

# KOMPETENCJE PIEŁĘGNIARKI ZAAWANSOWANEJ PRAKTYKI W MONITOROWANIU PACJENTÓW PRZEWLEKLE CHORYCH W SZPITALU UNIWERSYTECKIM VIRGEN DE LA ARRIXACA W REGIONIE MURCJA, HISZPANIA.



INTERNATIONAL SCIENTIFIC  
AND TRAINING CONFERENCE  
POLAND - SPAIN - SLOVAKIA

February 19, 2021

on-line BigBlueButton [uwmelkbbb.edu.pl](http://uwmelkbbb.edu.pl) platform

**dr M<sup>a</sup> Dolores Roldán Valcárcel**  
**dr Marzena Mikła**

**Arrixaca**  
Hospital Clínico Universitario  
Virgen de la Arrixaca

# PRZEWLEKŁOŚĆ/CHRONICZNOŚĆ

„Mamy więcej chorób przewlekłych,  
ponieważ żyjemy znacznie dłużej”.



Hiszpańskie zarządzanie zdrowiem stoi  
w obliczu 3 kluczowych czynników:

1. **Kierunek ewolucji demograficznej.**
2. **Starzejące się społeczeństwo.**
3. **Niezdrowy styl życia.**



Choroby przewlekłe



Jakość życia



Koszty służby zdrowia

# Pielęgniarka Zarządzająca Przypadkami



Stopnie piramidy **Káisera**

**Arrixaca**

Hospital Clínico Universitario  
Virgen de la Arrixaca

# Funkcje Pielęgniarki Zarządzającej Przypadkami

## Zapewnienie opieki

Kompleksowa ocena potrzeb: rozmowa motywacyjna + towarzyszenie podczas procesu + monitoring telefoniczny

## Planowanie, koordynacja i aktywacja

Rekrutacja + Planowanie opieki + Planowanie przyjęć i wypisów + Koordynacja między instytucjami + Koordynacja zespołu wielodyscyplinarnego

## Wsparcie, ułatwienie i promocja

Praktyka interdyscyplinarna + Informacja + Komunikacja + Rejestrowanie praktyki pielęgniarskiej

## Zaangażowanie

Komisje + grupa robocza + przygotowanie przewodników

## Edukacja, szkolenie i informacja

Dla pacjentów + dla pracowników służby zdrowia

## Badania naukowe

Publikacje naukowe + projekty badawcze

## Ocena i monitorowanie

Struktura + Procesy + Wyniki + Cykle doskonalenia





Inni członkowie  
służby zdrowia

Szpital

Podstawowa  
Opieka  
Zdrowotna



Pacjent

Pielęgniarka  
Zarządzająca  
Przypadkami

Jednostka

Rodzina

Gabinet konsultacyjny dla  
pacjentów przewlekle  
chorych

**W skład zespołu wielodyscyplinarnego wchodzi:**

Pielęgniarka Zarządzająca Przypadkami  
Lekarz internista  
Jednostka wielodyscyplinarna  
Zespół medyczny: specjalistyczny i podstawowy  
Zespół Pielęgniarski: specjalistyczny i podstawowy, Rehabilitacja, Pracownik socjalny, Apteka, Oddział Hospitalizacji Domowej

**Arrixaca**

Hospital Clínico Universitario  
Virgen de la Arrixaca

# Przykład Zarządzania Przypadkami

- Mężczyzna, 66 lat
- **9 przyjąć do szpitala w roku 2019:** 2 Neumologia, 7 Medycyna Wewnętrzna
- **Suma = 143 dni = 85.974,46€**
- 11 wizyt w SOR= **3.146€**
- 17 wizyt u specjalisty= 1.734€
- 90 analiz krwi= 11.340€
- 22 Prześwietlenia Rtg = 374 €
- 3 Tomografy Komp.= 588€

Suma kosztów w ciągu 1 roku=

**103.156, 46€ euro**

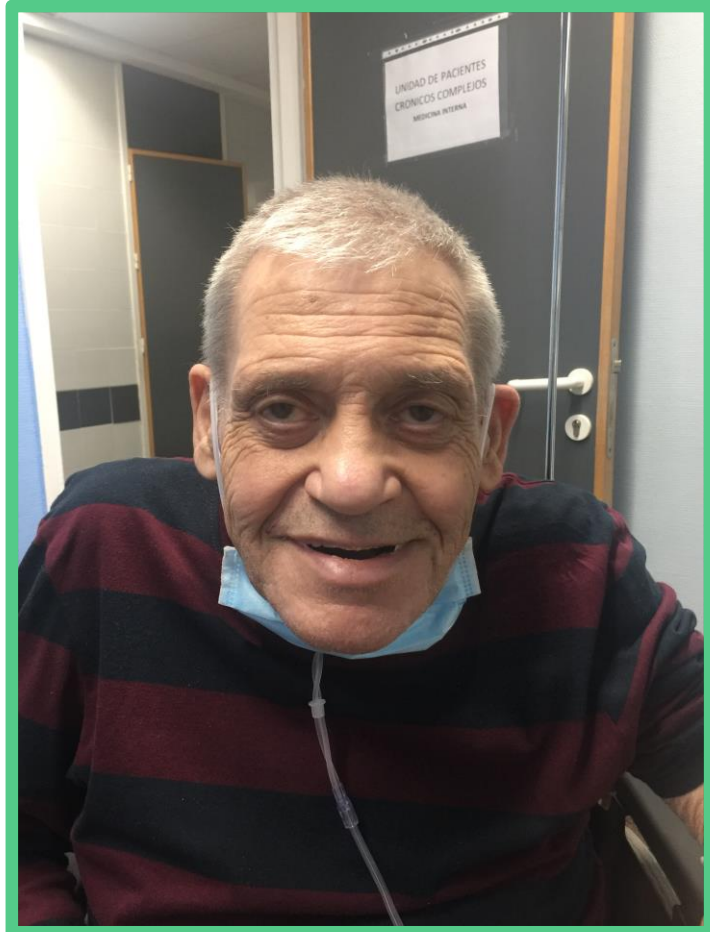
## Historia medyczna pacjenta

- Otyłość, Nadciśnienie tętnicze, wysoki poziom cholesterolu
- Migotanie przedsionków (FA)
- **Niewydolność krążenia serca (ICC reagudizada)**
- POChP klasa D
- Apnea snu z CPAP-em w ciągu nocy
- Przewlekłe i ciężkie nadciśnienie płucne
- Lewe zwłóknienie opłucnej (Paquipleuritis izquierda)
- Niewydolność nerek (Insuficiencia Renal)
- OSTEOPOROZA. Złamania żeber.
- **Skala Profund = 8 (45-50% )**

- Nie poddaje się szczepieniom
- Sam przygotowuje sobie leki
- 17 różnych leków
- 5 razy dziennie
- **Złe przestrzeganie zaleceń lekarskich**

# Przykład Zarządzania Przypadkami

Pacjent włączony do Programu Zarządzania Przypadkami



**Po zakwalifikowaniu do programu  
od 30/01/2020 do dzisiaj!!!**

**Zero przyjęć do szpitala!!!**

**WYSOKI POZIOM SATYSFAKCJI**

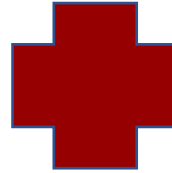
**I POSTRZEGANEJ JAKOŚCI USŁUG OPIEKI**

**„Gdyby nie szpital Arrixaca, już bym nie żył.  
Dzięki temu, że jestem pod opieką Pielęgniarki  
Zarządzającej Przypadkami, czuję się świetnie,  
lepiej niż kiedykolwiek ... **i jestem cały czas w  
domu**”. Andrés.**

# Podsumowanie

## Wpływ Pielęgniarki Zarządzającej Przypadkami na pacjentów z chorobą przewlekłą :

- Udzielanie porad zdrowotnych
- Ukierunkowane działania prewencyjne i promocyjne
- - Raporty z konsultacji, monitoring domowy:  
**Telemedycyna**



- Tworzenie specyficznych i celowanych formularzy ze względu na dużą ilość przetwarzanych danych
- Koordynacja zasobów opieki razem z Podstawową Opieką Zdrowotną oraz współpraca z innymi instytucjami służby zdrowia
- Korzystanie z Recepty Elektronicznej
- Wykrywanie możliwości poprawy niekorzystnych sytuacji.

- Upodmiotowienie użytkowników systemu opieki zdrowotnej, mimo że są oni w sytuacji niesprzyjającej ... poprzez zwiększenie samodzielnej opieki i leczenia chorób, wzięcie odpowiedzialności za swoje zdrowie i zarządzanie nim.
- Model ten wzmacnia aktywne postawy w procesie leczenia.
- Gwarantuje ciągłość opieki
- Zmniejsza częstość przyjęć i obniża czas pobytu w szpitalu.
- **Znacząco obniża koszty**



Bardzo dziękuję Państwu za uwagę!!!  
¡¡¡¡ GRACIAS POR SU ATENCIÓN!!!!



**Arrixaca**

Hospital Clínico Universitario  
Virgen de la Arrixaca



# Koordynowana, interdyscyplinarna opieka nad dzieckiem w zakresie profilaktyki otyłości w POZ



WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY  
SZPITAL DZIECIĘCY  
IM. PROF. DR. STANISŁAWA PORÓWSKIEGO  
W OLSZTYNIE

Dr n.med. Krystyna Piskorz–Ogórek

Katedra Pielęgniarstwa Szkoła Zdrowia Publicznego CM UWM  
Olsztyn

Konsultant Krajowy w Dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatricznego

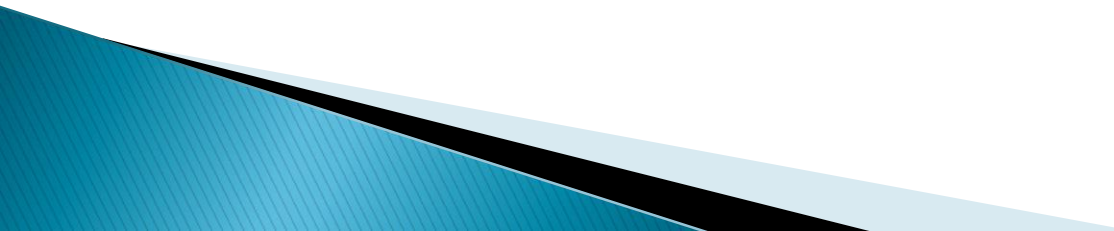
# Nadwaga, otyłość u dzieci

- ▶ Nadmierna podaż energii i składników pokarmowych
  - ▶ Zbyt duża ilość kalorii z tłuszczów i cukrów prostych
- < 5c. Niedobór masy ciała
  - = 85c.– 95 c. Nadwaga zagrożenie otyłością
  - => 95c. otyłość (jednostka chorobowa)

Nadmierna masa ciała,  
rozwój chorób  
cywilizacyjnych

Dokładne pomiary  
masy ciała, interpretacja

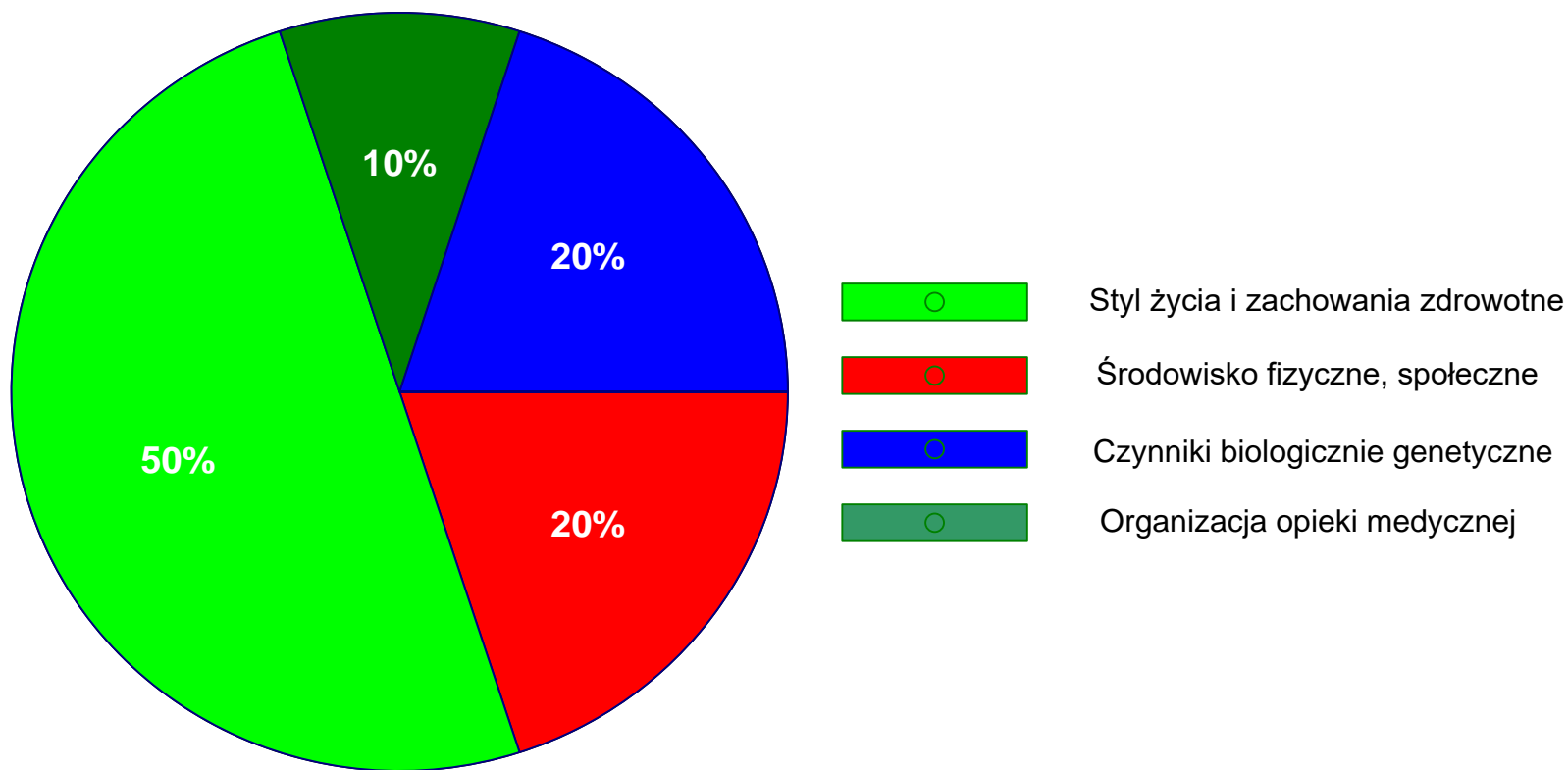
# Otyłość i nadwaga –epidemia XXI w

- ▶ W krajach UE występuje u ok. 25 % dzieci w wieku szkolnym.
  - ▶ W Polsce szacuje się na ok. 20 %., występuje tendencja wzrostowa o 2–3 % co 10 lat.
  - ▶ Mimo podejmowanych dotychczas wielu inicjatyw profilaktycznych, nie osiągnięto skutku w postaci zahamowania tendencji i zmniejszenia zjawiska.
- 

# Konsekwencje otyłości w dorosłości???

- ▶ Choroby układu krążenia ok. 50% zgonów (miażdżyca naczyń związana z otyłością)
- ▶ Cukrzyca prawie 2 mln Polaków
- ▶ Nadciśnienie ok. 10 mln
- ▶ Brak nawyków (CBOS) – 8% Polaków uprawia regularnie sport, co 5–ty Polak nie chodzi na spacer, nie gotujemy sami (!!!) mimo fascynacji programami TV
- ▶ 8 % ogólnych wydatków na leczenie w UE konsekwencje otyłości

# Determinanty zdrowia





# Otyłość= Deficyty wiedzy + Niewłaściwe postawy



# Rekomendacje międzynarodowe

- ▶ **Kopenhaga 1975** – I międzynarodowa konferencja na temat samoleczenia, zwrócono uwagę na pozytywne aspekty większego udziału pacjenta w ogólnie rozumianym zdrowiu publicznym – **samoopieka**
- ▶ **Ałma-Ata 1978** – konferencja WHO nacisk na **samoopiekę jako prawo i obowiązek** obywateli
- ▶ **Ljubljana 1996** – konferencja WHO – wzmocnienie pozycji pacjenta, **samoopieka**.  
**Zwiększenie dostępności opieki „blisko klienta” przede wszystkim poprzez pielęgniarki POZ**

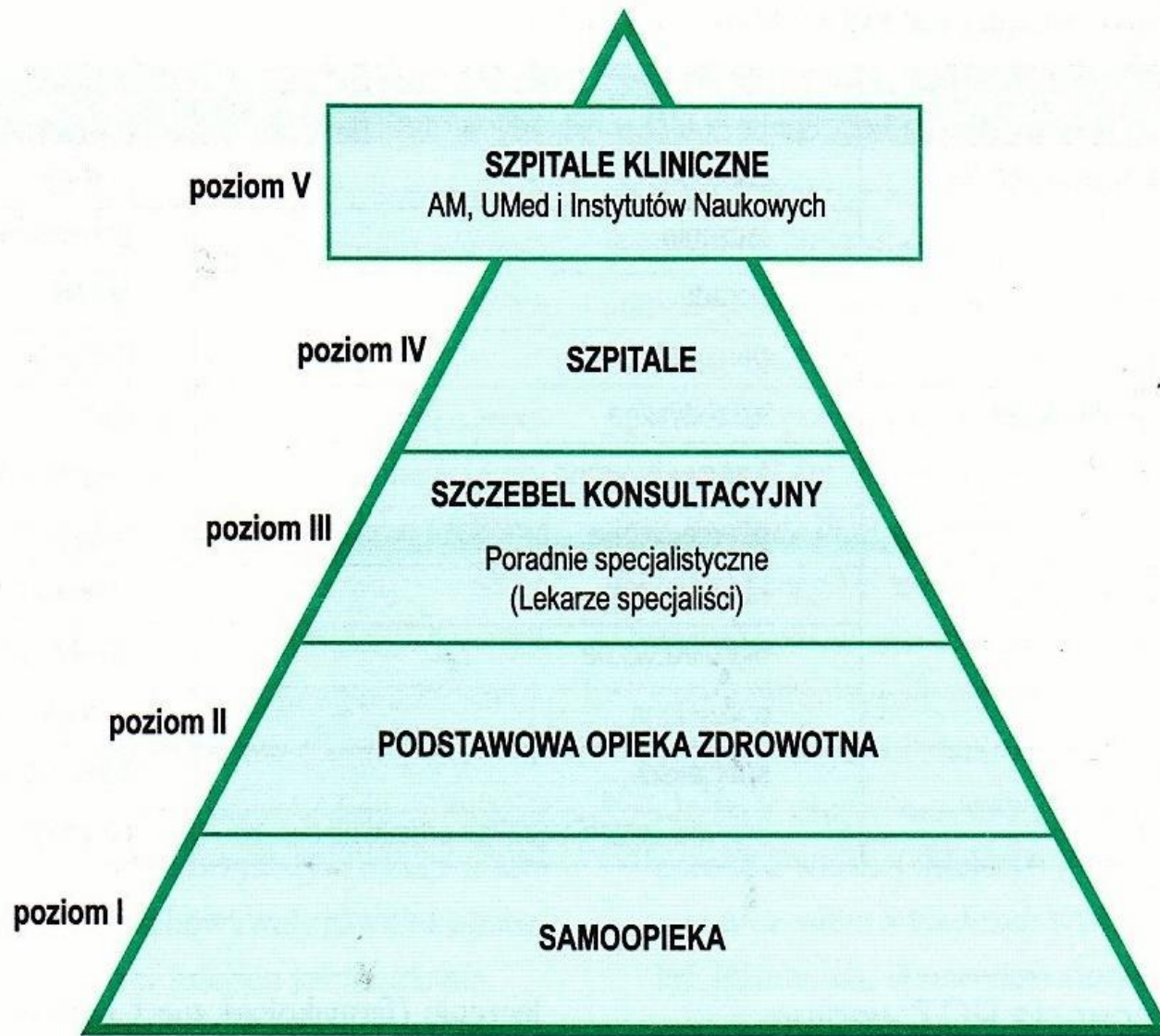
# Rekomendacja WHO

- ▶ Koncepcja systemu wg Światowej Organizacji Zdrowia : aktywne uczestnictwo obywateli poprzez **samopiekę (self-care)**, w tym kontrola zdrowia, zapobieganie chorobom, rozpoznawanie i ocenianie objawów, **samoleczenie**
- ▶ POZ na drugim poziomie piramidy

# Podział samoopieki/samoleczenia

1. **Samoopieka jako health self-care** – są to wszystkie działania mające na celu utrzymanie zdrowia w dobrej kondycji lub jego poprawę. Do takich działań zaliczyć możemy dietę, zdrowy tryb życia
2. **Samoopieka jako medical self-care** – są to działania mające na celu odpowiedź na występujące w danym momencie problemy ze zdrowiem. Jest to rodzaj samoleczenia rozumiany w znaczeniu *self-medication*





Poziomy referencyjne opieki zdrowotnej, zgodnie z kryteriami WHO – opracowanie własne



# Opieka nad dzieckiem w POZ

Zespół podstawowej opieki zdrowotnej



lekarz



pielęgniarka



położna



pielęgniarka szkolna



dietetyk

# Interdyscyplinarna opieka nad dzieckiem w zakresie profilaktyki otyłości

## ▶ 3 obszary:

- ciąża matki
- 0-6 lat
- 7-18 lat

## 3 zakresy:

- profilaktyka I fazy
- profilaktyka II fazy
- profilaktyka III fazy

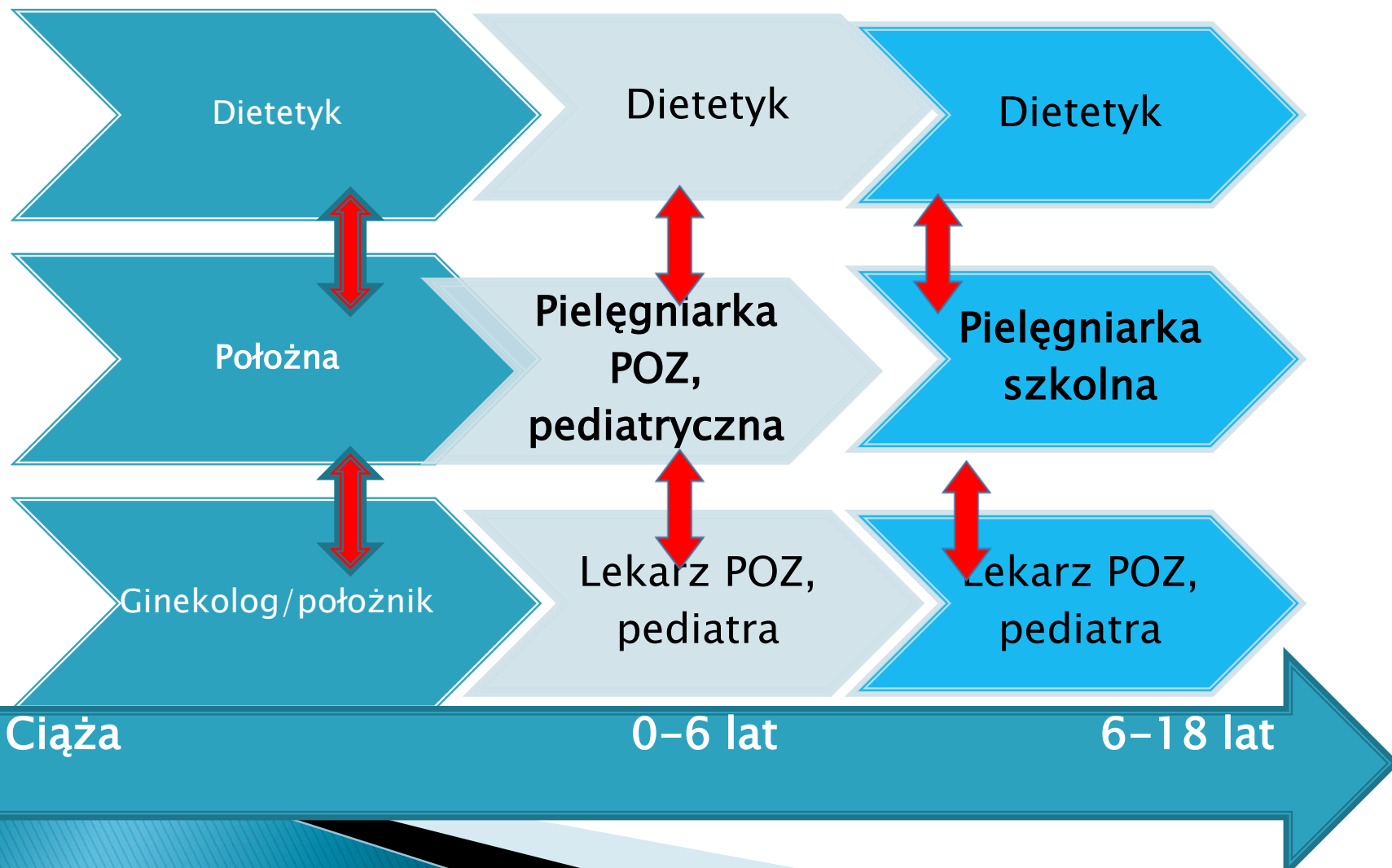
# Opieka nad dzieckiem w zakresie profilaktyki otyłości

## Zakresy/elementy opieki

1. **Profilaktyka I fazy**– kształtowanie zachowań, edukacja zdrowotnych, przygotowanie do samoopieki : rodzice–dzieci
2. **Profilaktyka II fazy** – Identyfikacja grup ryzyka, nadwagi, otyłości – testy przesiewowe i plan postępowania poprzemiesiewowego w przypadku dodatnich testów
3. **Profilaktyka III fazy**– leczenie otyłości, korekta nieprawidłowych zachowań

W każdym obszarze – wprowadzić narzędzia do oceny skuteczności profilaktyki

# Opieka interdyscyplinarna w zakresie profilaktyki otyłości u dzieci w POZ – 3 obszary



# I obszar – Opieka nad ciężarną, po porodzie – koordynator położna rodzinna

- ▶ 1 wizyta I trymestr ciąży (pomiary, BMI, ocena, *ankieta żywieniowa wraz z kartą monitorowania parametrów i odżywiania* do czasu porodu, edukacja żywieniowa, rejestr)
- ▶ kobiety z otyłością, nadwagą – info do ginekologa, skierowanie do dietetyka
- ▶ ustalenie planu wizyt i oceny parametrów odżywiania
- ▶ poradnictwo laktacyjne, karmienie piersią

## Narzędzia do oceny realizacji profilaktyki :

- ▶ *ankieta żywieniowa wraz z kartą monitorowania parametrów i odżywiania (ocena rejestru)*
- ▶ *wskaźnik % ankiet z karta monitorowania w stosunku do objętych opieką, % kobiet ciężarnych u których osiągnięto zmiany nawyków, % karmiących piersią*



# II obszar – Profilaktyka otyłości u dzieci 0–6

## Koordynator pielęgniarka POZ pediatryczna

- ▶ 1 wizyta 0–6 m–ca ż. (pomiary, ocena, *ankieta żywieniowa wraz z kartą monitorowania parametrów i odżywiania* do 6 roku życia, edukacja żywieniowa, rejestr) (9 m–cy, 12 m–cy, 2 lata, 4 lata, 5 lat)
- ▶ Identyfikacja dzieci z otyłością, nadwagą (testy przesiewowe) – info do pediatry, skierowanie do dietetyka, ustalenie planu wizyt i oceny parametrów odżywiania wraz z edukacją żywieniową

### Narzędzia do oceny realizacji profilaktyki :

- ▶ *ankieta żywieniowa wraz z kartą monitorowania parametrów i odżywiania (ocena rejestru) % założonych kart w stosunku do objętych opieką*
- ▶ *wskaźnik % badań przesiewowych w stosunku do objętych opieką, % dzieci z nadwagą i otyłością, % dzieci u których osiągnięto zmiany nawyków żywieniowych*

## III obszar – Profilaktyka otyłości u dzieci 0–18 r.ż.

### Koordynator pielęgniarka środ. naucz. i wych.

- ▶ 1 porada 6 r.ż.(pomiary, ocena, *ankieta żywieniowa wraz z kartą monitorowania parametrów i odżywiania* do 18 roku życia, test przesiewowy) – 10,12,13,16,18 lat
- ▶ Identyfikacja dzieci z otyłością, nadwagą –plan postępowania poprzemiesiewowego, info do pediatry, skierowanie do dietetyka, ustalenie planu wizyt i oceny parametrów odżywiania wraz z poradami żywieniowymi ucznia i rodzica, monitorowaniem parametrów i nawyków żywieniowych

#### Narzędzia do oceny realizacji profilaktyki :

- ▶ *ankieta żywieniowa wraz z kartą monitorowania parametrów i odżywiania (ocena rejestru) % założonych kart w stosunku do objętych opieką*
- ▶ *wskaźnik % badań przesiewowych w stosunku do objętych opieką, % dzieci z nadwagą*

# Wnioski

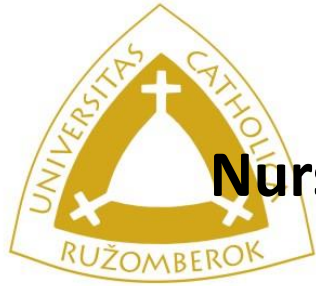


1. Opieka koordynowana nad dzieckiem w POZ w zakresie profilaktyki otyłości to wzmocnienia komponentu samoopieki i wypełnienie rekomendacji WHO!!!!
2. Profilaktyka otyłości u dzieci realizowana przez interdyscyplinarny Zespół może być skutecznie koordynowana przez pielęgniarkę.
3. Finansowanie połączone z oceną efektów koordynatora
4. Korzyści dla systemu z samoopieki: ograniczenie wizyt domowych o 17 %, spadek liczby konsultacji lekarskich o 40%, redukcja o połowę interwencji pogotowia itp.

Źródło: Raport brytyjski „The Economic and Public Health Value of Self-Medication AESPG 2004



**INTERNATIONAL SCIENTIFIC AND TRAINING CONFERENCE  
Poland - Spain - Slovakia.**



**Nursing and midwifery in an interdisciplinary dimension in  
the face of contemporary challenges**

**NEONATÁLNY ABSTINENČNÝ SYNDRÓM V KLINICKEJ PRAXI**

**Helena KADUČÁKOVÁ  
Mária ŠUPÍNOVÁ**

**19.02. 2021**

**Fakulta zdravotníctva  
Katolícka univerzita v Ružomberku**

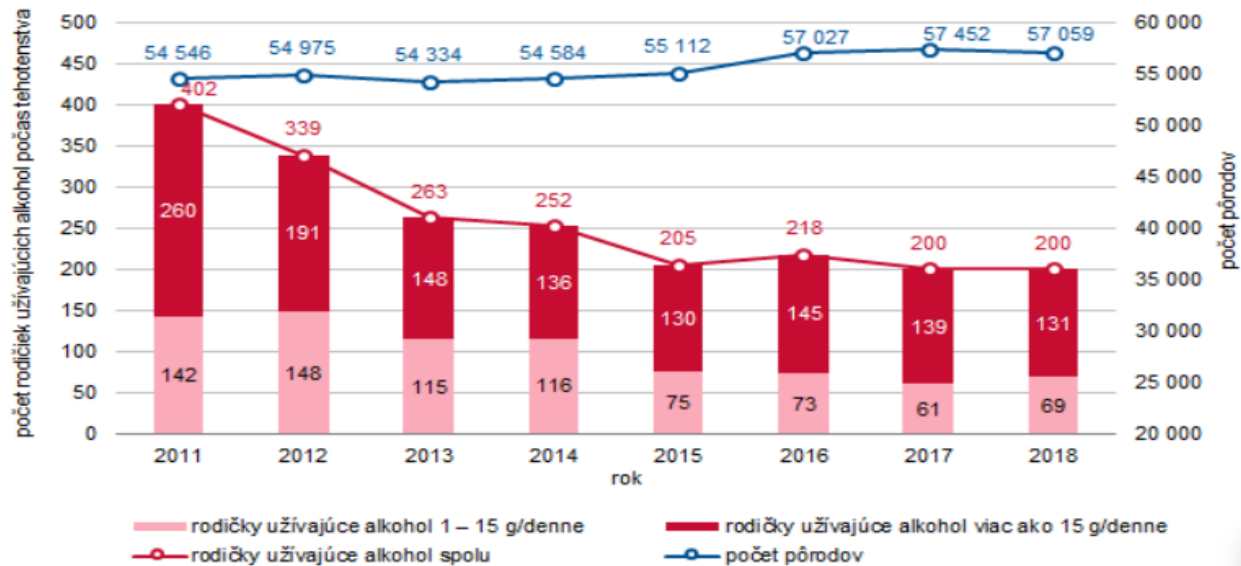
**Slovenská zdravotnícka univerzita  
so sídlom v Banskej Bystrici, Fakulta zdravotníctva**



# Východiská

Konzumácii alkoholu sa nevyhýbajú dokonca ani tehotné ženy. Z celkového počtu pôrodov 57 059 v roku 2018 bolo 200 prípadov rodičiek, ktoré užívali alkohol počas tehotenstva. Najviac takýchto pôrodov bolo v mladších vekových skupinách 15 - 17 rokov, 18 - 19 rokov a 20 - 24 rokov.

Rodičky užívajúce alkohol počas tehotenstva podľa množstva užívania alkoholu denne za roky 2011 – 2018



Dôležité i

- ✓ dominantné prejavy príznakov NAS sú u detí najmä v oblasti centrálného nervového a dýchacieho systému



# Klinická prax

- ✓ určenie presnej anamnézy novorodenca a matky;
- ✓ sledovanie a hodnotenie novorodenca podľa platného skórovacieho systému;
- ✓ podávanie a monitorovanie farmakologickej liečby, následné jej postupné vysadenie;
- ✓ odber vzoriek biologického materiálu na laboratórne testy;
- ✓ pravidelné zhodnotenie a prehodnotenie symptómov NAS; ak sú závažné konať tak, aby sa predišlo komplikáciám;
- ✓ komunikácia so sociálnymi pracovníkmi, ak je to potrebné;
- ✓ edukácia rodičov alebo opatrovateľov (Blobaum, Dulski, MacMullen 2014).



