

Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia

Kwartalnik

Organ Europejskiego Centrum Kształcenia Podyplomowego we Wrocławiu

Redaktor naczelny:

dr n. med. Izabella Uchmanowicz (Wrocław)

Z-ca redaktora naczelnego:

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

Sekretarz Redakcji:

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

Komitet Naukowy:

prof. dr hab. Bernard Panaszek (Wrocław)

prof. Sabina De Geest (Basel, Szwajcaria)

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

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

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

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

dr n. med. Sylwia Krzemińska (Wrocław)

dr n. med. Dominik Krzyżanowski (Wrocław)

dr n. med. Jacek Smereka (Wrocław)

dr n. med. Jakub Trnka (Wrocław)

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

dr Diane Carroll (Boston, USA)

dr Lynne Hinterbuchner (Salzburg, Austria)

dr Eleni Kleisiou (Ateny, Grecja)

dr Monica Parry (Toronto, Canada)

dr Bartosz Uchmanowicz (Wrocław)

mgr Jolanta Grzebieluch (Wrocław)

mgr Stanisław Manulik (Wrocław)

Redaktor językowy:

Jan Kuźma, Wydawnictwo Continuo,

wydawnictwo@continuo.pl

Redaktor statystyczny:

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

Redaktor języka angielskiego:

Piotr Zienkiewicz, wydawnictwo@continuo.pl

Redaktorzy tematyczni:

Pielęgniarstwo anestezjologiczne i w intensywnej opiece:

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

Zarządzanie w pielęgniarstwie, organizacja pracy w pielęgniarstwie:

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

Pielęgniarstwo kardiologiczne:

dr n. med. Izabella Uchmanowicz,

izabella.uchmanowicz@am.wroc.pl

Pielęgniarstwo neurologiczne i neurochirurgiczne:

dr n. med. Joanna Rosińczuk-Tonderys,

joanna.rosinczuk-tonderys@am.wroc.pl

Pielęgniarska opieka paliatywna, pielęgniarska opieka długoterminowa:

dr n. med. Dominik Krzyżanowski,

dominik.krzyzanowski@am.wroc.pl

Pielęgniarstwo epidemiologiczne:

dr n. med. Beata Jankowska-Polańska,

beata.jankowska-polanska@am.wroc.pl

Socjologia medycyny:

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

Adres redakcji:

ul. Piłsudskiego 13, 50-048 Wrocław

Tel.: 783 371 474

Fax: 71 750 30 67

e-mail: eckp@eckp.wroclaw.pl

Wydawca:

Na zlecenie Europejskiego Centrum

Kształcenia Podyplomowego we Wrocławiu

WYDAWNICTWO

Continuo

Wydawnictwo Continuo

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

Tel.: 71 791-20-30

e-mail: wydawnictwo@continuo.pl

www.contunuo.pl

Przenumerata

w 2012 r. cena rocznika dla Instytucji: 80 zł,

dla odbiorców indywidualnych: 40 zł

e-mail: zamowienia@continuo.pl,

tel.: 71 791-20-30

Reklamy:

e-mail: zamowienia@continuo.pl,

tel.: 71 791-20-30

Za treść reklam Redakcja nie ponosi odpowiedzialności.

© Copyright by Wydawnictwo Continuo

PL ISSN 2084-4212

Nakład 500 egz.

Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia

2012, Vol. 1, Nr 3, 49-68

Spis treści/Content:

PRACE ORYGINALNE

Wysoki poziom lęku u pacjentów, u których podejrzewano, ale wykluczono podejrzenie omdleń wazowagalnych 50
Monika Szewczuk-Bogusławska, Dorota Zyśko, Małgorzata Kaczmarek, Anil Kumar Agrawal, Jerzy Rudnicki, Jacek Gajek, Artur Federowski

Jakość życia pacjentów cierpiących na choroby kardiologiczne. Badania własne przeprowadzone na terenie województwa opolskiego 55
Izabela Wróblewska, Malwina Kupczyk

PRACE POGLĄDOWE

Występowanie malarii na świecie, w Europie i w Polsce 60
Joanna Rosińczuk-Tonderys, Justyna Bazan, Małgorzata Kaciuban, Ireneusz Całkosiński

PRACE KAZUISTYCZNE

Odczucie wstrętu może wyzwolić reakcję neurokardiogeną – opis przypadku 64
Agnieszka Sławuta, Dorota Zyśko

PRACE STUDENCKIE

Choroba Parkinsona – postępowanie pielęgnacyjno-rehabilitacyjne wobec chorego na chorobę Parkinsona 66
Elżbieta Wrońska, Izabella Krawczyk, Magdalena Wnuk

ORYGINAL PAPERS

High anxiety level in patients with suspected but excluded vasovagal syncope 50
Monika Szewczuk-Bogusławska, Dorota Zyśko, Małgorzata Kaczmarek, Anil Kumar Agrawal, Jerzy Rudnicki, Jacek Gajek, Artur Federowski

The quality of life of people suffering from cardiac diseases. Own research conducted in the province of Opole 55
Izabela Wróblewska, Malwina Kupczyk

REVIEWS

The occurrence of malaria in the world, in Europe and Poland 60
Joanna Rosińczuk-Tonderys, Justyna Bazan, Małgorzata Kaciuban, Ireneusz Całkosiński

CASE REPORTS

Disgust may elicit neurocardiogenic reaction – case report 64
Agnieszka Sławuta, Dorota Zyśko

STUDENTS REVIEWS

Parkinson's disease – nursing and rehabilitation proceedings against the patient with Parkinson's disease 66
Elżbieta Wrońska, Izabella Krawczyk, Magdalena Wnuk

WYSOKI POZIOM LĘKU U PACJENTÓW, U KTÓRYCH PODEJRZEWANO, ALE WYKLUCZONO PODEJRZENIE OMDLEŃ WAZOWAGALNYCH

High anxiety level in patients with suspected but excluded vasovagal syncope

Monika Szewczuk-Bogusławska¹, Dorota Zyśko², Małgorzata Kaczmarek³, Anil Kumar Agrawal⁴, Jerzy Rudnicki⁵, Jacek Gajek⁶, Artur Federowski^{7,8}

¹ Katedra i Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

² Zakład Ratownictwa Medycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

³ Centrum Neuropsychiatrii „Neuromed” Wrocław

⁴ II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

⁵ Klinika Chirurgii Małoinwazyjnej i Proktologicznej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

⁶ Katedra i Klinika Kardiologii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

⁷ Department of Clinical Sciences, Clinical Research Center, Lund University, Malmö, Sweden

⁸ Arrhythmia Department, Skåne University Hospital, Malmö, Sweden

adres do korespondencji: dzysko@wp.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Pacjenci kierowani na test pochyleniowy, u których wykluczono omdlenia wazowagalne, są grupą mało poznaną. Objawy zaburzeń lękowych i prodromalne objawy omdlenia wazowagalnego nakładają się na siebie, co może utrudniać rozpoznanie.

Cel pracy. Ocena poziomu lęku w grupie młodych kobiet, u których na podstawie wywiadu i wyniku testu pochyleniowego wykluczono występowanie omdleń wazowagalnych.

Materiał i metody. Grupa badana składała się z 14 kobiet, które pochodziły z grupy 55 kobiet kierowanych na test pochyleniowy w wieku 21–40 lat, u których na podstawie wywiadu i wyniku testu pochyleniowego wykluczono występowanie omdleń wazowagalnych.

Przed wykonaniem testu pochyleniowego u badanych kobiet przeprowadzono badanie z użyciem kwestionariusza Spielberga i oceniono poziom lęku jako stanu (KS1) i jako cechy (KS2). Grupę kontrolną stanowiły 124 kobiety, które zaprzęcały występowaniu omdleń w wywiadzie, które anonimowo wypełniły kwestionariusz Spielberga oraz kwestionariusz dotyczący stanu zdrowia.

Wyniki. Stwierdzono: 1) istotnie wyższy poziom lęku jako cechy i stanu (KS1 i KS2) w grupie badanej niż w grupie kontrolnej, 2) wartość poziomu lęku jako stanu (KS1) ponad 32 ze 100% czułością i 34,7% swoistością pozwala odróżnić pacjentów z grupy badanej od osób z grupy kontrolnej, 3) wartość poziomu lęku jako cechy (KS2) ponad 44 ze 64,3% czułością i 74,2% swoistością pozwala odróżnić pacjentów z grupy badanej od osób z grupy kontrolnej.

Wnioski. 1. U około 20% pacjentek kierowanych na test pochyleniowy wykonanie badania i ocena zgłaszanych dolegliwości oraz reprodukcji objawów spontanicznych podczas testu pochyleniowego pozwala na wykluczenie omdleń wazowagalnych jako przyczyny zgłaszanych dolegliwości. 2. U pacjentek w grupie badanej stwierdza się wysoki poziom lęku jako cechy i jako stanu, co wskazuje na możliwość występowania zaburzeń lękowych jako podłoża zgłaszanych dolegliwości. 3. Wykluczenie rozpoznania omdleń wazowagalnych u młodych kobiet kierowanych z takim podejrzeniem na test pochyleniowy powinno zwrócić uwagę na możliwość występowania u nich zaburzeń lękowych.

Słowa kluczowe: omdlenia wazowagalne, test pochyleniowy, lęk.

SUMMARY

Background. Patients referred for tilt test, who did not have vasovagal syncope are little known group. Symptoms of anxiety disorders and prodromal symptoms of vasovagal syncope overlap which can make it difficult to recognize.

Objectives. The aim of the study is to assess the level of anxiety in a group of young women with excluded vasovagal syncope on the basis of medical history and tilt test results.

Material and methods. The study group consisted of 14 women who came from a whole group of 55 women at the age of 21–40 years referred for tilt testing, who were excluded the presence of vasovagal syncope. Before performing the tilt test at the women were surveyed using a questionnaire Spielberg and rated the level of state anxiety (KS1) and the trait anxiety (KS2). Control group consisted of 124 women who had denied the occurrence of syncope.

Results. 1. Results found significantly higher levels of trait anxiety and state anxiety (KS1 and KS2) in the study group than in the control group: 2. It was found that the value of the level of state anxiety (KS1) over 32 with 100% sensitivity and 34.7% specificity allows to distinguish case patients from the control group. 3. It was found that the value of the level of trait anxiety (KS2) over 44 with 64.3% sensitivity and 74.2% specificity allows to distinguish case patients from the control group.

Conclusions. 1. Approximately 20% of patients referred for tilt testing have excluded vasovagal syncope as the cause of reported problems. 2. Patients in the study group found a high level of anxiety as a trait and as a state which indicates the possibility of anxiety as substrate of their complaints. 3. Exclusion of vasovagal syncope diagnosis in young women should pay attention to the possibility of the occurrence of anxiety disorders in them.

Key words: vasovagal syncope, tilt testing, anxiety

WSTĘP

Omdlenia wazowagalne występują u około 30% osób z populacji ogólnej, częściej u kobiet [1–4]. Wysoka zapadalność i młody wiek, w którym występują po raz pierwszy, powoduje, że pacjentki w młodym wieku podające incydenty zasłabnięć i/lub utrat świadomości często w pierwszej kolejności są podejrzewane o występowanie reakcji neurokardiogennej jako przyczyny zgłaszanych dolegliwości [4–6]. Z tego powodu są one

często kierowane na test pochyleniowy. W procesie diagnostycznym pacjentów z omdleniami test pochyleniowy może zostać wykonany we wczesnym etapie diagnostyki po wstępnej ocenie, w skład której wchodzi zebranie wywiadu, wykonanie badania przedmiotowego, próby ortostatycznej i 12-odprowadzeniowego elektrokardiogramu [1–4]. Reakcjom neurokardiogennej zwykle towarzyszą objawy pobudzenia układu autonomicznego, takie jak: poty, uczucie zimna i gorąca, nudności, drżenie rąk oraz objawy świadczące o spadku ciśnienia tętni-

czego, takie jak: zaburzenia widzenia i słyszenia, silne osłabienie, uczucie uginania się kończyn dolnych czy nawet faktyczna utrata kontroli nad stabilnością ciała, prowadząca do zjawiska niekontrolowanych ruchów określanymi jako „zarzucanie całym ciałem” lub upadku na kolana przy zachowanej świadomości [1]. Jednocześnie podobne objawy stwierdza się u pacjentów z zaburzeniami lękowymi. Typowymi objawami lęku, obejmującymi stan psychiczny pacjenta, są: zawroty głowy, uczucie braku równowagi, wrażenie omdlewania, uczucie oszołomienia. Objawy te stanowią kryterium diagnostyczne zaburzeń lękowych w postaci fobii, zaburzeń lękowych z napadami paniki, a także zaburzeń lękowych uogólnionych. Omdlenia natomiast są uznawane za typowy objaw fobii krwi, zastrzyków i urazów [7–11]. Podobieństwo objawowe omdleń wazowagalnych oraz objawów lęku w przebiegu zaburzeń lękowych, podobny wiek występowania pierwszych objawów powodują, że w procesie diagnostycznym omdleń należy uwzględnić także psychiatryczne przyczyny zgłaszanych objawów. Powiązania między lękiem a omdleniami wazowagalnymi nie zostały do tej pory poznane. W dotychczas opublikowanych badaniach opisano dużą częstotliwość występowania zaburzeń lękowych, depresji, zwrócono również uwagę na możliwość dwukierunkowych zależności między tymi zaburzeniami psychicznymi a omdleniami wazowagalnymi, które z jednej strony potencjalnie mogą wywoływać omdlenia, a z drugiej – nawracające utraty świadomości mogą prowadzić do ich wystąpienia [1, 12]. Zgodnie z aktualnym stanem wiedzy przyjmuje się, że omdlenie wazowagalne można rozpoznać jedynie na podstawie wywiadu wówczas, gdy w typowych okolicznościach, takich jak przedłużona pionizacja czy stres emocjonalny zwykle związany z widokiem krwi, iniekcjami lub instrumentacją, występują krótkotrwałe utraty świadomości poprzedzone objawami pobudzenia układu współczulnego przedstawione poniżej [1, 6]. W wątpliwych przypadkach wykonanie testu pochyleniowego i reprodukcja objawów spontanicznych również pozwalają na rozpoznanie omdleń wazowagalnych. Podejście takie warunkuje jednak sytuację, w której na test pochyleniowy są kierowane osoby bez typowego wywiadu, a wykonany test pochyleniowy jest ujemny lub podczas tego badania nie dochodzi do reprodukcji objawów spontanicznych [1].

CEL PRACY

Celem pracy była ocena poziomu lęku u pacjentek kierowanych na test pochyleniowy, u których na podstawie wywiadu i wyniku testu pochyleniowego wykluczono omdlenia wazowagalne w porównaniu do ogólnej dobranej pod względem płci i wieku populacji.

MATERIAŁ I METODA

Grupę badaną stanowiło 14 kobiet w wieku $31,7 \pm 5,9$ lat skierowanych do pracowni celem wykonania testu pochyleniowego, u których na podstawie wywiadu oraz wykonanego badania wykluczono omdlenia wazowagalne jako tło zgłaszanych dolegliwości. Badane pacjentki pochodziły z grupy 65 kolejnych kobiet w wieku 21–40 lat kierowanych na to badanie do pracowni testu pochyleniowego. Grupę kontrolną stanowiły 124 kobiety w wieku $30,2 \pm 5,8$ lat od 21 do 40 lat, u których na podstawie wywiadu wykluczono występowanie omdleń wazowagalnych.

