

**Redaktor naczelny:**

dr n. med. Izabella Uchmanowicz (Wrocław)

**Z-ca redaktora naczelnego:**

dr n. med. Joanna Rosińczuk-Tonderys (Wrocław)

**Sekretarz Redakcji:**

dr n. med. Beata Jankowska-Polańska (Wrocław)

**Komitet Naukowy:**

prof. dr hab. Bernard Panaszek (Wrocław)

prof. Sabina De Geest (Basel, Szwajcaria)

dr hab. prof. nadzw. Andrzej Fal (Wrocław)

dr hab. prof. nadzw. Janusz Mierzwa (Wrocław)

dr hab. n. med. Ireneusz Całkosiński (Wrocław)

dr hab. n. med. Dorota Zyśko (Wrocław)

dr n. med. Sylwia Krzemińska (Wrocław)

dr n. med. Dominik Krzyżanowski (Wrocław)

dr n. med. Jacek Smereka (Wrocław)

dr n. med. Jakub Trnka (Wrocław)

dr n. społ. Irena Wolska-Zogata (Wrocław)

dr Diane Carroll (Boston, USA)

dr Lynne Hinterbuchner (Salzburg, Austria)

dr Eleni Kletsiou (Ateny, Grecja)

dr Monica Parry (Toronto, Kanada)

dr Bartosz Uchmanowicz (Wrocław)

mgr Jolanta Grzebieluch (Wrocław)

mgr Stanisław Manulik (Wrocław)

**Redaktor językowy:**

Jan Kuźma, Wydawnictwo Continuo,

wydawnictwo@continuo.pl

**Redaktor statystyczny:**

dr inż. Tomasz Janiczek, tomasz.janiczek@pwr.wroc.pl

**Redaktor języka angielskiego:**

Piotr Zienkiewicz, wydawnictwo@continuo.pl

**Redaktorzy tematyczni:**

**Pielęgniarstwo anestezjologiczne i w intensywnej opiece:**

dr n. med. Sylwia Krzemińska, s.krzeminska@wp.pl

**Zarządzanie w pielęgniarstwie, organizacja pracy w pielęgniarstwie:**

dr n. med. Ewa Kuriata, ewakuriata@wp.pl

**Pielęgniarstwo kardiologiczne:**

dr n. med. Izabella Uchmanowicz,

izabella.uchmanowicz@umed.wroc.pl

**Pielęgniarstwo neurologiczne i neurochirurgiczne:**

dr n. med. Joanna Rosińczuk-Tonderys,

joanna.rosinczuk-tonderys@umed.wroc.pl

**Pielęgniarska opieka paliatywna, pielęgniarska opieka długoterminowa:**

dr n. med. Dominik Krzyżanowski,

dominik.krzyzanowski@umed.wroc.pl

**Pielęgniarstwo epidemiologiczne:**

dr n. med. Beata Jankowska-Polańska,

beata.jankowska-polanska@umed.wroc.pl

**Socjologia medycyny:**

dr n. społ. Irena Wolska-Zogata, zogata@wp.pl

**Adres redakcji:**

ul. Piłsudskiego 13, 50-048 Wrocław

Tel.: 783 371 474

Fax: 71 750 30 67

e-mail: eckp@eckp.wroclaw.pl

**Wydawca:**

Na zlecenie Europejskiego Centrum

Kształcenia Podyplomowego we Wrocławiu

WYDAWNICTWO

*Continuo*

Wydawnictwo Continuo

ul. Lelewela 4 pok. 325, 53-505 Wrocław

Tel.: 71 791-20-30

e-mail: wydawnictwo@continuo.pl

www.continuo.pl

**Prenumerata**

w 2013 r. cena rocznika dla Instytucji: 80 zł,

dla odbiorców indywidualnych: 40 zł

e-mail: zamowienia@continuo.pl,

tel.: 71 791-20-30

**Reklamy:**

e-mail: zamowienia@continuo.pl,

tel.: 71 791-20-30

Za treść reklam Redakcja nie ponosi odpowiedzialności.

© Copyright by Wydawnictwo Continuo

PL ISSN 2084-4212

Nakład 500 egz.

## Spis treści/Content:

### PRACE ORYGINALNE

- Zachowania zdrowotne w aspekcie seksualności i życia płciowego kobiet z różnych środowisk** 22  
Sylwia Karpińska, Monika Przestrzelska, Zdzisława Knihinicka-Mercik

### PRACE POGLĄDOWE

- Rola pielęgniarki w opiece nad chorymi z depresją** 27  
Joanna Poprawska, Sylwia Krzemińska, Adriana Borodziej-Cedro
- Mechanizm i skutki reakcji stresowej** 33  
Ireneusz Całkosiński, Marta Sarnowska, Małgorzata Kaciuban, Anna Zienkiewicz, Aleksandra Szewc, Joanna Rosińczuk-Tonderys

### PRACE STUDENCKIE

- Występowanie nadmiernej senności diennej wśród studentów wrocławskich uczelni wyższych** 36  
Rafał Czyż, Joanna Leszczyńska, Karolina Krawczyk, Milena Majkut, Dorota Zyśko
- Opieka paliatywna w perinatologii oczami położnych – model postępowania wobec rodzin i dzieci dotkniętych wadami letalnymi** 40  
Ewelina Heidner, Joanna Janusz, Monika Przestrzelska, Zdzisława Knihinicka-Mercik
- Opieka pielęgniarska nad pacjentem w ostrym zespole wieńcowym po zabiegu angioplastyki naczyń wieńcowych** 44  
Agnieszka Tracz

### ORYGINAL PAPERS

- Sexuality and health behaviors women from different environments** 22  
Sylwia Karpińska, Monika Przestrzelska, Zdzisława Knihinicka-Mercik

### REVIEW PAPERS

- The role of the nurse in the care of patient with depression** 27  
Joanna Poprawska, Sylwia Krzemińska, Adriana Borodziej-Cedro
- Mechanism and the effects of the stress response** 33  
Ireneusz Całkosiński, Marta Sarnowska, Małgorzata Kaciuban, Anna Zienkiewicz, Aleksandra Szewc, Joanna Rosińczuk-Tonderys

### STUDENTS REVIEWS

- Occurrence the excessive daily sleepiness in the population of university students in Wroclaw** 36  
Rafał Czyż, Joanna Leszczyńska, Karolina Krawczyk, Milena Majkut, Dorota Zyśko
- Palliative care in perinatology in midwives eyes – model of dealing with families and children affected by lethal defects** 40  
Ewelina Heidner, Joanna Janusz, Monika Przestrzelska, Zdzisława Knihinicka-Mercik
- Nursing care of the patient in acute coronary syndrome after coronary angioplasty** 44  
Agnieszka Tracz

# ZACHOWANIA ZDROWOTNE W ASPEKCIE SEKSUALNOŚCI I ŻYCIA PŁCIOWEGO KOBIEC Z RÓŻNYCH ŚRODOWISK

*Sexuality and health behaviors women from different environments*

Sylwia Karpińska<sup>1</sup>, Monika Przestrzelska<sup>2</sup>, Zdzisława Knihinicka-Mercik<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu (studentka)

<sup>2</sup> Zakład Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: monika.przestrzelska@am.wroc.pl

## STRESZCZENIE

**Wstęp.** Seksualność to jedna z najważniejszych sfer w życiu człowieka. Od niej zależą wszelkie jego relacje emocjonalne i społeczne. Jednak sama w sobie też podlega wpływom szeroko pojętego środowiska. Tym, co ma na nią największy wpływ, jest: psychofizjologia osobnicza, wychowanie, socjalizacja, nawyki zdrowotne. Bardzo duże znaczenie mają owe nawyki przejawiane w zachowaniach zdrowotnych, a tym samym ich komponenty, jak: styl życia, samoświadomość. W pracy przedstawiono zachowania zdrowotne w kontekście płci żeńskiej. Omówiono także zarys seksualności kobiety i postawy zdrowotne w aspekcie życia płciowego w dwóch przeciwstawnych środowiskach.

**Cel pracy.** Porównanie zachowań zdrowotnych kobiet ze środowiska studenckiego oraz przestępczego w kontekście ich seksualności.

**Materiał i metody.** W badaniu wzięło udział 60 kobiet – 30 ze środowiska studenckiego i 30 kobiet osadzonych w zakładzie karnym. Na potrzeby badania skonstruowano anonimową ankietę, którą rozdano losowo w grupach badawczych. Analizując wyniki, kwestionariusz podzielono na trzy części: seksuologiczną, psychologiczną i ginekologiczną.

**Wyniki.** W obu grupach badawczych wyniki pozostawiają wiele do życzenia. Jednak akcent negatywnych zachowań jest znacznie przesunięty w stronę kobiet ze środowiska przestępczego. Aż 90% z nich, w porównaniu do 17% studentek, posiada nałogi. Nie będąc w stałym związku współżyje 30% więźniarek i 7% studentek. Najmłodsza osadzona w wieku inicjacji seksualnej miała tylko 13 lat, a studentka – 17 lat. Tylko jedna studentka i aż 13 osadzonych stało się matkami przed 20. rokiem życia. Połowa osadzonych w porównaniu do 3/4 studentek uważa, że prezerwatywa w pełni chroni przed STD. Jednocześnie co 5. kobieta z więzienia nie ma pojęcia o ochronie przed STD. Co 5. studentka i co 3. więźniarka zaniedbuje swoje zdrowie ginekologiczne.

**Wnioski.** Zachowania zdrowotne zależą od środowiska życia, a wcześniej środowiska wychowania oraz profilu psychofizycznego jednostki. Kobiety ze środowiska przestępczego przejawiają bardziej ryzykowne zachowania zdrowotne niż studentki. Ich świadomość jest dość duża, jednak nie wykorzystują tej wiedzy w praktyce. Studentki wydają się być bardziej odpowiedzialne, zarówno w zakresie zachowań seksualnych, jak i regulacji poczęć, jednak ich wiedza na temat STD nie jest zadowalająca.

**Słowa kluczowe:** seksualność kobiety, ryzykowne zachowania zdrowotne, inicjacja seksualna, STD, rola położnej.

## SUMMARY

**Background.** The paper presents a health behaviors in the context of femininity. Also discussed the outline of female sexuality and attitudes of health in terms of sexuality in two contrasting environments.

**Objectives.** To compare the health behaviors of women from the student's environment and crime's environment in the context of their sexuality.

**Material and methods.** The research involved 60 women – 30 students and 30 women inmates in prison. For the research was designed anonymous questionnaire, which were distributed randomly in the groups. Analyzed questionnaire was divided into three parts: sexology, psychological and gynecological.

**Results.** In both groups, the results leave much to be desired. The accent of the negative behavior is significantly shifted toward the women from the criminal environment. As many as 90% of them, compared to 17% of students, have addictions. Not being in a relationship have a sex 30% of female prisoners and 7% of female students. The youngest prisoner, who have a sexual initiation was only 13 years old, a student of 17 years. Even 13 embedded and only one student became mothers before 20. Half of the inmates, compared to three-quarters of students believe that condoms fully protect against STD. At the same time as 5th woman in prison does not know about protection against STD. Every fifth student and every third prisoner neglects gynecological health.

**Conclusions.** Health behavior depend on the living environment, and education and the psychophysical profile of the individual. Women from the criminal environment exhibit more risky health behaviors than students. Their awareness is quite high, but do not use this knowledge in practice. Students seem to be more responsible, both in terms of sexual behavior and birth control, but their knowledge about STD is not satisfactory.

**Key words:** female sexuality, risky health behaviors, sexual initiation, STD, midwife role.

## WSTĘP

Zagadnienie seksualności jest bardzo szerokie i trudne do zbadania, gdyż dotyczy najbardziej intymnej sfery ludzkiego życia. Wyzwanie, jakim jest badanie płciowości człowieka, należy analizować na płaszczyźnie interdyscyplinarnej [1, 2], biorąc pod uwagę takie dziedziny nauki, jak m.in.: seksuologia, antropologia, ginekologia, psychiatria, psychologia, socjologia, promocja zdrowia. O ile jest to dość powszechny temat na świecie, w Polsce wciąż brakuje dogłębnych badań biomedycznych, dotyczących seksualności człowieka, jego zachowań, samooceny oraz medycznych aspektów takich zagadnień, jak: zachowania seksualne, uwarunkowanie płci, macierzyństwo, ojcostwo, związki płciowe. Zadowalający jest jednak fakt, że widoczny jest postęp polskiej seksuologii na przestrzeni lat, której prekursorami są profesorowie: K. Imieliński, Z. Izdebski, Z. Lew-Starowicz.

Zachowania zdrowotne są bezpośrednimi determinantami

zdrowia człowieka. Główną przyczyną najczęstszych zaburzeń zdrowotnych (tzw. szkód zdrowotnych) są zachowania ryzykowne w młodości oraz w kolejnych latach życia, jak również brak zachowań prozdrowotnych [3]. Komponentami tych niebezpiecznych zachowań, rzutujących na całe ludzkie życie, są zachowania seksualne. Udowodniono, że częstość zachowań ryzykownych wzrasta wraz z wiekiem, gdy od fazy eksperymentowania przechodzi się do utrwalenia zachowań szkodliwych zarówno zdrowotnie (w pojęciu jednostki), jak i społecznie (traktując jednostkę jako część społeczeństwa). Do głównych zachowań podwyższających ryzyko uszczerbku na zdrowiu należą: palenie tytoniu, picie alkoholu, używanie substancji psychoaktywnych, ryzykowne zachowania seksualne. Elementy te składają się na tzw. zespół zachowań ryzykownych [3]. Ryzykowne zachowania seksualne niosą za sobą wiele szkód zdrowotnych i społecznych. W piśmiennictwie [3] dzieli się je na bezpośrednie i odległe. Bezpośrednie to: niechciana ciąża, przedwczesne

rodzicielstwo, choroby przenoszone drogą płciową (STD), przewlekłe stany zapalne narządów płciowych.

Do skutków odległych należą: wzrost ryzyka wystąpienia raka szyjki macicy, niepłodność, ciąża pozamaciczna, dysfunkcje psychospołeczne i seksualne. Według D.Ł. Jarczewskiej: „częściej wczesną inicjacją przeżywają osoby ze słabo zinternalizowanymi normami religijnymi, o określonym profilu behawioralnym czy pochodzeniu społecznym, szybciej kończące edukację” [4]. Dlatego też tak ważne jest wychowanie seksualne w rodzinie. Jest to jeden z najistotniejszych czynników chroniących przed wczesną inicjacją seksualną. Jego pozytywny wydzźwięk przejawia się w: rozmowach na temat seksu przeprowadzanych w domu, obecności ojca w rodzinie, umiarkowanej dyscyplinie, kontroli spotkań towarzyskich [5].

## CEL PRACY

Celem pracy było poznanie, ocena i porównanie zachowań zdrowotnych kobiet w aspekcie ich seksualności i życia płciowego z dwóch przeciwstawnych środowisk – środowiska przestępczego, jakim jest zakład karny, oraz środowiska studenckiego.

Postawiono następujące hipotezy:

- 1) środowisko życia ma istotny wpływ na kształtowanie się zachowań zdrowotnych,
- 2) kobiety, które często zmieniają partnerów, czują się nieatrakcyjne,
- 3) kobiety ze środowisk patologicznych niedostatecznie dbają o swoje zdrowie płciowe,
- 4) kobiety osadzone mają małą wiedzę na temat ryzykownych zachowań seksualnych,
- 5) na akceptację siebie, jako kobiety, wpływają relacje z ojcem.

## MATERIAŁ I METODY

Materiał badawczy opiera się na analizie badań ilościowych przeprowadzonych w formie autorskiego kwestionariusza ankiety. Rozprowadzono 100 ankiet, z których 60 poddano analizie. Pozostałe ankietowane nie zgodziły się na wypełnienie ankiety lub odrzucono te, które nie były w pełni wypełnione. Wytypowano dwie grupy badawcze – pierwszą stanowiły kobiety osadzone w Zakładzie Karnym przy ul. Kleczkowskiej we Wrocławiu, zaś grupę porównawczą stanowiły studentki z wrocławskich uczelni. W więzieniu ankiety rozdano losowo za pośrednictwem pracownika placówki, wśród studentek – anonimową drogą mailową oraz z pomocą koleżanek. Pytania dotyczyły: ogólnych informacji na temat życia seksualnego, zachowań seksualnych (m.in. stałości związku), dbania o zdrowie ginekologiczne (częstość wizyt, rodzaj badań), poziomu wiedzy na temat ryzyka częstej zmiany partnerów seksualnych, charakterystyki socjodemograficznej respondentów (pytania metryczkowe). Zostały sformułowane w sposób prosty, z zachowaniem neutralności ideologicznej. Analizując kwestionariusz, podzielono go na trzy bloki pytań: seksuologiczny, ginekologiczny i psychologiczny.

W badaniu posłużono się wskaźnikiem udziału procentowego. Zebrany materiał poddano analizie statystycznej w programie Microsoft Office Excel 2007 i opisowej za pomocą programu Microsoft Office Word 2007. Badania wykonano za zgodą Komisji Bioetycznej Akademii Medycznej we Wrocławiu (decyzja z 19.01.2012 r.).

### Charakterystyka badanych grup

W badaniu wzięło udział 60 kobiet – 30 studentek (średnia wieku 23,5 lat – najmłodsza 21 lat, najstarsza – 27 lat) i 30 kobiet osadzonych w zakładzie karnym (średnia wieku 28,7 lat – najmłodsza 22 lata, najstarsza – 27 lat). Cechami charakteryzującymi badane grupy były: środowisko życia (podział na kobiety ze środowiska studenckiego i przestępczego), wiek, wykształcenie, wyznanie, miejsce zamieszkania.

Sam dobór grup badawczych spowodował dużą rozbieżność w określeniu wykształcenia. W założeniu przyjęto, że wszystkie badane studentki ukończą studia, dlatego uznano, że posiadają one wyższe wykształcenie. Natomiast wśród kobiet osadzonych

w zakładzie karnym rozkład poziomu wykształcenia jest następujący: żadna z ankietowanych nie ma wykształcenia wyższego, najwięcej, bo ponad 33% respondentek, ma wykształcenie średnie, 3% – policealne, niewiele ponad 23% – zawodowe, 27% – podstawowe. Żadnego wykształcenia nie posiada 13% ankietowanych więźniarek. Wyznanie katolickie deklaruje 83,3% studentek oraz 60% kobiet osadzonych, a więc większość badanych kobiet. Większa część respondentek mieszka w mieście. Dotyczy to 67% studentek i 77% – kobiet osadzonych.

## WYNIKI

### Część seksuologiczna

Jak dowodzą przeprowadzone badania, istnieje istotna różnica w wieku inicjacji seksualnej w obu badanych środowiskach. Podczas, gdy wśród studentek nie wykazano współżycia do 17. roku życia, w środowisku przestępczym dotyczy to 18 badanych – z czego 14 (ok. 78%) rozpoczęło współżycie w wieku 16 lat. Wśród studentek stałego partnera ma 12 ankietowanych, co stanowi 92%. Natomiast w grupie osadzonych stały związek deklaruje 19 (63%) kobiet, spośród nich 14 (74%) – współżycie regularnie. Z czego wynika, że nie będąc w stałym związku współżycie regularnie 30% respondentek z więzienia i 8% kobiet ze środowiska studenckiego. Studentki najczęściej dowiadują się o życiu płciowym od koleżanek (50% wskazań) oraz z własnych doświadczeń (43% wskazań). Większość, bo 77% osadzonych, czerpie tę wiedzę z własnych doświadczeń, a 30% – z Internetu. W obu grupach rodzice nie są popularnym źródłem wiedzy na ten temat.

W pytaniu o ochronę przed STD (*sexually transmitted diseases* – choroby przenoszone drogą płciową) najczęściej wybieraną odpowiedzią była prezerwatywa – 73% studentek oraz 50% więźniarek. Tylko 27% studentek i 23% osadzonych uważa, że nic nie jest w stanie ochronić przed chorobami wenerycznymi, w analizie danych nie wykazano związku między wykształceniem a tym poglądem. 17% osadzonych uważa, że częsta zmiana partnerów seksualnych nie niesie za sobą żadnego ryzyka. Jednocześnie 80% z nich ma świadomość chorób związanych z takim stylem życia, a niewiele ponad 23% uważa, że zachowanie to obciąża psychicznie. Natomiast wszystkie kobiety z grupy studentek twierdzą, że istnieje ryzyko zarażenia się chorobami, przy czym połowa z nich uważa, że jest to także obciążenie psychiczne. Na 30 studentek 2 przyznały się do praktyk homoseksualnych, natomiast wśród kobiet osadzonych liczba ta wzrasta trzykrotnie i dotyczy 6 osób. Ogółem zjawisko to dotyczy 13,33% wszystkich badanych kobiet.

### Część ginekologiczna

Pierwsza wizyta ginekologiczna więźniarek przypada średnio na niewiele ponad 16. rok życia. Wśród studentek średnia wieku pierwszej wizyty wynosi 18,6 lat. Najczęstszym jej powodem w obu grupach jest kontrola, następnie ból brzucha u studentek i ciąża lub poronienie u więźniarek. Jak zbadano – w grupie studentek w żadnym przypadku pierwsza wizyta nie była spowodowana wystąpieniem menarche (tj. pierwszej miesiączki), ani chęcią otrzymania antykoncepcji z uwagi na współżycie, jak było to w większości przypadków u kobiet osadzonych. Analizując wiek, w którym przypada pierwsza miesiączka, okazało się, że jest on podobny w obu grupach, w grupie studentek wynosił średnio 13,6 lat, a w grupie osadzonych – 13,2 lat. W tym czasie pierwszą wizytę ginekologiczną odbyły 3 studentki i 9 więźniarek.

Jak dowodzą badania 20 na 30 więźniarek rodziło, co stanowi około 67% porodów w tej grupie badawczej. Spośród nich 10 (50%) ma więcej niż jedno dziecko, przy czym cztery rozpoczęły współżycie w wieku 16 lat, dwie – w wieku 17 lat, dwie – w wieku 18 lat, jedna – w wieku 19 lat. Trzy spośród nich rodziły w wieku 17 lat, dwie – w wieku 18 lat, dwie – w wieku 19 lat i dwie – w wieku 21 lat. Wśród kobiet z zakładu karnego, które mają więcej niż dwoje dzieci, 80% ma wykształcenie podstawowe lub zawodowe i tylko dwie z nich mają wszystkie dzieci z tym samym partnerem, jedna jako środek antykoncepcyjny

stosuje prezerwatywy, a jedna globulki dopochwowe. W grupie studentek rodziły tylko 3 (10%), przy czym dwie planowały ciążę, a jedna „stosowała” metodę stosunku przerywanego. Żadna z nich nie jest wieloródką. Średnia wieku, w którym odbył się pierwszy poród w grupie studenckiej, wynosi 22 lata, natomiast wśród więźniarek – 21 lat. Ciężce nieletnich stanowią 20% wszystkich porodów wśród osadzonych. Można więc wysnuć wnioski, że co 5. kobieta ze środowiska patologicznego staje się matką przed 18. rokiem życia.

Z ankiety wynika, że co trzecia więźniarka nie chodzi regularnie do ginekologa. Przy czym, analiza danych wskazuje na zależność, że procent regularnie poddających się badaniom jest bliski odsetkowi kobiet wspólnie regularnie (70%). 90% osadzonych w czasie badania ginekologicznego miało wykonaną cytologię, a USG – 75%, natomiast badanie piersi – 55%. Wśród studentek rodzaj i częstość badań są porównywalne.

Spośród studentek z badania ginekologicznego skorzystało 83% dziewcząt, natomiast w grupie kobiet osadzonych – wszystkie. Wśród więźniarek dominują kobiety, które ostatnio poddawały się badaniom bardzo dawno temu – stanowią one 27%, natomiast 5 (17%) studentek nigdy nie była u ginekologa.

Na 20 kobiet karanych, będących w stałym związku, 16 współżyje regularnie, z czego 9 (56%) nie stosuje antykoncepcji i tylko 4 z nich ma dzieci. 5 kobiet nie będących w stałym związku współżyje regularnie, przy czym jedna z nich stosuje prezerwatywy, druga stosunek przerywany, co pokazuje, że 60% z nich nie stosuje zabezpieczeń, a więc istnieje ogromne ryzyko zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową. Reszta badanych nie współżyje regularnie, co może być związane z odbywaniem kary w zakładzie.

Do najpowszechniejszych metod antykoncepcji stosowanych przez więźniarki należą w takim samym odsetku prezerwatywa i tabletki hormonalne – 38%. Także spirala i globulki dopochwowe są stosowane w podobnej skali – 12%. Spośród 13 aktywnych seksualnie studentek 7, a więc 54%, stosuje antykoncepcję hormonalną, 3 (23%) – metody naturalne, 2 (15%) – prezerwatywę, 1 (8%) – stosunek przerywany.