## Cieľ



- Identifikovať novorodencov s AS, spracovať prípadové štúdie, analyzovať klinický priebeh starostlivosti





# Metodika práce



- ✓ **metódy zberu dát** - pozorovanie, rozhovor, analýza zdravotnej dokumentácie a Finneganovej hodnotiacej škály (FNSS)
- ✓ **metóda** – kazuistika
- ✓ **výber prípadu** – traja novorodenci s dg. NAS (1.a 2. - spádová nemocnica, 3. - perinatologické centrum)



# Analýza kazuistík

	Dieťa 1	Dieťa 2	Dieťa 3
Gestačný vek	<b>37. týždeň - 2950 g/49 cm</b>	<b>37. týždeň 2570 g/ 45 cm</b>	<b>33. týždeň 1980 g/ 43 cm</b>
Abúzus matky	<b>amfetamíny, metamfetamíny, nikotín</b>	<b>alkohol (1,24%) , nikotín</b>	<b>amfetamíny, metamfetamíny, nikotín</b>
Pôrod	<b>spontánny</b>	<b>spontánny</b>	<b>spontánny</b>
Apgarovej skóre	<b>7/8/10</b>	<b>7/9/10</b>	<b>7/8/8</b>
Príznaky AS	<b>6 hodín po pôrode - ústup 6 deň</b>	<b>2deň po pôrode - ústup 4 deň</b>	<b>4 hodiny po pôrode - ústup 14 deň</b>
FNASS	<b>6 dní 1x cez deň a 1x v noci (max. 11 - min.5)</b>	<b>2 – 3 deň pri príznakoch (max. 10 - min.3)</b>	<b>14 dní, á 4 hodiny (max.11 – min. 2)</b>
Farmakoterapia	<b>ATB, vitamíny Luminal – 3dni</b>	<b>ATB, vitamíny</b>	<b>ATB, kortikoidy, vitamíny Luminal – 3 dni</b>
Dĺžka hospitalizácie	<b>12 dní</b>	<b>16deň</b>	<b>29 dní</b>



# Potreby novorodencov s NAS

## Potreby

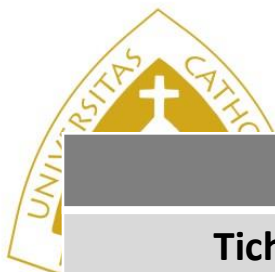
Biologické	dýchanie
	pohyb/aktivita
	spánok
	výživa
	vylučovanie
Psycho-sociálne	



# Dýchanie



	Dieťa 1	Dieťa 2	Dieťa 3
	<b>nekričí, koža cyanotická</b> <b>D - 36, SpO<sub>2</sub> 68%,</b> <b>apnoické pauzy</b>	<b>nekričí, koža</b> <b>cyanotická</b> <b>D - 40, SpO<sub>2</sub> 77%</b>	<b>nekričí, koža</b> <b>cyanotická</b> <b>D - 40, SpO<sub>2</sub> 56%</b> <b>gasing, stridor</b>
<b>Inkubátor/ Apnoická podložka</b>	<b>6 dní v inkubátore</b>	<b>4 dni v inkubátore</b>	<b>19 dní</b> <b>v inkubátore</b>
<b>Oxygenoterapia</b> (kyslíkové okuliare)	<b>FiO<sub>2</sub> 0,60 - 0,30</b> <b>(3 dni)</b>	<b>FiO<sub>2</sub> 0,60 - 0,30</b> <b>(2 dni)</b>	<b>áno</b>
<b>CPAP s tlakovou podporou</b>	<b>nie</b>	<b>nie</b>	<b>FiO<sub>2</sub> 0,60 - 0,35</b> <b>(5 dní)</b>
<b>Kontinuálny monitoring</b>	<b>P 132, D 54, SpO<sub>2</sub> 98%,</b> <b>TT 36,8%</b>	<b>P 128, D 48, SpO<sub>2</sub> 99%,</b> <b>TT 36,9%</b>	<b>P 142, D 40, SpO<sub>2</sub> 97%,</b> <b>TT 36,6%</b>



# Pohyb/aktivita



	Dieťa č.1	Dieťa č.2	Dieťa č.3
<b>Tiché termoneutrálne prostredie</b> <b>Minimal handling</b>	<b>4 hodiny po pôrode nepokojné, postonkáva, piskľavý plač pri manipulácii a stimuloch, hypertonické a nepravidelné pohyby končatín.</b> <b>Na 6 deň príznaky ustúpili</b>	<b>2 deň po pôrode, zvýšený svalový tonus, piskľavý plač a tremor končatín pri manipulácii a stimuloch.</b> <b>O 2 dni príznaky ustúpili</b>	<b>3 hodiny po pôrode nepokojné, postonkáva, piskľavý plač pri manipulácii a stimuloch, hypertonické a nepravidelné pohyby končatín.</b> <b>Na 14 deň príznaky ustúpili</b>
<b>Suchá teplá bielizeň</b>	<b>potenie</b>	<b>potenie</b>	<b>potenie</b>
<b>Cumel'</b>	<b>zvýšené sanie</b>	<b>zvýšené sanie</b>	<b>zvýšené sanie</b>
<b>Poloha</b> <b>Prvky bazálnej stimulácie</b>	<b>na chrbte/boku</b>	<b>zvýšená poloha na boku</b>	<b>od 2. dňa prvky bazálnej stimulácie: iníciaľny dotyk, poloha hniezdo, múmia, ...</b>



# Spánok



	Dieťa 1	Dieťa 2	Dieťa 3
	<b>max. 1 hod - prerušovaný</b>	<b>max. 1 hod - prerušovaný</b>	<b>max. 1 hod - prerušovaný</b>
<b>Tiché/tmavé prostredie</b>	<b>áno</b>	<b>áno</b>	<b>áno</b>
<b>Plánované aktivity</b>	<b>áno</b>	<b>áno</b>	<b>áno</b>
<b>Prvky bazálnej stimulácie</b>	<b>nie</b>	<b>nie</b>	<b>Iniciálny dotyk, klokankovaie, polohovanie</b>
<b>Neobed</b>	<b>nie</b>	<b>nie</b>	<b>áno</b>



# Výživa



	Dieťa č.1	Dieťa č.2	Dieťa č.3
	<b>Beba HA mlieko – pomocou cumľa, tolerovalo, nevracalo</b>	<b>ženské mlieko -pilo slabo s prestávkami, - pomocu cumľa, po nakrmení zvracalo, grcalo</b>	<b>Nutrilon Nenatal (pomocou sondy) tolerovalo, nevracalo. 7. -15. deň parenterálna výživa</b>
<b>Prvky bazálnej stimulácie</b>	<b>nie</b>	<b>nie</b>	<b>orálna stimulácia</b>





# Vylučovanie



	Dieťa 1	Dieťa 2	Dieťa 3
Moč	<b>v norme</b>  <b>8. deň moč na drogu negatívny</b>	<b>v norme</b>	<b>norme</b>  <b>10. deň moč na drogu negatívny</b>
Stolica	<b>vodnatá, riedka</b>	<b>kašovitá</b>	<b>vodnatá, riedka,</b> <b>7. deň s prímiesou krvi a hlienu</b>



# Psych-sociálne potreby



	Dieťa 1	Dieťa 2	Dieťa 3
Priloženie k prsníku	nie	áno	nie
Zapájanie matky do starostlivosti	nie bála sa sa, že dieťaťu ublíži/edukovaná o starostlivosti o dieťa	áno /edukovaná o starostlivosti o dieťa	nie bála sa dieťaťa dotknúť
Prítomnosť rodičov	matka – prítomná 3 dni, potom požiadala o prepustenie	matka – prítomná počas celej hospitalizácie, otec - návšteva	matka- prítomná 4 dni
Prvky bazálnej stimulácie	nie	nie	klokankovanie, iniciálny dotyk
Hospitalizácia	12 dní	16deň	29 dní/prepustené do spádovej nemocnice

# Návrhy pre prax



- ✓ prehodnotiť lokálne štandardy ošetrovateľskej starostlivosti o dieťa s NAS;
- ✓ do starostlivosti o dieťa s NAS implementovať výsledky EBN zamerané na zvládnutie jednotlivých príznakov;
- ✓ vytvárať centrá ktoré tvorí multidisciplinárny tím zložený z lekárov gynekológov, pediatrov, pôrodných asistentiek, sestier, psychologov a sociálnych pracovníkov, ktoré budú zamerané na identifikáciu a edukáciu budúcich matiek z rizikových skupín;
- ✓ prostredníctvom e-health programu a seminárov pripraviť edukačné postupy pre matky/náhradných rodičov o následnej starostlivosti o dieťa s NAS.



## Záver

- ✓ poskytnúť bezpečnú a účinnú starostlivosť
- ✓ zabrániť vzniku komplikácií v dýchacom, nervovom, kardiovaskulárnom a vylučovacom systéme organizmu
- ✓ udržiavať adekvátnu výživu
- ✓ podporovať väzbu novorodenec - rodič



# Ďakujem za pozornosť



[www.ku.sk](http://www.ku.sk)

[helena.kaducakova@ku.sk](mailto:helena.kaducakova@ku.sk)

19.2.2021





*Wybrane aspekty funkcjonowania rodzin/opiekunów osób przewlekle chorych przebywających w warunkach domowych.*

*Selected aspects of the functioning of families / carers of chronically ill people staying at home*

**DR N. MED. OLGA BIELAN**

**LIC. PIEL. AGNIESZKA NAPIERALSKA**

OLGA.BIELAN@UWM.EDU.PL

AGNIESZKA.NAPIERALSKA@STUDENT.UWM.EDU.PL

KATEDRA PIEŁĘGNIARSTWA

OLSZTYN, 19.02.2021

# *Wprowadzenie*

Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia rodzina zabezpiecza 75% działań w zakresie zdrowia; w sytuacji niepełnosprawności ten zakres rośnie i wynosi 86% (Kawczyńska-Butrym 1995).

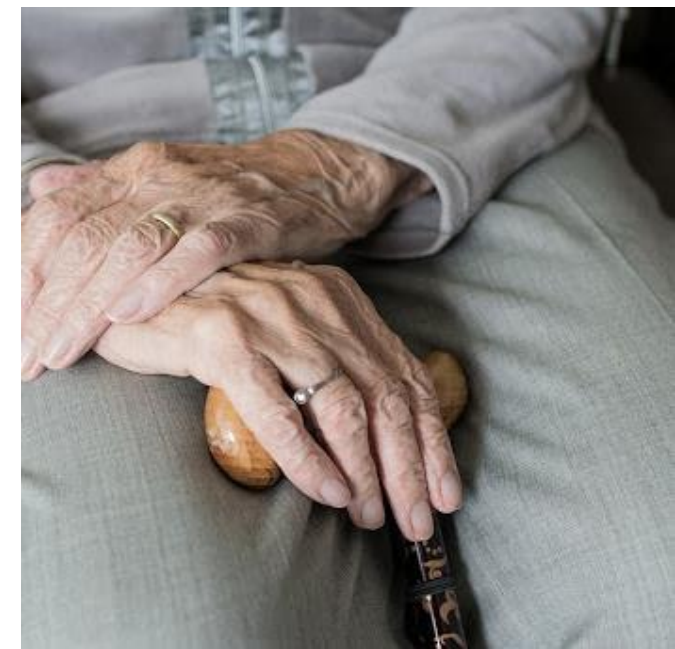
Dostrzeżenie znaczenia rodziny wiąże się z nową koncepcją zdrowia i uznaniem dominującej roli czynników pozamedycznych w kształtowaniu zdrowia.

Normy społeczne zobowiązują rodzinę do zapewnienia bytu i opieki tym członkom rodziny, którzy ze względu na wiek lub stan zdrowia nie są w stanie sami zaspokoić swoich potrzeb samodzielnie.

W sytuacji choroby rodzina stanowi podstawowe środowisko, w którym przebywa chory. Rodzina:

- tworzy fizyczną przestrzeń i warunki odpowiednie dla chorego i sytuacji chorowania,
- kontroluje przebieg choroby, obserwuje objawy, stawia pierwszą diagnozę, wykonuje proste czynności pielęgnacyjno-lecznicze, nadzoruje zachowanie chorego, realizuje zalecenia profesjonalistów,
- jest łącznikiem między chorym a światem zewnętrznym,
- daje wsparcie socjalne i emocjonalne.

*Cel :poznanie  
wybranych aspektów  
funkcjonowania rodzin  
osób przewlekle  
chorych  
przebywających w  
domu.*



A large, irregular pink brushstroke graphic on the left side of the slide, containing the title text.

## *Material i metody*

Grupę badanych stanowiło 426 osób dorosłych będących opiekunami przewlekle chorych w domu. Uczestniczyli oni w badaniu dobrowolnie w okresie od 11.02.2020 do 14.02.2021, poprzez wypełnienie autorskiego formularza ankietowego umieszczonego w formie online na grupach wsparcia dla osób opiekujących się osobą chorą w domu w mediach społecznościowych. Badanie przeprowadzono za pomocą metody sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety, w którym wykorzystano: Skalę Uogólnionej Własnej Skuteczności-GSES oraz Wielowymiarową Skalę Spostrzegania Wsparcia Społecznego w polskiej wersji adaptacyjnej K.Buszmana, H. Przybyły-Basisty.

# *Dane socjodemograficzne*

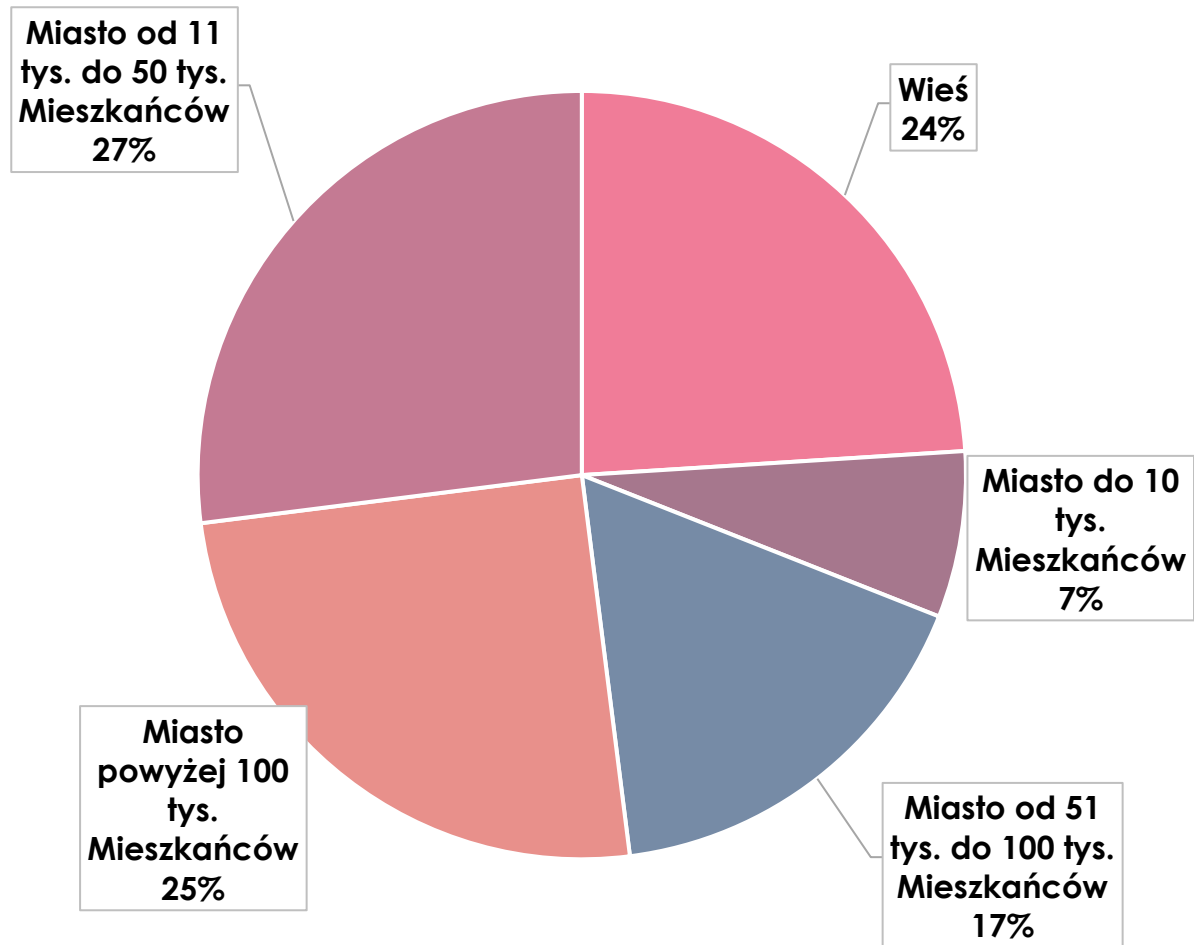
Grupę badanych w **84%** stanowiły kobiety( **M 16%**). Największą grupę stanowiły osoby w wieku 31-60r.ż (72%) w tym, z wykształceniem wyższym **47%** oraz średnim **35%**. Badaną grupę stanowiły osoby zamieszkujące zarówno wieś jak i miasta o różnym stopniu zasiedlenia.(wyk.1).

Badani byli najczęściej spokrewnieni: z osobą, którą się opiekowali był rodzic(**44%**),mąż lub żona(**24%**)oraz dziecko (**15%**) (wyk.2).Zdecydowana większość badanych opiekuje się swoim bliskim w warunkach domowych od ponad dwóch lat(**55%**) (wyk. 3)i sprawuje całodobowa opiekę nad nimi(**47%**). (wyk. 4).W opiece nad chorym członkiem rodziny pomagają badanym najczęściej mąż lub żona(**17%**),rodzic lub rodzice(**17%**),rodzeństwo (**13%**). **36%** badanych sprawuje opiekę samodzielnie.(wyk.5)

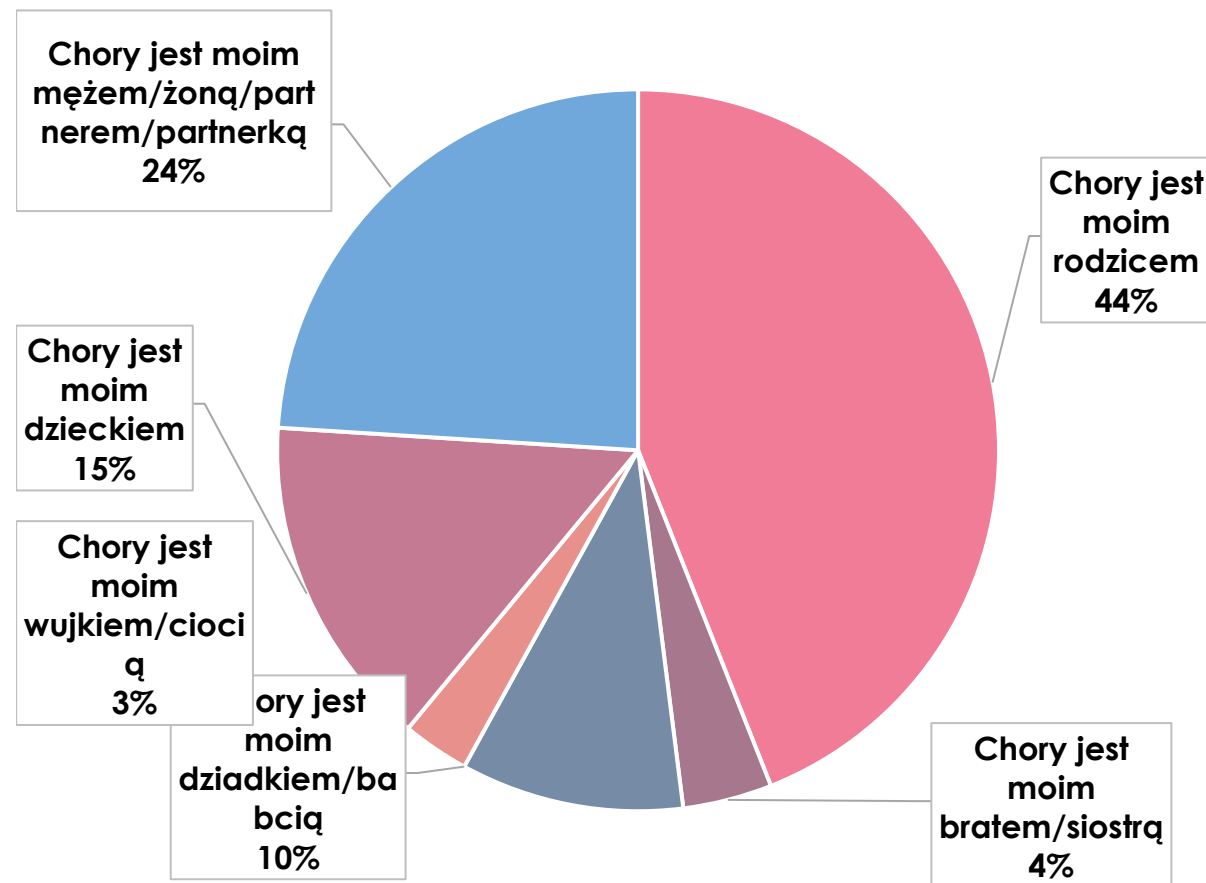


# Wykresy 1 i 2

## Miejsce zamieszkania

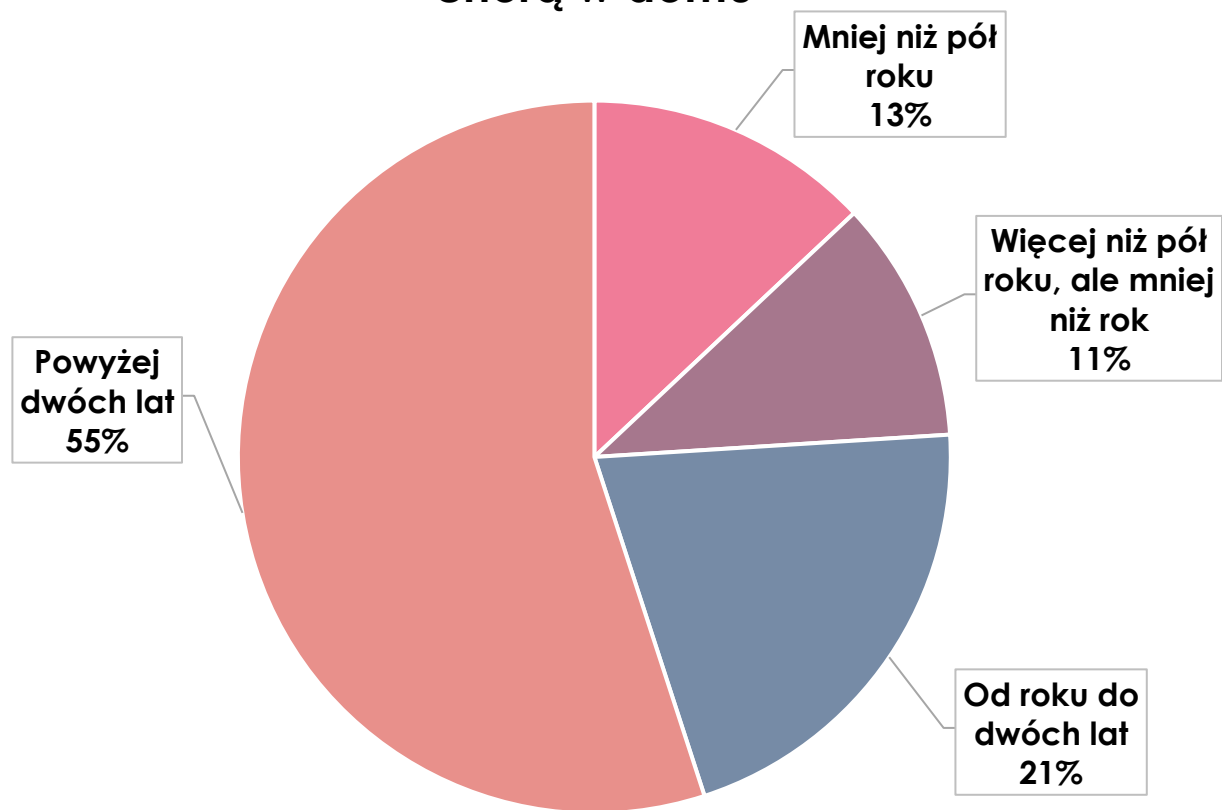


## Pokrewieństwo opiekuna i chorego

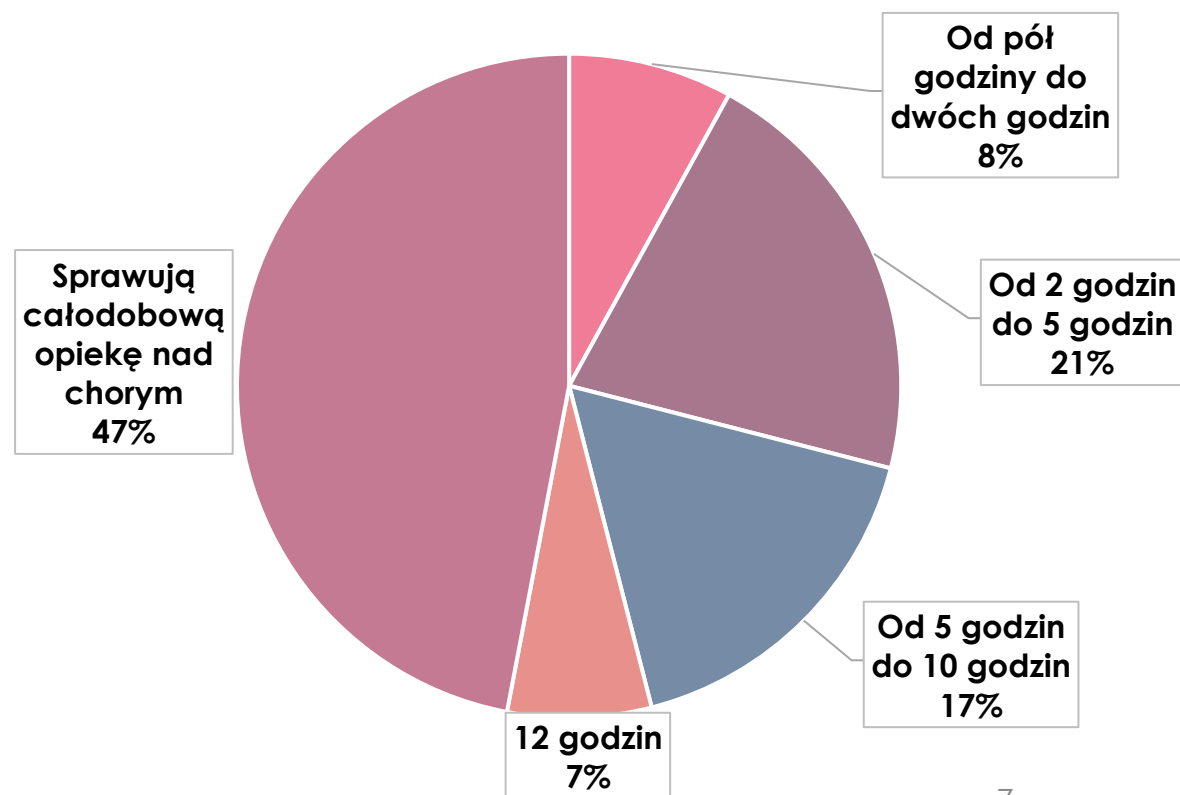


# Wykresy 3 i 4

Od jak dawna badani opiekują się osobą chorą w domu

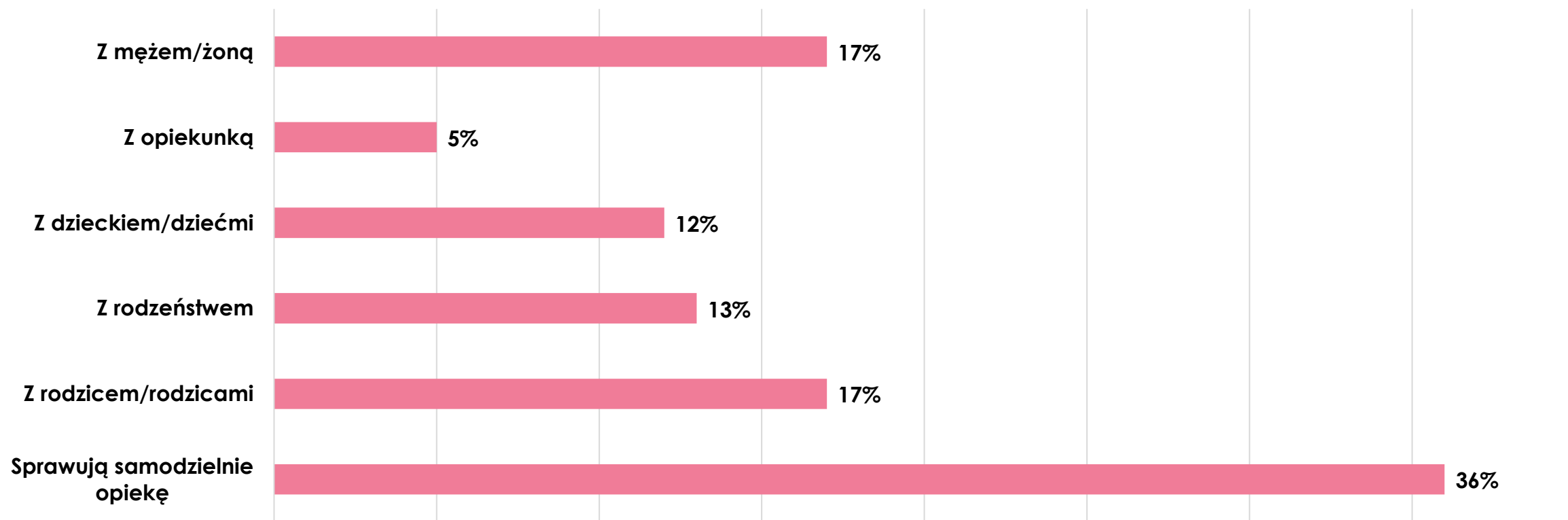


Czas jaki badani poświęcają w ciągu dnia na opiekę nad chorym członkiem rodziny w domu



# Wykres 5

## Z kim badani dzielą obowiązki w opiece nad chorym



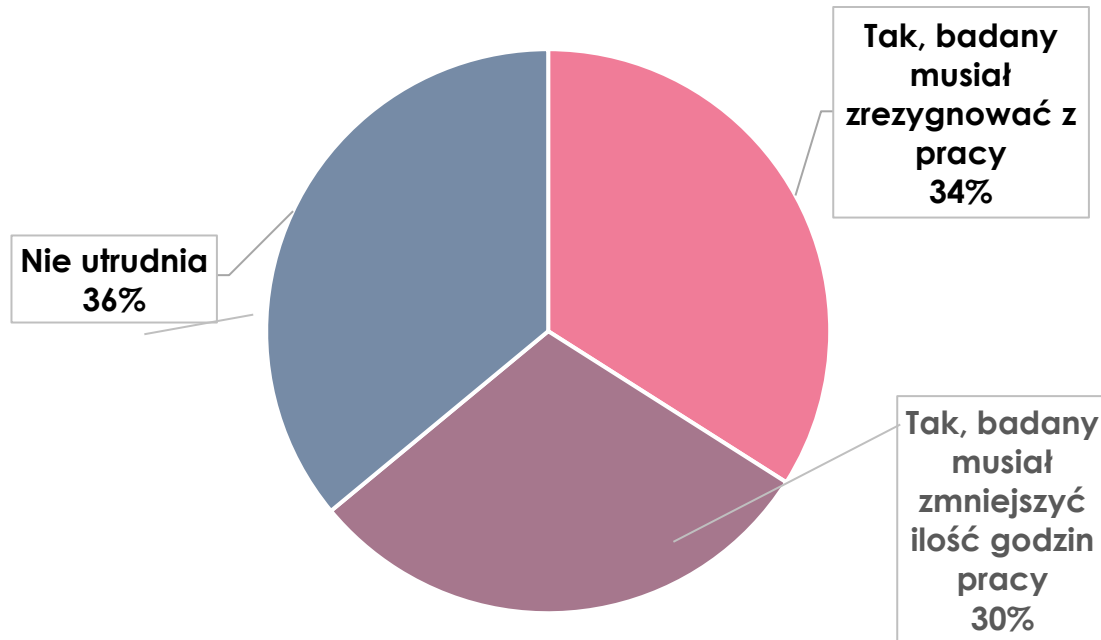
# *Jakość życia opiekunów*

Większość badanych przyznaje, że opieka nad chorym członkiem rodziny w znaczący sposób utrudnia im wykonywanie obowiązków zawodowych:

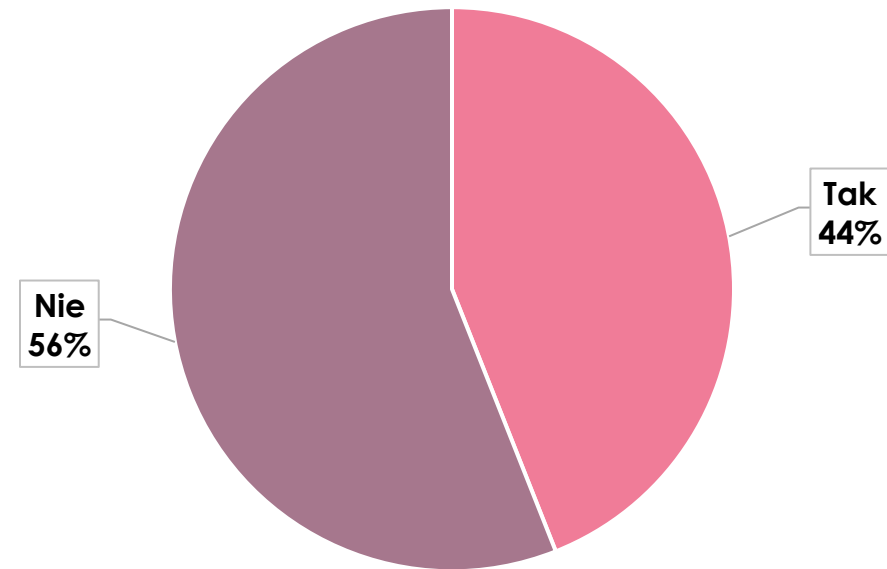
- ✓ **34%** badanych musiało zrezygnować z pracy zawodowej a **30%** zminimalizować czas własnej pracy zawodowej.(wyk.6)
- ✓ Ponad połowa badanych przyznała **(56%)**, że poza opieką nad chorym, nie ma czasu na życie prywatne i odpoczynek!!!!(wyk.7)
- ✓ **Opieka nad osoba chora jest obciążeniem psychicznym dla 85% badanych a obciążeniem fizycznym dla 83% badanych.(wyk. 8 i 9)**

# Wykresy 6 i 7

**Czy opieka nad chorym w domu utrudnia  
badanym wykonywanie obowiązków  
zawodowych?**

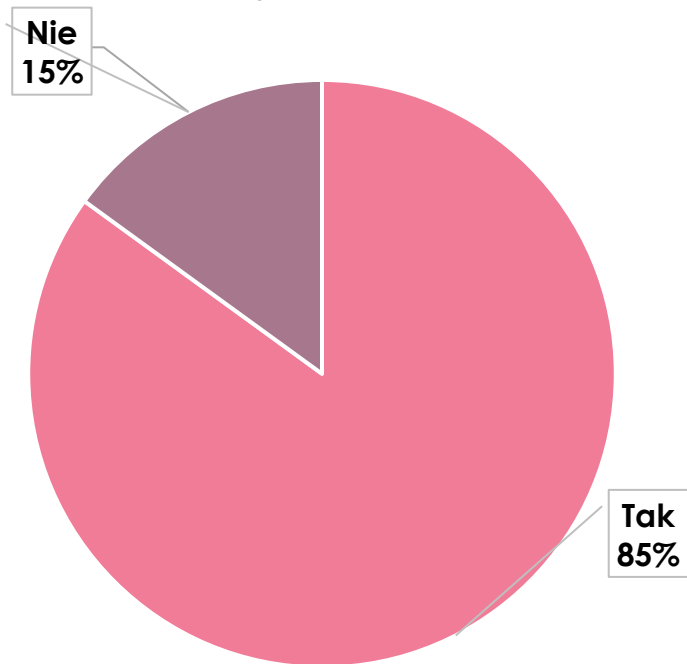


**Czy poza opieką nad osobą chorą,  
badani mają czas na odpoczynek i  
życie prywatne**

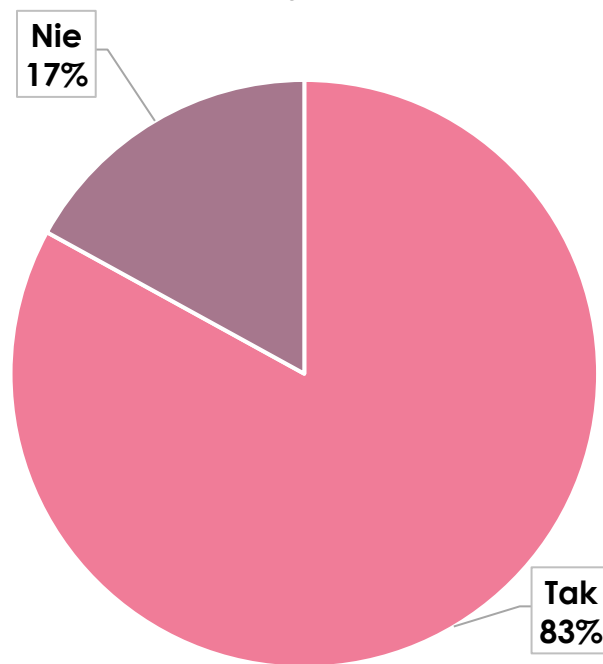


# Wykresy 8 i 9

Czy opieka nad osobą chorą jest dla badanych obciążeniem psychicznym?



