja na promieniowanie podczerwone lub ultrafioletowe oraz podawanie czynników wzrostu.

Jeżeli u chorego wystąpią objawy zakażenia ogólnego, tj. niewytłumaczalnie podwyższona temperatura ciała, przyspieszone tętno, spadek ciśnienia, zaburzenia myślenia natchmiast należy podać antybiotyków o szerokim spektrum działania. Użycie antybiotyku musi być celowane (po pobraniu posiewu z rany z oznaczeniem antybiotykowrażliwości) i ograniczone do przypadków koniecznych.

Żywnienie dietetyczne

Proces pielęgniarstwo-leczniczy dotyczący pacjenta obciążonego odleżynami, musi uwzględniać właściwą dietę. Założeniem jej jest dostarczenie zwiększonej ilości białka, podstawowego materiału budulcowego, którego niedobór jest przyczyną zmniejszenia odporności, osłabienia i bezsenności. Przeciętnie w diecie tej podaje się dziennie 100-130g białka wchodzącego w skład ciał odpornościowych i płynów ustrojowych. Należy jednak pamiętać, że dieta wysokobiałkowa jest dietą stosowaną okresowo, a po uzyskaniu prawidłowych wyników leczenia powinno się ją zmienić na lekkostrawną. Białko, niezbędne do prawidłowego funkcjonowania organizmu, musi być zarówno pochodzenia roślinnego, jak i zwierzęcego.

Dieta chorego z odleżynami powinna być pozbawiona pokarmów tłustych, smażonych, roślin wzdymających i napojów alkoholowych. Wskazane jest częste przyjmowanie warzyw i owoców oraz dużych ilości mleka, kefirów czy sera twarogowego. Dodatkowo pożywienie można uzupełniać gotowymi odżywkami przemysłowymi, których zadaniem jest wzbogacenie diety pod względem energetycznym i odżywczym. Najczęściej stosowane mieszanki to: Portagen, Complan, Sonana.

Procedury zapobiegawcze i lecznicze w warunkach szpitalnych oraz dokumentacja postępowania profilaktyczno-leczniczego

Występowanie odleżyn u osób hospitalizowanych w dużym stopniu obniża jakość usług pielęgniarstkich oraz negatywnie wpływa na poziom satysfakcji pacjentów i ich rodzin. Ilość zmian odleżynowych pojawiająca się w danej placówce niejednokrotnie jest miernikiem poziomu świadczonej tam opieki.

Wraz z rozwojem standaryzacji w systemie opieki zdrowotnej w wielu polskich szpitalach powstały zespoły do spraw jakości, składające się z różnych komisji.

Jedną z nich jest Komisja do spraw odleżyn, do której zadań należy stworzenie standardu zapobiegania odleżynom, jego wdrażanie i egzekwowanie. Szczególny nacisk został położony przez komisję na:

- ocenę ryzyka występowania odleżyn, wg skali punktowej przyjętej w danej placówce,
- dokumentowanie prowadzonej profilaktyki przeciwodleżynowej i ocena jej skuteczności,
- nadzór nad działaniami leczniczymi adekwatnymi do zmieniającego się stanu pacjenta,

- systematyczne przeprowadzanie szkoleń personelu medycznego,
- analizę zgromadzonych danych i wyciągnięcie wniosków,
- edukację pacjentów i ich rodzin z zakresu profilaktyki i leczenia odleżyn,
- zakup specjalistycznego sprzętu i materiałów do pielęgnacji.

Działania podjęte w celu realizacji programu zapobiegania odleżynom, w szczególności poprawiły jakość opieki pielęgniarstwie. Umożliwiły ujednoczenie postępowania pielęgniarzek wobec pacjentów z grupy ryzyka, jak też z powstałymi odleżynami, we wszystkich oddziałach szpitala.

Dzięki obowiązującym standardom, każdy nowoprzyjęty pacjent zostaje oceniony pod kątem zagrożenia powstania odleżyn przy użyciu jednej ze skal: Norton, Douglas, które mogą być modyfikowane i wzbogacone o nowe informacje.

Dokumentacja związana z pielęgnowaniem pacjenta, u którego doszło do powstania zmian odleżynowych, to w szczególności:

1. Karta pielęgnacji i leczenia odleżyn, w której zaznaczane są następujące elementy:

- data powstania lub zaobserwowania wystąpienia odleżyny,
- lokalizacja,
- stopień zmian chorobowych,
- stosowane udogodnienia i profilaktyka przeciwodleżynowa,
- leki mające zastosowanie w opatrunku.

2. Karta indywidualnej pielęgnacji pacjenta, która zawiera: postawioną diagnozę pielęgniarstwą, na której opierają się podejmowane, planowane działania mające przyczynić się do utrzymania lub poprawy dotychczasowego stanu pacjenta, a także ocenę uzyskanych wyników w stosunku do założonych celów opieki.

3. Rejestr pacjentów zagrożonych wystąpieniem odleżyny i pacjentów z odleżyną – stanowi miesięczne zestawienie przypadków na poszczególnych oddziałach.

Dokumentacja pielęgniarstwa jest częścią składową standardu zapobiegania i leczenia odleżyn. Pozwala na:

- planowanie indywidualnej opieki pielęgniarstwie,
- prowadzenie monitoringu pacjentów zagrożonych odleżynami,
- ocenę stanu chorobowego,
- kontrolę skuteczności podejmowanych działań,
- analizę porównawczą prowadzonej profilaktyki.

Profilaktyka odleżyn to szereg równorzędnych działań wzajemnie się uzupełniających i wspierających. Dla chorych leżących bardzo ważną sprawą jest utrzymanie skóry w jak najlepszym stanie. Wymaga to dużej dbałości i stosowania oprócz zabiegów higieniczno-pielęgnacyjnych również nowoczesnych materiałów i urządzeń przeciwodleżynowych. Dzięki współczesnej technice, personel medyczny ma do dyspozycji szeroką gamę sprzętu profilaktyczno-leczniczego gwarantującą wysoką jakość świadczonej opieki. Niestety, ze

względu na brak znajomości zasad funkcjonowania, udostępniony sprzęt jest często niewłaściwie wykorzystywany.

Walka z powstałą odleżyną jest zdecydowanie trudniejsza, bardziej pracochłonna i kosztowna w porównaniu z nakładem środków finansowych włożonych w jej zapobieganie. Dlatego też zarządy placówek powinny zdawać sobie sprawę z istoty inwestycji w profesjonalne materiały i urządzenia zapobiegawcze.

Działania prewencyjne wobec chorych zagrożonych wystąpieniem odleżyn

Odleżyny stanowią wciąż problem, któremu poświęca się dużo uwagi. W związku z tym zmuszeni jesteśmy do ciągłego poszukiwania takich metod postępowania, które mogą zapewnić ochronę zagrożonych, a w momencie wystąpienia zmian odleżynowych pozwolą zastosować skuteczny sposób leczenia.

Błędem jest obarczanie odpowiedzialnością za występowanie tego zjawiska tylko i wyłącznie pielęgniarek. By skutecznie walczyć z problemem odleżyn, zaangażowanie powinien okazać cały fachowy personel szpitala, tzn. lekarze, psychoterapeuci, rehabilitanci, dietetycy.

W ciągu wielu lat badań wykazano, że najskuteczniejszą metodą walki z odleżynami jest ich prewencja. Czynności składające się na system zapobiegania odleżynom powinny być planowane, systematycznie wykonywane i oceniane.

W procesie zapobiegania można wyróżnić kilka elementów składowych:

1. Identyfikacja zagrożenia. Każdy pacjent przyjmowany do oddziału szpitalnego powinien podlegać ocenie pod kątem zagrożenia odleżynowego. Jeżeli potwierdzi się jego istnienie, należy podjąć działania profilaktyczne. Ponowna ocena powinna być dokonywana co najmniej raz w tygodniu oraz gdy zauważona zostanie zmiana w stanie chorego. Pogorszenie kondycji chorego wymaga szybkiej reakcji, gdyż zmiany na skórze mogą powstać nawet w ciągu kilku godzin niedyspozycji pacjenta.

2. Troska o stan skóry. Stan skóry pacjenta należy systematycznie kontrolować w czasie zabiegów higienicznych oraz przy każdej zmianie pozycji chorego.

3. Łagodzenie ucisku sił ścinających i tarcia. W tym celu możemy stosować kilka metod, jedną z nich jest wykorzystanie materacy przeciwoleżynowych oraz poduszek przeznaczonych dla chorych przebywających w pozycji siedzącej. Mimo stosowania specjalistycznego sprzętu, podstawowe znaczenie w łagodzeniu skutków ucisku ma nadal systematyczna zmiana pozycji chorego. W celu bezpiecznej zmiany pozycji leżenia można wykorzystywać elektryczne bądź hydrauliczne podnośniki albo specjalne, śliskie podkłady i deski służące do przemieszczania chorych. Duże znaczenie ma sposób wykonania tych czynności.

4. Uaktywnienie. Zastosowanie rehabilitacji ruchowej, systematyczne ćwiczenia czynne i bierne, pozwalają nie tylko na utrzymanie prawidłowej ruchomości w stawach, ale mają istotne znaczenie w zapobieganiu odleżynom. Chorego należy zachęcać do wykorzy-

stywania możliwości, jakie posiada. Unikać wyręczania, nawet jeżeli jego aktywność jest bardzo ograniczona. Aktywizacja musi być uwzględniona w planowaniu postępowania przeciwbólowego. Jeśli fizjologiczny zakres ruchów jest ograniczony poprzez występowanie napięć mięśniowych (spastyka), należy po odbytych ćwiczeniach stosować właściwe zabezpieczenia – stabilizatory. Ich użycie redukuje występowanie przykurczów. W przypadku pacjentów wiotkich (bezwładnych) poza utrzymaniem ruchomości, należy dbać o utrzymanie właściwego poziomu masy mięśniowej i nie dopuszczać do jej zaniku.

5. Dokumentacja. Prowadzona dokumentacja pozwala ocenić zastosowane metody, środki oraz sprzęt stosowany w profilaktyce. Daje możliwość kontrolowania dynamiki ryzyka wystąpienia odleżyn lub ich leczenia.

6. Edukacja. Programy edukacyjne dotyczące zapobiegania odleżynom powinny być kierowane do wszystkich osób świadczących opiekę oraz do samych pacjentów borykających się z problemem odleżyn. Ich zakres musi obejmować najważniejsze aspekty profilaktyki i pielęgnacji odleżyn.

Przygotowanie rodziny do opieki nad osobą, u której wystąpiły zmiany odleżynowe wymaga od pielęgniarki i lekarza bardzo dużego zaangażowania. Bardzo istotne jest, w jakim zakresie pacjent i jego rodzina współpracują z personelem szpitala. Nawiązanie kontaktu z bliskimi chorego lub osobami nim się opiekującymi przysparza nieraz wielu trudności. Opiekunowie mają wrażenie, że zostają obciążeni dodatkowymi, niepotrzebnymi obowiązkami. Z tego względu edukacja musi być rozpoczęta od wyjaśnienia istoty procesu odleżynowego i ma uczyć w prosty sposób postępowania z chorym w domu. Przekazywane informacje muszą być zrozumiałe i możliwe do zastosowania w warunkach domowych.

Pacjent kończący pobyt w szpitalu powinien otrzymać pisemną informację o prowadzonym w zakładzie postępowaniu przeciwoodleżynowym wraz ze wskazówkami dotyczącymi dalszego leczenia.

Biorąc pod uwagę koszty ponoszone w procesie leczenia i pielęgnacji, opiekunom należy uświadomić, jak bardzo istotna jest profilaktyka. Zapobiegając powstawaniu nowym zmianom odleżynowym, mają możliwość nie tylko redukcji środków finansowych przeznaczonych na skuteczne leczenie i pielęgnowanie, ale spowodują również poprawę samopoczucia podopiecznego i likwidację dodatkowego obciążenia pacjenta.

Celem działań edukacyjnych jest zmniejszenie ryzyka wystąpienia odleżyn, zwiększenie świadomości oraz wiedzy pacjenta i jego rodziny, przygotowanie do samodzielnej i właściwej pielęgnacji w warunkach domowych.

Wnioski

1. Znajomość patomechanizmu powstawania odleżyn oraz umiejętność określenia czynników wpływających na ich powstawanie, pozwala zorganizować lepszą jakościowo opiekę z uwzględnieniem działań profilaktycznych.
2. Prawidłowa klasyfikacja odleżyn daje możliwość doboru najlepszej metody leczenia, przyspieszającej proces gojenia oraz zabezpieczającej przed pogłębieniem się już istniejącej odleżyny.
3. Najkorzystniejsze efekty terapeutyczne przynosi zastosowanie nowoczesnych opatrunków aktywnych, które pobudzają naturalną zdolność komórek do proliferacji i odbudowy, dzięki temu, że wytwarzają w obszarze odleżyny środowisko zbliżone do jej fizjologicznego. Ze względu na wysokie koszty, rzadko uwzględniane są w terapii szpitalnej.
4. Zapobieganie jest najskuteczniejszym sposobem leczenia odleżyn. Dzięki odpowiedniej pielęgnacji i zastosowaniu specjalistycznego sprzętu, istnieje możliwość minimalizacji ryzyka wystąpienia zmian odleżynowych.
5. Czynności składające się na proces profilaktyczno-leczniczy powinny być planowane, systematycznie wykonywane, dokumentowane i oceniane. Postępowanie takie podnosi jakość świadczonej opieki w danej placówce.

Mimo iż rozwój nauki stwarza coraz większe możliwości, odleżyny pozostają problemem nadal nierozwiązanym. Przez lata poszukuje się różnych metod leczenia, które umożliwiłyby szybkie ich wygojenie, a jednocześnie zapobiegałyby ponownemu wystąpieniu. Doskonaleniu uległy nie tylko opatrunki stosowane w miejscowej terapii. Modyfikacja dotyczyła również specjalistycznego sprzętu oraz samego procesu pielęgnowania pacjenta zagrożonego wystąpieniem odleżyny oraz pacjenta z istniejącą już odleżyną. Całe postępowanie pielęgnacyjno-opiekuńcze podporządkowano obowiązującym standardom, określonym przez Komisję do spraw odleżyn. Wdrażane standardy mają na celu chronić pacjenta przed dodatkowym cierpieniem, powikłaniami i jednocześnie zagwarantować najwyższą jakość świadczonej opieki.