### Część psychologiczno-socjologiczna

Większość, bo 90% studentek, wychowywała się w pełnej rodzinie, czego nie można powiedzieć o kobietach z więzienia, gdyż tylko 53% z nich została wychowana przez oboje rodziców. Co czwarta osadzona wychowywała się bez matki. Relacje z ojcem w obu grupach są różne, jednak obie grupy w większości oceniają je jako dobre (33% więźniarek i 30% studentek) lub bardzo dobre (33% więźniarek i 27% studentek). Relacje nacechowane negatywnie – trudne, chłodne lub obojętnie dotyczą w sumie 33% osadzonych i blisko połowy (43%) kobiet z grupy porównawczej. Według naukowców relacje z ojcem korelują z samooceną kobiety, z jej poczuciem atrakcyjności i obrazem siebie. Zarówno w grupie kobiet osadzonych, jak i wśród studentek większość kobiet uważa się za atrakcyjne. Jako nieatrakcyjne postrzegają się dwa razy więcej studentek niż kobiet z więzienia.

Badania wykazały, że zarówno wśród studentek, jak i osadzonych temat seksu był w rodzinie rzadkością. Problem ten istniał w 53% domów studentek oraz w 57% więźniarek. Tylko w 20% studentek i 17% kobiet ze środowiska przestępczego poruszało ten temat z obojgiem rodziców. Wyłącznie matka była źródłem wiedzy w przypadku 27% studentek i 20% więźniarek.

Dla większości osadzonych wzorem kobiecości jest matka – 40%, natomiast dla 30% studentek wzór ten stanowi koleżanka. Fakt, że matka jest wzorem tylko dla 23% studentek może wynikać z podatności na trendy i wpływy rówieśniczek.

Masturbację w kontekście obyczajów za niemoralną uważa 80% kobiet z grupy studenckiej oraz 13% kobiet osadzonych. Oprócz postawy moralnej, zbadano także osobisty stosunek respondentek wobec onanizmu. Wyniki rozkładają się następująco: 67% studentek jest przeciwna masturbacji, natomiast pozostałe 33% nie mają zdania, jest im to obojętne lub nie sprzeciwiają

się temu. Osadzone w większości nie są przeciwnie samozaspokojeniu seksualnemu. Dotyczy to 40% ankietowanych. Pozostałe odpowiedzi zostały udzielone w równym stopniu – stanowią po 20% badanych więźniarek. Zdecydowana większość (80%) studentek jest przeciwna pornografii, a prawie połowa (47%) osadzonych nie ma do niej negatywnego nastawienia. Oczekiwania wobec seksu zależą od wielu czynników. Każda kobieta ma swoje preferencje, potrzeby i pragnienia. W obu grupach badawczych podobne znaczenie ma bliskość z ukochanym, przyjemność, adrenalina i prokreacja. To co różni, to fakt, że 100% studentek potrzebuje czuć się bezpiecznie, czego wymaga tylko 23% osadzonych. Połowa studentek oczekuje także realizowania swojej kobiecości, co dotyczy tylko 27% więźniarek. Zarówno dla studentek, jak i kobiet z więzienia istotną sferą w drugim człowieku jest osobowość (100% studentek i 97% więźniarek) i seksualność (43% studentek i 33% więźniarek). Natomiast czynnikiem materialny, jakim są pieniądze, dotyczy kolejno 7% i 17% spośród studentek i więźniarek.

Większość ankietowanych stosuje antykoncepcję, co oznacza, że nie planuje poczęcia. Jak jednak wiadomo zdarza się, że zabezpieczenie przed zapłodnieniem zawodzi. Okazuje się, że 80% kobiet osadzonych i 87% studentek zdecydowało by się na donoszenie ciąży. Na przerwanie ciąży zdecydowałyby się co 4. więźniarka i co 8. studentka.

Tylko 3 spośród osadzonych nie posiadają żadnych nałogów. Spośród pozostałych 90% większość pali papierosy (81%), 30% kobiet nadużywa alkoholu. Niewiele mniej, bo 26%, jest uzależniona od narkotyków, a 14% przyznaje się do seksuolizmu. Wśród studentek problem uzależnień dotyczy tylko nałogowego palenia tytoniu i obejmuje 17% badanych. Przedstawione procenty nie sumują się, ponieważ w pytaniu można było udzielić więcej niż jednej odpowiedzi.

### OMÓWIENIE

Powszechnie wiadomo, że wychowanie w domu i w społeczeństwie ma kluczowe znaczenie w kształtowaniu się wszelkich postaw człowieka, w tym moralnych czy zdrowotnych. W wyniku tego u jednostki tworzy się pewien światopogląd, często sprzeczny z posiadaną świadomością. Jednak fakt, że wcześniejsze rozpoczęcie życia seksualnego wiąże się z większym ryzykiem utraty zdrowia, a tym samym pogorszeniem jakości życia, jest niezaprzeczalny. Jak wynika z badań profesora Z. Izdebskiego [13], inicjację seksualną przed 15. rokiem życia ma za sobą 3% dziewcząt. Wśród 15- i 16-latków problem ten dotyczy już 19% chłopców i dziewcząt, natomiast w grupie wiekowej 17–19 lat współżycie rozpoczęło 51% badanych. W badaniach B. Woynarowskiej i wsp. [3] średni wiek inicjacji seksualnej wyniósł 16,5 lat u chłopców i 16,8 lat u dziewcząt. Stosunek płciowy w wieku 13 lat i wcześniej ma za sobą 6% badanych, a co czwarta badana osoba odbyła inicjację seksualną mając 15 lat lub mniej. Podobne wyniki otrzymała także I. Stankowska [7]. Istnieje też istotna różnica – jak wykazano w tej pracy – między wiekiem inicjacji seksualnej a środowiskiem życia. Wśród badanych studentek inicjacja ta miała miejsce najwcześniej w wieku 17 lat, natomiast wśród kobiet z więzienia – nawet w 13. roku życia. Jak podaje B. Woynarowska [3], częściej do rozpoczęcia współżycia przynajmniej się młodzież mieszkająca w mieście. Widać także wyraźny związek między wykształceniem a rozpoczęciem współżycia. Im niższy typ ukończonej szkoły, tym inicjacja następuje wcześniej. Wynik ten potwierdził się w niniejszych badaniach, które wykazały, że kobiety z zakładu karnego posiadają także niższe wykształcenie i rozpoczynają współżycie przynajmniej o 4 lata wcześniej niż studentki.

Do najczęściej stosowanej formy zabezpieczenia, według badań przytoczonej wcześniej autorki, należy prezerwatywa. Ze środków chemicznych i metod naturalnych badana przez nią młodzież korzystała najrzadziej. Nieco inne wyniki dotyczące antykoncepcji otrzymały autorki niniejszych badań. Okazuje się, że o ile najpowszechniej stosowaną antykoncepcją wśród więźniarek jest prezerwatywa, o tyle wśród studentek przeważają tabletki hormonalne, a nawet metody naturalne. Odsetek respondentek stosujących antykoncepcję jest dość duży, choć

jak wykazano – 50% osadzonych jej nie stosuje. Można powiedzieć, że studentki biorą większą odpowiedzialność za współżycie, gdyż spośród nich wszystkie używają zabezpieczeń lub naturalnych metod opartych na rozpoznawaniu płodności. Jak podaje J. Bancroft i wsp. [8], odkład antykoncepcją stała się powszechna i dostępna dla nastolatków, odsetek ciąży i aborcji zaczął maleć. Mimo to spośród badanych przez autorkę kobiet 6 z grupy przestępczej i 4 z grupy studenckiej uważa, że ciążę nieplanowaną należy usunąć.

Ankietowane zapytane o ochronę przed chorobami przenoszonymi drogą płciową wskazują w większości na prezerwatywę. Za skuteczną ochronę uważa ją 73% studentek i 50% kobiet osadzonych. Tylko o 3% więcej studentek niż więźniarek uważa, że nic nie jest w stanie całkiem ochronić przed zakażeniem. Wiedza studentek na temat ochrony przed chorobami związanymi z seksualnością jest większa, lecz nie diametralnie, choć wszystkie wiedzą, że posiadanie wielu partnerów predysponuje do zakażenia. Zatrważający jest fakt, że co piąta więźniarka nie ma o tym pojęcia, a 17% z nich uważa, że częsta zmiana partnera nie wiąże się z żadnym ryzykiem. Opinię o skuteczności prezerwatywy zbadał także S. Grzelak [6]. W swoich wynikach uzyskał on jednak dużą rozbieżność. Wśród jego badanych 100% zaufanie do tej metody zabezpieczenia ma od 38 do 70% badanych.

Okazuje się, że w większości domów badanych kobiet nie rozmawiało się na temat seksu. Dotyczy to 53% studentek i 57% więźniarek. Podobne wyniki uzyskała I. Stankowska [7]. Jej badanie dowiodło, że w ponad 61% rodzin rozmowy o seksualności w rodzinie są tabu. Badania wykazują, że 43% studentek i 77% więźniarek czerpie wiedzę o seksie z własnych doświadczeń, jednocześnie 50% kobiet z grupy studenckiej wiedzę tę zdobywa od koleżanek, a 30% osadzonych z Internetu. G.B. Spanier [9] podaje, że na podjęcie współżycia przedmałżeńskiego, bardziej niż profesjonalna edukacja, wpływają nieformalne źródła wiedzy, które w największym stopniu stanowią rówieśnicy.

Już E. Shorter [10] w drugiej połowie lat 70. ubiegłego wieku wspomina o częstszym zjawisku rodzin rozbitych i niepełnych. Jednak, jak podaje J. Bancroft [8], wiedza dotycząca wpływu struktury rodziny na seksualność nie jest pełna. J.F. Kantner i M. Zelink [11] zaobserwowali niższy współczynnik wczesnego rozpoczęcia współżycia wśród dziewcząt mieszkających z obojgiem rodziców – matką i rodzonym ojcem. Gdy głową rodziny staje się tylko matka, współczynnik ten wzrasta o 60%. Jak zbadały autorki 47% więźniarek i 10% studentek wychowywało się w niepełnej rodzinie lub poza nią.

A. Kinsey [12] już w latach 50. ubiegłego stulecia wykazał upadek obyczajów, udowadniając, że aż 86% ludzi żyje w sprzeczności z normami obyczajowymi wynikającymi z deklarowanych przekonań. Z przeprowadzonych przez autorki badań wynika podobny wniosek. Badane kobiety, pomimo tego, że w większości deklarują katolicyzm, nie przestrzegają przyjętych zasad, w szczególności dotyczy to środowiska przestępczego. Takie wyniki przedstawia także Z. Izdebski [13]. Spośród kobiet zbadanych przez A. Kinsey'a [12], 62% przyznało się do onanizmu, tłumacząc ten fakt tym, że są w stanie osiągnąć orgazm w czasie

o nieporównywalnie krótszym niż podczas stosunku pochwowego z partnerem. Masturbację za niemoralną postrzega 13% grupy badawczej z więzienia oraz 80% studentek. Stosunek do pornografii także znacznie się różni w obu grupach. Negatywne nastawienie do tych praktyk przejawiają 24 studentki i 9 osadzonych. K. Ostrowska [14] jest zdania, że pornografia ma duży wpływ na zachowania przestępcze i agresywne, naruszające prawa, a także krzywdzące drugiego człowieka. Badania japońskich badaczy [15] dowiodły także, iż istnieje ścisły związek między pornografią a alkoholizmem, rozwiązłością i trywialnością. Natomiast badania amerykańskich studentek [16] wykazały, że im wcześniej mają one kontakt z pornografią, tym większe jest prawdopodobieństwo przyzwolenia na agresję i przemoc mężczyzny wobec nich. Często rozumieją ją jako element „romantyzmu” w związku.

J. Bancroft i wsp. [8] wykazali, że 19% populacji kobiet miało kontakty homoseksualne, natomiast wyłączną orientację homoseksualną przejawia 6% kobiet. Podobne wyniki otrzymał w ankiecie internetowej Z. Izdebski [13], w której 6% Polaków zadeklarowało praktyki homoseksualne. W sytuacji homoseksualizmu kobiet występuje problem realizacji macierzyństwa, który – jak podają naukowcy – jest zaspokajany w stosunku do partnerki lub poddając się zapłodnieniu przez wyselekcjonowaną mężczyznę, nie uznając tego za heteroseksualną bliskość.

Podsumowując, można stwierdzić, że zachowania zdrowotne w dużej mierze zależą od środowiska wychowania i życia oraz od profilu psychospołecznego. Jak widać, wpływa ono na wszelkie postawy wobec zdrowia, a także kształtuje charakterystyczne dla danej grupy postrzeganie zasad moralnych. Więźniarki przejawiają bardziej ryzykowne zachowania zdrowotne niż studentki. W gruncie rzeczy ten fakt nie dziwi. Jednak niepokoi to, że studentki nie posiadają pełnej wiedzy na temat STD (*sexually transmitted diseases*), a tym samym ryzykownych zachowań zdrowotnych. S. Grzelak pozostawia jednak nadzieję, stwierdzając, że nie tylko wychowanie, ale też socjalizacja, rozumiana jako szeroko pojęta edukacja, jest w stanie polepszyć obraz społeczeństwa w kontekście zachowań zdrowotnych [6].

## WNIOSKI

1. Środowisko życia ma wpływ na zachowania zdrowotne.
2. Rodzina (jako środowisko wychowania) ma wpływ na zachowania seksualne.
3. Występuje niekonsekwencja i brak integralności między świadomością ryzyka zmiany partnerów a zachowaniami zdrowotnymi kobiet z więzienia.
4. Wiedza studentek i więźniarek na temat STD jest zbliżona.
5. Wśród kobiet osadzonych występuje bardzo niski wiek inicjacji seksualnej, a co za tym idzie – fakt ciąży młodocianych.
6. Kobiety, które nie współżycją regularnie, nie korzystają w odpowiednim stopniu z opieki ginekologicznej.
7. Większość kobiet nie zna swojego cyklu miesięcznego.
8. Istnieje nagła potrzeba, aby edukować rodziców w aspekcie przekazywania dzieciom wiedzy o ludzkiej płodności i seksualności.
9. Hipoteza dotycząca tego, że kobiety często zmieniające partnerów czują się mniej atrakcyjne, w świetle przeprowadzonych badań jest nieprawdziwa.

## BIBLIOGRAFIA

1. Imieliński K. *Seksuologia biologiczna*. Warszawa: PWN; 1980.
2. Radomski D. Od poznania się do seksualnej satysfakcji, czyli biolo-giczne mechanizmy seksualności człowieka. *Seksuol Pol* 2007; 5(1): 18–24.
3. Woynarowska B, Oblacińska A, red. *Zdrowie subiektywne, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce w kontekście czynników psychospołecznych i ekonomicznych*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka; 2006.
4. Jarczewska DŁ. Wczesna inicjacja seksualna – grupy ryzyka i konsekwencje. *Życie i Płodność* 2010; 5: 15–31.
5. Szymańska J. *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej profilaktyki*. Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji; 2012.
6. Grzelak S. *Profilaktyka ryzykownych zachowań seksualnych młodzieży. Aktualny stan badań w Polsce i na świecie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2006.
7. Stankowska I. Przedmałżeńska aktywność seksualna w opinii młodych dorosłych. *Przeegl Terapeut* 2009; 6: 7.
8. Bancroft J. *Seksualność człowieka*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2009.
9. Spanier GB. Formal and informal sex education as determinants of premarital sexual behavior. *Archiv Sex Behav* 1976; 5: 39–67.
10. Shorter E. *The making of the modern family*. New York: Basic Books; 1975.
11. Kantner JF, Zelink M. Sexual experience of young unmarried women in the United States. *Family Plan Perspect* 1972; 4: 9–18.
12. Kinsey A, et al. *Sexual behavior in the human female*. Philadelphia: Saunders; 1953.
13. Izdebski Z. *Seks Polaków w Internecie. Raport Polpharmy na temat seksualności Polaków w Internecie*. Warszawa, Styczeń 2010.
14. Ostrowska K. *Pornografia – jej ocena w aspekcie rozwoju osobowości człowieka*. Materiały z posiedzeń Sejmowej Komisji Rodziny oraz Se-

- nackiej Komisji Rodziny i Polityki Społecznej. Dział Ekspertyz. Warszawa; 1998.
15. Yonezato S, Tamura M, Magishima F. The relationship between early exposure to pornographic videos and deviance among juveniles. *Report Nat Res Inst Police Sci* 1995; 36(1): 30–37.
16. Corne S, Briere J, Esses LM. Women's attitudes and fantasies about rape as a function of early exposure to pornography. *J Interpersonal Viol* 1992; 7(4): 454–461.
- 

**Adres do korespondencji:**

Dr n. med. Monika Przestrzelska  
Zakład Położnictwa  
Wydział Nauk o Zdrowiu  
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu  
ul. Bartła 5  
51-618 Wrocław  
Tel.: 71 784-18-56

Praca wpłynęła do Redakcji: 12.04.2013 r.

Po recenzji: 24.04.2013 r.

Zaakceptowano do druku: 28.05.2013 r.

# ROLA PIELEŃNIARKI W OPIECE NAD CHORYMI Z DEPRESJĄ

*The role of the nurse in the care of patient with depression*

Joanna Poprawska<sup>1</sup>, Sylwia Krzemińska<sup>2</sup>, Adriana Borodzicz-Cedro<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Milickie Centrum Medyczne. Oddział psychiatryczny żeński

<sup>2</sup> Wydział Profilaktyki i Zdrowia, Niepubliczna Wyższa Szkoła Medyczna we Wrocławiu

<sup>3</sup> Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: s.krzeminska@wp.pl

## STRESZCZENIE

Depresja jest jednym z najczęściej występujących zaburzeń psychicznych. Jej objawy dotyczą istotnych obszarów funkcjonowania człowieka, wpływają na indywidualne odczucia pacjentów, w dużym stopniu determinują jakość relacji społecznych, zarówno w obszarze życia rodzinnego, jak i zawodowego. Istnieje wiele teorii tłumaczących mechanizm powstania depresji. Podkreślają one biologiczne, intrapersonalne lub interpersonalne aspekty zagadnienia.

Współczesna psychiatria bazując na holistycznej koncepcji człowieka i nakazując ideę kompleksowego leczenia, stwarza nowe obszary zadań i czyni niezbędnym udział pielęgniarki w promocji zdrowia psychicznego, profilaktyki zaburzeń psychicznych, procesie diagnostyczno-terapeutycznym i rehabilitacji. Wśród zadań pielęgniarki realizowanych w odniesieniu do pacjenta chorego psychicznie na pierwszy plan wysuwają się oddziaływania psychoterapeutyczne, nie można jednak pominąć problemów somatycznych. Pielęgniarskie interwencje terapeutyczne wobec chorego na depresję stanowią integralną część procesu terapeutycznego, są ukierunkowane na podtrzymywanie zasobów i możliwości sprzyjających zmniejszeniu lub niwelowaniu głównych problemów.

Nowoczesny model psychiatrycznej opieki pielęgniarskiej podnosi pacjenta do rangi aktywnego podmiotu. Przez uaktywnianie chorych, organizację środowiska szpitalnego, przez włączenie w proces leczenia rodziny chorego – zapobiega się izolacji, społecznej psychodegradacji i tworzeniu się rzesz przewlekłe chorych wymagających ciągłej opieki. Specjalistyczna opieka pielęgniarska nad chorym na depresję wymaga od pielęgniarki wszechstronnej wiedzy zawodowej, znajomości skutecznych działań poprawiających i wpływających na codzienne funkcjonowanie chorego i jego rodziny. Nie sposób nie doceniać pewnych predyspozycji intelektualnych i charakterologicznych, takich jak: zdolność empatii, cierpliwość, opanowanie, zdolność do stałej pracy nad sobą. Holistyczny model opieki pielęgniarskiej wyznacza nowy, obiecujący kierunek myślenia o chorobach psychicznych, o chorych i ich relacjach z otoczeniem.

**Słowa kluczowe:** depresja, opieka pielęgniarska, funkcjonowanie chorego, przygotowanie rodziny.

## SUMMARY

Depression is one of the most common mental disorders. Her symptoms affect important areas of human functioning, affect the individual feelings patients, determine the quality of social relations in the area of a family life and career. There are many theories explaining the mechanism of formation of depression. They stress the biological, intrapersonal and interpersonal aspects of the problem.

Contemporary psychiatry based on the holistic concept of man, created new areas of responsibilities and makes it necessary to share a nurse in mental health promotion, prevention of mental disorders, diagnostic and therapeutic process and rehabilitation.

Among the nurses performed tasks for the mentally ill patient to come to the fore the impact of psychotherapeutic.

Nursing therapeutic interventions to patients with depression are an integral part of the therapeutic process, are aimed at maintaining the resources and opportunities conducive to reducing or offsetting the main problems. The modern model of psychiatric nursing care of the patient increases to the level of an active entity. By activating the sick, hospital environment, the inclusion in the process of treatment, family, social isolation and mental degradation prevented the creation of a group of chronically ill requiring constant care.

Specialized nursing care of patients with depression requires nurses wide professional knowledge and effective action to improve the daily functioning affecting the patient and family.

Important are also intellectual predisposition and character traits such as: the ability of empathy, patience, self-control, the ability to work on themselves.

Holistic nursing care model sets a new, promising direction of thinking about mental diseases, patients and their relationship with the environment.

**Key words:** depression, nursing care, the functioning of the patient, preparation of the family.

## WSTĘP

Depresja jest jednym z najczęściej występujących zaburzeń psychicznych, zarówno jeśli chodzi o populację ogólną, jak i o liczbę osób zgłaszających się do lekarzy. Dane przedstawione przez Światową Organizację Zdrowia pokazują, że obecnie depresja stanowi czwarty najpoważniejszy problem zdrowotny na świecie.

Objawy zespołów depresyjnych dotyczą istotnych obszarów osobowości człowieka, wpływają na indywidualne odczucia pacjentów, w dużym stopniu także determinują jakość relacji społecznych, zarówno w obszarze życia rodzinnego, jak i zawodowego wpływając na przebieg zatrudnienia czy charakter wykonywanej pracy.

## DEPRESJA – EPIDEMIOLOGIA

W 1974 r. Antoni Kępiński napisał, że: „Smutek jest dołą człowieka. I nawet najpogodniejszemu trafiają się okresy depresji,

gdy wokół niego świat ciemnieje i sam siebie widzi w czarnych kolorach. Nic też dziwnego, że w psychiatrii, gdzie cierpienie psychiczne przekracza granice przeciętności, depresja jest jednym z głównych problemów” [1]. Obecnie do tej jakże trafnej obserwacji możemy też dołączyć stwierdzenie, że depresja staje się nie tylko problemem psychiatrycznym czy psychologicznym, ale również społeczno-ekonomicznym. Od wielu lat obserwowany jest ciągły wzrost liczby hospitalizacji. Dane te nie odzwierciedlają realnej liczby zachorowań na depresję, wielu nie korzysta z pomocy specjalistycznej. W krajach Europy Zachodniej wskaźnik może sięgać 4%, a u osób, które znajdują się w wieku ryzyka – 10%. Istnieją dane, które wskazują, że 1 osoba na 6 w jakimś momencie życia cierpi z powodu stanu, który w pełni odpowiada rozpoznaniu depresji [2]. Szacuje się, że do roku 2020 depresja będzie drugą główną przyczyną diagnozowania u podłoża trwałego inwalidztwa [3].

Uwagę i konieczność poruszania tematu depresji podkreśla tak-

że jej przewlekły, nawracający charakter. Niektóre dane wskazują na 80–100% możliwość nawrotu w przypadku depresji. Często widoczne są objawy „defektu”, czyli niepełna remisja ze stale utrzymującymi się zaburzeniami nastroju, rytmów biologicznych, napędu, aktywności złożonej [4]. Z perspektywy społecznej należy zwrócić uwagę na rosnące koszty ekonomiczne, związane z występowaniem i z leczeniem depresji [5]. Ogólny koszt całej grupy zaburzeń z kręgu depresyjnego jest bardzo wysoki i porównywalny z kosztami takich chorób, jak nowotwory czy choroby układu krążenia.

Depresja to najdroższa z chorób [6]. Kolejnym powodem, który czyni depresję ważnym problemem społecznym jest związana z nią wysoka śmiertelność. Od 15 do 25% chorych ze zdiagnozowaną depresją dokonuje skutecznego zamachu samobójczego. Wskaźnik ten utrzymuje się od wielu lat na tym samym poziomie, pomimo wielu podejmowanych działań i postępu w dziedzinie farmakoterapii [7]. Z opisywanym zjawiskiem nadumieralności w depresji łączy się także zagadnienie powiązań między depresją a innymi chorobami, zwłaszcza somatycznymi. Osoby cierpiące z powodu depresji należą do grupy z podwyższonym ryzykiem zachorowania na choroby układów: krążenia, pokarmowego, oddechowego czy nowotworowy [8].

Depresję łączy się z samotnym cierpieniem, bólem, lękiem. Wymiera ona jednak wpływ nie tylko na pacjentów, ale i na cały system rodziny. Osobie chorej trudno jest wypełniać dotychczasowe role społeczne ze względu na obniżenie napędu psychoruchowego, męczliwość, mniejszą cierpliwość, bardzo duży krytycyzm względem siebie. Podobnie trudności występują w relacjach małżeńskich, powodując dodatkowe napięcia, kryzysy, trudności w pożyciu seksualnym [9].

Osoba cierpiąca z powodu depresji jest dużym obciążeniem dla zdrowego partnera (chorzy nie cieszą się przyjemnymi czynnościami, często nie reagują na wsparcie, dostarczając powodów do dodatkowych żartów) do tego stopnia, że aż 40% współmałżonków kwalifikuje się do leczenia [10].