Czy opieka nad osobą chorą jest dla badanych obciążeniem fizycznym





# *Charakterystyka chorego*

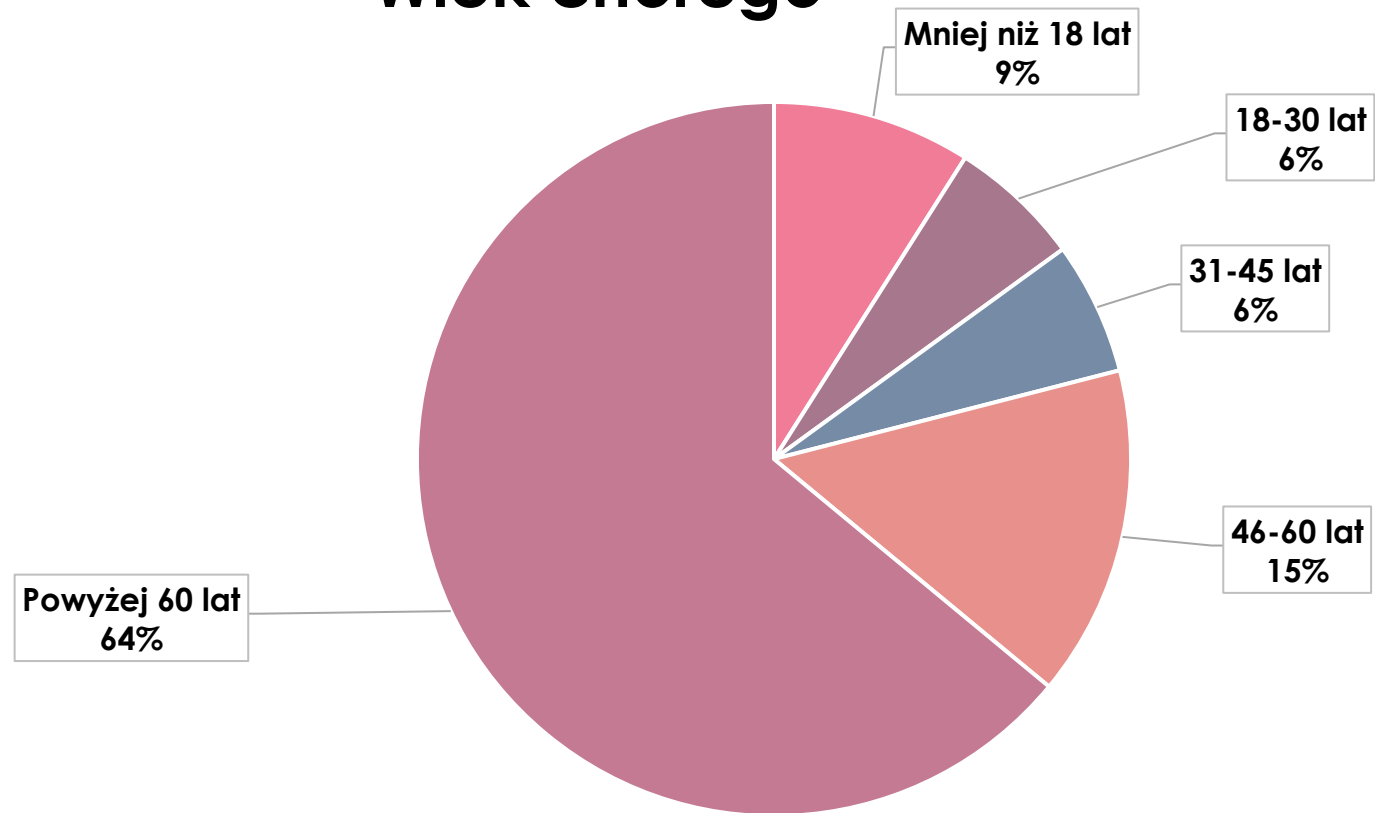
Osobami wymagającymi opieki badanych są w zdecydowanej większości osoby powyżej 60r.ż(**64%**)(wyk.10).Najczęściej podawaną przyczyną niepełnosprawności były (wyk.11):

- Choroba nowotworowa(**30%**),
- Wypadek komunikacyjny(**17%**),
- Choroba Alzheimera(**16%**),
- Udar niedokrwienny (**15%**).

Wśród chorych, aż **77%** była niezdolna do wykonywania obowiązków życia codziennego i wymagała całkowitej opieki w różnych sferach życia.(wyk.12)

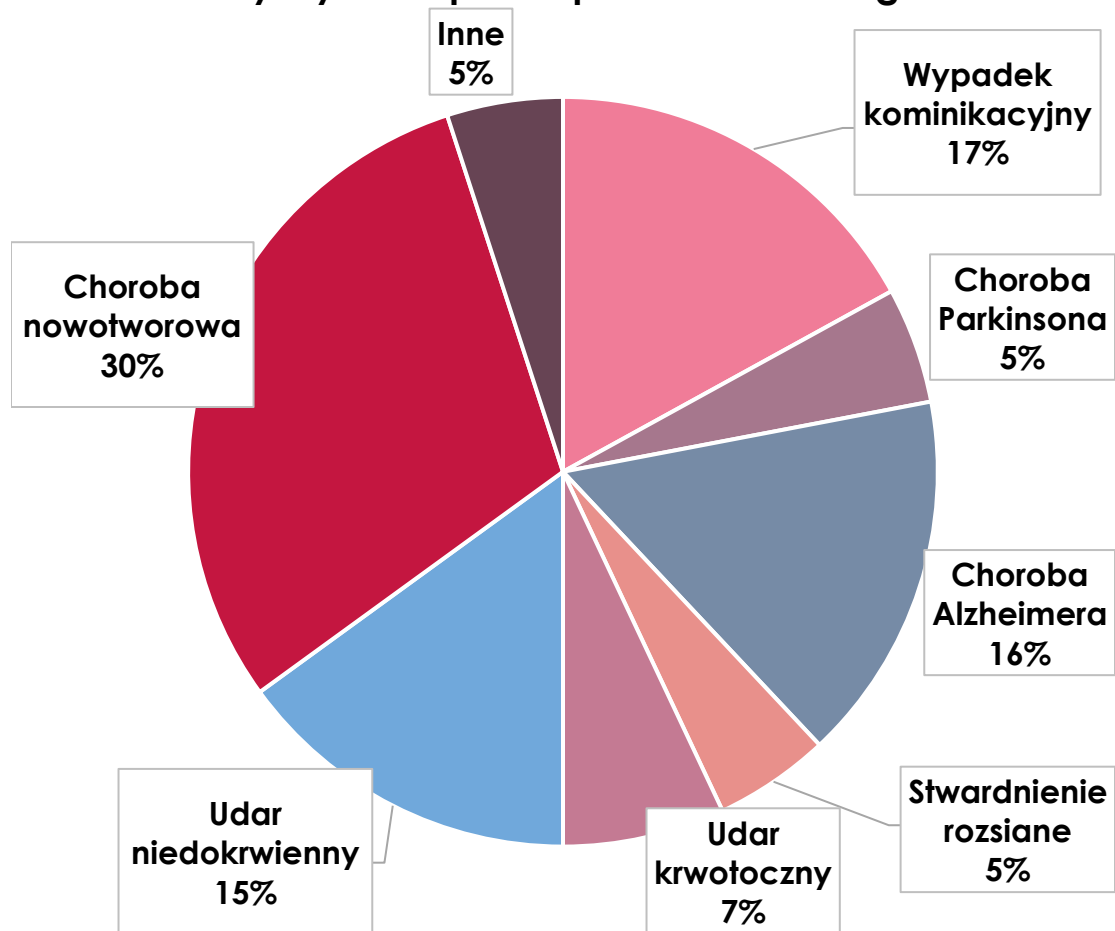
# Wykres 10

## Wiek chorego

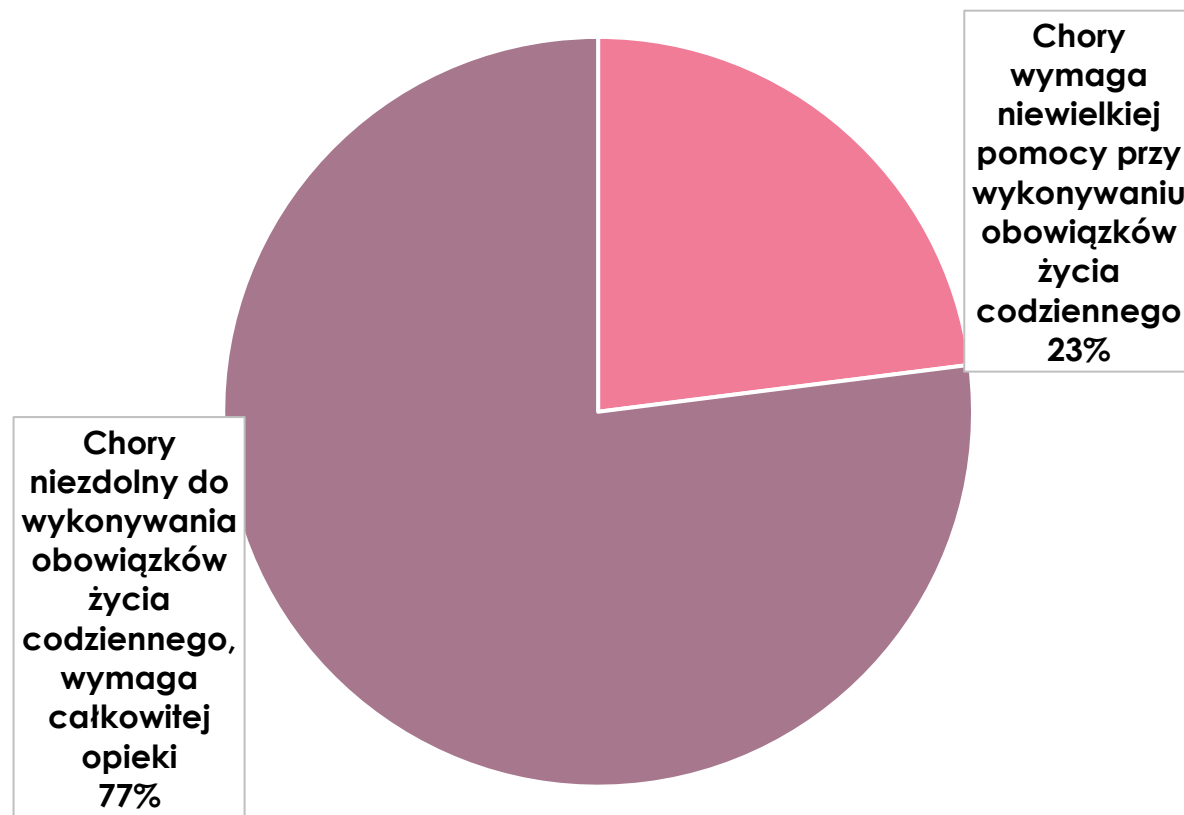


# Wykresy 11 i 12

Przyczyna niepełnosprawności chorego



Stopień samodzielności chorego



## ***Problemy opieki (wyk.13)***

W opiece domowej najwięcej problemów badanym sprawiają :

- Nietrzymanie moczu i stolca i opieka z tym związana**(75%)**,
- Kąpiel chorego w łóżku**(57%)**,
- Przemieszczanie chorego**(56%)**,
- Zaburzenia połykania i problemy z karmieniem**(50%)**,
- Zmiana pozycji ułożeniowej**(46%)**

# *Problemy opieki w czasie pandemii i ich skutki*

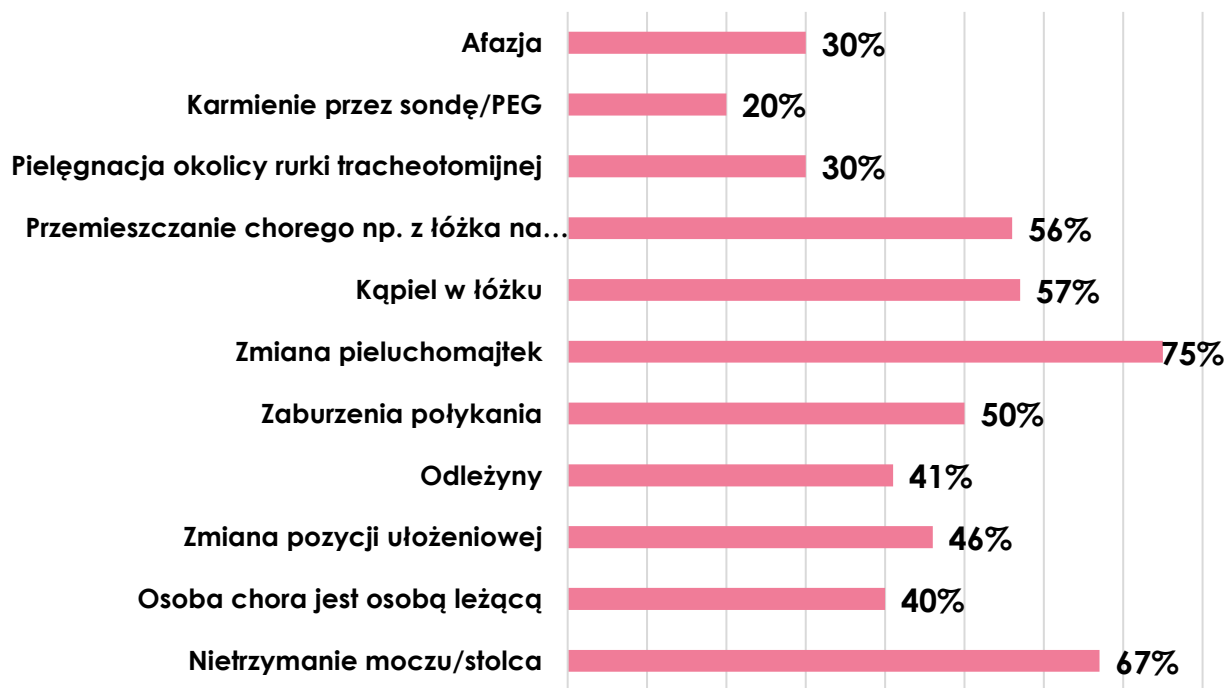
W okresie trwania pandemii badani zwracali uwagę na rosnące problemy związane z : (wyk.14)

- Utrudnionym dostępem do lekarza rodzinnego(**77%**),
- Utrudnionym dostępem do opieki pielęgniarskiej(**67%**),
- Utrudnionym dostępem do lekarza specjalisty (**55%**),
- Brakiem możliwości realizacji lekarskich wizyt domowych(**50%**).

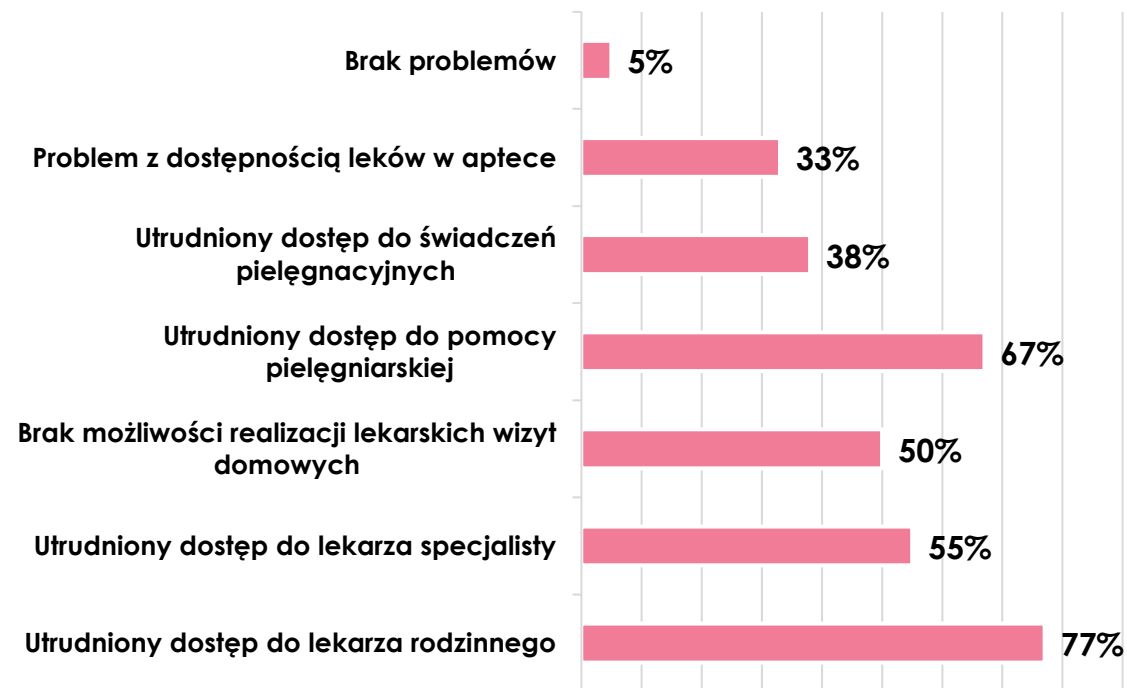
Wymienione problemy w odczuciu badanych przyczyniły się do: pogorszenia stanu zdrowia osób objętych opieką w domu w **50%** przypadków, pogłębienia niepełnosprawności **30%**, przerwy w leczeniu onkologicznym **20%** oraz w **15%** do zgonu chorego(wyk.15).

# Wykresy 13 i 14

## Problemy w opiece nad osobą chorą, sprawiające trudność badanym



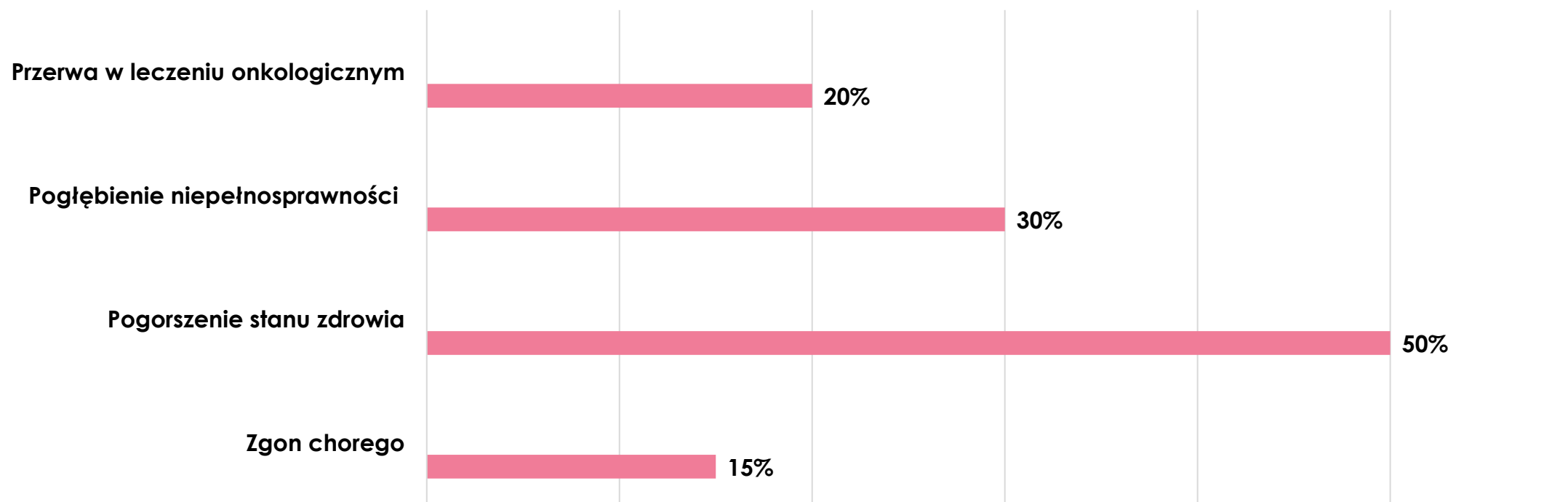
## Problemy w opiece nad osobą chorą podczas pandemii COVID-19





# Wykres 15

Wpływ problemów w opiece nad osobą chorą podczas pandemii COVID-19 na jej stan zdrowia



# *Oczekiwane i otrzymywane wsparcie*

Badani oczekują następującej pomocy w opiece: (wyk.16)

- Nad chorym w domu **74%**,
- Pielęgniarskiej opieki domowej **67%**
- Instruktaży /wskazówek dotyczących opieki nad chorym w domu **59%**,
- Rehabilitacji **46%**.

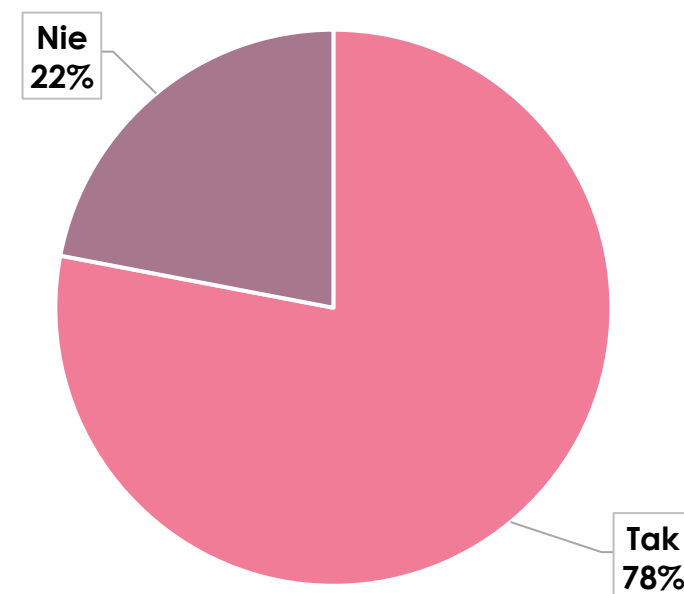
Większość badanych zauważała, że w okresie przed pandemią mogła liczyć na wizyty domowe: lekarza ,pielęgniarki lub fizjoterapeuty(**78%**)(wyk.17). Wśród badanych aż **53%** korzysta z możliwych grup wsparcia w mediach społecznościowych (wyk.18), a **82%** samodzielnie poszukuje informacji dotyczących opieki nad przewlekle chorym w domu. (wyk.19)

# Wykresy 16 i 17

Jakiej pomocy oczekują badani w zakresie opieki nad chorym w domu

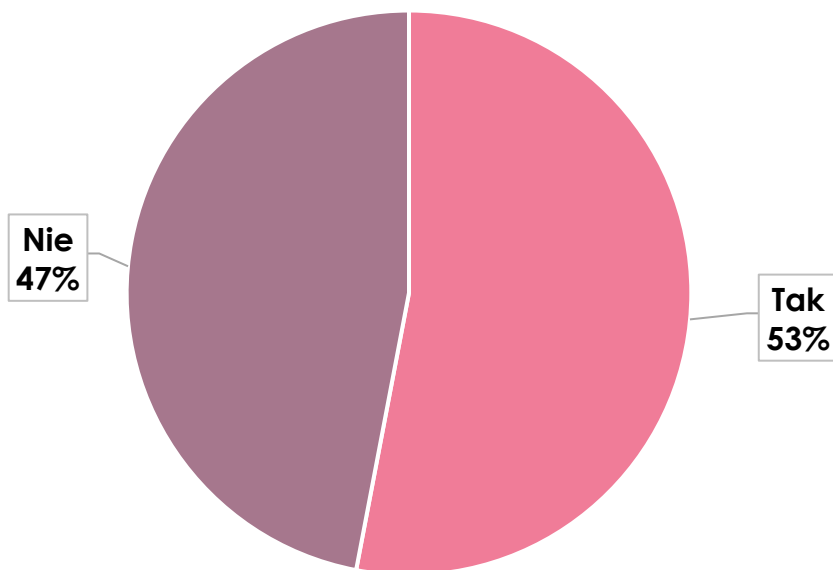


Czy w miejscu zamieszkania osób badanych istnieje możliwość domowych wizyt lekarza, pielęgniarki lub fizjoterapeuty?

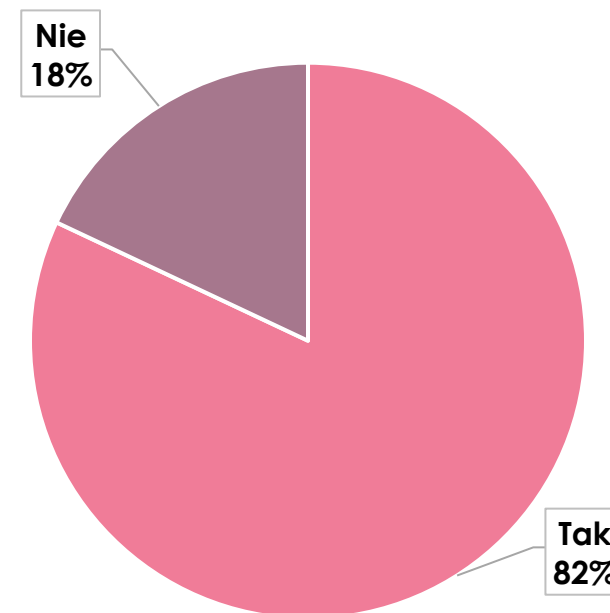


# Wykresy 17 i 18

Czy badani korzystają z grup wsparcia w mediach społecznościowych dla osób opiekujących się przewlekle chorymi w domu?



Czy badani szukają informacji/wskazówek odnośnie opieki nad osobą przewlekle chorą w domu?

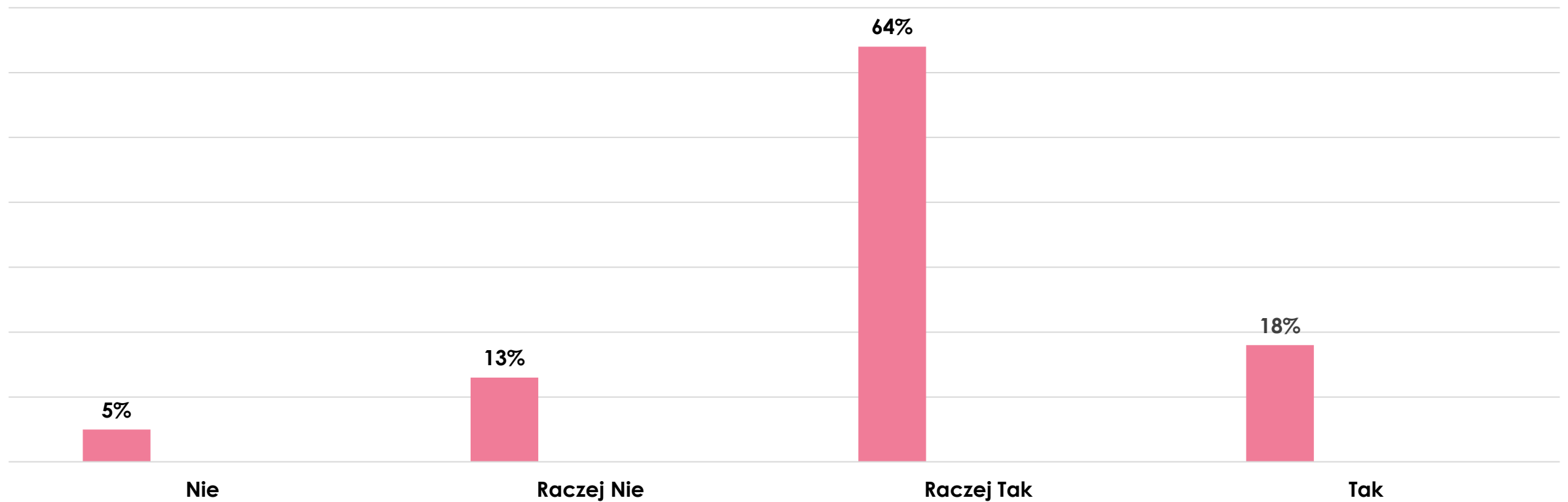


# *Ocena własnej skuteczności dotycząca badanych*

- Badani wypełniali kwestionariusz zawierający Skalę Uogólnionej Własnej Skuteczności-GSES odpowiadając na dziewięć pytań dotyczących radzenia sobie z problemami, trudnościami i nieprzewidzianymi sytuacjami ponad **80%** badanych ocenia własną skuteczność bardzo wysoko odpowiadając na pytania „raczej tak” lub „tak” (wyk20).

## Wykres 20

Zawsze jestem w stanie rozwiązać trudne problemy, jeśli tylko wystarczająco się postaram



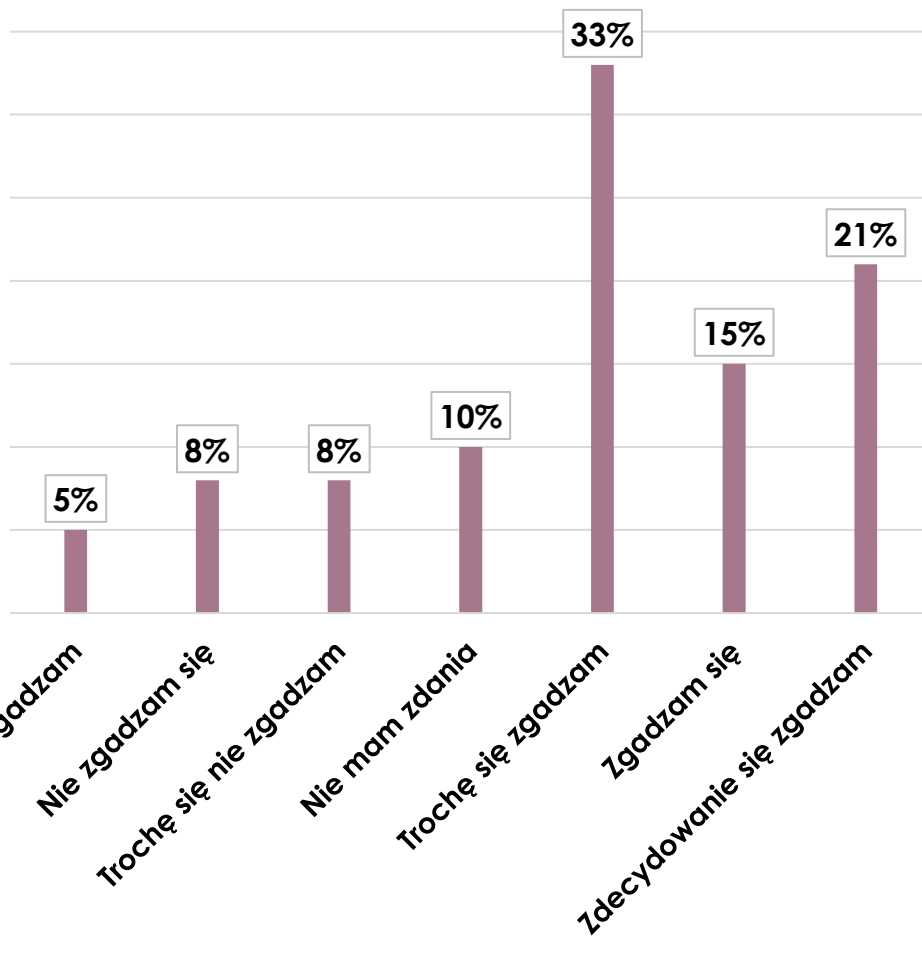


# *Wielowymiarowe postrzeganie wsparcia społecznego*

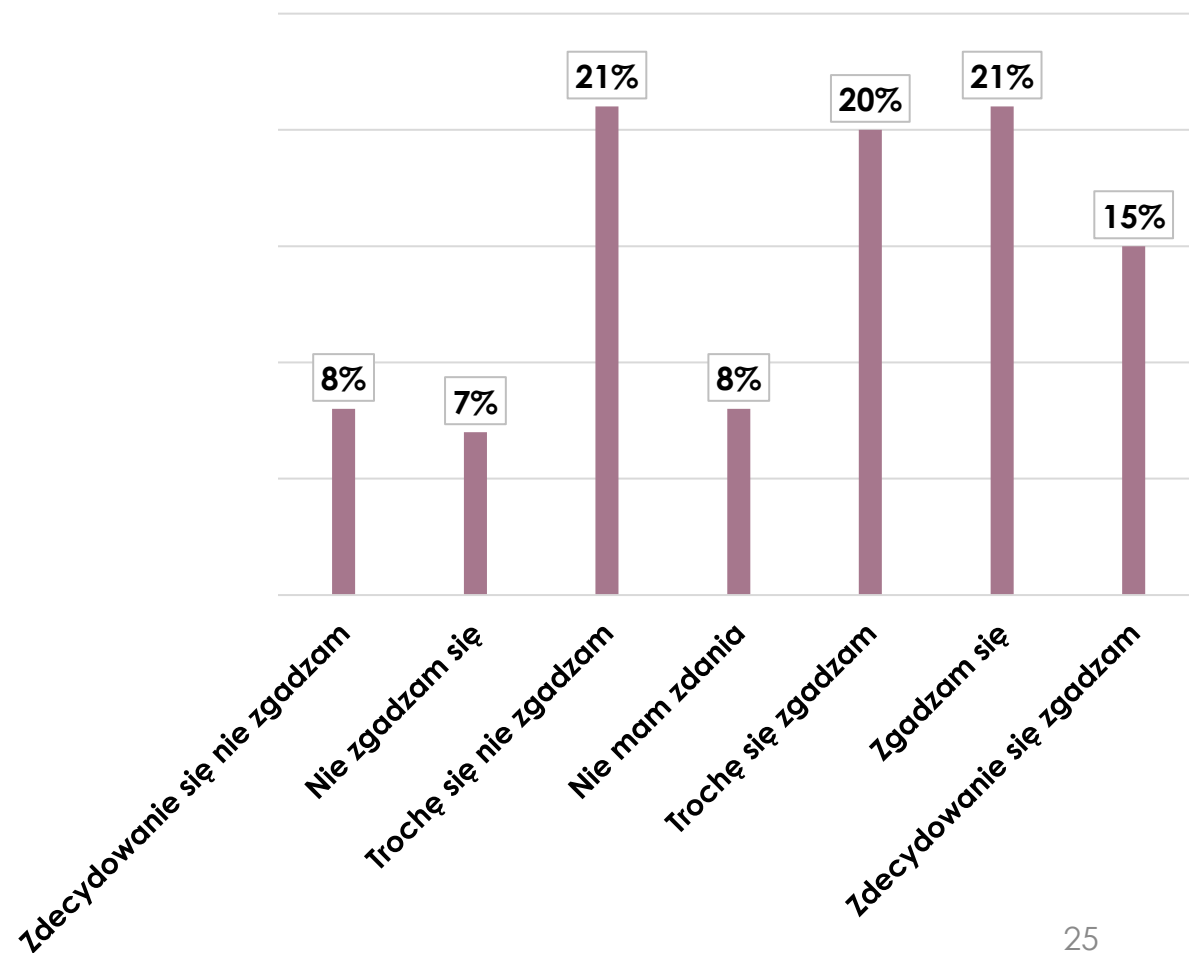
- W pytaniach dotyczących wymiarów wsparcia w Wielowymiarowej Skali Spostrzeganego Wsparcia Społecznego w polskiej wersji adaptacyjnej K. Buszmana, H. Przybyły-Basisty, badania zdecydowanie potwierdzają wsparcie rodziny i bliskich w zakresie opieki oraz o ok. **50%** mniejsze wsparcie ze strony innych ludzi np. przyjaciół, sąsiadów itp. (wyk.21 i 22)

# Wykresy 21 i 22

Moja rodzina naprawdę stara się mi pomóc



Moi przyjaciele naprawdę starają się mi pomóc

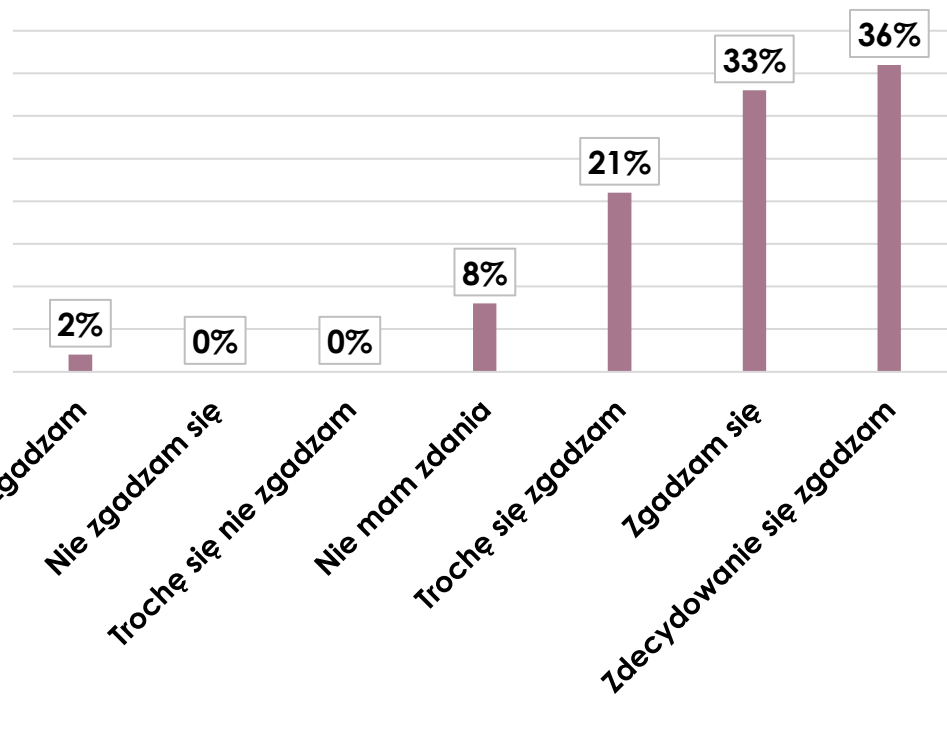


# *Wielowymiarowe oczekiwania wobec wsparcia społecznego*

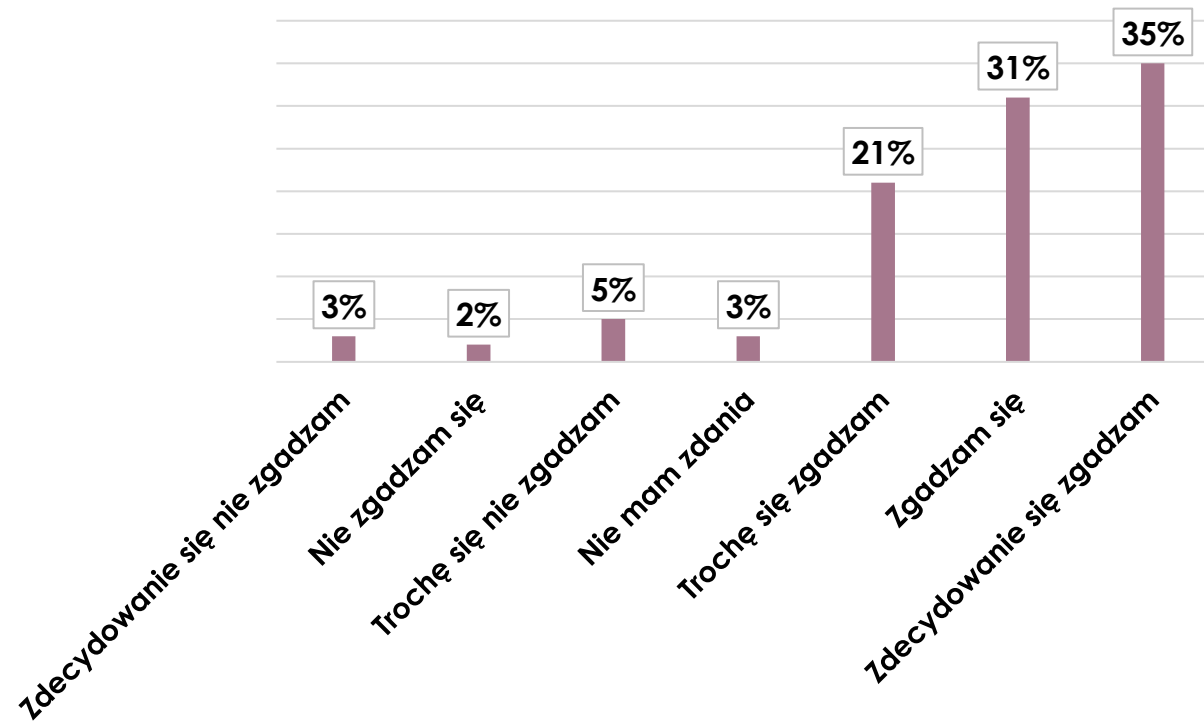
- W odpowiedziach udzielonych wg. Skali Wielowymiarowego Oczekiwanego Wsparcia Społecznego, badani zdecydowanie zwracają uwagę na potrzebę zainteresowania się ich problemami przez rodzinę i przyjaciół. Jak mówią.....”chcieliby móc rozmawiać z rodziną o swoich problemach „... a z przyjaciółmi dzielić swoje radości i smutki.... .” (wyk.23 i 24)
- Aż **95%** badanych potrzebuje osoby ,która zatroszczyłaby się o ich uczucia i byłby dla nich także prawdziwym źródłem pociechy i wsparcia(wyk. 25 i 26).

