

ASCLEPIUS

Tom 1
nr 1

2021

WYDAWCA:

Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej

Adres wydawcy:

Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Planowania Strategicznego

ul. Kościelna 6

41-303 Dąbrowa Górnicza

e-mail: wydawnictwo@wsps.pl

ISSN 2720-3484

REDAKCJA

- dr n. o zdr. Magdalena Wichary – redaktor naczelny
- mgr Agnieszka Banasikowska – z-ca redaktora naczelnego
- mgr Karol Mazur – sekretarz redakcji
- mgr Estera Różycka – dyrektor Wydawnictwa Naukowego i Biblioteki WSPS

REDAKTORZY NAUKOWI

- dr Adam Bernert – Ratownictwo Medyczne
- mgr Piotr Szwedziński – Ratownictwo Medyczne
- dr n. o zdr. Iwona Kowalska – Pielęgniarstwo
- mgr Joanna Świerczek - Pielęgniarstwo
- dr n. med. Justyna Hasij – Zdrowie Publiczne
- dr n. med. Dariusz Zawadzki - Zdrowie Publiczne, Ratownictwo Medyczne
- dr n. med. Beata Naworska - Pielęgniarstwo, Położnictwo
- dr n. ekon. Adam Klar - Statystyka, Ekonometria

RADA NAUKOWA

- prof. dr hab. n. med. Janusz Bohosiewicz
- dr hab. n. med. Andrzej S. Banyś
- prof. dr hab. n. med. Ryszard Brus
- prof. dr hab. n. med. Witold Lukas
- prof. dr hab. n. med. Czesław Marcisz
- dr hab. n. med. Rafał Młynarski
- dr hab. n. o zdr. Agnieszka Młynarska
- dr hab. n. med. Wojciech Żurawiński

RECENZENCI NUMERU

- prof. dr hab. n. med. Czesław Marcisz
- prof. dr hab. n. med. Danuta Kokocińska
- dr hab. n. med. Wojciech Żurawiński

DLA AUTORÓW

- Redakcja „Asclepius - Zeszytów Naukowych WSPS” przyjmuje oryginalne i niepublikowane prace naukowe oscylujące wokół tematyki zagadnień medycznych, ze szczególnym uwzględnieniem pielęgniarstwa, ratownictwa medycznego, położnictwa i zdrowia publicznego.
- Warunkiem opublikowania artykułu jest pozytywna opinia recenzenta. Standardowa procedura – *double-blind review*.
- Artykuł należy przesłać na adres mailowy: k.mazur@wsps.pl
- Materiał do Redakcji należy przysyłać w formie znormalizowanego maszynopisu, tj. 1800 znaków na stronę.
- Do artykułu należy dołączyć bibliografię oraz streszczenie / abstrakt zarówno w języku polskim, jak i angielskim.
- Zdjęcia, grafiki lub rysunki dopuszczalne są w formacie JPG, GIF, BMP itp. Artykuł powinien mieścić się w przedziale 10-20 stron lub też w przedziale 15-40 tys. znaków, czcionka Times New Roman rozm. 12, interlinia 1,5 cm.
- Redakcja zastrzega sobie dokonywanie skrótów, poprawek w tekstach oraz niezbędnej korekty.

Szanowni Czytelnicy,

W imieniu Komitetu Naukowego oraz Wyższej Szkoły Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej mamy przyjemność przedstawić Państwu pierwszy numer czasopisma „Asclepius – Zeszyty Naukowe WSPS”. Misją półrocznika jest prezentowanie doświadczeń i osiągnięć praktyków zawodowych i naukowców. Na łamach czasopisma chcemy popularyzować wiedzę i efekty codziennej pracy zespołu wielodyscyplinarnego i służyć celowi najwyższemu, czyli dobru pacjenta. Poprzez współpracę z Czytelnikami i Autorami chcemy stworzyć medium, którego łamy będą miejscem prezentacji nie tylko polskich osiągnięć. Pragniemy również zachęcać do wymiany myśli instytucje badawcze i środowiska akademickie spoza kraju. Publikacje mają bardzo zróżnicowany charakter, odzwierciedlają obszary zainteresowań wielu dyscyplin medycznych, przedstawiają efekty prowadzonych badań i poglądów. Artykuły te są szczególnie godne polecenia w kontekście kształcenia szeroko rozumianej kadry akademickiej. Poprzez dobór artykułów przeglądowych rekomendujemy analizę postępowania terapeutycznego w taki sposób, aby publikacje cechował nie tylko oczekiwany poziom, ale i najbardziej praktyczny charakter. Mam nadzieję, że czasopismo pomoże Państwu zapoznać się z aktualnymi kryteriami postępowania wobec zagrożeń zdrowotnych. Jednym z takich zagrożeń są choroby układu krążenia. Rosnące statystyki incydentów sercowo-naczyniowych doprowadzają do wielu powikłań, m.in. zaburzonej aktywności seksualnej. Według WHO zdrowie seksualne obejmuje aspekt biologiczny, emocjonalny, intelektualny oraz społeczny życia seksualnego, konieczny do rozwoju osobowości, komunikacji i miłości. Publikacja jest próbą oceny satysfakcji seksualnej i aktywności seksualnej wśród pacjentów kardiologicznych. Kolejnym istotnym zagrożeniem poruszonym w numerze jest cukrzyca – choroba mająca wpływ na kondycję zdrowotną społeczeństwa, która często występuje jako powikłanie nadwagi i otyłości. Wzmoczone działania w zakresie promocji prawidłowego stylu życia wśród dzieci jak i dorosłych są niezbędne, gdyż powikłania otyłości stanowią jedną z głównych przyczyn wszystkich zgonów. Artykuł przybliży istotę choroby, postępowanie terapeutyczne oraz podkreśla rolę ratownika medycznego wobec pacjenta diabetologicznego. W kolejnym artykule przedstawiono postępowanie przeciwbólowe w praktyce zespołów ratownictwa medycznego. Ból jest nieuchronnym

następstwem urazu, a jego natężenie zależy nie tylko od rozległości i ciężkości urazu, ale również od jego lokalizacji. Jednym z podstawowych elementów skutecznego uśmierzenia bólu jest ocena jego natężenia. Pozytywnym skutkiem natychmiastowo wdrożonego postępowania przeciwbólowego u pacjenta jest zniwelowanie negatywnych skutków stresu pourazowego, zminimalizowanie ryzyka powikłań układu krążenia, które nadal pozostają najczęstszą przyczyną niesprawności. Choroba Leśniowskiego-Crohna jako schorzenie przewlekłe stanowi ogromny problem zarówno dla pacjentów oraz ich rodzin. Badania przedstawione w artykule poświęconym jakości życia osób z chorobą Leśniowskiego-Crohna uświadamiają jak bardzo przewlekły charakter schorzenia doprowadzić może do niepełnosprawności chorych, a brak jej akceptacji do szeregu negatywnych zachowań, które istotnie wpływają na jakość życia chorych. Zachęcam do przeczytania artykułu w ramach akcji „Nie atakuj medyka”. W dobie aktualnej sytuacji epidemiologicznej w Polsce i na świecie stajemy w obliczu podejmowania wielu trudnych decyzji, nowych rozwiązań, które wymagają zaznajomienia się z ich prawnym aspektem. Analiza przepisu nowelizującego ustawę o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi dot. ochrony prawnej pracowników punktów szczepień, a także analiza obowiązujących przepisów prawnych przewidujących ochronę prawną przysługującą pracownikom medycznym pomoże w wykonywaniu obowiązków zawodowych oraz podejmowaniu słusznych decyzji w obliczu zagrożenia.