## MODELE TEORETYCZNE DEPRESJI

### Model biologiczny

Według modelu neurochemicznego, przyczyną depresji może być niedobór amin biogennych. Hipotezy na temat neurochemicznego podłoża zachorowania na depresję dotyczą spadku poziomu norepinefryny (noradrenaliny – hipoteza katecholaminowa) oraz serotoniny (hipoteza serotoninowa). Spadek poziomu tych amin biogennych powoduje pojawienie się deficytów motywacyjnych. Serotonina wyprodukowana w komórce nerwowej uwalniana jest do synapsy, gdzie stymuluje kolejną komórkę. Aby powstrzymać tę stymulację, serotonina musi zostać zdeaktywowana: albo przez reabsorpcję do neuronu presynaptycznego, albo przez jej zniszczenie. Leki przeciwdepresyjne powstrzymują te procesy, nie dopuszczają do spadku poziomu norepinefryny i serotoniny.

Teorię o organicznym charakterze depresji wspierają następujące fakty: depresja pojawia się często po okresie naturalnych zmian fizjologicznych u kobiet (np. po porodzie), wysoka skuteczność biologicznych metod terapii (preparaty trójpierścieniowe, inhibitory MAO, elektrowstrząsy), depresja pojawia się jako efekt uboczny stosowania pewnych leków (hipotensyjne, przeciwnowotworowe, neuroleptyki) [11].

### Model psychodynamiczny

Model psychodynamiczny zakłada, że depresja (tak jak i inne zaburzenia) ma swoje źródła w nierozwiązanym konflikcie z przeszłości. Pierwsze modele teoretyczne depresji w ujęciu psychoanalitycznym przedstawili w artykule „Żałoba i melancholia” Karl Abraham (1911) oraz Zygmunt Freud (1917).

Freud uważał, że przyczyną depresji jest skierowanie całej agresji do wewnątrz, w efekcie czego dochodzi do obniżenia samooceny, samooskarżeń czy samobójstwa. Osoba depresyjna w dzieciństwie skierowała swoją miłość na drugą osobę i doznała rozczarowania, w efekcie identyfikuje się z utraconym

obiektem, „włącza” go w obszar swego *ego*. Złość, którą odczuwa pierwotnie wobec pierwotnego obiektu, zostaje skierowana na samego siebie. Kolejne doświadczenia straty i odrzucenia reaktywuje uczucie związane z utratą pierwotnego obiektu [12].

Według Melanii Klein (teoria relacji z obiektem), jakość relacji matki i dziecka w pierwszym roku życia decyduje o tym, czy w przyszłości jednostka będzie miała skłonność do depresji. Każde dziecko przechodzi przed pierwszym rokiem życia okres, w którym szczególnie silnie przeżywa złość – reakcją na frustrację w kontakcie z matką oraz strach – będący reakcją na przeżywany gniew (tzw. pozycja depresyjna). Jeżeli uczucie gniewu i strachu w relacji z matką są silniejsze niż doświadczane uczucie miłości, pojawiają się patologiczne sposoby rozwiązywania „pozycji depresyjnej”, do których jednostka może powracać w dorosłym życiu. Część psychodynamicznych teorii depresji akcentuje istnienie określonych typów osobowości depresyjnej, które kształtują się w dzieciństwie. Typy te charakteryzują się nadmiernym poleganiem na zewnętrznych źródłach samooceny, gratyfikacji oraz nadawania znaczenia własnym działaniom (koncepcja Arietiego, Rado, Fenichela) [13].

Teorie psychodynamiczne uznają za punkt wyjścia utratę ważnego obiektu oraz ewolucję w kierunku spostrzegania ogólnego braku podstaw dobrego funkcjonowania i samopoczucia (w tym braku stabilnego poczucia własnej wartości) – czyli słabości *ego*, czemu towarzyszy nadmierne krytyczne, niestabilne *superego* [12].

### Model poznawczo-behawioralny

Do grona przedstawicieli modelu poznawczo-behawioralnego zalicza się między innymi A. Becka (1967), M. Seligmmana (1993), J. Lewinsohn (1982). Beck sformułował pierwszą poznawczą teorię depresji. Jest ona do dzisiejszego dnia najbardziej powszechną i przyjętą teorią. W przeciwieństwie do podejścia biologicznego zakłada, że to deformacje procesów poznawczych, zniekształcenia przebiegu i wyniku myślenia prowadzi do powstania i podtrzymywania się symptomów depresyjnych. To, co według psychiatrii jest wtórnym objawem depresji, Beck uważa za jej pierwotną przyczynę. Patologia natomiast powstaje wtedy, gdy występują rozbieżności między postrzeganiem i stanem obiektywnym, a interpretacja wywołuje negatywne uczucie. Model poznawczy Becka wskazuje na trzy subteorie wyjaśniające psychologiczny mechanizm leżący u podstaw depresji.

1. Depresyjna triada poznawcza – charakteryzuje się negatywnym postrzeganiem: własnej osoby, otaczającego świata, własnej przyszłości [14].
2. Koncepcja depresyjnych schematów (stereotypów) poznawczych – wyjaśnia mechanizm możliwości istnienia triady poznawczej. Zakłada, że każdy człowiek posiada własny wzorzec selekcji i gromadzenia informacji. Wzorzec ten kształtuje się na podstawie wczesnodziecięcych doświadczeń, zwłaszcza z rodzicami, rodzeństwem czy nauczycielami. Raz ukształtowany, charakteryzuje się względną trwałością i rzutuje na późniejszą selekcję i gromadzenie informacji. Objaśnienie stereotypy poznawcze mogą pozostawać przez długi czas w uśpieniu i przebudzić się w momentach kryzysowych.
3. Koncepcja wadliwego przetwarzania informacji (błędy myślenia).

Beck wychodzi z założenia, że obecność triady depresyjnej wywołuje się z istnienia błędów w przetwarzaniu informacji. Ulegając błędowi, chory nie ma poczucia, że jego system przekonań i sądów jest fałszywy i niepoprawny. Nie potrafi spostrzec, że podczas przetwarzania informacji pojawiają się u niego myśli automatyczne.

Najczęściej spotykane błędy przetwarzania informacji to: arbitralny wniosek, nadgeneralizacja, selektywna abstrakcja, wyolbrzymianie i minimalizowanie, personalizacja.

Osoby depresyjne charakteryzują się nadwrażliwością na bodźce negatywne zarówno psychiczne, jak i fizyczne. Pozwala to sformułować hipotezę, że przyczyny depresji znajdują się



zarówno w samej osobie (zakłócony odbiór wzmocnień), jak i w otoczeniu, w którym żyje (niewystarczająca liczba wzmocnień pozytywnych ze środowiska) [15].

### Wycuczona bezradność

Wycuczona bezradność jest ogólnym terminem wprowadzonym przez M. Seligmana. „Bezradność jest stanem wycuczonym, wytworzonym przez narażenie na szkodliwe, nieprzyjemne sytuacje, w których nie ma możliwości ucieczki lub których nie da się uniknąć. W demonstracjach eksperymentalnych, które ujawniają analogiczne skutki u ludzi, jak i u zwierząt, powtarzające się, niemożliwe do uniknięcia, emitowanie wstrząsów względem psa wytwarza u niego pewien rodzaj patologicznej bezradności do tak skrajnego stopnia, że nawet kiedy zwierzę ma możliwość ucieczki, to z możliwości, o której mowa, nie skorzysta” [16].

Traumatyczne wydarzenia doznane w dzieciństwie, negatywne doświadczenia i oceny, pesymistyczne interpretacje dotyczące życia i świata wypowiedane przez rodziców i inne autorytety wobec dziecka (lub w jego obecności) działają jak zwrotnica nastawiająca myślenie jednostki na negatywne tory. Treść myśli decyduje o konsekwencjach emocjonalnych. Według Seligmana, osoby depresyjne doszły do depresji stosując zniekształcenia poznawcze dotyczące zdarzeń niepomysłnych. To spowodowało utrwalenie się pesymistycznego stylu wyjaśnienia, który w połączeniu z niepomysłnymi wydarzeniami wytworzył zjawisko wycuczonej bezradności. Seligman swoją koncepcją przyczynia się do lepszego zrozumienia człowieka i jego cierpienia. Wycuczona bezradność poprzedza depresję [17].

### Depresja jako dostosowanie

Kazimierz Dąbrowski, przedstawiciel ruchu higieny psychicznej w Polsce określił zdrowie psychiczne jako „Zdolność do rozwoju wewnętrznego w kierunku wszechstronnego rozumienia, przeżywania, odkrywania i tworzenia coraz wyższej hierarchii rzeczywistości i wartości, aż do konkretnego ideału indywidualnego i społecznego poprzez procesy dezintegracji pozytywnej i cząstkowej integracji wtórnej”. Swoją zasadniczą koncepcję oparł na hierarchii wartości, czyli budowaniu układu wartości, gdzie wybory niższego rzędu są podporządkowane wartościom rzędu wyższego. Proces budowania tej hierarchii jest z założenia twórczy i pełen niepowodzeń, dlatego psychoenerwicę uważał nie za chorobę, ale naturalny sposób tworzenia się tej hierarchii [18]. W tym ujęciu depresję przyjmuje się jako istotny element rozwoju samoświadomości. Rozwój ten następuje przez stopniowe rozluźnianie i zastępowanie prymitywnych form czynności psychicznych formami bardziej złożonymi. Wiele zjawisk uznawanych za przynależne do sfery psychopatologii traktuje jako zdrowe objawy przyspieszonego rozwoju psychicznego środowiska wewnętrznego, objawy wzbicia dotychczasowej pozytywnej struktury psychicznej, poprzedzającej wtórne jej zintegrowanie na wyższym poziomie [19].

### Depresja wtórna do innych chorób

Oprócz depresji z przyczyn pierwotnych, objawy depresyjne mogą występować wtórnie w przebiegu innych chorób somatycznych i zaburzeń psychicznych. Choroby mogące mieć wpływ na wystąpienie depresji:

1. Zaburzenia psychiczne: schizofrenia, zaburzenia lękowe, zaburzenia osobowości, zaburzenia odżywiania, otępienie, zespół Aspergera.
2. Choroby endokrynne: choroba Cushinga, Addisona, choroby tarczycy, przytarczyc, choroby związane z zaburzeniami cyklu miesięcznego.
3. Choroby neurologiczne.
4. Choroby zakaźne.
5. Choroby nowotworowe.

Każda choroba somatyczna, która w swoim przebiegu powoduje znaczne cierpienie, może powodować występowanie depresji – pośrednio z przyczyn psychologicznych [19].

### Depresja wtórna od zażywania substancji psychoaktywnych

Współzachorowalność lub podwójna diagnoza określana jest przez Światową Organizację Zdrowia jako „współwystępowanie u tej samej osoby zaburzenia wynikającego z zażywania substancji psychoaktywnej i innego zaburzenia natury psychicznej”. Zaburzenia psychiczne i osobowościowe występują przed pojawieniem się zaburzeń wynikających z zażywania substancji psychoaktywnych, czyli zwiększają one indywidualną podatność na takie problemy. Jednakże zaburzenia psychiczne mogą też być potęgowane przez zażywanie narkotyków czy picie alkoholu, tak jest w przypadku depresji, albo występować jednocześnie. Przyjmowanie substancji psychoaktywnych jest również postrzegane jako element lub objaw zaburzenia psychicznego lub osobowościowego oraz jako próba „samookaleczenia”. Narkotyki czy alkohol mogą łagodzić niepokój, napięcie, ból, likwidować omamy wzrokowe czy słuchowe, mogą przynosić ulgę w stanach depresyjnych, umożliwiać odhamowanie behawioralne. Zażywane substancje często łagodzą niepokojące objawy, co sprzyja w rozwoju uzależnienia [20].

### OBRAZ KLINICZNY I ROZPOZNIANIE

#### Objawy depresji

P.J. Mobius w 1893 r. wprowadził dychotomiczny podział depresji na endogenną (organiczną) i reaktywną, będącą odpowiedzią osoby na różnego rodzaju sytuacje, które przekraczają jej możliwości radzenia sobie. Ta najprostsza klasyfikacja do dzisiejszego dnia cieszy się dużą popularnością. Depresje reaktywne stanowią zdecydowaną większość przypadków. Poznanie całości doświadczenia opiera się na diagnozie trzech obszarów doświadczenia chorego: intrapersonalnego, interpersonalnego i sytuacyjnego [11].

W tym rozpoznać możemy osiem wyszczególnionych obszarów. Każdy z nich przedstawia taki zestaw wzorców, które można obserwować u osób chorujących na depresję.

1. **Wymiar fizjologiczny** – dotyczy symptomów występujących na płaszczyźnie fizycznego doświadczenia: zaburzenia snu, zaburzenia apetytu, poczucie zmęczenia, zaburzenia popędu płciowego, niepokój, uskarżanie się na konkretne niedyspozycje bądź ogólny zły stan fizyczny przy braku widocznych przyczyn organicznych, nasilenie lub uporczywość objawów fizycznych, których pochodzenie organiczne jest znane.
2. **Wymiar poznawczy** – wiąże się z wzorcami myślowymi charakterystycznymi dla depresji: negatywne oczekiwanie (poczucie beznadziejności), negatywna samoocena, negatywna interpretacja doświadczeń, poczucie „rozsypania”, nadmierne skoncentrowanie na sobie, trudności w koncentracji, skupienie się na przeszłości, skłonność do generalizowania, poczucie bezradności, zniekształcenie poznawcze (niewłaściwe wzorce myślenia), ruminacje (roztrząsanie problemów).
3. **Wymiar behawioralny** – obejmuje mechanizmy pojawiające się w zachowaniu chorego na depresję: zaburzenia poziomu aktywności (brak lub nadmierna aktywność), działania agresywne lub destruktywne, napady płaczu, próby samobójcze, spowolniona lub niewyraźna mowa, popadnie w uzależnienia, ogólna impulsywność, zachowania sprzeczne z osobistym systemem wartości, zachorowania „acting-out” (wyładowywanie się), zachowania „giving-up” (poddawanie się), przejawianie perfekcjonizmu.
4. **Wymiar aktywny** – dotyczy objawów stanowiących odbicie zaburzeń stanu emocjonalnego osoby cierpiącej na depresję: ambiwalencja (odczuwanie sprzecznych emocji), brak źródeł satysfakcji, utrata poczucia humoru, utrata szacunku do samego siebie, poczucie braku wartości i własnej bezużyteczności, osłabienie związków emocjonalnych (apatia), obniżony nastrój, smutek, nadmierne lub nieadekwatne poczucie winy, poczucie bezsilności, podniesiona lub obniżona reaktywność emocji, skłonność do złości, irytacji, utrata motywacji.

5. **Wymiar relacji** – obejmuje charakterystyczne wzorce, wędrug których człowiek chory na depresję odnosi się do siebie oraz innych ludzi: przyjmowanie w relacjach pozycji ofiary, znaczna zależność od innych, wysoka reaktywność na innych, brak znaczącej pozycji społecznej, wycofanie i izolacja, unikanie towarzystwa, nadmierna potrzeba akceptacji, skłonność do poświęcania się, przyjmowanie postawy męczennika, przesadne poczucie odpowiedzialności za innych, zachowanie pasywno-agresywne, nadmierna krytyczność w stosunku do innych, wąski zakres komunikacji.
6. **W wymiarze symbolicznym** – znajdujemy wzorce, które wyrażają wewnętrzne przeżycie chorego. Nie wszystkie komunikaty są ukierunkowane lub świadome. Większość z nich przejawiać się może w formie symbolicznej: destruktywna fantazja, wyobrażenia, powtarzające się koszmary, męczące wyobrażenia, zainteresowanie sprawami duchowymi, spekulacje na ten temat.
7. **Wymiar kontekstowy** – odnosi się do czynników zewnętrznych, na które chory odpowiada mechanizmami depresyjnymi wymienionymi przy przedstawianiu innych wymiarów. Uwzględnianie tych czynników ma znaczenie przy ocenie stopnia uogólnienia depresji – możliwości jej przejścia w stan chroniczny: uogólnione, przewidywalne, ograniczone odpowiedzi na określone sytuacje, trudności w prawidłowej ocenie wymogów sytuacji i własnych zobowiązań, odrzucanie pod wpływem sytuacji wyznawanych wartości etycznych.
8. **Wymiar historyczny** – wiąże się ze specyficznymi doświadczeniami z życia jednostki, które mogły przyczynić się do powstania mechanizmów depresyjnych: znaczące straty, których chory doznał w przeszłości, sytuacje, w których chory nie miał kontroli nad przebiegiem wydarzeń, sprzeczne wymagania i oczekiwania, zmienne środowisko, wąski zakres osobistych doświadczeń [21].

## PRZEBIEG DEPRESJI I ROKOWANIE

Przebieg i rokowanie w depresji wykazują duże różnice u poszczególnych osób w zależności od cech osobniczych organizmu, warunków socjalnych, sposobu leczenia. U niektórych chorych może wystąpić jeden lub dwa nawroty w życiu (np. w okresie inwolucji lub w wieku podeszłym), u części choroba może mieć przebieg bardzo złośliwy: liczba nowotworów jest duża, fazy chorobowe bardzo długie, okresy remisji krótkie; niekiedy występuje przebieg naprzemienny bez remisji. Chociaż okresy oddzielające nawroty nazywane bywają remisjami, określenie to nie zawsze jest w pełni adekwatne do wieku chorych. U blisko połowy osób z rozpoznaną depresją, w miarę trwania procesu chorobowego, przerwy między nawrotami zwane remisjami w sensie ścisłym, są stanami częściowej poprawy z przewlekłe utrzymującymi się zaburzeniami nastroju, najczęściej pod postacią subdepresji [22]. Zespół depresyjny wykazuje często uporządkowany, powtarzający się rytm nawracania, często związany z porą roku (zwłaszcza wiosną i jesienią, niekiedy zimą – tzw. depresja zimowa). Wraz z każdym kolejnym, silnym epizodem wzrasta prawdopodobieństwo wystąpienia kolejnych nawrotów, przez zwiększoną dostępność depresyjnego wzoru myślenia. Wówczas symptomy choroby mogą uaktywnić się nawet bez prowokacji ze strony otoczenia, tzw. stresorów [23]. W przebiegu depresji (co jest ważne i ma znaczenie w terapii) może występować poranna postać tej choroby – dystymia. Jest to przewlekły, utrzymujący się ponad 2 lata stan subdepresyjny. Złe samopoczucie i przygnębienie wykazują dużą zmienność, są często zależne od bieżących wydarzeń. Podłoże tego stanu nie jest do końca wyjaśnione, najprawdopodobniej wiąże się z zaburzeniami osobowości [22].

U części osób zejściem zespołu depresyjnego jest całkowite ustąpienie nawrotów i powrót do stanu zdrowia. Nigdy jednak nie można wykluczyć możliwości ponownego nawrotu, nawet po bardzo długiej remisji. Szczególnym problemem są powiązania między nadużywaniem alkoholu i uzależnieniem od alkoholu a depresją. Zgon związany z zamachem samobójczym również należy zaliczyć do form zejścia depresji. Wyniki badań

nad genezą samobójstw w zespole depresyjnym wykazują, że chociaż są dość ściśle powiązania między zamachem samobójczym a zespołem depresyjnym, to depresja stanowi ważną, ale nie jedyną przyczynę decyzji o odebraniu sobie życia. Duże ryzyko samobójstwa pojawia się również w głębokich depresjach, zwłaszcza przebiegających z lękiem, podnieceniem, urojeniami depresyjnymi (urojenia hipochondryczne, nihilistyczne, katastroficzne) [22]. Zespoły depresyjne u części chorych mogą być przyczyną trwałego lub okresowego inwalidztwa. Trwałe inwalidztwo jest najczęściej następstwem ciężkiego (np. naprzemiennego) przebiegu choroby lub przewlekłego utrzymywania się pozornych zaburzeń nastroju (subdepresja) i stanowi podstawę do orzekania o inwalidztwie [22].

## UDZIAŁ PIELĘGNIARKI W LECZENIU OSÓB CHORYCH NA DEPRESJĘ

Leczenie depresji powinno być:

1. **Wszechstronne**, ponieważ musi uwzględniać wszystkie aspekty poważnego, wielowymiarowego kryzysu, jakim dla chorego jest zachorowanie.
2. **Wytrwałe**, ponieważ kryzys jest długotrwały i zagraża podstawom egzystencji, a wiedza nie daje podstaw do jednoznacznie pomyślnego lub niepomyślnego rokowania, które uzasadniałoby jakiegokolwiek różnicowanie lub ograniczenie wysiłków leczniczych.
3. **Zindywidualizowane**, ponieważ postać kryzysu i udział w nim różnego rodzaju trudności są bardzo indywidualne, a powodzenie lecznicze jest w dużym stopniu zależne od uzyskania zrozumienia, akceptacji i współudziału ze strony pacjenta [23].

Depresja jest chorobą uleczalną pomimo to, że mówi się o tym, iż nawet wyleczenie nie daje pewności wyzdrowienia na zawsze i w każdym momencie życia może powrócić, natomiast po leczeniu i terapii następuje okres remisji choroby, który może trwać nawet do końca życia, nie dając nawrotu [24]. Po zastosowaniu odpowiedniego leczenia dolegliwości i zaburzenia związane z depresją ustępują w ciągu 2–3 tygodni. Osoba chora może powrócić do normalnego życia, cieszyć się nim jak dawniej. Po wielu latach badań nad skutecznością różnych form terapii uważa się, że współczesne leczenie depresji opiera się na dwóch metodach: leczeniu farmakologicznym, metodach nefarmakologicznych [25].

## Pomoc w leczeniu farmakologicznym

Decyzję o leczeniu farmakologicznym depresji podejmuje lekarz psychiatra, który decyduje także o tym, czy pacjent ma być hospitalizowany, czy też leczony ambulatoryjnie. Przy wyborze miejsca uwzględnia: nasilenie depresji, ryzyko samobójstwa, ryzyko zastosowania farmakoterapii, aktualny stan somatyczny, warunki środowiskowe, opiekę rodziny, możliwość kontaktu z lekarzem.

Leczenie depresji przebiega w trzech etapach:

- 1) rozpoznanie i leczenie ostrej fazy,
- 2) leczenie podtrzymujące – trwa od 3 do 6 miesięcy po ustąpieniu objawów depresji,
- 3) zapobieganie nawrotom – trwa około 2 lat, a niektórych przypadków całe życie; tu należy wymienić dwie grupy stosowanych leków – leki przeciwdepresyjne i często dodatkowo wprowadzone leki przeciwłękowe [25].

Udział pielęgniarki w procesie leczenia farmakologicznego jest bardzo ważny. Do jej zadań należą: rozkładanie podawania leków zgodnie z zasadami obowiązującymi na oddziale, podawanie leków, obserwowanie chorego pod kątem przyjęcia leków i samopoczucia, motywowanie do regularnego przyjmowania leków, poznanie oczekiwań chorego związanych z przyjmowaniem leków, obserwacja chorego, czy nie przechowuje leków, aby użyć ich w celach samobójczych, obserwacja chorego pod kątem potencjalnych objawów pozapiramidowych, oferowanie gotowości pomocy, edukację w zakresie współudziału pacjenta w leczeniu, uprzedzenie pacjenta o ryzyku spadku ciśnienia tętniczego krwi przy szybkim wstawaniu, pouczenie o stopniowej pionizacji, kontrola oraz rejestracja ciśnienia tętniczego krwi,

wykonywanie iniekcji zgodnie z zasadami, przypominanie i informowanie o podstawowych zasadach leczenia, takich jak: wykluczenie spożywania alkoholu, utrzymywanie kontaktu z terapeutą, przestrzeganie terminów wizyt i badań kontrolnych [26].

### Udział w leczeniu elektrowstrząsami

Elektrowstrząsy są skuteczną metodą leczenia ciężkich postaci depresji z zagrożeniem samobójstwem, depresji z osłupieniem, depresji lekoopornych oraz wtedy, gdy farmakoterapia jest przeciwwskazana (pacjentki w ciąży) [25].

Leczenie wstrząsowe polega na wywołaniu w warunkach kontrolowanych uogólnionego napadu drgawkowego pod postacią skurczy mięśni, drgawek kloniczno-tonicznych, hipoksji, zwiększenia ciśnienia tętniczego krwi i przyspieszenia akcji serca, a przede wszystkim przerwy w strumieniu świadomości. Leczenie elektrowstrząsami z udziałem lekarza anestezjologa jest metodą bezpieczną i skuteczną. Podczas zabiegu pielęgniarka wykonuje zalecenia lekarza, dba o bezpieczeństwo pacjenta, prowadzi obserwację stanu pacjenta: tętno, oddech, wygląd skóry, drgawki, skurcze.

Po wykonanym zabiegu: czuwa nad bezpieczeństwem chorego, dokonuje pomiarów parametrów życiowych, odłącza aparaturę, podejmuje próbę nawiązania kontaktu słownego, obserwuje stan psychiczny pacjenta: uruchomienie, kontakt, orientację [27].

### Psychoterapia w depresji

Psychoterapia spełnia ważną rolę w leczeniu pacjentów chorujących na depresję w połączeniu z leczeniem farmakologicznym. Potrzeba pomocy psychoterapeutycznej wynika zarówno z często wyrażanych oczekiwań pacjentów, tj. rozmowy, ciepła, zaufania, nadziei, jak i z ogólnego przekonania, że leczenie ludzi z zaburzeniami psychicznymi wymaga dostarczenia im nowych, konkretnych, modelowych doświadczeń pomocnych w opanowaniu swojego kryzysu związanego z chorobą [27].