Wystąpienie odleżyn jest wynikiem niedostatecznej pielęgnacji chorego, za którą odpowiedzialny jest personel medyczny. Zapobieganie ich powstawaniu jest obowiązkiem wszystkich członków zespołu terapeutycznego, sprawującego opiekę nad pacjentem długotrwale unieruchomionym. Największa jednak odpowiedzialność spoczywa na pielęgniarce, która najwięcej czasu poświęca pacjentom, zna występujące u nich potrzeby i problemy. Dlatego tak istotne jest przygotowanie współczesnej pielęgniarki do realizacji programu zapobiegania odleżynom.

W wielu przypadkach pomimo ukierunkowanej profilaktyki i właściwego sposobu pielęgnowania, występowaniu zmian odleżynowych nie da się uniknąć. Powstała odleżyna znacznie wydłuża czas pobytu chorego w szpitalu, zwiększa koszty hospitalizacji oraz utrudnia zwalczanie przez organizm pierwotnego schorzenia. Z tych powodów niezbędne

jest ich prawidłowe i nowoczesne leczenie z zaniechaniem wcześniej praktykowanych metod. Mimo niezaprzeczalnej skuteczności opatrunków nowej generacji, stosowanie ich jest błędnie uważane za drogie i nieekonomiczne. Nowoczesna terapia odleżyn w środowisku wilgotnym skraca czas leczenia o połowę, co bezpośrednio przekłada się na koszt terapii, którą obciążeni są wszyscy obywatele. Wynika z tego, że prawidłowe i skuteczne leczenie nie tylko wpływa korzystnie na zdrowie i samopoczucie pacjenta, ale również redukuje nakłady finansowe poniesione w czasie pielęgnacji i leczenia.

Problem odleżyn jest ciągle aktualny, bo żadne działania nie są w stanie w stu procentach go wyeliminować. W dalszym ciągu dąży się do ustalenia najbardziej korzystnych metod zapobiegania i leczenia zmian odleżynowych, z uwzględnieniem indywidualności każdego pacjenta. Wciąż jednak pozostaje pytanie, w jaki sposób postępować, by zjawisko odleżyn przestało u pacjentów występować. Być może, nieprzerwane dążenie do zminimalizowania cierpienia zarówno fizycznego jak psychicznego pacjenta przyniesie satysfakcjonującą wszystkich odpowiedź. Na efekty tych działań musimy jeszcze poczekać.

Monika Nowacka

Poziom wiedzy pielęgniarek a postawy wobec pacjentów zarażonych wirusem HIV i chorych na AIDS

(Promotor: mgr piel. Małgorzata Kowalczyk)

Do chorób współczesnej cywilizacji, które wciąż nurtują zarówno naukowców jak i społeczeństwo należy zakażenie wirusem HIV oraz pełnoobjawowy AIDS.

Pandemia HIV/AIDS mimo ciągłego postępu medycyny i wprowadzania coraz to nowszych metod diagnostycznych oraz nowych leków i schematów terapeutycznych nadal dziesiątkuje ludzkość, gdyż nie udało się dotychczas opracować skutecznej i bezpiecznej szczepionki przeciw HIV.

Pierwsze przypadki zakażeń HIV w Polsce zarejestrowano w 1985 roku. Dotychczas liczba wykrytych zakażeń przekroczyła 10 tys. Należy pamiętać, że ich prawdziwa liczba jest prawdopodobnie trzykrotnie większa. Do tej pory rozpoznano 1800 przypadków AIDS. Zmarło ponad 800 osób spośród grupy chorych. Niepokojącym zjawiskiem jest rozpoznawanie zakażenia HIV na etapie zaawansowanej choroby. W ciągu pierwszych 9 miesięcy 2006 roku dotyczyło to 52 spośród 86 pacjentów. W tych przypadkach skuteczność terapii antyretrowirusowej jest ograniczona. Obecnie w Polsce około 3 tys. osób objętych jest aktywnym leczeniem przeciwwirusowym.

Obecnie zakażenie HIV uznawane jest za chorobę przewlekłą, której postęp można znacząco spowolnić, oddalając tym samym wyrok – AIDS. Ważne, aby leczenie mogło być podejmowane z poszanowaniem praw ludzkich oraz wartości etyczno-moralnych, a także z wypracowaniem optymalnych form współpracy między żyjącymi z HIV, a osobami niosącymi im pomoc.

Głównym orężem w nierównej walce z HIV i AIDS jest szeroko rozumiana prewencja, która ma za zadanie przekazywanie informacji na ten temat. Ważne, aby edukacja o HIV/AIDS była oparta na naukowych faktach, a nie na urojeniach i plotkach, które mogłyby się przyczynić do prezentowania postaw nacechowanych nietolerancją i brakiem życzliwości wobec tych ludzi.

Cele i założenia pracy

Celem pracy jest zbadanie poziomu wiedzy oraz postaw pielęgniarek wobec zarażonych wirusem HIV i chorych na AIDS.

Badania przeprowadzono wśród studentek II roku Pielęgniarstwa Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy. Badaniami objęto 60 pielęgniarek pracujących w różnych placówkach ochrony zdrowia na terenie Dolnego Śląska.

Ankietowane pielęgniarki pracują w zamkniętej opiece zdrowotnej między innymi na oddziałach: Pediatrii, Chirurgii, Neonatologii i Intensywnej Opieki Neonatologicznej, Ortopedii, Interny, Neurologii, Kardiologii i Intensywnej Opieki Kardiologicznej, Urologii, Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Bloku Operacyjnym, Ogólnej Izbie Przyjęć, Urazowo-Ortopedycznej Izbie Przyjęć.

Postawy pielęgniarek wobec pacjentów zarażonych wirusem HIV i chorych na AIDS – analiza wyników badań własnych

Tabela 4. Znajomość skrótów HIV i AIDS w opinii badanych

Odpowiedzi badanych określające stopień znajomości wiedzy	Ogółem	
	N	%
Na pewno tak	53	88,3
Raczej tak	7	11,7
Raczej nie	0	0,0
Na pewno nie	0	0,0
Razem	60	100,0

Ankietowani znają skróty HIV i AIDS w 100%, z czego 53 osoby odpowiedziały „na pewno tak” (co stanowiło 88,33%) i 7 osób odpowiedziało „raczej tak” (11,70% ogółu badanych). Odpowiedzi „raczej nie”, „na pewno nie” nie zostały wybrane przez badanych.

Tabela 5. Wiedza badanych o drogach zakażenia wirusem HIV

Odpowiedzi badanych określające stopień znajomości wiedzy	Ogółem	
	N	%
Na pewno tak	17	28,3
Raczej tak	35	58,3
Raczej nie	8	13,3
Na pewno nie	0	0,0
Razem	60	100,0

Znajomością dróg zakażenia wykazały się 52 osoby (uwzględniono odpowiedzi „na pewno tak” i „raczej tak”), co stanowi 86,67% ogółu badanych, natomiast 8 osób wskazało odpowiedź „raczej nie” co stanowi 13,33% badanych.

Tabela 6. Wiedza badanych o drogach zakażenia wirusem HIV przez kichanie i kaszel

Odpowiedzi badanych określające stopień znajomości wiedzy	Ogółem	
	N	%
Na pewno tak	0	0,0
Raczej tak	4	6,7
Raczej nie	26	43,3
Na pewno nie	30	50,0
Razem	60	100,0

Odpowiedzi prawidłowej „na pewno nie” udzieliło 30 pielęgniarek, „raczej nie” – 26 ankietowanych, natomiast nieprawidłowej odpowiedzi udzieliły 4 panie.

Poziom wiedzy badanych o możliwości zarażenia się wirusem HIV przez korzystanie ze wspólnej toalety wykazał, że w tej kwestii ankietowani byli zgodni, gdyż udzielili prawidłowej odpowiedzi: „nie można się zarazić korzystając ze wspólnej toalety” – 58 osób odpowiedziało w ten sposób (uwzględniono odpowiedź „na pewno nie” i „raczej nie”). Odpowiedzi nieprawidłowej udzieliły tylko 2 osoby z ogółu badanych.

Tabela 7. Wiedza ankietowanych o możliwościach zarażenia się wirusem HIV przez dotknięcie osoby chorej

Odpowiedzi badanych określające stopień znajomości wiedzy	Ogółem	
	N	%
Na pewno tak	0	0
Raczej tak	0	0
Raczej nie	15	25
Na pewno nie	45	75
Razem	60	100

Ankietowane pielęgniarki były jednomyślne i zgodne w udzielaniu odpowiedzi, gdyż odpowiadały, że nie można zarazić się wirusem HIV przez dotknięcie chorego.

Tabela 8. Wiedza ankietowanych o możliwościach zarażenia się wirusem HIV przez używanie wspólnych naczyń i sztućców z chorymi na HIV/AIDS

Odpowiedzi badanych określające stopień znajomości wiedzy	Ogółem	
	N	%
Na pewno tak	0	0,0
Raczej tak	10	16,7
Raczej nie	20	33,3
Na pewno nie	30	50,0
Razem	60	100,0

Zdecydowana większość ankietowanych odpowiedziała prawidłowo – „nie”. Odpowiedzi nieprawidłowej udzieliło zaledwie 10 osób.

Tabela 9. Wiedza respondentów o możliwościach zarażenia się wirusem HIV poprzez kontakt z bielizną pościelową, czy osobistą chorego

Odpowiedzi badanych określające stopień znajomości wiedzy	Ogółem	
	N	%
Na pewno tak	0	0,0
Raczej tak	4	6,7
Raczej nie	17	28,3
Na pewno nie	39	65,0
Razem	60	100,0

W tym przypadku również przeważająca większość udzielonych odpowiedzi była prawidłowa, zaznaczyło ją 56 respondentek, natomiast odpowiedzi nieprawidłowej udzieliły 4 pielęgniarki.

Tabela 10. Wiedza respondentów o możliwościach zarażenia się wirusem HIV poprzez używanie zakażonych igieł i strzykawek

Odpowiedzi badanych określające stopień znajomości wiedzy	Ogółem	
	N	%
Na pewno tak	60	100
Raczej tak	0	0
Raczej nie	0	0
Na pewno nie	0	0
Razem	60	100

W udzielaniu odpowiedzi ankietowane były jednomyślne, zakreślając prawidłowy wariant odpowiedzi „na pewno tak” – można się zarazić wirusem HIV przez używanie zakażonych igieł i strzykawek.

Tabela 11. Wiedza respondentów o możliwościach zarażenia się wirusem HIV poprzez kontakt z odchodami tych chorych

Odpowiedzi badanych określające stopień znajomości wiedzy	Ogółem	
	N	%
Na pewno tak	39	65,0
Raczej tak	10	16,7
Raczej nie	8	13,3
Na pewno nie	3	5,0
Razem	60	100,0

Ankietowani uznali, że można się zarazić przez kontakt z odchodami chorego, opinie były jednak zróżnicowane. 49 osób odpowiedziało „tak” („na pewno tak” i „raczej tak”). Odpowiedzi „nie” udzieliło 11 osób („na pewno nie” i „raczej nie”).

Wiedza respondentów o możliwościach zarażenia się wirusem HIV poprzez kontakt seksualny z chorymi na HIV/AIDS:

Udzielane odpowiedzi przez ankietowane były prawidłowe „tak” z czego 46 osób – 76,67% zaznaczyło „na pewno tak”, a „raczej tak” zaznaczyło 14 osób – 23,33% badanych.

Wiedza ankietowanych o możliwościach zarażenia się wirusem HIV przez źle wysterylizowane narzędzia medyczne:

Tu także ankietowani odpowiadali zgodnie i prawidłowo – „tak” (z czego 48 osób – 80% udzieliło odpowiedzi „na pewno tak”, a „raczej tak” 12 osób – 20% ogółu ankietowanych).

Tabela 12. Wiedza badanych o możliwościach zarażenia się wirusem HIV na skutek transfuzji krwi od osoby zarażonej wirusem

Odpowiedzi badanych określające stopień znajomości wiedzy	Ogółem	
	N	%
Na pewno tak	53	83,33
Raczej tak	7	11,67
Raczej nie	0	0,00
Na pewno nie	0	0,00
Razem	60	100,00

W odpowiedzi ankietowani zaznaczyli prawidłową odpowiedź „tak” – 60 osób – 100% (z czego „na pewno tak” 53 osoby – 83,33%, a „raczej tak” 7 osób – 11,67% ankietowanych).

Tabela 13. Ryzyko zakażenia HIV według ankietowanych

Pytanie	Odpowiedzi ankietowanych	N	%	Ogółem	
Czy dożylne stosowanie narkotyków przy użyciu niesterylnego sprzętu do iniekcji zwiększa ryzyko zakażenia wirusem HIV?	Na pewno tak	58	96,67	60	100
	Raczej tak	2	3,33		
Czy można zmniejszyć ryzyko zakażenia HIV używając prezerwatyw podczas stosunków seksualnych?	Na pewno tak	56	93,33	60	100
	Raczej tak	4	6,67		

Odpowiedzi udzielane przez ankietowanych na powyższe pytania były prawidłowe i niemal jednomyślne. W tabeli nie przedstawiono wariantów, które pominęli ankietowani.

Tabela 14. Wiedza badanych o zasadach postępowania ze sprzętem i materiałem, który miał kontakt z chorym na AIDS, czy zarażonym HIV

Odpowiedzi badanych określające stopień znajomości wiedzy	Ogółem	
	N	%
Na pewno tak	21	35,00
Raczej tak	24	40,00
Raczej nie	13	21,67
Na pewno nie	2	3,33
Razem	60	100,00

Znajomością postępowania ze sprzętem i materiałem zarażonym HIV wykazało się 75% ankietowanych („na pewno tak” i „raczej tak”), natomiast nie wie do końca jak zależy postępować z tego rodzaju sprzętem i materiałem 25%.

Tabela 15. Odczucia ankietowanych wobec chorych na HIV i AIDS

Odczucia ankietowanych	N	%
Lęk i strach	31	51,67
Akceptacja i współczucie	22	36,66
Obojętność	7	11,67
Razem	60	100,00

Połowa badanych wykazała strach i lęk przed chorymi, obojętnością wykazało się 22 osoby, natomiast za akceptacją i współczuciem opowiedziało się zaledwie 7 osób.