Serdecznie zapraszam do lektury,

Magdalena Wichary
Redaktor Naczelny

Spis treści

Katarzyna Mazur, Anna Pisany-Syska, Magdalena Biśta, Beata Gołas SEKSUALNOŚĆ I JAKOŚĆ ŻYCIA SEKSUALNEGO PACJENTÓW LECZONYCH KARDIOLOGICZNIE W SZPITALU WIELOSPECJALISTYCZNYM W JAWORZNIE	7
Adam Bernert, Dawid Janikowski POSTĘPOWANIE W OSTRYM POWIKŁANIU ŚWIEŻO ROZPOZNANEJ CUKRZYCY TYPU 1 – NA PRZYKŁADZIE 18-LETNIEGO PACJENTA	27
Wiesław Zielonka, Marta Juszcak, Adam Klar JAKOŚĆ ŻYCIA OSÓB Z CHOROBAŁĄ LEŚNIEWSKIEGO-CROHNA	41
Piotr Szwedziński, Marta Wojtala ANALIZA PRZEDSZPITALNEGO POSTĘPOWANIA PRZECIWBÓLOWEGO PRZEZ ZESPOŁY RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W CZĘSTOCHOWIE W LATACH 2018-2019	67
Łukasz Ćwienkowski NIE ATAKUJ PRACOWNIKA PUNKTU SZCZEPIEŃ	97

SEKSUALNOŚĆ I JAKOŚĆ ŻYCIA SEKSUALNEGO PACJENTÓW LECZONYCH KARDIOLOGICZNIE W SZPITALU WIELOSPECJALISTYCZNYM W JAWORZNIE

Katarzyna Mazur

Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej

ORCID: 0000-0003-2583-3079

Anna Pisany-Syska

Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej

ORCID: 0000-0001-8519-6345

aps.wsps@gmail.com

Magdalena Biśta

Szpital Wielospecjalistyczny w Jaworznie

magdabista@interia.eu

Beata Gołas

Szpital Wielospecjalistyczny w Jaworznie

SEXUALITY AND THE QUALITY OF SEXUAL LIFE IN THE CASE OF CARDIOLOGICALLY TREATED PATIENTS IN THE MULTISPECIALIST HOSPITAL IN JAWORZNO

SUMMARY

Introduction. Sexual activity is an important aspect of health that is essential in the case of cardiac patients' self-assessment of their quality of life. The aim of the study was to assess the sexuality and quality of sexual life of cardiac patients.

STRESZCZENIE

Wstęp. Aktywność seksualna jest ważnym aspektem zdrowia, istotnym w samoocenie jakości życia pacjentów kardiologicznych. Celem pracy była ocena seksualności i jakości życia seksualnego pacjentów kardiologicznych.

Material and methods. The study was conducted on a group of 100 patients (50 men and women, respectively, suffering from cardiovascular diseases, aged from 21 to 90 years old) of the Cardiology Department of the Multispecialist Hospital in Jaworzno. Amongst the used questionnaires there were: for women – Female Sexual Function Index (FSFI) and the Female Sexual Distress Scale – Revised (FSDS-R); for men – Erection Hardness Scale, Index of Premature Ejaculation (IPE) and the International Index of Sexual Functions.

Results. In the assessment of sexual life satisfaction, women averagely acquired 2.86 points, whereas men 2.88 points. The average age of sexual initiation was 19.3 years for women and 19.8 years for men. Women rated their sexual life higher than men. Most of the women found their sexual life fulfilling. The frequency of sexual intercourse before the onset of cardiac disease was: women 6.36; men 5.30 times a month. Following the diagnosis, the sexual activity was on average 2.24 in the case of women, and 2.14 in the case of men (intercourses a month). Three women were diagnosed with sexual desire/arousal disorders, another three – with the disorders of orgasm, and five were diagnosed with the disorders related to painful penetration. According to FSFI, sexual disorders occurred in 74% of women, and discomfort, according to FSDS – in 28% of women. The maintaining erection

Materiał i metodyka. Badanie przeprowadzono na 100 pacjentach w wieku 21-90 lat (po 50 kobiet i mężczyzn z chorobami kardiologicznymi) Oddziału Kardiologii Szpitala Wielospecjalistycznego w Jaworznie. Użyto kwestionariuszy: dla kobiet - Indeks funkcji seksualnych (FSFI) i Skalę niezadowolenia seksualnego (FSDS-R), dla mężczyzn - Skalę twardości wzwodu, Wskaźnik przedwczesnego wytrysku (IPE) i Międzynarodowy indeks funkcji seksualnych.

Wyniki. W ocenie satysfakcji z życia seksualnego kobiety uzyskiwały średnio 2,86, a mężczyźni 2,88 punktów. Średnia wieku inicjacji seksualnej wynosiła 19,3 lat u kobiet i 19,8 u mężczyzn. Kobiety oceniały wyżej swoje życie seksualne niż mężczyźni. Większość kobiet oceniała swoje życie seksualne jako bardzo udane. Częstość stosunków seksualnych przed wystąpieniem choroby kardiologicznej wyniosła: kobiety 6,36; mężczyźni 5,30 razy na miesiąc. Aktywność seksualna po rozpoznaniu choroby wyniosła średnio u kobiet 2,24, a u mężczyzn 2,14 stosunków w miesiącu. U 3 kobiet zdiagnozowano zaburzenia pożądania/podniecenia seksualnego, u 3 – zaburzenia orgazmu, a u 5 – zaburzenia związane z bolesnością podczas penetracji. Wg FSFI zaburzenia seksualne występowały u 74% kobiet, a dyskomfort wg FSDS – u 28% kobiet. Zaburzenia erekcji obserwowano u 65%

disorders were observed in 65% of men. The IPE results indicated high ejaculation control, overall satisfaction connected with the ability to control it, and low levels of stress related to ejaculation control.

Conclusions. Sexual disorders amongst patients with heart disease comprise 74% of women and 65% of men. The level of satisfaction with sexual life is similar in the case of both – men and women. The diagnosis and treatment of a cardiac disease does not affect sexual functions. After being diagnosed with heart disease, sexual activity decreases.

Keywords: sexual disorders, sexuality, quality of sexual life, arterial hypertension, heart disease.

mężczyzn. Wyniki skali IPE wskazały na wysoką kontrolę wytrysku, ogólne zadowolenie z tej kontroli oraz niski poziom stresu związany z kontrolą wytrysku.

Wnioski. Zaburzenia seksualne u pacjentów z chorobami serca obejmują 74% kobiet i 65% mężczyzn. Poziom satysfakcji z życia seksualnego u kobiet i mężczyzn jest podobny. Rozpoznanie i leczenie choroby kardiologicznej nie wpływa na funkcje seksualne. Po zdiagnozowaniu choroby serca aktywność seksualna zmniejsza się.

Słowa kluczowe: zaburzenia seksualne, seksualność, jakość życia seksualnego, nadciśnienie tętnicze, choroby serca.

WSTĘP

Seksualność stanowi centralny aspekt życia człowieka od poczęcia do biologicznej śmierci. Odnosi się i dotyczy: płci, identyfikacji i roli płciowej, orientacji seksualnej, erotyki, przyjemności, intymności oraz rozrodczości. Seksualność wyrażana jest wielowymiarowo: w myślach, pragnieniach, fantazjach, przekonaniach, postawach, wartościach, zachowaniu, praktykach, rolach i związkach emocjonalno-uczuciowych¹.

Po raz pierwszy pojęcie seksuologii zostało wprowadzone do nauki przez Iwana Blocha nazywanego „ojcem seksuologii”. W 1907 r. uważał,

¹ K. Nowosielski, V. Skrzypulec, *Female sexual response cycle*, „Ginekologia Polska” 2009, nr 80(6), s. 440-444; T. Opala, *Ginekologia. Podręcznik dla położnych, pielęgniarek i fizjoterapeutów*, Warszawa 2006, s. 183; K. Klasa, *Wywiad z profesorem Marią Beisert*, „Psychiatria i Psychoterapia” 2011, T. 7(4), s. 4-14.

iż czysto medyczny aspekt życia seksualnego nie wystarcza, żeby zrozumieć relacje między seksualnością człowieka a innymi sferami życia².

Kultura chińska stworzyła spójną koncepcję zdrowia i choroby. Przez Chińczyków istota żywa postrzegana jest jako mikrokosmos, jedność pierwiastka, zarówno męskiego, jak i żeńskiego. Wszystko na siebie oddziałuje - klimat, barwy, dźwięk, pory roku, relacje społeczne, seks, emocje, życie rodzinne. Nie przywiązują oni dużego znaczenia do części anatomiczno-fizjologicznych, ale do międzyludzkich zależności. Zaburzenia seksualne są skutkiem stylu życia, niezgodności, konfliktów w rodzinie lub społeczeństwie. Zachowania prozdrowotne, takie jak aktywność ruchowa, dieta, ułatwiają zachowanie zdrowia i polepszają jego stan³.