Psychoterapia może przebiegać w różnych formach:

- 1) **indywidualnej**, której celem jest wspieranie, doradzanie, edukacja, korekta odbioru zewnętrznego światła i ustalenie jego granic. Ma charakter podtrzymujący;
- 2) **rodzinnej**, której celem jest lepsza adaptacja systemu rodzinnego do choroby, lepsze zrozumienie przez rodzinę pacjenta skutków jego choroby oraz poprawy kontaktu emocjonalnego w rodzinie, w konsekwencji mniejsza liczba nawrotów i hospitalizacji;
- 3) **grupowej**, która odgrywa znaczącą rolę w zmniejszaniu izolacji pacjentów, dając im dystans do własnych objawów, przez możliwość zaobserwowania ich także u innych chorych [27].

Dzisiejsza psychoterapia w ujęciu psychodynamicznym przebiega w ograniczonym czasie, spotkania z terapeutą odbywają się regularnie, rola terapeuty jest bardziej aktywna. Sam proces leczenia niezależnie od konkretnej szkoły polega na: wglądzie konfrontacji za pomocą pytań terapeuty, klasyfikacji problemu, interpretacji przyczyn i znaczeń leżących u podstaw przejawianych zachowań i uczuć, integracji wprowadzonych interpretacji [15]. Psycholog humanistycznie charakteryzuje całościowe, holistyczne spojrzenie na człowieka wraz z jego specyficznymi problemami żywotnymi. Trudno więc dopatrywać się w tym nurcie przyczyn depresji jako „wyizolowanej” od innych chorób. Zaburzenia te traktowane są w kategoriach deficytów rozwoju osobowości, które są odzwierciedleniem niezaspokojonych potrzeb psychologicznych, takich jak: miłość, autonomia, samo-realizacja [21].

### OCENA FUNKCJONOWANIA CHOREGO NA DEPRESJĘ

Depresja stanowi jeden z podstawowych problemów psychiatrii klinicznej. Cechy przebiegu choroby i jej następstwa sprawiają, że jest jedną z najczęstszych przewlekłych chorób psychicznych. Przekłada się to na wysokie koszty ekonomiczne i społeczne. Chorzy wymagają kompleksowego, długotrwałego i zindywidualizowanego leczenia, często licznych i długotrwa-

łych hospitalizacji, wszechstronnego wsparcia społecznego oraz świadczeń związanych z niepełnosprawnością. Choroba ta utrudnia lub wręcz uniemożliwia osiąganie celów rozwojowych i stabilizacji życiowej, prowadzi do stagnacji społecznej, obniżenia statusu i wykluczenia społecznego oraz do dezadaptacji życiowej.

Dezadaptacja ta obejmuje trzy główne wymiary przystosowania: somatyczny, osobowy oraz społeczny.

- **dezadaptacja w wymiarze somatycznym** przejawia się przez brak troski o zdrowie, zagrażające życiu zaburzenia somatyczne, próby samobójcze oraz skrócenie życia choroby;
- **dezadaptacja w wymiarze osobowym** cechuje się zaburzeniami od nieznacznej depersonalizacji do głębokich zmian poczucia własnej tożsamości;
- **dezadaptacja społeczna** może się ujawniać w postaci od niewielkich deficytów w funkcjonowaniu społecznym, aż do całkowitej utraty zdolności wykonywania ról społecznych. Ograniczenie lub brak pełnienia ról społecznych prowadzi do niepełnosprawności i zależności chorego od innych osób i instytucji [10].

Życie pacjentów chorujących na depresję bywa bardzo trudne, czego należy mieć bolesną świadomość. Największe trudności stwarza zapewnienie właściwego funkcjonowania chorego w społeczeństwie, zwłaszcza, gdy choroba przeszła w stan przewlekły. Negatywne postawy wobec chorych psychicznie – tendencje do odsuwania ich od siebie i izolowanie – mają szeroki zakres społeczny i wiążą się ze zjawiskiem powstawania oraz utrwalania się negatywnych społecznych stereotypów poznawczych dotyczących chorób psychicznych, a także upowszechniania się uprzedzeń wobec pacjentów. Często prowadzi to do dyskryminacji i społecznej marginalizacji osób, do których przyłgnęła etykieta „chorego psychicznie”. W związku z tym zjawiskiem zasadne jest zintensyfikowanie działań edukacyjnych w stosunku do rodzin tych chorych, jak również wobec całego społeczeństwa [28].

Istnieje ogromna potrzeba zwiększenia wiedzy na temat depresji, dzięki niej można będzie tworzyć otwarte postawy wobec chorych. Kluczowe znaczenie ma sposób mówienia o tej chorobie i o osobach, które na nią chorują. Sposób komunikacji wpływa nie tylko na kształtowanie postaw społecznych wobec chorych psychicznie, ma również duże znaczenie w procesie ich integracji ze społeczeństwem. Język odgrywa ważną rolę – kiedy stygmatyzuje, marginalizuje, rani chorych, kiedy pomaga, integruje i leczy. Ludzie chorujący na depresję spotykają się nadal z wrogością i brakiem zrozumienia. Mają małe szanse na założenie rodziny, satysfakcjonującą pracę, normalne i szczęśliwe życie.

### PIELĘGNOWANIE CHORYCH NA DEPRESJĘ

Według V. Henderson, funkcję pielęgniarki, jako osoby – która będzie „...pomagała człowiekowi choremu lub zdrowemu do wykonania takich czynności przyczyniających się do utrzymania zdrowia lub jego odzyskania (także do zapewnienia spokojnej śmierci), które wykonywałby on bez pomocy, dysponując niezbędną siłą, wolą lub wiedzą. Przy tym należy robić to w taki sposób, aby pomóc mu w jak najszybszym odzyskaniu samodzielności” – niezwykle trafnie określa istotę jej pracy z chorymi psychicznie [1].

Współczesna psychiatria bazuje na holistycznej koncepcji człowieka i nakazując ideę kompleksowego leczenia, stwarza nowe obszary zadań i czyni niezbędnym udział pielęgniarki w promocji zdrowia psychicznego, profilaktyce zaburzeń psychicznych, procesie diagnostyczno-terapeutycznym oraz rehabilitacji osób w kryzysie psychicznym [2].

A. Kępiński uważa, że „nie można roli pielęgniarki psychiatrycznej oddzielić od jej roli pielęgniarki, roli wspólnej dla wszystkich działów medycyny klinicznej”. Wśród zadań pielęgniarki realizowanych w odniesieniu do pacjenta chorego psychicznie

na pierwszy plan wysuwają się oddziaływania psychoterapeutyczne, nie należy jednak pomijać problemów somatycznych.

Specyfika pracy z ludźmi chorymi psychicznie wymaga pewnych predyspozycji zarówno intelektualnych, jak i charakterologicznych. Na szczególne wyróżnienie zasługuje zdolność do empatii, cierpliwość, opanowanie, zdolność do stałej pracy nad sobą.

Proces pielęgnowania, który jest systematycznym stosowaniem metody rozpoznawania i rozwiązywania problemów dotyczących fizycznych, psychicznych i społecznych potrzeb jednostki, rodziny i środowiska [2], znajduje swe zastosowanie również w psychiatrii i jest całościowym podejściem do opieki nad psychicznie chorym, jego rodziną i środowiskiem, w którym żyje. Rozpoczyna się w momencie pierwszego kontaktu z chorym i jego problemami. Rozpoznane problemy (potrzeby) stanowią materiał do wyboru priorytetów, następnie do wyłożenia celów opieki, planowania działań i ich realizacji. Pielęgniarskie interwencje terapeutyczne wobec chorego na depresję stanowią integralną część procesu terapeutycznego. Interwencje te należy ukierunkować na podtrzymanie zasobów i możliwości sprzyjających zmniejszeniu lub niwelowaniu głównych problemów [2].

## PODSUMOWANIE

Depresja to choroba, która według Światowej Organizacji Zdrowia jest czwartym najpoważniejszym problemem zdrowotnym na świecie. Do niedawna ze względu na słabą jej znajomość lekceważona. Specjalistyczna opieka nad chorym na depresję wymaga szerokiej wiedzy zawodowej oraz znajomości skutecznych działań poprawiających i wpływających na codzienne funkcjonowanie chorego.

Szczególne duże znaczenie w tym przypadku mają psychoedukacja i wsparcie udzielane rodzinie i pacjentowi już od początku hospitalizacji. Holistyczny model opieki pielęgniarskiej nad chorym na depresję wyznacza nowy, obiecujący kierunek myślenia o chorobach psychicznych, o chorych i ich relacjach z otoczeniem społecznym. Istotne jest zwrócenie uwagi na podmiotowość pacjenta, przyznanie mu prawa do głosu, wskazanie na perspektywę jego partnerskiej współpracy z profesjonalistami, wyposażenie lub wzbogacenie zespołów ułatwiających uzyskanie kontroli objawów i motywacji do społecznej integracji. Niezwykle ważne są zarówno w odniesieniu do chorego, jak i jego rodziny – budzenie nadziei i pozytywne podejście do perspektyw życiowych pacjenta.

## BIBLIOGRAFIA

- Ugniewska C. *Proces pielęgnowania w psychiatrii*. W: *Pielęgniarstwo psychiatryczne i neurologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1998: 81.
- Czyżowicz K, Skorupska A. *Udział pielęgniarki w kompleksowym leczeniu – podsumowanie*. W: Wilczek-Rużyczka E, red. *Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2007: 220–221.
- Miturska H, Kurpas D, Kaczmarek M. *Proces pielęgnowania psychicznie chorego*. W: Kurpas D, Miturska H, Kaczmarek M. *Podstawy psychiatrii dla studentów pielęgniarstwa*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo; 2009: 168–169.
- Czyżowicz K. *Prawne i etyczne aspekty opieki psychiatrycznej*. W: Wilczek-Rużyczka E, red. *Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2007: 6.
- Kępiński A. *Lęk*. Kraków: Wydawnictwo Literackie; 2009: 157.
- Tokarski Z. *Rehabilitacja i psychoedukacja chorych psychicznie – zadania pielęgniarki*. W: Wojciechowska M, red. *Problemy zdrowia psychicznego*. Łódź: Wydawnictwo Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej; 2010: 201.
- Meder J. *Rehabilitacja*. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria*. T. 3. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2003: 304.
- Miturska H, Kurpas D. *Założenia i kierunki rozwoju współczesnej psychiatrii*. W: Kurpas D, Miturska H, Kaczmarek M. *Podstawy psychiatrii dla studentów pielęgniarstwa*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo; 2009: 25–28.
- Miturska H, Kurpas D, Kaczmarek M. *Udział pielęgniarki w terapii kompleksowej w psychiatrii*. W: Kurpas D, Miturska H, Kaczmarek M. *Podstawy psychiatrii dla studentów pielęgniarstwa*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo; 2009: 211–212.
- Górska M. *Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego*. W: Wilczek-Rużyczka E, red. *Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2007: 135–136.
- Bilikiewicz A. *Psychiatria – podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1998: 80–86.
- Carson RC, Butcher JN, Mineka S. *Psychologia zaburzeń*. Gdańsk: GWP; 2005: 30–36.
- Hendall PC. *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji*. Gdańsk: GWP; 2004: 70–76.
- Pużyński S. *Depresje*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1988: 50–78.
- Grzebiuk L. *Psychoterapia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2000: 36–48.
- Reber A, Reber E. *Słownik psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2002: 80.
- Czyżowicz K, Lewandowska J. *Problemy wynikające z leczenia metodami biologicznymi*. W: Wilczek-Rużyczka E, red. *Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2007: 159–165.
- Kobierzycki T. *Człowiek i osobowość w teorii dezintegracji pozytywnej. Analiza filozoficzna*. Warszawa: Biblioteka PAN; 1982: 58.
- Cierpiałowska L. *Psychopatologia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2007: 241.
- Coben J, Lery SJ. *Chory psychicznie nadużywający substancji psychoaktywnych. Czyj pacjent?* Warszawa: Wydawnictwo Parpa; 1998: 28.
- Folta-Parnowska I. *Dynamika stanów depresyjnych w ujęciu A. Owena*. W: Santorski J, red. *Depresja, esencje i ciało*. Warszawa: Agencja Wydawnicza Jacek Santorski & CO; 1992.
- Wciórka J. *Psychiatria kliniczna dla lekarza rodzinnego*. Warszawa: IPN; 1992: 35–68.
- Thase ME. The long-term nature of depression. *J Clin Psychiatry* 1999; 60(Suppl. 14): 3–9.
- Pużyński S. *Depresja i lęk*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1999: 143–156.
- Rzewuska M. *Leczenie zaburzeń psychicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2003.
- Czyżowicz K, Lewandowska J. *Problemy wynikające z leczenia metodami biologicznymi*. W: Wilczek-Rużyczka E, red. *Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2007: 159–165.
- Wciórka J. *Psychozy schizofreniczne*. W: Bilikiewicz A, red. *Psychiatria podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2006: 270–302.
- Załużka M. *Hospitalizacja psychiatryczna a stres, umocnienie i zdrowienie*. W: *Psychiatria w praktyce klinicznej*. T. 2, nr 3. Gdańsk: Via Medica; 2009: 156–164.

### Adres do korespondencji:

Dr n. med. Sylwia Krzemińska  
Wydział Nauk o Zdrowiu  
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu  
ul. Bartła 5  
51-618 Wrocław  
Tel.: 71 784-18-05

Praca wpłynęła do Redakcji: 10.04.2013 r  
Po recenzji: 18.04.2013 r.  
Zaakceptowano do druku: 20.05.2013 r.

# MECHANIZM I SKUTKI REAKCJI STRESOWEJ

## Mechanism and the effects of the stress response

Ireneusz Calkosiński, Marta Sarnowska, Małgorzata Kaciuban, Anna Zienkiewicz, Aleksandra Szvec, Joanna Rosińczuk-Tonderys

Zakład Chorób Układu Nerwowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: ireneusz.calkosinski@am.wroc.pl

### STRESZCZENIE

Stres jest reakcją organizmu na działanie stresorów, które mogą mieć naturę informacyjną lub bodźców fizycznych, chemicznych i biologicznych. Reakcja stresowa przebiega w 3 etapach: alarmowy, przystosowania i stadium wyczerpania. W reakcji stresowej istotną rolę odgrywa krąg Papeza, który utrzuca odpowiedź na stres, niejednokrotnie manifestując się labilnością ciśnienia tętniczego i pracy serca. Reakcja na stres może odbywać się z przewagą odpowiedzi układu współczulnego bądź przywspółczulnego, skutkując omdleniem. Brak zrealizowania odpowiedzi na stresor agresją bądź ucieczką skutkuje zaburzeniami metabolicznymi i krążeniowymi, prowadząc do nadciśnienia, miażdżycy i choroby niedokrwiennej serca.

**Słowa kluczowe:** stres, OUN, reakcja stresowa.

### SUMMARY

Stress is the body's response to the stressors, which can be of information or physical stimuli, chemical and biological properties. Stress reaction proceeds in three stages: alarm, adaptation and stage of exhaustion. The stress response plays an important role Papez circle that perpetuates the stress response, often manifesting lability of blood pressure and heart rate. The stress response can be done with a predominance of sympathetic response or parasympathetic, resulting in fainting. No response to the stressor realize aggression or escape the effect of metabolic and circulatory system, leading to hypertension, atherosclerosis and coronary heart disease.

**Key words:** stress, CNS stress reaction.

Stres jest pojęciem bardzo popularnym we współczesnych czasach. Problem ten w mniejszym bądź większym stopniu dotyczy wszystkich ludzi. Z tego też powodu, stworzenia definicji stresu podjęli się badacze różnych dziedzin nauki. Jednej z podstawowych charakterystyk stresu poszukiwać trzeba w uniwersalnych słownikach i encyklopediach. Według jednej z takich definicji, charakteryzuje się go jako: „stan obciążenia systemu regulacji psychicznej powstający w sytuacji zagrożenia, utrudnienia lub niemożności realizacji ważnych dla jednostki celów, zadań, wartości”.

Stres niejednokrotnie jest zdefiniowany jako odpowiedź ośrodkowego układu nerwowego w reakcji zachowawczej w czasie bieżącym lub odległym na działający stresor. Inną definicją stresu jest ujęcie tego zjawiska w aspekcie reakcji zwierząt na bodziec stresowy, co wiąże się z pierwszym układem sygnalizacyjnym, zjawisko to występuje również u ludzi. Stres w aspekcie pierwszego układu sygnalizacyjnego obserwowany jest jako „stan organizmu zwierzęcia lub człowieka wywołany działaniem bodźca (stresora), np. bodźca bólowego, środowiskowego (wysoka lub niska temperatura otoczenia), szkodliwego (infekcji, urazu), socjalnego (zagęszczenie populacji, izolacja, naruszenie dominacji w grupie); długotrwały stres może prowadzić do zaburzeń czynnościowych, a nawet do chorób organicznych, np. choroby wrzodowej, wieńcowej, urazów psychicznych”.

Według słownika psychologicznego, stres definiowany jest jako: „wszelka siła, która zastosowana wobec organizmu, wywołuje istotną modyfikację jego postaci, zazwyczaj z konotacją, że jest to zniekształcenie lub wypaczenie; termin ten stosuje się w odniesieniu do sił i nacisków zarówno fizycznych, jak i psychicznych i społecznych; należy zwrócić uwagę, że tak rozumiany stres oznacza *przyczynę* – stres poprzedza tu pewien skutek”. Definicja ta ujmuje stres jako: „stan napięcia psychicznego, wywołany przez siły lub naciski, o których mowa w znaczeniu 1.; należy zwrócić uwagę, że stres w tym znaczeniu jest *skutkiem*, efektem występowania innych nacisków; na oznaczenie czynnika sprawczego stosuje się tu termin *stresor*”.

Według Heszen-Niejodek w dzisiejszych czasach pojęcie stresu przestało już być używane w przestrzeni naukowej. Obecnie używa się go również w mowie potocznej. Jest ono stosowane

do określenia przeżyć i doznań. Często wskazuje się, że jakiego zachowania są motywowane przez stres, co niejednokrotnie jest formą wytłumaczenia zachowań.

Obecnie problematyką stresu zajmują się naukowcy z dziedziny medycyny, socjologii i psychologii. Badania nad stresem zostały zapoczątkowane przez kanadyjskiego fizjologa, Hansa Selyego. Badacz ten użył pojęcia stresu na wskazanie niespecyficznych reakcji organizmu, które powstają w wyniku działania bodźców szkodliwych, a więc stresorów. Definicja stresu według Selyego jest określaną jako stereotypowa lub niespecyficzna odpowiedź organizmu na jego obciążenie. Obciążenie organizmu jest określane jako szereg różnych czynników nazywanych **stresorami** oddziałujących na organizm. Reakcja stresowa jest odpowiedzią organizmu na działanie stresorów. Współczesna definicja stresu definiowana jest jako obciążenie fizjologiczne związane ze zmianą w środowisku zewnętrznym wywołującym zakłócenie w środowisku wewnętrznym organizmu. Istota stresu wiązana jest z zakłóceniem homeostazy i reakcji układów regulacyjnych. Reakcja organizmu na stres jest nadmierna i obejmuje zmiany neurohormonalne. Bodźce stresowe, czyli stresory, mogą wywoływać reakcję stresową zależną od bodźca bądź informacji, która może oddziaływać na pierwszy bądź drugi układ sygnalizacyjny. Reakcja stresowa jest zazwyczaj adekwatna do siły i czasu działania stresora. Reakcja stresowa na stresor informacyjny zależna jest również od doświadczenia i posiadanej wiedzy.

### CZYNNIKI INFORMACYJNE

Przeciążenia neuropsychiczne:	Stany emocjonalne:	
przeciążenia informacyjne	<i>negatywne</i>	<i>pozytywne</i>
	* depresje	* o dużej sile
	* informacje	

### Czynniki natury fizycznej

(oddziałujące na ekster- i proprioreceptory)

\* działanie zimna i gorąca,

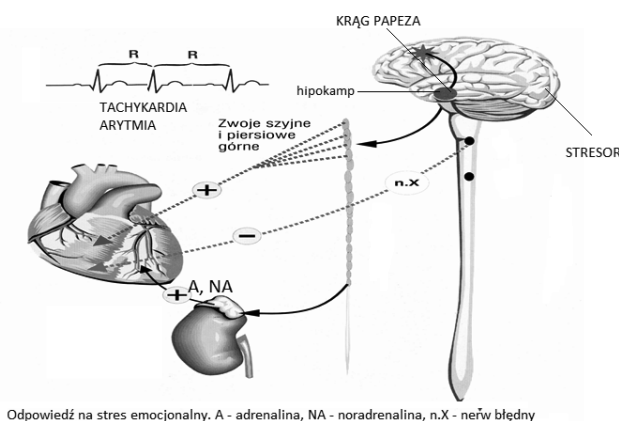
\* urazy,

- \* zabiegi chirurgiczne,
- \* ciężki wysiłek fizyczny

### Czynniki endogenne

- \* reakcje bólowe narządów wewnętrznych (kolki),
- \* odczyn zapalny z silną reakcją bólową.

Odpowiedź stresowa przebiega w 3 etapach. Pierwszym etapem jest reakcja alarmowa. W trakcie tej reakcji dochodzi do silnego wzbudzenia układu sympatycznego z wydzielaniem amin katecholowych i kortyzolu. Wydzielane w tym stadium są również endorfiny. Mobilizacja układu adrenalicznego przyczynia się do uruchomienia rezerw energetycznych organizmu i częściowego zablokowania intensywnych reakcji immunologicznych, nasilone zostają również procesy krzepnięcia krwi zabezpieczające organizm przed wykrwawieniem. Niejednokrotnie w fazie reakcji alarmowej może dochodzić do aktywacji układu przywspółczulnego, co wiąże się ze spadkiem ciśnienia tętniczego krwi i bradykardią skutkującą utratą przytomności. Drugim etapem odpowiedzi na długotrwały stres jest stadium odporności i przystosowania do działania stresora przez zmianę mechanizmów homeostatycznych organizmu. Dochodzi w tym okresie do zmian w biochemii krwi, jak i w obrazie hematologicznym oraz w procesach krzepnięcia krwi. Następnym etapem reakcji na długotrwały stres jest stadium wyczerpania; w wyniku długotrwałego stresu dochodzi do wyczerpania rezerw energetycznych, jak również do wytworzenia negatywnych odruchów wegetatywnych oraz do wyczerpania mechanizmów obronnych organizmu, co skutkuje podatnością na infekcje i długim przebiegiem procesów zapalnych. Odpowiedź na czynnik stresowy zależy od intensywności działania czynnika: siły działania czynnika, czasu działania i częstotliwości. Zależna jest od właściwości psychosomatycznych i konstytucjonalnych organizmu warunkujących odbiór bodźców (np. obniżony próg pobudliwości bólowej, typ neurasteniczny łatwiej reaguje na słabsze bodźce emocjonalne). Odpowiedź na stresor z przewagą układu przywspółczulnego (oddech wago-wazalny) występuje niezbyt często, pierwsze objawy ze strony układu krążenia związane ze zmniejszeniem minutowej objętości wyrzutowej serca, spadkiem ciśnienia tętniczego, zwolnieniem tętna, zaburzeniami świadomości.



Ryc. 1.

Typ odpowiedzi adrenergicznej ułatwiającej atak bądź ucieczkę jest przystosowaniem do środowiska. W dobie cywilizacji niemożność organizmu do zrealizowania ataku lub ucieczki jest czynnikiem przyczyniającym się do powstania chorób cywilizacyjnych.

Odpowiedź realizowana jest na wielu poziomach czasowych:

1. **Odpowiedź neurogenna** występuje w krótkim czasie 10–15 s od zadziałania czynnika, manifestuje się silnym wzbudzeniem układu sympatycznego, gdzie na zakończeniach włókien pozazwojowych wydzielana jest Na, działająca na receptory alfa-adrenergiczne. W okresie tym występuje wzrost ciśnienia, częstości tętna i wzrost pojemności minutowej serca. Działanie

nie bodźca na ekstero- lub proprioreceptory (gorąco, zimno, bodziec bólowy, zabieg chirurgiczny, zabieg stomatologiczny) w tym okresie wywołuje odruch somatyczno-wegetacyjny. Działanie bodźca na wisceroreceptory powoduje wystąpienie w tej reakcji odruchu wegetacyjno-wegetacyjnego (rozciąganie bądź kurczenie jelit, pęcherza moczowego, macicy).

2. **Odpowiedź z rdzenia nadnerczy** związana jest z wydzielaniem do krwiobiegu adrenaliny i noradrenalin w różnych proporcjach, w zależności od rodzaju stresu, w reakcji tej już po niecałej minucie obserwuje się znaczny wzrost stężenia amin w krwi.
3. **Odpowiedź korowo-nadnerczowa** związana jest z wydzielaniem glikokortykoidów (kortyzolu).
4. **Podwyższenie stężenia pozostałych hormonów** biorących udział w odpowiedzi na czynnik stresowy (somatotropina, TSH, insulina).