Tabela 16. Osobiste odczucia badanych przed kontaktami z chorymi na HIV i AIDS

Odpowiedzi badanych określające ich zdanie na ten temat	Ogółem	
	N	%
Na pewno tak	1	1,67
Raczej tak	42	70,00
Raczej nie	15	25,00
Na pewno nie	2	3,33
Razem	60	100,00

71,67% ankietowanych boi się kontaktów z chorymi na HIV i AIDS, natomiast przeciwnego zdania jest 17 pielęgniarek.

Tabela 17. Opinie ankietowanych dotyczące oddzielnej hospitalizacji pacjentów chorych HIV/AIDS

Odpowiedzi badanych określające ich zdanie na ten temat	Ogółem	
	N	%
Na pewno tak	10	16,67
Raczej tak	32	53,33
Raczej nie	8	13,33
Na pewno nie	10	16,67
Razem	60	100,00

70% badanych (42 osoby) opowiedziało się za oddzielną hospitalizacją zakażonych HIV i AIDS, przeciwnego zdania było natomiast zaledwie 18 ankietowanych.

Tabela 18. Praca z koleżanką lub kolegą zarażonym wirusem HIV – zdanie ankietowanych

Odpowiedzi badanych określające ich zdanie na ten temat	Ogółem	
	N	%
Na pewno tak	2	3,33
Raczej tak	7	11,67
Raczej nie	39	65,00
Na pewno nie	12	20,00
Razem	60	100,00

85% ankietowanych opowiedziało się, że nie chciałoby pracować z koleżanką lub kolegą zarażonym HIV, jedynie 11 osób wyrażałoby zgodę.

Tabela 19. Pacjent jako potencjalny nosiciel HIV w opinii respondentów

Odpowiedzi badanych określające ich zdanie na ten temat	Ogółem	
	N	%
Na pewno tak	16	26,66
Raczej tak	30	50,00
Raczej nie	7	11,67
Na pewno nie	7	11,67
Razem	60	100,00

Za traktowaniem każdego pacjenta jako potencjalnego nosiciela wirusa HIV, z którym mają kontakt pielęgniarki opowiedziało się 46 badanych, jedynie 14 ankietowanych było odmiennego zdania.

Tabela 20. Przymusowe leczenie chorych HIV i AIDS- opinia respondentów

Odpowiedzi badanych określające ich zdanie na ten temat	Ogółem	
	N	%
Na pewno tak	50	90
Raczej tak	10	10
Raczej nie	0	0
Na pewno nie	0	0
Razem	60	100

Za przymusowym leczeniem chorych HIV i AIDS pielęgniarki opowiedziały jedno-myślnie.

Ankietowane opowiedziały się w 100% jednomyślnie, iż chciałyby aby pacjenci (cho-rzy na HIV/AIDS) informowali o swojej chorobie.

Tabela 21. Wiedza badanych o rodzajach zabezpieczeń przed wirusem HIV

Rodzaje zabezpieczeń	Warianty od-powiedzi	Ogółem		Ogółem	
		N	%	N	%
Rękawiczki lateksowe	Na pewno tak	57	95,00	60	100
	Raczej tak	3	5,00		
Jednorazowe fartuchy ochronne i maski	Na pewno tak	42	70,00	60	100
	Raczej tak	16	26,67		
	Raczej nie	2	33,33		
Dezynfekcja rąk spirytusem	Raczej tak	2	3,34	60	100
	Na pewno nie	41	68,33		
	Raczej nie	17	28,33		
Unikanie bezpośredniego kontaktu bez obowiązujących zabezpieczeń z krwią chorego i osprzętem	Raczej nie	2	3,34	60	100
	Raczej tak	26	43,33		
	Na pewno tak	32	53,33		
Żyjąc w związku monogamicz-nym z partnerem niezrażonym wirusem HIV	Na pewno tak	60	100,00	60	100

Za rękawiczkami lateksowymi jako rodzajem zabezpieczenia opowiedziało się 100% ankietowanych; za jednorazowymi fartuchami ochronnymi i maskami opowiedziało się 58 respondentek, a odpowiedzi „raczej nie” udzieliły 2 osoby. Unikanie bezpośredniego kon-taktu bez obowiązującego zabezpieczenia z krwią i osprzętem uznało 58 ankietowanych. Życie w związku monogamicznym z partnerem niezrażonym HIV za prawidłową odpo-wieźdź uznało 100% ankietowanych.

Asystowanie przy zabiegu operacyjnym pacjenta chorego na HIV czy AIDS podzieliło ankietowane na dwa równe „obozy”: 30 osób wyraża zgodę na asystę, 30 osób nie wyraża zgody na asystę w zabiegu chorego HIV/AIDS.

Tabela 23. Poziom wiedzy i staż pracy a postawy badanych wobec chorych HIV i AIDS

Staż pracy (lat)	N	%	Postawy badanych						Poziom wiedzy badanych					
			strach i lęk		obojętność		współczucie i akceptacja		bardzo dobry		dobry		dostateczny	
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Do 10	26	43,3	9	29,03	6	27,3	1	14,3	10	37,8	8	31,8	3	30,0
11-20	16	26,7	9	29,03	6	27,3	2	28,6	12	44,4	7	30,4	2	20,0
21-25	10	16,7	7	22,52	5	22,7	2	28,6	3	11,1	4	17,4	3	30,0
Ponad 25	8	13,3	6	19,35	5	22,7	2	28,6	2	7,4	4	17,4	2	20,0
Razem	60	100,0	31	100,00	22	100,0	7	100,0	27	100,0	23	100,0	10	100,0

Pielęgniarki ze stażem pracy do 10 lat posiadają głównie bardzo dobrą i dobrą wiedzę na temat HIV i AIDS, a ich postawy cechują się strachem i lękiem oraz obojętnością w stosunku do tych chorych. Pielęgniarki pracujące od 11 do 20 lat w zawodzie posiadają w większości dobrą wiedzę z zakresu HIV i AIDS, a ich postawy wyrażają się także strachem i lękiem oraz obojętnością wobec chorych. Pielęgniarki pracujące od 21 do 25 lat mają dostateczną i dobrą wiedzę na temat HIV/AIDS, a ich postawy cechują się akceptacją i współczuciem, a także obojętnością wobec tych chorych.

Pielęgniarki pracujące powyżej 25 lat prezentują dobry i dostateczny poziom wiedzy, a ich postawy wyrażają się głównie akceptacją i współczuciem oraz obojętnością wobec chorych na AIDS, czy zarażonych wirusem HIV.

Analiza danych dotyczących poziomu wiedzy pozwala stwierdzić, że badane pielęgniarki generalnie znają definicje HIV i AIDS. Wykazały się również bardzo dobrą znajomością dróg zakażenia wirusem HIV, a także mają świadomość i wiedzę na temat zasad postępowania ze sprzętem i materiałem zarażonym HIV.

Na tej podstawie należy stwierdzić, że wiedza pielęgniarek kształtuje się na dobrym i bardzo dobrym poziomie, niewielka ich część ma tylko dostateczną wiedzę w tym temacie.

Postawy pielęgniarek wobec chorych na HIV i AIDS są zaskakująco odmienne w stosunku do ich wiedzy. Większość badanych boi się kontaktów z tymi chorymi, a w swoich odczuciach do tych chorych wykazują głównie lęk i strach. Nieco mniejsza grupa pielęgniarek wyraża obojętność wobec tych pacjentów. Większość respondentek cechuje postawa nietolerancji bądź umiarkowanej tolerancji, wynika to z tego, że nie tylko wiedza ma wpływ na tworzenie się postaw wobec chorych na HIV i AIDS, ale także ich osobiste odczucia i emocje.

Podsumowanie i wnioski

Postawy utrwalone są odporne na zmianę, nie ulegają łatwemu przekształceniu, co nie znaczy, że nie można ich zmienić. Ważnym elementem jest dostosowanie pozytywnych doświadczeń, przykładów, które wpływałyby na ich powolną zmianę.

AIDS nie wolno ani bagatelizować, ani demonizować, a także nie wprowadzać dezinformacji oraz uproszczeń. Całokształt świadomości społecznej na ten temat powinien opierać się na faktach i pozytywnych postawach wobec tych chorych, które służyłyby jako wzorce.

Miejmy nadzieję, że tolerancja wobec chorych na HIV i AIDS będzie identyczna jak wobec chorych na raka.

Agnieszka Szary

Ocena stanu wiedzy studentek Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy w zakresie czynników ryzyka oraz wczesnego wykrywania nowotworów gruczołu piersiowego

(Promotor: dr nauk med. Tomasz Dawiskiba)

Wstęp

Rak gruczołu piersiowego jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet w Polsce. Rocznie stwierdza się w naszym kraju około 10 tys. zachorowań.

Wiedza o raku piersi, przyczynach jego postępowania, czynnikach ryzyka oraz metodach zapobiegania i wczesnego wykrywania choroby jest sprawą podstawowej wagi dla zmniejszenia umieralności kobiet w Polsce i na świecie. Poznanie przyczyn i następstw choroby znacznie zwiększa szanse zarówno jej uniknięcia, jak i wyleczenia. Znajomość czynników ryzyka może pomóc kobietom zmienić styl życia, aby zredukować ryzyko zachorowania.

Im wcześniej choroba zostanie zdiagnozowana i będzie rozpoczęte właściwe leczenie, tym większe istnieją szanse na wyleczenie i wyzdrowienie. Dlatego tak niezmiernie ważne są znajomość objawów choroby, umiejętność samobadania, poddawanie się regularnym kontrolom lekarskim i wykonywanie określonych badań.

Cele pracy

Celem badań była ocena stanu wiedzy w zakresie czynników ryzyka oraz wczesnego wykrywania raka gruczołu piersiowego wśród studentek Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy, a w szczególności:

- zbadanie znajomości czynników ryzyka raka gruczołu piersiowego przez studentów wyższej uczelni medycznej;
- określenie źródeł wiedzy na temat raka gruczołu piersiowego;
- zbadanie znajomości technik samokontroli piersi i ich stosowanie przez studentów wyższej uczelni medycznej;

- określenie liczby studentek pielęgniarstwa, które poddają się regularnej kontroli gruczołu piersiowego u ginekologa;
- ustalenie stopnia zadowolenia studentek pielęgniarstwa ze sprawowanej opieki medycznej w Polsce pod względem profilaktyki raka gruczołu piersiowego.

Material i metodyka badań

Badania przeprowadzono wśród 100 studentek kierunku pielęgniarstwa Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy.

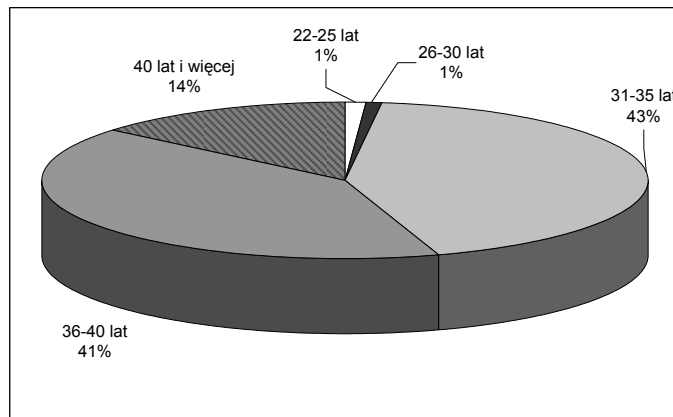
W celu przeprowadzenia badań w niniejszej pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z użyciem techniki ankietowej. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety, który został opracowany dla przedstawionego celu badań. Zawarto w nim 22 pytania. Były to zarówno pytania otwarte, pytania zamknięte, w których ankietowani mieli prawo wyboru kilku możliwych odpowiedzi. Ankieta zaopatrzona była w informację, kto i w jakim celu przeprowadza badania oraz zapewnienie o ochronie zebranych informacji.

Wyniki i omówienie badań

Charakterystyka grupy badawczej

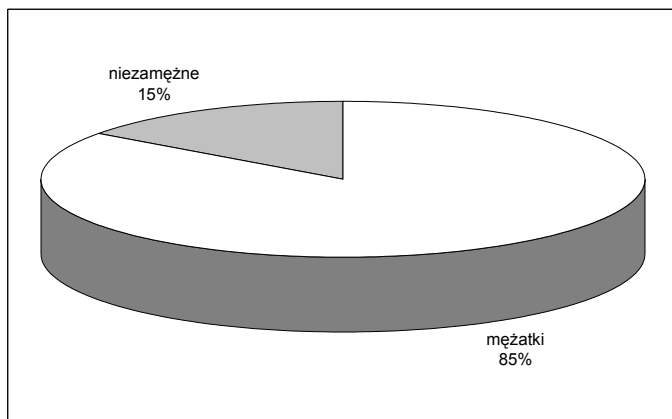
Największą grupę ankietowanych stanowiły studentki w wieku 31-35 lat, co stanowi 43% badanej grupy. W wieku 36-40 lat było 41% ankietowanych. Natomiast 15% objętych ankietą było w wieku 40 lat i więcej. Grupę ankietowanych w wieku 26-30 lat i 22-25 lat stanowił 1% objętych ankietą studentek pielęgniarstwa.

Wykres nr 1. Wiek badanej grupy studentów pielęgniarstwa

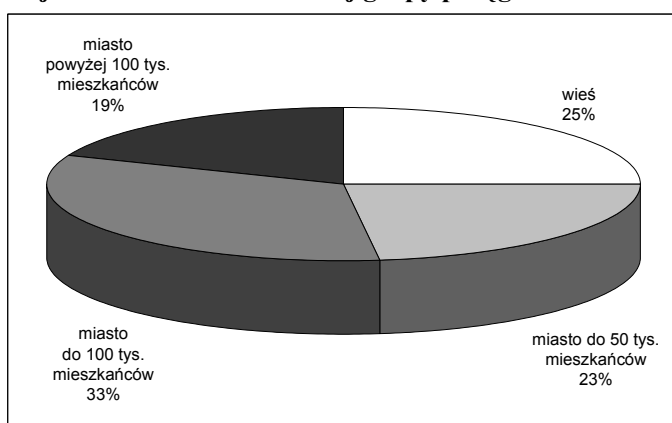


Zdecydowana większość respondentek objętych badaniem to kobiety zamężne – 85% wszystkich ankietowanych, natomiast kobiety niezamężne stanowiły 15 % badanej grupy.