# Wykresy 23 i 24

Chciałbym/chciałabym móc rozmawiać z rodziną o swoich problemach

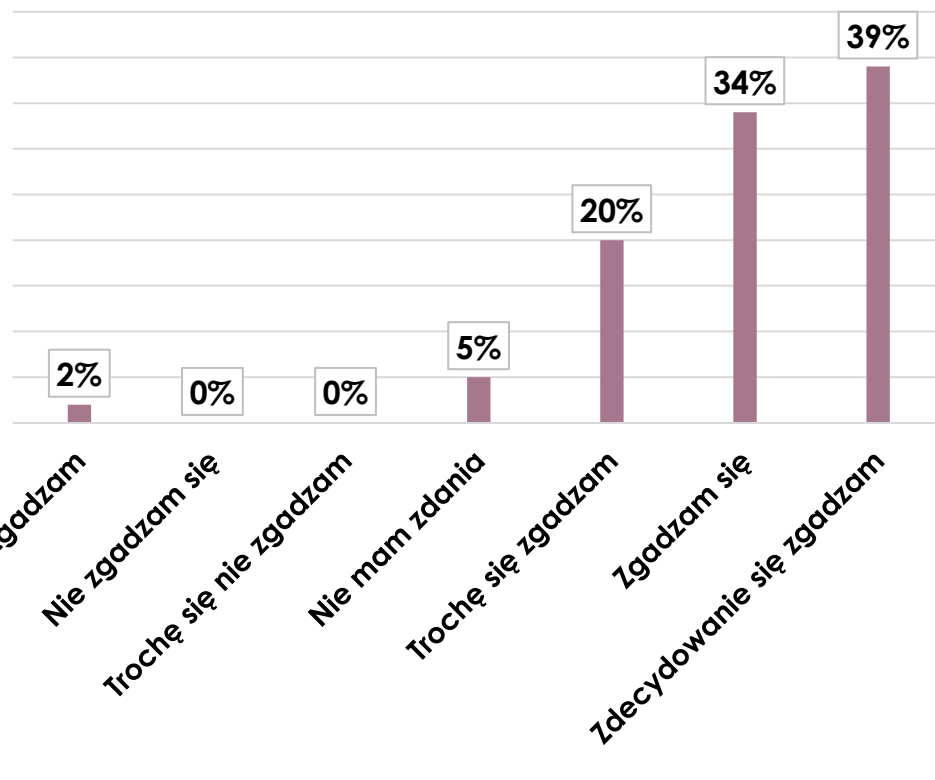


Chciałbym/chciałabym mieć przyjaciół z którymi mogę dzielić swoje radości i smutki

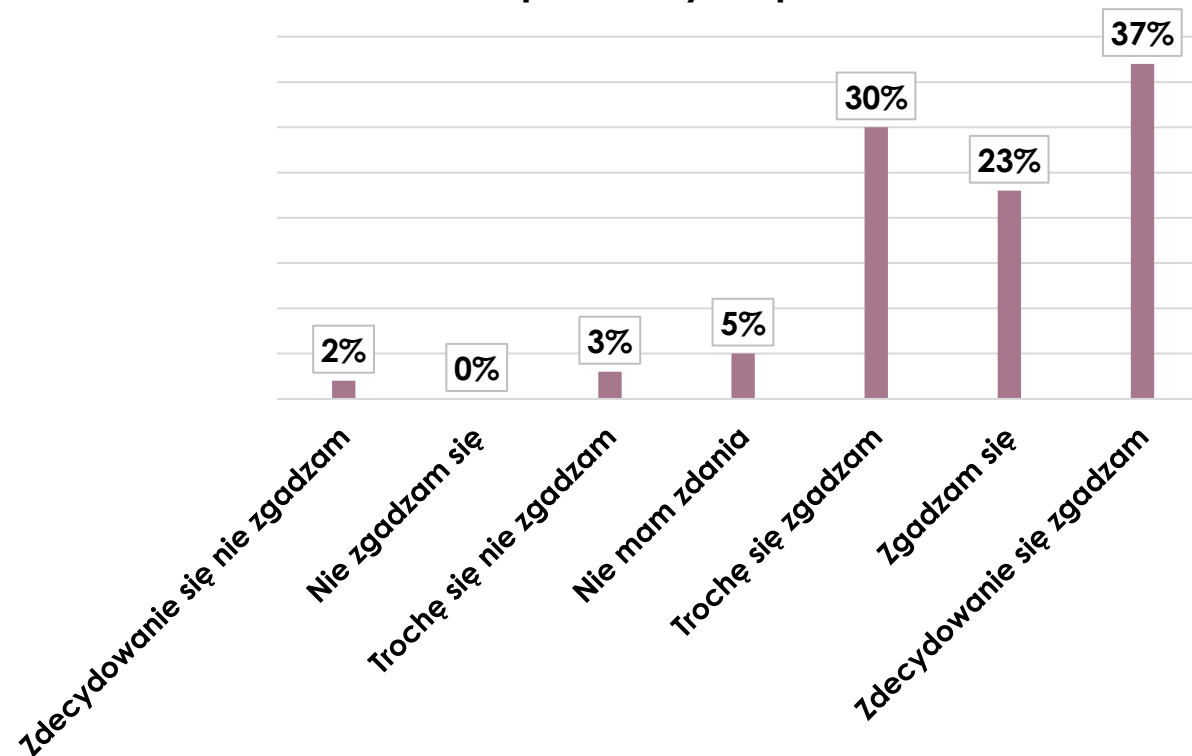


# Wykresy 25 i 26

Chciałbym/chciałabym mieć w życiu pewną osobę, która troszczyłaby się o moje uczucia



Chciałbym/chciałabym mieć pewną szczególną osobę, która byłaby dla mnie prawdziwym źródłem pociechy/wsparcia



# *Wnioski*

## 1. Badani opiekunowie:

- potwierdzają potrzebę wsparcia społecznego,
- są zmęczeni psychicznie i fizycznie,
- poszukują informacji dotyczących opieki wykorzystując do tego celu media społecznościowe,
- sprawują niejednokrotnie całodobową opiekę na chorym w domu bez pomocy osób trzecich,
- potrzebują wsparcia w zakresie problemów codziennej opieki,
- oceniają własną skuteczność w opiece nad chorym bardzo wysoko,

2. Badania potwierdzają, że otrzymywane wsparcie w opiece nad chorymi w domu nie zaspakaja oczekiwań i rzeczywistych potrzeb opiekunów zarówno przed pandemią jak i w trakcie jej trwania.



**Strategia na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami na lata 2021-2030  
została przyjęta przez Radę Ministrów dn.16.02.2021r..**



Daj Panie zdolność czyichś nieszczęść  
przeżywania.

Daj wiarę w skuteczny sposób współodczuwania.

Daj siłę i mądrość z dystansu to wszystko oglądać.

Nie pozwól aby serce moje zimnym się stało.

Nie pozwól bym w swej pracy widziała tylko ciało.

*Modlitwa pielęgniarki*

*U. Krzyżanowska-Łagowska*

# *Zespół*



**Olga Bielan**

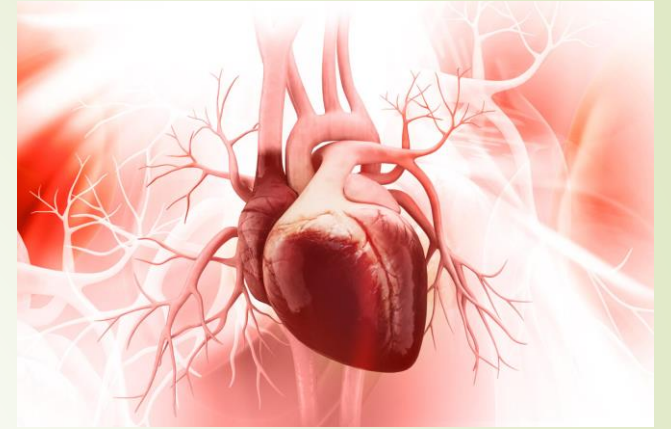
Dr n.med.



**Agnieszka Napieralska**

Lic.piel.


Dziękujemy za uwagę!



# Kvalita života pacientov s ischemickou chorobou srdca

Marcela Ižová, Erika Krištofíková

19.2.2021

- 
- Po diagnostikovaní ICHS nastáva u pacienta celý rad nevyhnutných zmien.
  - Kvalita života sa mení a je potrebné, aby sa tomu pacient prispôbil.
  - Sestra má za úlohu, čiastočným spôsobom túto zmenu riadiť. Hodnotí za pomoci škál zmeny v sebestačnosti pacienta, poskytuje pacientovi priestor na vyjadrenie citových problémov, či komunikuje s rodinou a priateľmi. Kvalita života je koncept, cez ktorý je sestra schopná posúdiť všetky tieto oblasti na začiatku ochorenia, aj po dlhšom období.

# Prieskum




- zistiť vplyv ICHS na kvalitu života pacienta vo fyzickej oblasti,
- zistiť vplyv ICHS na kvalitu života pacienta v psychickej oblasti,
- zistiť vplyv ICHS na kvalitu života pacienta v sociálnej oblasti.



# Charakteristika prieskumnej vzorky, realizácia, metodológia

- 71 respondentov
- a) klinika vnútorného lekárstva v Ústrednej vojenskej nemocnici SNP Ružomberok - FN
- b) doliečovacie oddelenie v Ústrednej vojenskej nemocnici SNP Ružomberok - FN,
- c) na interných oddeleniach a oddeleniach pre dlhodobo chorých v Kysuckej nemocnici s poliklinikou v Čadci.
- Základným kritériom - diagnostikovanie ICHS.
- Štandardizovaný dotazník - SF- 36v2 Health Survey Standard, Slovakia (Slovak)



- 
- 12/2019 – 01/2020
  - V oboch nemocniciach bolo poskytnutých spolu 100 dotazníkov. Návratnosť bola 83, čiže 83,0%.
  - Jedným z kritérií pre zaradenie do hodnotenie bolo kompletne vyplnenie dotazníka, čím množstvo vyhodnotených dotazníkov z pôvodných 100 kleslo o ďalších 12,0%. Konečný počet dotazníkov zaradených do prieskumu bol 71.

# Demografické údaje

## Vek respondentov

Možnosť odpovede	Absolútna početnosť [n]	Relatívna početnosť [%]
Menej ako 30	0	0,0%
30 - 49 rokov	3	4,2%
50 - 59 rokov	10	14,1%
60 - 69 rokov	19	26,8%
Viac než 70 rokov	39	54,9%
<b>Spolu</b>	<b>71</b>	<b>100,0%</b>



## Pohlavie respondentov

Možnosť odpovede	Absolútna početnosť [n]	Relatívna početnosť [%]
Muž	25	35,2%
Žena	46	64,8%
Spolu	71	100,0%

## Dĺžka trvania ochorenia

Možnosť odpovede	Absolútna početnosť [n]	Relatívna početnosť [%]
Len teraz mi ju diagnostikovali	7	9,9%
Menej ako 1 rok	9	12,7%
2 - 5 rokov	13	18,3%
6 - 10 rokov	15	21,1%
Viac než 10 rokov	27	38,0%
<b>Spolu</b>	<b>71</b>	<b>100,0%</b>

→ „Následkom involučných zmien a obmedzení, súvisiacich s chorobami sa často mení schopnosť vykonávať základné aktivity denného života. Rozhodujúcim faktorom je miera obmedzenia pohyblivosti, ktorá spôsobuje čiastočnú alebo úplnú stratu sebestačnosti.“ (Hudáková a kol. 2018, s. 62).

# Interpretácia výsledkov

- **Otázka č.1 Vo všeobecnosti by ste povedali, že Váš zdravotný stav je?**

Možnosť odpovede	Absolútna početnosť [n]	Relatívna početnosť [%]
Vynikajúci	7	9,9%
Veľmi dobrý	9	12,7%
Dobrý	16	22,5%
Obstojný	29	40,8%
Zlý	10	14,1%
Spolu	71	100,0%

**Otázka 2 Obmedzuje Vás teraz Váš zdravotný stav v týchto činnostiach? Ak áno, do akej miery? (podotázka – každá má svoju dominanciu)**

Podotázky	Áno, veľmi obmedzuje [n (%)]	Áno, trochu obmedzuje [n (%)]	Nie, úplne neobmedzuje [n (%)]	Spolu [n (%)]
Náročné činnosti, ako je beh, zdvíhanie ťažkých predmetov, vytrvalostné športovanie	50 (70,4%)	17 (24,0%)	4 (5,6%)	71 (100,0%)
Mierne činnosti, ako je presúvanie stola, narábanie s vysávačom, hranie kolokov alebo práca v záhrade	35 (49,3%)	27 (38,0%)	9 (12,7%)	71 (100,0%)
Zdvíhanie alebo nosenie nákupov s potravinami	31 (45,7%)	26 (38,6%)	14 (15,7%)	71 (100,0%)
Zdolanie <u>niekoľkých</u> poschodí	33 (46,5%)	26 (36,6%)	12 (16,9%)	71 (100,0%)
Zdolanie <u>jedného</u> poschodia	26 (36,6%)	25 (35,2%)	20 (28,2%)	71 (100,0%)

Podotázky	Áno, veľmi obmedzuje [n (%)]	Áno, trochu obmedzuje [n (%)]	Nie, úplne neobmedzuje [n (%)]	Spolu [n (%)]
Zohýbanie, kľakanie, alebo predkláňanie	29 (40,9%)	27 (38,0%)	15 (21,1%)	71 (100,0%)
Prejdenie <u>viac ako jedného kilometra</u>	38 (53,5%)	27 (38,0%)	6 (8,5%)	71 (100,0%)
Prejdenie <u>niekoľko sto metrov</u>	27 (38,0%)	27 (38,0%)	17 (24,0%)	71 (100,0%)
Prejdenie <u>sto metrov</u>	23 (32,4%)	26 (36,6%)	22 (31,0%)	71 (100,0%)
Kúpanie, alebo obliekanie sa	18 (25,4%)	29 (40,9%)	24 (33,7%)	71 (100,0%)

- Výsledky týmto potvrdzujú, že akékoľvek činnosti, ktoré vyžadujú väčšie úsilie, nie sú dobre tolerované. Toto tvrdenie potvrdzuje aj Džado (2018) podľa, ktorého patrí ICHS na štvrté miesto najčastejších príčin trvalej invalidity na Slovensku za rok 2017.



- Z prieskumu vyplýva, že ICHS zasahuje do aktivít denného života vo veľkej miere, ale obmedzenia sú podmienené vekom a dĺžkou trvania ochorenia.
- Nôtová (2008) uvádza, že k obmedzeniam typickým pre kardiovaskulárne ochorenia patrí „*predovšetkým zníženie fyzickej výkonnosti, nemožnosť vykonávať bežné životné činnosti v takom rozsahu a tempe ako v predchorobí*“ toto tvrdenie podporuje výsledky prieskumu práce.



### Otázka 3 Nakoľko Vaša telesná bolesť obmedzila Vašu prácu (vrátane práce v domácnosti i mimo nej) priebehu posledných 4 týždňov?



Možnosť odpovede	Absolútna početnosť [n]	Relatívna početnosť [%]
Vôbec	12	16,9%
Nepatrne	9	12,7%
Mierne	16	22,5%
Dost'	22	31,0%
Nesmierne	12	16,9%
<b>Spolu</b>	<b>71</b>	<b>100,0%</b>

- „Táto (ICHS) spôsobuje typickú bolesť na hrudníku (v čeľustiach, šiji, ramenách, horných končatinách), pri cvičení alebo emočnom strese a ustupuje v pokoji alebo po požití nitroglycerínu“ (Juhás 2007, s.510).
- „V klinickej praxi má význam monitorovať kvalitu života preto, aby sme mohli účinne zasiahnuť v prospech zlepšenia pri jej poklese u pacienta trpiaceho bolesťou“ (Nováková, Miženková 2010, s. 50).

**Otázka 4 V nasledujúcich otázkach sa pýtame, ako ste sa cítili a ako ste na tom boli v priebehu posledných 4 týždňov. Pri každej otázke uveďte prosím jednu odpoveď, ktorá najlepšie vystihuje ako ste sa cítili ...**

Podotázky	Stále [n (%)]	Skoro stále [n (%)]	Niekedy [n (%)]	Zriedka [n (%)]	Nikdy [n (%)]	Spolu [n (%)]
Cítili ste sa plný elánu?	0 (0,0%)	9 (12,7%)	18 (25,4%)	15 (21,1%)	29 (40,8%)	71 (100,0%)
Boli ste veľmi nervózny?	9 (12,7%)	15 (21,1%)	23 (32,4%)	16 (22,5%)	8 (11,3%)	71 (100,0%)
Cítili ste sa tak na dne, že Vás nič nemohlo rozveseliť?	6 (8,5%)	9 (12,7%)	14 (19,7%)	18 (25,4%)	24 (33,7%)	71 (100,0%)
Cítili ste sa kľudný a pokojný?	9 (12,7%)	15 (21,1%)	14 (19,7%)	27 (38,0%)	6 (8,5%)	71 (100,0%)

Podotázky	Stále [n (%)]	Skoro stále [n (%)]	Niekedy [n (%)]	Zriedka [n (%)]	Nikdy [n (%)]	Spolu [n (%)]
Boli ste plný energie?	5 (7,1%)	11 (15,5%)	17 (23,9%)	12 (16,9%)	26 (36,6%)	71 (100,0%)
Cítili ste sa skleslý a skľúčený?	7 (9,9%)	15 (21,1%)	26 (36,6%)	19 (26,8%)	4 (5,6%)	71 (100,0%)
Cítili ste sa vyčerpaný?	22 (31,0%)	18 (25,4%)	19 (26,8%)	10 (14,1%)	2 (2,7%)	71 (100,0%)
Boli ste šťastný?	5 (7,1%)	12 (16,9%)	29 (40,9%)	23 (32,4%)	2 (2,7%)	71 (100,0%)
Cítili ste sa unavený?	27 (38,0%)	18 (25,4%)	17 (23,9%)	9 (12,7%)	0 (0,0%)	71 (100,0%)

ENERGY



**Otázka č. 5 Ako často fyzické zdravie alebo citové problémy obmedzili Vaše spoločenské aktivity (ako návštevy priateľov, príbuzných a pod.) v priebehu posledných 4 týždňov?**


Možnosť odpovede	Absolútna početnosť [n]	Relatívna početnosť [%]
Stále	13	18,3%
Skoro stále	15	21,1%
Niekedy	21	29,6%
Zriedka	11	15,5%
Nikdy	11	15,5%
Spolu	71	100,0%

- Zacharová, Hermanová, Šrámková (2007, s. 42) tvrdia, že ochorenie „po kratšej, či dlhšej dobe obmedzuje človeka v jeho bežných zvyklostiach, znižuje výkon v povolani alebo ho priamo znemožňuje, často narušuje alebo mení medziľudské vzťahy“.

**Otázka č.6 Ako by ste hodnotili svoj terajší zdravotný stav v porovnaní so stavom pred rokom?**

Možnosť odpovede	Absolútna početnosť [n]	Relatívna početnosť [%]
Omnoho lepšie teraz, ako pred rokom	0	0,0%
Trochu lepšie teraz, ako pred rokom	13	18,3%
Asi rovnaký teraz, ako pred rokom	22	31,0%
Trochu horší teraz, ako pred rokom	27	38,0%
Omnoho horšie teraz, ako pred rokom	9	12,7%
<b>Spolu</b>	<b>71</b>	<b>100,0%</b>



- 
- ICHS patrí k progredujúcim ochoreniam, pacienta nezasahuje náhle, čiže je možné tento vývoj spomaliť.
  - Veľakrát je však toto ochorenie podceňované od samotného začiatku nedostatkom pohybu, vplyvom stresu a zlej životosprávy. Bohužiaľ tento spôsob života v súčasnej populácii narastá.
  - Pacientom ICHS vstupuje do kvality života a ovplyvňuje všetky jej oblasti. Tieto obmedzenia následne zasahujú do denného režimu pacienta a tým zhoršujú kvalitu života. Úlohou sestry je pomáhať pacientovi v adaptácii na zmeny, ktoré nastanú.



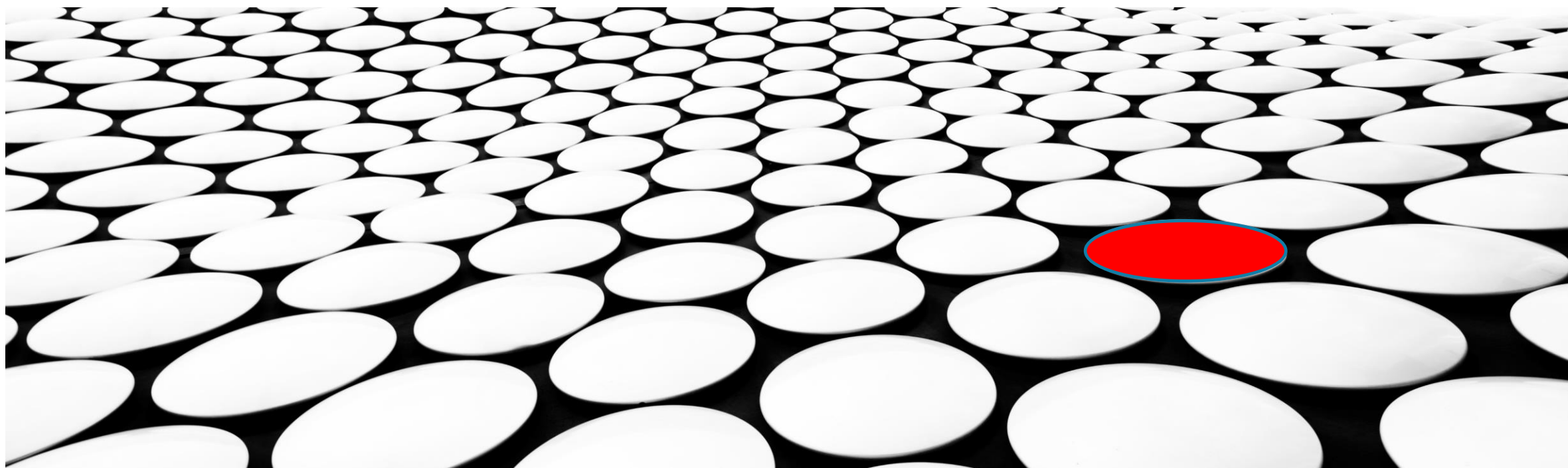
# Ďakujeme za pozornosť

PhDr. Marcela Ižová, PhD.  
Katólícka univerzita v Ružomberku  
Fakulta zdravotníctva  
Email: [marcela.izova@ku.sk](mailto:marcela.izova@ku.sk)

---

# KOMUNIKACJA W CHOROBY NIEULECZALNEJ I RZADKIEJ - WYZWANIA DLA OPIEKI

DR STANISŁAW MAKSYMOWICZ, KATEDRA PSYCHOLOGII I SOCJOLOGII ZDROWIA ORAZ ZDROWIA PUBLICZNEGO, SZP, CM, UWM W OLSZTYNIE

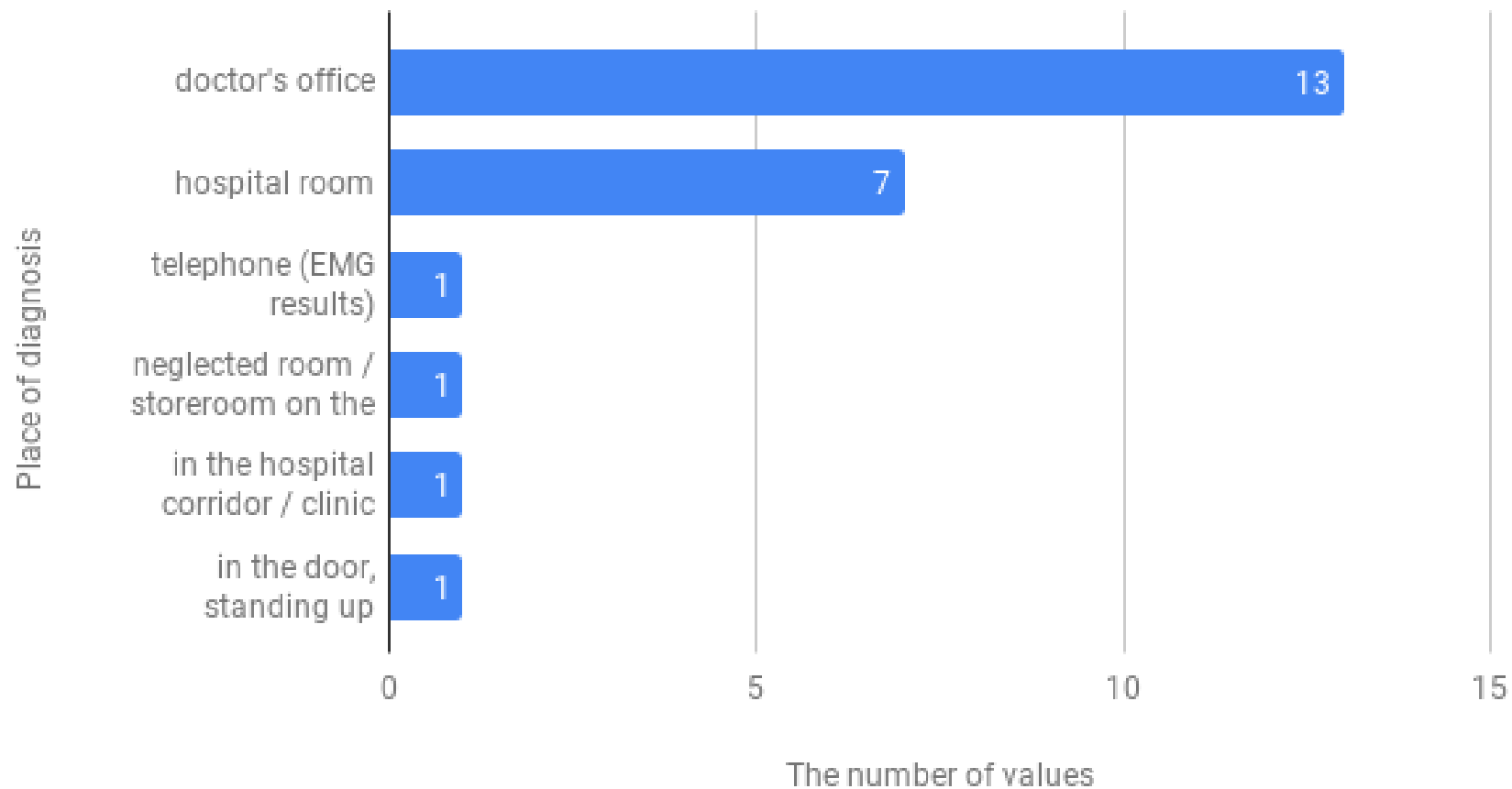




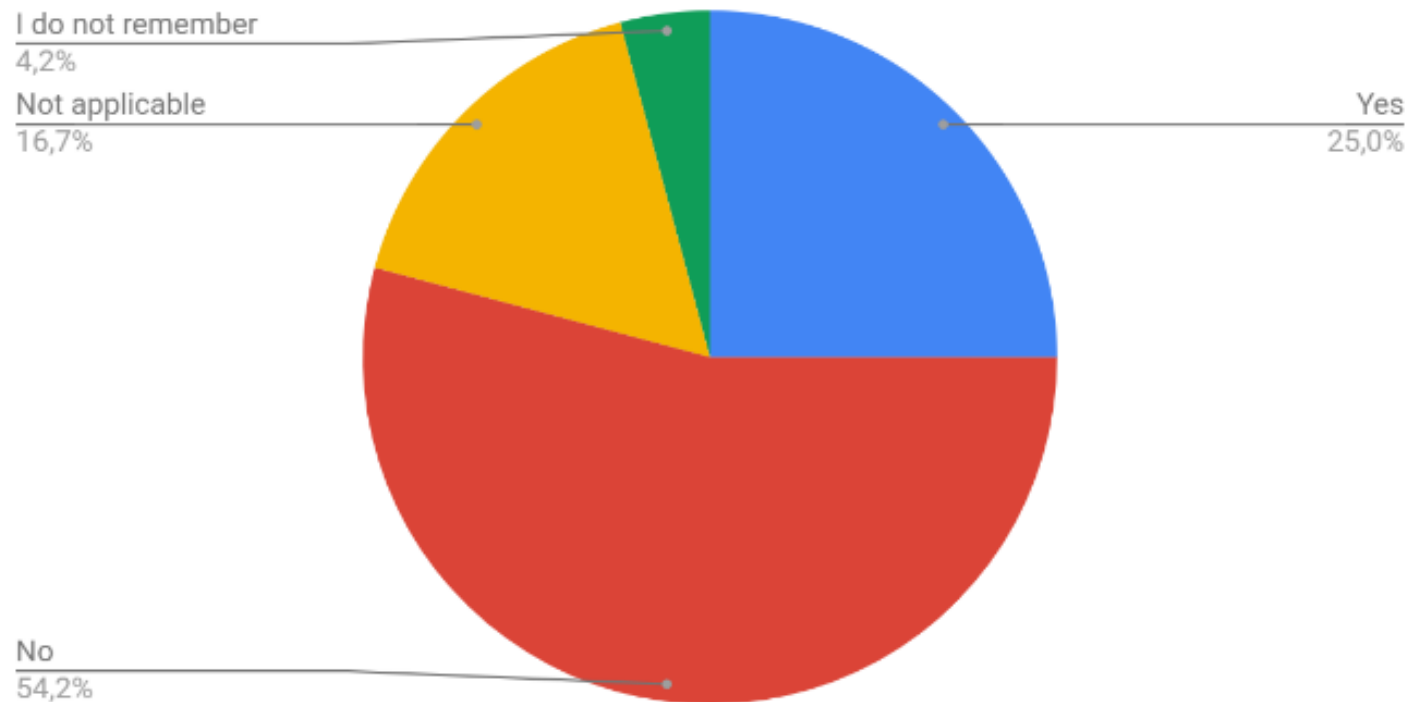


## **DIAGNOZA – PUNKT ZWROTNY W ŻYCIU**

## MIEJSCE DIAGNOZY

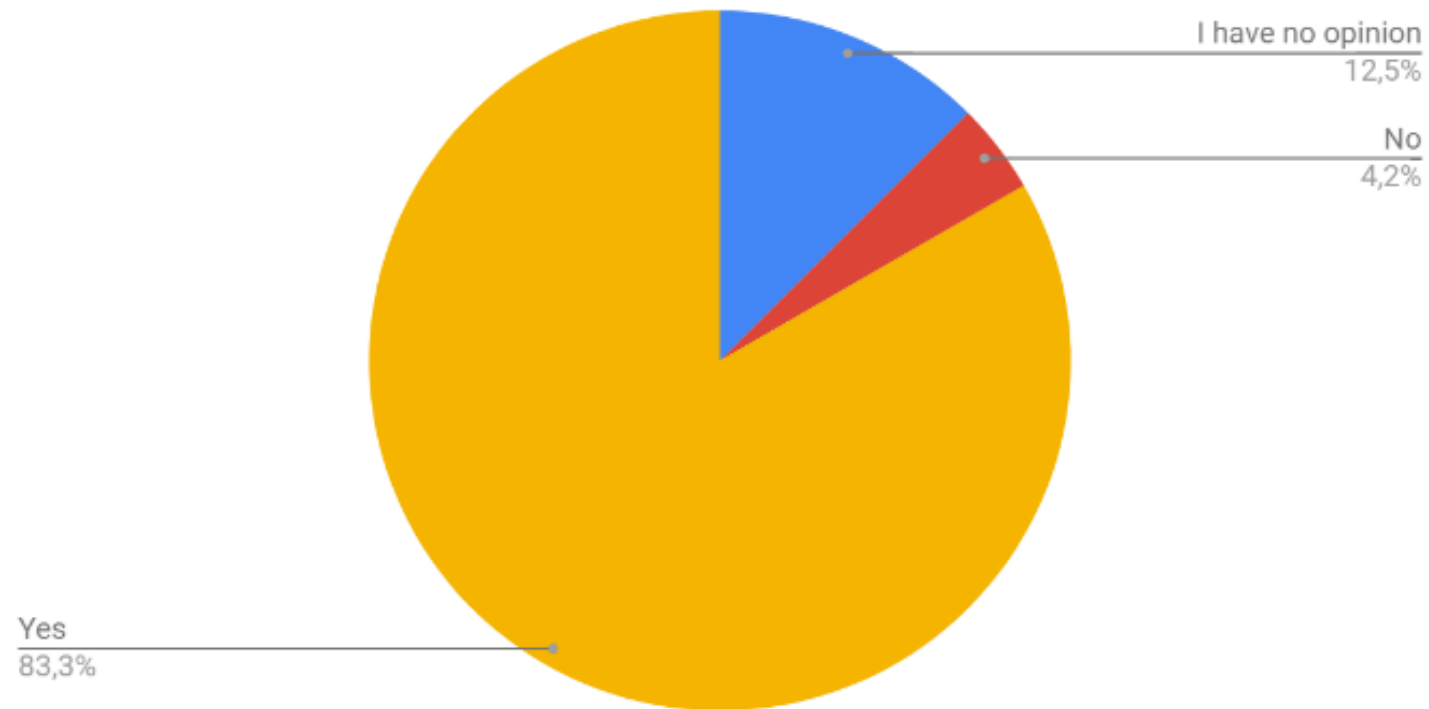


# CZY ZAOFEROWANO, BY PODCZAS PRZEKAZYWANIA DIAGNOZY TOWARZYSZYŁA CI BLISKA OSOBA?



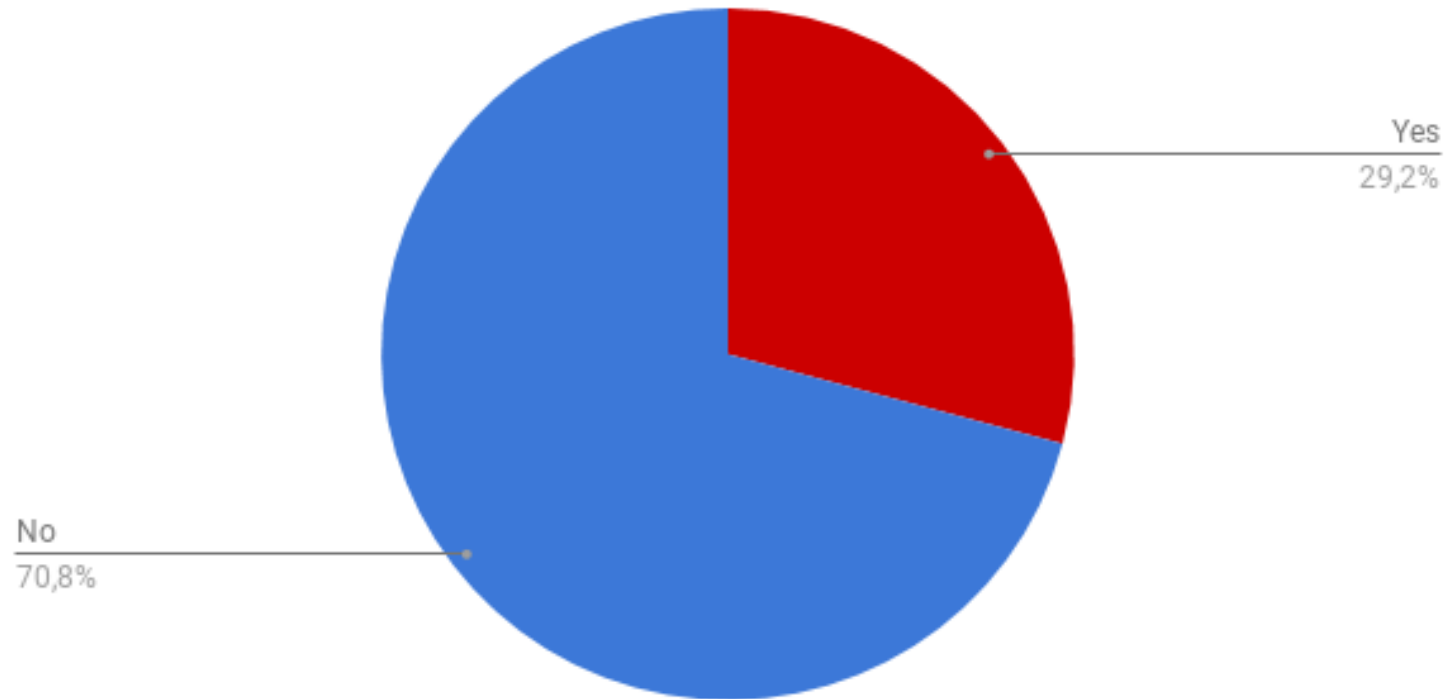
S.Maksymowicz, M.Libura, chorzy na SLA, badanie własne