Poziom lęku oceniano za pomocą kwestionariusza poziomu lęku Spilberga. Kwestionariusz ten składa się z 40 pytań, z których 20 służy do oceny poziomu aktualnego lęku, określanego jako stan (KS1), a kolejnych 20 – do oceny przeciętnego poziomu lęku określanego jako cecha (KS2). Minimalna liczba punktów wynosi 20, a maksymalna – 80. Wyższa liczba punktów w tej punktacji oznacza wyższy poziom lęku. Obecna polska wersja STAI oparta jest na tłumaczeniu M. Tysarczyk, zmodyfikowanym w trzech pozycjach, po porównaniu go z tłumaczeniem K. Wrześniowskiego. Badania normalizacyjne były prowadzone przez licznych autorów, w których określono normy dla: młodzieży w wieku 15 i 16 lat, dorosłych w wieku 21–79 lat oraz żołnierzy służby wojskowej [12].

Wynik testu może być oceniany jako wynik surowy, w skali stenowej, oraz jako prawidłowy, do 40 punktów i podwyższony powyżej 40 punktów. Wartość wyniku mieszcząca się w 1–4 stenie jest określana jako poziom lęku niższy niż przeciętny, 5–6 – jako przeciętny i 7–10 – jako wyższy niż przeciętny.

Test pochyleniowy wykonywano według protokołu włoskiego [13] z prowokacją NTG w pracowni Testu Pochyleniowego Kliniki Chirurgii Małoinwazyjnej i Proktologicznej. Według protokołu włoskiego, stosuje się bierną pionizację pod kątem 60° przez 20 minut, następnie jeśli w tym czasie nie rozwinię się reakcja neurokardiogenna, podaje się nitroglicerynę podjęzykowo w dawce 400 mcg (Nitromint, Egis) i kontynuuje się pionizację przez 15 minut. Badanie kończy się po upływie 35 minut lub przerywa w przypadku wystąpienia omdlenia lub nasilonych objawów stanu przedomdleniowego i spadku ciśnienia tętniczego skurczowego poniżej 90 mm Hg. Po zakończeniu badania uzyskuje się informacje o pacjencie, o braku lub wystąpieniu reprodukcji objawów spontanicznych będących przyczyną dolegliwości. W przypadku dodatniego testu pochyleniowego, na podstawie jego przebiegu, badanie kwalifikuje się jako nadmierną reakcję na NTG w przypadku wystąpienia stanu przedomdleniowego po podaniu NTG i braku zwolnienia częstotliwości rytmu serca o co najmniej 10% w stosunku do wartości maksymalnych lub reakcję neurokardiogenną klasyfikowaną na typ mieszany, kardiodepresyjny lub wazodepresyjny według VASIS [1]. Przed skierowaniem na test pochyleniowy wszystkie pacjentki miały wykonane 12-odprowadzeniowe badanie elektrokardiograficzne oraz badanie echokardiograficzne, w których nie stwierdzono istotnych nieprawidłowości.

Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej.

ANALIZA STATYSTYCZNA

Zmienne jakościowe przedstawiono jako średnie i odchylenia standardowe i porównywano za pomocą testu *t*-Studenta. Zmienne jakościowe przedstawiano jako odsetki i porównywano za pomocą testu χ^2 . W celu znalezienia wartości KS1 i KS2, które z największą czułością i swoistością pozwalają na odróżnienie grupy badanej od grupy kontrolnej, przeprowadzono analizę metodą krzywych ROC. Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą programu Statistica 10. Za istotne statystyczne przyjęto $p < 0,05$.

WYNIKI

Wyniki testu pochyleniowego

Pacjentki z grupy badanej stanowiły 21,5% całej grupy kobiet w wieku 21–40 lat skierowanej na test pochyleniowy. W grupie badanej ujemny wynik testu pochyleniowego stwierdzono u 5 kobiet (35,7%), u 6 kobiet (42,9%) wynikiem badania była reakcja neurokardiogenna typ mieszany według VASIS, a u 3 kobiet (21,4%) – nadmierna reakcja na NTG. U 2 kobiet spośród grupy badanej (14,3%) wystąpiła reprodukcja objawów, jakie pacjentki odczuwały w młodości, ale nie tych, które były powodem aktualnego zgłoszenia się do lekarza u 1 kobiety, 1 kobieta (7,1%) podawała występowanie w przeszłości omdleń na widok krwi, iniekcje i instrumentacje, jednak aktualne dolegliwości miały zupełnie inny charakter.

Tabela 1. Poziom lęku jako stanu (KS1)

	Grupa badana N = 14	Grupa kontrolna N = 124
Liczba punktów	45,1 \pm 12,2	37,5 \pm 10,5*
Pacjenci z wynikiem > 40 n (%)	8 (57,1)	42 (33,9)
Sten 1–4 n (%)	0 (0,0)	42 (33,9)*
Sten 5–6 n (%)	6 (42,9)	39 (31,5)
Sten 7–10 n (%)	8 (58,1)	43 (34,7)

* – $p < 0,05$.

W grupie badanej 1 kobieta podawała występowanie nadciśnienia tętniczego, którego nie podawała żadna kobieta z gru-

py kontrolnej, wszystkie kobiety z grupy badanej i kontrolnej zaprzeczały nadciśnieniu tętniczemu, cukrzycy, przebytemu zawałowi mięśnia serca.

Wyniki kwestionariusza Spilbergera

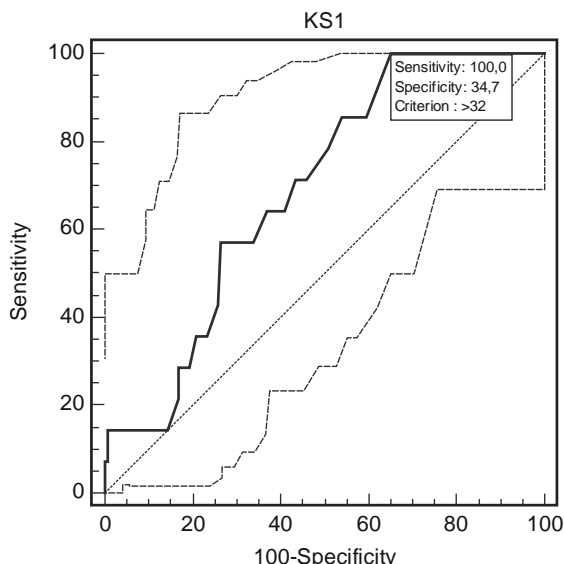
W tabeli 1 przedstawiono wyniki badania poziomu lęku jako stanu (KS1), a w tabeli 2 jako cechy (KS2). Stwierdzono istotnie wyższy poziom lęku jako cechy i jako stanu w grupie badanej niż w grupie kontrolnej.

Tabela 2. Poziom lęku jako cechy (KS2)

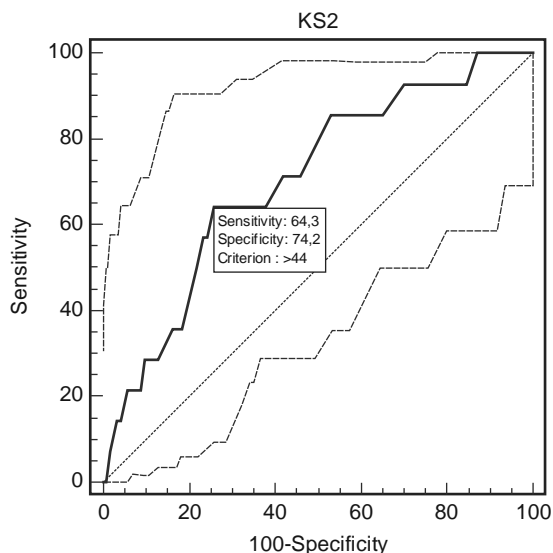
	Grupa badana N = 14	Grupa kontrolna N = 124
Liczba punktów	46,2±8.8	39,9±8.4*
Pacjenci z wynikiem > 40 n (%)	9 (64,3)	47 (37,9)*
Sten 1-4	3 (21,4)	69 (56,5)
Sten 5-6	2 (14,3)	24 (19,4)
Sten 7-10	9 (64,3)	31 (25,0)*

* - $p < 0,05$.

Na rycinie 1 przedstawiono wyniki analizy krzywych ROC dla poziomu lęku jako stanu (KS1).



Pole pod krzywą ROC (AUC)	0,690
Błąd standardowy	0,0818
95% przedział ufności	0,606 to 0,766
Poziom istotności P (Pole = 0,5)	0,0203



Pole pod krzywą ROC	0,705
Błąd standardowy	0,081
95% przedział ufności	0,622 to 0,780
Poziom istotności P (Pole = 0,5)	0,0114

Stwierdzono, że wartość poziomu lęku jako stanu (KS1) ponad 32 ze 100% czułością i 34,7% swoistością pozwala odróżnić pacjentów z grupy badanej od osób z grupy kontrolnej.

Na rycinie 2 przedstawiono wyniki analizy ROC dla poziomu lęku jako cechy (KS2)

Stwierdzono, że wartość poziomu lęku jako cechy (KS2) ponad 44 ze 64,3% czułością i 74,2% swoistością pozwala odróżnić pacjentów z grupy badanej od osób z grupy kontrolnej

WYNIKI

Test pochyleniowy jest badaniem diagnostycznym mającym na celu diagnostykę w kierunku występowania omdleń wazowagalnych. Jako narzędzie diagnostyczne ma swoją specyfikę, która polega na tym, że jego wynik nie pozwala na proste wykluczenie lub potwierdzenie ich występowania [1]. Pacjent z typowym wywiadem i ujemny testem pochyleniowym dalej może mieć utrzymane rozpoznanie omdleń wazowagalnych, a pacjent z dodatnim wynikiem badania, podczas którego w ocenie pacjenta objawy są zupełnie inne niż w warunkach spontanicznych, może mieć takie rozpoznanie wykluczone i mieć zalecone dalsze postępowanie diagnostyczne [1, 6]. Takie podejście do interpretacji wyniku związane jest z dużą częstotliwością występowania reakcji neurokardiogennych w ogólnej populacji. Ponieważ około 30% osób ogólnej populacji może mieć omdlenia wazowagalne, wystąpienie u nich innego schorzenia i nieprawidłowe założenie, że może mieć ono tło wazowagalne w oparciu o wynik testu pochyleniowego prowadzić może do sytuacji, w której pacjent miałby nieprawidłowo postawione rozpoznanie oraz, co gorsza, nie byłby diagnozowany w kierunku właściwej przyczyny swoich dolegliwości.

Głównym wynikiem badania jest stwierdzenie, że pacjentki kierowane z podejrzeniem omdleń wazowagalnych, u których wykluczono to rozpoznanie jako przyczynę zgłaszanych dolegliwości, mają istotnie wyższy poziom lęku jako stanu i jako cechy w porównaniu do osób z grupy kontrolnej. Obserwacja ta wskazuje na możliwość występowania w tej grupie zaburzeń lękowych i istnienie wskazań do prowadzenia dalszej diagnostyki w tym kierunku. Zgodnie z oczekiwaniami, badana przez nas grupa kobiet jest ogólnie zdrowa, wszystkie kobiety miały przed wykonaniem testu pochyleniowego badanie echokardiograficzne, w którym nie wykazano istotnych odchyleń od normy, dlatego można wykluczyć strukturalną chorobę serca, ale nie występowanie zaburzeń rytmu serca lub występowanie napadów padaczki jako przyczyny podawanych dolegliwości. Uzyskane dane świadczące o niższej czułości przy wysokiej swoistości ustalonych punktów odcięcia są zgodne z tą oceną grupy badanej. Grupa kontrolna nie była badana pod kątem występowania zaburzeń lękowych, które są dość powszechne w populacji ogólnej, z czym wiążemy umiarkowanie wysoki poziom swoistości uzyskanych punktów odcięcia.

Przedstawione wyniki naszego badania, mimo że oparte na analizie stosunkowo mało licznej grupy pacjentek, są ważne, ponieważ pozwalają na ocenę grupy, która jest obecna w realnym świecie, natomiast nie ma jej w zazwyczaj w opublikowanych do tej pory badaniach.

Obecność tej grupy może tłumaczyć, dlaczego ocena poziomu lęku u pacjentek kierowanych na test pochyleniowy dała różne wyniki badania w pracach różnych autorów. W badaniu prowadzonym przez Cohen i wsp. stwierdzono wyższy, a w badaniu D'Antono i wsp. niższy poziom stresu u pacjentów z dodatnim, w porównaniu do pacjentów z ujemnym testem pochyleniowym [15, 16]. Kwalifikacja pacjentów zgłaszających się w celu

diagnostyki omdleń jedynie na podstawie dodatniego lub ujemnego wyniku testu pochyleniowego budzi wątpliwości metodologiczne, ponieważ pacjenci z omdleniami wazowagalnymi mogą mieć ujemny test pochyleniowy, zwłaszcza jeśli wykonuje się jedynie bierne pochylenie bez prowokacji farmakologicznej, co wielokrotnie opisywano w literaturze, zwłaszcza u pacjentów leczonych ćwiczeniami pionizacyjnymi (*tilt training*) [17]. Możliwość wyzwolenia reakcji neurokardiogennej zależy od szeregu okoliczności. Nawet niewielkie odwodnienie i gorączka istotnie mogą zwiększać ryzyko wystąpienia omdlenia, jednak również inne, nie poznane do tej pory wahania napięcia układu autonomicznego mogą powodować brak 100% powtarzalności testu pochyleniowego, wobec czego uznaje się, że ujemny wynik badania przy typowym wywiadzie nie pozwala na wykluczenie występowania omdleń wazowagalnych [1, 6, 18]. Biorąc pod uwagę te okoliczności, zastosowanie jako kryterium kwalifikacji do grupy badanej skierowanie pacjentki na test pochyleniowy celem diagnostyki zasłabnięć i/lub omdleń oraz wykluczenia rozpoznania reakcji neurokardiogennej, a nie ujemnego wyniku samego testu pochyleniowego, pozwoliło na wyodrębnienie grupy nie opisanej do tej pory w systematyczny sposób w literaturze. Należy zwrócić również uwagę na to, że powstanie tej grupy zależne było też od decyzji lekarzy prowadzących, którzy kierowali pacjentki zgłaszające nieswoiste objawy osłabienia, niepewności na test pochyleniowy.

Decyzję lekarzy kierujących te osoby na test pochyleniowy można uzasadnić na kilka sposobów. Po pierwsze, być może kierowane są pacjentki, których doznania przypominające omdlenia są objawami lęku, a więc przeżywają one wrażenie osłabienia lub omdlewania, jednak nie są to omdlenia wazowagalne *sensu stricto*. Sugerowałoby to trudności lekarzy nie będących psychiatrami w diagnostyce różnicowej chorób somatycznych i psychicznych. Trudności te są jednak w pełni uzasadnione, ponieważ generalną zasadą diagnostyki chorób psychicznych jest wykluczenie potencjalnego organicznego/somatycznego podłoża zgłaszanych dolegliwości. Bardzo często jednak w praktyce bywa tak, że na podstawie wywiadu od pacjenta, nawet dla doświadczonego psychiatry, może okazać się to trudne i czasochłonne. Badanie przez psychiatrę umożliwiłoby precyzyjne określenie profilu zaburzeń psychicznych, być

może pozwoliłoby zredukować liczbę osób kierowanych na specjalistyczne badanie testem pochyleniowym. Drugim powodem uzasadniającym kierowanie na diagnostykę jest to, że osoby o wyższym poziomie lęku jako cechy mają skłonność do traktowania różnych objawów somatycznych w sposób nadmiarowy, tj. wyolbrzymiania ich znaczenia, przywiązywania do nich bardzo dużej wagi i poświęcania im uwagi. Może to wynikać z obaw o własne zdrowie lub życie. Pacjenci przeżywający swoje objawy w ten sposób będą poszukiwać diagnostyki, aby wykluczyć poważną chorobę, która może te objawy wywoływać. Osoby te będą przedstawiać objawy i ich konsekwencje w sposób sugerujący konieczność podjęcia natychmiastowych działań przez lekarza prowadzącego. W takich okolicznościach lekarz podejmujący decyzję wyłącznie na podstawie wywiadu, nie mając możliwości zweryfikowania informacji dotyczących przebiegu zgłaszanych objawów, ma obowiązek przeprowadzenia diagnostyki. Wydaje się jednak, zwłaszcza w świetle uzyskanych wyników, że w przypadku zdrowych somatycznie osób młodych badanie psychiatryczne powinno stanowić część procesu diagnostycznego.