Wykres nr 2. Stan cywilny badanych pielęgniarek

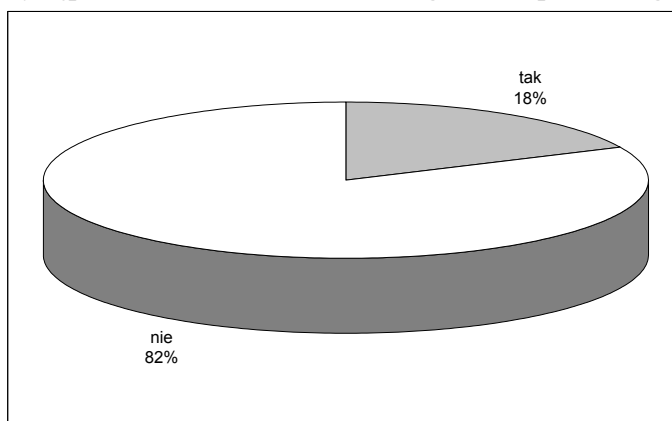


Wykres nr 3. Miejsce zamieszkania badanej grupy pielęgniarek



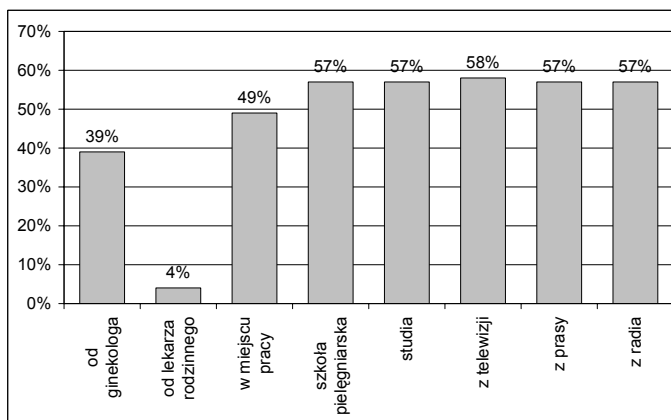
Największa grupa studentek biorących udział w badaniu ankietowym pochodzi z miasta do 100 tys. mieszkańców, tj. 33% respondentów. Kolejną grupę stanowią studentki mieszkające na wsi – 25% ankietowanych. Z miasta do 50 tys. mieszkańców pochodzi 23% objętych badaniem, natomiast 19% stanowią studentki mieszkające w mieście powyżej 100 tys. mieszkańców.

Wykres nr 4. Występowanie zachorowań na raka gruczołu piersiowego w rodzinie



W badanej grupie studentek nie występowały w rodzinie zachorowania na raka gruczołu piersiowego, deklaruje tak 82% ankietowanych. Zachorowanie w rodzinie na raka piersi wystąpiło w 18% badanej grupy.

Wykres nr 5. Źródła informacji dotyczące raka gruczołu piersiowego

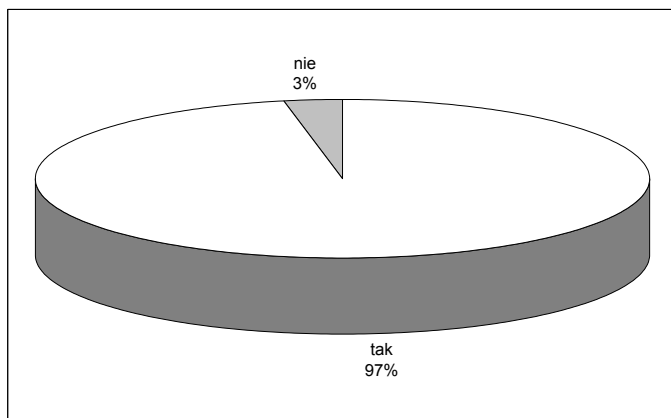


Głównym źródłem informacji dotyczących raka gruczołu piersiowego dla 57% badanej grupy studentek była szkoła pielęgniarska oraz studia wyższe. Źródłem wiedzy na temat raka sutka dla 57% ankietowanych była telewizja, radio, prasa, gdzie najczęściej zdaniem studentek porusza się zagadnienia dotyczące raka gruczołu piersiowego. Do innych źródeł przekazu informacji należą miejsce pracy – 49% ankietowanych, lekarz ginekolog – 39% badanej populacji, lekarz rodzinny – 4% badanych.

Prezentacja badań i ich omówienie.

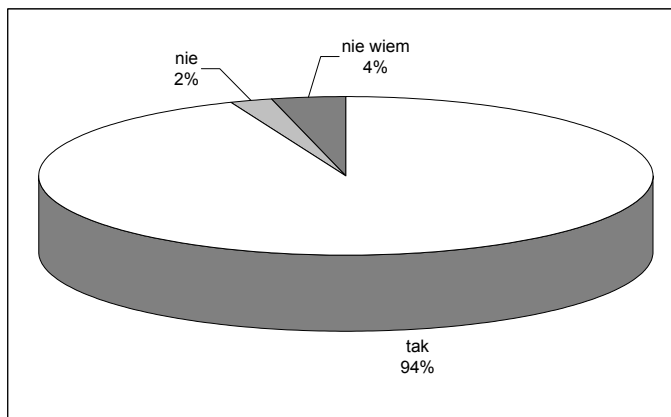
Znajomość czynników ryzyka zachorowania na raka gruczołu piersiowego zadeklarowało 97% studentek pielęgniarstwa. Tylko 3% badanej grupy stwierdziło nie zna czynników raka omawianego schorzenia.

Wykres nr 6. Znajomość czynników raka gruczołu piersiowego



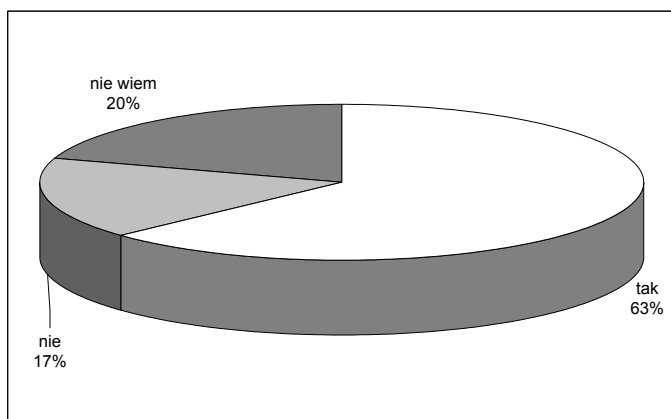
Zdecydowana większość ankietowanych studentek, bo aż 94%, uważa raka gruczołu piersiowego za chorobę uwarunkowaną genetycznie. Natomiast 4% ankietowanych nie wiedziało, czy ten nowotwór jest uwarunkowany genetycznie. Brak podłoża genetycznego tej choroby stwierdziło 2% badanej grupy.

Wykres nr 7. Zachorowanie na raka sutka jest uwarunkowane genetycznie



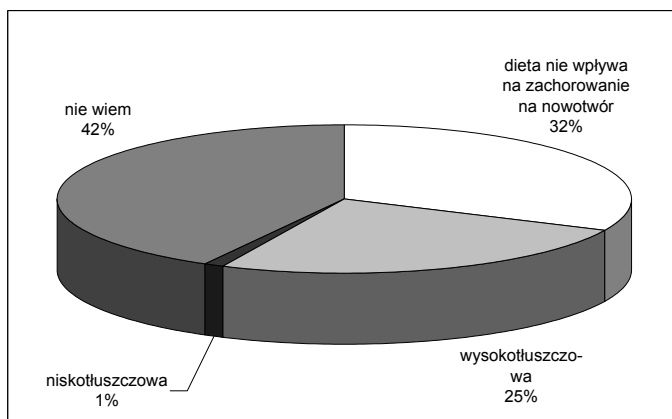
Odpowiadając na pytanie sprawdzające znajomość czynników ryzyka raka gruczołu piersiowego dotyczących palenia tytoniu, 63% ankietowanych studentek wiedziało, że palenie tytoniu zwiększa zachorowania na raka piersi. 17% badanej grupy uważało, że palenie tytoniu nie zwiększa ryzyka zachorowania. Wiedzy na ten temat nie posiadało 20% badanej populacji.

Wykres nr 8. Wiedza na temat palenia tytoniu jako czynnika wpływającego na zachorowania raka gruczołu piersiowego



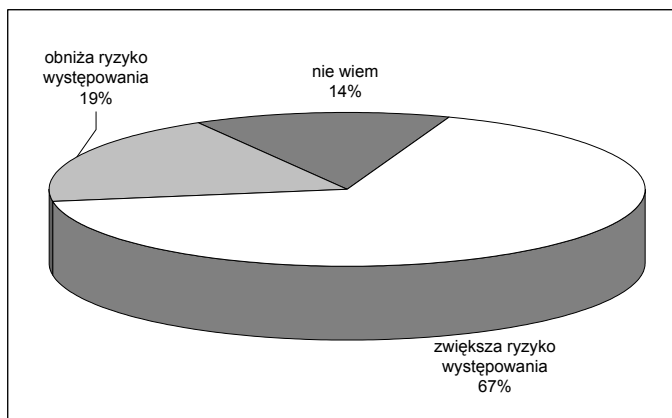
Według 25% ankietowanych studentek, dieta wysokotłuszczowa predysponuje do zachorowania na raka gruczołu piersiowego. Wyniki ankiety potwierdzają mały poziom wiedzy respondentek na temat czynników ryzyka raka sutka, ponieważ 42% studentek nie posiada wiedzy na ten temat, a 32% stwierdza, że dieta nie wpływa na zachorowanie na nowotwór.

Wykres nr 9. Które z rodzajów diet predysponują do zachorowania na raka sutka według badanych studentek pielęgniarstwa



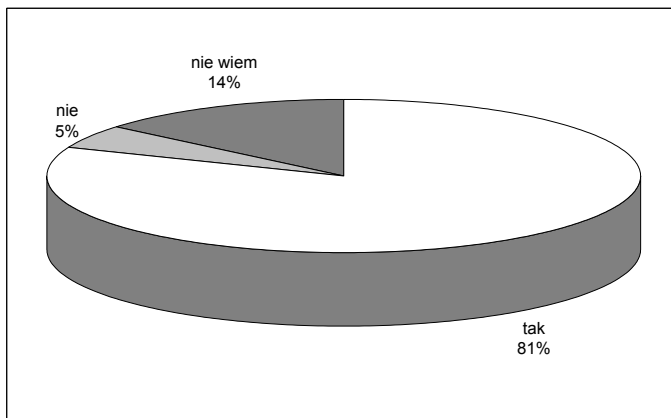
Jednym z czynników ryzyka raka gruczołu piersiowego jest wieloletnie zażywanie doustnych środków antykoncepcyjnych. Świadomość takiego czynnika ryzyka ma 67% biorących udział w badaniu studentek. Jednak 19% ankietowanych twierdzi, że doustna antykoncepcja obniża ryzyko zachorowania na raka sutka a 14% studentek nie posiada wiedzy na ten temat.

Wykres nr 10. Środki antykoncepcyjne wpływają na wzrost ryzyka zachorowania na raka piersi



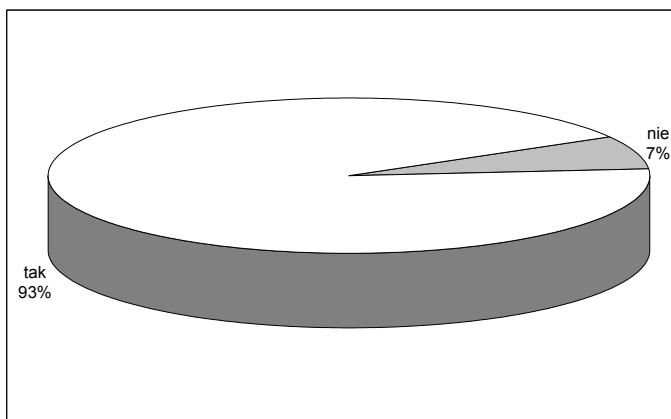
Zdania ankietowanych na temat menopauzy jako czynnika ryzyka raka gruczołu piersiowego były w większości jednomyślne, gdyż większość studentek objętych badaniem ankietowym (81%) była świadoma zwiększonego ryzyka zachorowania po wystąpieniu klimakterium. Zwiększonego ryzyka raka gruczołu piersiowego w okresie menopauzy nie uznało 5% ankietowanych. Do braku wiedzy na temat omawianego zagadnienia przyznało się 14% studentek.

Wykres nr 11. Menopauza jako czynnik zachorowania na raka gruczołu piersiowego

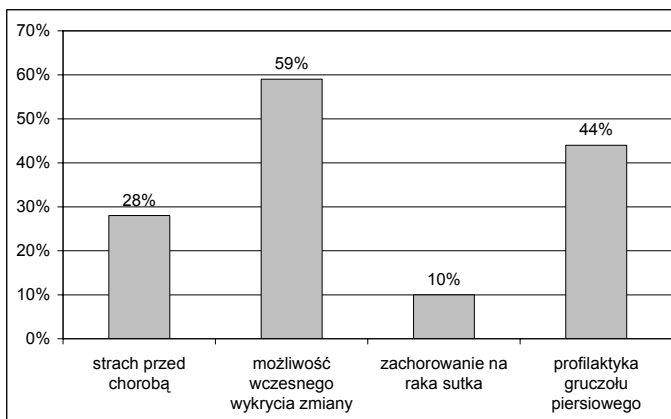


Z przeprowadzonej ankiety wynika, że 93% studentek dokonuje samokontroli piersi. Jednak 7% ankietowanej grupy stwierdza, że samokontroli piersi nie dokonuje. Wszystkie studentki objęte badaniem potwierdzają znajomość technik samokontroli badania gruczołu piersiowego.