# CZY PODCZAS PRZEKAZYWANIA DIAGNOZY PACJENTOWI POWINNA TOWARZYSZYĆ BLISKA OSOBA?



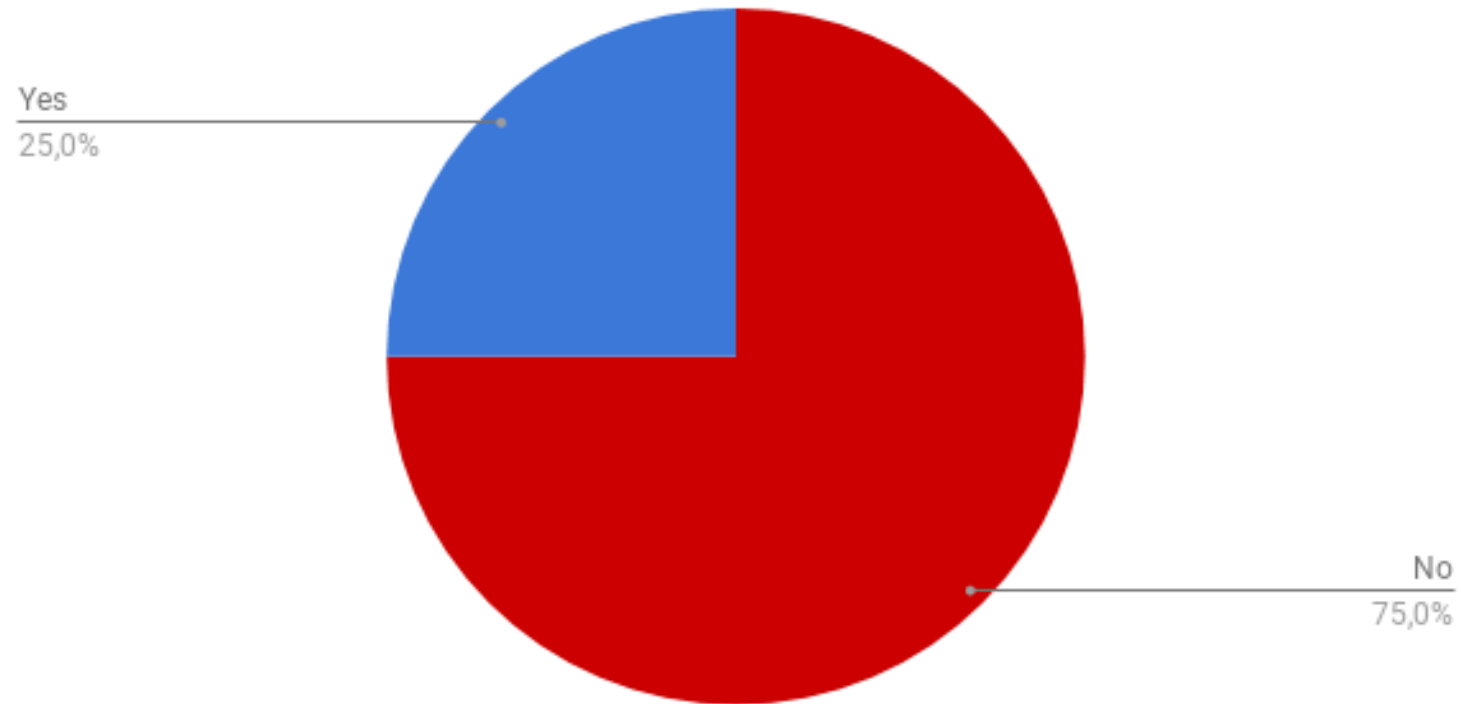
S.Maksymowicz, M.Libura, chorzy na SLA, badanie własne

# CZY LEKARZ POWIEDZIAŁ COŚ, CO BYŁO NIEWŁAŚCIWE, NIEPOTRZEBNE LUB BEZDUSZNE PODCZAS PRZEKAZYWANIA DIAGNOZY?



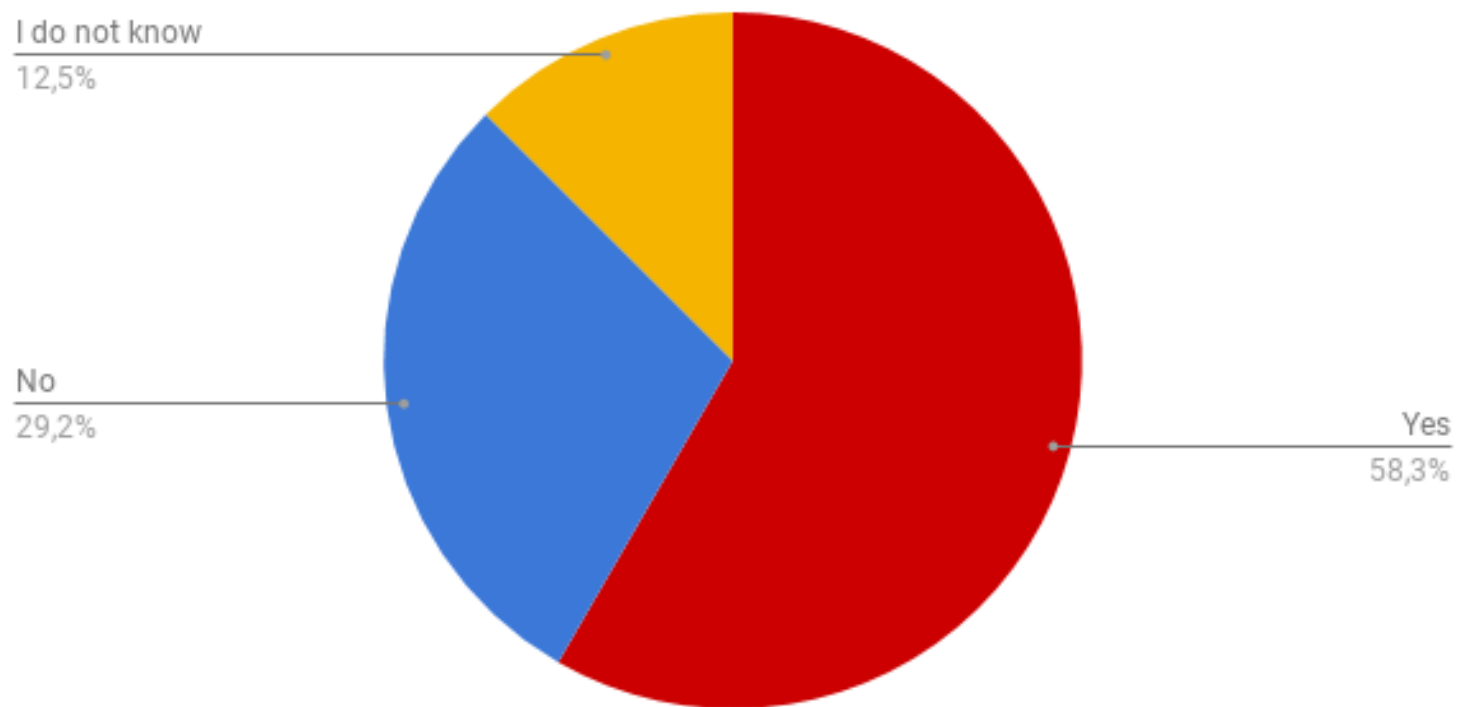
S.Maksymowicz, M.Libura, chorzy na SLA, badanie własne

# CZY LEKARZ POWIEDZIAŁ COŚ, CO BYŁO SZCZEGÓLNIIE POMOCNE, WSPIERAJĄCE I WSPÓŁCZUJĄCE PODCZAS PRZEKAZYWANIA DIAGNOZY?



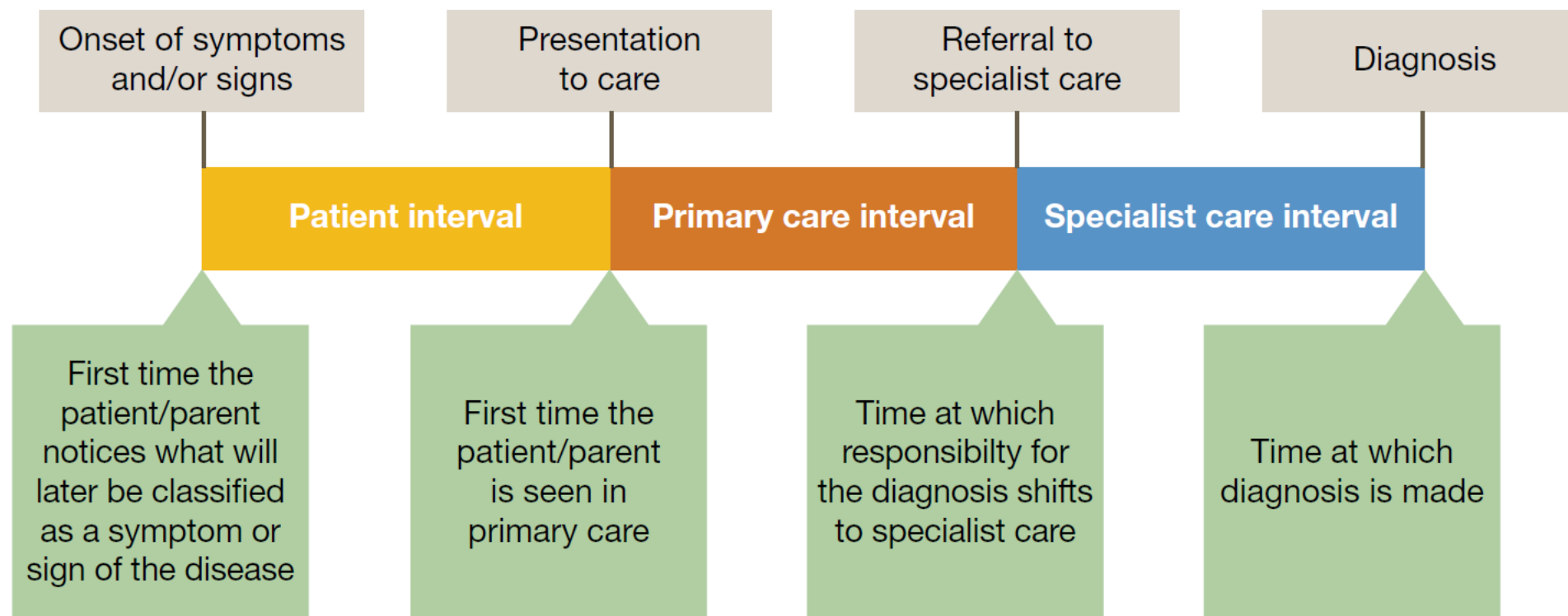
S.Maksymowicz, M.Libura, chorzy na SLA, badanie własne

# CZY BRAKOWAŁO CI INFORMACJI, KTÓRE MOGŁYBY BYĆ POMOCNE?



S.Maksymowicz, M.Libura, chorzy na SLA, badanie własne

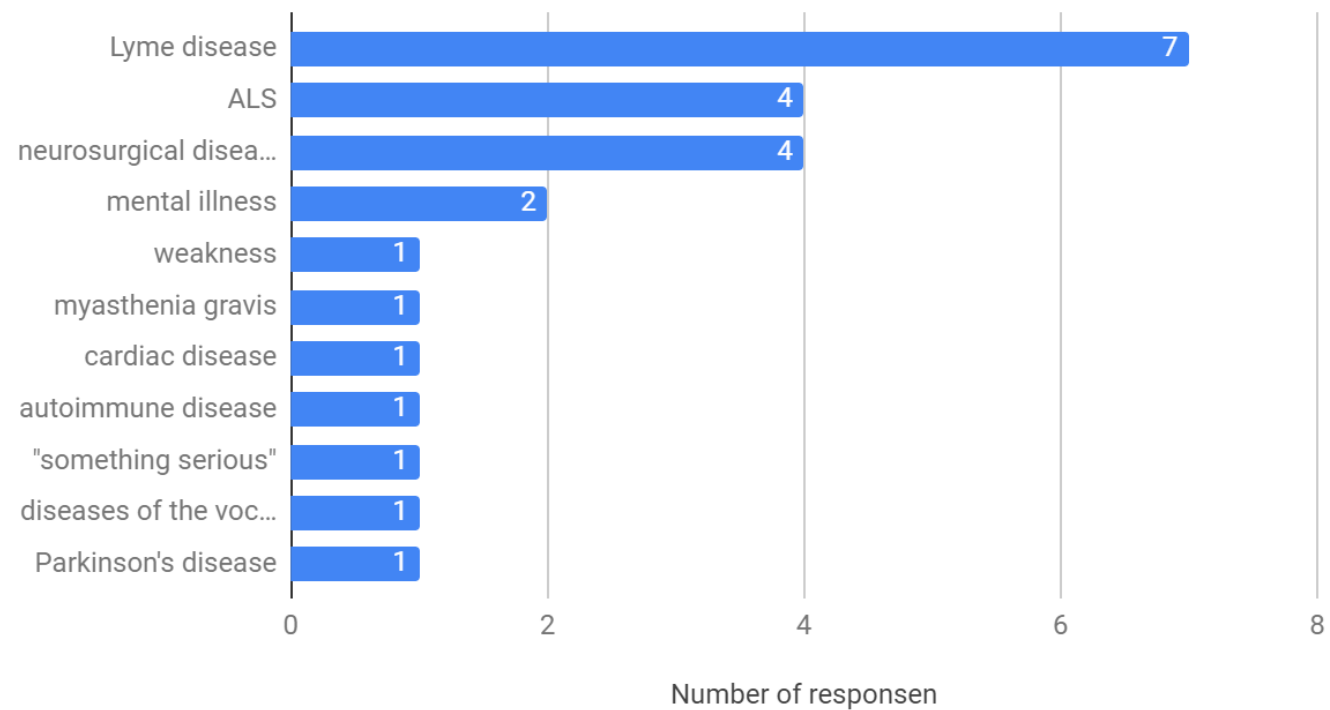
# ODYSEJA DIAGNOSTYCZNA – TYPOWY MOTYW W CHOROBIE RZADKIEJ



Black, N., Martineau, F., & Manacorda, T. (2015). Diagnostic odyssey for rare diseases: exploration of potential indicators. PIRU: Policy Innovation Research Unit. [https://piru.lshtm.ac.uk/assets/files/Rare diseases Final report.pdf](https://piru.lshtm.ac.uk/assets/files/Rare%20diseases%20Final%20report.pdf)



# PIERWSZA DIAGNOZA – POCZĄTEK ODYSEI W SLA



S.Maksymowicz, M.Libura, chorzy na SLA, badanie własne

## SAMOTNA WALKA Z SYSTEMEM



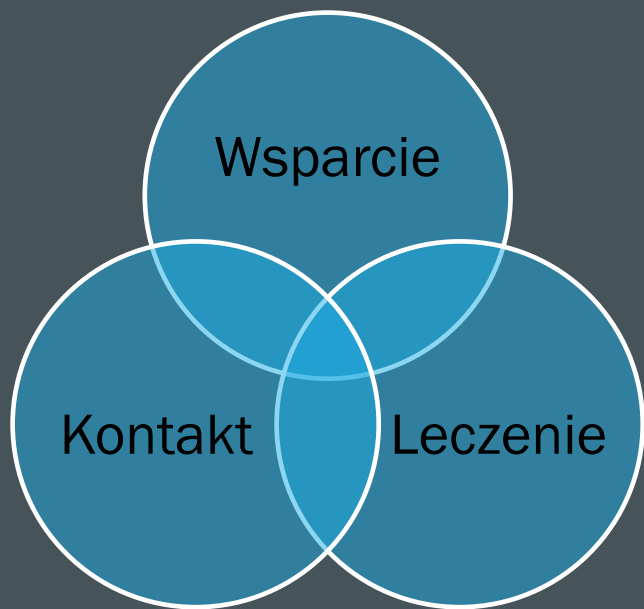
# GŁÓWNE PROBLEMY W CZASIE PRZEKAZYWANIA DIAGNOZY

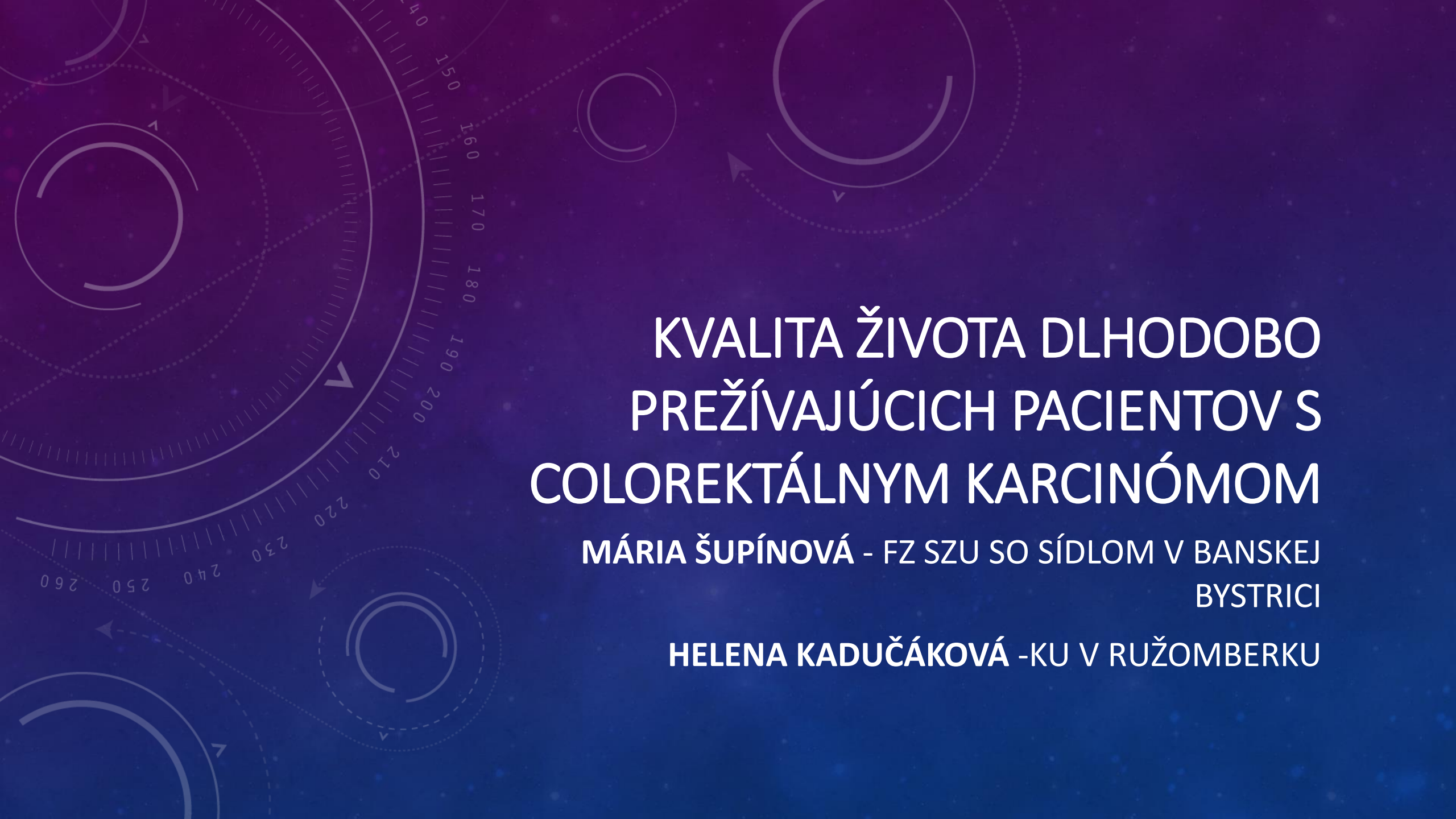
- Odyseja diagnostyczna poprzedzająca diagnozę
- Brak bliskiej osoby podczas rozmowy
- Brak zwracania uwagi na emocje
- Brakujące informacje – główne źródło informacji to inni pacjenci
- Brak planu działania

# REKOMENDACJE

- Wiedza i przekierowanie pacjenta do odpowiedniego środka/specjalisty
- Standardowe profesjonalne postępowanie
  - Stosowanie protokołów – empatia i emocje, miejsce, czas, otoczenie
  - Szkolenia z komunikacji
  - Wywiady twarzą w twarz
- Pozostawanie w kontakcie z pacjentem
- Przekazywanie przydatnych informacji
- Wsparcie psychologiczne i socjalne dla wszystkich stron
- Zawsze jest PLAN!

# PRAWDA I NADZIEJA



The background features a dark blue gradient with faint, light blue technical diagrams. On the left, a large circular scale with tick marks and numbers from 140 to 260 is visible. Several circular diagrams with arrows and dashed lines are scattered across the page, suggesting a scientific or medical context.

# KVALITA ŽIVOTA DLHODOBO PREŽÍVAJÚCICH PACIENTOV S COLOREKTÁLNYM KARCINÓMOM

**MÁRIA ŠUPÍNOVÁ - FZ SZU SO SÍDLOM V BANSKEJ  
BYSTRICI**

**HELENA KADUČÁKOVÁ -KU V RUŽOMBERKU**



# ÚVOD

- Počet dlhodobo prežívajúcich pacientov s rakovinou hrubého čreva a konečníka (CRC), sa zvyšuje.
- CRC je tretia najčastejšie diagnostikovaná rakovina u mužov a druhá najčastejšia u žien, s progresívnym nárastom prevalencie v priemyselných krajinách.
- CRC je zároveň druhou najčastejšou príčinou úmrtí na rakovinu v Európe.

## CIEĽ VÝSKUMU

- Cieľom štúdie bolo vyhodnotiť kvalitu života súvisiacu so zdravím (HRQOL) u pacientov dlhodobo prežívajúcich s kolorektálnym carcínómom a určiť demografické a klinické korelácie, ktoré významne ovplyvňujú HRQOL pacientov.



# METÓDY

- V štúdií sme použili základný miestny štandardizovaný modul dotazníka pre pacientov s rakovinovým ochorením od European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) QLQ-C30 (verzia 3) a miestny špecifický modul QLQ-CR29, určený pre pacientov s CRC.

# DOTAZNÍK QLQ C30; QLQ CR 29

- **Funkčné škála:** Obraz tela, Úzkosť, Hmotnosť, Sexuálny záujem,
- **Symptómová škála;** Frekvencia moču, Krv a hlien v stolici, Frekvencia stolice, Inkontinencia moču, Dysúria, Bolesť brucha, Bolesť konečníka, Nadúvanie, Sucho v ústach, Strata vlasov, Chuť, Nafukovanie. Inkontinencia stolice, boľavá pokožka, rozpaky, problémy so starostlivosťou o stómiu, impotencia, bolesti pri pohlavnom styku
- **Functional scales;** Physical functioning , Role functioning , Emotional functioning , Cognitive functioning , Social functioning, **Symptom scales :** Urinary frequency Blood and mucus in stool , Stool frequency, Urinary incontinence , Dysuria , Abdominal pain Buttock pain , Bloating , Dry mouth , Hair loss , Taste , Flatulence, Faecal incontinence, Sore skin, Embarrassment, Stoma care problems , Impotence , Dyspareunia.

# SÚBOR

- Boli skúmaní prežívajúci pacienti s CRC po dlhšej dobe ako 3 roky od dg a liečby.
- Priemerná dĺžka trvania ochorenia respondentov v čase realizácie výskumu bola  $12,22 \pm 7,6$  rokov.
- Do súboru bolo celkovo zaradených 162 respondentov (65 žien a 97 mužov). Priemerný vek celého súboru bol  $66,87 \pm 9,25$  rokov. Priemerný vek žien bol  $65,94 \pm 10,94$ , priemerný vek mužov bol  $67,49 \pm 7,92$ .

# VÝSLEDKY

- V realizovanom výskume bolo zistené:
- Dĺžka prežívania respondentov po liečbe CRC, nie je rozhodujúcim faktorom ovplyvňujúcim ich kvalitu života.
  - hodnotenie jednotlivých oblastí kvality života pacientov dlhodobo prežívajúcich po CRC, je napriek pretrvávaniu niektorých negatívnych symptómov, uspokojivé.
  - Bola signifikantne potvrdená strata energie, pocit únavy vysoký podiel anxiety a poruchy spánku vo vzťahu k pohlaviu respondentov. U žien boli výsledky hodnotenia horšie .



# VÝSLEDKY

- **Štatisticky bol dokázaný** : vplyv pohlavia na škály Dysuria a strata vlasov. Dysuria znižovala hodnotenie kvality života viac mužom. Strata vlasov negatívne ovplyvňuje kvalitu života viac ženám
- Dĺžka prežívania respondentov po liečbe CRC, ani prítomnosť stómie nie je rozhodujúcim faktorom ovplyvňujúcim ich kvalitu života.
- Dominantným kritériom ovplyvňujúcim hodnoty škál meracích dotazníkov kvality života respondentov je pohlavie pacientov

# VÝSLEDKY

- Pomerne vysoké hodnoty (nepriaznivý vplyv na QLQ) dosahovala škála bolesti brucha resp. panvy.
- Bol dokázaný aj štatisticky významný vzťah medzi vekom a vnímaním svojho obrazu tela, prežívaním úzkosti, sexualitou, finančnými ťažkosťami a vnímaním bolesti pri pohlavnom styku, ktoré zhoršujú kvalitu života mladším vekovým kategóriám respondentov.

# VÝSLEDKY

- **S vekom súvisia aj škály:** fungovanie role a nauzea a vomitus, lepšie boli hodnotené u starších respondentov .

# ZÁVER

- V onkológii pribúda počet dlhodobo prežívajúcich vyliečených pacientov.
- Cieľom realizovaného výskumu bolo monitorovať kvalitu života pacientov trpiacich chronickým ochorením a následne odporučiť smerovanie intervenčných snáh na pozdvihnutie kvality ich života.
- Zistenia sú povzbudivé. Pacienti, ktorí sú chorí a ktorí tento stav prijmú, prispôbia sa životu s chorobou a tým získajú späť určitý pocit životnej pohody.



ĎAKUJEM ZA POZORNOST 😊



WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY  
SZPITAL DZIECIĘCY  
IM. PROF. DR STANISŁAWA POPOWSKIEGO  
W OLSZTYNIE



# Jakość życia pacjentów po zabiegach ortognatycznych

---

dr n. o zdr. Małgorzata ROMAN,  
prof. dr hab. Elżbieta GROCHANS,  
dr n. med. Krzysztof DOWGIERD

# Wstęp

---

- Wygląd fizyczny wpływa na wszystkie obszary życia ludzkiego od edukacji po postępowanie z prawem i społeczne interakcje.
- Dysfunkcja szkieletowa części twarzowej ma niekorzystny wpływ na stan osobisty i społeczny niektórych pacjentów.
- Dlatego oferowane są zabiegi ortognatyczne osobom z dento-nieprawidłowościami twarzy w celu poprawy ich jakości życia [1][2].



# Jakość życia

---

- Jakość życia (Quality of Life, QoL) została określona przez Światową Organizację Zdrowia w 1993 roku w Genewie jako „ludzkie postrzeganie swojej życiowej pozycji w kontekście kultury i systemu wartości w których żyją, a w odniesieniu do ich celów, oczekiwań, norm i obaw”.
- Jest to pojęcie wielopłaszczyznowe, w zakres, którego wchodzi takie aspekty jak zdrowie fizyczne, kondycja psychiczna, relacje społeczne, poziom niezależności, osobiste przekonania oraz środowisko życia człowieka [3].

# Wstęp

---

- Twarz człowieka bierze udział w większości funkcji życiowych.
- Zaburzenia oddychania powodują niedotlenienie organizmu, skutkując upośledzeniem rozwoju dziecka zarówno intelektualnego, jak i fizycznego.
- Problemy z funkcjonowaniem stawu skroniowo-żuchwowego, żuciem i połykaniem, powodują zaburzenia trawienia [4].
- Nieprawidłowa mowa oraz deformacja twarzy, utrudnia wypełnianie ról społecznych dziecka poprzez zaburzony obraz siebie.
- Jego zaburzenie prowadzi do wycofania się z życia społecznego oraz poczucia izolacji i osamotnienia.



# Operacja ortognatyczna

- Operację ortognatyczną można zdefiniować jako chirurgiczne repozycjonowanie szczęki i/lub żuchwy i/lub ich odcinków, z lub bez ortodontycznego repozycjonowania zębów, w celu poprawy funkcji, estetyki oraz jakości życia związanej ze zdrowiem.
- Optymalny wiek pacjentów kwalifikowanych do zabiegów mieści się w przedziale wiekowym 16-30 lat. Jest to okres rozwijającej się tożsamości człowieka, kiedy kształtuje się indywidualna hierarchia wartości [5].



*Zbiory własne Oddziału Chirurgii Głony  
i Szyi w zakresie Chirurgii  
Szczękowo-Twarzowej WSSD w Olsztynie*

# Cel pracy

---

- Celem badań była ocena poziomu jakości życia pacjentów po zabiegach ortognatycznych.



# Material i metody

---

- Badania zostały przeprowadzone w okresie od sierpnia 2018 roku do września 2019 roku.
- Badania nie wymagały zgody Komisji Bioetycznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie (Uchwała nr KB-0012/255/06/18).

# Material i metody

---

- Kryteria włączenia do badania w grupie respondentów operowanych:
  - wiek pacjenta od 16 do 25 lat,
  - zabieg ortognatyczny dwuszcękowy wykonany w Oddziale Chirurgii Głowy i Szyi w zakresie Chirurgii Szcękowo-Twarzowej w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym w Olsztynie, minimum pół roku przed ankietyzacją,
  - ustna zgoda na udział w badaniu,
  - kompletne wypełnienie dostarczonego zestawu kwestionariuszy.

# Material i metody

---

- Badania przeprowadzono z zastosowaniem metody sondażu diagnostycznego.
- W celu oceny jakości życia pacjentów po zabiegach ortognatycznych wykorzystano narzędzia badawcze własne i standaryzowane:
  - Ankieta autorska,
  - Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36 ( ang. *The Short Form Health Survey*).



# Material i metody

---

- Wszystkie obliczenia wykonano z użyciem pakietu statycznego STATISTICA wersja 13.3 (*TIBCO Software Inc.*).

Do badań zastosowano odpowiednie testy statystyczne.

# Material i metody

- Badaniem zostało objętych 65 pacjentów.

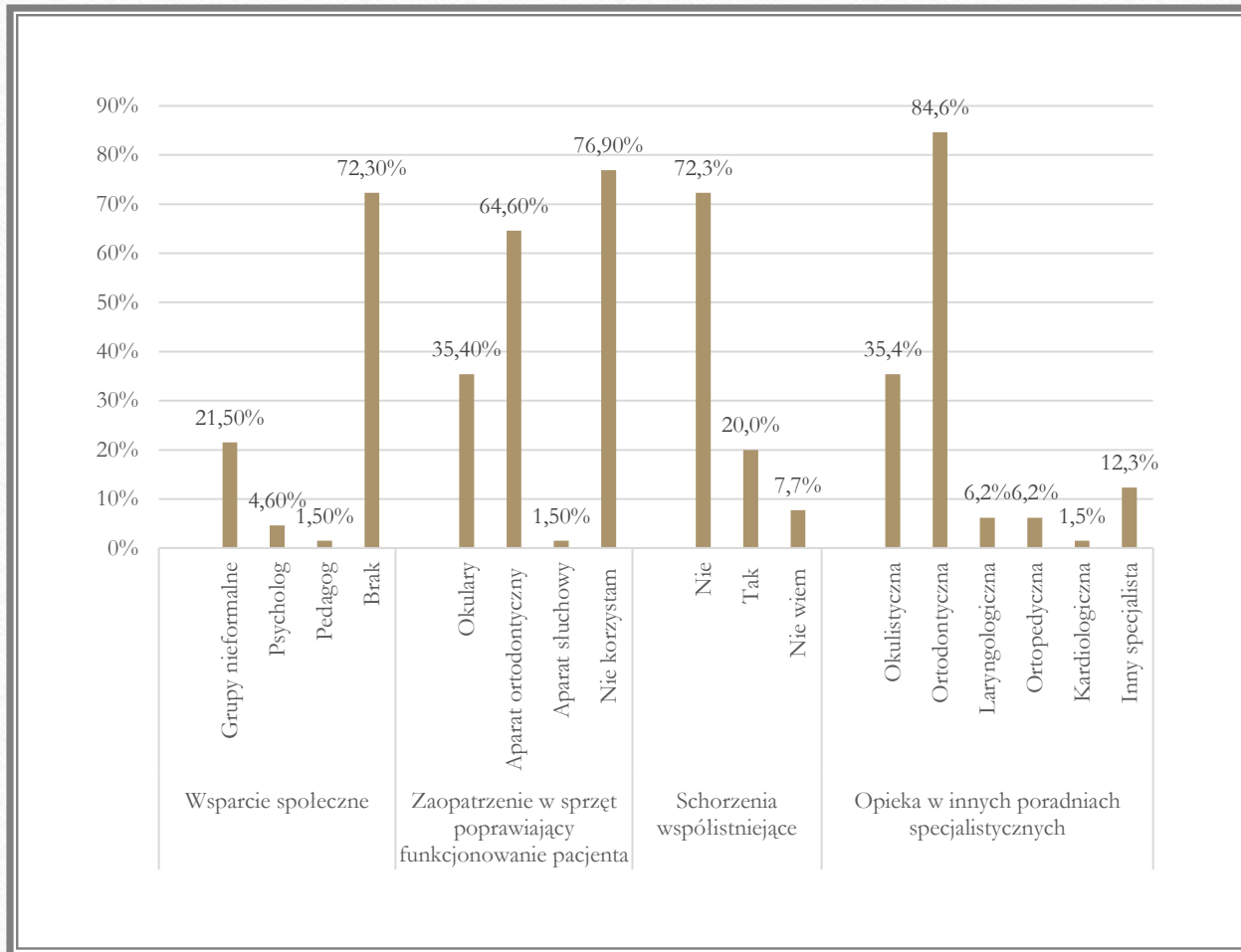
Tabela 1. Charakterystyka grupy badanej ze względu na dane socjodemograficzne

Cecha	Grupa badana	
	n	%
<b>Płeć</b>		
kobieta	48	73,8
mężczyzna	17	26,2
<b>Miejsce zamieszkania</b>		
wieś	13	20,0
do 10 tys.	10	15,4
od 10 do 100 tys.	25	38,5
>100 tys.		26,2
<b>Grupa wiekowa</b>		
≤18	21	32,3
19-20	33	50,8
21-22	10	15,4
23-24	0	0,0
≥25	1	1,5
<b>Rodzina</b>		
oboje rodziców	53	81,5
matka	10	15,4
ojciec	0	0,0
inni	2	3,1

*n – liczba przypadków, % - procent ogółu badanej grupy*

# Materiały i metody

- Od osób po zabiegach ortognatycznych uzyskano również dodatkowe informacje medyczne.