WNIOSKI

1. U około 20% pacjentek kierowanych na test pochyleniowy wykonanie badania i ocena zgłaszanych dolegliwości oraz reprodukcji objawów spontanicznych podczas testu pochyleniowego pozwala na wykluczenie omdleń wazowagalnych jako przyczyny zgłaszanych dolegliwości.
2. U pacjentek w grupie badanej stwierdza się wysoki poziom lęku jako cechy i jako stanu, co wskazuje na możliwość występowania zaburzeń lękowych jako podłoża zgłaszanych dolegliwości.
3. Wykluczenie rozpoznania omdleń wazowagalnych u młodych kobiet kierowanych z takim podejrzeniem na test pochyleniowy powinno zwrócić uwagę na możliwość występowania u nich zaburzeń lękowych.

Źródło finansowania: Ocena nasilenia objawów lęku, depresji i dysocjacji u pacjentów z rozpoznaniem omdleń wazowagalnych. Grant działalności statutowej AM nr ST-384.

BIBLIOGRAFIA

1. Moya A, Sutton R, Ammirati F, et al. Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009). *Eur Heart J* 2009; 30: 2631–2671.
2. Soteriades ES, Evans JC, Larson MG, et al. Incidence and prognosis of syncope. *N Engl J Med* 2002; 347: 878–885.
3. Ganzeboom KS, Mairuhu G, Reitsma J, et al. Lifetime cumulative incidence of syncope in the general population: a study of 549 Dutch subjects aged 35–60 years. *J Cardiovasc Electrophysiol* 2006; 17: 1172–1176.
4. Serletis A, Rose S, Sheldon AG, Sheldon RS. Vasovagal syncope in medical students and their first-degree relatives. *Eur Heart J* 2006; 27: 1965–1970.
5. Colman N, Nahm K, Ganzeboom KS, et al. Epidemiology of reflex syncope. *Clin Auton Res* 2004; 14(Suppl. 1): 9–17.
6. Kulakowski P, Piotrowska D, Konofolska A. Tilt testing: is it necessary in all patients with suspected vaso-vagal syncope? *Pacing Clin Electrophysiol* 2005; 28: 968–974.
7. Depla MF, ten Have ML, van Balkom AJ, de Graaf R. Specific fears and phobias in the general population: results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008; 43: 200–208.
8. Thyer BA, Himle J, Curtis GC. Blood-injury-illness phobia: a review. *J Clin Psychol* 1985; 41: 451–459.
9. Angenendt J. *Zaburzenia lękowe*. W: Freyberger HJ, Schneider W, Stieglitz R-D, red. *Kompendium psychiatrii, psychoterapii, medycyny psychosomatycznej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2002: 127–138.
10. Rouillon F. Epidemiology of panic disorder. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental* 1999; 12: 7–12.
11. Pużyński S, Wciórka J, red. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*. Warszawa–Kraków: Vesalius; 2000.
12. Giada F, Silvestri I, Rossillo A, et al. Psychiatric profile, quality of life and risk of syncopal recurrence in patients with tilt-induced vasovagal syncope. *Europace* 2005; 7: 465–471.
13. Wrześniowski K, Sosnowski T, Jaworowska A, Fecenec D. *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI. Polska adaptacja STAI*. Podręcznik. Wyd. III.
14. Bartoletti A, Gaggioli G, Menozzi C, et al. Head-up tilt testing potentiated with oral nitroglycerin: a randomized trial of the contribution of a drug-free phase and a nitroglycerin phase in the diagnosis of neurally mediated syncope. *Europace* 1999; 1: 183–186.
15. Cohen TJ, Thayapran N, Ibrahim B, Quan C, et al. An association between anxiety and neurocardiogenic syncope during head-up tilt table testing. *Pacing Clin Electrophysiol* 2000; 23: 837–841.
16. D'Antono B, Dupuis G, St-Jean K, et al. Prospective evaluation of psychological distress and psychiatric morbidity in recurrent vasovagal and unexplained syncope. *J Psychosom Res* 2009; 67: 213–222.
17. Ector H. Home orthostatic training in vasovagal syncope modifies autonomic tone: results of a randomized, placebo-controlled pilot study. *Europace* 2010; 12: 910.
18. Aerts AJ, Dendale P, Block P, Dassen WR. Reproducibility of nitrate-stimulated tilt testing in patients with suspected vasovagal syncope and a healthy control group. *Am Heart J* 2005; 150: 251–256.

Adres do korespondencji:

Dr hab. n. med. Dorota Zyśko
Zakład Ratownictwa Medycznego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ul. Bartła 5
51-618 Wrocław
Tel.: 600 125-283

Praca wpłynęła do Redakcji: 20.10.2012 r.

Po recenzji: 12.11.2012 r.

Zaakceptowano do druku: 13.11.2012 r.

JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW CIERPIĄCYCH NA CHOROBY KARDIOLOGICZNE. BADANIA WŁASNE PRZEPROWADZONE NA TERENIE WOJEWÓDZTWA OPOLSKIEGO

The quality of life of people suffering from cardiac diseases. Own research conducted in the province of Opole

Izabela Wróblewska, Malwina Kupczyk

Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

adres do korespondencji: iz.wroblewska@gmail.com

STRESZCZENIE

Wstęp. Główną przyczyną śmierci ludzi na całym świecie są choroby układu krążenia [1]. Z tego powodu priorytetem działań pracowników ochrony zdrowia jest wdrażanie profilaktyki pierwotnej i wtórnej, a także zapewnienie osobom cierpiącym na choroby kardiologiczne odpowiedniej, maksymalnie wysokiej jakości życia, która winna być badana i oceniana z dwóch pozycji: subiektywnej i obiektywnej [2, 3].

Cel pracy. Analiza opinii pacjentów z przewlekłymi schorzeniami układu krążenia dotyczącej ich jakości życia oraz poznanie najważniejszych wartości, które według ankietowanych wpływają na ich jakość życia.

Materiał i metody. Badanie zostało przeprowadzone za pomocą sondażu diagnostycznego na niereprezentatywnej próbie złożonej z losowo wybranych 50 mieszkańców województwa opolskiego, które wyraziły zgodę na przeprowadzenie autorskiej ankiety złożonej z 19 pytań. Kryteriami doboru pacjentów było występowanie u nich chorób kardiologicznych. Do analizy wyników wykorzystano program Statistica 10.

Wyniki. Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że 40% (20 osób) ankietowanych choruje na nadciśnienie tętnicze, a następnie według kolejności na chorobę niedokrwinną serca (16% – 8 osób) oraz jego niewydolność (14% – 7 osób). Spośród wszystkich badanych 23 (46%) osoby deklarują, że na postawioną diagnozę zareagowały strachem i niepokojem, natomiast u 13 (26%) respondentów przeważało zainteresowanie. Rodzina i utrzymanie z nią stałych kontaktów oraz brak chorób i dolegliwości bólowych są najistotniejszymi elementami świadczącymi o wysokiej jakości życia badanych (po 60% – 30 osób). Jednocześnie połowa respondentów (50% – 25 osób) twierdzi, że ich zadowolenie z życia, w porównaniu do stanu przed wystąpieniem choroby, pogorszyło się, a największymi ograniczeniami w codziennym funkcjonowaniu są szybkie chodzenie (64% – 32 osób) oraz wchodzenie po schodach (56% – 28 osób).

Wnioski. 1. Najczęstszą chorobą kardiologiczną występującą wśród badanych jest nadciśnienie tętnicze. 2. Dla ankietowanych największy wpływ na ich jakość życia ma rodzina i bliski z nią kontakt oraz brak chorób i dolegliwości bólowych. 3. Połowa ankietowanych stwierdza, że ich zadowolenie z życia pogorszyło się w porównaniu do stanu przed wystąpieniem choroby.

Słowa kluczowe: choroby kardiologiczne, jakość życia, trudności.

SUMMARY

Background. The main worldwide causes of death of elderly people are cardiac diseases [1]. Therefore, it is of priority on the agenda of medical service employees to implement primary and secondary preventive measures, and also to ensure that people suffering from cardiac diseases are provided an appropriate, i.e. maximally high, quality of life, a problem that should be investigated and assessed from two points of view, i.e. subjective and objective [2, 3].

Objectives. Analysis of answers of patients suffering from protracted cardiac diseases regarding their quality of life, and identification of factors of the most importance that influence the quality of life.

Material and methods. The research has been conducted based on an unrepresentative sample poll consisting of 50 randomly selected residents of the Opole province, who agreed to answer a questionnaire comprising of 15 questions that has been created by the authors. The criteria for selecting respondents were based on a presence of cardiac diseases. The analysis of results has been conducted with a use of Statistica 10 software.

Results. Based on the analysis conducted it was found that 40% (20 persons) of the respondents suffer from an arterial hypertension, and then respectively, from heart ischemia (16% – 8 persons) and from heart failure (14% – 7 persons). Among all respondents 23 (46%) answered that they reacted with fear and anxiety when a diagnosis was presented to them, whilst in the case of 13 (26%) respondents it was interest that prevailed. Family and continuous contact with family, as well as lack of illnesses and pain related diseases are the most significant factors that determine the high quality of life (both 40% – 20 persons). At the same time, half of respondents (50% – 25 persons) stated that their life satisfaction decreased, when compared to the situation from before the illness had occurred, and the major constraints in everyday functioning are fast walking (64% – 32 persons) and walking the stairs (56% – 28 persons).

Conclusions. 1. An arterial hypertension was the most frequent cardiac disease occurring among respondents. 2. For interviewees factors that influence the quality of life the most are family and contact with family as well as lack of illnesses and pain related diseases. 3. Half of respondents stated that their life satisfaction decreased, when compared to the situation from before the illness had occurred.

Key words: cardiac diseases, quality of life, difficulties.

WSTĘP

Ze względu na wciąż narastającą liczbę osób cierpiących na choroby kardiologiczne priorytetem dla pracowników ochrony zdrowia stało się zapewnienie swoim pacjentom odpowiedniego poziomu jakości życia [1]. W związku z tym podjęcie problematyki dotyczącej jakości życia i czynników ją modelujących wydaje się być wysoce uzasadnione, tym bardziej, że omawiany termin jest wieloznaczny, dotyczy wielu dyscyplin naukowych i coraz powszechniej pojawia się w medycynie. Jednak dokładne zdefiniowanie zjawiska jest niezwykle trudne ze względu na jego wielowymiarowość i kontekst oraz potrzebę spojrzenia na problem co najmniej z dwóch stron, a więc z pozycji samego zainteresowanego, jak również osób z jego otoczenia, w tym

personelu medycznego [4]. Oznacza to, że dla pełnego poznania tematyki należy analizować zarówno obiektywną, jak i subiektywną stronę problemu.

W literaturze medycznej ostatniego ćwierćwiecza pojawiło się wiele opisów badań dotyczących jakości życia, które są coraz powszechniej stosowane w praktyce klinicznej. Badania te są przeprowadzane między innymi w celu oceny pacjentów leczonych z powodu: nadciśnienia tętniczego, komorowych zaburzeń serca, niewydolności krążenia, przebytego zawału serca i wielu innych dysfunkcji, które istotnie wpływają na ich jakość życia [5]. Powyższe studia mają na celu zbadanie czynników mających największy wpływ na jakość życia chorych w przewlekłych schorzeniach układu krążenia. W tym celu wykorzystuje się

różnego rodzaju kwestionariusze, które zawierają pytania oceniające chorych z różnym poziomem satysfakcji z życia, przede wszystkim w zależności od ich stanu i poczucia zdrowia, wieku i płci, funkcjonowania fizycznego, emocjonalnego i socjalnego, odczuwania bólu, witalności oraz zdrowia psychicznego [6, 7].

Choroby kardiologiczne ewidentnie prowadzą do pogorszenia subiektywnie odczuwanej jakości życia. Dotyczy to zarówno sfery fizycznej, psychicznej, jak i funkcjonowania w społeczeństwie. Ważną rolę w poprawie samopoczucia pacjenta odgrywa dostępność informacji na temat choroby. Pacjent, który posiada pełną wiedzę o swoim stanie zdrowia, ma możliwość samodzielnego kierowania własnym życiem. Wiedza pozwala mu na zdobycie autonomii, a przede wszystkim daje poczucie wysokiej jakości życia. Przeprowadzone wśród osób cierpiących na choroby kardiologiczne badania wskazują na znaczny deficyt w tej kwestii [8]. W związku z tym pracownicy ochrony zdrowia powinni zwiększyć nacisk na przekazywanie ważnych informacji dotyczących danej jednostki chorobowej swojemu podopiecznemu, a jednocześnie prowadzić zakrojone na szeroką skalę badania dotyczące satysfakcji chorych i czynników wpływających na ich jakość życia. Poznanie najistotniejszych czynników wpływających na tę dziedzinę pozwoli w konsekwencji wdrożyć różnego rodzaju programy profilaktyczne, które winny spowodować poprawienie samopoczucia pacjentów.

MATERIAŁ I METODA

Badanie zostało przeprowadzone za pomocą sondażu diagnostycznego na niereprezentatywnej próbie złożonej z losowo wybranych 50 mieszkańców województwa opolskiego, które wyraziły zgodę na przeprowadzenie autorskiej ankiety złożonej z 19 pytań, w większości zamkniętych. W niektórych z nich istniała możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi. Pytania otwarte były pytaniami metryczkowymi i dotyczyły wieku ankietowanych, ich wykształcenia i miejsca zamieszkania. Na ich podstawie sporządzono charakterystykę socjometryczną badanej grupy. Drugą część ankiety stanowiły pytania bezpośrednio związane z podjętą problematyką badawczą. Kryteriami doboru pacjentów było występowanie u nich chorób kardiologicznych. Uzyskane informacje poddano analizie statystycznej z wykorzystaniem programu Statistica 10.

Wśród poddanych analizie 54% (27 osób) stanowiły kobiety, 46% (23 osoby) mężczyźni. Badania wykazały, że wśród ankietowanych znalazło się po 18 (po 36%) osób, które miały powyżej 76 lat lub były w wieku 66–75 lat, po 4 (po 8%) osoby, które były w przedziale wiekowym 56–65 lat oraz 36–45 lat, 3 (6%) miały od 46 do 55 lat, a po 1 (po 2%) było w przedziale wiekowym 26–35, 18–25 lat i poniżej 18. roku życia.

Większość ankietowanych miała wykształcenie zawodowe (42% – 21 osób), następnie podstawowe (40% – 20 osób) i średnie (14% – 7 osób). Tylko 2 (4%) osoby miały wykształcenie wyższe.

WYNIKI

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że aż 50% (25 osób) ankietowanych choruje na nadciśnienie tętnicze, 16% (8 osób) na przewlekłą chorobę niedokrwienną serca, a 14% (7 osób) ma niewydolność serca. Respondenci mają także zdiagnozowaną arytmie (12% – 6 osób), przebyły zawał mięśnia sercowego (10% – 5 osób), ma niedomykalność zastawki trójdzielnej lub migotanie przedsionków (po 8% – po 4 osoby), a także choruje na niedomykalność zastawki mitralnej, stenozę aortalną lub wrodzoną wadę serca (po 4% – po 2 osoby). Przy czym zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn najczęściej występującym schorzeniem było nadciśnienie tętnicze (44% – 12 kobiet i 56% – 13 mężczyzn), a następnie u kobiet niewydolność serca (18% – 5 osób) oraz choroba niedokrwienna serca (11% – 3 osoby), a u mężczyzn przewlekła choroba niedokrwienna serca (22% – 5 osób) i na jednakowym poziomie arytmia oraz przebyty zawał mięśnia sercowego (po 13% – po 3 osoby).