Ważnym aspektem zdrowia jest aktywność seksualna, która wpływa na samoocenę jakości zdrowia⁴. Dysfunkcje seksualne, takie jak: wytrysk opóźniony, zaburzenia wzwodu, zaburzenia orgazmu u kobiet, ból podczas stosunku u kobiet, wytrysk przedwczesny zaburzają życie seksualne chorych i obniżają jakość życia seksualnego⁵.

Aktywność seksualna jest istotnym elementem, mającym wpływ na jakość życia wielu chorych, szczególnie tych obciążonych chorobami kardiologicznymi. Wg Marcina Wełnickiego, najczęstszym powodem przedwczesnych zgonów w skali świata są choroby układu krążenia.

Na przełomie ostatnich lat badania naukowe wykazały, że patologie układu krążenia oraz zaburzenia funkcji seksualnych są ze sobą powiązane. Autor stwierdza, że duży wysiłek i obciążenie podczas aktywności seksualnej występuje u osób, u których zdiagnozowano chorobę układu sercowo-naczyniowego, które przeżyły zawał mięśnia sercowego, mają wszczepiony kardiowerter, są po pomostowaniu aortalno-wieńcowym oraz u osób mających dolegliwości dławicowe, duszność i zaburzenia rytmu serca. Pacjenci stabilni, bez uszczerbku na zdrowiu, mogą nadal cieszyć się życiem seksualnym, równocześnie żadna z chorób układu krążenia nie stanowi przeciwwskazania do wznowienia i kontynuacji aktywności seksualnej⁶.

² Z. Lew-Starowicz, *Podstawy Seksuologii*, Warszawa 2010, s. 19, 25, 181-185.

³ J. Strelau, *Psychologia. Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, T. 3, Gdańsk 2000, s. 729.

⁴ M. Wełnicki, J. Szeligowska, A. Mamcarz, *Kardioseksuologia – czy jest w ogóle o czym dyskutować*, „Kardiologia po Dyplomie” 2016, nr 1, s. 29-32.

⁵ A. Błażejewska, J. Strusiński, A. Nowakowska, Z. Lew-Starowicz, *Klasyfikacja DSM-5 dla seksuologa*, „Przegląd Seksuologiczny” 2014, nr 04/06 (38), s. 3-4.

⁶ M. Wełnicki, J. Szeligowska, A. Mamcarz, *op. cit.*, s. 29-32.

W Polsce ostre zespoły wieńcowe są efektywnie leczone zarówno w pracowniach hemodynamicznych, jak i ośrodkach kardiochirurgicznych. W farmakoterapii wykorzystuje się nowe leki o wyższej kardioselektywności, które w mniejszym stopniu powodują zaburzenia erekcji, a w fazie stabilnej choroby wieńcowej poprawiają wyniki leczenia pacjentów. Autorzy wskazują, iż 25 % chorych po diagnozie choroby niedokrwiennej serca wraca do aktywności seksualnej z taką samą systematycznością stosunków, co przed chorobą, 50 % z mniejszą, a 25 % nie podejmuje aktywności seksualnej wcale⁷.

Aktywność seksualna powiązana jest z wysiłkiem fizycznym powodującym tachykardię, hiperwentylację oraz wzrost ciśnienia tętniczego. U pacjentów obciążonych kardiologicznie nadmierny wysiłek fizyczny może doprowadzić do nieprawidłowości w funkcjonowaniu układu krążenia. Chorzy obciążeni chorobami sercowo-naczyniowymi doznają spadku satysfakcji seksualnej, co jest związane ze zmniejszeniem wydolności fizycznej oraz zaburzeniami erekcji. Dodatkowo problemy seksualne mogą mieć charakter psychiczny. Pacjenci bardzo często doświadczają depresji, niepokoju, lęku, które mają związek z nowo rozpoznaną chorobą oraz obawą przed zawałem serca, którego następstwem może być zgon⁸.

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy jest ocena satysfakcji seksualnej, jakości życia seksualnego oraz aktywności seksualnej pacjentów kardiologicznych.

Materiał i metodyka badawcza

W badaniu wzięło udział 100 osób, w tym 50 mężczyzn i 50 kobiet. Kryterium włączenia do badania była zgoda na uczestnictwo w badaniu oraz hospitalizacja na Oddziale Kardiologicznym z powodu zdiagnozowania choroby kardiologicznej. Nie przewidziano kryterium wykluczenia żadnego z pacjentów. Badania losowe były przeprowadzone w okresie 28.09.2018 r. – 14.11.2018 r. Wiek ankietowanych mieścił się w przedziale od 21 do 90

⁷ M.A. Sobczak, H.D. Qawoq, M. Krawczyk, K. Wierzbowska-Drabik, J. Kasprzak, *Demograficzne, kliniczne i psychologiczne czynniki wpływające na zaprzestanie aktywności seksualnej przez pacjentów z potwierdzoną angiograficznie chorobą wieńcową*, „Psychologia Polska” 2016, nr 50(1), s. 197-211.

⁸ Z. Zdrojewicz, *Seksuologia Polska*, T. 11(1), Wrocław 2013, s. 29-33.

lat. Uczestnictwo w badaniu było anonimowe. Na przeprowadzone badania uzyskano zgodę zastępcy dyrektora SP ZOZ Szpitala Wielospecjalistycznego w Jaworznie. Ankieta została przeprowadzona w SP ZOZ Wielospecjalistycznym Szpitalu w Jaworznie u pacjentów hospitalizowanych na Oddziale Kardiologicznym.

Narzędziem badawczym były ankiety zawierające część ogólną dla kobiet i mężczyzn oraz część skonkretyzowaną dla kobiet i dla mężczyzn. Część dla obu płci zawierała 33 pytania. Ankieta zawierała pytania dotyczące wieku, wykształcenia, chorób kardiologicznych, przyjmowanych leków oraz jakości życia seksualnego pacjentów.

W części dla kobiet do oceny wykorzystano kwestionariusze:

- Skala funkcji seksualnej kobiety, - wersja polska, w której znajduje się 5 pytań oceniających występowanie zaburzeń seksualnych w oparciu o kryteria Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DMS-5 z 2013 roku).
- Indeks funkcji seksualnych kobiety (FSFI) - wersja polska (PL-FSFI) – 19 pytań.

Skala Female Sexual Function Index (FSFI) jest to skala dla kobiet. Ocenia się w niej aspekty funkcjonowania seksualnego kobiet. Ocena obejmuje sześć domen w okresie ostatnich 4 tygodni. W pytaniu 1 oraz 2 ocenia się pożądanie. W pytaniu 3., 4., 5., 6. jest ocena podniecenia; pytanie 7., 8., 9., 10. - ocena lubrykacji; pytanie 11., 12. i 13. - ocena orgazmu; pytanie 14., 15., 16. - ocena satysfakcji seksualnej, natomiast w pytaniach 17., 18. i 19. - ocena dolegliwości bólowych związanych z aktywnością seksualną. Za punkt odcięcia dla występowania problemów seksualnych przyjęto 26,55 punktów lub więcej⁹.

- Skala niezadowolenia seksualnego dla kobiet - wersja polska (FSDS-R). Kwestionariusz zawiera 13 pytań, opracowany w polskiej wersji. Ocenia poziom dystresu związanego z aktywnością seksualną kobiet. Za punkt odcięcia występowania dystresu przyjęto 13 i więcej punktów¹⁰.

⁹ A. Drozdol, *Skale oceny jakości życia i seksualności*, <https://www.centrumdobrejterapii.pl/materialy/ocena-funkcjonowania-seksualnego-kobiet-female-sexual-function-index/> (dostęp: 06.10.2021).

¹⁰ K. Nowosielski, B. Wróbel, U. Sioma-Markowska, R. Poręba, *Development and validation of the Polish version of the Female Sexual Function Index in the Polish population of females*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23211010> (dostęp: 04.10.2021).