Ryc. 1. Dodatkowe informacje dotyczące grupy badanej



Tabela 2. Jakość życia wg SF-36

Domena		
	M	SD
Sprawność fizyczna (PF)	97,15	5,45
Ograniczenia aktywności z powodu stanu zdrowia (RP)	86,73	20,71
Dolegliwości bólowe (BP)	78,31	24,08
Ogólne postrzeganie zdrowia (GH)	54,52	13,79
Witalność (VT)	55,00	15,10
Funkcjonowanie społeczne (SF)	76,15	25,07
Ograniczenia aktywności wywołane problemami emocjonalnymi (RE)	79,49	27,25
Poczucie zdrowia psychicznego (MH)	62,22	14,46
Zmiana stanu zdrowia (HT)	69,23	24,91
Funkcjonowanie w wymiarze fizycznym, całkowite zdrowie fizyczne (PCS)	86,95	10,88
Funkcjonowanie w wymiarze psychicznym, całkowite zdrowie psychiczne (MCS)	64,90	15,09

M-średnia, SD- odchylenia standardowe

## Wyniki

- Pacjenci po zabiegach ortognatycznych lepiej ocenili jakość życia wg SF 36 w wymiarze fizycznym (PCS) niż psychicznym (MCS).
- Funkcjonowanie społeczne (SF) w badaniach własnych zostało wysoko ocenione przez pacjentów po zabiegach ortognatycznym.

## Wpływ zmiennych socjodemograficznych na jakość życia

- Interpretując ocenę jakości życia, zaobserwowano statystycznie istotną zależność między **miejscem zamieszkania** osób badanych a poziomem jakości życia w zakresie domeny ograniczenia aktywności wywołane problemami emocjonalnymi (RE).
- Osoby zamieszkujące tereny wiejskie oraz miejscowości do 10 tys. uzyskiwały statystycznie istotnie niższe średnie wartości dla RE wg SF36, niż mieszkańcy miast >100 tys.

Tabela 3. Jakość życia wg SF 36 pacjentów po zabiegach ortognatycznych w zależności od miejsca zamieszkania

Domena	Wieś		Miasto do 10 tys.		Miasto od 10 do 100 tys.		Miasto >100 tys.		F <sub>(3,61)</sub>	p*
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
Ograniczenia aktywności wywołane problemami emocjonalnymi (RE)	66,7	30,8	65,8	34,1	84	24,5	90,7	16,9	3,305	0,026

Test NIR Fishera, M-średnia, SD- odchylenia standardowe, p- poziom istotności



## Wpływ zmiennych socjodemograficznych na jakość życia

- Analiza jakości życia wg SF-36 u pacjentów po zabiegach ortognatycznych w zakresie domeny ograniczenia aktywności z powodu stanu zdrowia (RP) wykazała statystycznie istotną zależność między **wykształceniem** osób badanych a poziomem jakości życia.
- Osoby z wykształceniem średnim uzyskiwały statystycznie istotnie niższe średnie wartości dla jakości życia w domenie RP wg SF-36 niż osoby z wyższym wykształceniem.

Tabela 4. Jakość życia wg SF 36 pacjentów po zabiegach ortognatycznych w zależności od wykształcenia

Domeny	Wykształcenie średnie		Wykształcenie wyższe		t <sub>(df = 57)</sub>	p*
	M	SD	M	SD		
Ograniczenia aktywności z powodu stanu zdrowia (RP)	83,26	20,56	93,75	17,6	-2,111	0,039

Test t Studenta, M-średnia, SD- odchylenia standardowe, p- poziom istotności

## Wpływ zmiennych medycznych na jakość życia

- Z analizy badań wynika statystycznie istotna różnica w poziomie jakości życia wg SF-36 w zakresie czterech domen a hospitalizacją pacjentów.

Tabela 5. Jakość życia wg SF 36 pacjentów po zabiegach ortognatycznych w zależności od hospitalizacji

	Hospitalizacja				t <sub>(df = 58)</sub>	p*
	Nie		Tak			
	M	SD	M	SD		
Sprawność fizyczna (PF)	98,62	4,13	93,08	6,93	3,648	0,001
Ograniczenia aktywności z powodu stanu zdrowia (RP)	89,76	19,61	75,96	23,08	2,161	0,035
Ogólne postrzeganie zdrowia (GH)	57,53	11,36	45,85	18,66	2,823	0,007
Funkcjonowanie w wymiarze fizycznym, całkowite zdrowie fizyczne (PCS)	89,17	8,92	80,30	14,52	2,738	0,008

Test t Studenta, M-średnia, SD- odchylenia standardowe, p- poziom istotności

# Wpływ zmiennych medycznych na jakość życia

---

- Osoby hospitalizowane uzyskały statystycznie istotnie niższe średnie wartości niż osoby które nie były hospitalizowane w domenie:
  - sprawność fizyczna (PF),
  - ograniczenia aktywności z powodu stanu zdrowia (RP),
  - ogólne postrzeganie zdrowia (GH),
  - funkcjonowanie w wymiarze fizycznym, całkowite zdrowie fizyczne (PCS).



# Wnioski

---

- Pacjenci poddawani zabiegom ortognatycznym w niewielkim stopniu korzystali z profesjonalnej opieki psychologicznej czy pedagogicznej, częściej było to wsparcie społeczne nieformalnych grup.
- O potrzebie dostępności do profesjonalnej opieki psychologicznej świadczy fakt lepszej oceny przez respondentów jakości życia w komponentcie funkcjonowania fizycznego niż psychicznego.
- Szczególnie opieką psychologiczną należy objąć pacjentów z małych miast i wsi. Wykazano, iż ograniczenia aktywności wywołane problemami emocjonalnymi obniża ich jakość życia.



# Wnioski

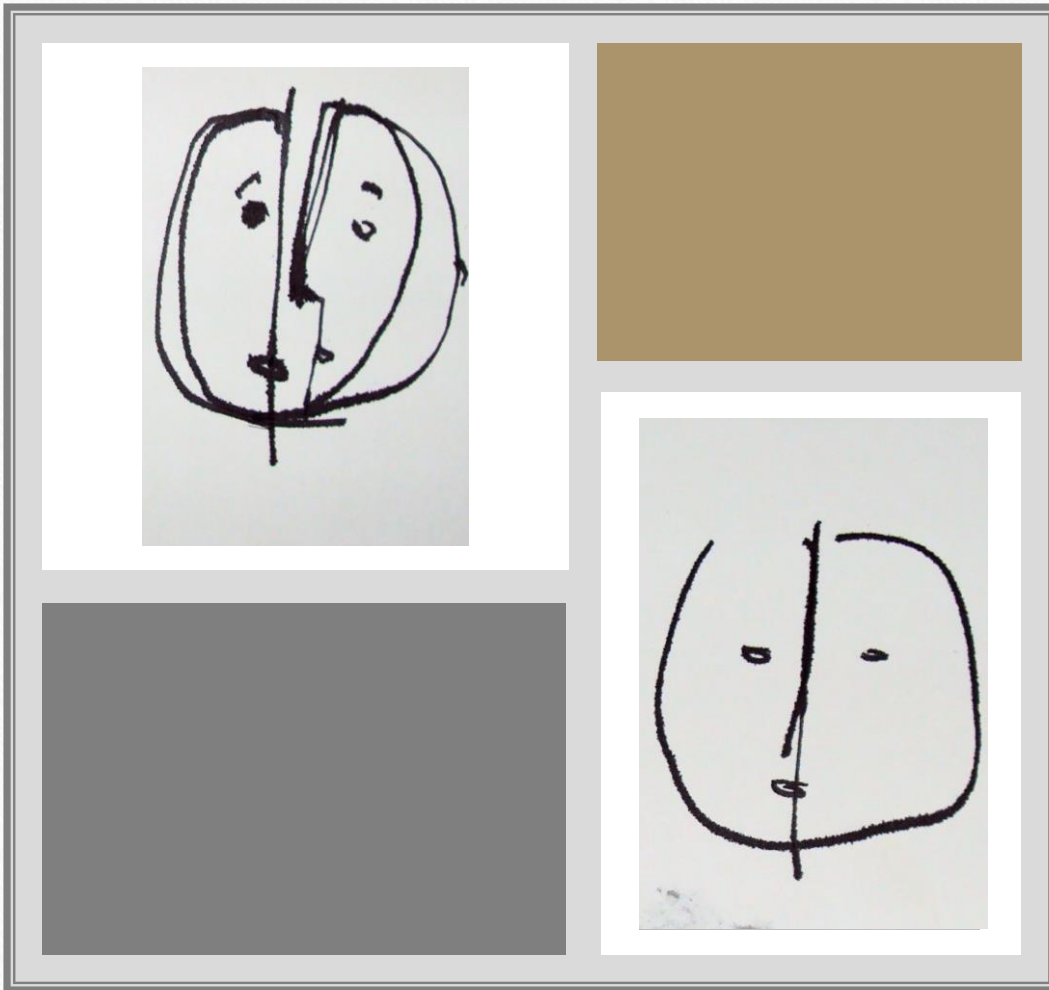
---

- Funkcjonowanie społeczne (SF) w badaniach własnych zostało wysoko ocenione przez pacjentów po zabiegach ortognatycznym.
- Jakość życia w poszczególnych domenach jest zależna od zmiennych socjodemograficznych, takich jak miejsce zamieszkania oraz wykształcenie, a także od zmiennej medycznej, jaką jest hospitalizacja.

# Piśmiennictwo

---

- [1] Oluwajana F.: Seeking beauty: understanding the psychology behind orthognathic surgery. Br J Oral Maxillofac Surg 2015; 53:953–956.
- [2] Sinko K., Jagsch R., Benes B., et al.: Facial aesthetics and the assignment of personality traits before and after orthognathic surgery. Int Oral Maxillofac Surg 2012; 41:469–76.
- [3] World Health Organization: WHOQOL – Measuring quality of life. Organization, Genewa 1997.
- [4] Dudkiewicz Z.: Wady rozwojowe w chirurgii twarzy i czaszki. W: Czernik J.,red.: Chirurgia Dziecięca. Warszawa: Wyd. PZWL; 2005.s.346-347.ISBN 83-200-3066-8.
- [5] Naini F., Gill D.: Orthognathic Surgery: Preliminary Considerations. W: Naini F., Gill D. red.: Orthognathic Surgery: Principles, Planning and Practice. Wiley Blackwell. 2017. s. 83-107. ISBN 978-1-111-64997-8.



Dziękuję za  
uwagę

---



POZITÍVNA A NEGATÍVNA  
DIMENZIA NÁLADY,  
SPRÁVANIA A CHOVANIA  
PACIENTOV V ŠTÁDIU  
POKROČILEJ DEMENCIE

POSITIVE AND NEGATIVE  
DIMENSION OF MOOD,  
BEHAVIOR AND BEHAVIOR  
OF PATIENTS AT THE  
ADVANCED DEMENCY STAGE

Jana LAUKOVÁ

Helena KADUČÁKOVÁ



# Vymedzenie výskumného problému

---

Posledné štádium demencie sa definuje ako stav charakterizovaný prítomnosťou ťažkého nezvratného kognitívneho deficitu, bez schopnosti verbálnej komunikácie, s prítomnosťou poruchy prehĺtania tekutín a stravy, úplnej inkontinencie a imobilizácie.

---

Život ohrozujúce symptómy alebo symptómy diskomfortu (nepohody) vedú často k hospitalizácii na akútnom oddelení nemocnice, doliečovacom oddelení alebo v hospici, alebo k začatiu domácej hospicovej starostlivosti, či k spolupráci s praktickým lekárom a agentúrou domácej ošetrovateľskej starostlivosti

---

*Dôležitou úlohou ošetrujúceho personálu je monitorovanie zaťažujúcich symptómov, ich zvládnutie, pre zabezpečenie maximálne prijateľnej kvality života a umierania samotného pacienta, ale aj pre jeho okolie - príbuzných či personál zariadenia, kde sa pacient nachádza.*

# Vymedzenie výskumného problému 2

Optimálna starostlivosť na konci života sa môže líšiť od jednotlivca k jednotlivcovi v závislosti od jeho náboženských a filozofických hodnôt.

Kvalita starostlivosti na konci života je teda podobne ako koncepcia kvality života subjektívna a závisí od ocenenia človeka.

Takéto hodnotenie je nemožné, ak je pacient kognitívne narušený. Kvalitu starostlivosti o ľudí na konci života zomierajúcich na ťažké a smrteľné demencie musia hodnotiť ich opatrovatelia, ktorí využívajú na hodnotenie stavu pacientove verbálne a neverbálne prejavy pacienta.



## Ciele výskumu

### **Hlavný cieľ výskumu**

Zhodnotiť nonverbálny prejav správania a chovania pacientov v štádiu pokročilej demencie.

# Metóda, metodika výskumu

- K zhodnoteniu pozitívnej a negatívnej dimenzie nálady, správania a chovania pacientov v štádiu ťažkej demencie bola použitá škála *QUALID* (Quality of Life in late-stage Dementia Scale).
- K posúdeniu miery zaťažujúcich symptómov aktuálneho zdravotného stavu bola použitá *Posudzovacia škála SM – EOLD* (Symptom Management at the End-of-Life in Dementia).

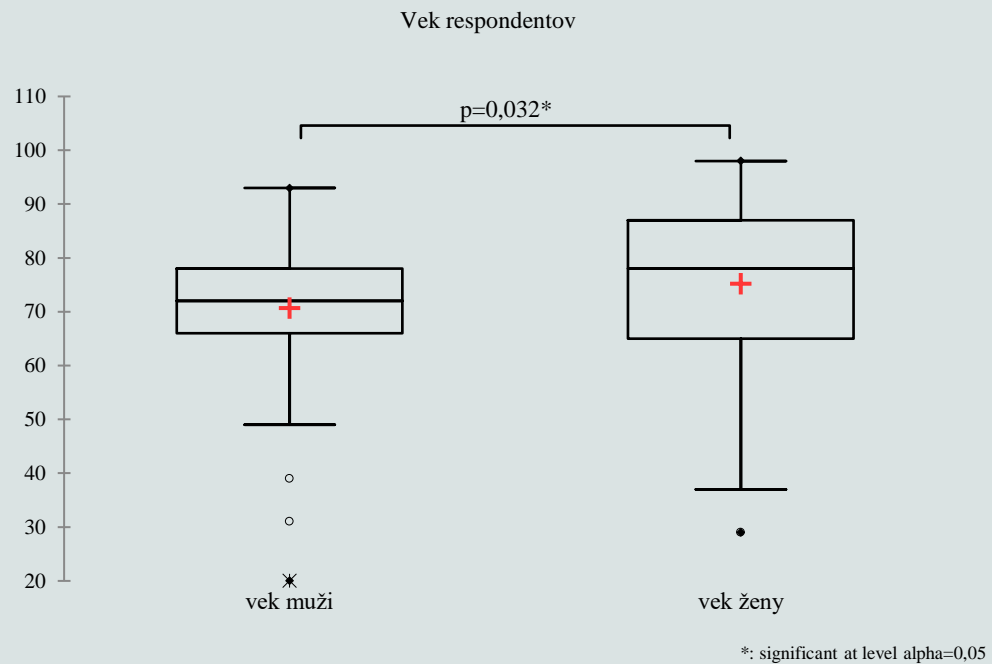
# Výskumný súbor



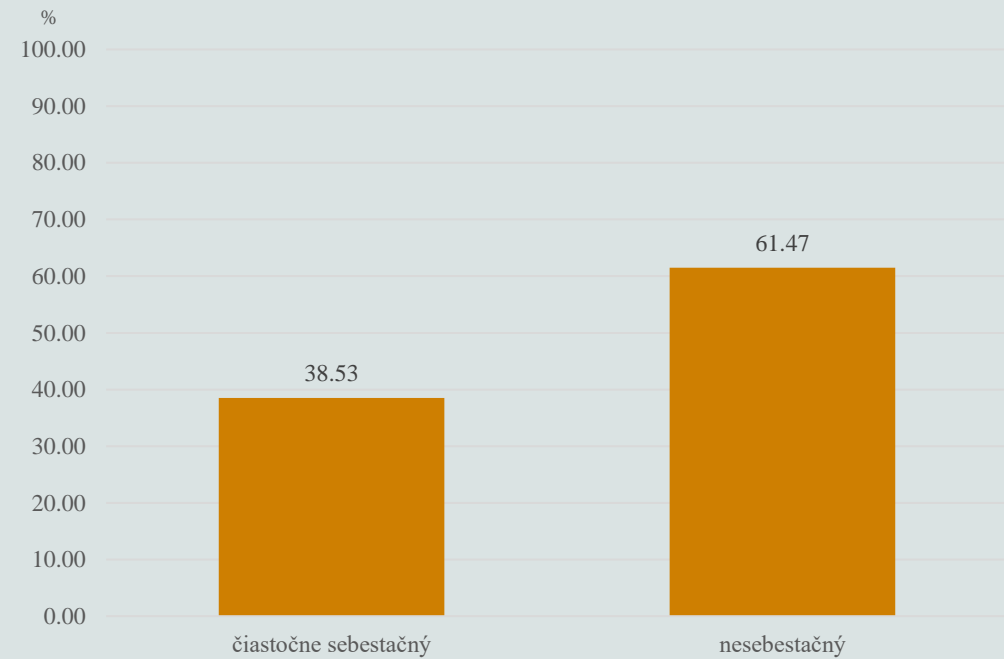
- 109 pacientov umiestnených v DSS Stredoslovenského kraja z dôvodu štádia pokročilej demencie,
- 55,05% (60) mužov a 44,95% (49) žien.
- **Selekčnými kritériami boli:**
  - *klinické kritérium* - štádium pokročilej demencie posúdené testom MMSE (Mini Mental State Examination);
  - *časové kritérium*: umiestnenie respondenta v DSS minimálne 90 dní.

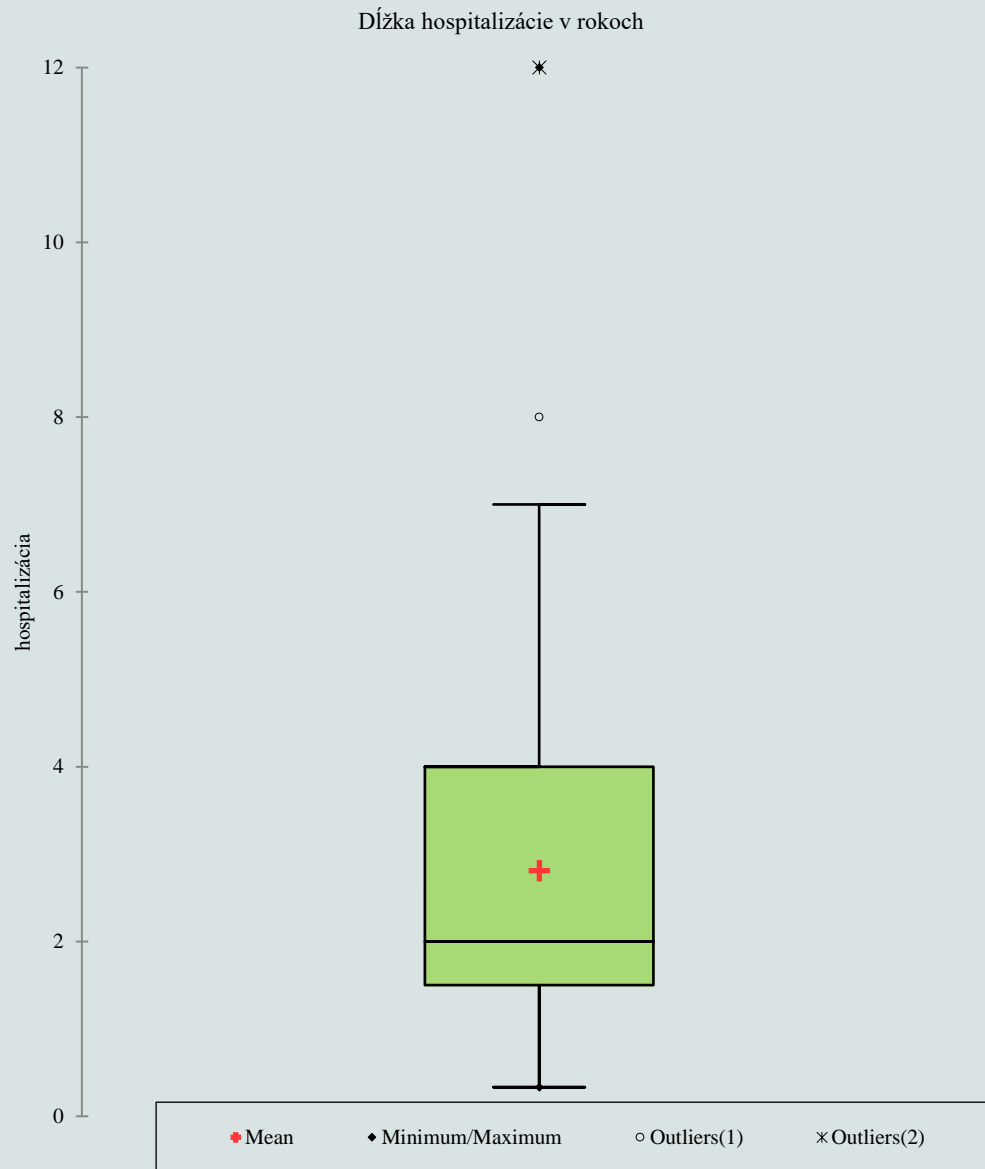
# Analýza údajov

## POHLAVIE



## ADL





# Pobyt v zariadení



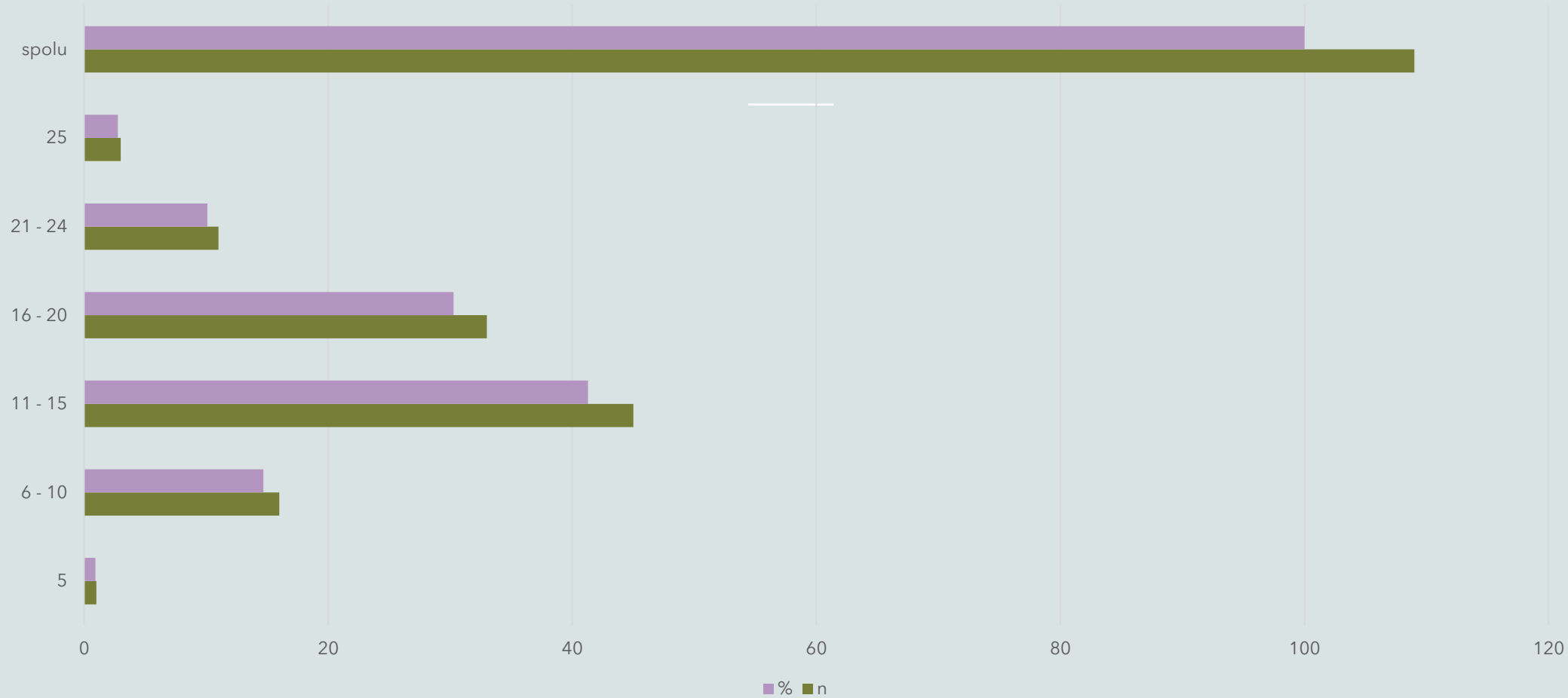
## Doména KOMFORT

---

- SMIECH
- VYCHUTNÁVANIE JEDLA
- DOTYK
- INTERAKCIA
- ENOCINÁLNY KĽUD



# Percentuálne body DOM 1



# QUALID KOMFORT

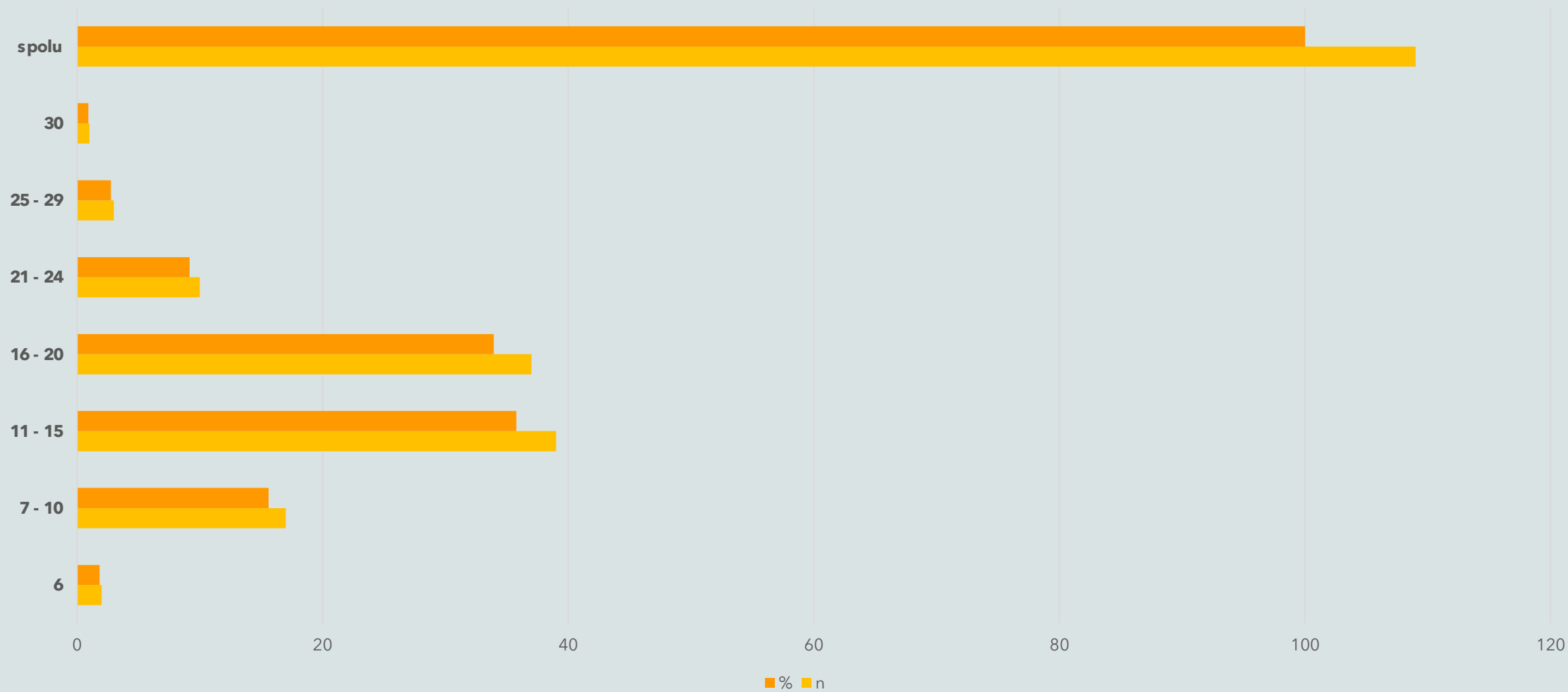
Komfort	smiech	chuť do jedla	pozitívne dotyky	interakcie	emocionálny kľúd
smiech	1				
chuť do jedla	<b>0,3178</b>	1			
pozitívne dotyky	<b>0,4205</b>	0,1340	1		
interakcie	<b>0,4501</b>	0,1839	<b>0,6908</b>	1	
emocionálny kľúd	0,2212	0,0553	0,2869	0,2939	1



## Doména DISKOMFORT

- SMÚTOK \_\_\_\_\_
- PLAČ
- NEGATÍVNY VÝRAZ V  
TVÁRI
- FYZICKÝ NEPOKOJ
- NEADEKVÁTNE  
ZVUKY
- AGITÁCIA

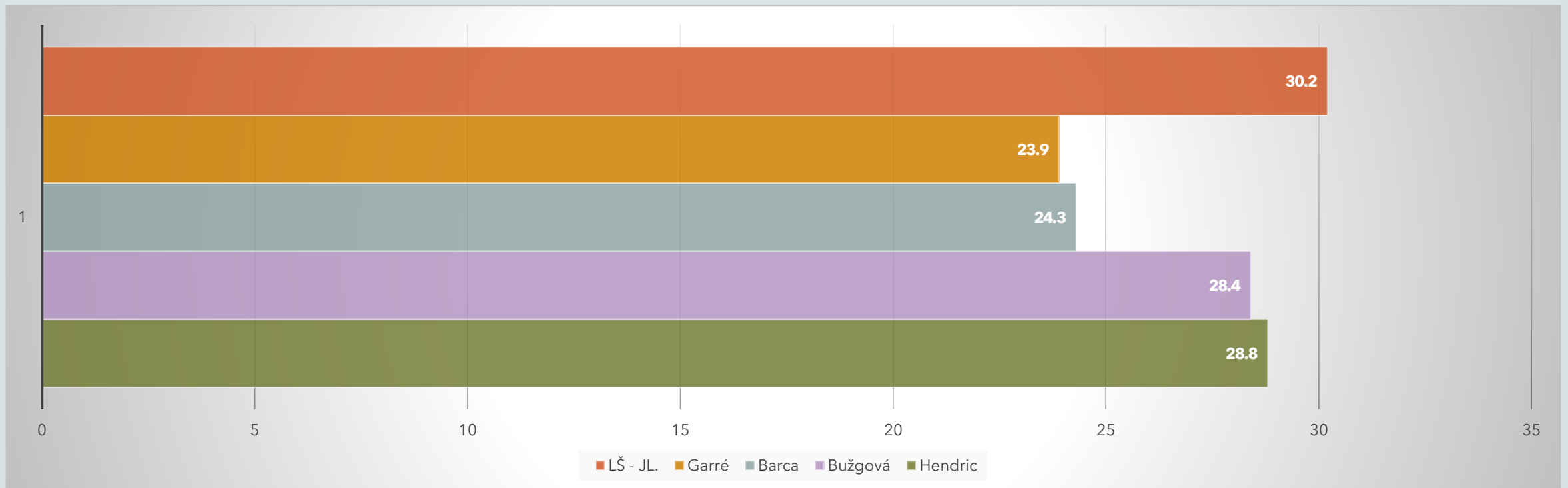
# Percentuálne body DISKOMFORT



# QUALID DISKOMFORT

Diskomfort	smútok	plač	neklúd	fyzické nepohodlie	negatívne zvuky	podráždenosť
smútok	1					
plač	0,2119	1				
neklúd	0,2390	0,0726	1			
fyzické nepohodlie	0,1562	0,2507	0,2420	1		
negatívne zvuky	0,1135	<b>0,3586</b>	0,0968	<b>0,4109</b>	1	
podráždenosť	0,0862	0,1914	0,1340	0,3269	0,3449	1

# QUALID vs zahraničné štúdie





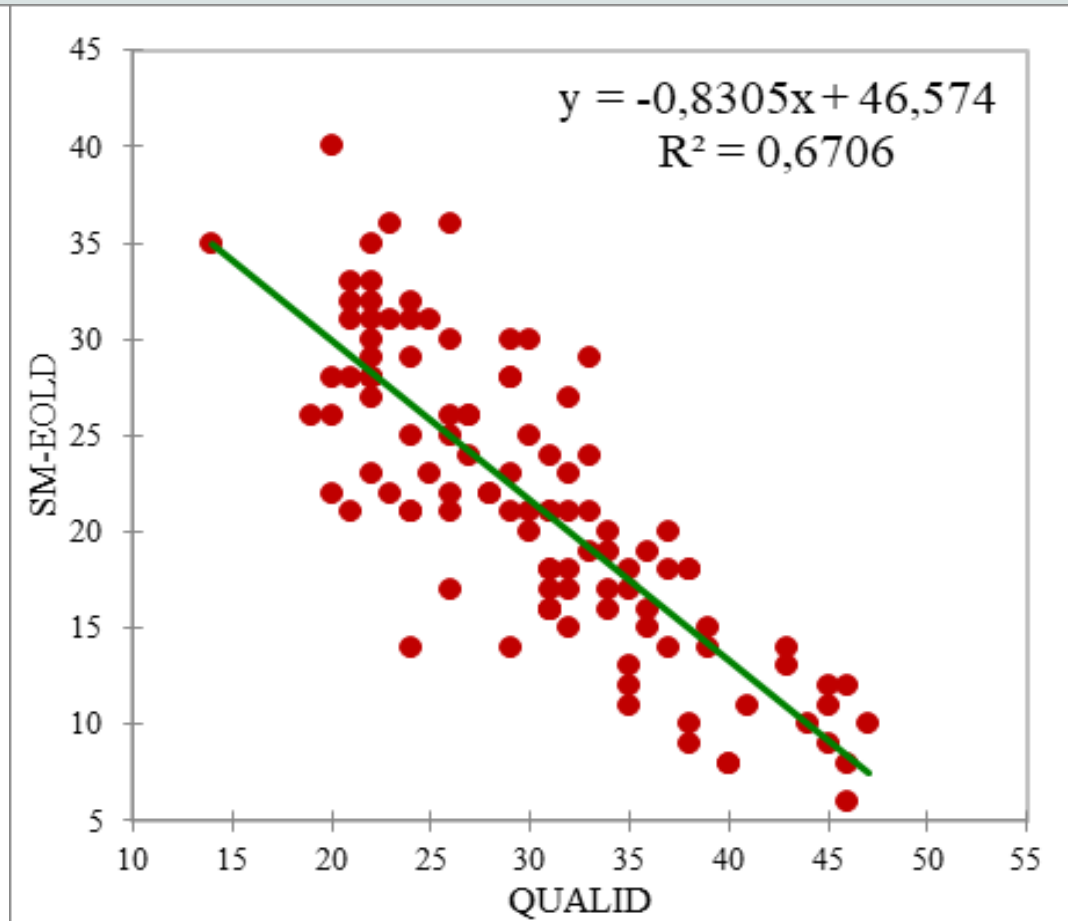
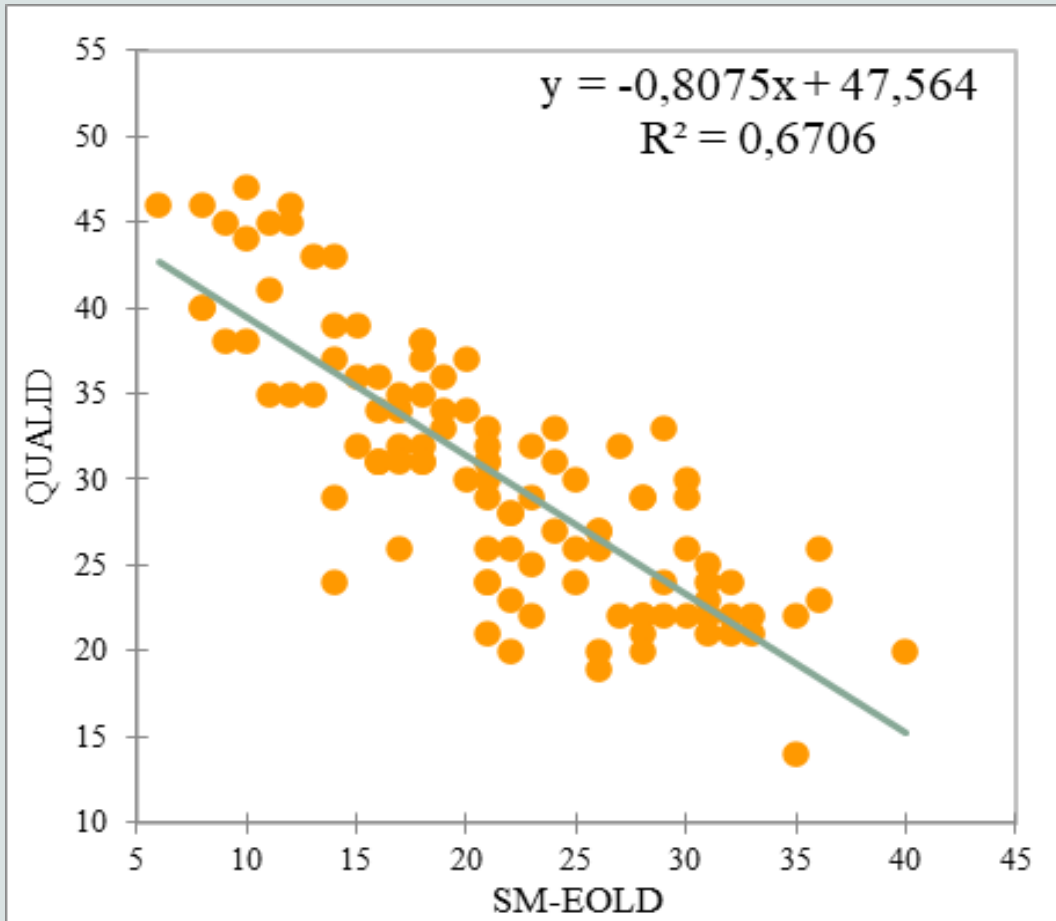
## SM-EOLD

- **Analýza Faktora I** - kl'ud/pokoj, depresia, strach / obavy, úzkosť, agitácia /znepokojenie, odpor k starostlivosti;
- **Analýza Faktora II** - bolesť, dýchavičnosť, rozpad kože (Volicer, Hurley, Blasi 2001).