Wśród ankietowanych 18 (36%) osób cierpi na zdiagnozowaną chorobę kardiologiczną w przedziale od 11 do 20 lat (w tym 9 – 33% kobiet, 9 – 39% mężczyzn), 15 (30%) w przedziale 6–10 lat (w tym 10 – 37% kobiet, 5 – 22% mężczyzn), 11 (22%) ankietowanych od 1 do 5 lat, a 5 (10%) osób powyżej 20 lat. Jedna osoba (2%) zachorowała na chorobę kardiologiczną w ciągu ostatnich kilku miesięcy.

Analizując obecny stosunek ankietowanych do faktu wystąpienia u nich choroby kardiologicznej okazało się, że 34 osoby (68%) akceptują swoje schorzenie, 16 (32%) jest przeciwnego zdania.

Pośród wszystkich badanych 23 (46%) osoby deklarowały, że na postawioną diagnozę zareagowały strachem i niepokojem, natomiast 13 (26%) wykazywało zainteresowanie i chęć zgłębienia problematyki dotyczącej ich schorzenia. Dla 10 (20%) ankietowanych postawiona diagnoza była zaskoczeniem, dla 6 (12%) nie miała znaczenia, a kolejne 3 (6%) zareagowały złością albo obniżeniem nastroju.

Najczęstszym zjawiskiem towarzyszącym ankietowanym osobom był lęk, który dotyczył 29 osób (58%), następnie ból (13 osób – 26%), osamotnienie (13 osób – 26%), gniew (7 osób – 14%) i zmartwienie bądź obojętność (2 osoby – 4%).

Połowa ankietowanych (25 osób – 50%) uważała, że udzielenie wsparcia psychicznego choremu i jego rodzinie wpływa na zmniejszenie się lęku o jego własne życie. Natomiast 17 (34%) osób twierdziło, że kojąco wpływa na nich zapewnienie odpowiednich warunków do spokojnego wypoczynku, 9 (18%) zaznaczyło odpowiedź dotyczącą edukacji rodziny na temat choroby, jak i potrzeb chorego. Pozostała część badanych (4 osoby – 8%) oświadczyła, że lęk wynikający z obawy o swoje życie można zmniejszyć dzięki odpowiednio wyszkolonej kadrze specjalistów.

Połowa badanych (25 osób – 50%) deklarowała comiesięczne korzystanie z usług placówek służby zdrowia, 13 (26%) osób twierdziło, że robi to 2 razy w miesiącu, po 6 (po 12%) – raz w tygodniu lub raz na kwartał.

Dla 31 (62%) respondentów największym ograniczeniem utrudniającym codzienne funkcjonowanie jest zmęczenie. Kolejnymi dolegliwościami są: wysokie bądź niskie ciśnienie tętnicze, duszność, zawroty głowy, bóle w klatce piersiowej, bóle głowy, obrzęki, obniżony nastrój oraz nudności i wymioty, co prezentuje tabela 1.

Tabela 1. Dolegliwości, które najbardziej ograniczają zdolność ankietowanych do normalnego, codziennego funkcjonowania (respondenci mieli możliwość udzielenia kilku odpowiedzi)

Dolegliwości	Ogółem		Kobiety		Mężczyźni	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Bóle głowy	6	12	5	18	1	4
Bóle w klatce piersiowej	12	24	5	18	7	30
Wysokie/niskie ciśnienie	29	58	15	55	14	61
Duszność	14	28	7	26	7	30
Nudności i wymioty	2	4	1	4	1	4
Obrzęki	6	12	3	11	3	13
Zawroty głowy	14	28	10	37	4	17
Zmęczenie	31	62	17	63	14	61
Obniżony nastrój	3	6	2	7	1	4

24 (48%) osoby zapytane o stopień utrudnienia codziennego funkcjonowania oznajmiło, że choroba ich ogranicza, ale nie na tyle, aby zaburzyć podstawowe działanie. Z kolei 26 (52%) respondentów oświadczyło, że choroba trochę ich ogranicza, ale są w stanie prowadzić w miarę prawidłowe życie. Całkowicie wystarczająco sił ma zaledwie 6 (12%) osób, a 4 (8%) ankietowanych nie potrafi normalnie funkcjonować, ponieważ choroba im to uniemożliwia.

Z pewną trudnością swoje bieżące potrzeby zaspokajają 18 (36%) ankietowanych, 16 osób (32%) radzi sobie dobrze, a 9 (18%) ma z tym trudności. Wśród badanych znalazły się także osoby (4 osoby – 8%), które radzą sobie, ale z wielką trudnością i takie, które nie mają problemów z zaspokojeniem bieżących potrzeb (3 osoby – 6%).

Najwięcej trudności ankietowanym sprawia szybkie chodzenie, co dotyczyło 32 (64%) osób. Z wchodzeniem po schodach nie radzi sobie 28 (56%) respondentów, pochylanie się i podnoszenie przedmiotów z podłogi (13 osób – 26%) oraz jazda na rowerze (11 osób – 22%) również należą do czynności, które utrudniają normalne funkcjonowanie badanych. Niektórym z nich dodatkową trudność sprawiają takie czynności jak: sprzątanie (7 osób – 14%), robienie zakupów (3 osoby – 6%) i wstawanie z krzesła bądź łóżka (2 osoby – 4%). Z całej grupy respondentów, tylko 2 osoby (4%) nie zgłaszały trudności w życiu codziennym.

Badania wykazały, że 20 (40%) osób swoje funkcjonowanie w znacznym stopniu zawdzięcza przyjmowaniu leków, 14 (28%) ankietowanych oświadczyło, że leki oddziałują na nich w średnim stopniu, natomiast 11 (22%) respondentów jest całkowicie od nich uzależnionych. Tylko jedna osoba (2%) stwierdziła, że nie potrzebuje leków do normalnego funkcjonowania.

Z przeprowadzonych badań wynika, że ankietowani w większości (72%) są zadowoleni z obecnej jakości swojego życia, co prezentuje tabela 2.

Tabela 2. Zadowolenie ankietowanych z obecnej jakości ich życia

Zadowolenie	Ogółem		Kobiety		Mężczyźni	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Bardzo niezadowolony(a)	1	2	–	–	1	4
Niezadowolony(a)	12	24	8	30	4	17
Zadowolony(a)	36	72	19	70	17	75
Bardzo zadowolony(a)	1	2	–	–	1	4
Suma	50	100	27	100	23	100

Jednocześnie połowa ankietowanych (50% – 25 osób) twierdzi, że ich zadowolenie z życia w porównaniu do stanu przed wystąpieniem choroby pogorszyło się, 17 (34%) respondentów uważa, że sytuacja ta nie uległa zmianie, 5 (10%) deklaruje zdecydowane pogorszenie satysfakcji z życia, a 3 (6%) osoby oświadczyły, że w ich przypadku nastąpiła wyraźna poprawa.

Wśród ankietowanych 30 osób (60%) uważa, że największy wpływ na ich jakość życia ma rodzina oraz więzy ich z nią łączące, w tym utrzymanie stałych kontaktów. Dla takiej samej grupy (60% – 30 osób) najistotniejszym elementem świadczącym o ich jakości życia jest brak chorób i dolegliwości bólowych. Z kolei dla 25 respondentów (50%) bardzo istotne znaczenie ma brak ograniczeń w wykonywaniu czynności życia codziennego. Dla pozostałych osób poddanych analizie istotne są takie wartości, jak: bycie potrzebnym innym ludziom (28% – 14 osób), dobre warunki mieszkaniowe i materialne (26% – 13 osób), znaczące grono znajomych i przyjaciół oraz dobry kontakt z sąsiadami (po 16% – 8 osób). Dla 3 osób (6%) spośród grupy ankietowanych największy wpływ na ich jakość życia ma życie pełne przygód, realizowanie pragnień oraz hobby.

DYSKUSJA

Troska o stan zdrowia pacjenta towarzyszyła medycynie od początku jej istnienia, jednak w ostatnich latach zwiększono nacisk na kategorię dotyczącą jakości życia [1], gdzie szczególną uwagę przykładana jest na jej przybliżenie do stanu sprzed choroby lub zbliżonego do formy charakterystycznej dla ludzi zdrowych. Ta istotna zmiana spojrzenia nie jest jednakże możliwa do pełnej realizacji w przypadku wielu chorób przewlekłych. Istotniejsze stają się wówczas cele pozamedyczne, rozumiane jako poprawa samopoczucia chorego i sprawne funkcjonowanie w życiu codziennym, co oznacza kompleksowe, holistyczne po-

dejście do człowieka chorego [3, 9]. Badając tak pojętą jakość życia, należy brać pod uwagę trzy elementy: możliwość funkcjonowania człowieka, sposób postrzegania własnej sytuacji życiowej i czerpanie satysfakcji z życia oraz objawy chorobowe i sposób radzenia sobie z tymi problemami [10].

Chcąc zgłębić poruszaną tematykę, przeprowadzono badania, których wyniki w znacznej mierze potwierdzają informacje opublikowane przez innych autorów. W badanej grupie przewlekłe schorzenia układu krążenia dotyczyły najczęściej pacjentów starszych, a najczęstszą jednostką chorobową obniżającą ich jakość życia okazało się być nadciśnienie tętnicze. Znaczna część ankietowanych osób chorujących z tego powodu oceniła swój stan zdrowia jako niezadowolający. Ocena ta wiązała się głównie z ograniczeniami dotyczącymi wysiłku fizycznego, a także z występowaniem stresu, którego działanie prowadziło do pogorszenia stanu zdrowia, zwiększenia lęku i obniżenia nastroju, co z kolei skutkowało niezadowolaniem z osiągniętej jakości życia.

Wśród poddanych analizie pacjentów zaobserwowano wyraźną zależność występującą między schorzeniem, wiekiem a jakością życia. Sytuacja ta wydaje się mieć uzasadnienie, ponieważ większość ankietowanych stanowiły osoby starsze, u których występowała wielochorobowość, w związku z czym istotnie częściej niż w przypadku ludzi młodych pojawiały się u nich ograniczenia w zakresie poruszania się, dolegliwości bólowych oraz spadek energii życiowej, koniecznej do podejmowania codziennych czynności [11].

Dodatkowo badania dowiodły, że objawy lęku i obniżonego nastroju związane z postawioną diagnozą inaczej przebiegają w zależności od płci badanych. Zdecydowanie gorzej radzą sobie z tym problemem kobiety, szczególnie te cierpiące na niewydolność serca, oraz te, które przeżyły zawał mięśnia sercowego. Ich ocena jakości życia w zakresie samooceny wydolności fizycznej była niższa niż u mężczyzn.

Ciekawe okazały się wyniki, jakie uzyskano przez analizę czasu trwania choroby do jej akceptacji przez pacjenta. Okazało się, że pacjenci, którzy dłużej borykają się ze schorzeniem łatwiej je akceptują i lepiej radzą sobie z różnego rodzaju ograniczeniami, jakie niesie ze sobą choroba. Taka sytuacja może świadczyć o pozytywnych efektach wdrożonej profilaktyki wtórnej. Istotną wydaje się być tutaj także odpowiednia komunikacja między przedstawicielami ochrony zdrowia a pacjentem, dzięki której chory otrzymuje prawidłowe oraz pełne wiadomości dotyczące swojego schorzenia, a także metod radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Zgłębienie problematyki własnej choroby pozwala pacjentom czuć się pewniej i zwiększa ich samodzielność w codziennym funkcjonowaniu. Minimalizuje też strach i lęk, jakie towarzyszą każdemu człowiekowi w sytuacji stresowej, jaką jest choroba [7], a które, jak wykazały przeprowadzone badania, dotyczyły większości ankietowanych. Pełna informacja powoduje także wzrost świadomości podopiecznego, a tym samym wdraża go w czynne uczestnictwo w podjętym leczeniu. Może mieć to wpływ na częstotliwość występowania różnorodnych dolegliwości, które mogą być minimalizowane przez prozdrowotne postępowanie pacjentów. Dolegliwości te pod postacią zmęczenia, podwyższonego lub obniżonego ciśnienia tętniczego krwi, duszności czy zawrotów głowy w znacznej mierze utrudniały codzienne funkcjonowanie badanych osobom i dodatkowo u prawie połowy z nich powodowały ograniczenie codziennego działania. Wdrożenie w tym względzie odpowiedniej edukacji zdrowotnej, a także dokonanie przez lekarza prowadzącego korekty farmakoterapii mogłoby skutkować lepszym samopoczuciem pacjentów, a tym samym poprawą ich jakości życia. Jest to szczególnie istotny problem w poddanej analizie grupie, ponieważ znaczna część ankietowanych stwierdziła, że przyjmowane leki poprawiają ich stan jedynie w średnim stopniu.

W zestawieniu z powyższymi wynikami szczególnie ciekawie prezentują się dane dotyczące zadowolenia respondentów z obecnej jakości ich życia. Zdecydowana większość z nich,

mimo deklarowania licznych ograniczeń, jest bowiem z niej zadowolona. Wydaje się, że znaczący wpływ na samopoczucie badanych ma rodzina, a bliskie utrzymywanie więzi z nią zostało podane przez ankietowanych jako główna przyczyna dobrego samopoczucia. Ankietowane osoby zapytane co im najbardziej przeszkadza w życiu odpowiadają, że samotność oraz mało aktywne formy spędzania czasu wolnego, którego mają w nadmiarze. Rzadziej skarżą się na problemy zdrowotne lub materialne. W związku z tym, że omawiane kwestie w znacznej mierze dotyczą osób starszych wydaje się, że dla nich można zorganizować dodatkowe zajęcia, ponieważ nawet w starszym wieku obserwuje się dużą chęć do aktywności, dostosowanej wszakże do realnych możliwości jednostki, wynikających z jej sprawności.

Niemniej istotnym elementem wpływającym na samopoczucie badanych okazał się brak chorób i dolegliwości bólowych. W związku z czym zapewnienie odpowiednio częstego kontaktu z najbliższymi oraz minimalizowanie dolegliwości bólowych powinno być priorytetowym zadaniem przedstawicieli ochrony zdrowia w kontakcie z pacjentami z chorobami przewlekłymi. Nie bez znaczenia jest rozbudowana sieć kontaktów międzyludzkich, które szczególnie u ludzi w podeszłym wieku powinny być pielęgnowane, ponieważ wyznacznikami jakości życia, formułowanymi przez osoby starsze, są przede wszystkim pozytywne relacje z innymi, samoakceptacja, poczucie sensu oraz znaczenia. Niestety są oni ograniczeni przez różne dysfunkcje. Badacze podkreślają, że w życiu osób starszych ogromną rolę odgrywa aktywność, która przecież jest potrzebą psychiczną i zarazem społeczną osób w każdym wieku [4].

W populacji poddanej badaniom ankietowym wyraźnie widać potrzebę kontaktów interpersonalnych. Pacjenci twierdzą, że to właśnie relacje międzyludzkie, w tym rodzinne, mają zdecydowany wpływ na ich poczucie wartości i w znacznej mierze kształtują jakość życia. Problem ten jest ważny, ponieważ większość ankietowanych chorych zgłaszała zmiany w sferze zawodowej. Część z nich po stwierdzeniu występowania choroby kardiologicznej w ogóle nie powróciła do pracy, przez co odczuwała znaczne pogorszenie jakości życia. Natomiast osoby, które zdecydowały się na powrót do aktywności zawodowej, sygnalizowały zmniejszenie liczby jej godzin lub ograniczenie zakresu zadań w porównaniu z tymi, które wykonywały przed chorobą. Istotną rolę w tej kwestii odegrała wczesna, kompleksowa rehabilitacja. Podjęte jeszcze w czasie pobytu w szpitalu usprawnianie pacjentów rokuje osiągnięcie lepszych efektów. Chorzy są dużo wcześniej zdolni do powrotu do pracy, a swoją jakość życia porównują z tą przed wystąpieniem choroby [12, 13].