### ODRUCH SOMATYCZNO-WEGETACYJNY JAKO ODPOWIEDŹ ORGANIZMU NA CZYNNIKI ZEWNĘTRZNE

Odruch realizowany jest przez stymulację receptorów:

- drogę aferentną - nerwy czuciowe, korzonki grzbietowe,
- zamknięcie odruchu na różnych poziomach rdzenia kręgowego z udziałem lub bez świadomości (przecięcie rdzenia kręgowego),
- jądra sympatyczne włókna przed- i zwojowe sympatyczne,
- reakcję wegetatywną - wydzielanie A i NA.

### ODRUCH TRZEWNO-WEGETACYJNY BIORĄCY UDZIAŁ W REAKCJI BÓLOWEJ Z NARZĄDÓW WEWNĘTRZNYCH PRZEZ DRAŻNIENIE WISCERORECEPTORÓW

Reakcja organizmu w odruchu somatyczno-wegetacyjnym i trzewno-wegetacyjnym:

- 1) wczesna reakcja: tachykardia, wzrost ciśnienia tętniczego związany ze wzbudzeniem układu sympatycznego i wydzielaniem na jego zakończeniach NA;
- 2) późna odpowiedź związana z wyrzutem A i NA z rdzenia nadnerczy - różny stosunek amin w zależności od rodzaju stresu: wzrost objętości minutowej serca, ciśnienia tętniczego i oporu naczyniowego w krążeniu trzewnym oraz wzrost przepływu krwi w krążeniu somatycznym;
- 3) udział glikokortykosterydów w dalszej odpowiedzi - kortyzol;
- 4) zjawisko współdziałania katecholamin i glikokortykosterydów;
- 5) inne hormony biorące udział w odpowiedzi: TSH, somatotropina.

### FIZJOLOGICZNE PODŁOŻE EMOCJI JAKO CZYNNIK STRESOWY

Istotną rolę pełnią struktury układu limbicznego, takie jak: hipokamp, zakręt obręczy, ciało migdałowe, przegroda przezroczysta, jądra wzgórza i podwzgórza. Struktury układu limbicznego tworzą krąg emocjonalny Papeza - aktywacja jego leży u podstaw ośrodkowych i wegetatywnych objawów emocji wywołanych przez docierające impulsy.



Ryc. 2.

Układ limbiczny odgrywa istotną rolę w reakcji stresowej. Wchodzi w skład kręgu Papeza, którego funkcja wiąże się z krążeniem stanu emocjonalnego wywołanego stresorem, mimo

zaprzestania działania stresora i ustąpienia reakcji alarmowej. Ma to istotne znaczenie w natręctwach emocjonalnych występujących w zespole stresu bojowego. Znajduje to również swoje odzwierciedlenie w szeregu reakcji wegetatywnych często manifestujących się zaburzeniami krążenia.

Dochodzi do wytworzenia błędnego kręgu związanego z pojawieniem się stanów depresyjnych, które również określane są jako stresory prowadzące do wzbudzenia aktywności układu współczulnego, co skutkuje ponownymi długotrwałymi zaburzeniami krążenia i osłabieniem odporności immunologicznej, przyczyniając się do chronicznych zapaleń i zwiększonej podatności zachorowania na nowotwory. W reakcji stresowej dochodzi również do zmian w biochemizmie krwi, co ma swoje odbicie w wynikach badań laboratoryjnych przejawiając się hypercholesterolemią i hyperlipidemią, wzrostem stężenia glukozy, pojawieniem się interleukin prozapalnych takich jak TNF, IL-1, IL-6,

które powodują procesy apoptozy w mięśniu sercowym oraz do powstawania zmian destrukcyjnych śródbłonna naczyń.

Powyższe zmiany morfologiczne oraz hypercholesterolemia i hyperlipidemia prowadzą do zmian miażdżycowych naczyń krwionośnych i utrwalania się nadciśnienia tętniczego. W stresie dochodzi również do zaburzeń elektrolitowych, takich jak hypernatremia i hyperkalcemia.

Konkludując opisane zmiany w organizmie w wyniku długotrwałych czynników stresowych – można powiedzieć, że stres jest reakcją fizjologiczną związaną z możliwością walki bądź ucieczki, jednakże organizm pozbawiony tych możliwości popada w szereg procesów chorobowych określanych jako choroby cywilizacyjne, takie jak: miażdżyca, nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca oraz nowotwory i przewlekłe infekcje.

## BIBLIOGRAFIA

1. Bielecka I, Osemek P, Paśnik K. Rola dowódcy oddziału wojskowego we wczesnym wykrywaniu symptomów stresu bojowego. *Pol Przegl Med Psychol Lotn* 2011; 17: 4.
2. Całkosiński I, Dobrzyński M, Haloń A, i wsp. Odpowiedź krążeniowo-humoralna w odruchu somatyczno-wegetatywnym wywołanym przez czynniki bólowe. *Post Hig Med Dośw* 2007; 61: 331–337.
3. Całkosiński I. *Zmiany przepływu i ciśnienia krwi w aorcie wywołane stymulacją dośrodkowych włókien nerwowych*. Rozprawa doktorska. Wrocław: Akademia Medyczna; 1982.
4. Całkosiński I, Świtała M. Changes in blood level of catecholamines during arterial blood pressure rise induced with sciatic nerve stimulation. *Acta Physiol Pol* 1984; 35: 47–51.
5. Całkosiński I, Świtała M. The effect of exogenous glucocorticoids on blood adrenaline and noradrenaline during catecholaminemia induced by splanchnic nerve stimulation. *Pol J Pharmacol Pharm* 1989; 41: 139–146.
6. Cannon W, de la Paz D. Emotional stimulation of adrenal secretion. *Am J Physiol* 1911; 28: 64–70.
7. Fell C. Changes in blood flow distribution produced by central sciatic nerve stimulation. *Am J Physiol* 1968; 214: 561–565.
8. Gruber CM, Kretschmer OS. Further studies on the response of the vasomotor mechanism to refl ex afferent nerve stimulation. *Am J Physiol* 1918; 46: 222.
9. Grutzner P. Ueber verschiedene Arten der Nerverregung. *Arch Gesamte Physiol* 1878; 17: 215.
10. Trzebński A. Adaptacja ciśnieniowych efektów następczych przy drażnieniu obszarów presyjnych i depresyjnych układu siatkowego pnia mózgu u kotów. *Acta Physiol Pol* 1960; 11: 267–276.
11. Zalewska-Juzwa A, Juzwa W, Całkosiński I, et al. Effect of galvanization on muscle blood supply. *Baln Pol* 1982/83; 27: 77–83.
12. Willer JC, Albe-Fessard D. Electrophysiological evidence for a release of endogenous opiates in stress-induced 'analgesia' in man. *Brain Res* 1980 Oct 6; 198(2): 419–426.
13. Georgiev VP, Dóda M, György L. The effects of intraventricularly administered GABA and picrotoxin and their interactions on somato-vegetative reflexes in cats. *Arch Int Pharmacodyn Ther* 1978 Jan; 231(1): 139–147.
14. Szewczyk Z, Pollak-Duda G, Całkosiński I, et al. Einfluss der Akupunktur auf die Konzentration ausgewählter Hormone in Serum bei Patienten mit primärer Hypertonie AKU. *Akupunktur Theor Prax* 1991; 19(3): 156–160, 197.

## Adres do korespondencji:

Dr hab. n. med. Ireneusz Całkosiński  
Zakład Chorób Układu Nerwowego  
Wydział Nauk o Zdrowiu  
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu  
ul. Bartła 5  
51-618 Wrocław  
Tel.: 71 784-18-05

Praca wpłynęła do Redakcji: 15.04.2013 r.

Po recenzji: 16.05.2013 r.

Zaakceptowano do druku: 10.06.2013 r.

# WYSTĘPOWANIE NADMIERNEJ SENNOŚCI DZIENNEJ WŚRÓD STUDENTÓW WROCŁAWSKICH UCZELNI WYŻSZYCH

*Occurrence the excessive daily sleepiness in the population of university students in Wrocław*

Rafał Czyżył<sup>1</sup>, Joanna Leszczyńska<sup>1</sup>, Karolina Krawczyk<sup>1</sup>, Milena Majkut<sup>1</sup>, Dorota Zyśko<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Studenckie Koło Naukowe Ratownictwa Medycznego przy Zakładzie Ratownictwa Medycznego, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

<sup>2</sup> Zakład Ratownictwa Medycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: rafalczyz1990@o2.pl

## STRESZCZENIE

**Wstęp.** Zaburzenia snu i nadmierna senność dzienna to powszechne zjawiska wśród ludzi młodych.

**Cel pracy.** Ocena występowania nadmiernej senności dziennej wśród populacji studentów wrocławskich wyższych uczelni oraz badanie jej powiązań z liczbą godzin snu, wykonywaniem pracy zarobkowej, liczbą godzin nauki, porą chodzenia spać, jak również poznanie rozpowszechnienia stosowania używek.

**Materiał i metody.** Grupę badaną stanowiło 998 studentów, w tym 707 kobiet i 291 mężczyzn w wieku  $22,3 \pm 1,9$  lat, którzy dobrowolnie wypełnili anonimową ankietę. Badanie przeprowadzono za pomocą anonimowego kwestionariusza wśród studentów wrocławskich wyższych uczelni.

**Wyniki.** W skali Epworth nadmierną senność dzienną stwierdzono u 38 studentów (3,8%), senność graniczną – u 292 studentów (29,3%), a brak nadmiernej senności dziennej – u 668 studentów (66,9%). Senność dzienną jako objaw w grupie badanej podało prawie 70% studentów. Dolegliwość tę podawało istotnie statystycznie więcej osób z prawidłowym wynikiem w skali Epworth niż z wynikiem granicznym lub wysokim (odpowiednio: 60, 84,5 i 84,2%;  $p < 0,001$ ). Analizę regresji logistycznej wykazano, że nadmierna senność dzienna jest powiązana z czasem trwania snu do 5 godzin (OR 5,1 95% CI 1,7–14,7;  $p < 0,005$ ) oraz liczbą ponad 10 godzin w tygodniu pracy w nocy (OR 2,5 95% CI 1,04–5,9;  $p < 0,05$ ), natomiast nie stwierdzono powiązań z liczbą godzin nauki w nocy.

**Wnioski.** 1. Problem senności dziennej podaje około 70% studentów. W obiektywnej ocenie badania stopnia nadmiernej senności za pomocą skali Epworth większość studentów nie ma nadmiernej senności dziennej, jednak około 30% studentów ma graniczną, a prawie 4% – nadmierną senność dzienną. 2. Z podwyższoną sennością dzienną związany jest krótki czas trwania snu oraz większa liczba godzin pracy w nocy. 3. Picie kawy jest bardziej rozpowszechnione wśród studentów z graniczną i nadmierną sennością dzienną niż wśród studentów z prawidłowym poziomem senności dziennej.

**Słowa kluczowe:** studenci, sen, skala Epworth.

## SUMMARY

**Background.** Sleep disturbances and excessive daytime sleepiness is a common phenomenon among young people.

**Objectives.** The aim of this study was to evaluate the prevalence of excessive daytime sleepiness among the student population Wrocław universities and study its relationship to the number of hours of sleep, paid employment, number of hours of study time falling asleep and to obtain the knowledge regarding use of stimulants.

**Material and methods.** The study group consisted of 998 students, including 707 women and 291 men aged  $22.3 \pm 1.9$  years. The study was conducted using an anonymous questionnaire among students of Wrocław universities.

**Results.** The Epworth Sleepiness Scale revealed excessive daytime sleepiness in 38 students (3.8%), medium daytime sleepiness in 292 students (29.3%), and absence of excessive daytime sleepiness in 668 students (66.9%). Daytime sleepiness as a symptom in the study group reported nearly 70% of the students. Significantly less students with a low point score on Epworth scale reported sleepiness as a symptom than those with a medium or a high score on the scale (60%, 84.5% and 84.2%;  $p < 0.001$ ). Logistic regression analysis showed that excessive daytime sleepiness is associated with the duration of up to five hours of sleep (OR 5.1 95% CI 1.7–14.7;  $p < 0.005$ ) and the number of hours of work at night more than 10 per week (OR 2.5 95% CI 1.04–5.9;  $p < 0.05$ ), whereas there was no relationship to the number of hours of the night learning.

**Conclusions.** 1. The problem of daytime sleepiness reported about 70% of the students but in the objective assessment of the degree of excessive daytime sleepiness using the Epworth scale, most students do not have excessive daytime sleepiness, however, about 30% of the students had medium daytime sleepiness, and almost 4% had excessive daytime sleepiness. 2. The increased daytime sleepiness is related to the short duration of sleep and a greater number of hours of work at night. 3. Drinking coffee is more prevalent among students of the medium and excessive daytime sleepiness than students without daytime sleepiness.

**Key words:** students, sleep, daytime sleepiness, the Epworth Sleepiness Scale.

## WSTĘP

Zaburzenia snu i nadmierna senność dzienna to powszechne zjawiska wśród ludzi młodych [1–5]. Częstą ich przyczyną jest nadmierne obciążenie nauką, pracą lub długie, wielogodzinne wykorzystywanie w celach rozrywkowych Internetu, a także trwające do późnej nocy częste spotkania towarzyskie, zwłaszcza połączone z nadużywaniem alkoholu [6]. Zaburzenia snu i nadmierna senność dzienna prowadzą do osłabienia koncentracji w czasie dnia, pogorszenia wyników nauki, łatwego męczenia się, zaburzeń nastroju, a nawet mogą predisponować do zaburzeń psychicznych [7–10]. Wykonane badania wskazują na istotne skrócenie średniej długości snu w populacji ogólnej [11] oraz nieregularne godziny snu. Pogorszenie jakości snu czy jego niedobór mogą być spowodowane m.in. chrapaniem i bezdechem sennym i mogą występować już w młodym wieku [12, 13]. Osoby

cierpiące na bezsenność korzystają z pomocy lekarskiej dwa, a w grupie ciężkiej insomii – nawet trzy razy częściej niż inni [14]. Bezsenność wpływa na zdrowie fizyczne osób młodych w tak samo dużym stopniu, jak na stan zdrowia osób starszych [15].

## CEL PRACY

Celem badania była ocena występowania nadmiernej senności dziennej wśród populacji studentów wrocławskich wyższych uczelni oraz badanie jej powiązań z liczbą godzin snu, wykonywaniem pracy zarobkowej, liczbą godzin nauki, porą chodzenia spać, jak również poznanie rozpowszechnienia stosowania używek.

## MATERIAŁ I METODY

Badanie przeprowadzono za pomocą anonimowego kwestionariusza wśród studentów wrocławskich wyższych uczelni. Kwe-



stionariusz dystrybuowano za pomocą Internetu oraz w wersji papierowej, a badani posiadali nieograniczony czas na udzielenie odpowiedzi na zadane pytania. Wypełnione ankiety zbierane były przy zachowaniu pełnej anonimowości. Dane z ankiet wprowadzono do bazy danych i po kontroli poprawności poddano analizie statystycznej za pomocą programu Statistica.

Grupę badaną stanowiło 998 studentów, w tym 707 kobiet i 291 mężczyzn w wieku  $22,3 \pm 1,9$  lat, którzy dobrowolnie wypełnili anonimową ankietę.

Ankieta składała się z 22 pytań dotyczących danych demograficznych (wiek i płeć), masy i wzrostu, snu: pory zasypiania i wstawania, chrapania, palenia tytoniu, spożywania kawy oraz liczby godzin nauki i pracy oraz występowania uczucia senności dziennej.

Respondentom zadano również pytania dotyczące chrapania oraz przerw w oddychaniu w czasie snu i poproszono o ocenę, jakie w ich opinii okoliczności mogły zwiększać ich skłonność do chrapania.

Zadano również pytania ze Skali Senności Diennej Epworth (*Epworth Sleepiness Scale* – ESS) [16], która służy do oceny prawdopodobieństwa zapadnięcia przez pacjenta w sen podczas dziennych aktywności, takich jak: oglądanie telewizji, spożywanie posiłków czy prowadzenie samochodu. Skala składa się z 8 pytań – opisów codziennych sytuacji. Respondenci byli proszeni o określenie prawdopodobieństwa zaśnięcia w każdej z sytuacji za pomocą skali punktowej: od 0 – nigdy nie zasnę do 3 – prawie na pewno zasnę. Maksymalnie za udzielone odpowiedzi ankietowany mógł uzyskać 24 punkty. Za wartość graniczną, której przekroczenie sugeruje nadmierną senność dzienną, uznaje się 14 punktów.

Na podstawie masy i wzrostu obliczano dla każdego studenta wskaźnik BMI według wzoru:  $BMI = \text{masa} / (\text{wzrost wyrażony w m}^2)$ .

### Analiza statystyczna

Wyniki przedstawiono jako średnie i odchylenie standardowe dla zmiennych ciągłych, o ile ich rozkład był normalny, lub mediany i rozstęp międzykwartylowy (IQR – *interquartile range*), jeśli te zmienne nie miały rozkładu normalnego, oraz procenty dla zmiennych dyskretnych. Zmienne ciągłe porównywano za pomocą testu *t*-Studenta, jeśli miał rozkład normalny, a przy braku takiego rozkładu – za pomocą testu U Manna-Whitneya, natomiast zmienne dyskretne – za pomocą testu  $\chi^2$ .

Przeprowadzono analizę regresji logistycznej dla wykazania, które czynniki są związane z występowaniem nadmiernej senności dziennej. Zmienne ciągłe do regresji logistycznej włączano również jako zmienne dychotomizowane na podstawie wyników analizy krzywych ROC dla znalezienia punktów odcięcia, przy których populacje z nadmierną sennością dzienną i bez nadmiernej senności dziennej są najlepiej zróżnicowane. Za istotne statystycznie przyjęto  $p < 0,05$ .

### WYNIKI BADANIA

#### Kontrola poprawności

Ogółem rozdano 1004 kwestionariusze ankiety, po zebraniu i zweryfikowaniu pod względem kompletności ostatecznie do dalszych badań zakwalifikowano 998 ankiet (99,4% rozdanych). Kryteriami eliminacji były: brak udzielenia odpowiedzi na pytanie dotyczące czasu snu (3 studentów) oraz deklarowanie przez 3 osoby nierealnej średniej liczby godzin poświęcanej na sen – ponad 16 godzin na dobę. Odrzucone kwestionariusze stanowiły 0,6% ogółu ankiet.

#### Wyniki oceny senności dziennej według Skali Senności Diennej Epworth

Na podstawie wyników badań uzyskanych według skali Epworth badaną populację podzielono na 3 grupy: grupa 1 – prawidłowy poziom senności dziennej (0–9 punktów), grupa 2 – występuje graniczna senność dzienna (10–14 punktów), grupa 3 – występuje nadmierna senność dzienna (>14 punktów). Dane demograficzne studentów w poszczególnych grupach przedstawiono w tabeli 1.

**Tabela 1.** Dane demograficzne studentów, skargi na senność dzienną, występowanie chrapania

	Cała grupa badana <i>n</i> = 998	Grupa 1 (ESS: 0–9 punktów) <i>n</i> = 668	Grupa 2 (ESS: 10–14 punktów) <i>n</i> = 292	Grupa 3 (ESS >14 punktów) <i>n</i> = 38
Liczebność grupy <i>n</i> (%)	998 (100)	668 (66,9)	292 (29,3)	38 (3,8)
Wiek (lata)	22,3 ± 1,9	22,3 ± 1,8	22,3 ± 2,2	22,1 ± 1,8
Płeć żeńska (%)	70,8	68,6	76,7	65,8
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	22,1 ± 3,2	22,1 ± 3,3	21,9 ± 3,0	22,5 ± 2,9
Skargi na senność dzienną (%)	68,4	60,2	84,4*	84,4*
Chrapanie (%)	38,4	37,8	40,1	34,2

\*  $p < 0,001$  vs grupa 1, ESS – *Epworth Sleepiness Scale*.

W grupie badanej kobiet było istotnie statystycznie więcej niż mężczyzn ( $p < 0,001$ ). Senność dzienną jako objaw w grupie badanej podało prawie 70% studentów. Dolegliwość tę podawało istotnie statystycznie więcej osób z grupy z prawidłowym wynikiem w skali Epworth niż z wynikiem granicznym lub wysokim.

W tabeli 2 przedstawiono obciążenie nauką i pracą oraz dobową liczbę godzin snu i godzinę zasypiania w badanych grupach.

**Tabela 2.** Praca i nauka oraz dobowa liczba godzin snu i godzina zasypiania

		Cała grupa badana <i>n</i> = 998	Grupa 1 (ESS: 0–9 punktów) <i>n</i> = 668	Grupa 2 (ESS: 10–14 punktów) <i>n</i> = 292	Grupa 3 (ESS >14 punktów) <i>n</i> = 38
Nauka w tygodniu <i>n</i> (%)	< 5 h	387 (38,8%)	268 (40,1%)	99 (33,9 %)	20 (52,6%)
	5–15 h	423 (42,4%)	284 (42,5%)	126 (43,2 %)	13 (34,2%)
	>15 h	188 (18,8%)	116 (17,4%)	67 (22,9 %)	5 (13,2%)
Nauka w nocy (godz./tydzień)		3,6	3,3	4,3	4,4
Zatrudnienie	Nie pracuje	625 (62,6%)	417 (62,4%)	185 (63,4%)	23 (60,5%)
	< 20 h	197 (19,7%)	133 (19,9%)	57 (19,5%)	7 (18,4 %)
	20–30 h	76 (7,6%)	58 (8,7%)	16 (5,5%)	2 (5,3 %)
	> 30 h	99 (9,9%)	59 (8,8%)	34 (11,6%)	6 (15,8%)
Praca w nocy (godz./tydzień)		2,2	2,2	2,2	4,0
Sen (godz.)		7,3 ± 1,6	7,4 ± 1,5	7,1 ± 1,6*#	6,3 ± 1,8*
Zasypianie po godzinie 23.00 (%)		78%	78%	79%	84%

\* –  $0 < 0,001$  vs grupa 1, # –  $p < 0,001$  vs grupa 2, ESS – *Epworth Sleepiness Scale*.

#### Sport i używki

W badanej grupie kawę spożywało codziennie ponad 60% osób. Stwierdzono istotnie częstsze spożywanie kawy przez osoby, które mają nadmierną lub graniczną senność dzienną, niż przez osoby z prawidłowym poziomem senności dziennej (60,5% i 65,1% vs 39,8%;  $p < 0,001$ ). Nie stwierdzono różnic między podejmowanym wysiłkiem fizycznym a występowaniem senności dziennej. Jedynie 13% studentów deklaruje podejmowanie codziennej aktywności fizycznej. W tabeli 3 przedstawiono dane dotyczące palenia tytoniu i podejmowania aktywności fizycznej w badanych grupach.

**Tabela 3.** Palenie tytoniu i częstość podejmowania aktywności fizycznej w grupach wyodrębnionych na podstawie senności dziennej według skali Epworth

	Cała grupa badana n = 998	Grupa 1 (ESS: 0-9 punktów) n = 668	Grupa 2 (ESS: 10-14 punktów) n = 292	Grupa 3 (ESS >14 punktów) n = 38
Palenie tytoniu n (%)	188 (18,8)	126 (18,9)	52 (17,8)	28 (26,3)
Spożywanie kawy n (%)	610 (61)	397 (39,8)	190 (65,1)*	23 (60,5)
Spożywanie energy drink n (%)	209 (20,9)	137 (20,5)	61 (20,9)	11 (29)
Brak aktywności fizycznej n (%)	138 (13,8)	83 (12,4)	50 (17,1)	5 (13,2)
Codzienna aktywność fizyczna n (%)	132 (13,2)	86 (12,9)	39 (13,4)	7 (18,4)

\*  $p < 0,05$  vs grupa 1, ESS – Epworth Sleepiness Scale.

### Występowanie wybranych dolegliwości mogących mieć związek z niedoborem snu lub chrapaniem

W badanej grupie 54% osób podawało występowanie kołatania serca, 33,5% – występowanie uporczywych migren oraz 39% – wystąpienie nagłego przebudzenia w środku nocy z uczuciem lęku i dezorientacji. W tabeli 4 zaprezentowano występowanie tych objawów w grupach wyodrębnionych na podstawie wyniku w skali Epworth. Nie stwierdzono występowania istotnie statystycznych powiązań między występowaniem powyższych objawów a poziomem senności dziennej według skali Epworth.

**Tabela 4.** Występowanie wybranych dolegliwości mogących mieć związek z niedoborem snu lub chrapaniem w grupach wyodrębnionych na podstawie wyniku w skali Epworth

	Cała grupa badana n = 998	Grupa 1 (ESS: 0-9 punktów) n = 668	Grupa 2 (ESS: 10-14 punktów) n = 292
Kołatanie serca n (%)	337 (50,4)	182 (62,3)	18 (47,4)
Uporczywe bóle głowy n (%)	201 (30,1)	120 (41,1)	13 (34,2)
Nagłe przebudzenia w środku nocy z uczuciem lęku i dezorientacji n (%)	238 (35,6)	131 (44,9)	19 (50,0)

ESS – Epworth Sleepiness Scale.

### Analizy wieloczynnikowe

Analizą regresji logistycznej wykazano, że nadmierna senność dzienne jest powiązana z czasem trwania snu do 5 godzin (OR 5,1 95% CI 1,7-14,7;  $p < 0,005$ ) oraz liczbą ponad 10 godzin pracy w tygodniu w nocy (OR 2,5 95% CI 1,04-5,9;  $p < 0,05$ ), natomiast nie stwierdzono powiązań z liczbą godzin nauki w nocy.