- Cykl reakcji seksualnej u kobiety. Kwestionariusz zawiera 2 pytania. Opisuje trzy modele, w jaki sposób kobieta przeżywa kontakt seksualny z partnerem¹¹.

W części dla mężczyzn do oceny wykorzystano kwestionariusze:

- Skala twardości wzwodu (EHS – Erection Hardness Score). Skala od 1 (brak wzwodu) do 4 (pełna erekcja) ocenia twardość prącia podczas aktywności seksualnej¹².
- Wskaźnik przedwczesnego wytrysku (IPE - Index of Premature Ejaculation). Kwestionariusz zawiera 10 pytań. Ocenia kontrolę nad wytryskiem, zadowolenie z życia seksualnego oraz stres wynikający z wcześniejszego wytrysku. Im wyższy wynik uzyskany w skali, tym lepsza kontrola nad wytryskiem, wyższa satysfakcja i mniejszy dystres¹³.
- Międzynarodowy indeks funkcji seksualnych. Zawiera 15 pytań, wyłącznie dla mężczyzn. Służy do samooceny funkcjonowania seksualnego w ostatnich czterech tygodniach, ocenia jakości erekcji, pożądania seksualnego, orgazmu, zadowolenia ze stosunku oraz ogólnej satysfakcji seksualnej. Występowanie problemów z wytryskiem rozpoznawano przy wartości uzyskanych punktów w skali jakości erekcji 26 i mniej punktów¹⁴.
- Cykl reakcji seksualnej u mężczyzny. Zawiera opis trzech modeli, w których jest opisany sposób przeżywania kontaktu seksualnego z partnerką.

Pytania badawcze:

1. Jaka jest częstość zaburzeń seksualnych diagnozowana w oparciu o kryteria DSM-5 u pacjentów kardiologicznych?
2. Czy u badanej populacji pacjentów występują problemy seksualne?
3. Czy u pacjentów kardiologicznych występuje obawa związana z występowaniem problemów seksualnych?

¹¹ K. Nowosielski, V. Skrzypulec, *op. cit.*, s. 440-444.

¹² D. Raczyńska, K. Nowosielski, K. Stolorz, M. Sidorowicz, *Sexual Functioning and Quality of Life of Males after 60 – A Pilot Study*, [http://przeglad-seksuologiczny.pl/numery/63/1 - Art-2-Nowosielski.pdf](http://przeglad-seksuologiczny.pl/numery/63/1-Art-2-Nowosielski.pdf) (dostęp: 04.10.2021).

¹³ A. Depko, *Diagnostyka przedwczesnego wytrysku*, <http://www.depko.pl/diagnostyka-zaburze-wytrysku> (dostęp: 27.10.2021).

¹⁴ M. Janus, A. Szulc, *Seksuologiczne narzędzia diagnostyczne w Polsce i na świecie*, „Seksuologia Polska” 2015, T. 13(1), s. 32-33.

4. Czy u pacjentów po rozpoznaniu choroby kardiologicznej zmniejszyła się aktywność seksualna?
5. Czy w odniesieniu do wspomnianych wyżej elementów życia seksualnego istnieją różnice pomiędzy pacjentami kardiologicznymi płci męskiej i żeńskiej?

Analiza statystyczna

W niniejszym opracowaniu do obliczenia istotności statystycznej p, wykorzystano metodę Chi2.

Wszystkich obliczeń dokonano w programie Microsoft Excel 365 za pomocą funkcji CHI.TEST.

Wyniki badań

W badaniu udział wzięło 100 pacjentów z Oddziału Kardiologicznego w SP ZOZ Wielospecjalistyczny Szpital w Jaworznie. Średnia wieku pacjentów mieści się między 60 a 65 rokiem życia. Chorzy w grupie badawczej wykazują BMI powyżej 26 dla obu płci. Większość respondentów posiada wykształcenie podstawowe. Najczęstszymi jednostkami chorobowymi w grupie badawczej jest nadciśnienie tętnicze, zaburzenia rytmu oraz choroba niedokrwienna serca (Tab. 1).

Tabela 1. Charakterystyka ogólna i kliniczna badanych pacjentów (n=100).

Badany parametr	Badani pacjenci (n = 100)		
	Mężczyźni (n = 50)	Kobiety (n = 50)	Istotność statystyczna różnicy (p)
Wiek (lata) (śr. ± SD)	59,7 ± 18,8	64,9 ± 15	
BMI (kg/m ²) (śr. ± SD)	28,3 ± 3,6	26,5 ± 5,2	
Wykształcenie (podstawowe/średnie/wyższe) (n)	24 / 24 / 2	21 / 19 / 10	0,05
Nadciśnienie tętnicze (n/%)	30 / 60	31 / 62	0,84
Zaburzenia rytmu serca (n/%)	25 / 50	37 / 70	0,01
Choroba niedokrwienna mięśnia sercowego (n/%)	12 / 24	27 / 54	0,002
Niewydolność krążenia (n/%)	13 / 26	24 / 48	0,02
Przebyty zawał serca (n/%)	6 / 12	4 / 8	0,5
Udar mózgu (n/%)	0 / 0	3 / 6	0,07

Analiza życia seksualnego pacjentów kardiologicznych została przeprowadzona w badanej populacji dla grupy kobiet i mężczyzn.

Zbliżone wyniki pomiędzy obiema płciami otrzymano w pytaniach dotyczących relacji z obecnym partnerem seksualnym, satysfakcji z życia seksualnego z partnerem oraz oceny jakości życia seksualnego przed rozpoznaniem choroby kardiologicznej. Średnia wartość wieku pierwszego kontaktu seksualnego dla obu płci mieści się w przedziale od 19,3 do 19,82. Większą aktywność seksualną wykazują kobiety ($p=6,36$). W życiu mężczyzn seks odgrywa ważną rolę, średnia statystyczna w tej grupie badawczej przedstawia się na poziomie 3,12 z widoczną różnicą statystyczną 0,62 (Tab. 2).

Tabela 2. Seksualność badanych pacjentów z uwzględnieniem ich płci (n=100).

Pytania ankietowe	Kobiety		Mężczyźni		Istotność statystyczna różnicy (p)
	Średnia (SD)	Mediana	Średnia (SD)	Mediana	
1. Jak są pacjenta relacje z obecnym partnerem seksualnym	3,54 (..)	5	3,6 (..)	4,5	0,8
2. Jak ocenia pacjent satysfakcję z życia seksualnego z partnerem	2,86	2,5	2,88	3	0
3. Wiek pierwszego kontaktu seksualnego	19,3	19	19,82	19,5	
4. Jak ważną rolę odgrywa w Pani życiu seks?	2,98	3	3,12	3	0,62
5. Jak oceniłby pacjent swoje życie seksualne?	4,12	4	3,62	4	0,11
6. Jaka była częstość stosunków seksualnych przed stwierdzeniem choroby w miesiącu	6,36	4	5,3	3,5	
7. Jak ocenia pacjent jakość życia seksualnego przed rozpoznaniem choroby kardiologicznej	3,8	4	3,76	4	0,28
8. Częstość aktywności seksualnej	2,24	2	2,14	2	0,58

W grupie badanej widoczne jest polepszenie pożądania seksualnego (istotność statystyczna na poziomie 0,84) (Tab. 3).

Tabela 3. Jakość pożądania seksualnego badanych pacjentów z uwzględnieniem ich płci (n=100).

	Pożądanie seksualne				
	Znaczne pogorszenie	Pogorszenie	Bez zmian	Polepszenie	Znaczne polepszenie
Kobiety (n/%)	0 / 0	8 / 16	18 / 36	22 / 44	2 / 4
Mężczyźni (n/%)	1 / 2	10 / 20	15 / 30	23 / 46	1 / 2
Istotność statystyczna różnicy (p)	0,31	0,6	0,52	0,84	0,55

Określając poziom podniecenia ankietowani najczęściej wybierali odpowiedź: „Polepszenie”, tę odpowiedź wybrało 52 % kobiet oraz 54 % mężczyzn (Tab. 4).