Z przeprowadzonych badań wynika, że pozycja społeczna, jaką reprezentuje człowiek i związane z tym wykształcenie, istotnie wpływają na stan jego zdrowia [4]. Relatywnie niski poziom wykształcenia ma wpływ na dysproporcje w sytuacji zdrowotnej, ekonomicznej i społecznej badanych, którzy byli w gorszej sytuacji pod względem dbałości o zdrowie i propagowania prozdrowotnych wzorów życia. Niewątpliwie ma to istotny

związek ze świadomością zdrowotną kształtowaną przez pokolenia, a obecnie ściślej związaną ze stylem życia oraz trudną sytuacją ekonomiczną. Jednocześnie istotną rolę w jakości życia odgrywa kompetencja osobista człowieka. Osoba o wyższym wykształceniu ma zupełnie inną hierarchię wartości. Pragnie osiągnąć szczytne cele i potrafi je realizować także w przypadku zdrowia, dlatego dla niej jest ono najważniejszą wartością. Spełnienie pragnień powoduje automatycznie wzrost zadowolenia z jakości życia [14].

Należy zaznaczyć, że przeprowadzone badania nad jakością życia nie należały do prostych ze względu na fakt, iż ankietowane osoby starsze stanowiły bardzo zróżnicowaną wewnętrzną grupę. Trudność polegała na tym, że badania zakładały wieloaspektowe uwarunkowania zdrowia i choroby, zmierzały do zwiększenia udziału chorego i jego najbliższych w ocenie poziomu życia. W sytuacji, gdy bardzo wiele osób w związku z chorobą czy wiekiem nie zaspokaja swoich potrzeb fizycznych, jak i psychicznych, powstaje zasadniczy problem, w jakiej kolejności i w jakim zakresie należy je zaspokajać. W przypadku ludzi w wieku podeszłym często dochodzi do stopniowego zmniejszania się ich aktywności, co w efekcie sprawia, że dłuższe życie staje się niepełnowartościowe [7, 9].

Biorąc pod uwagę ciągły wzrost w społeczeństwie liczby osób starszych, a tym samym zwiększenie zachorowalności także na schorzenia kardiologiczne, należy w ramach szeroko pojętej profilaktyki, a także ze względów ekonomicznych podjąć działania mające na celu maksymalne usamodzielnienie chorych, co nie tylko poprawi codzienne funkcjonowanie omawianych osób, ale także odciąży w pracy wykwalifikowany personel medyczny oraz najbliższych pacjenta podnosząc jednocześnie komfort i jakość życia podopiecznych.

Wysoka efektywność nowoczesnych metod leczniczych i pielęgnacyjnych oraz skuteczna samokontrola pacjentów prowadzi do pożądaných rezultatów, które przejawiają się między innymi w satysfakcjonującym uczestnictwie w życiu rodzinnym i społecznym. Jest to bardzo istotne, ponieważ zdrowie staje się współcześnie najbardziej uznawaną wartością w życiu [6].

WNIOSKI

1. Wiek odgrywa istotną rolę w przypadku zachorowalności na choroby kardiologiczne i sięga szczytu wraz z ukończeniem 66. roku życia.
2. Najczęstszą występującą chorobą kardiologiczną wśród badanych było nadciśnienie tętnicze.
3. Istotną część ankietowanych reaguje na postawioną diagnozę strachem lub niepokojem.
4. Ankietowani mężczyźni są bardziej obojętni wobec stanu swojego zdrowia niż kobiety.
5. Dla ankietowanych największy wpływ na ich jakość życia ma rodzina i bliski z nią kontakt, a także brak chorób i dolegliwości bólowych.
6. Połowa ankietowanych stwierdziła, że ich zadowolenie z życia pogorszyło się w porównaniu do stanu przed wystąpieniem choroby.

BIBLIOGRAFIA

1. Trojanowska A. Znaczenie badań nad jakością życia w medycynie. *Zdrowie Publ* 2011; 121(1): 99–103.
2. Michalak A, Michalak K, Bocian R, i wsp. Jak zmienia się ocena stanu jakości życia u chorych po operacji z powodu tętniaka aorty brzusznej. *Piel Chir Angiol* 2009; 3: 93–112.
3. Muszałik M. Dobra miara szczęścia. Jakość życia związana ze zdrowiem. *Mag Piel Położn* 2006; 6: 8–9.
4. Zboina B. *Jakość życia osób starszych*. Ostrowiec Świętokrzyski: Wydawnictwo Stowarzyszenie Nauka, Edukacja, Rozwój; 2008: 24–40.
5. Lelakowski J, Kuniewicz M, Rydlewska A, Kafara M. Jakość życia po ablacji prądem o wysokiej częstotliwości nawrotowych częstoskurczów nadkomorowych i ekstrastoli komorowej w obserwacji własnej. *Pol Merk Lek* 2010; 168: 438–442.
6. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z, Heszen I, Życińska J. *Psychologia zdrowia w poszukiwaniu pozytywnych inspiracji*. Warszawa: Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej Akademica; 2008: 89–101.
7. Kurpas D, Ciągiewicz J, Hans-Wytrychowska A, i wsp. Jakość życia chorych w przewlekłych schorzeniach układu krążenia oceniana kwestariuszem SF-36. *Fam Med Prim Care Rev* 2010; 12, 3: 709–711.
8. Naszydlowska E, Kozieł D, Trawczyńska M. Udział pielęgniarki w podnoszeniu jakości życia pacjentów z cukrzycą. *Piel XXI Wieku* 2003; 3: 53–56.
9. Bishop GD. *Psychologia zdrowia. Styl życia a zdrowie człowieka*. Wrocław: Wydawnictwo Astrum; 2000: 103–109.
10. Wrońska I, Stępień R, Wiraszka G. Jakość życia w naukach medycznych. *Piel XXI Wieku* 2004; 1: 5–9.
11. Wrześniewski K. *Czy jakość życia kobiet z chorobą niedokrwienną*

- jest gorsza niż jakość życia mężczyzn?* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2008: 334–341.
12. Kazimierska B, Smolis-Bąk E, Kowalik I, i wsp. Porównanie wydolności fizycznej oraz jakości życia pacjentów po przeżytym niepokrwikłym zawałe mięśnia sercowego leczonych angioplastyką wieńcową i wcześniej rehabilitowanych w szpitalu z osobami zdrowymi. *Post Rehabil* 2010; 24: 43–48.
13. Heszen-Niejodek I, Sęk H. *Psychologia zdrowia*. Warszawa. Wydawnictwo Naukowe PWN; 1997: 273–277.
14. Szwałkiewicz E. *Rola opiekuna medycznego w zaspokajaniu potrzeb biologicznych pacjenta*. Warszawa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009: 113–117.
-

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Izabela Wróblewska
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
ul. Katowicka 68
45-060 Opole
Tel.: 601 556-629
E-mail: iz.wroblewska@gmail.com

Praca wpłynęła do Redakcji: 15.09.2012 r.

Po recenzji: 10.10.2012 r.

Zaakceptowano do druku: 13.11.2012 r.

WYSTĘPOWANIE MALARII NA ŚWIECIE, W EUROPIE I W POLSCE

The occurrence of malaria in the world, in Europe and Poland

Joanna Rosińczuk-Tondersy, Justyna Bazan, Małgorzata Kaciuban, Ireneusz Calkosiński

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

adres do korespondencji: justyna.bazan@am.wroc.pl

STRESZCZENIE

Przemieszczanie się ludności między kontynentami jest coraz częstsze, szybsze i łatwiejsze. W ostatnich latach popularnym celem wypraw turystów są głównie kraje strefy tropikalnej. Bardzo gorący klimat oraz nie najlepszy stan sanitarno-higieniczny powodują ogromne zagrożenie nabycia wielu chorób, które są charakterystyczne dla rejonów egzotycznych. Malaria obecnie jest na trzecim miejscu wśród najważniejszych chorób zakaźnych na świecie, zaraz po AIDS i gruźlicy. Te choroby łącznie powodują więcej niż połowę wszystkich zgonów na całym świecie z powodu chorób infekcyjnych. Malaria jest najczęstszą chorobą człowieka w skali globu. Uważa się, że 40–45% populacji, w tym aż 40% dzieci, żyje na obszarach endemicznych malarii. Trudno o dokładne dane statystyczne pokazujące zachorowalność w Polsce na choroby tropikalne. Pierwszorzędownym zarażeniem pasożytniczym o globalnym znaczeniu jest malaria. Liczba przeniesionych z terenów malarycznych do Europy przypadków przekracza rocznie 10 000, a wywołana nimi śmiertelność stanowi kilka procent. W pracy przedstawiono kierunki rozprzestrzeniania się tej choroby na świecie z uwzględnieniem jej występowania na terytorium Polski.

Słowa kluczowe: malaria, *Plasmodium falciparum*, *Plasmodium vivax*, epidemiologia.

SUMMARY

Population movements between continents is becoming more frequent, faster and easier. In recent years, tropical countries are the most popular travel destination. Very hot climate, poor sanitary-hygienic state cause a huge threat of acquire many diseases that are characteristic of the exotic regions. Malaria is now in third place among the most important infectious diseases in the world, after AIDS and tuberculosis. In total, they cause more than half of all deaths worldwide caused by infectious diseases. Malaria is the most common human disease in the global scale. It is believed that 40–45% of the population, including 40% of children living in malaria endemic areas. It is difficult to obtain accurate statistics on the incidence of tropical diseases Poland. The primary parasitic infection of global importance is malaria. Total transferred cases from malarial areas to Europe exceed 10 000 and mortality mortality is a few percent. The paper presents trends in the spread of the disease in the world with regard to its presence on Polish territory.

Key words: malaria, *Plasmodium falciparum*, *Plasmodium vivax*, epidemiology.

MALARIA NA ŚWIECIE

Transmisja malarii w 2007 r. występowała w 110 państwach oraz terytoriach administracyjnych świata, gdzie żyło 3,2 mld osób. 350–500 mln rocznie, na taką liczbę szacuje się kliniczne epizody malarii według WHO (2005). Większa część z nich spowodowana jest przez *Plasmodium falciparum* oraz *Plasmodium vivax*. Co roku malaria powoduje około miliona zgonów. Do powyższej liczby trzeba również dodać liczbę zgonów, które są pośrednio zależne od malarii, występujące zwłaszcza u dzieci oraz ciężarnych, a związane z innymi chorobami występującymi synergistycznie z zimnicą oraz niewysoką wagą urodzeniową czy też samoistnymi poronieniami. Ponad 60% przypadków malarii na całym świecie (ok. 75%), które spowodowane są przez *Plasmodium falciparum* oraz około 80% wszystkich zgonów z powodu zimnicy występuje w Afryce, na południe od Sahary. *P. falciparum* jest głównym sprawcą dużej większości zarażeń w powyższym regionie oraz przyczyną 18% zgonów dzieci do lat 5. Innymi słowy, średnio co 30 sekund afrykańskie dziecko umiera na malarię, tak więc zimnica powoduje 1/5 zgonów dzieci w Afryce.

W Europie nie ma obecnie rodzimych przypadków zimnicy i ich transmisji. W Bułgarii, Białorusi, Grecji, Hiszpanii, Macedonii, Mołdawii, Niemczech oraz we Włoszech w ciągu ostatnich lat zarejestrowano chwilową oraz szybko wygasłą transmisję, która pochodziła z przypadków importowanych. W 1998 r. we Włoszech opisano przypadek malarii po ukłuciu przez występującego lokalnie widliszka *Anopheles labranchiae*. Okazało się, że źródłem tego zarażenia była kobieta, która wróciła z wakacji w Indiach. Ocieplenie klimatu niestety sprzyja lokalnym transmisjom przywlekanym zarodźców przez widliszki, które występują w kraju. Przypadki malarii importowane do kontynentu europejskiego są pod ścisłym dozorem Europejskiego Centrum Kontroli Chorób w Sztokholmie oraz sieci europejskiej „European Network on Imported Infectious Diseases”.

Według ich danych w Europie w latach 2000–2005 pojawiło się 6301 przypadków zimnicy importowanej, z tego 4927 schorzeń o etiologii *Plasmodium falciparum* i 98 o podłożu mieszanym. Według innych danych od 2001 r. do kwietnia 2007 r. wykazano w Europie 8605 przypadków malarii importowanej, zwłaszcza u imigrantów, którzy odwiedzali krewnych w krajach endemicznych, i u cudzoziemców, którzy przybywali do Europy w sprawach służbowych (63,1%), 4881 to przypadki wywołane przez *Plasmodium falciparum* (56,7%). Zachorowania na zimnicę tropikalną występowały głównie wśród osób, które powróciły z Nigerii, Senegalu, Kamerunu i Beninu, Indii i Ghany oraz z Tanzanii, Kenii, Papui-Nowej Gwinei i Wybrzeża Kości Słoniowej. Pomimo iż ogromną grupę pacjentów europejskich wciąż stanowią turyści (53,4%), w okresie ostatnich lat znacząco wzrosła częstość zarażeń *Plasmodium* sp., które importowane są przez wolontariuszy różnych akcji humanitarnych, misjonarzy, osób, które podróżowały do tropiku w celach służbowych oraz Europejczyków pozbawionych odporności, którzy odwiedzali krewnych w endemicznych krajach [1].

Region Europejski WHO jest pojęciem szerszym od pojęcia Europy. Obejmuje obszar byłego ZSRR razem z częścią azjatycką, Turcję, Grenlandię, Izrael oraz Cypr, łącznie 53 państwa. Wśród 8 z nich wciąż istnieje transmisja rodzimych przypadków malarii – są to: Azerbejdżan, Armenia, Federacja Rosyjska, Kirgistan, Gruzja, Turkmenistan, Kazachstan i Uzbekistan. Zazwyczaj jest to transmisja *Plasmodium vivax*, wykryto również na granicy Kirgistanu z Uzbekistanem nieliczne przypadki o etiologii *Plasmodium falciparum*. W krajach kaukaskich oraz Turcji liczba zakażeń zmniejszyła się z 84 594 (1995 r.) do 2435 w (2005 r.). 30% populacji nadal mieszka na terenach endemicznych. W całym Regionie Europejskim o liczbie ludności 873 457 500 żyje około 40 mln ludzi na terenach o zróżnicowanym, jednak dość wysokim ryzyku zachorowania na zimnicę [2, s. 17–24].

W Polsce od 1963 r. nie ma rodzimej malarii, natomiast istnieją niezbędne warunki do jej transmisji. Bowiem występuje tu 47 gatunków komarów, które należą do 6 rodzajów będących wektorami schorzeń. Jednym z powyższych jest *Anopheles*, w kraju mamy 5 gatunków, które są przenosicielami zimnicy.

Rocznie w Polsce notuje się około 50 przypadków importowanej malarii. Wśród nich najczęściej występują bardzo ciężkie postaci kliniczne wywołane przez *Plasmodium falciparum*. Oprócz tego bardzo duża liczba Polaków leczona jest za granicą, na terenach zimniczych bądź w drodze powrotnej do Polski. Mocno niepokojąca jest dość wysoka liczba zgonów z powodu ciężkiej, a co gorsza często nierozpoznanej malarii. Stanowi około 2 przypadków rocznie, niemniej jednak jest to 7–16-krotnie więcej niż w innych europejskich krajach. Dość duża śmiertelność obejmuje chorych, którzy są zarażeni *Plasmodium falciparum*. W 2002 r. właśnie z tego powodu umarł co 7 pacjent, który był zarażony powyższym gatunkiem. W latach 1991–2003 na malarię zachorowało około 130 polskich żołnierzy, którzy pełnili służbę w Pokojowych Misjach ONZ głównie w Kambodży, Etiopii, Angoli oraz Egipcie. Żaden z zarażonych żołnierzy nie zmarł. Pojedyncze przypadki zimnicy stwierdza się również u imigrantów [2, s. 36–37].