### OMÓWIENIE

Pierwszym wynikiem badania jest stwierdzenie, że około 70% studentów odczuwa senność w czasie dnia, jednak obiektywne występowanie nadmiernej senności dziennej w ocenie przeprowadzonej za pomocą skali Epworth ma jedynie niecałe 4% studentów, chociaż prawie 30% ma graniczną senność dzienną. Istotnie częściej senność dzienną odczuwają studenci z wyższą punktacją w skali Epworth. Paradoksalnie kilkanaście procent studentów z nadmierną sennością dzienną według skali Epworth ocenia, że nie ma problemów z sennością w ciągu dnia.

W badaniach innych autorów nadmierna senność dzienne jest również często występującym zjawiskiem w populacji studentów [1-3, 5, 7]. Czynniki mogące wpływać na długość jak i jakość snu, takie jak: nauka w nocy, podejmowanie dodatkowej pracy, palenie tytoniu, brak podejmowania aktywności fizycznej, często występują w grupie studentów. Nadmierna senność w czasie dnia może istotnie wpływać zarówno na poziom koncentracji, zdolności poznawcze oraz ogólny stan zdrowia, co bezpośrednio może przekładać się na uzyskiwane wyniki w na-

uce. W analizie regresji logistycznej wykazano, że nadmierna senność w czasie dnia związana jest z czasem trwania snu do 5 godzin oraz z pracą ponad 10 godzin tygodniowo w nocy. O ile znaczenie krótkiego snu jako czynnika prowadzącego do niedoboru snu jest oczywiste, to znaczenie pracy w nocy w porównaniu z nauką w nocy wymaga kilku słów komentarza. Praca w nocy, w odróżnieniu od nauki w nocy, nie jest zwykle czymś na co student w zależności od swojego samopoczucia może się zgodzić lub nie, albo co może przerwać w każdej chwili, tak jak może przerwać uczenie się i po prostu pójść spać. Wiadomo, że im dłuższy był okres czuwania, im więcej w jego trakcie było aktywności fizycznej, im krótszy był sen poprzedniej nocy, tym zapotrzebowanie na sen jest większe. Po przekroczeniu wartości progowej pojawia się senność, zaśnięcie i sen. Rytm okołodobowy nie warunkuje zmienności snu z nocy na noc, ale kształtuje ją w dłuższym okresie [11]. Studenci często nie zachowują regularnych odstępów między poszczególnymi czynnościami w trakcie doby (nauka, praca, sen, spożywanie posiłków). Palenie papierosów oraz spożywanie alkoholu również mogą zaburzać cykle okołodobowe. Rozbieżności między rzeczywistym a pożądanym schematem snu oraz czuwania wśród studentów mogą prowadzić do trudności z zaśnięciem, gdy student chce się udać na spoczynek na porze niepodyktowanej przez wewnętrzny zegar biologiczny lub nadmierną senność, gdy istnieje konieczność pozostawania w stanie czuwania mimo silnej potrzeby snu [12].

Wśród studentów trójmiejskich uczelni [1] główną przyczyną wpływającą na jakość snu był krótki czas jego trwania – 55% studentów zgłosiło, że śpi poniżej 6 godzin, 71% nie przestrzega regularnych godzin snu, 42% ma problemy z zaśnięciem, 72% jest rano zmęczonych, a 41% odczuwa senność w ciągu dnia. Studenci ci okazyjnie – 45% lub 2-3 razy w tygodniu – 39% podejmowali aktywność fizyczną. Wyniki te są podobne do uzyskanych wyników w naszej grupie badanej.

W populacji osób starszych nadmierna senność dzienne często jest następstwem obturacyjnego bezdechu sennego manifestującego się klinicznie chrapaniem. Z tego względu w ankiecie studentom zadawano także pytania o chrapanie. Występowanie takiego objawu podawało około 40% respondentów i nie stwierdzono zależności między chrapaniem a poziomem senności dziennej według skali Epworth.

Z badań amerykańskich [17] wynika, że częstość chrapania wśród kalifornijskich studentów w wieku 18-25 lat wynosi 30%, 42% u mężczyzn oraz 25% u kobiet i jego występowanie zależy między innymi od BMI oraz przynależności etnicznej. Częściej chrapią studenci rasy żółtej 37%. W innych badaniach chrapanie stwierdzano z różną częstością od mniej niż 20% respondentów [19], do prawie 60% [20]. Różnice między badaniami mogą być związane z tym, że w przeprowadzonym badaniu nie oceniano intensywności i częstości chrapania i nawet pojedynczy incydent kwalifikował respondenta do grupy, która chrapie. Epizody chrapania wśród studentów mogą mieć związek z zaburzeniami snu w wieku późniejszym, ale wydaje się, że nie wpływają na występowanie senności dziennej w młodym wieku. W przeprowadzonym badaniu nie zbierano danych o rasie respondentów, jednak liczba studentów obcokrajowców we Wrocławiu nie jest duża i często studiują oni na oddziałach z językiem wykładowym angielskim, więc trudno jest przypuszczać, żeby stanowili duży odsetek osób wypełniających ankietę napisaną po polsku.

Wykazano, że studenci często korzystają z leków dostępnych bez recepty oraz substancji psychoaktywnych, by poprawić swoją koncentrację bądź umożliwić sen [19]. Podczas dni wolnych od nauki później zasypiają oraz później budzą się. Około 60% studentów ocenia się jako osoby z zaburzeniami snu związanymi ze stresem, mającymi problemy ze zdrowiem psychicznym i fizycznym, natomiast osoby oceniające swój sen jako sen dobrej jakości takich problemów nie zgłaszały. Jednocześnie badania wykazały, że spożywanie kawy, alkoholu oraz ćwiczenia fizyczne nie mają istotnego wpływu na jakość snu. W przeprowadzonym badaniu stwierdzono jedynie rzadsze spożywanie kawy

w grupie studentów z prawidłową sennością dzienną w porównaniu do grupy z nadmierną lub graniczną sennością dzienną. Z obserwacji tej nie można wyciągnąć wniosków o skuteczności działania kawy, a jedynie stwierdzić, że pośrednio potwierdza to problemy z nadmierną sennością, którym studenci najprawdopodobniej próbują przeciwdziałać za pomocą używek.

#### WNIOSKI

1. Problem senności dziennej podaje około 70% studentów.

W obiektywnej ocenie stopnia nadmiernej senności za pomocą skali Epworth większość studentów nie ma nadmiernej senności dziennej, jednak około 30% studentów ma graniczną, a prawie – 4% nadmierną senność dzienną.

2. Z podwyższoną sennością dzienną związane są krótki czas trwania snu oraz większa liczba godzin pracy w nocy.
3. Picie kawy jest bardziej rozpowszechnione wśród studentów z graniczną i nadmierną sennością dzienną niż wśród studentów z prawidłowym poziomem senności dziennej.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Meyer-Szary J, Jakitowicz M, Sieczkowski M, i wsp. Jakość snu u studentów trójmiejskich uczelni. *Sen* 2008; 8: 15–21.
2. Taher YA, Samud AM, Ratimy AH, Seabe AM. Sleep complaints and daytime sleepiness among pharmaceutical students in Tripoli. *Libyan J Med* 2012; 7. doi: 10.3402/ljm.v7i0.18930. Epub 2012 Oct 30.
3. Teixeira L, Lowden A, da Luz AA, et al. Sleep patterns and sleepiness of working college students. *Work* 2012; 41(Suppl 1): 5550–5552.
4. Tzischinsky O, Shochat T. Eveningness, sleep patterns, daytime functioning, and quality of life in Israeli adolescents. *Chronobiol Int* 2011; 28: 338–343.
5. Giri P, Baviskar M, Phalke D. Study of sleep habits and sleep problems among medical students of pravara institute of medical sciences loni, Western maharashtra, India. *Ann Med Health Sci Res* 2013; 3: 51–54.
6. Shochat T, Flint-Bretler O, Tzischinsky O. Sleep patterns, electronic media exposure and daytime sleep-related behaviours among Israeli adolescents. *Acta Paediatr* 2010; 99: 1396–1400.
7. Ng EP, Ng DK, Chan CH. Sleep duration, wake/sleep symptoms, and academic performance in Hong Kong Secondary School Children. *Sleep Breath* 2009; 13: 357–367.
8. Lee YJ, Cho SJ, Cho IH, Kim SJ. Insufficient sleep and suicidality in adolescents. *Sleep* 2012; 35: 455–460.
9. Regestein Q, Natarajan V, Pavlova M, et al. Sleep debt and depression in female college students. *Psychiatry Res* 2010; 176: 34–39.
10. Jean-Louis G, Kripke DF, Ancoli-Israel S. Sleep and quality of well-being. *Sleep* 2000; 23: 1115–1121.
11. Hicks RA, Fernandez C, Pellegrini RJ. The changing sleep habits of university students: an update. *Percept Mot Skills* 2001; 93: 648.
12. Gozal D. Sleep-disordered breathing and school performance in children. *Pediatrics* 1998; 102: 616–620.
13. Gozal D, Pope DW Jr. Snoring during early childhood and academic performance at ages thirteen to fourteen years. *Pediatrics* 2001; 10: 1394–1399.
14. Weyerer S, Dilling H. Prevalence and treatment of insomnia in the community: results from the Upper Bavarian Field Study. *Sleep* 1991; 14: 392–398.
15. Stewart R, Besset A, Bebbington P, et al. Insomnia comorbidity and impact and hypnotic use by age group in a national survey population aged 16 to 74 years. *Sleep* 2006; 29: 1391–1397.
16. Johns MW. A new method for measuring Daytime Sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale. *Sleep* 1991; 14: 540–545.
17. Patel M, Tran D, Chakrabarti A, et al. Prevalence of snoring in college students. *J Am Coll Health* 2008 Jul–Aug; 57(1): 45–52.
18. Singh P, Pandey S, Singh A, et al. Study pattern of snoring and associated risk factors among medical students. *BioScience Trends* 2012; 6: 57–62.
19. Lohsoonthorn V, Khidir H, Casillas G, et al. Sleep quality and sleep patterns in relation to consumption of energy drinks, caffeinated beverages, and other stimulants among Thai college students. *Sleep Breath* 2012 Dec 14. [Epub ahead of print].
20. Zyśko D, Pabiszczak P, Ptylak M, i wsp. Czy występują powiązania między wywiadem omdleniowym a chrapaniem – wstępne wyniki. *Współcz Piel Ochr Zdr* 2012; 1, 2: 26–28.

#### Adres do korespondencji:

Rafał Czyż  
ul. Oriona 5/31  
67-200 Głogów  
Tel.: 506 997-749

Praca wpłynęła do Redakcji: 18.05.2013 r.

Po recenzji: 26.05.2013 r.

Zaakceptowano do druku: 12.06.2013 r.

# OPIEKA PALIATYWNA W PERINATOLOGII OCZAMI POŁOŻNYCH – MODEL POSTĘPOWA- NIA WOBEC RODZIN I DZIECI DOTKNIĘTYCH WADAMI LETALNYMI

*Palliative care in perinatology in midwives eyes – model of dealing  
with families and children affected by lethal defects*

Ewelina Heidner<sup>1</sup>, Joanna Janusz<sup>2</sup>, Monika Przestrzelska<sup>3</sup>, Zdzisława Knihinicka-Mercik<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Studentka kierunku Położnictwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

<sup>2</sup> Studentka kierunku Położnictwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

<sup>3</sup> Zakład Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu we Wrocławiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: monika.przestrzelska@am.wroc.pl

## STRESZCZENIE

Perinatologia jest dziedziną medycyny zajmującą się opieką perinatalną nad kobietą w ciąży i płodem. Coraz częściej określana jest pojęciem medycyny matczyno-płodowej. Dzięki postępowi medycyny, przez wykonywanie badań prenatalnych można wykryć wady letalne, które niejednokrotnie oznaczają śmierć nienarodzonego dziecka. Rodziny, które dowiadują się o tym, że ich dziecko nie ma szans przeżycia, mogą zdecydować się na jedną z trzech opcji: dokonania eugenicznej aborcji, podjęcie się opieki paliatywnej i uporczywej terapii. W artykule szeroko omówiono temat opieki paliatywnej, której zadaniem jest objęcie wszechstronnym wsparciem rodziny i chorego dziecka. Zadania opieki paliatywnej skupiają się na niesieniu wsparcia rodzinom, które doświadczają problemu wad letalnych. W sprawowaniu opieki nad tymi rodzinami znaczącą rolę odgrywa położna, która będąc wsparciem dla kobiet, pomaga im przejść przez ten trudny okres.

**Słowa kluczowe:** perinatologia, opieka paliatywna, eugeniczna aborcja, uporczywa terapia, wady letalne.

## SUMMARY

Perinatology is the branch of medicine, which refers to the specialized care of pregnant women and their fetuses. It is often called maternal – fetal medicine. Thanks to progress in medicine, by performing prenatal testing, we can detect lethal defects, which often means that unborn child will die very soon. Families who find out that their child has no chances to survive can: do the eugenic abortion, take on palliative care, or persistent therapy. In the article the subject of palliative care is broadly represented and its primary focus on providing support to families which have a problem with lethal defects. The things which palliative care must do is to take care of family and terminally ill child. The midwife is the primary person who provide those families assistance and she is also the one who helps them to go through this difficult period.

**Key words:** perinatology, palliative care, eugenic abortion, persistent therapy, lethal defects.

## WSTĘP

Ciąża jest dla kobiety wyjątkowym okresem w jej życiu. Często już w pierwszych dniach, kiedy dowiaduje się, że jest w ciąży, zaczyna tworzyć z płodem emocjonalną więź. Spodziewając się dziecka, kobieta snuje plany i marzenia z nim związane. Można stwierdzić, że nienarodzone dziecko jest dla przyszłej matki największą wartością, jaką na ten moment posiada.

Niestety, mimo ogromnego postępu w dziedzinie medycyny problem wad letalnych wciąż pozostaje aktualny. W związku z rozwojem diagnostyki prenatalnej rodzice, już podczas trwania ciąży, dowiadują się, że ich dziecko obciążone jest poważną wadą, która w konsekwencji może okazać się dla niego śmiertelna.

Perinatologia jest dziedziną medycyny, która zajmuje się szeroko pojętą opieką perinatalną nad kobietą nie tylko w okresie okołoporodowym, ale swoim zakresem obejmuje również płód, następnie noworodka i niemowlę w pierwszym roku życia [1, 2].

Rodzice nieuleczalnie chorego dziecka mogą podjąć się opieki paliatywnej w przypadku stwierdzenia chorób lub wad ograniczających życie. Polega ona na holistycznym podejściu do chorego dziecka, jak i jego rodziny. Opieka paliatywna podejmowana wobec rodziny dotkniętej niepomyślną diagnozą obejmuje sferę fizyczną, emocjonalną, społeczną oraz duchową [3].

Wady letalne są zaburzeniami rozwojowymi, które mogą pro-

wadzić do poronienia samoistnego, porodu przedwczesnego, a nawet do zgonu wewnątrzmacicznego. Są to nieuleczalne choroby, które najczęściej prowadzą do przedwczesnej śmierci dziecka, bez względu na rodzaj podjętego leczenia. Według obowiązującej ustawy o planowaniu rodziny i ochronie płodu ludzkiego, wady letalne zakwalifikowane są do przerwania ciąży [3].

Do wad śmiertelnych zaliczają się między innymi zespoły chromosomalne, takie jak: zespół Edwardsa czy zespół Patau. Ponadto obejmują one ciężkie wady ośrodkowego układu nerwowego, w których można wyróżnić bezmózgowie. Wadami letalnymi nazywamy również szereg innych nieprawidłowości, które nie rokują wyleczenia [1].

Informacja o wadzie letalnej płodu, która dociera do rodziców, zawsze jest dużym obciążeniem dla ich psychiki. Decyzja o zakończeniu ciąży lub jej kontynuacji należy do rodziców dziecka. Należy pamiętać, iż niezależnie od podjętej decyzji rodzice nienarodzonego dziecka powinni zostać otoczeni specjalistyczną opieką.

## DIAGNOSTYKA PRENATALNA

Wczesne wykrycie wad rozwojowych umożliwia podjęcie natychmiastowego leczenia oraz pozwala na przygotowanie rodziców do porodu w ośrodku o wysokim stopniu referencyjności, co jest istotne ze względu na konieczność podjęcia wysokospecjalistycznej opieki dla dziecka.

Badania prenatalne pozwalają na wykrycie wady, a co za tym idzie – również na ustalenie rokowań. Dzięki zastosowaniu diagnostyki prenatalnej można ocenić, czy wada jest uleczalna oraz zaplanować dalszy przebieg ciąży.

Poza możliwością wykrycia wad badania prenatalne spełniają również funkcje terapeutyczne. Są jednym ze wskaźników monitorowania przebiegu ciąży. W przypadku wykrycia wady pozwalają na zastosowanie leczenia u matki lub dziecka. Przygotowują rodziców do narodzin chorego dziecka i umożliwiają zapewnienie specjalistycznej opieki po urodzeniu [4].

Wśród badań prenatalnych możemy wyróżnić działania inwazyjne oraz nieinwazyjne. Do tych pierwszych zaliczamy m.in. standardowe badanie USG oraz USG genetyczne, jak również popularny test PAPP-A. Inwazyjne badania prenatalne budzą wiele kontrowersji i są przedmiotem etycznych dyskusji. Niektóre z tych badań to: amniopunkcja, biopsja trofoblastu czy kordocenteza. Ze względu na swoją inwazyjność badania te zwiększają ryzyko powikłań w przebiegu ciąży. Z tego powodu, przed ich wykonaniem, rodziców należy bezwzględnie poinformować o korzyściach, ryzyku i konsekwencjach, jakie za sobą noszą [4].

### KRYTYCZNA DECYZJA

Wykrycie wady letalnej wiąże się dla rodziców z podjęciem „krytycznej decyzji” o dalszym przebiegu ciąży. Rodzice w tym trudnym momencie, w myśl ustawy „O planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży” z 7 stycznia 1997 r. mogą podjąć się aborcji eugenicznej. Nie należy zapominać o tym, że w świetle prawa obowiązującego w Polsce jest ona dopuszczalna. Nie wszyscy jednak zgadzają się z takim prawem. Godny zauważenia jest fakt, iż jest to dylemat natury etycznej, który prawdopodobnie nigdy nie zostanie rozwiązany.

W tym wypadku należy sobie zadać pytanie, czy społeczeństwo ma być selektywne czy elektywne? Czy my jako ludzie mamy prawo skazywać kogoś na ból i cierpienie? I czy mamy prawo decydować o odbieraniu komuś życia? W tej kwestii zdania są – i prawdopodobnie zawsze będą – podzielone. Z tego względu nie powinniśmy oceniać rodzin, które dotknięte są tak traumatyczną sytuacją. Priorytetem powinno być w tej kwestii objęcie tych rodzin troskliwą opieką, niezależnie od podjętej decyzji.

Drugą z możliwości wyboru, jakiej mogą dokonać rodzice, jest podjęcie się wspomnianej wcześniej opieki paliatywnej. Działania w zakresie opieki paliatywnej/hospicyjnej skupiają się na poprawie jakości życia dziecka oraz udzielaniu wielopłaszczyznowego wsparcia dla rodziny. W jej zakresie mieści się również niwelowanie dotkliwych objawów bólowych, niesienie ulgi i wytchnienia, również w okresie żałoby [5].

Trzecią opcją, o jakiej mogą zadecydować rodzice, jest uporczywa terapia. Jest to powszechnie stosowany zwyczaj przez lekarzy, którzy za wszelką cenę dążą do zachowania życia ludzkiego. Trzeba stwierdzić, że w przypadku wad letalnych uporczywa terapia nie jest niczym innym jak przedłużaniem życia w bardzo bolesnej agonii. Często stosowanie uporczywej terapii sprowadzane jest do eksperymentu medycznego. Natomiast zaniechanie uporczywej terapii może pozwolić dziecku odejść w spokoju. Należy podkreślić, że kiedy rodzice zdecydują się odstąpić od metod mających na celu przedłużanie życia na rzecz opieki paliatywnej, ich decyzja powinna zostać bezwzględnie uszanowana przez personel medyczny [6].

Te zagadnienia bioetyczne budzą ogromne emocje w rzeczywistości, gdzie pragnienie ratowania życia noworodka zderza się z koniecznością zadawania dodatkowego cierpienia, które nie rokuje poprawy życia.

Zaniechanie tych działań często bywa mylone z pojęciem eutanazji. Kluczowa w tej kwestii okazuje się odpowiedź na pytanie, czy zaprzestanie leczenia ma na celu pozbawienie życia, czy przywrócenie naturalnego procesu umierania? [5].

Odnosząc się do postaw moralnych w aspekcie neonatologii, dotykamy kwestii nowego życia, które powstaje w łonie

matki. Jest to podmiot, który nie jest w stanie sam o sobie stanowić, sam się bronić i wygłaszać własnych opinii na tematy natury bioetycznej. Dodatkowo stając przed problemem wad letalnych, rodzicom bardzo trudno jest podjąć decyzję o wykonaniu eugenicznej aborcji, podjęciu się opieki paliatywnej, a niekiedy nawet uporczywej terapii. Z tych względów personel medyczny, a w szczególności lekarz położnik, położna oraz neonatologowie powinni dołożyć wszelkich starań, aby niezależnie od podjętej decyzji otoczyć rodzinę dotkniętą tym problemem troskliwą i wszechstronną opieką.

Zdaniem Davida Meye, decyzje podejmowane w neonatologii należy odnosić przede wszystkim do teraźniejszości, uwzględniając przy tym elementarne doznania pacjenta, jakimi Meye określa: komfort i przyjemność, bowiem do takich odczuć zdolny jest noworodek [7].

Konieczne jest zapewnienie całościowej opieki nad rodzicami i dzieckiem. W skład zespołu terapeutycznego powinien wchodzić lekarz, położna, psycholog, a w niektórych przypadkach – jeżeli rodzina sobie tego życzy – również kapłan [4].

### OPIEKA PALIATYWNA

Kiedy rodzice decydują się na domową opiekę paliatywną/hospicyjną, należy dołożyć wszelkich starań, aby otoczyć ich dziecko jak najlepszą opieką. W przypadku niepomyślnej diagnozy opieka paliatywna jest m.in. alternatywą wobec eugenicznej aborcji, bowiem chroni ona dziecko przed cierpieniem, a rodzinie dostarcza wielopłaszczyznowego wsparcia.

W przypadku kiedy rodzice zdecydowali się podjąć opiekę paliatywną, musi być to odpowiednio udokumentowane. W dokumentacji medycznej musi widnieć oficjalny wpis, który będzie zawierał informację dotyczącą tego, aby u noworodka nie stosowano reanimacji, intensywnej terapii oraz leczenia chirurgicznego [4].

Opieka paliatywna, jako jedna z możliwości postępowania z dzieckiem, które obarczone jest niepomyślną diagnozą, służy przede wszystkim najlepszym interesom dziecka. Cechuje się ona szacunkiem dla życia, godności oraz autonomii chorego dziecka [1].

Podjęcie się paliatywnej opieki jest dla rodziców przejawem akceptacji dla nieuniknionej śmierci jako naturalnego zakończenia nieuleczalnej choroby.

*Licysz się, ponieważ jesteś tym kim jesteś, liczysz się do ostatniej chwili swojego życia, zrobimy wszystko co w naszej mocy, by pomóc Ci nie tylko spokojnie umrzeć, ale także żyć aż do śmierci.*

Powyzsze słowa zostały wypowiedziane przez Cicely Mary Strode Saunders, która była założycielką Hospicjum św. Krzysztofa w Londynie. Jest ona postacią uważaną za twórczynię medycyny paliatywnej. Jej słowa doskonale oddają ideę opieki paliatywnej.

Informując rodziców o niepomyślnej diagnozie, personel medyczny powinien dołożyć wszelkich starań, aby odbyło się to w możliwie jak najbardziej dogodnych warunkach. Takich, które pozwolą rodzicom przeżyć te trudne chwile w spokoju i bez zbędnych formalności.

W takim momencie personel medyczny powinien zostać ograniczony do niezbędnego minimum, a informacja przekazywana powinna być w odosobnionym pomieszczeniu, zapewniającym warunki intymności. Niedopuszczalne jest, aby był to korytarz, czy inne miejsce, które nie sprzyja zachowaniu prywatności w tak trudnym momencie [4].

Ważnym aspektem jest również to aby – o ile to możliwe – informacja o niepomyślnej diagnozie przekazywana była oboju rodzicom. My jako personel medyczny musimy pamiętać o tym, aby rozmawiać z rodzicami w sposób dla nich zrozumiały. Nie należy w tym wypadku używać trudnych, medycznych terminów. Jednakże rodzicom trzeba udzielić wyczerpujących informacji dotyczących stanu ich dziecka, jednocześnie wyrażając współczucie [4].

Nieodłącznym elementem postępowania z rodzicami dotkniętymi tak ciężką sytuacją jest czas, którego potrzebują oni na pożegnanie się z dzieckiem. Jeżeli zmarło po porodzie, rodzice powinni mieć możliwość spokojnego pożegnania się. Natomiast w przypadku, kiedy dziecko żyje, powinniśmy umożliwić rodzinie spędzenie ostatnich chwil z dzieckiem, które umrze w niedalekiej przyszłości [4].