# Súvislosť SM - EOLD a QUALID

Spearmanov korelačný koeficient $r_s$	
SM - EOLD položky	QUALID celkové skóre
Bolesť	<b>-0,7230</b>
Dušnosť	<b>-0,4169*</b>
Porušenie kože	-0,1833
Kľúd	-0,1425
Depresia	<b>-0,5935**</b>
Strach / obavy	<b>-0,4021*</b>
Úzkosť	<b>-0,4821*</b>
Znepokojenie	<b>-0,5424**</b>
Odpor voči starostlivosti	-0,6616

*Psychologické a fyzické faktory vo významnej miere prispievajú k zhoršeniu prežívania pacientov v štádiu ťažkej demencie.*





NÁDEJ

Ďakujem za  
pozornosť

---

MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA NAUKOWO – SZKOLENIOWA

Polska - Hiszpania – Słowacja

Pielęgniarstwo i położnictwo w wymiarze interdyscyplinarnym wobec współczesnych wyzwań

# Planowanie opieki położniczej u ciężarnej z cukrzycą w oparciu o raport Ambulatoryjnego Profilu Glikemii (AGP)

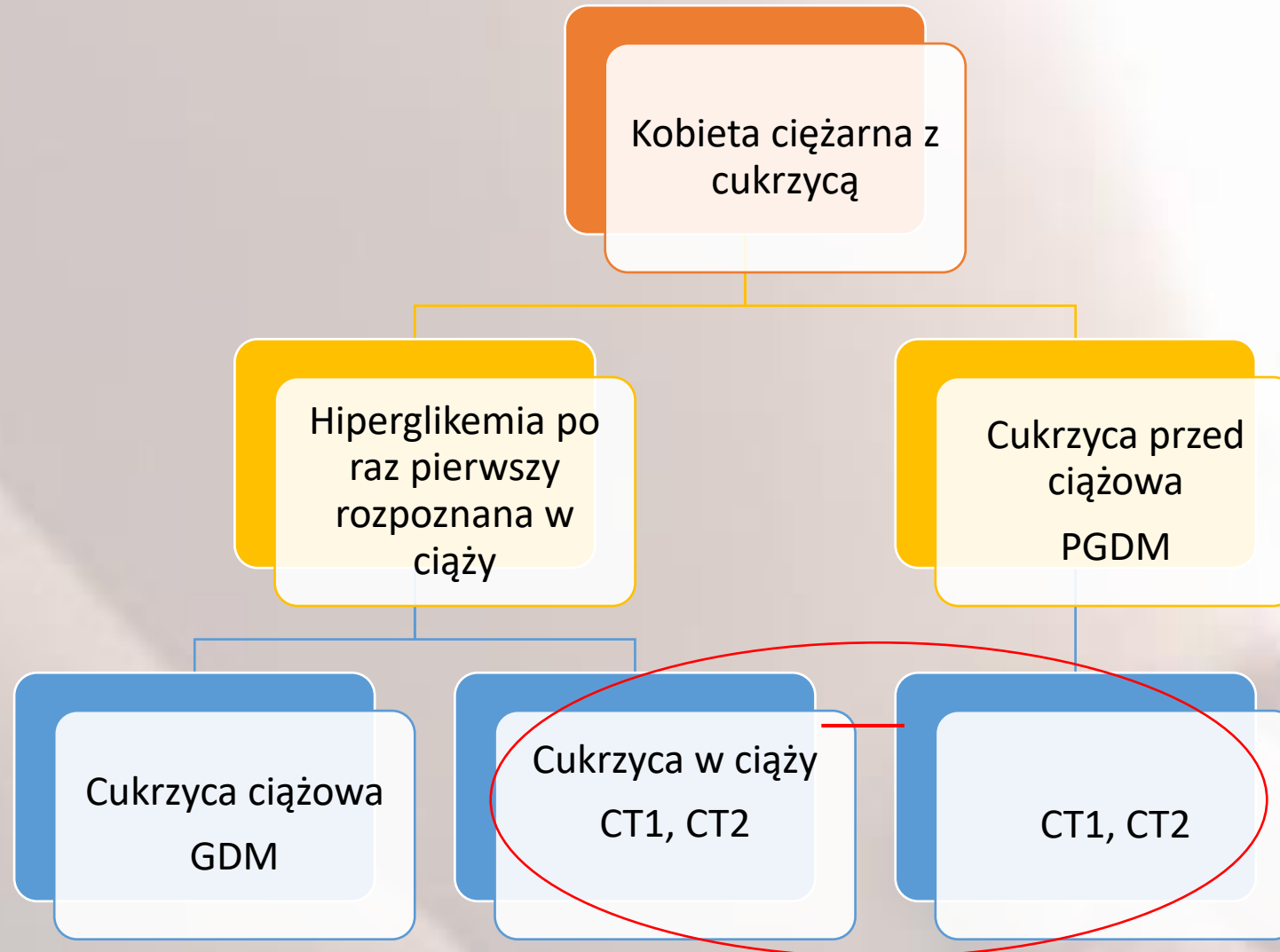
Dr n. o zdr. Natasza Tobiasz-Kałkun (PL)

Katedra Położnictwa, Szkoła Zdrowia Publicznego, Collegium Medicum UWM w Olsztynie

Polska Federacja Edukacji w Diabetologii (PFED)



# Podział cukrzycy w ciąży wg. WHO





# Zespół interdyscyplinarny

---

Kobieta  
ciążarna z  
cukrzycą

Lekarz diabetolog

---

Lekarz ginekolog

---

Pielęgniarka

---

Położna

---

Dietetyk

---

Psycholog

---

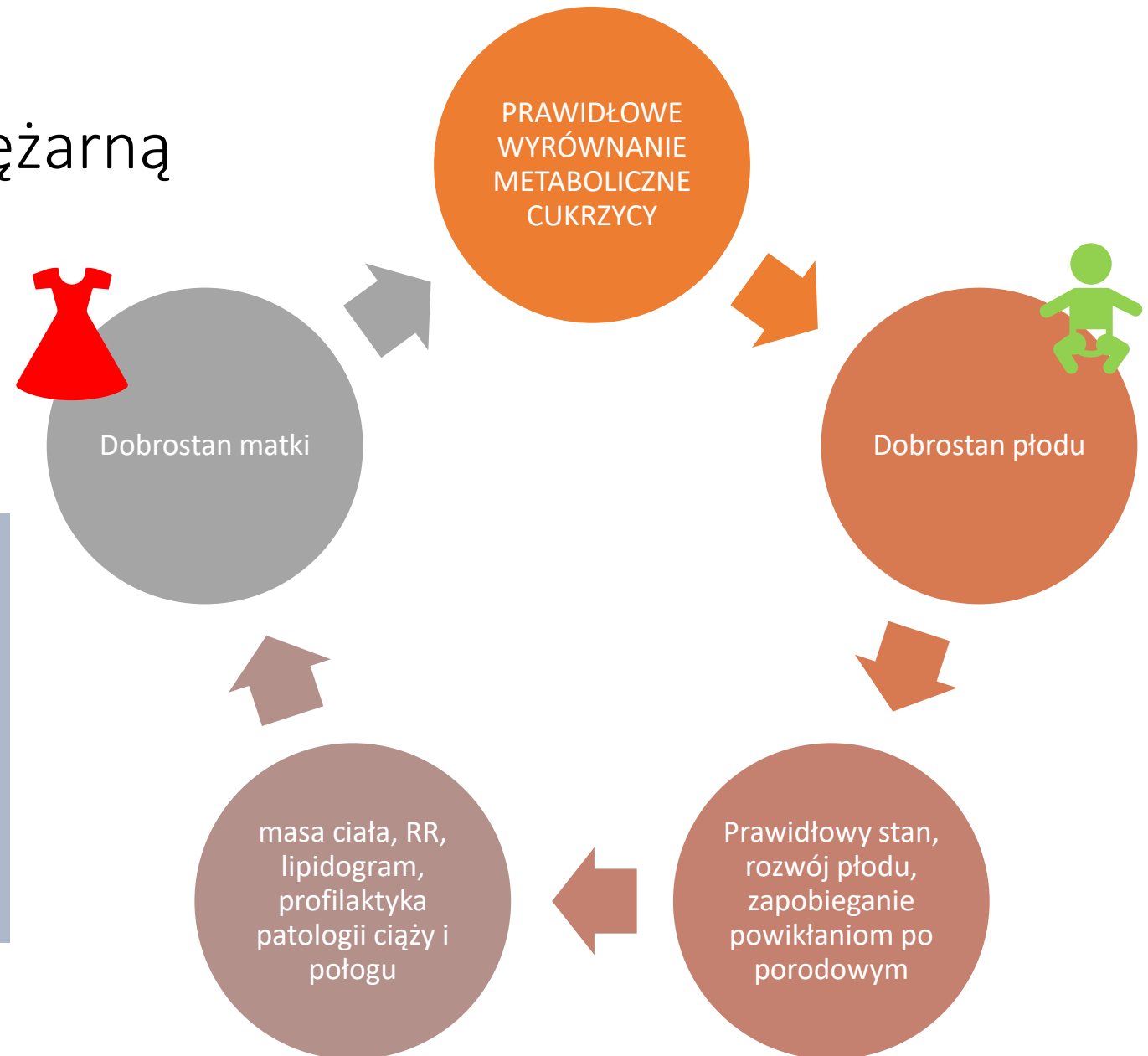
...

---

# Porada położnej w zakresie położnictwa i ginekologii - świadctwem gwarantowanym z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

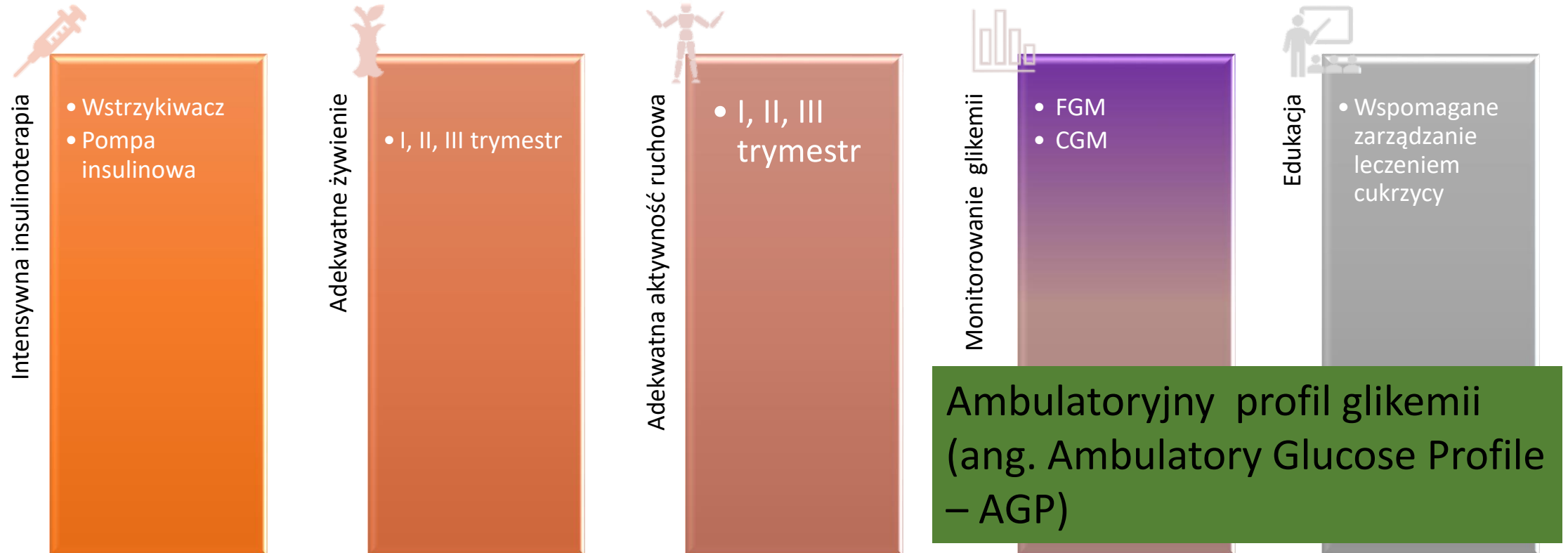
„Ocena akcji serca płodu, ocena zmian ciążowych, rozwoju ciąży, identyfikacji czynników ryzyka ciążowego, poradnictwo specjalistyczne (choroby współistniejące z ciążą, **w szczególności cukrzyca**, nadciśnienie tętnicze indukowane ciążą) (...)”

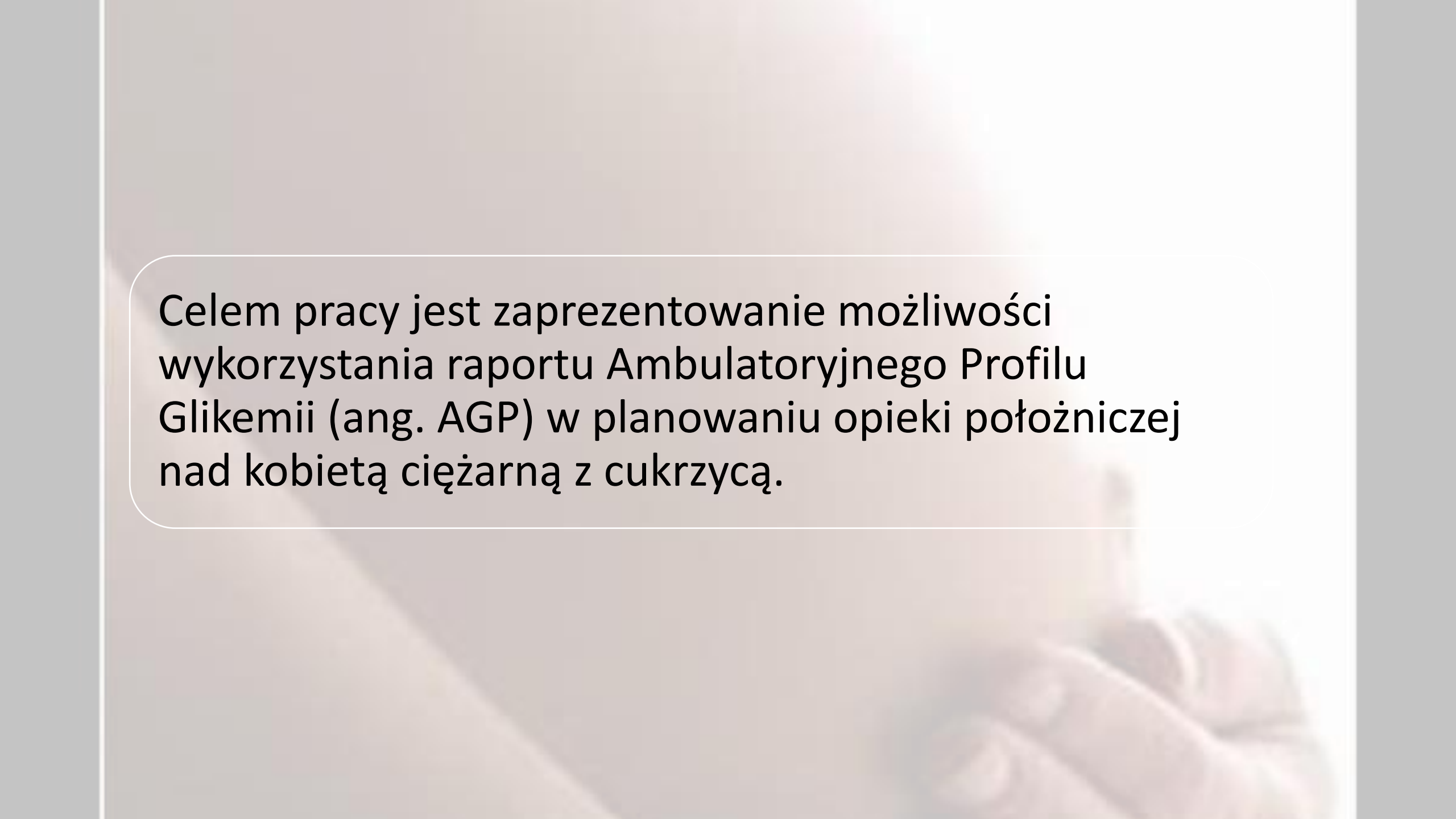
# Cel opieki nad kobietą ciężarną z cukrzycą



Narzędzie do oceny prawidłowego wyrównania metabolicznego cukrzycy?

# Elementy leczenia cukrzycy w ciąży





Celem pracy jest zaprezentowanie możliwości wykorzystania raportu Ambulatoryjnego Profilu Glikemii (ang. AGP) w planowaniu opieki położniczej nad kobietą ciężarną z cukrzycą.

# AGP Report

Name \_\_\_\_\_

MRN \_\_\_\_\_

## GLUCOSE STATISTICS AND TARGETS

26 Feb 2019 - 10 Mar 2019 13 days  
 % Time CGM is Active 99.9%

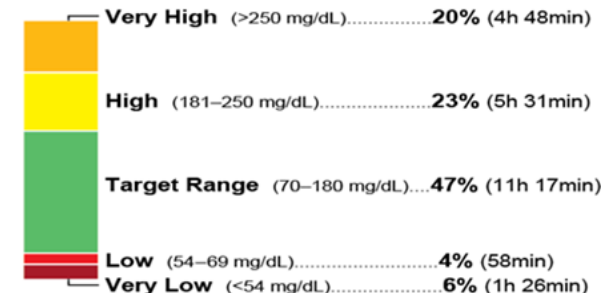
<b>Glucose Ranges</b>	<b>Targets</b> [% of Readings (Time/Day)]
Target Range 70-180 mg/dL.....	Greater than 70% (16h 48min)
Below 70 mg/dL .....	Less than 4% (58min)
Below 54 mg/dL .....	Less than 1% (14min)
Above 250 mg/dL .....	Less than 5% (1h 12min)

Each 5% increase in time in range (70-180 mg/dL) is clinically beneficial.

<b>Average Glucose</b>	<b>173 mg/dL</b>
<b>Glucose Management Indicator (GMI)</b>	<b>7.6%</b>
<b>Glucose Variability</b>	<b>49.5%</b>

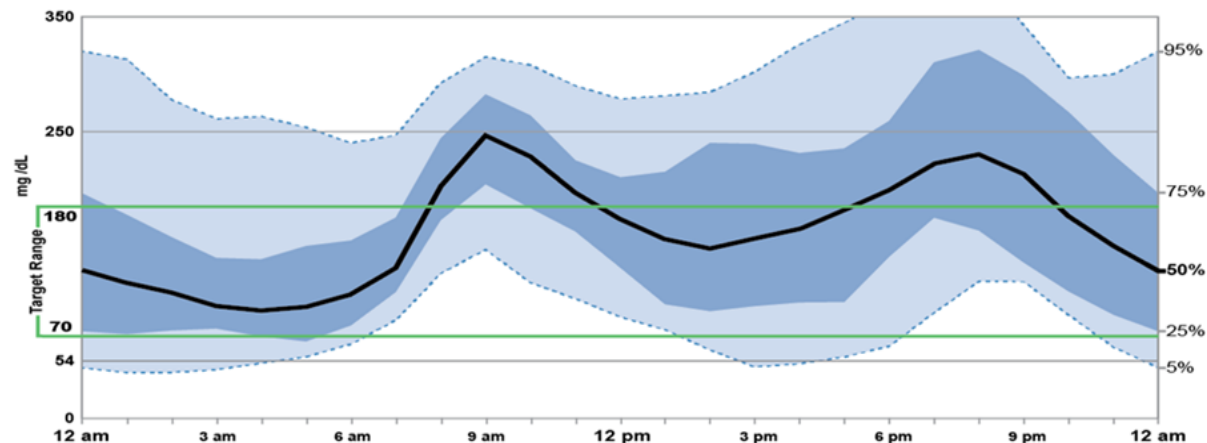
Defined as percent coefficient of variation (%CV); target ≤36%

## TIME IN RANGES

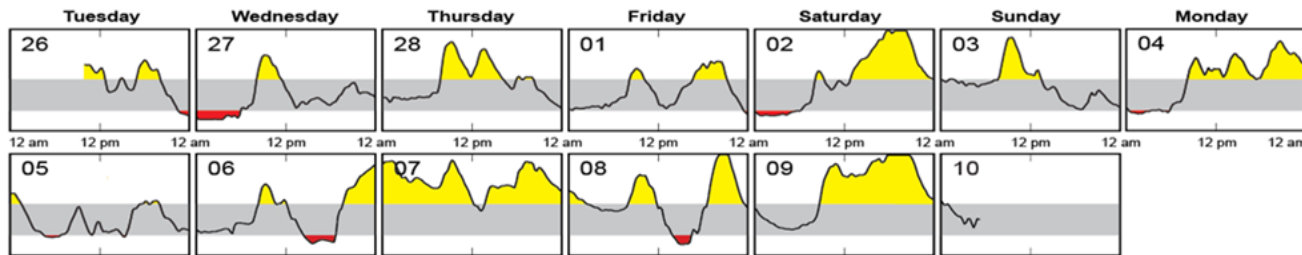


## AMBULATORY GLUCOSE PROFILE (AGP)

AGP is a summary of glucose values from the report period, with median (50%) and other percentiles shown as if occurring in a single day.



## DAILY GLUCOSE PROFILES



Each daily profile represents a midnight to midnight period.  
 Patents pending-HealthPartners Institute dba International Diabetes Center-All Rights Reserved, 2019

capturAGP<sup>®</sup> v4.0

# Czym jest raport AGP?

**AGP** Ambulatoryjny Profil Glikemii - graficzne zestawienie wyników uzyskanych z monitorowania stężenia glukozy we krwi w odniesieniu do przyjętych wartości docelowych.

Aktualnie to standard w prezentowaniu profilu glikemii u osób z cukrzycą z CGM i FGM zatwierdzony do stosowania w ciąży z cukrzycą.

Raport znormalizowany, licencjonowany przez International Diabetes Center (IDC).



Jakie, niezbędne informacje do planowania opieki zawiera AGP

# AGP Statystyki i cele glikemiczne

Czas w przedziałach glikemii (ang. Time in Ranges).

Ambulatoryjny Profil Glukozy- z 1 dnia

Profil glukozy z każdego dnia w tygodniu

## AGP Report

Name \_\_\_\_\_

MRN \_\_\_\_\_

### GLUCOSE STATISTICS AND TARGETS

26 Feb 2019 - 10 Mar 2019 **13 days**  
 % Time CGM is Active **99.9%**

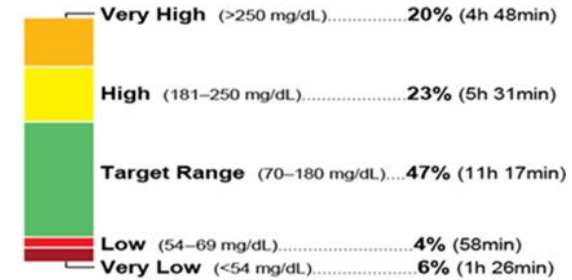
<b>Glucose Ranges</b>	<b>Targets</b> [% of Readings (Time/Day)]
Target Range 70-180 mg/dL.....	Greater than 70% (16h 48min)
Below 70 mg/dL .....	Less than 4% (58min)
Below 54 mg/dL .....	Less than 1% (14min)
Above 250 mg/dL .....	Less than 5% (1h 12min)

Each 5% increase in time in range (70-180 mg/dL) is clinically beneficial.

<b>Average Glucose</b>	<b>173 mg/dL</b>
<b>Glucose Management Indicator (GMI)</b>	<b>7.6%</b>
<b>Glucose Variability</b>	<b>49.5%</b>

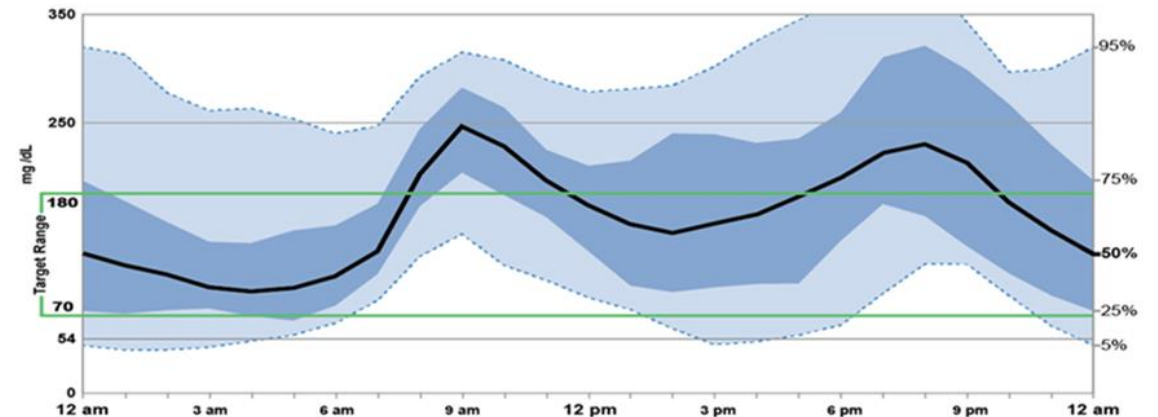
Defined as percent coefficient of variation (%CV); target ≤36%

### TIME IN RANGES

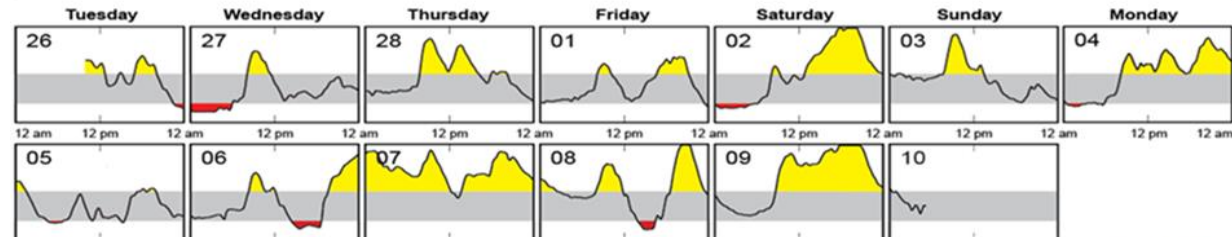


### AMBULATORY GLUCOSE PROFILE (AGP)

AGP is a summary of glucose values from the report period, with median (50%) and other percentiles shown as if occurring in a single day.



### DAILY GLUCOSE PROFILES



Each daily profile represents a midnight to midnight period.

Patents pending-HealthPartners Institute dba International Diabetes Center-All Rights Reserved. 2019

capturAGP v.4.0

# Planując opiekę nad kobietą ciężarną z cukrzycą należy uwzględnić:

Cele glikemiczne dla kobiety w ciąży (docelowe wartości)

**TIR – czas spędzony w glikemii docelowej**  
**> 70 % = 63-140 mg/dl**  
**(>16 godz. 45min/24h)**

**TBR - czas spędzony w glikemii poniżej docelowej**

**< 63mg/dl < 4% (< 1 godz.)**  
**<54mg/dl <1% (< 15 min.)**

**TAR- czas spędzony w glikemii powyżej docelowej**

**>140 mg/dl < 25% (<6 godz.)**

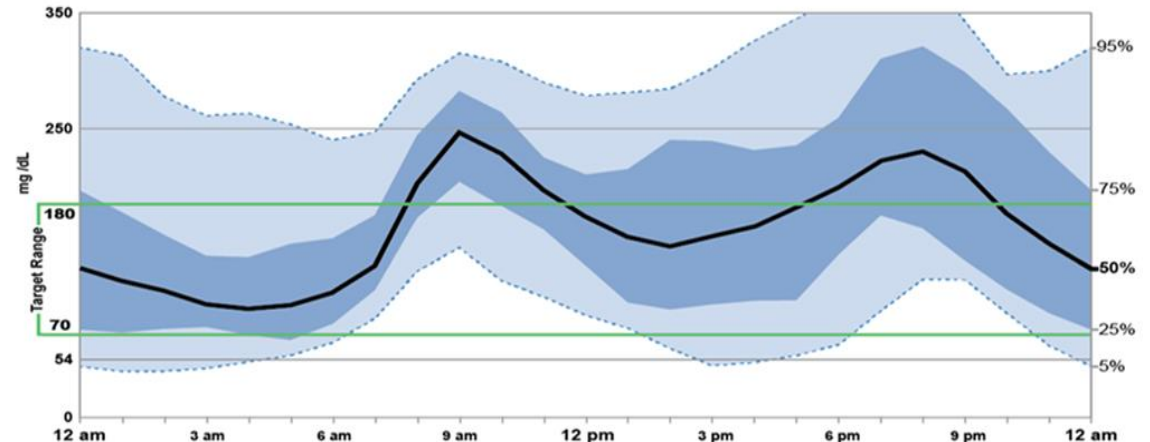
## AGP Report

### GLUCOSE STATISTICS AND TARGETS

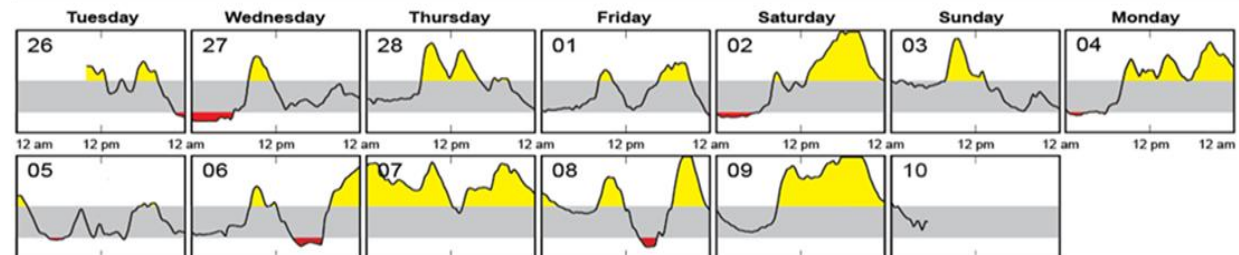
26 Feb 2019 - 10 Mar 2019	13 days
% Time CGM is Active	99.9%
<b>Glucose Ranges</b>	<b>Targets</b> [% of Readings (Time/Day)]
Target Range 70-180 mg/dL	Greater than 70% (16h 48min)
Below 70 mg/dL	Less than 4% (58min)
Below 54 mg/dL	Less than 1% (14min)
Above 250 mg/dL	Less than 5% (1h 12min)
Each 5% increase in time in range (70-180 mg/dL) is clinically beneficial.	
<b>Average Glucose</b>	<b>173 mg/dL</b>
<b>Glucose Management Indicator (GMI)</b>	<b>7.6%</b>
<b>Glucose Variability</b>	<b>49.5%</b>
Defined as percent coefficient of variation (%CV); target ≤36%	

### AMBULATORY GLUCOSE PROFILE (AGP)

AGP is a summary of glucose values from the report period, with median (50%) and other percentiles shown as if occurring in a single day.



### DAILY GLUCOSE PROFILES

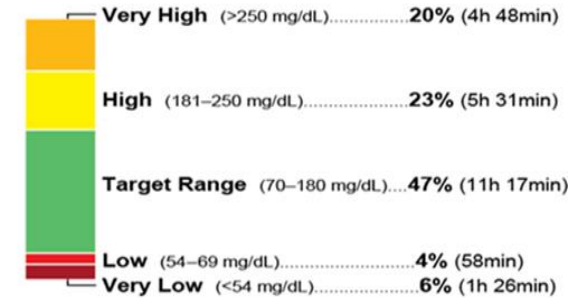


Each daily profile represents a midnight to midnight period.

Name \_\_\_\_\_

MRN \_\_\_\_\_

### TIME IN RANGES



# Planując opiekę nad kobietą ciężarną z cukrzycą należy uwzględnić:

Rzeczywiście  
uzyskane  
wyniki  
glikemii

**TIR – czas spędzony w glikemii docelowej**  
**> 70 % = 63-140 mg/dl**  
**(>16 godz. 45min/24h)**

**TBR - czas spędzony w glikemii poniżej docelowej**

**< 63mg/dl < 4% (< 1 godz.)**  
**<54mg/dl <1% (< 15 min.)**

**TAR- czas spędzony w glikemii powyżej docelowej**

**>140 mg/dl < 25% (<6 godz.)**

## AGP Report

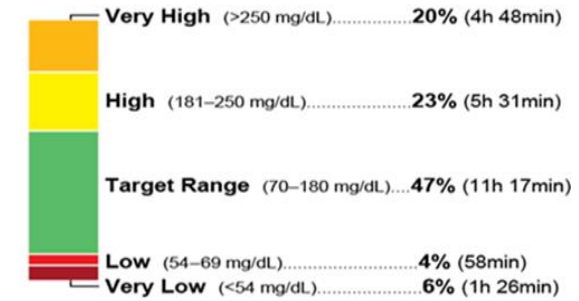
Name \_\_\_\_\_

MRN \_\_\_\_\_

### GLUCOSE STATISTICS AND TARGETS

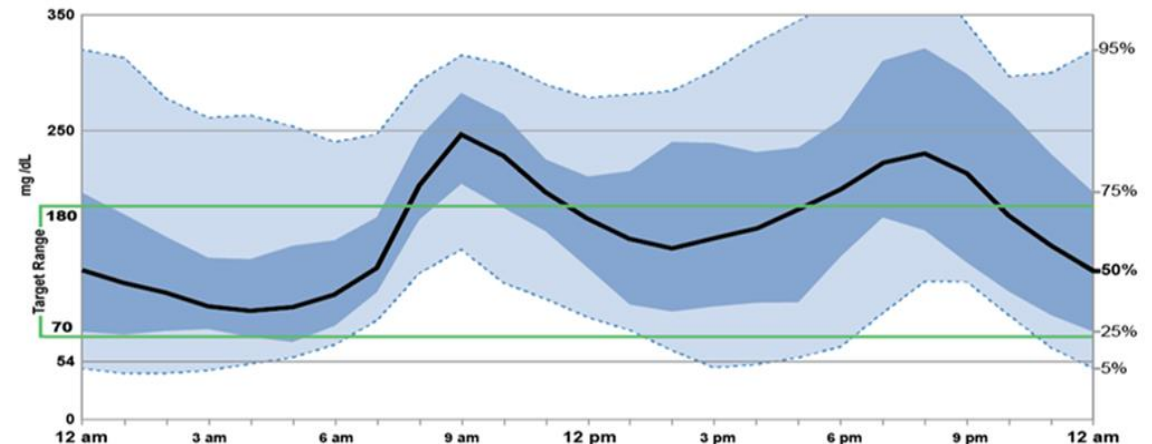
26 Feb 2019 - 10 Mar 2019	13 days
% Time CGM is Active	99.9%
<b>Glucose Ranges</b>	
Target Range 70-180 mg/dL	Greater than 70% (16h 48min)
Below 70 mg/dL	Less than 4% (58min)
Below 54 mg/dL	Less than 1% (14min)
Above 250 mg/dL	Less than 5% (1h 12min)
Each 5% increase in time in range (70-180 mg/dL) is clinically beneficial.	
<b>Average Glucose</b>	173 mg/dL
<b>Glucose Management Indicator (GMI)</b>	7.6%
<b>Glucose Variability</b>	49.5%
Defined as percent coefficient of variation (%CV); target ≤36%	

### TIME IN RANGES

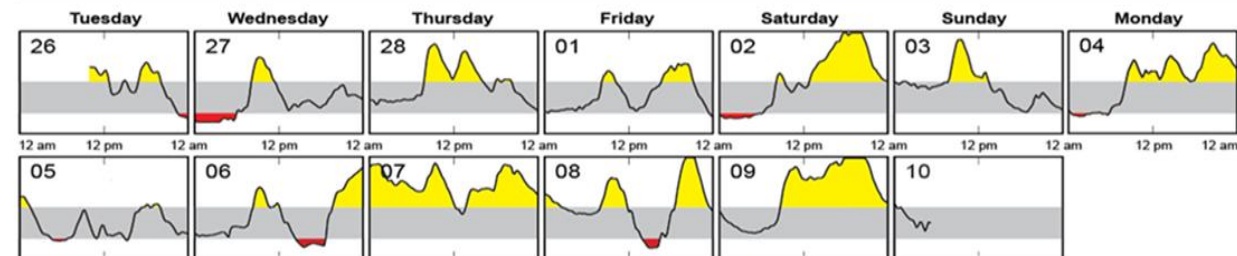


### AMBULATORY GLUCOSE PROFILE (AGP)

AGP is a summary of glucose values from the report period, with median (50%) and other percentiles shown as if occurring in a single day.