W Grecji w okresie od 21.05. do 15.11.2011 r. zarejestrowano łącznie 63 przypadki zimnicy. Chorobę stwierdzono u 33 osób, z tego 27 w południowej części Grecji, w regionie Evrotas, oraz w 6 miastach: Attiki, Evoia i Larissa, w każdym po 2 przypadki. Osoby zarażone nie podróżowały na tereny, gdzie malaria występuje endemicznie. Pozostałe 30 osób to pracownicy migracyjni pracujący również na terenie regionu Evrotas. Zatrudnieni pochodzili głównie z krajów, gdzie zimnica występuje endemicznie, tj. z Pakistanu oraz Afganistanu [3].

HISTORIA MALARI

Zimnica jest prawdopodobnie jedną z najstarszych chorób człowieka. Chorobowość i wysoka śmiertelność powodowane malarią w przeciągu stuleci wywarły duży wpływ na rozwój ludzkości wielu państw, zwłaszcza tych, położonych w gorącym klimacie.

Rozwojowi *Plasmodium* u ludzi sprzyjały: cieplejsza era polodowcowa, agrarna rewolucja neolityczna, tworzenie osiadłych, rolniczych ludzkich osad oraz zbliżeniu komarów z rodzaju *Anopheles* do ludzkich siedzib, co było związane z powstawaniem zbiorników wodnych przy domach. Wzrastała również w Afryce antropofilność komarów, która obecnie wynosi od 80 do 100%. Z centralnej oraz zachodniej części Afryki zimnica rozszerzyła się w rejony Morza Śródziemnego, do Indii, Mezopotamii oraz Azji Południowo-Wschodniej mniej więcej 10 000–5000 lat temu. Również nad Morzem Śródziemnym, m.in. w Turcji, w miejscowości Ksantos, odnotowywano zachorowania na malarię u tamtejszej ludności, co zostało opisane przez Homera. W Chinach zimnica była znana już 5000 lat temu. Teksty egipskie, sumeryjskie oraz wedyjskie sprzed około 4000 lat przedstawiają gorączkową chorobę z powiększoną śledzioną, sugerującą malarię. Uważa się, że zimnica zadomowiła się na dobre w krajach o klimacie umiarkowanym około pierwszego tysiąclecia p.n.e. Przykładem jest Sardynia, którą to w 502 r. p.n.e. zdobyła Kartagina. Po wycięciu lasów Kartagińczycy zaczęli uprawiać pszenicę i len na eksport. Zmiana środowiska odpowiadała komarom, a niewolnicy sprowadzani z Afryki przywieźli ze sobą zimnicę. Następnie w 283 r. p.n.e. Sardynia dostała się pod panowanie Rzymian, zsyłka na tę wyspę była jednoznaczna z wyrokiem śmierci. Mówi się, iż jedną z wielu przyczyn upadku rzymskiego cesarstwa mogła być właśnie malaria. Również wzrastające uprawy ryżu sprzyjały rozprzestrzenianiu się malarii. W Anglii oraz we Francji malaria znana była już w XVI wieku. Możliwe, że zimnica przemieściła się na kontynent amerykański z Azji przez Ocean Spokojny, jednak pewne jest, że dotarła tam w dwojaki sposób: przez hiszpańskich kolonizatorów oraz sprowadzonych afrykańskich niewolników. Plantacje bawełny, ryżu oraz trzciny cukrowej sprzyjały szerzeniu się zimnicy. Uprawy te tworzyły idealne środowisko

dla komarów, a ludzie związani niewolniczą pracą byli idealnym rezerwuarem. W połowie XVIII wieku malaria zawitała do Ameryki Północnej, a w 1850 r. objęła Stany Zjednoczone oraz Kanadę. W XIX wieku w Indiach malaria rozprzestrzeniła się bardzo szybko, co było związane z budową sieci nawadniających, które miały poprawić produkcję rolną. W XIX wieku połowa ludności żyła na terenach malarycznych.

ZAGROŻENIE MALARIĄ W POLSCE

Zimnica występowała endemicznie na terenach Polski od setek lat, rodzimym gatunkiem zarodźca był jedynie *Plasmodium vivax*. Wzmianki o napadowej „febrze” można spotkać na kartkach już XIV-wiecznych pamiętników oraz listów. Niewątpliwie dotyczą one w dużej mierze ataków malarii. Pierwsze ścisłe opisy zimnicy w Polsce ukazały się w 1835 r., następnie ich liczba znacząco wzrosła. Wiele doniesień pochodzi z lat 1846–1847 z Kraśnika, Warszawy oraz Olkusza. Lisiejewski rocznie leczył 350 schorzeń w Warszawie, profesor Wilanowskiego leczył 684 cierpiących na malarię. Bokiewicz z 821 chorych 425 leczył na malarię zaledwie w drugim kwartale 1856 r. Pierwszą polską rozprawę na temat zimnicy wydał Tytus Chałubiński w 1875 r. pod tytułem: „Zimnica. Studium ze stanowiska praktycznego”, w której profesor opisuje dwie ogromne epidemie malarii w Warszawie i okolicach w latach 1847 i 1854.

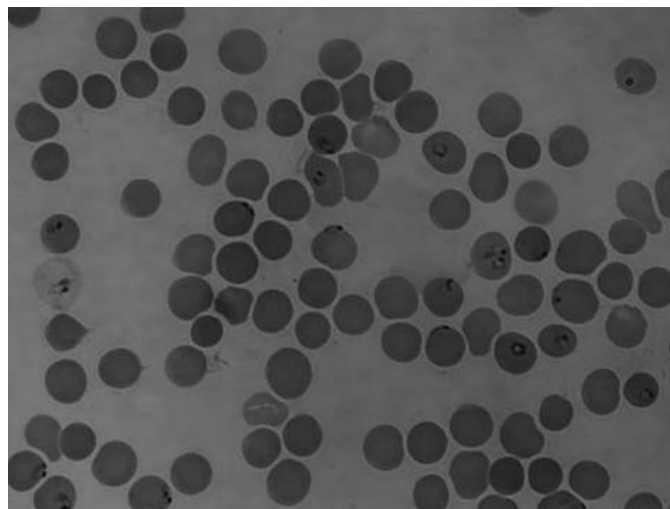
Dokładny wizerunek malarii tropikalnej przedstawia ówczesny polski pisarz Henryk Sienkiewicz w „Listach z Afryki” oraz „W pustyni i w puszczy”. Współcześnie syntetyzując własne doświadczenia dosłownie opisują malarię – Ryszard Kapuściński w „Hebanie” czy też Lucjan Wolanowski w sesji reportaży poświęconych chorobom tropikalnym „Upał i gorączka”.

W Polsce zaczęto rejestrować przypadki malarii w roku 1919. Rejestr prowadzony jest do dziś, jednak z przerwą w okresie II wojny światowej. Okres I wojny światowej, najazd bolszewicki oraz walka o granice Polski w latach 1918–1920 spowodowały ogromną epidemię zimnicy. 1513 przypadków malarii zgłoszono w 1919 r., w tym 13 zgonów, co niestety świadczy o bardzo małej zgłaszalności, gdyż 2 lata później, w 1921 r., liczba zachorowań była równa 52 965 przypadkom, w tym 41 zgonów. Jest to najwyższa odnotowana liczba w całej dotychczasowej historii tej choroby w Polsce. Świadczy o druzgocącej sytuacji epidemiologicznej zrujnowanego wojną kraju. Przez polskie terytorium przewinęło się ponad 3 mln uchodźców, imigrantów oraz jeńców wojennych. Największym obszarem, na którym występowała malaria endemicznie w czasach II RP było województwo poleskie. Rejestrowano tam 1123 przypadków w 1925 r., zapadalność wynosiła 128 na 100 000 mieszkańców. Do 1938 r. powyższa liczba zmalała do 148, a zapadalność do 13,1. Obszar ten zajmowały głównie bagna dorzecza Prypeci. Zimnica w tym rejonie była głównym powodem zachorowań u marynarzy Marynarki Wojennej na Pinie oraz jednostek Korpusu Ochrony Pogranicza na granicy z ZSRR. W 1928 r. zaczęto rozpylać na obszarach wód oraz bagien środek owadobójczy – zieleń paryską z niskopułapowych samolotów. W 1921 r. we wschodniej części Polski utworzono 2 kolumny przeciwmalaryczne, które prowadziły rejestrację, rozpoznanie oraz leczenie chorych, kształcenie zdrowotne oraz działania przeciwmalaryczne. W 1925 r. w 14 powiatach powstały 4 kolumny, które zajmowały się wyszukiwaniem ognisk malarycznych za pomocą badań hematologicznych, natomiast chorych leczono chininą. W każdym z powiatów przeprowadzono badania na 1000 osób. Pomiarzy te okazały się skuteczne, gdyż już w 1938 r. stwierdzono w Polsce tylko 316 przypadków malarii o etiologii *Plasmodium vivax*. II wojna światowa spowodowała zaprzesczenie osiągniętych wyników zwalczania malarii osiągniętych w dwudziestolecu międzywojennym. W tym okresie choroba bardzo się nasiliła, co potwierdzają dane fragmentaryczne. Z jedyńskich danych, jakie uchowały się w Warszawie, zarejestrowano wzrost liczby zachorowań z 27 w 1940 r. do 589 w 1943 r. [4]. W 1942 r. Stanisław Wszelaki, infekcjolog, opisał przypadek zimnicy, która była wywołana *Plasmodium falciparum* u 8-letniej dziewczyny

w Warszawie, w której to pobliżu stacjonowały niemieckie wojska przybyłe bezpośrednio z Krety [5]. Lata od 1946 do 1948 to czasy największego zachorowania na tę chorobę. Zapadalność podniosła się do 41,8 w 1948 r. Zakład Parazytologii PZH zanotował 13 943 chorych. Rozlewiska Narwi, Wisły i Bugu sprzyjały utrzymywaniu się choroby w okolicach Warszawy. Malaria zaczęła pojawiać się również na nowych terenach, w województwie lubelskim oraz kieleckim, jak i w okolicach Łodzi. Czynniki, które sprzyjały szerzeniu się malarii, było sporo. Przede wszystkim masowa migracja przesiedleńców, głównie ze Wschodu. Polacy, którzy przybywali z Syberii również przywlekali ze sobą zimnicę już o różnej etiologii: *Plasmodium falciparum*, *Plasmodium malariae* oraz *Plasmodium vivax*. Kolejnym bodźcem, który sprzyjał szerzeniu się malarii były okresy temperatur sprzyjające rozmnażaniu się komarów widliszków.

W Warszawie i okolicach przeprowadzono szczegółową analizę epidemiologiczną, która ujawniła krzywą zachorowań. Pierwszy wyrzut to okres około 19. do 29. tygodnia (maj– lipiec), zaś drugi zdecydowanie niższy to okres od 38. do 40. tygodnia roku (koniec września – październik). Dzięki temu wyznaczono 2 najważniejsze przyczyny takiego stanu rzeczy. Przede wszystkim aktywność komarów, która jest sezonowa. W Polsce to okres od marca do września, oczywiście w zależności od warunków klimatycznych, oraz krótszy okres, w którym to komar może zarażać ludzi, a wynosi on od 100–118 dni. Drugim ważnym aspektem, który wyróżniono podczas analizy, to wieloszczepowość plazmodiów [4].

Już w 1950 r. rejestrowano w Polsce 1364 przypadki malarii, zapadalność wynosiła 15,5/100 000, rok później liczba schorzeń wynosiła już tylko 349 z czego 2 osoby zmarły. Zapadalność zmniejszyła się do 1,4/100 000. W 1952 r. odnotowano 186 przypadków zimnicy. W 1955 r. wyłącznie w województwie szczecińskim oraz w Warszawie i Łodzi zapadalność oscylowała w granicy 10–50/100 000. Od 1957 r. mówi się o przerwaniu transmisji zimnicy w Polsce.



Rycina 1. Malaria, liczne trofozoity *Plasmodium* sp. Rozmaz krwi pacjenta z laboratorium diagnostycznego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu. Barwienie metodą May-Griinwald-Giemsa

Obecnie w Polsce pojawiają się jedynie przypadki zimnicy importowanej z obszarów, gdzie występuje endemicznie (ryc. 1). Niestety obecne warunki klimatyczne są idealne do transmisji *Plasmodium vivax*, co zagraża kolejnym przywleczeniem do kraju. Okres epidemiczny w Polsce, czyli taki, w którym może dojść do zarażenia, wynosi od 99 do 118 dni i wypada w okresie od czerwca aż do września, ale największe narażenie występuje w lipcu. W szczególności w Polsce południowo-zachodniej występują kompletne warunki zwane odpowiednikiem Lima. Są to cechy środowiska dogodne dla rozwoju komarów, czyli temperatura stycznia powyżej 0°C, temperatura lipca powyżej 20°C oraz wartość opadów powyżej 50 cm³/m². Światowa Organizacja Zdrowia w latach 1961–1967 wykreśliła Polskę oraz 39 in-

nych państw z listy malarycznej. W 1978 r. liczba przypadków importowanej malarii wynosiła około 200. Przypadków zimnicy wrodzonej w tym czasie nie stwierdzono [6].

W latach 1960–1969 odnotowano w kraju 97 zawleczonych przypadków zimnicy, w tym 55,5% spowodowane gatunkiem *Plasmodium vivax* i 36,1% *Plasmodium falciparum*. W okresie od 1970 do 1979 r. zarejestrowano 156 importowanych zachorowań, w tym 83 przypadki spowodowane gatunkiem *Plasmodium vivax* i 52 *Plasmodium falciparum*.

Tabela 1. Malaria importowana do Polski w latach 1970–2008 [7]

Rok	Liczba przypadków	Zapadalność/ /100 000
1970	3	0,01
1971	6	0,02
1972	3	0,01
1973	8	0,02
1974	12	0,04
1975	20	0,06
1976	19	0,06
1977	27	0,08
1978	35	0,10
1978	23	0,07
1980	16	0,04
1981	28	0,08
1982	16	0,04
1983	12	0,03
1984	15	0,04
1985	15	0,04
1986	14	0,04
1987	16	0,04
1988	21	0,06
1989	22	0,06
1990	21	0,06
1991	16	0,04
1992	17	0,04
1993	27	0,07
1994	18	0,05
1995	21	0,05
1996	31	0,08
1997	37	0,09
1998	38	0,10
1999	32	0,08
2000	24	0,06
2001	27	0,07
2002	26	0,07
2003	17	0,04
2004	29	0,08
2005	20	0,05
2006	19	0,05
2007	11	0,029
2008	23	0,06

W latach 1980–1998 wystąpiło w Polsce 401 przypadków importowanych. W latach 1999–2008 notowano w kraju 228 przypadków zimnicy importowanej, z czego 15 osób zmarło, w tym 4 poza granicami państwa. W ostatnich dziesiętkach lat całkowicie zmienił się profil osób chorych. Przeważającym gatunkiem

importowanym w Polsce oraz Europie jest *Plasmodium falciparum*. W Europie to około 80% przypadków odnotowanych w 2006 r. i 50% w Polsce w 2004 r.

Niestety wciąż istnieje brak zgłaszania do Państwowej Inspekcji Sanitarnej przypadków zimnicy niepodważalnie potwierdzonych. W 2006 r. do PIS zgłoszono 19 przypadków malarii, podczas gdy w 3 klinikach w Gdyni, Warszawie oraz Poznaniu hospitalizowano 26 chorych. Według ekspertyzy, która została przeprowadzona na prośbę Ministerstwa Zdrowia w latach 2002–2004, ponad 20% przypadków nie zostało zgłoszonych do PZH [8]. Według analiz Głównego Inspektora Sanitarnego, w przeciągu kilku ostatnich lat odsetek niezgłoszonych przypadków wzrósł i tak na przykład w 2006 r. wynosił już 1/3.