W chwili gdy rodzice dowiadują się, że ich dziecko właściwie nie ma szans na przeżycie, element pożegnania jest bardzo ważny. Dzięki tej możliwości kobieta będzie mogła spędzić z dzieckiem ostatnie chwile, co w późniejszym czasie pozwoli jej na przeżywanie żałoby oraz zaakceptowanie zaistniałej sytuacji.

W opiece nad kobietą, u dziecka której postawiono niepomyślną diagnozę, dla personelu medycznego niezwykle przydatna może okazać się znajomość standardu postępowania, który został opracowany przez Stowarzyszenie Rodziców po Poronieniu. Standard ten znajduje szerokie zastosowanie również w opiece nad kobietą ciężarną, której dziecko ma stwierdzoną wadę letalną. Owe opracowanie mówi o tym, że należy okazać szacunek zarówno matce, jak i zmarłemu dziecku. Dotyka również kwestii godności i intymności pacjentki, mówiąc o tym, że wszelkie badania powinny być przeprowadzane w intymnej atmosferze i obecności partnera – jeżeli kobieta tego sobie życzy [8].

Przebywając z pacjentką, która doświadcza tak ciężkiej sytuacji, nie możemy zapominać o tym, że powinniśmy informować ją o każdej czynności, która będzie wobec niej podejmowana. Istotną kwestią jest zaproponowanie pomocy psychologa oraz przekazanie informacji o miejscach pomocy [8].

#### ASPEKTY PSYCHOLOGICZNE

Zdiagnozowanie wady letalnej płodu, a w konsekwencji utrata dziecka, bardzo często jest sytuacją traumatyczną dla kobiety i jej bliskich. W psychologii śmierć dziecka zaliczana jest do jednych z najbardziej krytycznych wydarzeń życiowych.

Od momentu postawienia diagnozy o wadzie letalnej do chwili utraty ciąży bądź śmierci dziecka rodzicom towarzyszą uczucia właściwe żałobie. Psychologia podkreśla znaczenie zjawiska antycypacji żałoby, czyli przeżywania smutku po stracie bliskiej osoby jeszcze przed rzeczywistą śmiercią. Antycypacja żałoby umożliwia stopniowe, powolne pożegnanie się rodziców z dzieckiem, dając możliwość przygotowania się na stratę [4].

Żałoba po stracie to uczucie niezależne od ludzkiej woli. Psycholodzy wyróżniają kilka etapów, przez które przechodzi kobieta po śmierci dziecka, od fazy szoku i uświadomienia ogromu straty, przez wycofanie się i zaprzeczenie, aż do poszukiwania sensu, pogodzenia się ze sobą i powrót do równowagi. Proces ten jest niezwykle długi i bolesny. Położna powinna pamiętać, że bagatelizowanie, umniejszanie, skracanie czy pomijanie tego stanu może przyczynić się do pojawienia się reakcji silnego stresu, jak i stresu potraumatycznego [4].

Zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem, rodzice mają prawo do rejestracji dziecka w Urzędzie Stanu Cywilnego, uzyskania zasiłku pogrzebowego oraz do pochowania dziecka, jego ciała lub szczątków, bez względu, na jakim etapie ciąży doszło do jej zakończenia. Obojgu rodzicom przysługuje również prawo do uzyskania wszelkich informacji w szpitalu oraz pełnej dokumentacji medycznej. Ponadto kobiecie po śmierci dziecka przysługuje prawo do urlopu macierzyńskiego [4, 8].

#### DOMOWA OPIEKA PALIATYWNA

W ostatnich latach prężnie rozwija się ruch hospicyjny, którego celem jest niesienie pomocy rodzicom dzieci ze zdiagnozowaną wadą letalną. Powstają hospicja prenatalne, które swoją opieką otaczają także dzieci w okresie prenatalnym oraz okołoporodowym. Matki, które pomimo dramatycznych rokowań decydują się urodzić, mogą skorzystać ze wsparcia hospicjum [3].

Hospicja prenatalne posiadają wykwalifikowany specjalistyczny zespół terapeutyczny, w którego skład wchodzi lekarze pediatrzy, neonatolodzy, ginekolodzy, położnicy, położne, psy-

chodolodzy oraz duchowni. Tworzą oni zindywidualizowany plan opieki nad rodziną w okresie prenatalnym, z uwzględnieniem zakresu postępowania w okresie okołoporodowym oraz czynności wykonywanych u noworodka. Stają się specyficzną grupą wsparcia dla rodziców, asystują im w okresie ciąży i porodu, towarzyszą umierającemu noworodkowi, a także pomagają rodzinie przeżyć okres żałoby [2].

Hospicjum prenatalne to nie miejsce pobytu kobiety w ciąży powikłanej, a sposób opieki nad matką, jej bliską rodziną oraz jej umierającym dzieckiem.

Na świecie najwięcej tego typu ośrodków zlokalizowanych jest w USA – 64, natomiast w Kanadzie, Francji, Wielkiej Brytanii oraz we Włoszech są to pojedyncze placówki. W Polsce pierwsze i jedyne hospicjum perinatalne powstało w Warszawie. Działa w ramach Fundacji Warszawskie Hospicjum dla Dzieci [1].

Warszawskie Hospicjum obejmuje swoją opieką rodziców, rodzinę oraz noworodka, jeśli dożyje do czasu porodu. Zapewnia indywidualne wsparcie psychologiczne rodzicom, dając możliwość oswojenia się z tragiczną sytuacją oczekiwania na poród dziecka z wadą nie pozwalającą na przeżycie [8].

Hospicjum zapewnia również możliwość spotkania się z rodzicami, którzy mają podobne doświadczenia. Rodziny otrzymują materiały dotyczące nieuleczalnie chorych dzieci, które znajdowały się pod opieką Warszawskiego Hospicjum [8].

Warszawskie Hospicjum przy współpracy z Poradnią Patologii Ciąży Szpitala Klinicznego im. Anny Mazowieckiej zapewnia niezbędną opiekę położniczą, podczas której w czasie indywidualnych konsultacji rodzice mają czas na omówienie i ustalenie zasad postępowania i zakresu czynności podejmowanych wobec noworodka. W ramach działalności hospicjum udzielane jest wsparcie telefoniczne oraz mailowe osobom, które nie mają możliwości przyjazdu na konsultacje. Warszawska placówka współpracuje również z lekarzami i psychologami zespołów opieki paliatywnej nad dziećmi w Lublinie, Łodzi, Białymstoku, Szczecinie, Gdańsku i Krakowie [8].

#### ZADANIA POŁOŻNEJ WOBEC OPIEKI PALIATYWNEJ W PERINATOLOGII

Położna sprawująca opiekę nad noworodkiem z wadą letalną powinna mieć świadomość, że wszystkie metody zastosowane w ramach tej opieki mają przynosić ulgę, a nie dodatkowe cierpienie, należy zrezygnować z wykonywania rutynowo w szpitalach bolesnych zabiegów.

Położna jest osobą wykwalifikowaną do tego, aby nieść pomoc kobiecie nie tylko w pięknych momentach, jakimi są narodziny zdrowego dziecka, ale także w trudnych sytuacjach, jakie mogą towarzyszyć ciąży. Jako osoba opiekująca się kobietą w każdym momencie jej życia, powinna cechować się poczuciem empatii. Powinna mieć świadomość, że opieka nad dzieckiem, które rodzi się na granicy życia i śmierci, jest ekstremalnie trudnym doświadczeniem dla jego rodziny, dlatego jej wielopłaszczyznowe wsparcie jest niezbędne. Jest również odpowiedzialna za zapewnienie odpowiedniego komfortu rodzicom przebywających na oddziale intensywnej opieki noworodkowej.

Opieka nad kobietą, która zmaga się ze świadomością nieuchronnej utraty dziecka, wymaga od położnej zwrócenia uwagi na jej potrzeby, poświęcenia czasu, aby przez swoją obecność uczynić łatwiejszymi kolejne dni życia.

Położna sprawująca opiekę nad kobietą doświadczającą utraty ciąży lub noworodka dotkniętego szczególnie wadą letalną powinna przyjąć postawę wspierającą. Powinna pomóc rodzinie uczcić pamięć zmarłego dziecka i zadbać o zachowanie pamiątek po dziecku (zdjęcie, odcisk stópki, kosmyk włosów itp.), które mogą być przekazane rodzicom [4].

Istotne jest również przekazanie rodzinie informacji na temat możliwych form pomocy, np. kontaktu do poradni psychologicznej, stowarzyszeń rodziców dzieci chorych lub rodziców po stracie czy wsparcia duchownego [4].

**Mowa jest srebrem, a milczenie złotem**

Czasami położna nie musi udzielać żadnych rad, ani podejmować żadnych działań. Niejednokrotnie najważniejsze jest to, aby położna jako osoba najbliższa kobiecie po prostu towarzyszyła jej w najtrudniejszych dla niej chwilach. Aby pomagała przez swoją obecność rozumieć odczuwany ból, strach i cierpienie, a nade wszystko koncentrowała się na uczuciach kobiety związanych z żegnaniem dzieckiem.

**WNIOSKI**

Dalszy rozwój diagnostyki prenatalnej będzie zapewniał coraz wcześniejsze i dokładniejsze rozpoznawanie patologii u płodów. Zasada „pro life” nie oznacza negocjowania zasadności diagnostyki prenatalnej, jedynie zastosowanie jej zgodnie z zasadami etyki lekarskiej, w poszanowaniu dobra matek i dzieci.

Personel medyczny musi mieć świadomość, że decyzja o urodzeniu dziecka z wadą letalną nie jest równoznaczna ze zgodą na zastosowanie reanimacji oraz uporczywej terapii. Rodzice dzieci z wadami letalnymi powinni mieć prawo do podejmowania świadomej decyzji o wyborze opieki paliatywnej lub domowej opieki hospicyjnej.

Pacjentka w tak trudnym momencie swojego życia, jakim jest utrata jej dziecka, winna być otoczona profesjonalną i troskliwą opieką, jaką powinna jej zapewnić położna, która w sposób niezależny od własnych przekonań duchowych, światopoglądowych itd. będzie wspierać kobietę w podjętych decyzjach. Umiejętność empatycznego słuchania, wyrażania współczucia w obliczu żałoby to podstawowe wyznaczniki profesjonalnej opieki położnej w tak trudnej sytuacji.

**BIBLIOGRAFIA**

1. Dangel T, Szymkiewicz-Dangel J. *Opieka paliatywna w perinatologii*. W: Dangel T, red. *Opieka paliatywna nad dziećmi*. Wyd. XIII. Warszawa; 2005: 27–30.
2. Szymkiewicz-Dangel J. Perinatalna opieka paliatywna – czy możliwa jest współpraca położników i neonatologów z hospicjami domowymi dla dzieci? *Opieka Paliatywna nad Dziećmi* 2007; XV: 25–28.
3. Dangel T. *Wady letalne u płodów i noworodków – opieka paliatywna jako alternatywa wobec eugenicznej aborcji, eugenicznego dzieciobójstwa i uporczywej terapii*. Warszawa: Fundacja Warszawskie Hospicjum dla Dzieci. www.hospicjum.waw.pl.
4. Makara-Studzińska M, Iwanowicz-Palus G. *Psychologia w położnictwie i ginekologii*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008.
5. Kornas-Biela D. Niepomyślna diagnoza prenatalna: dylemat rodziców, wyzwanie dla profesjonalistów. *Medycyna Praktyczna Ginekologia i Położnictwo* 2008; 04.
6. Grenda T, Kaczkowski R, Pawlikowski J, i wsp. *Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci – wytyczne dla lekarzy*. Polskie Towarzystwo Pediatryczne; 2011.
7. Szewczyk K. Decyzje krytyczne w neonatologii i standardy ich podejmowania. *Diametros* 2010; 26: 96–135.
8. *Standardy postępowania z pacjentką doświadczającą poronienia, wewnątrzmacicznego obumarcia płodu, porodu przedwczesnego i śmierci dziecka krótko po narodzinach*. Warszawa: Stowarzyszenie Rodziców po Poronieniu; 2008.

**Adres do korespondencji:**

Dr n. med. Monika Przestrzelska  
Zakład Położnictwa  
Wydział Nauk o Zdrowiu  
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu  
ul. Bartla 5  
51-618 Wrocław  
Tel.: 71 784-18-56

Praca wpłynęła do Redakcji: 20.05.2013 r.

Po recenzji: 28.05.2013 r.

Zaakceptowano do druku: 10.06.2013 r.

# OPIEKA PIELEŃNIARSKA NAD PACJENTEM W OSTRYM ZESPOLE WIEŃCOWYM PO ZABIEGU ANGIOPLASTYKI NACZYŃ WIEŃCOWYCH

*Nursing care of the patient in acute coronary syndrome  
after coronary angioplasty*

**Agnieszka Tracz**

*Klinika Chorób Wewnętrznych Geriatrii i Alergologii, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny we Wrocławiu*

*adres do korespondencji: tracz1@op.pl*

## STRESZCZENIE

**Wstęp.** Postęp, jaki dokonał się w ostatnich latach w medycynie, znacząco rozszerzył metody diagnozowania i leczenia chorych z zawałem serca. Wprowadzenie do praktyki przezskórnej angioplastyki naczyń wieńcowych przyczyniło się do poprawy wyników leczenia i redukcji śmiertelności chorych z powodu zawału mięśnia sercowego.

**Cel pracy.** Przedstawienie definicji ostrych zespołów wieńcowych i metody zabiegu przezskórnej angioplastyki naczyń wieńcowych oraz roli pielęgniarki w opiece nad pacjentem.

**Materiał i metody.** Publikacja została przygotowana na podstawie fachowej literatury medycznej z dziedziny kardiologii oraz kilkuletniej praktyki pielęgniarskiej.

**Wyniki.** Publikacja stanowi kompendium wiedzy pielęgniarskiej w opiece nad pacjentem w ostrym zespole wieńcowym po zabiegu PTCA.

**Wnioski.** Nowoczesne pielęgniarstwo opiera się na holistycznej opiece nad pacjentem, co stanowi duże wyzwanie dla osób pracujących w tym zawodzie. Obecnie pielęgniarka to nie tylko osoba wykonująca polecenia lekarza, to także osoba, która bierze czynny udział w całym procesie hospitalizacji. Jej wiedza, doświadczenie, zaangażowanie oraz udział w diagnostyce, leczeniu, rehabilitacji, pielęgnacji oraz edukacji zdrowotnej znacząco poprawia jakość życia pacjenta po przebytych zawałach serca.

**Słowa kluczowe:** opieka pielęgniarska, ostry zespół wieńcowy, angioplastyka naczyń wieńcowych.

## SUMMARY

**Background.** Progress made in medicine in recent years has expanded significantly methods of diagnosis and treatment of patients with myocardial infarction.

**Objectives.** Coronary angioplasty has helped to the improvement of treatment results and reduction in deaths of patients with muscle infarction. The main purpose of this publication is presentation of definition of PTCA, percutaneous method and the role of the nurse in the care of the patient.

**Material and methods.** The publication is based on the professional medical literature in the field of cardiology and nursing practice.

**Results.** The thesis is the abstract of nursing knowledge in the care of the patient after PTCA.

**Conclusions.** Modern nursing is based on holistic care of the patient which is a challenge for those working in the nursing profession. Nowadays the nurse takes an active part in the process of hospitalization. Knowledge, engagement, experience and participation in the diagnosis improves quality of life of patient after myocardial infarction.

**Key words:** nursing care, acute coronary syndrome, coronary angioplasty.

## WSTĘP

Choroba wieńcowa i jej skutki w postaci zawału serca, których podłożem jest miażdżyca, są przyczyną zgonów oraz czasowej lub trwałej niezdolności do pracy pacjentów.

Ze względu na różnorodny przebieg i wiele postaci klinicznych ostrych zespołów wieńcowych każdy pacjent powinien być objęty indywidualnym schematem postępowania leczniczego. Wprowadzenie przezskórnej angioplastyki naczyń wieńcowych umożliwiło osiągnięcie lepszych rezultatów w zapobieganiu i leczeniu zawałów serca. Postęp w kardiologii inwazyjnej wymaga wprowadzenia fachowej, holistycznej pielęgniarskiej opieki kardiologicznej nad pacjentem.

## CEL PRACY

Celem pracy było usystematyzowanie wiedzy na temat ostrych zespołów wieńcowych i zabiegu przezskórnej angioplastyki naczyń wieńcowych oraz wskazanie roli pielęgniarki w opiece nad pacjentem w ostrym zespole wieńcowym po angioplastyce naczyń wieńcowych.

## MATERIAŁ I METODY

Publikacja została przygotowana na podstawie fachowej literatury medycznej z dziedziny kardiologii oraz kilkuletniej praktyki pielęgniarskiej.

## OMÓWIENIE

### Ostre zespoły wieńcowe

Ostre zespoły wieńcowe OZW (ang. ACS – *acute coronary syndromes*) to grupa schorzeń charakteryzujących się zmianami w krążeniu wieńcowym, których cechą wspólną jest nagłe, znaczne ograniczenie lub ustanie przepływu krwi w tętnicach wieńcowych. Główną przyczyną jest powstanie zakrzepu przez aktywację płytek na pękającej lub pękniętej blaszce miażdżycowej. Ból w klatce piersiowej o charakterze dławicowym jest dominującym objawem. Jest to stan zagrażający życiu, wymagający szybkiej diagnostyki i interwencji.

W ostrych zespołach wieńcowych wyróżniamy:

- niestabilną chorobę wieńcową;
- zawał mięśnia sercowego;
- nagły zgon sercowy.

### Podział ostrych zespołów wieńcowych

Podział zalecany przez ACC (Amerykańskie Towarzystwa Kardiologiczne):

- niestabilna choroba wieńcowa;
- zawał serca z uniesieniem ST (STEMI);
- zawał serca bez uniesienia ST (NSTEMI),
- nagły zgon sercowy.



Na podstawie analizy i oceny zmian w EKG wyróżniamy:

- ostre zespoły wieńcowe z przetrwałym uniesieniem odcinka ST;
- ostre zespoły wieńcowe bez przetrwałego uniesienia odcinka ST.

Podział OZW w oparciu o pełną ocenę kliniczną, zapisu EKG oraz wyników markerów biochemicznych martwicy mięśnia sercowego:

- zawał z uniesieniem odcinka ST;
- zawał bez uniesienia odcinka ST;
- zawał serca nieokreślony;
- niestabilna choroba wieńcowa.

#### **ANGIOPLASTYKA NACZYŃ WIEŃCOWYCH (ANG. PTCA, PERCUTANOUS CORONARY ANGIOBLASTY)**

PTCA to metoda inwazyjna stosowana w leczeniu choroby wieńcowej. U pacjentów ze STEMI jest postępowaniem w wyboru. U chorych z UA/NSTEMI zastosowanie PTCA zależy od oceny ryzyka zgonu lub zawału serca. Istotą zabiegu jest szybkie i trwałe udrożnienie tętnicy dozawałowej przez poszerzenie zwężenia, torując drogę przepływu krwi do obszarów za zwężeniem, dzięki czemu ogranicza się niedokrwienie w obszarze zawału. Szersze zastosowanie ma PCI – przeszkrónna interwencja wieńcowa (ang. PCI – *percutaneous coronary intervention*), która obejmuje plastykę, czyli poszerzenie zwężonego naczynia oraz usunięcie skrzepliny ze światła naczynia, a nawet brachyterapię. Wszystkie zabiegi poprzedzone są koronarografią.

#### **Opieka nad pacjentem w ostrych zespołach wieńcowych**

W OZW najważniejszym elementem jest czas, w jakim rozpocznie się wdrożenie odpowiedniego postępowania leczniczego. Preferowane jest, aby transport chorego odbywał się bezpośrednio do szpitala, który pełni dyżur hemodynamiczny. Pacjent z karetki przekazywany jest do pracowni hemodynamicznej lub na salę intensywnego nadzoru kardiologicznego. Podczas przyjęcia chorego do szpitala to pielęgniarka jest jedną z pierwszych osób personelu medycznego, z którą pacjent ma możliwość ciągłego i stałego kontaktu.

#### **Do zadań pielęgniarki należy:**

- wstępna ocena pacjenta – przeprowadzenie wywiadu na podstawie krótkiej, szczegółowej rozmowy ukierunkowanej na istniejące objawy i problemy chorego, ocena stanu fizycznego i psychicznego, analiza dokumentacji medycznej;
- odpowiednie ułożenie pacjenta – należy go ułożyć w pozycji półwysokiej, ale też pozwolić na przyjęcie pozycji wygodnej dla niego;
- założenie elektrod i podłączenie do kardiomonitora – monitorowanie parametrów;
- zapewnienie dostępu do żyły – jeżeli wkłucie nie zostało założone w karetkę;
- podawanie leków i pobieranie krwi do badań laboratoryjnych, na zlecenie lekarza;
- obserwacja bólu – ocena charakteru, nasilenia i umiejscowienia; charakterystycznym elementem bólu wieńcowego jest uczucie rozpierania w okolicy klatki piersiowej;
- obserwacja powłok skórnych;
- ocena duszności i kaszlu – może wystąpić duszność spoczynkowa lub wysiłkowa nasilająca się podczas wykonywania prostych ruchów i czynności przez chorego. Na zlecenie lekarza stosowana jest tlenoterapia przez wąsy lub maskę tlenową;
- prowadzenie bilansu płynów – należy założyć cewnik Foleya u chorych w stanie ciężkim;
- obserwacja obrzęków – zwracamy uwagę na umiejscowienie; obrzęki pochodzenia sercowego mają charakter opadowy, co powoduje przemieszczenie ich w zależności od ułożenia ciała, w okolicę łędźwiowo-krzyżową lub w okolicę podudzi przy opuszczonych kończynach dolnych. Należy chronić miejsca obrzęknięte przed urazami i otarciem. Zastosować wyższe ułożenie kończyn;

- kontrola gospodarki wodno-elektrolitowej – wahania elektrolitów (sód, potas, magnez) mogą być przyczyną zaburzeń rytmu serca;
- zapewnienie poczucia bezpieczeństwa – zawał serca i towarzyszące mu okoliczności są bardzo stresujące dla chorego oraz jego najbliższej rodziny. Silny lęk jest niekorzystny we wczesnej oraz dalszej fazie leczenia, wpływa negatywnie na pracę serca i układ krążenia. Zadaniem pielęgniarki jest zwiększenie poczucia bezpieczeństwa przez wyjaśnienie istoty choroby, stosowanych działań. Należy przez cały czas informować pacjenta o poprawie wyników jego badań i stanu zdrowia. Wsparcie okazywane choremu, troskliwość oraz aktywne towarzyszenie, uspokajają, obniżają poziom lęku i podnosi poczucie bezpieczeństwa. Umożliwienie kontaktu z rodziną zmniejsza poczucie osamotnienia, jeżeli planowane jest leczenie inwazyjne, na które należy wyrazić zgodę, wsparcie bliskiej osoby jest bardzo ważne dla pacjenta podczas podejmowania decyzji;
- pomoc w zaspokajaniu podstawowych potrzeb – chory może wymagać pomocy w czasie toalety ciała, przy zmianie bielizny osobistej, pościelowej oraz w spożywaniu posiłków i picia. Należy podać basen lub kaczkę i zapewnić intymne warunki w czasie zaspokajania potrzeb fizjologicznych;
- prowadzenie dokumentacji – w karcie obserwacji wpiswane są godzinowe pomiary: RR, HR, temperatura ciała, saturacja, bilans płynów i diureza godzinowa. Prowadzona jest historia pielęgowania lub raport pielęgniarski;
- obserwacja w kierunku wystąpienia powikłań:
  - nagłe zatrzymanie krążenia,
  - wstrząs kardiogeny,
  - obrzęk płuc,
  - tamponada serca.

#### **Przygotowanie pacjenta do angioplastyki naczyń wieńcowych**

##### **Przygotowanie psychiczne:**

Chory jest często przerażony wystąpieniem objawów choroby, koniecznością hospitalizacji i leczenia oraz decyzją, jaką musi podjąć w sprawie swojego życia i zdrowia wyrażając zgodę na zabieg. Dlatego należy:

- poinformować o celowości wykonania zabiegu, wytłumaczyć w sposób prosty i zrozumiały na czym polega zabieg, sposób dostępu do naczyń i jego wykonanie;
- poinformować o powikłaniach, jakie mogą wystąpić;
- ocenić poziom zrozumienia przez chorego udzielonych mu informacji i odpowiedzieć na nurtujące go pytania;
- dopilnować podpisania przez pacjenta zgody na zabieg;
- zapewnić wsparcie emocjonalne przez rozmowę i umożliwienie kontaktu z rodziną;
- uświadomić chorego, że niepokój nasila dolegliwości.

##### **Przygotowanie fizyczne:**

- przygotować miejsce wkłucia – ogolić pachwinę;
- do planowego zabiegu pacjent pozostaje na czczo około 6 godzin, w trybie pilnym nie jest to możliwe;
- założyć koszulę ochronną;
- usunąć protezy zębowe;
- przekazać pacjenta do pracowni hemodynamicznej;
- ułożyć w pozycji leżącej na plecach na stole.