Tabela 4. Poziom podniecenia pacjentów (n=100).

	Znaczne pogorszenie	Pogorszenie	Bez zmian	Polepszenie	Znaczne polepszenie
Kobiety	2	6	16	26	0
% wiersza	4%	12%	32%	52%	0%
Mężczyźni	3	8	12	27	0
% wiersza	6%	16%	24%	54%	0%

Częstość i intensywność orgazmów u ankietowanych po rozpoznaniu choroby polepszyła się. Taką odpowiedź zaznaczyło 52% ankietowanych kobiet oraz 50 % ankietowanych mężczyzn (Tab. 5).

Tabela 5. Częstość i intensywność orgazmów (n=100).

	Znaczne pogorszenie	Pogorszenie	Bez zmian	Polepszenie	Znaczne polepszenie
Kobiety	1	4	19	26	0
% wiersza	2%	8%	38%	52%	0%
Mężczyźni	3	8	13	25	1
% wiersza	6%	16%	26%	50%	2%

Ankietowani zaznaczyli, że ból podczas stosunku się zmniejszył. Taką odpowiedź zaznaczyło 52 % kobiet oraz 58% mężczyzn. Co ciekawe, po rozpoznaniu choroby statystycznie częściej stosunkowi seksualnemu towarzyszył ból u mężczyzn niż u kobiet ($p=0,03$) (Tab. 6).

Tabela 6. Ból podczas stosunku (n=100).

	Znaczne pogorszenie	Pogorszenie	Bez zmian	Polepszenie	Znaczne polepszenie
Kobiety	0	9	15	26	0
% wiersza	0%	18%	30%	52%	0%
Mężczyźni	5	7	9	29	0
% wiersza	10%	14%	8%	58%	0%

Satysfakcja z życia seksualnego po rozpoznaniu choroby polepszyła się u 54 % kobiet oraz u 52 % mężczyzn (Tab. 7).

Tabela 7. Satysfakcja z życia seksualnego (n=100).

	Znaczne pogorszenie	Pogorszenie	Bez zmian	Polepszenie	Znaczne polepszenie
Kobiety	0	5	18	27	0
% wiersza	0%	10%	36%	54%	0%
Mężczyźni	3	10	11	26	0
% wiersza	6%	20%	22%	52%	0%

Najczęściej występującymi dolegliwościami podczas stosunku seksualnego są: duszność, uczucie gorąca, ucisk w klatce piersiowej oraz zawroty głowy. Najrzadziej bądź wcale nie występują omdlenia oraz szum w uszach (Tab. 8).

Tabela 8. Wystąpienie dolegliwości podczas stosunku seksualnego (n=100).

Dolegliwości podczas stosunku seksualnego		Badani pacjenci (n =100)		Istotność statystyczna różnicy (p)
		Kobiety (n =50)	Mężczyźni (n =50)	
Duszność	Tak (n/%)	19 / 38	16 / 32	0,53
	Nie (n/%)	31 / 62	34 / 68	
Kołatanie serca	Tak (n/%)	24 / 48	19 / 38	0,31
	Nie (n/%)	26 / 52	31 / 62	
Uczucie gorąca	Tak (n/%)	12 / 24	14 / 28	0,65
	Nie (n/%)	38 / 76	36 / 72	
Ucisk w klatce piersiowej	Tak (n/%)	5 / 10	4 / 8	0,73
	Nie (n/%)	45 / 90	46 / 92	
Zawroty głowy	Tak (n/%)	4 / 8	4 / 8	1
	Nie (n/%)	46 / 92	46 / 92	
Omdlenia	Tak (n/%)	0 / 0	0 / 0	0
	Nie (n/%)	50 / 100	50 / 100	
Szum w uszach	Tak (n/%)	13 / 26	3 / 6	0,006
	Nie (n/%)	37 / 74	47 / 94	

Wyniki skali FSFI pozwoliły zaobserwować problemy seksualne u 37 kobiet (74%). Dystres w oparciu o skalę FSDS występował u 14 respondentek (28%), a w oparciu o obie skale problemy seksualne zaobserwowano u 13 kobiet (26%).

W oparciu o podskalę funkcji erekcyjnej IIEF problemy w uzyskaniu erekcji zaobserwowano u 32 mężczyzn (65%). Co ciekawe, aż 20 pacjentów nie było aktywnych seksualnie na przestrzeni ostatniego miesiąca. Wyniki skali IPE wskazały natomiast na wysoką kontrolę wytrysku, ogólne zadowolenie z tej kontroli oraz niski dystres związany z kontrolą wytrysku. Dystres związany z występowaniem problemów seksualnych stwierdzono u 9 pacjentów (18%) (Tab. 9).

Tabela 9. Oceny funkcjonowania seksualnego kobiet i mężczyzn (n=100).

Zmienna		Średnia	Mediana	Zakres	Zaburzenie czynności seksualnej (n/%)
FSFI	Pożądanie	2,63	1,20	1,2-6	37 / 74
	Podniecenie	2,40	0,00	0-6	
	Nawilżanie	2,35	0,00	0-6	
	Orgazm	2,53	0,00	0-6	
	Satysfakcja	3,34	2,40	0,8-6	
	Ból	1,16	0,00	0-6	
	Suma	14,40	3,60	2-36	
FSDS - SUMA		6,94	3,00	0-31	14 / 28
SKALA TWARDOŚCI WZWODU (EHS - ERECTION HARDNESS SCORE)		2,84	3,00	1-4	
Indeks przedwczesnego wytrysku					
Satysfakcja z wytrysku		94,47	100,00	68,75-100	
Kontrola wytrysku		90,14	96,88	50-100	
Dystres		91,83	100,00	12,5-100	
Zaburzenia erekcji - IIEF		15,60	21,50	1-30	
Orgazm		4,84	6,00	0-10	
Pożądanie		5,88	5,50	2-10	
Satysfakcja ze stosunku		5,86	6,50	0-15	
Satysfakcja ogólna		6,92	6,50	2-10	
Ogólna ocena funkcji		39,10	48,50	6-75	

IIEF – Międzynarodowy indeks zaburzeń erekcji; FSFI – Indeks funkcji seksualnej kobiety; FSDS-R – Skala Niezadowolenia Seksualnego Kobiet

Dyskusja i omówienie wyników

Badaniem ankietowym o charakterze przekrojowym, losowym objęto 100 pacjentów w przedziale wiekowym od 21 do 90 roku życia na Oddziale Kardiologii w SP ZOZ Szpitalu Wielospecjalistycznym w Jaworznie. Badanie zakładało ocenę seksualności i jakości życia pacjentów kardiologicznych.

Uzyskane wyniki badań pokazały, że wśród 100 badanych aż 68% kobiet jak i mężczyzn jest w stałym związku i ich relacje z partnerem są bardzo dobre, 61% choruje na nadciśnienie tętnicze, 42% boryka się z nadwagą, a 24% cierpi na cukrzycę. W ciągu ostatnich 6 miesięcy aż 53% ankietowanych nie była aktywna seksualnie i wstrzymywało się od stosunku seksualnego, a u 10 % ankietowanych występowały problemy seksualne. Najczęstszymi dolegliwościami podczas stosunku seksualnego były: kołatanie serca, duszność, uczucie gorąca, szum w uszach, problemy ze wzwodem u mężczyzn. Podobne badania zostały uzyskane w badaniu dotyczącym utrzymania aktywności seksualnej po hospitalizacji związanej z IHD w celu wykonania diagnostyki inwazyjnej naczyń wieńcowych. Pacjenci, którzy zaprzestali aktywności seksualnej, przybierali na wadze. Po wznowieniu pożycia intymnego mieli niższą jakość życia seksualnego. Podczas stosunku występowała u nich duszność, ból dławicowy, zaburzenia rytmu serca, zawał, a nawet zgon¹⁵.

Z ankiety, którą wypełniały kobiety, wynika, że pacjentki nie dążą do stosunku seksualnego, ale są zadowolone ze swojego związku seksualnego z partnerem. Większość kobiet nie odczuwa bólu podczas penetracji pochwy oraz nie martwi się życiem seksualnym. U ankietowanych kobiet nigdy nie wystąpiły problemy seksualne, takie jak: stres, poczucie niepodołania lub zakłopotanie podczas stosunku.