Niepokojąca jest również dość wysoka śmiertelność z powodu zimnicy w Polsce. Jest ona od 7, a nawet do 16 razy wyższa niż śmiertelność przypadków importowanych ogółem do Europy. W latach 2002–2008 zmarło w Polsce 9 chorych, a 7 z tych zgonów spowodowane było zbyt późnym rozpoznaniem malarii, a nawet zdiagnozowaniem jej pośmiertnie. Mimo iż zauważa się poprawę wśród dokładnej i właściwej diagnostyki choroby u ogółu lekarzy, to nadal istnieje duża strefa ignorancji oraz niewiedzy na temat malarii. Niestety nie ma wątpliwości, że trafiają się przypadki zimnicy, które są nierozpoznane za życia, a co gorsza nawet pośmiertnie, i które często mylone są z posocznicą, babeszjozą, udarem mózgu, wstrząsem, śpiączką hipoglikemiczną czy też ostrą niewydolnością nerek. Przypuszcza się iż liczba takich przypadków od lat nie ulega zmianie, a na pewno nie zmniejsza się.

BIBLIOGRAFIA

1. Paul M, Stefaniak J. Aktualne ryzyko importowania malarii do krajów europejskich. *Wiad Parazytol* 2007; 53: 169.
2. Dzbeński T, Kacprzak E, Kajfasz P, i wsp. *Malaria na świecie, w Europie i w Polsce*. W: Knap J, Myjak P, red. *Malaria w Polsce i na świecie – wczoraj i dziś*. Wyd. 2. Bielsko-Biała: α-medica Press; 2009.
3. http://www.pis.gov.pl/userfiles/file/Departament%20EP/informacje%20dla%20podr%C3%B3%C5%BCuj%C4%85cych/16_12_INFORMACJA%20DLA%20OS%C3%93B%20PODRO%C5%BBUJ%C4%84CYCH%20DO%20GRECJI.pdf dok. elektr. 07-05-2012.
4. Janicki M, Dymowska Z, Łukasik J. Zimnica w Polsce w latach 1945–1955 ze szczególnym uwzględnieniem jej przebiegu w Warszawie. *Przegl Epidemiol* 1957; 11(2): 109–121.
5. Bincer W. Malaria wśród wojska i uchodźstwa polskiego jako czynnik epidemiologiczny po repatriacji. *Śląska Gaz Lek* 1946; 2(5): 265–271.
6. Żabicki W. *Zimnica (malaria)*. W: Kostrzewski J, red. *Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie w latach 1970–1979*. Wrocław: Wydawnictwo Ossolineum; 1984: 304–306.
7. Knap J, Myjak P. *Malaria w Polsce i na świecie – wczoraj i dziś*. Wyd. 2. Bielsko-Biała: α-medica Press; 2009: 72.
8. Myjak P, Nahorski W, Pietkiewicz H, i wsp. *Weryfikacja rozpoznanych przypadków malarii w Polsce*. II konferencja „Medycyna Podróży”, Białystok 2005. Streszczenia: 135.

Adres do korespondencji:

Mgr inż. Justyna Bazan
Zakład Chorób Układu Nerwowego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ul. Bartła 5
51-618 Wrocław
Tel.: 71 784-18-27

Praca wpłynęła do Redakcji: 15.10.2012 r.

Po recenzji: 20.10.2012 r.

Zaakceptowano do druku: 13.11.2012 r.

ODCZUCIE WSTRĘTU MOŻE WYZWOLIĆ REAKCJĘ NEUROKARDIOGENNĄ – OPIS PRZYPADKU

Disgust may elicit neurocardiogenic reaction – case report

Agnieszka Sławuta¹, Dorota Zysko²

¹ Indywidualna Praktyka Lekarska we Wrocławiu

² Zakład Ratownictwa Medycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: dzysko@wp.pl

STRESZCZENIE

W pracy przedstawiono opis przypadku 63-letniej kobiety z licznymi incydentami zasłabnięć w przebiegu reakcji neurokardiogennej wywołanych odczuciem wstrętu, jaki został wywołany różnymi bodźcami. Widok zmasakrowanych zwłok ludzkich doprowadził do ciężkiego stanu przedomdleniowego, który przejawiał się bardzo silnym osłabieniem, zaburzeniami widzenia, wymiotami. W pracy omówiono znaczenie wstrętu jako czynnika prowokującego reakcję neurokardiogenną.

Słowa kluczowe: odczucie wstrętu, reakcja neurokardiogenna.

SUMMARY

63-year-old woman presented with numerous presyncopal events caused by neurocardiogenic reaction provoked by disgust evoked by different stimulus. The sight of mutilated human body elicited strong presyncopal event with faintness, visual disturbances, vomitus. The importance of disgust as a factor provoking the neurocardiogenic reaction was discussed.

Key words: disgust, neurocardiogenic reaction.

OPIS PRZYPADKU

63-letnia kobieta bez istotnej przeszłości chorobowej podająca w wywiadzie bardzo liczne zasłabnięcia, która nigdy nie miała omdlenia, zgłosiła się do poradni kardiologicznej z powodu częstego występowania incydentów zasłabnięć.

Zdarzenia te występowały od młodości pacjentki. Wszystkie incydenty zasłabnięć miały związek z widokiem krwi, niektórych zwierząt, wydzielin i wydaliny, czy ogólnie widoku określanego jako wstrętny (obrzydliwy). W młodości wystarczyła wizualizacja opowieści o tego typu sytuacjach, by wywołać reakcję, natomiast w późniejszym wieku konieczny był widok lub zapach. Opisane bodźce powodowały występowanie nudności, uczucie słabnięcia, odczuwanie słodkawego smaku oraz niekiedy zaburzenia widzenia i przymus przyjęcia pozycji siedzącej. Nigdy nie doszło do wyzwolenia tego typu reakcji podczas długotrwałego przebywania w pozycji stojącej mimo astenicznej budowy ciała. Najsilniejsza miała miejsce w 36. roku życia, kiedy to kobieta będąc świadkiem zbiegowiska na jezdni uniemożliwiającego kontynuowanie podróży samochodem postanowiła zobaczyć z bliska miejsce wypadku komunikacyjnego. Ofiara wypadku ze skutkiem śmiertelnym miała bardzo poważne obrażenia, łącznie z oddzieleniem głowy od tułowia. Widok zdefragmentowanego ciała wyzwolił bardzo nasiloną reakcję z wymiotami, zaburzeniami widzenia, ale bez pełnej utraty przytomności. U pacjentki w 12-odprowadzeniowym elektrokardiogramie nie stwierdzono istotnych nieprawidłowości, a badanie podmiotowe i przedmiotowe pozwoliło na wykluczenie istotnych schorzeń somatycznych. U pacjentki w wypełnionym kwestionariuszu Spilbergera stwierdzono prawidłowy poziom lęku jako cechy.

Za przyczynę licznych incydentów zasłabnięć uznano reakcję neurokardiogenną wywołaną bodźcami emocjonalnymi. Pacjentkę utwierdzono w jej przekonaniu o łagodnym charakterze zaburzeń i braku zagrożenia życia.

OMÓWIENIE

Reakcja neurokardiogenna przejawia się dwiema składowymi: wegetatywną i hemodynamiczną. Pierwsza z nich polega na pobudzeniu układu autonomicznego i w jej przebiegu występuje uczucie gorąca, nudności, a nawet wymioty, kołatanie serca. Spadek oporu obwodowego i zwolnienie czynności serca pro-

wadzą natomiast do objawów spowodowanych zaburzeniami hemodynamicznymi, takimi jak: zaburzenia widzenia, szum w uszach, poty [1, 2]. Reakcja neurokardiogenna może zostać wyzwolona przez pionizację i spowodowany nią spadek powrotu żylnego. Inny mechanizm wyzwalania reakcji neurokardiogennej jest związany z emocjami [3]. Do dwóch głównych przyczyn zalicza się: lęk i wstręt. W opisanym przypadku pacjentka mimo astenicznej budowy ciała dobrze tolerowała przedłużoną pionizację. Również poziom lęku jako cechy jest niezaburzony, za czym przemawia zachowanie się pacjentki polegające na udaniu się na miejsce wypadku oraz obejrzenie zdarzenia, jak również wynik badania kwestionariuszem Spilbergera. Czynnikiem, który wyzwał reakcję, był natomiast wstręt. Wrażliwość na bodźce wyzwalające uczucie wstrętu jest genetycznie uwarunkowana, niezmienną w czasie cechą osobowości. Substancje, jakie mogą wywołać uczucie wstrętu, zostały pogrupowane w pięciu kategoriach [4]. Pierwszą z nich jest uczucie wstrętu wywołane niedobrym smakiem (distaste). Ma ono za zadanie uchronić organizm przed truciznami. Core disgust może zostać wywołany przez wydzieliny ciała i ekskrementy, gryzonie, robaki w celu ochrony ciała przed infekcją lub chorobą. Animal nature/Reminder disgust jest wyzwalany przez zdarzenia związane ze zgonem, złą higieną, naruszeniem ciągłości powłok ciała i ma za zadanie ochronę przed śmiercią. Interpersonal contamination disgust chroni ciało przez ograniczanie kontaktów z obcymi. Moral disgust chroni porządek społeczny [4].

Opisany przypadek jest istotny, ponieważ pokazuje, że uczucie wstrętu działa przez mechanizm wyzwalania reakcji neurokardiogennej i prowadzi do typowych objawów prodromalnych omdleń wazowagalnych.

Powiązania między wstrętem, lękiem i omdleniami nie zostały do tej pory wyjaśnione. Zarówno lęk, jak i wstręt uważane są za czynniki mogące wyzwać reakcje neurokardiogenne i omdlenia. Olatunji i wsp. opublikowali badanie na dużej grupie studentów, które pozwoliło na stwierdzenie, że zarówno wstręt, jak i lęk wywołany widokiem krwi, iniekcjami i instrumentacjami może prowadzić do zdarzeń określanych jako „omdlewanie”, a których definicja przedstawiona w pracy obejmuje zarówno zdarzenia prowadzące do pełnej utraty świadomości, jak i nasilone objawy stanu przedomdleniowego [5]. W przeprowadzo-

nej analizie wieloczynnikowej autorzy wykazali, że wstręt po uwzględnieniu występowania reakcji na widok krwi, iniekcje, instrumentacje nie jest niezależnym czynnikiem wywołującym omdlenia i stany przedomdleniowe. Również Vossbeck-Elsebusch i wsp. nie wykazali większej wrażliwości na wstręt u pacjentów z fobią na widok krwi, iniekcje i instrumentacje niż u pozostałych pacjentów [6]. Natomiast Gerlach i wsp. stwierdzili, że pacjenci z fobią na widok krwi, iniekcje i instrumentacje mają wyższy poziom wrażliwości na uczucie wstrętu, jeśli nie mają omdleń w wywiadzie, niż grupa, która ma omdlenia [7]. Exter Kent i Page również opisali większą skłonność do występowania zasłabnięć u osób z wyższym poziomem wstrętu i lęku [8].

Opisany przez nas przypadek wskazuje jednak na trudności zróżnicowania wstrętu wywołanego widokiem uszkodzonego ludzkiego ciała oraz widokiem krwi od reakcji lękowych spowodowanych widokiem krwi. O ile zdarzenia wywołane widokiem małych zwierząt, wymiocin łatwo można zakwalifikować do reakcji spowodowanych uczuciem wstrętu, to kwalifikacja zdarzeń związanych z widokiem rozkawałkowanego ludzkiego ciała już nie jest tak prosta i oczywista. Opisany przez nas przypadek wskazuje na konieczność prowadzenia dalszych prac mających na celu zróżnicowanie uczucia lęku i wstrętu wywołanego widokiem krwi, iniekcjami, instrumentacją w celu lepszego zrozumienia interakcji, jakie zachodzą między emocjonalnymi mechanizmami biorącymi udział w reakcji neurokardiogennej u pacjentów z fobią na widok krwi, iniekcje, instrumentacje.

BIBLIOGRAFIA

1. Fazelifar AF, Basiri HA, Toloie A, et al. Can prodromal symptoms predict recurrence of vasovagal syncope? *Cardiol J* 2008; 15(5): 446–450.
2. Guida P, Iacoviello M, Forleo C, et al. Prevalence, timing, and haemodynamic correlates of prodromes in patients with vasovagal syncope induced by head-up tilt test. *Europace* 2009; 11: 1221–1226.
3. Mosqueda-Garcia R, Furlan R, Tank J, et al. The elusive pathophysiology of neurally mediated syncope. *Circulation* 2000; 102: 2898–2906.
4. Petrowski K, Paul S, Schmutzer G, et al. Domains of disgust sensitivity: revisited factor structure of the questionnaire for the assessment of disgust sensitivity (QADS) in a cross-sectional, representative German survey. *BMC Med Res Methodol* 2010 Oct. 20; 10: 95.
5. Olatunji BO, Williams NL, Sawchuk CN, et al. Disgust, anxiety and fainting symptoms associated with blood-injection-injury fears: a structural model. *J Anxiety Disord* 2006; 20: 23–41.
6. Vossbeck-Elsebusch AN, Steinigeweg K, Vögele C, et al. Does disgust increase parasympathetic activation in individuals with a history of fainting? A psychophysiological analysis of disgust stimuli with and without blood-injection-injury association. *J Anxiety Disord* 2012; 26: 849–858.
7. Gerlach AL, Spellmeyer G, Vögele C, et al. Blood-injury phobia with and without a history of fainting: disgust sensitivity does not explain the fainting response. *Psychosom Med* 2006; 68: 331–339.
8. Exeter-Kent HA, Page AC. The role of cognitions, trait anxiety and disgust sensitivity in generating faintness around blood-injury phobic stimuli. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2006; 37: 41–52.

Adres do korespondencji:

Dr hab. n. med. Dorota Zyśko
Zakład Ratownictwa Medycznego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ul. Bartla 5
51-618 Wrocław
Tel./fax: 71 345-93-24, 600 125-283

Praca wpłynęła do Redakcji: 19.09.2012 r.
Po recenzji: 29.09.2012 r.
Zaakceptowano do druku: 10.10.2012 r.

CHOROBA PARKINSONA – POSTĘPOWANIE PIELĘGNACYJNO-REHABILITACYJNE WOBEC CHOREGO NA CHOROBE PARKINSONA

Parkinson's disease – nursing and rehabilitation proceedings against the patient with Parkinson's disease

Elżbieta Wrońska, Izabella Krawczyk, Magdalena Wnuk

Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
Opiekun Koła: dr. n. med. Izabella Uchmanowicz

adres do korespondencji: izabella.uchmanowicz@am.wroc.pl

STRESZCZENIE

Choroba Parkinsona jest samoistną, powoli postępującą zwyrodnieniową chorobą układu nerwowego. Dotyczy głównie osób starszych, a średni wiek zachorowalności wynosi 58 lat. Częściej chorują mężczyźni niż kobiety i dotyczy coraz większej liczby osób. Według WHO, na świecie jest 5 mln chorych na tę chorobę. Do głównych objawów zaliczamy: drżenie spoczynkowe, spowolnienie ruchowe oraz sztywność mięśni. Mechanizm jej powstawania nie został wyjaśniony, ale proces zwyrodnieniowy dotyczy jąder podkorowych, a zwłaszcza istoty czarnej i dochodzi do zachwiania układu dopaminergicznego, a w konsekwencji do destabilizacji w innych układach neuroprzekaznikowych. Postępowanie terapeutyczne w chorobie Parkinsona jest bardzo złożone i powinno uwzględniać nie tylko farmakoterapie, ale także inne rodzaje oddziaływań na chorego i chorobę, takie jak: rehabilitację, odpowiedni tryb życia oraz właściwą dietę, a także edukację i wsparcie zarówno chorych, jak i ich rodzin. Celem pracy jest przedstawienie problemu zdrowotnego chorych na chorobę Parkinsona oraz postępowanie leczniczo-pielęgnacyjne wobec chorego na chorobę Parkinsona.
Słowa kluczowe: choroba Parkinsona, zespół objawów, postępowanie leczniczo-pielęgnacyjne, problemy pielęgnacyjne.