W pracowniach hemodynamicznych w zależności od organizacji szpitala zwykle pracuje osobny personel pielęgniarski przeszkolony w obsłudze sprzętu. Obowiązkiem pielęgniarki jest:

- podłączenie do kardiomonitora;
- zdezynfekowanie i obłożenie sterylnym materiałem miejsca nakłucia;
- przygotowanie sprzętu używanego w czasie zabiegu;
- zebranie wywiadu od chorego dotyczącego wystąpienia w przeszłości reakcji uczuleniowej;
- przygotowanie znieczulenia miejscowego;
- zabezpieczenie chorego przed urazami i promieniowaniem rentgenowskim;
- poinformowanie pacjenta o skutkach ubocznych stosowanych środków kontrastowych;

- asystowanie w czasie zabiegu;
- przygotowanie i podawanie leków na zlecenie lekarza;
- obserwacja i ocena stanu pacjenta oraz pomiar parametrów życiowych.

### PIELĘGNOWANIE PACJENTA PO PTCA

Po przewiezieniu z pracowni hemodynamicznej na salę intensywnego nadzoru pacjenta układamy na łóżku, w pozycji leżącej, ponieważ w tętnicy udowej najczęściej pozostawiona jest koszulka dotętnicza na około od 4 do 6 godzin, która pozwala na ponowne podjęcie interwencji w przypadku pogorszenia się stanu chorego lub nawrotu bólu wieńcowego. Informujemy chorego o konieczności leżenia płasko na plecach z głową uniesioną maksymalnie do 30 stopni, z wyprostowaną nogą, w której założona jest koszulka dotętnicza, aby zapobiec jej uszkodzeniu lub wysunięciu. Podłączamy kardiomonitor i obserwujemy pacjenta pod kątem wystąpienia bólu, który może być wynikiem ponownego zamknięcia się światła udrożnionej tętnicy. Jeśli wystąpi ból w klatce piersiowej należy:

- ocenić jego charakter i intensywność;
- ocenić stan hemodynamiczny pacjenta, porównując z wcześniejszymi pomiarami (RR, HR, analiza EKG);
- pobrać krew w celu oznaczenia markerów martwicy mięśnia sercowego;
- na zlecenie lekarza podać leki (nitrogliceryna, leki przeciwzakrzepowe, przeciwbólowe);
- w razie konieczności przygotować pacjenta do ponownej rewaskularyzacji, kontrapulsacji wewnątrzaoortalnej lub zabiegu kardiochirurgicznego.

Po upływie 6 godzin koszulkę dotętniczną usuwa lekarz, kontrolując układ krzepnięcia. Po uprzednim ręcznym uciśnięciu miejsca nakłucia przez 5–10 minut zakładany jest opatrunek uciskowy. Pielęgniarka przygotowuje zestaw i asystuje przy usuwaniu koszulki dotętnicznej i założeniu opatrunku uciskowego. Informujemy chorego, aby w trakcie zakładania opatrunku współpracował z personelem przez unoszenie pośladków z wyprostowaną kończyną po stronie nakłucia, a ze zgiętą kończyną przeciwną, podpierając się rękoma. Należy uświadomić chorego, aby o wszelkich dolegliwościach związanych z opatrunkiem uciskowym, a zwłaszcza bólu i drętwieniu, niezwłocznie informował pielęgniarkę. Kontrolujemy opatrunek w kierunku obecności świeżej krwi lub przesiąkania. Aby uniknąć krwawienia, należy dopilnować, by pacjent nie zginał kończyny dolnej w pachwinie, nie zmieniał pozycji ciała i nie wykonywał gwałtownych ruchów.

Obserwujemy kończynę i miejsce wkłucia pod kątem wystąpienia krwawienia, krwiaka, tętniaka rzekomego lub przetoki tętniczo-żylną, bólu, tkliwości oraz obrzęku w obrębie pachwiny i uda. W przypadku pojawienia się krwawienia lub krwiaka należy dokonać oceny stopnia jego narastania, poinformować lekarza, miejsce krwawienia ucisnąć. Jeśli stosowano leki przeciwzakrzepowe, należy je odstawić, w celu wypełnienia łożyska naczyniowego, na zlecenie lekarza podłączyć płyny we wlewie kroplowym. W przypadku utraty dużej ilości krwi po skontrolowaniu morfologii przetoczyć krew lub jej preparaty na zlecenie lekarza. Do momentu ustania krwawienia należy kontrolować parametry życiowe, układ krzepnięcia i morfologię.

Miejsce wkłucia obserwujemy w kierunku niedokrwienia lub zakrzepu żył głębokich; sprawdzamy obecność tętna obwodowego na kończynie dolnej, ciepłotę i zabarwienie skóry, ból lub zaburzenia czucia, kontrolujemy układ krzepnięcia. W razie konieczności przygotowujemy pacjenta do pilnej embolektomii, czyli usunięcia materiału zakrzepowego z tętnicy.

Obserwujemy pacjenta w kierunku wystąpienia zaburzenia rytmu serca, reakcji uczuleniowej na kontrast, udaru mózgu, zwiększonego ryzyka infekcji.

W celu usunięcia środka cieniującego z organizmu zaleca się choremu spożywanie dużej ilości płynów (ok. 2,5 l). Zwracamy uwagę, aby pacjent po zabiegu oddał mocz, ułatwiając mu

czynność przez podanie basenu lub kaczki. Ze względu na unieruchomienie pielęgniarka pomaga choremu w zaspokajaniu podstawowych potrzeb. Po około 12 godzinach od usunięcia opatrunku uciskowego, o ile lekarz nie zalecił inaczej, dokonujemy oględzin miejsca nakłucia, czy nie ma krwawienia, zasinienia, krwiaka, obrzęku.

### Rehabilitacja fizyczna

Działania pielęgniarskie w rehabilitacji kardiologicznej ukierunkowane są na prowadzenie gimnastyki oddechowej, wczesne uruchamianie pacjenta w łóżku, psychoedukację i mobilizację chorego do współpracy. Rehabilitacja wdrażana jest zwykle w drugiej dobie, tuż po usunięciu opatrunku uciskowego. Chorego sadzamy na łóżku z opuszczonymi nogami, następnie sadzamy na krześle obok łóżka, po czym pionizujemy. Podczas pionizacji obserwujemy zapis EKG na monitorze, częstość akcji serca oraz ogólny stan pacjenta. W 3. dobie zwiększa się intensywność i czas ćwiczeń. W 4. dobie pacjent samodzielnie porusza się po oddziale i wykonuje wszystkie czynności samoobsługowe. Kolejny etap usprawniania poprzedzony jest oceną tolerancji wysiłku, stanu ogólnego chorego i wyników pomiarów.

### Rehabilitacja psychiczna

W procesie rehabilitacyjnym prowadzona jest rehabilitacja psychiczna i profilaktyka wtórna przez psychoedukację. Psychoedukacja powinna być ukierunkowana indywidualnie na potrzeby i możliwości chorego i jego rodziny. Dlatego należy uwzględnić postawę pacjenta wobec choroby, sposób radzenia sobie ze stresem, sytuację rodzinną, styl życia, wiek, wykształcenie, wykonywany zawód. W rehabilitacji psychicznej ważne jest zdobycie zaufania chorego i duże zaangażowanie personelu lekarskiego. Przyczynia się to do lepszych efektów leczenia farmakologicznego i uzyskania celu psychoedukacji przez:

- uświadomienie pacjenta o własnych możliwościach wpływa na przebieg choroby;
- rozpoczęcie profilaktyki;
- przywrócenie samoakceptacji i zaufania chorego do samego siebie.

### Przygotowanie pacjenta do samoopieki

Pielęgniarka przez edukację zdrowotną dostarcza pacjentowi i jego rodzinie odpowiedni zasób wiedzy, który umożliwi mu powrót do normalnego życia. Powinna rozpoznać i uzupełnić braki w wiedzy na temat jego choroby, wzmacniać motywację chorego w zapobieganiu rozwojowi i nawrotowi choroby. Zalecenia przekazywane przez pielęgniarkę powinny zawierać:

- informację na temat choroby, jej przyczyn, objawów i farmakoterapii;
- informację o konieczności samokontroli;
- wskazówki dotyczące prawidłowego odżywiania;
- zalecenia dotyczące aktywności fizycznej;
- wskazówki na temat ograniczenia nałogów;
- informacje dotyczące radzenia sobie z lękiem i stresem.

Po opuszczeniu szpitala chory szybko zapomina o zaleceniach i wskazówkach dotyczących samoopieki. Pielęgniarka powinna udostępnić mu te informacje w formie pisemnej w postaci informatorów, ulotek, broszurek. Pozwoli to pacjentowi i jego rodzinie na lepsze zapoznanie się z tymi wskazówkami i wykorzystanie ich w życiu codziennym.

### WNIOSKI

Nowoczesna, inwazyjna kardiologia pozwala na wczesne rozpoznanie, diagnostykę i szybkie wdrożenie odpowiedniego leczenia u pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym. Przeskórna angioplastyka naczyń wieńcowych obecnie w Polsce jest standardem w leczeniu ostrego zawału mięśnia sercowego. Pielęgniarka bierze udział w całym procesie hospitalizacji, od momentu przyjęcia do wypisu pacjenta ze szpitala.

**BIBLIOGRAFIA**

1. Opolski G, Filipiak KJ, Polański L, red. *Ostre zespoły wieńcowe*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2002.
2. Arendarczyk M. *Ostre zespoły wieńcowe – podstawy kliniczne*. W: Kaszuba D, Nowicka A, red. *Pielęgniarsztwo kardiologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2001: 110–115.
3. Arendarczyk M. *Opieka pielęgniarska nad chorym z ostrym zespołem wieńcowym w okresie przedszpitalnym i szpitalnym*. W: Kaszuba D, Nowicka A, red. *Pielęgniarsztwo kardiologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2001: 111–120.
4. Szymanowska K. *Przygotowanie chorego po ostrym zespole wieńcowym do samoopieki*. W: Kaszuba D, Nowicka A, red. *Pielęgniarsztwo kardiologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2001: 124–127.
5. Krakowska A, Kubica A, Grąbczewska Z, i wsp. *Wczesna wewnątrzszpitalna rehabilitacja osób po zawale serca*. W: Kubica J, Sinkiewicz W, red. *Chory po zawale serca*. Gdańsk: Via Medica; 2008: 113–118.

**Adres do korespondencji:**

Agnieszka Tracz  
Lic. piel.  
ul. Wądoły 21  
56-400 Oleśnica  
Tel.: 602 362-980

Praca wpłynęła do Redakcji: 04.04.2013 r.

Po recenzji: 20.04.2013 r.

Zaakceptowano do druku: 25.05.2013 r.

## REGULAMIN ZAMIESZCZANIA PRAC

### INFORMACJE OGÓLNE

„Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia” zamieszcza prace oryginalne (doświadczalne, kliniczne i laboratoryjne), poglądowe i kazuistyczne dotyczące szeroko pojętego pielęgniarstwa i ochrony zdrowia. Ponadto pismo publikuje listy do Redakcji, sprawozdania i materiały ze zjazdów naukowych oraz recenzje książek. Prace publikowane są w języku polskim lub angielskim.

### ZASADY RECENZOWANIA PRAC

Autorzy przysyłając pracę do publikacji w czasopiśmie wyrażają zgodę na proces recenzji. Nadesłane publikacje są poddane ocenie w pierwszej kolejności przez Redakcję, a następnie oceniane przez recenzentów, którzy nie są członkami Redakcji pisma. Prace recenzowane są poufnie i anonimowo. Recenzentom nie wolno wykorzystywać wiedzy na temat pracy przed jej publikacją. Pracy nadawany jest numer redakcyjny, identyfikujący ją na dalszych etapach procesu wydawniczego. Autor jest informowany o wyniku dokonanej recenzji, następnie możliwa jest korespondencja z Redakcją czasopisma dotycząca ewentualnych uwag bądź kwalifikacji do druku. Ostateczną kwalifikację do druku podejmuje Redaktor Naczelny.

### KONFLIKT INTERESÓW

Autorzy muszą ujawnić Redakcji i opisać na osobnej stronie dołączonej do pracy wszystkie konflikty interesów:

- zależności finansowe (takie jak: zatrudnienie, doradztwo, posiadanie akcji, honoraria, płatna ekspertyza),
- związki osobiste,
- współzawodnictwo akademickie i inne, mogące mieć zdaniem Redakcji lub Czytelników wpływ na merytoryczną stronę pracy,
- rolę sponsora całości lub części badań (jeżeli taki istnieje) w projekcie, zbieraniu, analizie i interpretacji danych, w pisaniu raportu, w decyzji przesyłania go do publikacji.

### OCHRONA DANYCH PACJENTÓW

Autorzy prac naukowych mają obowiązek ochraniać dane osobowe pacjentów. Do publikacji powinny trafić jedynie dane o znaczeniu informacyjnym lub klinicznym. Szczegóły dotyczące rasy, pochodzenia etnicznego, kulturowego i religii osoby badanej powinny być podane wyłącznie w przypadku, jeśli zdaniem Autora mają wpływ na przebieg choroby i(lub) leczenia. Jeśli nie ma możliwości uniczenia ujawnienia identyfikowalnych informacji dotyczących pacjenta, należy uzyskać jego (lub jego prawnych opiekunów) pisemną zgodę na opublikowanie danych, zdjęć fotograficznych, obrazów radiologicznych itp., co powinno być odnotowane w publikacji.

### WYMAGANIA ETYCZNE

Prace doświadczalne, prowadzone na ludziach, muszą być przeprowadzane zgodnie z wymogami Deklaracji Helsińskiej, co należy zaznaczyć w opisie metodyki. Na przeprowadzenie takich prac Autorzy muszą uzyskać zgodę Terenowej Komisji Nadzoru nad Dokonywaniem Badań na Ludziach (Komisji Etycznej). Prace wykonane na zwierzętach także muszą mieć zgodę odpowiedniej komisji. Uzyskanie tej zgody powinno być potwierdzone oświadczeniem Autorów w piśmie kierującym pracą do druku.

### ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNA

Redakcja stara się czuć nad merytoryczną stroną pisma, jednak za treść artykułów odpowiada Autor, a za treść reklam – sponsor lub firma marketingowa. Wydawca ani Rada Naukowa nie ponoszą odpowiedzialności za skutki ewentualnych nierzetelności.

### PRAWA AUTORSKIE

Jeżeli Autorzy nie zastrzegą inaczej w momencie zgłoszenia pracy, Wydawca nabywa na zasadzie wyłączonej ogół praw autorskich do wydrukowanych prac (w tym prawo do wydawania drukiem, na nośnikach elektronicznych, CD i innych oraz w Internecie). Bez zgody Wydawcy dopuszcza się jedynie drukowanie streszczeń.

### INFORMACJE SZCZEGÓLWE – ZGŁASZANIE PRAC DO DRUKU

#### PRZESYLANIE PRAC DO REDAKCJI

Przesłanie pracy jest równoznaczne z oświadczeniem, że praca nie była dotychczas publikowana w innych czasopismach oraz nie została jednocześnie zgłoszona do innej Redakcji. Oddanie pracy do druku jest jednoznaczne ze zgodą wszystkich Autorów na jej publikację i oświadczeniem, że Autorzy mieli pełny dostęp do wszystkich danych w badaniu i biorą pełną odpowiedzialność za całość danych i dokładność ich analizy. Prace należy nadsyłać pod adresem Redakcji w dwóch egzemplarzach (które nie podlegają zwrotowi do Autorów) łącznie z piśmie przewodnim, zawierającym zgodę wszystkich Autorów na publikację wyników badań.

### WERSJA ELEKTRONICZNA PRAC

Redakcja bezwzględnie wymaga nadsyłania prac na nośnikach komputerowych. Dyski powinny zawierać jedynie ostateczną wersję pracy, zgodną z przesłanymi wydrukami. Opis nośnika powinien zawierać imię i nazwisko Autora, tytuł pracy, nazwę (nazwy) zbiorów, nazwy i numery wersji użytych programów. Redakcja przyjmuje pliki tekstowe \*.DOC i \*.RTF. Grafiki lub zdjęcia (w rozdzielczości nadającej się do druku: 300 dpi) powinny tworzyć osobne zbiory – zalecane formaty: \*.BMP, \*.GIF, \*.TIF, \*.JPG. Tytuły rycin i tabel oraz wszystkie opisy wewnątrz nich powinny być wykonane w języku polskim i angielskim. Do tworzenia wykresów zalecane jest użycie programu Microsoft Excel – wszystkie wersje.

### MASZYNOPSIS

1. Objętość prac oryginalnych i poglądowych nie powinna być większa niż 16 stron, a kazuistycznych – 8 stron maszynopisu, łącznie z piśmiennictwem, rycinami, tabelami i streszczeniami (standardowa strona – 1800 znaków).
2. Prace powinny być pisane na papierze formatu A4, z zachowaniem podwójnych odstępów między wierszami, piśmie wielkości 12 punktów (np. Arial, Times New Roman). Z lewej strony należy zachować margines szerokości 2 cm, z prawej margines szerokości 3 cm.
3. Propozycje wyróżnień należy zaznaczyć w tekście piśmie półgrubym (bold).
4. Na prawym marginesie należy zaznaczyć ołówkiem miejsce druku tabel i rycin.
5. Na pierwszej stronie należy podać:
  - tytuł pracy w języku polskim i angielskim,
  - skrócony (maksymalnie 10 słów) tytuł pracy w języku polskim i angielskim (żywa pagina),
  - pełne imię i nazwisko Autora (Autorów) pracy. Przy pracach wieloosrodkowych prosimy o przypisanie Autorów do ośrodków, z których pochodzą,

- pełną nazwę ośrodka (ośrodków), z którego pochodzi praca (w wersji oficjalnie ustalonej); w przypadku prac oryginalnych i redakcyjnych – w wersji angielskiej,
- adres, na jaki Autor życzy otrzymywać korespondencję (służbowy lub prywatny) wraz z tytułem naukowym, pełnym imieniem i nazwiskiem, oraz (obligatoryjnie) numer telefonu i adres poczty elektronicznej. Jednocześnie Autor wyraża zgodę na publikację przedstawionych danych adresowych (jeżeli Autor wyrazi takie życzenie, numer telefonu nie będzie publikowany),
- słowa kluczowe w języku polskim i angielskim, zgodne z aktualną listą Medical Subject Heading (MeSH) (od 3 do 5). Jeżeli odpowiednie terminy MeSH nie są jeszcze dostępne dla ostatnio wprowadzonych pojęć, można używać ogólnie używanych określeń.

Na dole strony powinny być opisane wszelkie możliwe konflikty interesów oraz informacje o źródłach finansowania pracy (grant, sponsor itp.), podziękowania, ewentualnie powinna się tu też pojawić nazwa kongresu, na którym praca została ogłoszona.

6. Na drugiej stronie pracy należy wydrukować wyłącznie tytuł pracy w języku polskim i angielskim.

### STRESZCZENIE

Do artykułu następnie należy dołączyć streszczenie, o tej samej treści w języku polskim i angielskim. Streszczenie prac oryginalnych i redakcyjnych powinno zawierać 300-400 słów. Streszczeniu należy nadać formę złożoną z pięciu wyodrębnionych części, oznaczonych kolejno następującymi tytułami: Wprowadzenie, Cel pracy, Materiał i metodyka, Wyniki, Wnioski. Wszystkie skróty zastosowane w streszczeniu muszą być wyjaśnione przy pierwszym użyciu. Streszczenie prac poglądowych i kazuistycznych powinno zawierać 150-250 słów.

### UKŁAD PRACY

Układ pracy powinien obejmować wyodrębnione sekcje: Wprowadzenie, Cel pracy, Materiał i metodyka, Wyniki, Omówienie, Wnioski, Piśmiennictwo, Tabele, Opisy rycin (w jednym pliku tekstowym w wersji polskiej i angielskiej) oraz Ryciny. Sekcja Materiał i metodyka musi szczegółowo wyjaśniać wszystkie zastosowane metody badawcze, które są uwzględnione w Wynikach. Należy podać nazwy metod statystycznych i oprogramowania zastosowanych do opracowania wyników. Wyniki oznaczeń biochemicznych i innych należy podawać w jednostkach SI. Pomiar długości, wysokości, ciężaru i objętości powinien być podany w jednostkach metrycznych (metr, kilogram, litr) lub ich wielokrotnościach dziesiętnych. Temperatura powinna być podana w stopniach Celsjusza.

### TABELE

Tabele należy nadesłać w dwóch egzemplarzach, każda tabela na oddzielnej kartce formatu A4. Tytuły tabel oraz cała ich zawartość powinny być wykonane w języku polskim i angielskim. Wszystkie użyte w tabelach skróty wymagają każdorazowo wyjaśnienia pod tabelą (w języku polskim i angielskim) niezależnie do rodzaju pracy. Tabele powinny być ponumerowane cyframi rzymskimi.

### RYCINY

Ryciny należy nadsyłać w trzech egzemplarzach. Powinny one zostać wykonane techniką komputerową. Tytuły rycin oraz opisy wewnątrz nich powinny być wykonane w języku polskim i angielskim. Wszystkie użyte skróty wymagają każdorazowo wyjaśnienia pod ryciną. Ryciny należy ponumerować cyframi arabskimi. Tytuły rycin należy przesłać na oddzielnej kartce. Do wykresów należy dołączyć wykaz danych. Wydawca zastrzega sobie prawo kreowania wykresów na podstawie załączonych danych.

### SKRÓTY I SYMBOLE

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

### PIŚMIENICTWO

Piśmiennictwo powinno być ułożone zgodnie z kolejnością cytowania prac w tekście, tabelach i rycinach (w przypadku pozycji cytowanych tylko w tabelach i rycinach obowiązuje kolejność zgodna z pierwszym odnośnikiem do tabeli lub ryciny w tekście). Liczba cytowanych prac w przypadku prac oryginalnych, redakcyjnych i poglądowych nie powinna przekraczać 30 pozycji, w przypadku prac kazuistycznych – 10. Piśmiennictwo powinno zawierać wyłącznie pozycje opublikowane, zgodnie z konwencją Vancouver/ICMJE, stosowaną m.in. przez MEDLINE: <http://www.lib.monash.edu.au/tutorials/citing/vancouver.html>. Przy opisach bibliograficznych artykułów z czasopism należy podać: nazwisko autora wraz z inicjałami imienia bez kropek (przy liczbie autorów przekraczającej 4 osoby podaje się tylko pierwsze trzy nazwiska i adnotację „et al.” w pracach zgłaszanych w języku angielskim lub „i wsp.” w pracach zgłaszanych w języku polskim), tytuł pracy, skrót tytułu czasopisma (bez kropek, zgodny z aktualną listą czasopism indeksowanych w Index Medicus, dostępną m.in. pod adresem <ftp://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/ljweb.pdf>), rok wydania, a następnie po średniku numer tomu (rocznika; bez daty wydania jeśli czasopismo stosuje paginację ciągłą) oraz po dwukropku numer strony, na których zaczyna się i kończy artykuł. Strefy nazwiska autorów, tytułu pracy, tytułu czasopisma rozdzielane są kropkami, np.:

- Menzel TA, Mohr-Kahaly SF, Koelsch B, i wsp. Quantitative assessment of aortic stenosis by three-dimensional echocardiography. J Am Soc Echocardiogr. 1997;10:215-223. Opisy wydawnictw zwartych (książki) powinny zawierać: nazwisko(a) autora(ów) wraz z inicjałami imienia bez kropek (przy liczbie autorów przekraczającej 4 osoby podaje się tylko pierwsze trzy nazwiska i adnotację „et al.” w pracach zgłaszanych w języku angielskim lub „i wsp.” w pracach zgłaszanych w języku polskim), tytuł; po kropce – numer wydania książki (ed./wyd., niepodawany przy wydaniu pierwszym), miasto i nazwę wydawcy oraz rok wydania. Przy pracach zbiorowych nazwisko(a) Redaktora(ów) opatrzone są adnotacją „red.” („ed.(s)” w pracach angielskojęzycznych):
- Iverson C, Flanagin A, Fontanarosa PB, i wsp. American Medical Association manual of style. 9 wyd. Baltimore: Williams & Wilkins; 1998. Przy cytowaniu rozdziałów książek należy podać: nazwisko(a) autora(ów) rozdziału wraz z inicjałami imienia bez kropek (przy liczbie autorów przekraczającej 4 osoby podaje się tylko pierwsze trzy nazwiska i adnotację „et al.” w pracach zgłaszanych w języku angielskim lub „i wsp.” w pracach zgłaszanych w języku polskim), tytuł rozdziału, następnie po oznaczeniu „W.”: nazwisko(a) autora(ów) lub redaktora książki wraz z inicjałami imienia, tytuł książki; po kropce – numer wydania książki (ed./wyd., niepodawany przy wydaniu pierwszym), miasto i nazwę wydawcy, rok wydania i numery pierwszej i ostatniej strony poprzedzone literą „p.”:
- Chosia M. Patomorfologia zastawki aorty. W: Szwed H, red. Zwięzione zastawki aortalnej. Gdańsk: Via Medica; 2002. p.1-11. Konieczne jest ścisłe zachowanie interpunkcji według powyższych przykładów cytowania. Odnośniki do publikacji internetowych (z podanym pełnym adresem strony internetowej) są dopuszczalne jedynie w sytuacji braku adekwatnych danych w literaturze opublikowanej drukiem.