Wykres nr 12. Dokonywanie samokontroli piersi przez studentki pielęgniarstwa



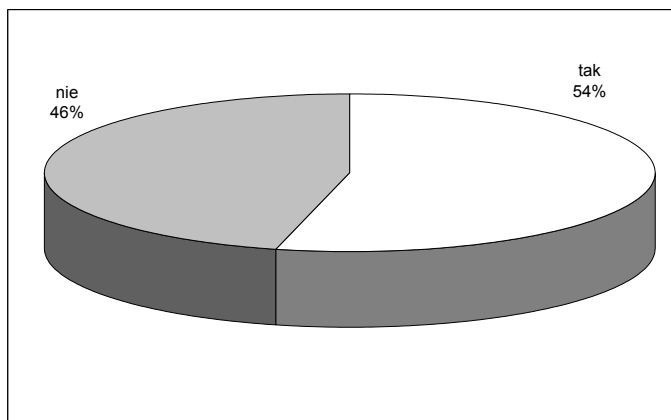
Wykres nr 13. Powody samokontroli piersi



Studentki jako powód samokontroli piersi podały: możliwość wczesnego wykrycia zmiany, co wpływa na zmniejszenie umieralności powodu raka piersi (59% ankietowanych), profilaktykę raka gruczołu piersiowego (44% studentek), strach przed chorobą (28% badanych), 10% ankietowanych studentek zadeklarowało zachorowanie na raka piersi w swoim życiu.

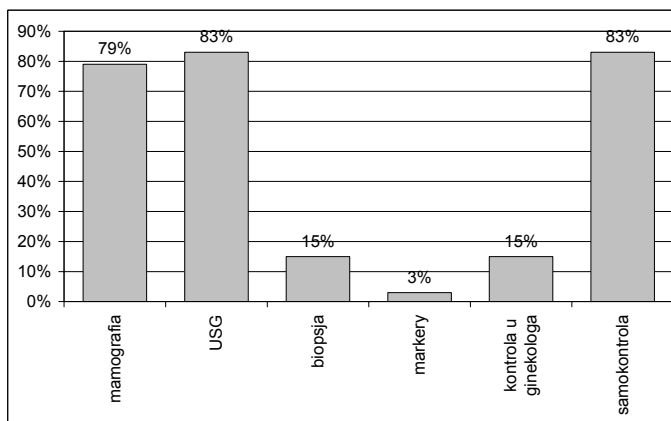
Z przeprowadzonych badań wynika, że 54% studentek poddaje się regularnej kontroli gruczołu piersiowego u ginekologa. Jednak takiej kontroli gruczołu piersiowego nie dokonuje, aż 46% ankietowanych.

Wykres nr 14. Czy poddaje się Pani regularnej kontroli gruczołu piersiowego u ginekologa:



Wśród metod wykrywania raka sutka ankietowane studentki wymieniają: badanie ultrasonograficzne USG (83% ankietowanych), samokontrolę piersi (83% badanych), mammografię (79% respondentek), biopsję (15% badanych) i kontrolę u ginekologa (15% studentek objętych ankietą).

Wykres nr 15. Najczęściej wymienione przez studentki pielęgniarstwa metody wykrywania raka sutka:

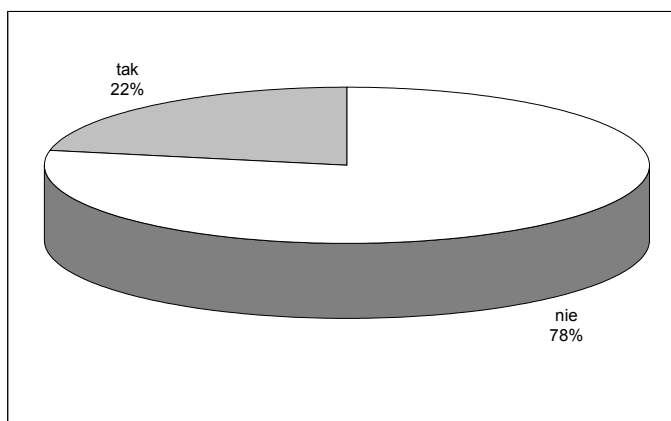


Wyniki badań potwierdziły mały poziom wiedzy na temat częstotliwości wykonywania USG, ponieważ 9% respondentek stwierdziło, że jest to uzależnione od wskazań lekarza, natomiast 53% potwierdza, że badanie to powinno być wykonywane raz w roku. 19% badanej grupy potwierdza niewiedzę na ten temat, a znaczna część podaje błędne odpowiedzi.

Większą wiedzę posiada badana grupa studentek na temat wykonywania mammografii. Znaczna grupa, bo 49% ankietowanych stwierdza, że badanie to dokonuje się co 2 lata u kobiet po 40 roku życia. Natomiast 22% deklaruje, że badanie mammograficzne wykonuje się co roku u kobiet powyżej 50 roku życia. Jednak aż 29% studentek potwierdza niewiedzę na ten temat.

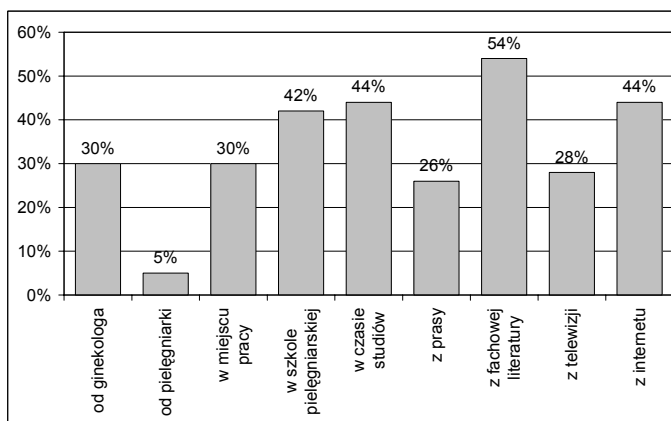
W badanej grupie 57% studentek dokonało badania USG piersi, jednak aż 43% takiego badania nie wykonywało.

Wykres nr 17. Badanie mamograficzne wśród studentek pielęgniarstwa



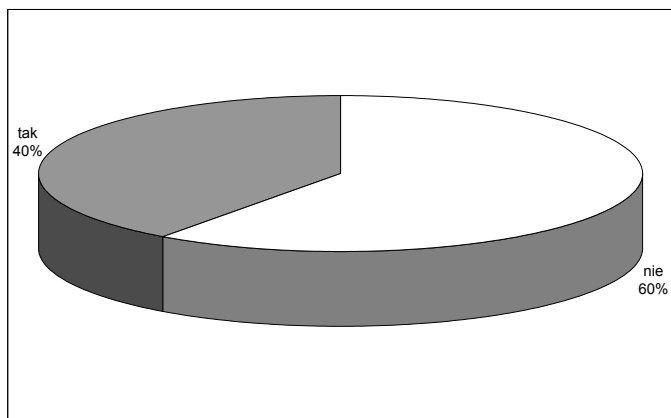
Z przeprowadzonych badań wynika, że tylko 22% ankietowanych studentek poddało się badaniu mammograficznemu, natomiast 78% badanych nie wykonało takiego badania.

Wykres nr 18. Źródła informacji na temat badania gruczołu piersiowego



Jak wynika z przeprowadzonych badań ankietowych wiedzę na temat badania gruczołów piersiowych 54% badanych uzyskało z fachowej literatury, 44% respondentek zdobyło w czasie studiów, 42% studentek nabyło w szkole pielęgniarstwa. Respondentki podały jako źródło wiedzy również miejsce pracy (30% badanych), lekarza ginekologa (30% ankietowanych), telewizję (28% ankietowanych), prasę (26% studentek), Internet (11% respondentek) oraz pielęgniarkę (5% badanych)

Wykres nr 19. Zadowolenie studentek ze sprawowanej opieki nad kobietami pod względem profilaktyki raka gruczołu piersiowego:



Na pytanie „Czy jest Pani zadowolona ze sprawowanej w Polsce opieki nad kobietami pod względem profilaktyki raka gruczołu piersiowego?” zdecydowana większość studentek udzieliła odpowiedzi negatywnej (60% badanych), natomiast zadowolenie deklarowało 40% ankietowanych.

Dyskusja

Od ponad 40 lat na całym świecie obserwuje się stały, dynamiczny wzrost zachorowalności na raka piersi. Rocznie na świecie stwierdza się około milion nowych przypadków, z czego 1/2 dotyczy kobiet w Północnej Ameryce i Europie (bez Rosji), podczas gdy stanowią one niemal 18% wszystkich kobiet świata. Ogólnie wyższą zachorowalność obserwuje się w krajach wysoko rozwiniętych.

W Polsce umieralność na nowotwory jest bardzo duża i znacznie większa niż w krajach wysoko rozwiniętych. Jedną z przyczyn jest ograniczona dostępność badań genetycznych, umożliwiających diagnozowanie predyspozycji do zachorowań na nowotwór, co powoduje, że w ponad 50% nowo rozpoznanych przypadków raka gruczołu piersiowego zalicza się do stadiów zaawansowanych, a tylko około 20–30% do pierwszego stopnia zaawansowania.

Dla porównania, w Stanach Zjednoczonych rak gruczołu piersiowego w pierwszym stopniu zaawansowania stanowi 50–60% przypadków, a w Szwecji aż 80%. Szacuje się, że jeśli w Polsce nie wprowadzi się powszechnej profilaktyki, w tym także badań genetycz-

nych, to w roku 2010 na nowotwór sutka zachoruje ponad 17 tysięcy kobiet, z których ponad 6 tysięcy umrze. Prawie 50% śmiertelność związana z rakiem sutka będzie głównym problemem zdrowotnym kobiet w najbliższej przyszłości. Jest to proces postępujący, a tym samym bardzo niepokojący, świadczący o małej efektywności systemu wczesnego wykrywania raka gruczołu piersiowego w Polsce.

Grupa ekspertów, powołana przez Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego (PTG) w celu przygotowania rekomendacji dotyczącej profilaktyki i wczesnej diagnostyki zmian w gruczole sutkowym zwróciła uwagę na następujące problemy:

- profilaktykę chorób sutka oraz bezwzględną konieczność poprawy wczesnej wykrywalności zmian;
- istotnej roli ginekologów i położników w powyższej problematyce.

Niezależnie od samodzielnej kontroli piersi, badanie gruczołów piersiowych u kobiet lekarz rodzinny lub lekarz ginekolog powinien przeprowadzać przynajmniej raz w roku. W badanej grupie 54% studentek poddaje się regularnej kontroli gruczołu piersiowego u ginekologa, a 46% badanych nie dokonuje takiej kontroli.

W Polsce zaledwie 5% kobiet poddaje się badaniom mammograficznym i aż 70% kobiet świadomie zaniebuje wizytę u lekarza mimo stwierdzenia w czasie samokontroli niepokojących zmian w sutkach. W ankietowanej grupie tylko 57% studentek miało wykonane badanie ultrasonograficzne piersi, a aż 78% objętych ankietą deklaruje, że nie wykonywało mammografii.

Niepokojącą informacją wynikającą z badań jest fakt niewypełniania swojej edukacyjnej roli przez profesjonalistów. Znikomym źródłem przekazu informacji na temat raka gruczołu piersiowego był lekarz rodzinny – 4% ankietowanych i lekarz ginekolog – 39% objętych badaniem studentek. Pocieszającym jest fakt, iż rolę tę spełniają w badanej grupie nauczyciele – lekarze w szkołach pielęgniarских i uczelniach wyższych – 57% respondentek.

Zdaniem dyrektora generalnego Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*), Gro Harlem Brundtland, poziom poprawy sytuacji pacjentów ze schorzeniami nowotworowymi w danym kraju nie zależy od jego zasobów i środków, ale raczej od sposobu zorganizowania oraz dobrego zarządzania programami walki z nimi. Zdaniem Brundtland, zbyt często profilaktyka pierwszego stopnia jest lekceważona, a zasadniczy akcent stawia się na terapię. Powyższe stwierdzenia opublikowano w Raporcie WHO w dokumencie pod tytułem „Narodowe programy kontroli raka: wytyczne odnośnie polityki i zarządzania”, wydanym w lipcu 2002 roku.

Analizując przedstawione treści koniecznym do podjęcia działań, mogących wpłynąć na zmniejszenie zachorowalności na raka sutka oraz jego wykrywanie w jak najwcześniejszym stadium zaawansowania jest wprowadzenie dokładnych standardów nadzorowania jakości badań skryningowych gruczołu piersiowego i programów szczegółowego nadzoru wszystkich masowych badań profilaktycznych, a następnie praktyczne korzystanie z wniosków wpływających z prowadzenia tego typu akcji.

Skonsolidowanie działań edukacyjno-profilaktycznych pracowników ochrony zdrowia mogłoby przynieść wymierne skutki w poprawie poziomu wiedzy i świadomości młodego pokolenia, co powinno wpłynąć na subiektywnie wysoki poziom odpowiedzialności za własne zdrowie. Etiopatogeneza raka gruczołu piersiowego nie jest jeszcze w pełni znana. Wśród wielu czynników predysponujących do rozwoju nowotworów piersi istotne znaczenie odgrywa zachorowanie na raka sutka w najbliższej rodzinie, napromieniowanie, środki antykoncepcyjne, regularne spożywanie alkoholu, dieta wysokotłuszczowa, bezpłodność i samotność. W badanej grupie studentki znają czynniki ryzyka zachorowania raka gruczołu piersiowego, deklaruje tak 97% ankietowanych. Według 94% badanych studentek zachorowanie uwarunkowane jest genetycznie, a jednym z czynników ryzyka jest menopauza – 81% ankietowanych, środki antykoncepcyjne – 67% badanych. Najmniej znanym czynnikiem ryzyka zachorowania na raka gruczołu piersiowego jest dieta wysokotłuszczowa, gdyż 32% ankietowanych stwierdziło, że dieta nie wpływa na zachorowanie, a 42% studentek nie wie nic na ten temat.

W zapobieganiu i wczesnym wykrywaniu zmian w obrębie gruczołu piersiowego konieczna jest aktywna postawa pacjentek. W badanej grupie wszystkie studentki dokonują samokontroli piersi. Wśród głównych powodów dokonywania samokontroli podają możliwość wczesnego wykrycia zmiany w piersi – 59% studentek i profilaktykę gruczołu piersiowego – 44% badanych.

Mammografię najczęściej wykonuje się w ramach badań profilaktycznych, na co wskazuje 79% ankietowanych studentek. Jednak 78% respondentek nie dokonało jeszcze tego badania. Studentki posiadają również małą wiedzę na temat dokonywania badania USG piersi. Jednak 57% objętych ankietą dokonało badania ultrasonograficznego piersi.

Rak piersi jest jednym z najlepiej poznanych nowotworów, a co za tym idzie medycyna coraz lepiej radzi sobie z przewyciężeniem tej choroby.