Z ankiety przeznaczonej dla mężczyzn wynika, iż większość badanych nie ma problemów ze wzwodem, z przedwczesnym wytryskiem i nie odczuwa bólu podczas stosunku seksualnego. Najczęstszym problemem u mężczyzn jest brak aktywności seksualnej. Nie stosują leków wspomagających erekcję. U większości mężczyzn członek jest wystarczająco twardy do penetracji, lecz całkowita twardość nie zostaje osiągnięta. Mężczyźni, w ciągu czterech tygodni poprzedzających badania, nie mieli trudności w utrzymaniu wzrodu prącia do zakończenia stosunku seksualnego. Prawie

¹⁵ . Janus, A. Szulc, *op. cit.*, s. 32-33.

zawsze odczuwają satysfakcję podczas zbliżenia intymnego. Odbywają od jednego do dwóch stosunków w miesiącu. Poziom pożądania seksualnego w ciągu ostatnich czterech tygodni jest niski, niemniej mężczyźni są bardzo zadowoleni ze stosunków seksualnych ze swoją partnerką.

Podobne wyniki badań zostały uzyskane w ocenie zachowania seksualnego mężczyzn w ciągu pierwszych 9 miesięcy po zawale serca. Połowa mężczyzn była zadowolona z życia seksualnego, ale 15% obawia się stosunku seksualnego z powodu obniżonej wartości wysiłkowej. Ankietowani czują lęk, mają depresję i obniżony nastrój po przebytej chorobie. Większość mężczyzn nie obawia się aktywności seksualnej¹⁶.

Z przeprowadzonej analizy wynika, że rzadko diagnozowane są u pacjentów zaburzenia w sferze seksualnej w oparciu o kryteria DSM-5. Większość przeprowadzonych badań skupia się na analizie jakości życia pacjentów, na przykład po zawale mięśnia sercowego (np. praca Orłowskiego). Analizy ukazują, że w grupie losowo wybranych 49 respondentów leczonych w przebiegu zawału mięśnia sercowego, 73% jest zadowolonych z dotychczasowego funkcjonowania. Badania przeprowadzone w sferze bio-psycho-społecznej wykazały ogólne zadowolenie z obecnej jakości życia, natomiast znaczne niezadowolenie z obecnego stanu zdrowia. Wybór metody leczenia w dużym stopniu wpływa na jakość życia pacjentów, a następnie na sferę psychiczną, jak i fizyczną chorych¹⁷.

Respondenci po przebytych zawale mięśnia sercowego wskazują na jego duży wpływ nie tylko na sferę somatyczną, ale również na stan psychiczny, jak i późniejsze funkcjonowanie w grupie społecznej. W podziale na grupy według płci, obniżenie aktywności zdrowia psychicznego wykazują kobiety, natomiast spadek w badanej jakości życia wskazują mężczyźni. Porównywalnie, biorąc pod uwagę płeć badanych, możemy zauważyć w obu przypadkach widoczne w znacznym stopniu ograniczenie aktywności fizycznej. W przeprowadzonych badaniach własnych możemy natomiast zauważyć polepszenie aktywności w sferze seksualnej¹⁸.

¹⁶ B. Puchalski, F.M. Szymański, R. Kowalik, K.J. Filipiak, *Ocena zachowań seksualnych mężczyzn w ciągu pierwszych 9 miesięcy po zawale serca*, „Seksuologia Polska” 2013, nr 11(1), s. 24-26.

¹⁷ P. Orłowski, M. Humańska, *Jakość życia pacjentów po zawale mięśnia sercowego*, DOI: 10.19251/pwod/2017.2(3) (dostęp: 04.10.2021).

¹⁸ I. Błaszczyk, I. Uchmanowicz, B. Jankowska-Polańska, M. Lisiak, M. Obiegł, *Jakość życia pacjentów po zawale mięśnia sercowego*, „Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia” 2012, Vol. 1, nr 4, s. 76-80.

Niemniej aktywność seksualna, która jest porównywalna do małej aktywności fizycznej, powinna być wznowiana po ustabilizowaniu stanu zdrowia. Pacjentom, u których utrzymują się objawy, takie jak duszność i zmęczenie można zaproponować określone pozycje podczas stosunku, mające na celu zmniejszenie poziomu aktywności fizycznej.

U chorych z nieokreślonym ryzykiem sercowo-naczyniowym należy wykonać test wysiłkowy w celu określenia wydolności wysiłkowej, a także określenia objawów arytmii i niedokrwienia mięśnia sercowego¹⁹.

Po przeprowadzeniu analizy własnej możemy dostrzec, iż chorobą najczęściej współistniejącą było nadciśnienie tętnicze, a wskazuje na to 61 respondentów. W pracy Stachowskiej i in. zbadano grupę 287 ankietowanych w wieku 25-87 lat. Wykazuje ona, że jakość życia chorych z nadciśnieniem tętniczym uwarunkowana jest wieloczynnikowo. Obniżenie jakości życia wskazuje na grupę respondentów cierpiących na powikłane nadciśnienie tętnicze. Czynniki społeczno-demograficzne klasyfikujące ocenę jakości życia wskazują na: wiek, płeć, wykształcenie, sytuację materialną oraz źródło dochodów. Ze szczególnym uwzględnieniem grupy kobiet, gdzie ważne jest interdyscyplinarne podejście w zakresie edukacji. Oświata zdrowotna powinna być ukierunkowana na obniżenie czynników ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych oraz zwiększenia skuteczności leczenia²⁰.

Niewątpliwie na jakość życia seksualnego mają duży wpływ choroby układu krążenia. Jedną z nich jest nadciśnienie tętnicze. Chorzy na nadciśnienie tętnicze odczuwają zmęczenie, zawroty głowy, bóle, duszność, kołatanie serca. Pacjenci w wyniku podwyższonego poziomu lęku i depresji są pesymistycznie nastawieni do życia, dlatego trudniej radzą sobie z chorobą. Leki hipotensyjne, które zażywają, często mają działania niepożądane. Wymienione powyżej czynniki obniżają jakość życia seksualnego. Poza tym niesystematyczne stosowanie farmakoterapii skutkuje wzrostem ciśnienia tętniczego, a u pacjentów kardiologicznych zwiększa

¹⁹ M. Mornar Jelavić, G. Krstačić, A. Perenčević, H. Pintarić, *Sexual Activity in Patients with Cardiac Diseases*, „Acta Clin Croat.” 2018, nr 57(1), s. 141-148, doi: 10.20471/acc.2018.57.01.18. PMID: 30256023; PMCID: PMC6400344 (dostęp: 04.10.2021).

²⁰ M. Stachowska, H. Szalbierz, M. Szewczyczak, M. Biskupska, *Jakość życia pacjentów chorujących na nadciśnienie tętnicze*, „Hygeina Public Health” 2014, nr 49(4), s. 813-819. 21

się prawdopodobieństwo pogorszenia jakości życia seksualnego²¹. Istotnie obniżają jakość życia seksualnego zaburzenia rytmu serca, w szczególności migotanie przedsionków i występowanie arytmii nadkomorowych.

Tachyarytmie nie pozwalają pacjentom na prawidłowe funkcjonowanie i aktywność, czasem doprowadzając nawet do zgonu²².

Choroba niedokrwienna serca niekorzystnie oddziałuje na seksualność pacjentów, którzy odczuwają ból zamostkowy, ból dławicowy. Z powodu lęku przed zawałem serca zmniejszają aktywność fizyczną i współżycie często popadają w depresję.

Osoby z niewydolnością serca ograniczają aktywność seksualną, ponieważ odczuwają lęk, strach i zmęczenie.

Stres i brak witalności skutkują niskim poczuciem wartości, gorszymi relacjami z partnerem oraz depresją²³.