SUMMARY

Idiopathic Parkinson's disease is a slowly progressive degenerative disease of the nervous system. This concerns mainly the elderly, and the average age of incidence is 58 years. There is a higher rate of Parkinson's disease in men than women and it concerns an increasing number of people. According to WHO, there are five million people suffering from this disease in the world. The main symptoms are following: tremor at rest, slowness of movement and muscle stiffness. The mechanism of its formation has not been elucidated, but the degenerative process concerns the basal ganglia, particularly the substantia nigra and comes to erode the dopaminergic system and consequently to the destabilization of other neurotransmitter systems. Therapeutic treatment for Parkinson's disease is complex and should include not only pharmacotherapy, but also other types of impacts on patient and disease, such as rehabilitation, appropriate lifestyle and diet as well as education and support to both patients and their families. The aim of this work was to present a health problem in patients with Parkinson's disease as well as nursing procedures to a patient with Parkinson's disease
Key words: Parkinson's disease, syndrome, medical and nursing procedures, care problems.

WSTĘP

Choroba Parkinsona, nazywana również drżączką porażną, to choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego z zaburzeniami pozapiramidowymi. Mechanizm jej powstawania nie został wyjaśniony. Proces zwyrodnieniowy dotyczy jąder podkorowych, a zwłaszcza istoty czarnej. W istocie czarnej znajdują się neurony, które wytwarzają dopaminę. Jest to neuroprzekaznik powstający z lewodopy i odpowiadający za koordynację czynności ruchowych. W chorobie Parkinsona właśnie te komórki obumierają, co w konsekwencji prowadzi do obniżenia aktywności układu dopaminergicznego, dalej z kolei – do zaburzenia równowagi wielu układów neuroprzekaznikowych w jądrach podstawy i ich połączeniach. Jest najczęściej występującą chorobą, należąca do zespołów hipokinetyczno-hipertonicznych. Współczynnik zachorowalności wzrasta wraz z wiekiem. Choroba ta zwykle rozpoczyna się między 50. a 60. rokiem życia, chociaż spotyka się również młodszych chorych. Częściej chorują mężczyźni. Ze względu na mechanizmy kompensacyjne objawy choroby ujawniają się wtedy, gdy zniszczonych jest już około 50% komórek dopaminergicznych, a poziom dopaminy w prążkowi wynosi zaledwie 20% normy. Należy pamiętać, że jak dotąd żaden ze znanych sposobów leczenia nie jest w stanie zahamować naturalnego postępu choroby.

Zasadnicza triada objawów:

- 1) drżenie spoczynkowe (tremor),
- 2) bradykinezja (spowolnienie, hipokinezja),
- 3) sztywność mięśni (rigor).

Objawy:

1. Spowolnienie ruchowe:
 - zaburzenia mimiki, maskowaty wyraz twarzy (hipomimia),

- brak współruchów,
 - spowolniona, monotonna mowa.
2. Zaburzona postawa ciała (zgięciowa):
 - * barki wychylone do przodu, łokcie odsunięte od tułowia, przedramiona w zgięciu, kończyny dolne także. Może wystąpić skrócenie tułowia w stronę bardziej zaawansowaną. Daszkowate ułożenie dłoni.
 3. Znamienne drżenie spoczynkowe:
 - palców rąk, tzn. kręcenie pigułki,
 - kończyn dolnych, głowy.
 4. Posuwisty chód drobnymi kroczkami:
 - * propulsja – tendencja do padania do przodu, niemożność nagłego zatrzymania się, niekiedy powoduje przejście z chodu w bieg,
 - * retropulsja – tendencja do padania w tył,
 - * lateropulsja – tendencja do padania w bok.
 5. Wzmoczone napięcie mięśniowe:
 - o typie sztywności z objawem „koła zębatego”,
 - „ołowianej rury”.
 6. Mikrografia.
 7. Zespół niespokojnych nóg.
 8. Zastygania w czasie ruchu, tzw. przymrożenie.
 9. Zaburzenia snu w fazie REM.
 10. Objawy autonomiczne:
 - ślinotok,
 - zwiększone wydzielanie gruczołów potowych (naoliwienie twarzy),
 - napadowe poty,
 - zaburzenia motoryki jelit i zaparcia,
 - częste oddawanie lub nietrzymanie moczu,
 - impotencja.

11. Niewielkie spowolnienie psychiczne (zaburzenia koncentracji, uwagi, planowania), mogą również wystąpić zaburzenia emocjonalne (często depresja i uczucie lęku), a w późniejszej fazie zespoły otępienne u około 30%.

Istotną cechą choroby Parkinsona jest asymetria objawów klinicznych. Postęp choroby jest z reguły powolny, jednakże choroba ta prowadzi do zupełnego inwalidztwa.

REHABILITACJA W CHOROBIE PARKINSONA

Terapia ruchowa (indywidualna, grupowa)

Rehabilitacja ruchowa może opóźnić pojawienie się lub zmniejszyć nasilenie już istniejących objawów choroby, takich jak: spowolnienie ruchowe, zaburzenia postawy i chodu, hipokineza, akineza i zastygnięcia, zaburzenia mowy i stanu psychicznego.

(Gimnastyka: głowy, barków, kończyn, rąk i nadgarstków, tułowia, stóp, ćwiczenia w pozycji leżenia przodem, w pozycji leżenia tyłem, w klęku podpartym i prostym, w pozycji stojącej, ćwiczenia chodu).

Bociani chód

Jest to ćwiczenie usprawniające chodzenie w wyprostowanej postawie. Chory w pozycji stojącej krzyżuje ręce na plecach, ciężar ciała rozkłada się wówczas równomiernie na obie nogi. Chory podciąga kolano ku górze i gwałtownie wyrzuca nogę do przodu starając się ustawić stopę jak najdalej na podłożu wykonując tzw. bociani krok.

Ćwiczenia powinny być w miarę możliwości wykonywane 2–3 razy dziennie, trwać około 15 minut. Fizjoterapeuta powinien zdecydować wraz z pacjentem, które z wskazanych ćwiczeń są najodpowiedniejsze dla chorego.

U pacjenta z chorobą Parkinsona niezwykle ważne są:

- terapia mowy,
- terapia zajęciowa,
- rehabilitacja psychologiczna.

Profilaktyka zaburzeń chodu i upadków

Należy używać bezpiecznego obuwia, czyli zakładać buty z niskim obcasem, bez śliskiej podeszwy, stabilizujące stopę, szczególnie piętę. Zalecane są buty wiązane, a butów wsuwanych, tzw. kłapek nie należy używać. Należy koncentrować się na chodzeniu, czyli podczas chodzenia nie wykonywać innych czynności (np. rozmowa, szukanie przedmiotów w torebce), ponieważ zaburza to rytm chodu i nasila te zaburzenia. Gdy pojawiają się wyżej opisane zaburzenia chodzenia, należy zwolnić tempo chodu, a nawet zatrzymać się w celu korekty postawy ciała, wyprostować sylwetkę, unieść głowę, poprawić pozycję stóp, a następnie starać się chodzić stawiając długie kroki, unosić wysoko stopy i balansować rękami. Skutecznym sposobem uniknięcia dreptania przy zmianie kierunku ruchu jest zamiast zmiany kierunku ruchu obrotem tułowia przejście po linii łuku, aż do uzyskania zamierzonego kierunku marszu.

PIELĘGNACJA CHOREGO W CHOROBIE PARKINSONA

Głównym źródłem problemów pielęgnacyjnych w zaawansowanej fazie choroby są objawy podstawowe i dodatkowe, powikłania ruchowe związane z długoletnią farmakoterapią, jak również reakcje pacjenta na chorobę i postępującą niepełnosprawność.

Osoba opiekująca się osobą z chorobą Parkinsona powinna być w stosunku do niej serdeczna, otwarta i wyrozumiała. Ważne jest zachęcanie rodziny do wspierania chorego.

Urządzenie pokoju dla osoby z chorobą Parkinsona powinno być proste i dostosowane do jej potrzeb. Z pomieszczenia należy usunąć wszystkie przedmioty, które mogą spowodować, uszkodzenie ciała chorego na skutek jego niesprawności, zlikwidować bariery architektoniczne utrudniające poruszanie się, usunąć wysokie progi, śliskie dywany, zbędne sprzęty. Chorego należy zaopatrzyć w odpowiednie środki ortopedyczne (laska,

balkonik), jeśli jest taka potrzeba. Nie bez znaczenia jest dbanie o właściwą atmosferę, wzajemne zaufanie oraz włączenie chorego do różnych prac związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego. Chory dość długo pozostaje sprawny umysłowo. Odsunięty od spraw rodziny może czuć się osamotniony. Należy dbać, aby mógł on realizować swoje zainteresowania i nie pozostawał sam na sam z własną chorobą.

Postępowanie pozafarmakologiczne obejmuje rehabilitację, logopedię, ergoterapię, psychoterapię, edukację chorych i szeroko pojętą pomoc w przystosowaniu się do pewnych ograniczeń związanych z chorobą. Głównym celem opieki pielęgnarskiej jest pomoc pacjentowi w jak najdłuższym utrzymaniu niezależności oraz w zaspokajaniu potrzeb przez bezpośrednio oddziaływanie pielęgnacyjne, wsparcie, edukację chorego i jego opiekunów, jak również współdziałanie w procesie leczenia i profilaktyce powikłań.

MODEL OPIEKI NAD CHORYM Z CHOROBA PARKINSONA

Diagnoza pielęgnarska:

Dyskomfort i złe samopoczucie, będące wynikiem niedociśnienia ortostatycznego, spowodowanego przyjmowanymi lekami.

Cel opieki:

Zminimalizowanie dyskomfortu i złego samopoczucia, będącego wynikiem niedociśnienia ortostatycznego, spowodowanego przyjmowanymi lekami.

Postępowanie pielęgnarskie:

Poinformowanie chorego, aby:

- zwiększył podaż sodu w diecie, przez dosalanie potraw,
- zwiększył ilość przyjmowanych płynów,
- jadł mało i często, ponieważ obfity posiłek może spowodować spadek ciśnienia krwi,
- ograniczył zawartość węglowodanów w pożywieniu,
- unikał spożywania alkoholu,
- pił kawę na śniadanie,
- leżał z głową uniesioną o 30–40°,
- unikał wychodzenia z domu w upalne dni,
- nie stosował gorących kąpeli,
- zapobiegał zaparciom,
- używał pończoch ściągających lub specjalnych pasów na brzuch,
- wstawał powoli i stopniowo do pozycji pionowej,
- w przypadku długiego stania przyjął pozycję ze skrzyżowanymi nogami.

Diagnoza pielęgnarska:

Możliwość wystąpienia niedożywienia z powodu występowania zaburzeń w połykaniu.

Cel opieki:

Zapobieganie niedożywieniu i jego powikłaniom.

Postępowanie pielęgnarskie:

Udział w farmakoterapii:

- modyfikacja dawek lewodopy.

Poinformowanie pacjenta, aby:

- spożywał pokarmy małymi łykami,
- przy połykaniu dotykał brodą do klatki piersiowej,
- ćwiczył przednią i tylną część języka przy otwartych ustach, powtarzał głoskę „a”.

Diagnoza pielęgnarska:

Dyskomfort spowodowany występowaniem zaburzeń w oddawaniu moczu.

Cel opieki:

Zlikwidowanie zaburzeń w oddawaniu moczu.

Postępowanie pielęgnarskie:

Udział w farmakoterapii:

- modyfikacja dawek lewodopy,
- wprowadzenie agonisty dopaminy lub specjalistyczne leczenie urologiczne lekami działającymi pobudzającą bądź hamującą na układ autonomiczny (oxybutynina, tolterodyna).

Poinformowanie pacjenta, aby:

- zmniejszył ilość przyjmowanych płynów w godzinach wieczornych.

Diagnoza pielęgnarska:

Złe samopoczucie psychiczne spowodowane obniżonym libido.

Cel opieki:

Znormalizowanie poziomu libido, a w konsekwencji poprawienie samopoczucia pacjenta.

Postępowanie pielęgnarskie:

Udział w farmakoterapii:

- stosowanie leków sildenafil lub apomorfina.

Diagnoza pielęgnarska:

Złe samopoczucie z powodu przewlekłych zaparć spowodowanych przyjmowanymi lekami.

Cel opieki:

Poprawienie samopoczucie, złagodzenie zaparć.

Postępowanie pielęgnarskie :

Udział w farmakoterapii:

- redukcja dawek leków cholinolitycznych,

Poinformowanie pacjenta, aby:

- stosował dietę bogatą w błonnik,
- spożywał dużą ilość płynów.

Diagnoza pielęgnarska:

Depresja i lęk z powodu choroby.

Cel opieki:

- zminimalizowanie napięcia emocjonalnego,
- likwidacja niepokoju,
- efektywne radzenie sobie ze stresem.

Postępowanie pielęgnarskie:

Zmniejszenie poziomu lęku przez:

- rozmowę na temat uczuć i emocji pacjenta,
- zastosowanie technik relaksacji,
- okazanie mu wsparcie psychicznego,
- umożliwienie kontaktu z psychologiem.

Zapewnienie bezpieczeństwa psychicznego i fizycznego przez:

- stałą obecność przy pacjencie.
- monitorowanie stanu pacjenta,
- wyjaśnianie wszelkich wątpliwości chorego związanych z dalszym przebiegiem leczenia,
- informowanie pacjenta o planowanych badaniach i zabiegach pielęgnacyjnych,
- umożliwienie choremu kontaktu z bliskimi.

Nawiązanie kontaktu z pacjentem przez:

- akceptacje i szacunek,
- cierpliwość i opanowanie,
- życzliwość,
- aktywne słuchanie,
- okazywanie zainteresowania problemami chorego.

Uczenie pacjenta efektywnych sposobów radzenia sobie ze stresem przez:

- identyfikację problemu,
- poszukiwanie wsparcia.

ZAKOŃCZENIE

Choroba Parkinsona dotyczy 1% populacji ludzi między 40. a 60. rokiem życia, ale zdarza się również u ludzi młodych. Przebieg choroby jest zwykle powolny, wieloletni i postępujący, mimo skrupulatnego leczenia po pewnym czasie doprowadza do inwalidztwa. Bardzo ważnym elementem postępowania leczniczego, poza leczeniem farmakologicznym, jest rehabilitacja, która pozwala choremu na dłużej zachować sprawność. Choroba nie powoduje bezpośrednio śmierci, lecz pogarsza jakość życia i wiąże się z potencjalnie śmiertelnymi powikłaniami.

BIBLIOGRAFIA

1. Cikurel K, Bahra A, Turner Ch. *Neurologia*. Seria Crash Course. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2007.
2. Członkowska A, Członkowski A. *Leczenie w neurologii. Kompendium*. Wyd. II rozsz. i uakt. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2005.
3. Friedman A. *Choroba Parkinsona – mechanizmy, rozpoznawanie, leczenie*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2005.
4. Kózka M, Płaszewska-Żywko L, red. *Diagnozy i interwencje pielęgnarskie. Podręcznik dla studiów medycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009.
5. Prusiński A. *Neurologia praktyczna*. Wyd. II uzup. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2003.
6. Rajtar-Cynke G, red. *Farmakologia. Podręcznik dla studentów i absolwentów wydziałów pielęgnarsstwa i nauk o zdrowiu akademii medycznych*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2007.
7. Sobów T, Sławek J, red. *Zaburzenia poznawcze i psychiczne w chorobie Parkinsona i w innych zespołach parkinsonowskich*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo; 2006.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Izabella Uchmanowicz
Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ul. K. Bartla 5
51-618 Wrocław
Tel.: 71 348-42-10

Praca wpłynęła do Redakcji: 20.09.2012 r.

Po recenzji: 29.09.2012 r.

Zaakceptowano do druku: 13.11.2012 r.