Z uwagi na liczbę zachorowań na raka piersi przeprowadzono wiele badań, które pokazały, w jaki sposób można skuteczniej walczyć z tą chorobą. Najważniejsza jest wczesna diagnoza. Udowodniono, że wykrycie raka we wczesnym stadium zaawansowania (gdy guz ma mniej niż 1 cm oraz nie ma przerzutów do węzłów chłonnych), pozwala na wyleczenie ponad 90% pacjentek.

Wyniki badań pokazują, że kobiety wykonujące mammografię profilaktycznie (zanim pojawią się widoczne objawy choroby) żyją dłużej niż kobiety, które takiego badanie nie wykonują regularnie. W różnych krajach stosuje się różne schematy profilaktycznych badań mammograficznych. Jest to związane z poziomem finansowania opieki zdrowotnej, stanem świadomości zdrowotnej społeczeństwa oraz dostępem do aparatury.

Udowodniono, że regularnie wykonywana mammografia wydłuża życie u kobiet pomiędzy 50 a 70 rokiem życia. Specjaliści mają różne zdania jak często powinny być one wykonywane (od roku do trzech lat). Kobiety z grup podwyższonego ryzyka powinny wykonywać mammografię wcześniej. Nie ma dolnej granicy wieku, w którym badanie powinno być wykonane.

Badana grupa studentek wiedzę na temat badania gruczołu piersiowego uzyskała z fachowej literatury – 54% ankietowanych, w czasie studiów – 44% studentek, w szkole pielęgniarstwa – 42% badanych. Innymi źródłami wymienianymi przez studentki jest lekarz ginekolog – 30% ankietowanych, miejsce pracy – 30% respondentek, telewizja – 28% badanych, prasa – 26% studentek wyższej uczelni medycznej.

W Polsce nie ma jeszcze ogólnopolskiego programu wczesnego wykrywania raka piersi (skrinningu). Prowadzone są różne programy, najczęściej o charakterze regionalnym. Dwa lata temu został uchwalony „Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych”, który ma poprawić efektywność leczenia chorób nowotworowych w Polsce. W ostatnim roku Narodowy Fundusz Zdrowia prowadzi program wczesnego wykrywania raka piersi, ale nie ma on charakteru badania skriningowego. Obejmuje on kobiety pomiędzy 50 a 69 rokiem życia, które w ciągu ostatnich 2 lat nie miały wykonanego badania mammograficznego. Kobiety mogą zgłosić się na badanie bez skierowania od lekarza do ośrodka, który ma podpisany kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia. Jednak kobiety muszą same pamiętać o obowiązku mammografii i zgłaszać się do placówek medycznych w celu jej przeprowadzenia – stanowi to podstawę nowoczesnych badań przesiewowych.

Wnioski

Wyniki przeprowadzonych badań skłaniają do sformułowania następujących wniosków:

Zdecydowana grupa studentów wyższej uczelni medycznej zna czynniki ryzyka raka gruczołu piersiowego. Źródłem informacji na temat raka gruczołu piersiowego dla badanej grupy była szkoła pielęgniarstwa, studia, telewizja i prasa. Wszystkie ankietowane studentki znają techniki samokontroli piersi i systematycznie je stosują w praktyce. Ponad połowa studentek pielęgniarstwa poddaje się regularnej kontroli gruczołu piersiowego u lekarza ginekologa. Większość studentek pielęgniarstwa nie jest zadowolona ze sprawowanej w Polsce opieki nad kobietami pod względem profilaktyki raka gruczołu piersiowego, powodem jest ograniczony dostęp do badań profilaktycznych umożliwiających diagnozowanie predyspozycji do zachorowania na raka piersi. Edukacja zdrowotna obniża poziom lęku przed chorobami nowotworowymi i powinna być integralną częścią działań profilaktycznych z rakiem piersi.

Wiesława Wętyczko

Rola pielęgniarki w edukacji pacjenta z cukrzycą typu 2

(Promotor: mgr piel. Danuta Wałęga-Szych)

Cukrzyca jest chorobą społeczną, dotyczy osób w każdym wieku, powoduje inwalidztwo i przedwczesną śmierć w wyniku powikłań. Obecnie w Polsce choruje na cukrzycę około 1,5 miliona ludzi. Przewiduje się, że w roku 2010 na cukrzycę zachoruje na świecie 239,3 miliona ludzi, tym samym cukrzyca stanie się jedną z najpoważniejszych chorób społecznych.

Zachorowanie na cukrzycę wzrośnie ze względu na:

- starzenie się społeczeństwa,
- diabetogeny wpływ leków stosowanych w leczeniu chorób towarzyszących,
- złe nawyki żywieniowe bogatego społeczeństwa,
- zmniejszenie aktywności fizycznej,
- rozwój opieki zdrowotnej, co spowoduje mniejszą umieralność spowodowaną zaburzeniami metabolicznymi.

Celem niniejszej pracy było ukazanie roli pielęgniarki jako edukatorki oraz wskazanie jak ważna w leczeniu i zapobieganiu powikłaniom cukrzycy jest edukacja chorego. Osoby chore na cukrzycę typu 2 wymagają indywidualnego podejścia edukacyjnego. Z uwagi na złożoność przebiegu choroby, prognozowanym wzrostem zachorowań stanowi ona poważny problem zarówno medyczny jak i społeczny.

Etiopatogeneza, objawy, postaci, leczenie, powikłania w cukrzycy w świetle dostępnej literatury

Cukrzyca typu 2 stanowi 85% wszystkich zachorowań. Ujawnia się zwykle pomiędzy 35 a 40 rokiem życia, jest nazywana cukrzycą niezależną od insuliny. Na tę postać cukrzycy chorują przeważnie osoby otyłe i te osoby, które mają tkankę tłuszczową zgromadzoną w okolicy brzucha. W cukrzycy typu 2 nie dochodzi do całkowitego niedoboru insuliny, dlatego poziom glukozy we krwi rośnie powoli i organizm powoli przystosowuje się do coraz większego stężenia glukozy we krwi. Z tego powodu objawy są mało nasilone i rozpoznawanie trudniejsze.

Ponad połowa chorych na cukrzycę typu 2 nie zgłasza żadnych objawów. Objawy przy hiperglikemii chory zaczyna odczuwać przy poziomie glikemii powyżej 200 mg/dl. W cu-

krzycy typu 2 objawy mogą być dokuczliwe, odczuwalne przez chorego dopiero nawet po kilku latach trwania procesu chorobowego.

Aby jakość życia pacjenta z cukrzycą typu 2 była jak najlepsza, nieodzownym jest nauczenie chorego funkcjonowania z chorobą w życiu codziennym, pracy zawodowej, rodzinie, społeczeństwie – przy optymalnej, dobranej dla chorego metodzie leczenia.

Uświadomienie choremu objawów hipo- i hiperglikemii oraz sposobów jej zapobiegania pozwoli choremu na lepsze radzenie sobie z chorobą.

Edukacyjna rola pielęgniarki

Edukacja to zarówno krótka informacja, instruktaż, ale i też działania oparte na rozpoznaniu braku wiedzy umiejętności pacjenta zorientowanego na cel. Na te czynności składa się planowanie, realizacja i ocena wykonania.

Systematyczna edukacja powinna pomagać w podejmowaniu decyzji sprzyjających utrzymaniu zdrowia, co zmniejszy wpływ czynników podwyższających ryzyko zachorowania na cukrzycę typu 2.

W nowoczesnym leczeniu cukrzycy to pacjent dzięki zdobytej wiedzy prowadzi swoje leczenie samodzielnie, modyfikując dawki leków oraz pory wstrzyknięć insuliny w zależności od aktualnego przebiegu glikemii. Do takiego typu leczenia konieczne jest, aby pacjent był dobrze wyedukowany, jeżeli ma jakiegokolwiek wątpliwości, zwraca się do lekarza z prośbą o modyfikację leczenia.

Edukacja pacjenta z cukrzycą powinna przede wszystkim zmotywować go do leczenia, wyjaśnić, na czym polega choroba, wytłumaczyć zależność między posiłkiem, glikemią a insuliną. Pacjent powinien znać działanie zarówno doustnych leków przeciwcukrzycowych, jak i działanie insuliny. Chory powinien dobrze opanować obsługę glukometru oraz wstrzykiwacza do insuliny. Pacjent musi być edukowany ciągle, w celu utrwalenia wiadomości oraz w celu zdobywania nowych wiadomości.

Osoba edukująca chorego przy wyborze metod i środków edukacyjnych kieruje się możliwościami intelektualnymi chorego.

Do głównych zadań pielęgniarki pełniącej rolę edukatora należy:

- przekazanie pacjentowi wiedzy,
- przekazanie pacjentowi umiejętności,
- zmotywowanie do leczenia.

Przed przystąpieniem do edukacji pacjenta należy:

- ustalić indywidualne cele i potrzeby pacjenta,
- określić warunki socjalne i rodzinne chorego i jego rodziny,
- określić warunki w miejscu pracy,
- wciągnąć do edukacji rodzinę chorego,
- wyrobić nawyk planowania i realizowania planu dnia,
- zachęcić do zdobywania wiedzy i kontrolowania swojej choroby.

Metody i techniki stosowane przez pielęgniarkę w edukacji chorych na cukrzycę typu 2

Edukacja pacjenta powinna być zróżnicowana w zależności od tego, na jakim etapie chory się znajduje. Literatura przedmiotu podaje pięć etapów stanów psychicznych chorego.

Etap I to okres buntu, ilość informacji należy ograniczyć do minimum, ponieważ chory kieruje się głównie emocjami i nie jest w stanie racjonalnie myśleć o chorobie.

Etap II to okres agresji i walki, obwinianie otoczenia za fakt zachorowania. Na tym etapie najważniejsze są działania redukujące napięcie i podtrzymujące psychicznie chorego.

Etap III to okres rezygnacji, jest to najtrudniejszy etap. Wymaga on nawiązania kontaktu emocjonalnego z pacjentem.

Etap IV to okres, w którym każda decyzja lekarza przyjmowana jest z krytycyzmem i rezerwą.

Etap V jest okresem akceptacji, następuje tu sprawna wymiana informacji między pacjentem a zespołem terapeutycznym. Pacjent jest już zdolny do analizowania informacji, a dzięki samokontroli uzyskuje samodzielnie praktyczne wskazówki, co do dalszej terapii.

Osoby chorujące na cukrzycę mogą być edukowane indywidualnie lub grupowo, w małych 6-10 osobowych grupach, dobranych według wieku, charakterystyki choroby, celów i metod leczenia. Edukacja to nie tylko przekazanie wiedzy i umiejętności, ale także działania mające na celu zmniejszenie lęku spowodowanego chorobą oraz wytworzenie nowych wartości.

Pielęgniarka w pracy z chorym ma do wyboru następujące metody edukacyjne:

- wykłady,
- pogadanki,
- dyskusje,
- pokazy z omówieniem,
- praktyczne działanie w sytuacji problemowej.

Wszystkie wymienione metody należy stosować podczas edukacji chorych na cukrzycę, aby jak najwcześniej zauważyć objawy zespołu „wypalenia terapeutycznego”.

Zespół „wypalenia terapeutycznego” pojawia się u 30-40% chorych na cukrzycę, najczęściej u ludzi młodych. Chorzy ci uciekają od problemów leczenia cukrzycy, zajmują się zastępczymi sprawami, medycyną niekonwencjonalną. Może u nich pojawić się jadłowstręt lub napadowa „żarłoczność”.

Aby wcześniej wykryć zespół „wypalenia terapeutycznego” pacjent musi odpowiedzieć sobie na pytania:

- Czy czujesz, że cukrzyca „kontroluje” twoje życie?
- Czy czujesz wrogość do opieki diabetologicznej?
- Czy czujesz się samotny i nikt cię nie rozumie?

- Czy czujesz przeciążenie z powodu rygorystycznego trybu życia, który nie przynosi oczekiwanych celów?
- Czy zaniedbujesz badania i wizyty u lekarza?
- Czy masz nadzieję na poprawę?

Aby usunąć zespół „wypalenia terapeutycznego” należy na nowo wynegocjować z lekarzem nowe, realistyczne i indywidualne cele leczenia. Należy przeanalizować przyczyny powstania wrogości w stosunku do cukrzycy i do opieki diabetologicznej.

Wnioski

Z przeprowadzonej analizy literatury przedmiotu wynikają następujące wnioski:

1. Prawidłowo prowadzona edukacja chorych z cukrzycą typu 2 jest istotnym elementem w procesie terapeutycznym.
2. Prognozowane zwiększenie zachorowań na cukrzycę typu 2 stanowi nowe wyzwanie dla opieki medycznej.
3. Pacjenci, którzy mają aktywną postawę wobec swojej choroby, mają lepsze wyniki w jej leczeniu.
4. Pacjent chory na cukrzycę potrzebuje akceptacji i wsparcia zarówno ze strony rodziny, jak i zespołu terapeutycznego.
5. Rola pielęgniarki w pracy z chorymi na cukrzycę to nie tylko edukacja, ale to także upowszechnianie profilaktyki.

Jolanta Małgorzata Siedlecka

Pielęgowanie i edukacja chorego ze stomią jelitową

(Promotor: dr nauk med. Jolanta Bielawska)

Pacjent, u którego w wyniku zabiegu operacyjnego wyłoniono brzuszny odbył, zostanie objęty profesjonalną opieką pielęgniarską celem przygotowania do samodzielnego radzenia sobie z potrzebami fizjologicznymi i zmianami czynności swego ciała. Chory podczas hospitalizacji zdobędzie odpowiedni zasób wiedzy, umiejętności i motywacji, niezbędny do sprawowania samokontroli i samopielęgnacji w warunkach domowych. Podjęte działania zapewnią pacjentowi komfort bio-psycho-społeczny oraz wpłyną w znaczący sposób na poprawę jakości życia po zabiegu operacyjnym mimo występujących ograniczeń.

Pielęgnacja chorych po zabiegu wyłonienia przetoki jest trudna i złożona ze względu na różnie długi okres adaptacji do nowej sytuacji życiowej i ilości oraz natężenia pojawiających się problemów pielęgnacyjnych.

Człowiek, który dowiaduje się, że po operacji jakiś czas lub na zawsze będzie miał stomię, może przeżywać różne stany psychiczne. Myślenie i odczuwanie przepełnia złość, żal, rozpacz. Może pojawić się poczucie pustki i bezsensu życia. Niektórzy chorzy mają wrażenie nierzywistości życia.