Chorzy z ostrym zespołem wieńcowym (OZW) mają obniżoną jakość życia seksualnego, głównie z powodu zaawansowania choroby oraz stosowanej farmakoterapii. Oprócz tego, co wynika z obserwacji krótkookresowej po zabiegu, negatywny wpływ na jakość życia seksualnego ma wiek, nasilenie dolegliwości dławicowych oraz ryzyko powikłań pooperacyjnych²⁴.

²¹ Zob. F. Spinka, J. Aichinger, E. Wallner, S. Brecht, T. Rabold, B. Metzler, R. Zweiker, I. Lang, G. Delle Karth, *Functional status and life satisfaction of patients with stable angina pectoris in Austria*, „BMJ Open” 2019, nr 4;9(9), e029661. doi: 10.1136/bmjopen-2019-029661. PMID: 31488483 Free PMC article; R.P. Lunelli, M.C. Irigoyen, S. Goldmeier, *Hypertension as a risk factor for female sexual dysfunction: cross-sectional study*, „Rev Bras Enferm.” 2018, nr 71(5), s. 2477-2482, doi: 10.1590/0034-7167-2017-0259. PMID: 30304179.

²² C.T. Braun, M.E. Ricklin, A. Pauli, D. Ott, A.K. Exadaktylos, C.A. Pfortmueller, *Death after Sexual Intercourse*, „Case Rep Emerg Med.” 2015, doi: 10.1155/2015/646438. Epub 2015 Dec 1. PMID: 26697238; PMCID: PMC4678062.

²³ Zob. B. Szygółka-Jurkiewicz, M. Kowalska, M. Mościński, *Jakość życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego. Praca poglądowa. Jakość życia jako element oceny stanu zdrowia i efektywności leczenia chorych ze schorzeniami układu sercowo-naczyniowego*, „Folia Cardiologica Excerpta” 2011, T.6(1), s.62-65; Nascimento E.R., *Sexual dysfunction and cardiovascular diseases: a systematic review of prevalence. et al. Clinics (Sao Paulo)*, 2013, PMID: 24270960 Free PMC article. Review; R.P. Lunelli, M.C. Irigoyen, S. Goldmeier, *Hypertension as a risk factor for female sexual dysfunction: cross-sectional study*, „Rev Bras Enferm.” 2018, nr 71(5), s. 2477-2482, doi: 10.1590/0034-7167-2017-0259. PMID: 30304179.

²⁴ H. Karpuz, *Yaşlı kardiyovasküler hastalarda cinsel yaşam (Sexual life in elderly patients with cardiovascular disease)*, „Türk Kardiyol Dern Ars” 2017, nr 45(Suppl 5), s. 134-137, Turkish. doi: 10.5543/tkda.2017.86581. PMID: 28976401.

Pacjenci z miażdżycą tętnic obwodowych odczuwają zmęczenie i duszność przez palenie tytoniu, co przyczynia się do braku komfortu w życiu intymnym²⁵.

Można stwierdzić, że występowanie powyższych chorób negatywnie wpływa na jakość życia seksualnego, dlatego niezmiernie ważnym aspektem ich leczenia jest poprawa jakości życia seksualnego pacjentów i niwelowanie czynników sprzyjających rozwojowi choroby podstawowej.

Podsumowując, na podstawie przeprowadzonego badania na Oddziale Kardiologicznym można stwierdzić, iż jakość życia jak i jakość życia seksualnego wymaga szerokiego spojrzenia, obejmującego zarówno sferę fizyczną, jak i psychiczną każdego pacjenta oraz wpływ czynników środowiskowych (m.in. dostępność do lekarza, systematyczność przeprowadzanych badań, tryb życia, dochody itp.).

Wnioski:

1. Zaburzenia seksualne w badanej grupie pacjentów kardiologicznych diagnozowane w oparciu o kryteria DSM- 5 są rzadko rozpoznawane.
2. Problemy seksualne diagnozowane w oparciu o narzędzia przesiewowe są częste zarówno w grupie kobiet, jak i mężczyzn i dotyczą ponad połowy ankietowanych.
3. Dystres związany z występowaniem problemów seksualnych w obu grupach dotyczył niewielkiego odsetka pacjentów.
4. Rozpoznanie i leczenie choroby kardiologicznej nie wpływało, a nawet poprawiło funkcje seksualne w badanej grupie pacjentów.
5. Nie zaobserwowano znamiennych różnic w odniesieniu do funkcji seksualnych, występowania problemów seksualnych oraz zaburzeń seksualnych pomiędzy grupą kobiet i mężczyzn leczonych kardiologicznie.
6. Częstość aktywności seksualnej po rozpoznaniu choroby uległa zmniejszeniu w obu grupach pacjentów kardiologicznych.

²⁵ B. Cieślík, *Acta Bio-Optica et Informatica Medica*, „Inżynieria Biomedyczna” 2014, vol. 20(2), s. 108-111.

7. Największy odsetek pacjentów z zaburzeniami seksualnymi najczęściej ma zdiagnozowany: zawał serca, nadciśnienie tętnicze, a z chorób towarzyszących – otyłość i cukrzycę.

BIBLIOGRAFIA

- Błażejewska A., Strusiński J., Nowakowski A., Lew-Starowicz Z., *Klasyfikacja DSM-5 dla seksuologa*, „Przegląd Seksuologiczny” 2014, nr 04/06 (38), s. 3-4.
- Błaszczuk I., Uchmanowicz I., Jankowska-Polańska B., Lisiak M., Obiegł M., *Jakość życia pacjentów po zawale mięśnia sercowego*, „Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia” 2012, Vol. 1, nr 4, s. 76-80.
- Braun C.T., Ricklin M.E., Pauli A., Ott D., Exadaktylos A.K., Pfortmueller C.A., *Death after Sexual Intercourse. Case Rep*, „Emerg Med.” 2015, doi: 10.1155/2015/646438. Epub 2015 Dec 1. PMID: 26697238; PMCID: PMC4678062.
- Cieślak B., *Acta Bio-Optica et Informatica Medica*, „Inżynieria Biomedyczna” 2014, vol. 20(2), s. 108, 111.
- Declaration of Sexual Rights*, http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/declaration_of_sexual_rights_sep03_2014.pdf. – z dn. 02.02.2019 roku.
- Depko A., *Diagnostyka przedwczesnego wytrysku*, <http://www.depko.pl/diagnostyka-zaburze-wytrysku> - z dn. 27.03.2019 roku.
- Drozdol A., *Skale oceny jakości życia i seksualności*, <https://www.centrumdobrejterapii.pl/materialy/ocena-funkcjonowania-seksualnego-kobiet-femalesexual-function-index/> - z dn. 27.03.2019 roku.
- Gitsch E., Janiach H., *Ginekologia*, Warszawa-Kraków 1991, s. 28.
- Imieliński K., *Seksuologia zarys encyklopedyczny*, Warszawa 2005-2006, s. 343.
- Izdebski Z., *Seksualność człowieka obszary zainteresowań teoretyków i praktyków*, „Rocznik Lubuski” 2006, T.32(2), s. 84.
- Janus M., Szulc A., *Seksuologiczne narzędzia diagnostyczne w Polsce i na świecie*, „Seksuologia Polska” 2015, T. 13(1), s. 32-33.
- Karpuz H., *Yaşlı kardiyovasküler hastalarda cinsel yaşam (Sexual life in elderly patients with cardiovascular disease)*, „Türk Kardiyol Dern Ars.” 2017, nr 45 (Suppl 5), s. 134-137, Turkish. doi: 10.5543/tkda.2017.86581. PMID: 28976401.
- Klasa K., *Wywiad z profesorem Marią Beisert*, „Psychiatria i Psychoterapia” 2011, T. 7 (4), s. 4-14.
- Lew-Starowicz Z., *Podstawy Seksuologii*, Warszawa 2010, s.19, 25, 181-185.
- Lunelli R.P., Irigoyen M.C., Goldmeier S., *Hypertension as a risk factor for female sexual dysfunction: cross-sectional study*, „Rev Bras Enferm.” 2018, nr 71(5), s. 2477-2482, doi: 10.1590/0034-7167-2017-0259. PMID: 30304179.