### DAILY GLUCOSE PROFILES



Each daily profile represents a midnight to midnight period.

Docelowe wartości glikemii u ciężarnej stosującej system ciągłego monitorowania glikemii

63-140 mg/dl

<4% / >70 %/ <25%

Tabela 4.2 Docelowe parametry glikemii u chorych na cukrzycę typu 1 i 2 oraz u kobiet w ciąży stosujących systematycznie CGM/FGM

	Czas spędzony w glikemii docelowej (TIR, <i>time in range</i> )		Czas spędzony poniżej glikemii docelowej (TBR, <i>time below range</i> )		Czas spędzony powyżej glikemii docelowej (TAR, <i>time above range</i> )	
	% odczytów; czas w ciągu doby	Docelowe wartości	% odczytów; czas w ciągu doby	Wartości poniżej celu	% odczytów; czas w ciągu doby	Wartości powyżej celu
Cukrzyca typu 1/ /cukrzyca typu 2	> 70% > 16 godz., 48 min	70–180 mg/dl (3,9–10 mmol/l)	< 4% < 1 godz. < 1% < 15 min	< 70 mg/dl (< 3,9 mmol/l) < 54 mg/dl (< 3,0 mmol/l)	< 25% < 6 godz. < 5% < 1 godz., 12 min	> 180 mg/dl (> 10,0 mmol/l) > 250 mg/dl (> 13,9 mmol/l)
Osoby starsze/ /osoby z wysokim ryzykiem hipoglikemii	> 50%; > 12 godz.	70–180 mg/dl (3,9–10 mmol/l)	< 1% < 15 min	< 70 mg/dl (< 3,9 mmol/l)	< 10%; < 2 godz., 24 min	> 250 mg/dl (> 13,9 mmol/l)
Kobiety w ciąży z cukrzycą typu 1	> 70% > 16 godz., 48 min	63–140 mg/dl (3,5–7,8 mmol/l)	< 4% < 1 godz. < 1% < 15 min	< 63 mg/dl (< 3,5 mmol/l) < 54 mg/dl (< 3,0 mmol/l)	< 25% < 6 godz.	> 140 mg/dl (> 7,8 mmol/l)

Na podstawie Battelino T. i wsp. *Diabetes Care* 2019; 42: 1593–1603



# AGP Report

Name \_\_\_\_\_  
MRN \_\_\_\_\_

Planując opiekę nad kobietą ciężarną z cukrzycą należy uwzględnić:

**Dzienny Profil Stężenia Glukozy- zalecane jest by:**

Przerywane linie niebieskie mieściły się w obszarze zakreślonym zieloną ramką (zakres docelowy).

Czarna linia (mediana) była w większości bardziej płaska i mieściła się w obszarze zielonej ramki.

Ciemnoniebieski zacieniony obszar był wąski (zmienność glikemii).

## GLUCOSE STATISTICS AND TARGETS

26 Feb 2019 - 10 Mar 2019 **13 days**  
% Time CGM is Active **99.9%**

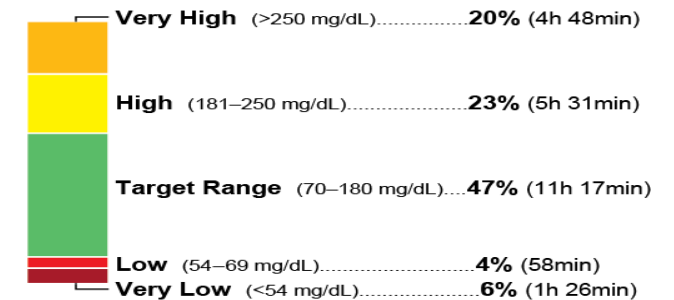
Glucose Ranges	Targets [% of Readings (Time/Day)]
Target Range 70-180 mg/dL	Greater than 70% (16h 48min)
Below 70 mg/dL	Less than 4% (58min)
Below 54 mg/dL	Less than 1% (14min)
Above 250 mg/dL	Less than 5% (1h 12min)

Each 5% increase in time in range (70-180 mg/dL) is clinically beneficial.

**Average Glucose** **173 mg/dL**  
**Glucose Management Indicator (GMI)** **7.6%**  
**Glucose Variability** **49.5%**

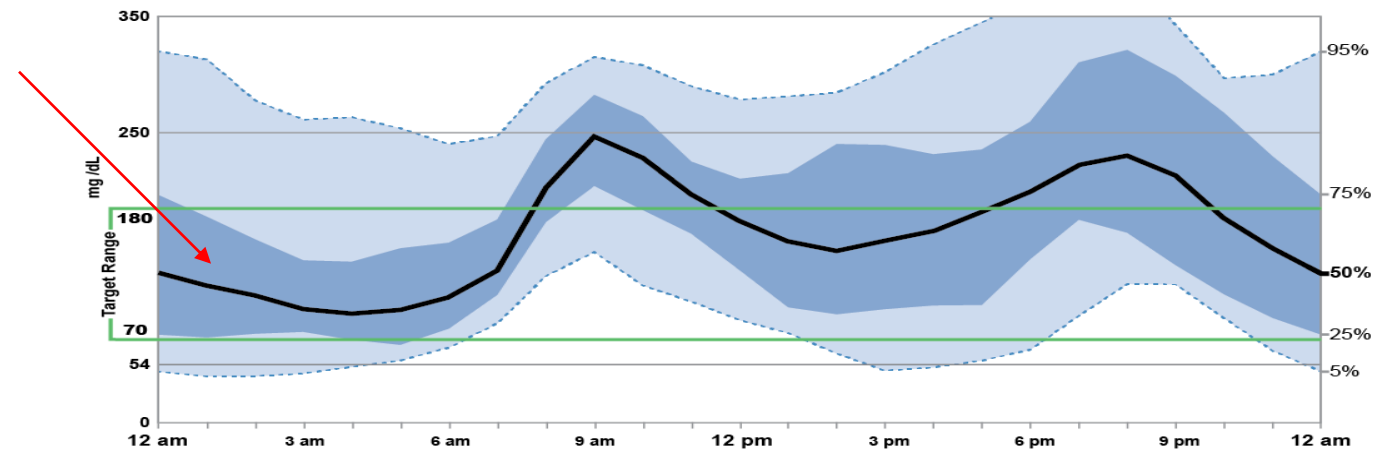
Defined as percent coefficient of variation (%CV); target ≤36%

## TIME IN RANGES

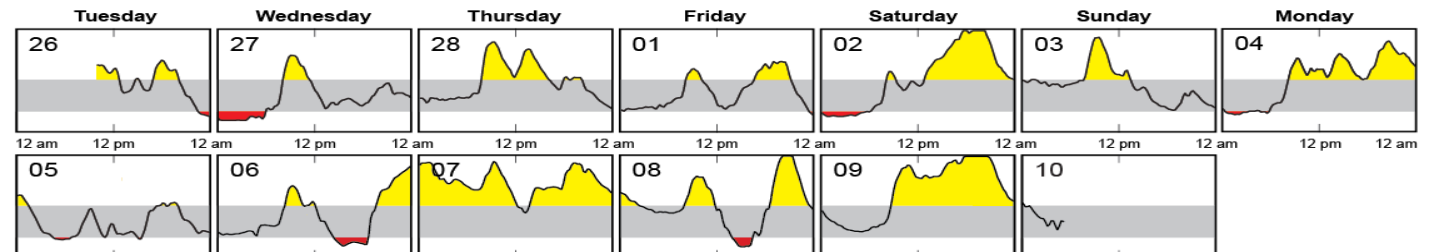


## AMBULATORY GLUCOSE PROFILE (AGP)

AGP is a summary of glucose values from the report period, with median (50%) and other percentiles shown as if occurring in a single day.



## DAILY GLUCOSE PROFILES



Each daily profile represents a midnight to midnight period.  
Patents pending-HealthPartners Institute dba International Diabetes Center-All Rights Reserved. 2019

# Zmiana myślenia przy planowaniu opieki nad kobietą ciężarną z cukrzycą

Wydłużenie czasu przebywania w prawidłowym zakresie poziomu glukozy przy jednoczesnej redukcji ryzyka epizodów hiperglikemii i hipoglikemii.

Zmniejszenie zmienności glikemii - parametru uważanego obecnie za integralny element oceny wyrównania metabolicznego cukrzycy



# Zmiana myślenia przy planowaniu opieki nad kobietą ciężarną z cukrzycą

Edukacja i wspieranie pacjentki w samodzielnym zarządzaniu cukrzycą

Set and forget”  
„Ustaw i zapomnij”

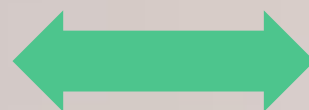
Check and  
determine/customize”  
„Sprawdzaj i  
dostosowuj”

Współczesne  
wyzwania opieki  
zdrowotnej

Cukrzyca  
w ciąży

SARS-Cov2  
COVID 19

Właściwe leczenie  
chorób  
(chorób przewlekłych)



# Dziękuję za uwagę

Dr n. o zdr. Natasza Tobiasz-Kałkun (PL)

[n.tobiasz-kalkun@uwm.edu.pl](mailto:n.tobiasz-kalkun@uwm.edu.pl)

Katedra Położnictwa, Szkoła Zdrowia Publicznego, Collegium Medicum UWM w Olsztynie  
Polska Federacja Edukacji w Diabetologii (PFED)





MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA NAUKOWO - SZKOLENIOWA  
Polska - Hiszpania – Słowacja  
„Pielęgniarstwo i położnictwo w wymiarze interdyscyplinarnym  
wobec współczesnych wyzwań”

ROLA POŁOŻNEJ W OPIECE NAD PACJENTKĄ Z ŁOŻYSKIEM  
CENTRALNIE PRZODUJĄCYM

Uniwersytet Warmińsko – Mazurski w Olsztynie  
Collegium Medicum, Szkoła Zdrowia Publicznego  
Katedra Położnictwa

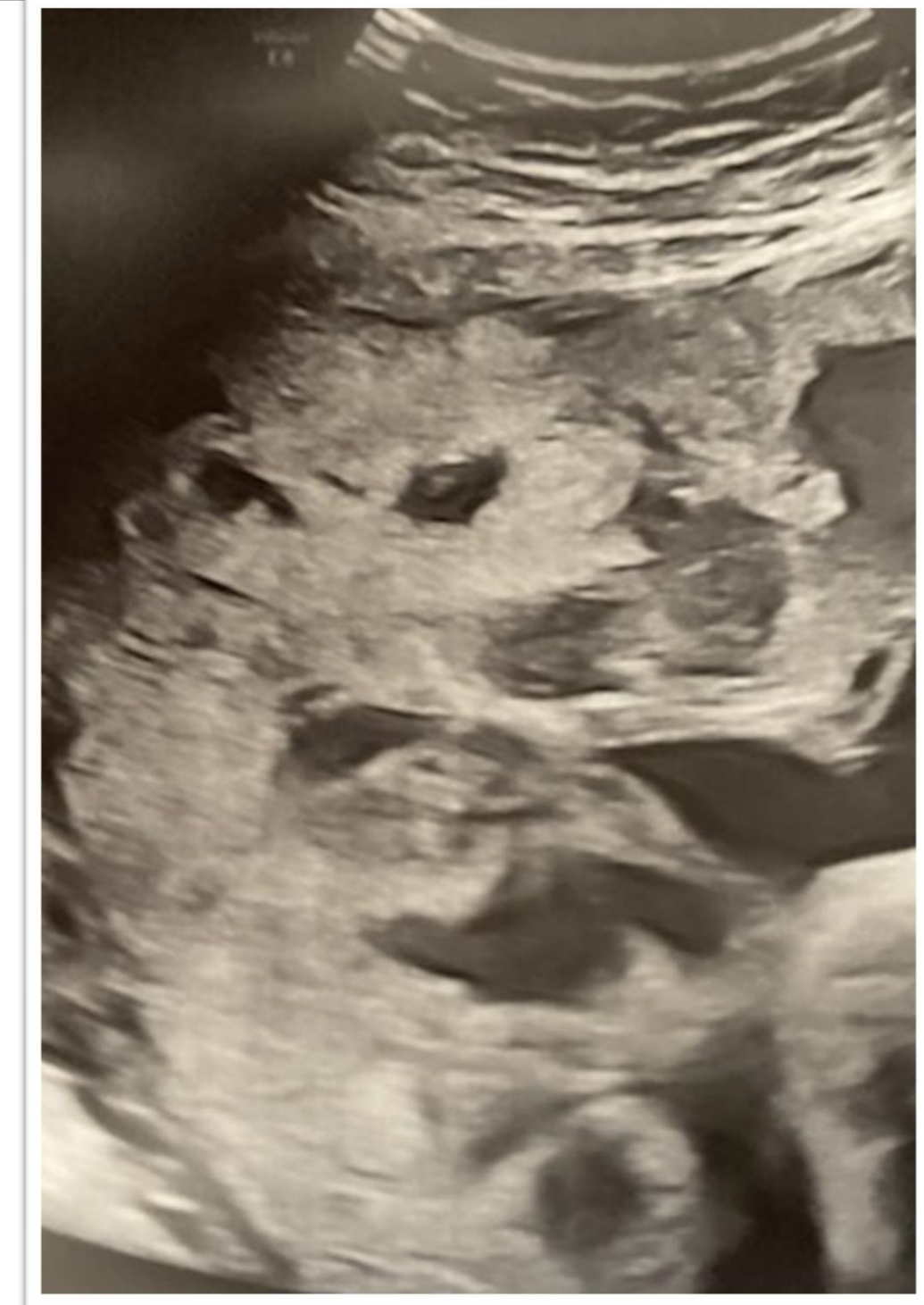
Jowita Dubel – Mikulska, Małgorzata Drężek – Skrzyszewska, Agnieszka Terska, Ewa Kupcewicz

19 luty 2021

# Wprowadzenie

Ciąża powikłana łożyskiem centralnie przodu stanowiącym stanowi bardzo duże zagrożenie życia, ciężarnej jak i jej dziecka.

Patologie w umiejscowieniu łożyska stanowią jedną z głównych przyczyn krwotoków poporodowych, mogących przyczynić się do konieczności usunięcia narządów rodnych kobiety, co w konsekwencji prowadzi do utraty jej dalszych zdolności rozrodczych.



## CEL GŁÓWNY

Poznanie roli położnej w opiece nad pacjentką z łożyskiem centralnie przodującym z podejrzeniem wrastania w bliznę po cięciu cesarskim ze szczególnym uwzględnieniem stanu bio-psycho-społecznego pacjentki



## CELE SZCZEGÓŁOWE

Rozpoznanie problemów pacjentki związanych z ciążą powikłaną łożyskiem centralnie przodującym.

Dostosowanie interwencji położnej do stanu bio-psycho-społecznego pacjentki.

Przygotowanie edukacji w zakresie samoopieki dostosowanej do stanu zdrowia i możliwości pacjentki

# Gromadzenie materiału empirycznego

## METODA BADAWCZA – STUDIUM INDYWIDUALNEGO PRZYPADKU

### TECHNIKI BADAWCZE

- ❖ Wywiad
- ❖ Obserwacja jednego dnia
- ❖ Analiza dokumentów
- ❖ Pomiar parametrów życiowych
- ❖ Analiza piśmiennictwa





# Material

Badaniem objęto pacjentkę lat 36 w 26 tygodniu ciąży, ciąża VII, poród VII, stan po pięciu porodach ukończonych drogą cięcia cesarskiego oraz jednym porodzie naturalnym.

Przyczyną przyjęcia do szpitala były nasilające się dolegliwości bólowe podbrzusza w przebiegu ciąży powikłanej łożyskiem centralnie przodującym z podejrzeniem wrastania w bliznę po cięciu cesarskim i cukrzycą ciążową leczoną insuliną. Przebieg obecnej ciąży przebiegał bez dolegliwości, poza jednorazowym incydentem krwawienia w 15 tygodniu ciąży. W trakcie badania ultrasonograficznego został potwierdzony płat łożyska zlokalizowany na przedniej ścianie macicy, pokrywający w całości ujście wewnętrzne kanału szyjki macicy. W wywiadzie dotyczącym przebytych chorób u pacjentki odnotowano wypadanie płotka zastawki mitralnej oraz cukrzycę ciężarnych, w trakcie terapii Insulatardem i dietą cukrzycową. Pacjentka neguje używki oraz uczulenia na pokarmy i leki. Warunki socjalno – bytowe określa jako dobre. W trakcie wywiadu położniczego kobieta przedstawia szczegółową dokumentację medyczną, dotyczącą jej poprzednich sześciu porodów.



# Wyniki

- Ciąża powikłana łożyskiem centralnie przodującym zakończona cięciem cesarskim - ryzykiem wrastania tkanki łożyska w bliznę macicy.
- Krwotok w trakcie cięcia cesarskiego w następstwie łożyska centralnie przodującego.



# Wyniki

cd.

- Okołoporodowe usunięcie macicy związane z nieprawidłową implantacją łożyska.
- Przetaczanie preparatów KKCz (koncentratu krwinek czerwonych) i FFP (osocza krwi).
- Monitorowanie parametrów życiowych.
- Obserwacja i kontrola stanu chorej w dobie pooperacyjnej – interdyscyplinarna opieka położnicza.
- Edukacja w zakresie samopielegnacji i samoopieki po zabiegu operacyjnym



# Podsumowanie i wnioski do praktyki zawodowej

1. Nieprawidłowe zagnieżdżenie łożyska, w położnictwie stanowi jeden z głównych czynników krwotoku położniczego wymagającego leczenia chirurgicznego pozbawiającego kobietę dalszej możliwości reprodukcyjnej.
2. Ciężarne z rozpoznaniem łożyskiem centralnie przodującym powinny zostać objęte opieką specjalistyczną w ośrodku o najwyższym stopniu referencyjności.
3. Nieprawidłowe zagnieżdżenie łożyska, w położnictwie stanowi jeden z głównych czynników krwotoku położniczego wymagającego leczenia chirurgicznego pozbawiającego kobietę dalszej możliwości reprodukcyjnej.





cd.

4. Badanie ultrasonograficzne umożliwia wczesne zakwalifikowanie ciężarnej do grupy szczególnego nadzoru położniczego.
5. Nieprawidłowa implantacja łożyska związana jest ze znacznym wzrostem zachorowalności, a nawet śmiertelności wśród kobiet rodzących.
6. W ciąży powikłanej łożyskiem przodującym, rokowanie dla ciężarnej i płodu jest dobre o ile pacjentka pozostaje pod opieką specjalistyczną oraz zastosowane jest skuteczne leczenie, a poród odbywa się w ośrodku o wystarczającym poziomie referencyjnym i w sposób możliwie zaplanowanym.
7. Wczesne rozpoznanie, odpowiednie prowadzenie ciąży tj. skierowanie ciężarnej do właściwego ośrodka referencyjnego, oferującego między innymi możliwość postępowania zachowawczego, stanowi nową jakość opieki położniczej

# Bibliografia

---

1. Lenartowicz H., Kózka M.: Metodologia badań w pielęgniarstwie. Wydaw. Medyczne Borgis, Warszawa 2009:27-29
2. Opinc M., Kowalska-Koprek U., Kalinka J., Korowicz-Bilińska A.: Okołoporodowe usunięcie macicy-analiza przypadków. Ginekologia i Perinatologia Praktyczna 2019;4(1):1-7
3. Mazurkiewicz B.: Proces pielęgnowania -nowoczesna opieka nad pacjentem .W : Pielęgnowanie w położnictwie, ginekologii i neonatologii. ( red..) Rabiej M., Mazurkiewicz B. Wydaw. Lekarskie PZWL, Warszawa 2018 : 3-13
4. Sentihles ., Ambroselli C., Kayem G.: Maternal outcome after conservative treatment of placenta accrete . Obstet gYNECOL. 2010 , 115:526-534

Dziękuję za uwagę

MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA NAUKOWO - SZKOLENIOWA

Polska - Hiszpania – Słowacja

„Pielęgniarstwo i położnictwo w wymiarze interdyscyplinarnym  
wobec współczesnych wyzwań”

## WPŁYW EPISIOTOMII NA JAKOŚĆ ŻYCIA KOBIET W POŁOGU

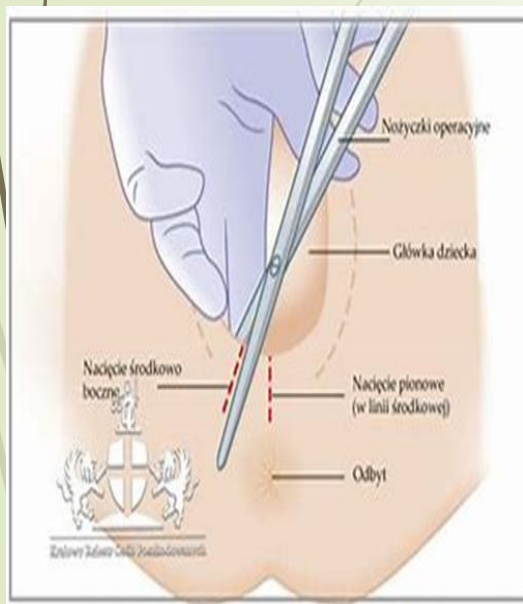
Uniwersytet Warmińsko – Mazurski w Olsztynie  
Collegium Medicum, Szkoła Zdrowia Publicznego  
Katedra Położnictwa

Agnieszka Terska, Lidia Łojko, Jowita Dubel – Mikulska, Małgorzata Drężek – Skrzyszewska, Ewa Kupcewicz

# Wprowadzenie

## Zabieg episiotomii - charakterystyka

- Episiotomia to zabieg nacięcia krocza wykonywany między pochwą a odbytem, który przeprowadzany jest w celu zwiększenia wielkości otwarcia pochwy, by ułatwić urodzenie dziecka.
- Nacięcie krocza wykonywane jest w kierunku skośnym lub środkowym w zależności od warunków anatomicznych.
- Nacięcie krocza przebiega do dołu i zwykle nie narusza mięśni wokół odbytu lub samego odbytu [1].





# Jakość życia w ujęciu definicyjnym

- **WHO** - „indywidualna ocena sytuacji życiowej, w odniesieniu do systemu wartości jednostki, jej oczekiwań, celów, zainteresowań oraz kultury w jakiej żyje”[2].
- **W/g S. Ebrahima** – „jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia jest wyznaczona długością życia i modyfikowana przez niepełnosprawność fizyczną, ograniczenia funkcjonalne, sposób ich postrzegania i możliwości aktywności społecznej”[3].
- **W/g A. Bańki** – „jakość życia to zagadnienie wieloznaczne, a jego definicja uzależniona jest od perspektywy podmiotu podejmującego problem”[4].

2. *Turska W., Skowron A.: Metodyka oceny jakości życia. Farm Pol, 2009, 65(8): 572- 580*

3. *Ebrahim S. Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. Soc. Sci. Med. 1995; 41: 1383–1394.*

4. *Bańka, A. (1994). Jakość życia w psychologicznych koncepcjach człowieka i pracy. W: A., Bańka, R., Derbis (red.), Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia (s. 19-40). Poznań - Częstochowa: "Gemini" s.c.*



# Cel i zakres pracy

Celem pracy było poznanie wpływu episiotomii na wybrane aspekty jakości życia położnic

- Badanie swoim zakresem objęło: sprawność fizyczną kobiet w położu z uwzględnieniem sprawności ruchowej i odczuwania bólu oraz stan psychiczny, w tym występowanie negatywnych emocji i samoocenę pacjentki.
- Dodatkowo uwzględniono występowanie problemów pielęgnacyjnych, powikłań w procesie gojenia się rany oraz rolę edukacyjną personelu medycznego, które pośrednio wpływają na sferę emocjonalną i fizyczną pacjentki.


# Hipotezy badawcze:

## W pracy przyjęto następujące hipotezy badawcze:

- Episiotomia jako zabieg inwazyjny wpływa na jakość życia kobiet w porożu. Jest to istotny wpływ, odczuwalny przez większą grupę pacjentek. Zakres oddziaływania obejmuje nie tylko stan fizyczny ale również sferę psychiczną położnic.
- Pacjentki po zabiegu doświadczają wielu negatywnych emocji. Pozostała po nacięciu blizna zaburza postrzeganie własnej atrakcyjności oraz obniża samoocenę kobiety. Pacjentki częściej potrzebują pomocy innych i są bardziej narażone na odczuwanie negatywnych emocji.

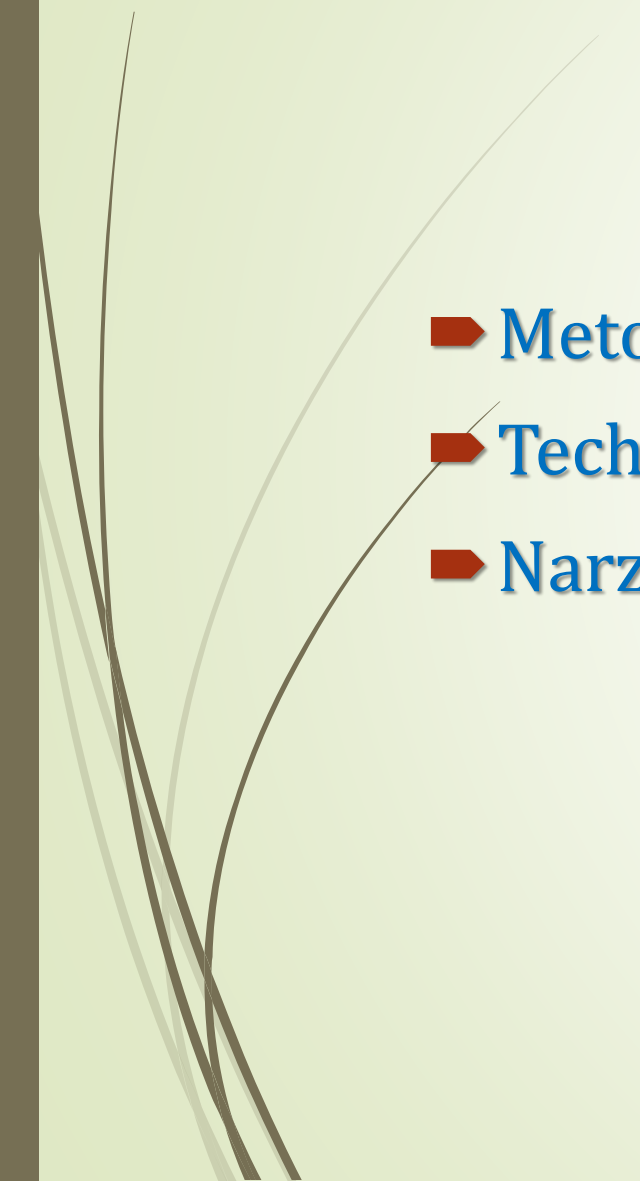


## cd. Hipotezy badawcze:

- Subiektywne odczucia położnic po episiotomii związane są najczęściej z poczuciem okaleczenia i bezradności. Takie przeżycia pociągają za sobą negatywne emocje, takie jak: niezadowolenie, smutek, rozdrażnienie a nawet frustracje.
  - Rana powstała po nacięciu krocza powoduje ból i dyskomfort oraz pogarsza sprawność fizyczną położnic.
- 



# Metodyka badań

- **Metoda badawcza: sondaż diagnostyczny**
  - **Technika badawcza: ankieta**
  - **Narzędzia badawcze: kwestionariusz ankiety**
- 

# Materiał empiryczny

## ➤ **Badaniem objęto :**

➤ Grupę 85 kobiet, które podczas prowadzenia badań były w okresie połogu.

## ➤ **Kryteria włączenia do badań:**

❖ wykonany zabieg episiotomii podczas ostatniego porodu,

❖ od chwili narodzin dziecka do wypełniania ankiety mogło upłynąć nie więcej niż 6 tygodni.

➤ Kwestionariusz udostępniony został drogą internetową. Próba badana była zróżnicowana pod względem wieku i liczby przebytych porodów

# Organizacja badań

- Kwestionariusz ankiety przygotowano i rozpowszechniono za pomocą Formularza Google (zamieszczono na portalu społecznościowym Facebook).
- Do udziału w badaniu zaproszono grupy zrzeszające kobiety w okresie okołoporodowym, m.in. „Majowe mamy”, „Czerwcowe mamusie”, „Poród 2020”.
- Badanie przeprowadzono w okresie 29.05.2020r - 30.06.2020r.
- Do analizy i weryfikacji danych empirycznych wykorzystano arkusz kalkulacyjny Microsoft Excel.



# Charakterystyka badanej grupy

- W badaniu ankietowym udział wzięło - 156 respondentek, z czego prawidłowo wypełnionych zostało 85 kwestionariuszy (54,5%).
- Badaną grupę stanowiły położnice w wieku 18 lat oraz poniżej ( 2% ), do lat 40 ( 9,5 % ). Wśród nich dominowała grupa kobiet w wieku 26-30 lat, która objęła 48% wszystkich badanych.
- Respondentki różniły się pod względem liczby przebytych porodów, najczęściej były to pierwsiastki i stanowiły - 71,8% ankietowanych, kobiet po dwóch przebytych porodach było 25,9%, po trzech 2,3%
- Grupa badana składała się z kobiet zarówno we wczesnym (34,1%) jak i w późnym porożu (65,9%).

# Wyniki badań

- W zakresie funkcjonowania fizycznego - respondentki w 89,4% obserwowały występowanie zależności między dolegliwościami związanymi z przebytych zabiegiem episiotomii a wykonywaniem niektórych czynności, takich jak:
  - ❖ dyskomfort przy siedzeniu - odczuwało 74,1% ankietowanych,
  - ❖ trudności z codzienną pielęgnacją oraz oddawaniem moczu bądź/i stolca – wskazało 51,8 % respondentek,
  - ❖ 47,1% kobiet miało trudności z poruszaniem się,
  - ❖ 42,4% badanych kobiet zaobserwowała wpływ nacięcia krocza na brak możliwości sprawowania opieki nad dzieckiem

## c.d. Wyniki badań

- ❖ 38,1% kobiet w chwili badania czuło bardzo silny bądź znaczny ból, 19,7% oceniło jego nasilenie jako umiarkowane, 39,5% odczuwało nieznaczny dyskomfort, a 2,6% nie deklarowało żadnych dolegliwości bólowych ze strony naciętego krocza

Poziom odczuwanego bólu we wczesnym i późnym położu



POZIOM ODCZUWANIA BÓLU	WCZESNY POŁÓG	PÓŹNY POŁÓG
Bardzo silny ból	48,2 %	14,3 %
Umiarkowany ból	20,7 %	16,1 %
Dyskomfort	31,3 %	42,9 %
Brak bólu	-	14,3 %

## c.d. Wyniki badań

❖ Pomoc innych osób była potrzebna najczęściej kobietom przy wykonywaniu:

- czynności domowych - 45,7%
- w opiece nad dzieckiem - 29,4%
- wykonywaniu codziennych czynności np. toaleta ciała, spacer - 12,9 %
- pomoc w poruszaniu się - 15,3 %

❖ 70,6% ankietowanych zaobserwowało występowanie negatywnych emocji, takich jak:

- bezradność- 56,7%,
- przygnębienie- 53,3%
- frustracja- 48,3%.

## c.d. Wyniki badań

- Zabieg episiotomii wpłynął na samoocenę ankietowanych kobiet w 56,5%
- ❖ 35,3% położnic po przebytym nacięciu czuła się mniej atrakcyjna
- ❖ 48,3% skarżyło się na bezradność i zależność od innych
  
- Zdaniem badanych kobiet episiotomia wpłynie na ich przyszłe życie intymne w 81,2%
- 30,6 % kobiet twierdziła, że episiotomia wpłynie też na ich relacje rodzinne i towarzyskie

## c.d. Wyniki badań

- Trudności w pielęgnacji krocza wystąpiły u 36,5% ankietowanych:
- 75,3% respondentek podało, że podczas pobytu w szpitalu zostały poinstruowane odnośnie pielęgnacji naciętego krocza.
  
- Najczęściej przekazywane informacje/elementy edukacji zdrowotnej to:
  - ❖ sposób wykonywania czynności higienicznych (89,1%),
  - ❖ preparaty polecane do pielęgnacji krocza (76,6%),
  - ❖ położnice instruowano w zakresie doboru odpowiedniej bielizny ( 29,7% ), prawidłowych pozycji ciała ( 23,4 % ) oraz objawów świadczących o nieprawidłowościach w procesie gojenia się krocza ( 39,1% ).



## c.d. Wyniki badań

- Najczęstsze powikłania w grupie położnic, u których wystąpiły nieprawidłowości w procesie gojenia się rany krocza:

Występujące powikłania	%
ból i gorączka	15.8%
rozejście się szwów	36.8%
wydzielina o nieprzyjemnym zapachu	28.9%
<b>obrzęk i zaczerwienienie krocza</b>	<b>57.9%</b>
ropna wydzielina z rany	23.7%
inne	10.5%

# Wnioski i implikacje do praktyki zawodowej

- Nacięcie krocza miało wpływ na jakość życia u części badanych położnic. Zakres tego oddziaływania dotyczył funkcjonowania w sferze fizycznej, psychicznej i emocjonalnej, a w niektórych przypadkach również w sferze społecznej.
- W opinii badanych kobiet episiotomia pozostawia tzw. „ślady” w psychice. Przyczynia się do zmiany postrzegania siebie i obniża samoocenę kobiety. Przebyte nacięcie krocza może wywoływać negatywne emocje, takie jak bezradność, smutek, lęk, rozdrażnienie, złość czy frustrację



# Wnioski i implikacje do praktyki zawodowej

- W opinii badanych, kobiety po episiotomii często czują się okaleczone i bezradne. Twierdzą, że zabieg wkracza w sferę ich intymności, co powoduje obawę o przyszłe życie seksualne. Wczesny połóg to dla wielu kobiet okres szczególnie nasilonych wrażeń bólowych.
- Nacięcie krocza wpływało na sprawność ruchową i fizyczną w opinii badanych kobiet. Ma to związek z bólem gojącej się rany.

# Wnioski i implikacje do praktyki zawodowej

- Analizując otrzymane wyniki uzasadnione jest ograniczenie wykonywania zabiegu episiotomii do minimum oraz wyłączenie ze wskazań medycznych
- Należałoby się zastanowić nad procesem szkoleń dla lekarzy i położnych pracujących w Blokach porodowych poszerzających ich umiejętności w przyjmowaniu porodów bez nacięcia krocza
- Należy dostosować proces kształcenia dla studentów kierunków położnictwa oraz lekarskiego pokazujący nieprawidłowości w funkcjonowaniu kobiety po zabiegu nacięcia krocza a także całej jej rodziny, wpływ na rozwój macierzyństwa i relacji partnerskich

Dziękuję za uwagę