Operacja zawsze powoduje u człowieka chorego stres. Kontakt z chirurgiem odmienia życie, po operacji pozostaje trwały ślad. Wiele osób dzieli swoje życie na przed i po operacji. Osoby oczekujące na wytworzenie stomii mają dodatkowe obawy o przyszłe życie: czy worek będzie widoczny pod ubraniem, czy będzie szczelny, co dalej z pracą, jak przyjmie mnie rodzina i znajomi.

W dzisiejszych czasach ze stomią można żyć i cieszyć się życiem. Podstawowym zadaniem, jakie staje przed człowiekiem po operacji jest oswojenie się ze stomią. W adaptacji do nowych warunków życia najważniejsze są: nauka samoobsługi i zrozumienia, jak pracuje teraz przewód pokarmowy oraz co to jest stomia.

Kiedy zmiana woreczka przestaje być niepojętą sztuką, okazuje się, że stomia nie jest kaleczeń. Ograniczenie stanowi nie stomia, lecz brak nadziei, bezradność, strach. To co na początku jest przyczyną smutku i załamania, mobilizuje do takich rzeczy, o które człowiek siebie nie podejrzewał. Źródłem siły jest obiektywna wiedza o stomii oraz opanowanie samoobsługi. Są to podstawy optymizmu i radzenia sobie w życiu ze stomią.

Podjęmowane czynności pielęgnacyjne są nakierowane na zabezpieczenie i kontrolę podstawowych czynności życiowych, zwalczanie bólu, kontrolę opatrunku, kontrolę występowania niebezpiecznych objawów, takich jak wymioty, które zagrażają choremu zachłyśnięciem.

Zabiegi pielęgnacyjne obejmują prowadzenie toalety chorego, podawanie leków, wykonywanie zaleconych opatrunków, rehabilitację psychofizyczną.

Model opieki nad pacjentem wg Polskiego Klubu Koloproktologii

Polski Klub Koloproktologii opublikował „Rekomendacje” odnośnie do opieki nad chorym ze stomią. „Rekomendacje” obejmują okres przedoperacyjny, śródoperacyjny i pooperacyjny. Wdrożenie do praktyki klinicznej właściwego modelu opieki nad pacjentem ze stomią przyczyni się do:

- poprawy jakości życia pacjentów,
- skrócenia pobytu pacjentów w szpitalu,
- zmniejszenia częstości powikłań pooperacyjnych,
- eliminacji dodatkowych operacji i ponownych przyjęć do szpitala,
- ograniczenia zużycia i lepszego wykorzystania przez pacjentów sprzętu stomijnego.

Według tego modelu proces pooperacyjnej adaptacji pacjenta do stomii zależy od wielu czynników, takich jak:

- choroba podstawowa,
- sylwetka i kondycja psychofizyczna pacjenta,
- umiejętność radzenia sobie w trudnej sytuacji,
- zasób wiedzy i umiejętności praktycznych w zakresie pielęgnacji stomii,
- wsparcie ze strony rodziny, poradni stomijnej i grup samopomocy.

Nauczycielami i instruktorami, którzy pomogą skorzystać pacjentowi z modelu opieki, są:

- chirurg, który wykonał stomię,
- doświadczony psycholog kliniczny,
- pielęgniarzka, najlepiej stomijna, posiadająca certyfikat lub licencję,
- dietetyk z licencją,
- wolontariusze stomijni, najlepiej osoby ze stomią i dobrze do niej zaadaptowane.

Opieka nad pacjentem ze stomią obejmuje trzy okresy:

- przedoperacyjny (okres diagnozowania chorego i przygotowania do zabiegu operacyjnego),
- śródoperacyjny (prawidłowe wykonanie brzuszego odbytu i zaopatrzenie na stole operacyjnym w sprzęt stomijny),
- pooperacyjny (przygotowanie chorego do samoopieki).

Odpowiednio zaopatrzona i pielęgnowana przetoka nie stanowi żadnej przeszkody w podjęciu normalnej aktywności towarzyskiej i zawodowej. Sprzęt najnowszej generacji jest niewidoczny pod ubraniem, szczelny i dyskretny. Umożliwia normalne funkcjonowanie na co dzień, bez narażania się na przykre niespodzianki.

Aktywność towarzyska i społeczna opiera się na wzajemnych relacjach. Zabieg operacyjny wyłonienia stomii ratuje życie, ale przynosi zmiany w wyglądzie i funkcjonowaniu ciała. Pacjent może doświadczyć nowych odczuć, emocji, może postrzegać siebie inaczej niż do tej pory. Przyzwyczajenie się do zmiany wizerunku wymaga czasu. Choremu towarzyszy uczucie smutku, żalu. Obawa przed powiedzeniem rodzinie, sąsiadom, współpracownikom o stomii jest całkiem naturalna. Adaptacja pozwala osobom ze stomią czuć się nadal pełnowartościowymi ludźmi.

Stomia nie powinna mieć żadnego negatywnego wpływu na życie rodzinne, zawodowe, chęć uprawiania sportu i współżycie seksualne. Osoba ze stomią może spokojnie uprawiać sporty, które sprawiały jej przyjemność przed operacją. Wyjątek stanowią tutaj jedynie te rodzaje sportów, w których wymagania natury czysto fizycznej są zbyt wielkie, np. boks, zapasy, judo czy karate. Stomicy mogą organizować piesze wycieczki, jeździć na rowerze, nartach i pływać. W czasie pływania godne polecenia jest pozostawienie na skórze sprzętu stomijnego bez obawy o wystąpienie nieszczelności.

Przy zastosowaniu nowoczesnego sprzętu stomijnego nie ma żadnych ograniczeń co do sposobu ubierania się. Zaopatrzenie stomijne jest miękkie, płaskie i łatwo adaptuje się do powierzchni skóry wokół stomii. Daje więc pacjentom poczucie bezpieczeństwa w każdej sytuacji.

W okresie rekonwalescencji pacjent jest w stanie powrócić do normalnego życia, do poprzedniego zajęcia pod warunkiem, że nie jest to praca zbyt ciężka fizycznie i wymagająca stałego pochylania się oraz (w przypadku ileostomii) praca w wysokiej temperaturze.

Naturalną reakcją na fakt wyłonienia stomii może być odczuwanie przygnębienia i żalu, dlatego konieczny jest czas przyzwyczajania się do zmienionego, ale nie tak znowu innego obrazu własnego ciała – ciała ze stomią. Naturalne są również niepokoje, czy obawy dotyczące wydolności seksualnej, atrakcyjności ciała, wystąpienia ewentualnego bólu, czy też brak zainteresowania życiem intymnym.

Właśnie w pokonywaniu lęków i obaw pomocni mogą okazać się: chirurg, pielęgniarka stomijna, psycholog, seksuolog. Warto jest pokonać wstyd i w razie wystąpienia problemów, zwrócić się o poradę.

Po powrocie do domu dla osoby ze stomią ważniejsze mogą okazać się trudności w przystosowaniu do nowych warunków niż doznania seksualne. Dla jego partnera zaś powrót – powrót do zdrowia współmałżonka – może być ważniejszy niż własna przyjemność seksualna.

Stomia nie przekreśla szans na posiadanie dziecka. Funkcjonuje ona prawidłowo i zwykle nie stanowi to żadnego problemu. Utrudniona może być natomiast, z powodu dużego brzucha, wymiana sprzętu stomijnego. Dlatego w czasie codziennych zabiegów higienicznych związanych z przetoką dobrze jest wspomóc się lustrem. Przy powiększaniu się macicy dochodzi czasem do przesuwania się jelit, co wiąże się z uczuciem dyskomfortu. Jeśli występują zaparcia, może pojawić się ból w postaci kolki. Odpowiednia dieta i duża ilość płynów najczęściej wystarczają, aby rozwiązać ten problem.

Stomia nie jest przeciwwskazaniem do urodzenia dziecka siłami natury. Najlepiej, aby poród odbywał się w tym samym szpitalu, w którym przeprowadzono operację wyłonienia przetoki. Powinien w nim uczestniczyć ginekolog, który opiekował się ciężarną w czasie całej ciąży oraz chirurg, który wyłonił stomię (o ile zachodzi potrzeba wykonania cięcia cesarskiego).

Ocena stanu wiedzy pacjenta i poprawa motywacji

Stan wiedzy pacjenta z brzuszny odbytem pielęgniarka ocenia codziennie. Jeżeli zachodzi potrzeba wymiany worka stomijnego kilka razy w ciągu dyżuru, ma możliwość obserwowania pacjenta i jego postępów. Postępy dotyczą nie tylko precyzji i techniki zmiany worka, ale także wiedzy ogólnej na temat stomii.

Pielęgniarka nawiązuje często rozmowy z chorym, aby nie czuł się skrępowany, robi to w odosobnieniu, np. na sali zabiegowej. Jeżeli pacjent wykazuje chęci do samoobsługi, pielęgniarka tylko mu pomaga i ewentualnie instruuje, delikatnie zwracając uwagę na popełniane błędy. Za każdy postęp, który wykona pacjent pielęgniarka go chwali. Motywuje go to do dalszego działania i pogłębiania swojej wiedzy.

Personel medyczny jest zobowiązany dostarczyć pacjentowi broszur i poradników na temat stomii. Pielęgniarka udziela choremu wyczerpujących odpowiedzi na każde pytanie.

Jeżeli na oddziale leżą inni pacjenci, którzy rozmawiają o stomii swobodnie, pielęgniarka za zgodą pacjentów może zainicjować ich spotkanie i rozmowę. Wspólne problemy zbliżają pacjentów do siebie i pokazują, że nikt nie jest pozostawiony sam sobie.

Sprawdzając wiedzę chorego, pielęgniarka może poprosić go, aby wymienił sprzęt potrzebny do irygacji, lub aby zgromadził odpowiedni sprzęt stomijny. Stomik powinien znać akcesoria stomijne, powinien umieć z nich korzystać, a w domu mieć wyznaczone miejsce do ich przechowywania.

Jako jedno z środowisk wspierających są tworzone grupy samopomocowe. Tworzą je ludzie, którzy mają podobny problem, np. zdrowotny – stomia jelitowa (POL-ILKO).

Podsumowanie

Podsumowując, można stwierdzić, że pomimo ciągłego postępu w technice operacyjnej oraz doskonaleniu opieki nad chorymi, problem stomii pozostaje nadal aktualny. Przez ostatnie 20 lat bardzo wiele zmieniło się w sprawowaniu opieki nad pacjentem ze stomią. Zmiany dokonywały się na płaszczyznach:

1. Całkowitej refundacji sprzętu stomijnego przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
2. Możliwości korzystania z leczenia sanatoryjnego.
3. Zwiększenia liczby wykwalifikowanych pielęgniarek stomijnych dzięki prowadzonym kursom specjalistycznym.
4. Polepszenia jakości dostępnego sprzętu stomijnego.

W świetle obowiązującego w Polsce prawa opieką nad osobami ze stomią mogą sprawować wyłącznie wykwalifikowane pielęgniarki stomijne. Środowisko pielęgniarckie prowadzi działania edukacyjne, wdraża standardy pielęgnacji chorych ze stomią i popularyzuje wiedzę o stomii w społeczeństwie. Chorym trzeba wyjaśnić, że nie mogą się poddawać, że muszą wierzyć we własne możliwości. Aby zaadoptować się do nowej sytuacji pacjent musi zdobywać wiedzę, tak aby stomia niewiele zmieniła w jego życiu.

Życia ze stomią trzeba się nauczyć. Ale czy mały woreczek na brzuchu określa całego człowieka? Czy całkowicie przekreśla uczucia, myśli i wolę?

Na pewno nie!

KALENDARIUM WAŻNIEJSZYCH WYDARZEŃ W WYŻSZEJ SZKOLE MEDYCZNEJ LZDZ W LEGNICY

- 01.04.2004** – Zarząd Legnickiego Zakładu Doskonalenia Zawodowego podjął uchwałę o utworzeniu Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy.
- 22.05.2004** – Legnicki Zakład Doskonalenia Zawodowego w Legnicy złożył w Ministerstwie Edukacji Narodowej i Sportu wniosek w sprawie udzielenia pozwolenia na utworzenie niepaństwowej uczelni zawodowej pod nazwą Wyższa Szkoła Medyczna LZDZ w Legnicy, kształcącej na kierunku „pielęgniarstwo”.
- 14.11.2003** – Państwowa Komisja Akredytacyjna uchwałą nr 689/2003 pozytywnie zaopiniowała wniosek Legnickiego Zakładu Doskonalenia Zawodowego o utworzenie studiów zawodowych na kierunku „pielęgniarstwo” w specjalności „pielęgniarstwo ogólne”.
- 09.01.2004** – Minister Edukacji Narodowej i Sportu decyzją nr DSW-3-4401-21/WB/04 udzielił Legnickiemu Zakładowi Doskonalenia Zawodowego w Legnicy pozwolenia na utworzenie Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy i na kształcenie na poziomie wyższych studiów zawodowych na kierunku „pielęgniarstwo” w specjalności „pielęgniarstwo ogólne”.
- 12.07.2004** – Decyzją Ministra Edukacji Narodowej i Sportu nr DSW-3-4011-197/TT/04 Wyższa Szkoła Medyczna LZDZ w Legnicy została wpisana do rejestru niepaństwowych uczelni zawodowych pod nr 154.
- 01.09.2004** – prof. dr nauk med. Jacek Szepietowski został powołany na pierwszego Rektora Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy.
- 01.09.2004** – dr hab. nauk med. Marek Bolanowski został powołany na pierwszego Dziekana Wydziału Pielęgniarstwa.

- 18.09.2004** – Odbyło się pierwsze posiedzenie Senatu.
- 24.10.2004** – Odbyła się pierwsza inauguracja roku akademickiego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy. Podczas immatrykulacji indeksy wręczono 120 studentom. Wykład inauguracyjny na temat „Leonardo da Vinci jako anatom” wygłosił prof. dr nauk med. Zbigniew Rajchel.
- 09.11.2004** – Minister Zdrowia decyzją nr 19/2004 udzielił Uczelni akredytacji dla kierunku kształcenia „pielęgniarstwo”.
- 01.12.2004** – Dr Ryszard Pękała został powołany na Kanclerza Uczelni.
- 15.12.2004** – Ukonstytuował się samorząd studencki. Przewodniczącą samorządu została wybrana Brygida Jedlińska.
- 28.02.2005** – Uczelnia otrzymała dotację na dofinansowanie kształcenia 120 pielęgniarek w ramach programu studiów pomostowych dla absolwentów 2,5-letnich medycznych szkół zawodowych. Koszt studiów w 90% pokrywał Fundusz PHARE 2002.
- 01.03.2005** – W siedzibie LZDZ odbyła się inauguracja roku akademickiego dla 131 studentów, w tym 72 osób na studiach dofinansowanych z Funduszu PHARE 2002 i 59 osób w trybie studiów odpłatnych.
- 01.04.2005** – Uczelnia brała udział w VII Targach Edukacyjnych w Legnicy i została wyróżniona dyplomem w konkursie na najlepszą aranżację stoiska w kategorii szkół wyższych.
- 07.04.2005** – Wojewoda Dolnośląski wyraził zgodę na przekazanie Wyższej Szkole Medycznej LZDZ w wieloletnią dzierżawę budynków przy ul. Mickiewicza 36 użytkowanych wcześniej przez Państwową Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną.
- 30.08.2005** – Dr hab. Zbigniew Rykowski powołany na funkcję Rektora Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ.
- 14.10.2005** – W siedzibie LZDZ odbyła się uroczystość inauguracji roku akademickiego 2005/2006. Wykład inauguracyjny wygłosił prof. dr hab. Janusz Bielawski na temat: „Współczesne problemy w stosowaniu antybiotyków”.

- 10.12.2005** – Ukazały się dwie publikacje (skrypty) Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ opracowane przez nauczycieli akademickich Uczelni: dr Halina Wojnowska-Dawiskiba pt.: „Wprowadzenie do teorii i praktyki pielęgniarstwa psychiatrycznego” oraz dr Wiktor Dzygóra pt. „Wybrane procedury w zakładach opieki zdrowotnej i wybrane problemy ekologiczno-zdrowotne”.
- 01.01.2006** – Dr Franciszek Hawrysz został powołany na stanowisko Dziekana Wydziału Pielęgniarstwa.
- 18.02.2006** – Odbyła się uroczystość wręczenia pierwszych dyplomów licencjata pielęgniarstwa 68 absolwentom.
- 03.03.2006** – Studia podyplomowe w zakresie „Nauczanie przyrody z uwzględnieniem ścieżek edukacyjnych w klasach IV-VI szkoły podstawowej” ukończyło 12 absolwentów.
- 09.03.2006** – Senat podjął uchwałę o utworzeniu Wydziału Zdrowia Publicznego i Zarządzania.
- 16.03.2006** – Zespół wizytujący Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkolnictwa Medycznego dokonał pierwszego monitoringu kierunku „pielęgniarstwo”.
- 05.05.2006** – Uczelnia zawarła porozumienie o współpracy z Vyssi Odborna Skola Zdravotnicka a Stredni Zdravotnicka Skola w Hradcu Kralove w Czechach.
- 01.06.2006** – Dr nauk med. Tomasz Dawiskiba został powołany na stanowisko Dziekana Wydziału Pielęgniarstwa.
- 27.07.2006** – W Akademii Rycerskiej odbyła się inauguracja roku akademickiego dla studentów z grupy, której studia finansowane są w ramach programu Europejskiego Funduszu Społecznego. Podczas uroczystości dyplomy ukończenia studiów otrzymało 108 absolwentów.
- 22-23.09.2006** – Uczelnia udzieliła pomocy materialnej w organizacji IV Legnickiej Par olimpiady dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej.
- 07.10.2006** – Społeczność akademicka Uczelni Uczestniczyła w „Marszu ku zdrowiu” zorganizowanym w Legnicy przez Ogólnopolski Ruch Kobiet do Walki z Rakiem Piersi „Europa Donna”.

- 16.11.2006** – Uczelnia podpisała porozumienie o współpracy z Towarzystwem Przyjaciół Nauk w Legnicy.
- 24.11.2006** – Wręczono świadectwa ukończenia studiów podyplomowych w zakresie „Zarządzanie bezpieczeństwem i higieną pracy” (trzy semestralnych) 18 absolwentom oraz 9 absolwentom tych samych studiów realizowanych w ciągu dwóch semestrów.
- 06.12.2006** – Uczelnia wspólnie z Towarzystwem Przyjaciół Nauk w Legnicy zorganizowała konferencję naukową na temat: „Rozwój daje radość – formy i metody pracy z dziećmi i młodzieżą niepełnosprawną”.
- 06.12.2006** – Uczelnia wsparła finansowo akcję charytatywną „Uśmiech pod choinkę” organizowaną przez Zarząd Oddziału Towarzystwa Przyjaciół Dzieci w Legnicy
- 14.12.2006** – W budynku Uczelni przy ul. Mickiewicza 36 odbyło się otwarcie stałej galerii obrazów pod nazwą: „Salon polski” z kolekcji dra Tadeusza Samborskiego.
- 14.12.2006** – W siedzibie Uczelni odbyła się konferencja na temat: „Ziemia Legnicka wczoraj i dziś – ochrona zdrowia” zorganizowana wspólnie z Towarzystwem Przyjaciół Nauk w Legnicy i Urzędem Statystycznym we Wrocławiu.
- 19.01.2007** – Powstało Akademickie Koło Towarzystwa Przyjaciół Dzieci.
- 27.01.2007** – Wizytę w Uczelni złożył Jarosław Kalinowski, Wicemarszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej.
- 08.02.2007** – Decyzją Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego Uczelnia uzyskała zgodę na prowadzenie studiów podyplomowych w zakresie „Zarządzanie bezpieczeństwem i higieną pracy”.
- 15.02.2007** – Uczelnia wydała książkę pt.: „Ochrona zdrowia w Legnicy wczoraj i dziś” z materiałami z konferencji naukowej zorganizowanej 14.12.2006 r.
- 28.02.2007** – Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego decyzją Nr DSS-ML-4020-78/07 wyraził zgodę na prowadzenie w Uczelni studiów podyplomowych „Zarządzanie i administrowanie funduszami unijnymi”.

- 22.03.2007** – Wydział Zdrowia Publicznego i Zarządzania Wyższej Szkoły Medycznej uchwałą Nr 197/2007 Prezydium Państwowej Komisji Akredytacyjnej otrzymał uprawnienia do prowadzenia kształcenia na kierunku „Ratownictwo medyczne” na poziomie studiów I stopnia.
- 22.03.2007** – Uchwałą Nr 165/2007 Prezydium Państwowej Komisji Akredytacyjnej nadało Wydziałowi Zdrowia Publicznego i Zarządzania Wyższej Szkoły Medycznej uprawnienia do prowadzenia kształcenia na kierunku „Zarządzanie” na poziomie studiów pierwszego stopnia.
- 24.04.2007** – Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego decyzją Nr DSW-2-07- 4003-67-07 nadał Wydziałowi Zdrowia Publicznego i Zarządzania uprawnienia do prowadzenia studiów pierwszego stopnia na kierunku „Ratownictwo medyczne”.
- 11-12.05.2007** – Państwowa Komisja Akredytacyjna przeprowadziła kontrolę jakości kształcenia na kierunku „Pielęgniarstwo”. Skład osobowy komisji: Prof. Wiesław Prusek, Prof. Maciej Karolczak, dr Abramczyk, mgr Joanna Pytlarczyk.
- 14.05.2007** – Zespół Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkolnictwa Medycznego w składzie: prof. dr hab. Elżbieta Krajewska-Kułak i dr Barbara Prażmowska, przeprowadził akredytację na kierunku „pielęgniarstwo”.
- 21.06.2007** – Uczelnia podpisała porozumienie ze Szkołą Medyczną „Medyk” we Lwowie w sprawie współpracy i wymiany akademickiej.
- 21.06.2007** – Uczelnia podpisała porozumienie z Instytutem Medycznym we Lwowie w sprawie współpracy
- 21.06.2007** – Uczelnia podpisała porozumienie z Medycznym Kolegium „Monada” we Lwowie w sprawie współpracy i wymiany akademickiej.
- 30.08.2007** – Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego decyzją Nr-DSW-2-06-4003-366/07 nadał Wydziałowi Zdrowia Publicznego i Zarządzania uprawnienia do prowadzenia studiów pierwszego stopnia na kierunku „zarządzanie”.
- 30.08.2007** – Krajowa Rada Akredytacyjna Szkolnictwa Medycznego podjęła uchwałę Nr 19/II/2007 w sprawie udzielania akredytacji dla kierunku pielęgniarstwo w Wyższej Szkole Medycznej LZDZ w Legnicy.

- 15.09.2007** – Z inicjatywy Akademickiego Koła Towarzystwa Przyjaciół Dzieci, Uczelnia udzieliła pomocy materialnej w organizacji V Legnickiej Paraolimpiady w Zespole Szkół Integracyjnych w Legnicy.
- 20.09.2007** – Prezydium Państwowej Komisji Akredytacyjnej Uchwałą Nr 730/2007 pozytywnie oceniło jakość kształcenia na kierunku „pielęgniarstwo” na wydziale pielęgniarstwa na poziomie studiów pierwszego stopnia.
- 4 i 5.10.2007** – Nauczyciele akademicki Uczelni wygłosili cztery wykłady w Legnicy i Lubinie w ramach X Dolnośląskiego Festiwalu Nauki (sesja wyjazdowa).
- 12.10.2007** – Odbyła się inauguracja roku akademickiego 2007/2008 w Akademii Rycerskiej. Wykład inauguracyjny pt. „Poszukiwanie przyczyn bólów głowy u dzieci i dorosłych” wygłosił prof. dr hab. nauk med. Józef Prandota. Podczas uroczystości zainauguował swoją działalność Uniwersytet Trzeciego Wieku przy Wyższej Szkole Medycznej LZDZ w Legnicy (Universitas Tertii Aetatis).
- 13.10.2007** – Społeczność akademicka Uczelni uczestniczyła w „Marszu ku zdrowiu”, organizowanym przez ruch do walki z rakiem piersi „Europa Donna”.
- 17-18.10.2007** – Uczelnia wspólnie z Komendą Miejską Państwowej Straży Pożarnej w Legnicy, Pogotowiem Ratunkowym w Legnicy i Centrum Naukowo-Badawczym Ochrony Przeciwpożarowej w Józefowie była organizatorem międzynarodowej konferencji naukowej w Legnicy nt. „Ratownictwo Medyczne i Zarządzanie kryzysowe”.
- 4-7.11.2007** – Delegacja Uczelni w składzie: doc. dr Ryszard Pękala – Kanclerz i doc. dr Adam Klar – Dziekan Wydziału Zdrowia Publicznego i Zarządzania, złożyła wizytę władzom Instytutu Medycznego we Lwowie.
- 12.11.2007** – Wyższa Szkoła Medyczna LZDZ uzyskała od Ministra Zdrowia Certyfikat akredytacji dla kierunku pielęgniarstwo na okres 4 lat.
- 13.11.2007** – Uczelnia wspólnie z Krajowym Komitetem Wychowania Resocjalizacyjnego w Warszawie i Zarządem Oddziału Okręgowego i Miejskiego w Legnicy była organizatorem konferencji na temat: „Kontakty bez przemocy, komunikacja bez agresji”. W obradach uczestniczył Prezes Zarządu Głównego TPD – pan Kołak, który wręczył doc. dr. Ryszardowi Pękale odznakę „Przyjaciel Dziecka”.

- 12.12.2007** – Z inicjatywy Akademickiego Koła Przyjaciół Dzieci Uczelnia wsparła finansowo akcję charytatywną „Uśmiech pod choinkę”.
- 15.12.2007** – Ukazała się publikacja uczelniana autorstwa mgr Czesława Kowalaka pt.: „Pomniki i tablice pamiątkowe w Legnicy po II Wojnie Światowej”.
- 03.01.2008** – Ukazała się książka dr Józefa Jagasa pt.: „Zarządzanie systemowe. Teoria i praktyka” wydana przez Uczelnię.
- 04.01.2008** – Dr Tomasz Dawiskiba – Dziekan Wydziału Pielęgniarstwa został powołany w skład zespołu nauk medycznych Państwowej Komisji Akredytacyjnej.
- 11.01.2008** – Przedstawiciele władz uczelnianych uczestniczyli w spotkaniu opłatkowym środowiska akademickiego Diecezji Legnickiej w Wyższym Seminarium Duchownym w Legnicy.
- 12.01.2008** – Senat podjął uchwałę o utworzeniu na Wydziale Zdrowia Publicznego i Zarządzania kierunku studiów „Kosmetologia”.
- 21.01.2008** – Zostało podpisane Memorandum o porozumieniu pomiędzy Akademią Medyczną im. Piastów Śląskich we Wrocławiu a Wyższą Szkołą Medyczną LZDZ w Legnicy.
- 27-28.02.2008** – Uczelnia wzięła udział w VI Lubuskich Targach Edukacyjnych „Absolwent” w Zielonej Górze.
- 20.03.2008** – Ukazało się wydanie II publikacji (skryptu) dra Krzysztofa Buraka pt.: „Farmakologia z elementami chemii i leków” (cz. I).
- 27.03.2008** – Ukazała się publikacja „Ratownictwo medyczne i zarządzanie kryzysowe” z materiałami konferencyjnymi.
- 31.03.2008** – Rada Miejska w Legnicy przyznała Odznakę „Zasłużony dla Miasta Legnicy” doc. dr. Ryszardowi Pękale Kanclerzowi Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy.
- 16.04.2008** – Rektor uczestniczył w spotkaniu środowiska akademickiego z Premierem Donaldem Tuskiem w Warszawie.
- 18.06.2008** – Dr Ryszard Pękała Kanclerz Uczelni został wyróżniony na sesji Rady Miejskiej Legnicy Odznaką „Zasłużony dla Miasta Legnicy”.

18.06.2008 – Odbyła się uroczystość wręczenia dyplomów pierwszym absolwentom Uniwersytetu Trzeciego Wieku (Universitas Tertii Aetatis) działającym przy Uczelni.

20.06.2008 – W Akademii Rycerskiej w Legnicy odbyła się uroczystość wręczenia dyplomów ukończenia studiów 517 absolwentom Wydziału Pielęgniarstwa, uczestnikom dwuletnich studiów finansowanych przez Europejski Fundusz Społeczny.