- Mornar Jelavić M., Krstačić G., Perenčević A., Pintarić H., *Sexual Activity in Patients with Cardiac Diseases*, „Acta Clin Croat.” 2018, nr 57(1), s. 141-148, doi: 10.20471/acc.2018.57.01.18. PMID: 30256023; PMCID: PMC6400344. (dostęp: 27.07.2021).
- Nascimento E.R., *Sexual dysfunction and cardiovascular diseases: a systematic review of prevalence. et al. Clinics (Sao Paulo)*, 2013, PMID: 24270960 Free PMC article. Review.
- Nowosielski K., Wróbel B., Sioma-Markowska U., Poręba R., *Development and validation of the Polish version of the Female Sexual Function Index in the Polish population of females*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23211010>.
- Oettingen J., *Dysfunkcje seksualne – podejście oparte na teorii poznawczej*, „Seksuologia Polska” 2013, T. 11(2), s. 68-69. Opala T., *Ginekologia. Podręcznik dla położnych, pielęgniarek i fizjoterapeutów*, Warszawa 2006, s. 183.
- Orłowski P., Humańska M., *Jakość życia pacjentów po zawale mięśnia sercowego*, DOI: 10.19251/pwod/2017.2(3) z dn. 22.07.2021r.
- Puchalski B., Szymański F.M., Kowalik R., Filipiak K. J., *Ocena zachowań seksualnych mężczyzn w ciągu pierwszych 9 miesięcy po zawale serca*, „Seksuologia Polska” 2013, nr 11(1), s. 24-26.
- Raczyńska D., Nowosielski K., Stolorz K., Sidorowicz M., *Sexual Functioning and Quality of Life of Males after 60 – A Pilot Study*, <http://przeglad-seksuologiczny.pl/numery/63/1-Art-2-Nowosielski.pdf> z dn. 27.03.2019 roku.
- Ratajczak J., *Definicja zdrowia i jakości życia*, <http://gabinetzdrowia.net.pl/definicja-zdrowia-i-jakosci-zycia-wg-who.php>, - z dn. 05.09.2018 roku.
- Rowiński T., Kowalska-Dąbrowska M., Strus W., Ciecuch, Czuma I., Żechowski C., Markon K.E., Krueger R.F., *Measurement of pathological personality traits according to the DSM-5: A Polish adaptation of the PID-5. Part I – theoretical foundations*, *Psychologia Polska*” 20 may 2018, Online First (98), s. 1-16.
- Skrzypulec W., *Wstęp do seksuologii*, Katowice 2005, s. 99. Sobczak M.A., Qawoq H.D., Krawczyk M., Wierzbowska-Drabik K., Kasprzak J., *Demograficzne, kliniczne i psychologiczne czynniki wpływające na zaprzestanie aktywności seksualnej przez pacjentów z potwierdzoną angiograficznie chorobą wieńcową*, „Psychologia Polska” 2016; nr 50(1), s. 197-211.
- Spinka F., Aichinger J., Wallner E., Brecht S., Rabold T., Metzler B., Zweiker R., Lang I., Delle Karth G., *Functional status and life satisfaction of patients with stable angina pectoris in Austria*, „BMJ Open.” 2019, nr 4;9(9), e029661. doi: 10.1136/bmjopen-2019-029661. PMID: 31488483 Free PMC article.
- Stachowska M., Szalbierz H., Szewczyszczak M., Biskupska M., *Jakość życia pacjentów chorujących na nadciśnienie tętnicze*, „Hygeina Public Health” 2014, nr 49(4), s. 813-819.
- Strelau J., *Psychologia. Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, T. 3., Gdańsk 2000, s. 729.

Szygółta-Jurkiewicz B., Kowalska M., Mościński M., *Jakość życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego. Praca poglądowa. Jakość życia jako element oceny stanu zdrowia i efektywności leczenia chorych ze schorzeniami układu sercowo-naczyniowego*, „*Folia Cardiologica Excerpta*” 2011, T.6(1), s. 62-65.

Welnicki M., Szeligowska J., Mamcarz A., *Kardioseksuologia – czy jest w ogóle o czym dyskutować*, „*Kardiologia po Dyplomie*” 2016, nr 1, s. 29-32.

Zboina B., *Jakość życia osób starszych*, Ostrowiec Świętokrzyski 2008, s. 9-16.
Zdrojewicz Z., *Seksuologia Polska*, Wrocław 2013, T.11(1), s. 29-33.

POSTĘPOWANIE W OSTRYM POWIKŁANIU ŚWIEŻO ROZPOZNANEJ CUKRZYCY TYPU 1 – NA PRZYKŁADZIE 18-LETNIEGO PACJENTA

Adam Bernert

Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej

ORCID: 0000-0002-6840-930X

a.bernert@wsps.pl

Dawid Janikowski

Rejonowe Pogotowie Ratunkowe w Sosnowcu

ORCID: 0000-0002-429-315

d_janikowski@o2.pl

THE DIAGNOSTIC PROCEDURE IN THE CASE OF NEWLY RECOGNIZED ACUTE COMPLICATION OF DIABETES MELLITUS TYPE 1 - ON THE EXAMPLE OF AN 18-YEAR-OLD PATIENT

ABSTRACT

The first cases of diabetes were observed around 1500 BC – one could easily say then, that diabetes is a disease that has accompanied the humanity since the dawn of time. It is not a single disease entity, but a set of metabolic disorders characterized by hyperglycemia, i.e. increased blood sugar level. The disease is the result of abnormal insulin secretion into the body, or its malfunction. An estimated 366 million people worldwide experience this problem, while in Poland alone about 3.1 million – it can be stated then, that every tenth Pole

ABSTRAKT

Pierwsze przypadki cukrzycy zaobserwowano około 1500 lat przed naszą erą, można zatem śmiało powiedzieć, że cukrzyca to choroba, która towarzyszy ludziom od zarania dziejów. Nie jest to pojedyncza jednostka chorobowa, lecz zbiór zaburzeń metabolicznych, które charakteryzują się hiperglikemią, czyli zwiększonym poziomem cukru we krwi. Choroba ta jest wynikiem błędnego wydzielania insuliny do organizmu, bądź jej nieprawidłowego działania. Na świecie szacunkowo doświadcza tego problemu około 366 milionów

suffers from diabetes. Working in the State Emergency Medical Services is not easy. The Paramedics ought to be professional, qualified, and, most importantly, they should possess the appropriate knowledge and skills to save human lives. The article aims to present the paramedics' dealing with a diabetic patient developing acute complications, that may lead to an irreversible disability or even death. The present article constitutes a case study. Diabetes is presented on the basis of medical records provided by the patient. Several serious incidents occurred during the treatment, one of which was the provision of assistance by the emergency medical services team.

Keywords: diabetes mellitus, emergency medical services, patient, type 1 diabetes.

ludzi, natomiast w Polsce około 3,1 milionów ludzi, dzięki czemu można stwierdzić, że co dziesiąty Polak jest chory na cukrzycę¹. Praca w Państwowym Ratownictwie Medycznym nie należy do łatwych. Ratownicy medyczni muszą być profesjonalni, wykwalifikowani, a co najważniejsze muszą posiadać odpowiednią wiedzę i umiejętności, by ratować ludzkie życie. Artykuł ma za zadanie przybliżyć, jakie jest postępowanie ratowników medycznych z pacjentem diabetologicznym, u którego pojawiają się ostre powikłania mogące prowadzić do nieodwracalnego kalectwa, a nawet do śmierci. Niniejszy artykuł stanowi studium przypadku. Opierając się na dokumentacji medycznej, udostępnionej przez pacjenta, przedstawiona została cukrzyca. W trakcie jego leczenia doszło do kilku poważnych incydentów, gdzie jednym z nich było udzielenie pomocy przez zespół ratownictwa medycznego.

Słowa kluczowe: cukrzyca, ratownictwo medyczne, pacjent, cukrzyca typu 1.

¹ J. Kapusta, P. Kapusta, W. Rusin, *Cukrzyca bez strachu*, Bielsko-Biała 2017, s. 8-9.

PACJENT DIABETOLOGICZNY W DZIAŁANIACH ZESPOŁÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

Zespoły ratownictwa medycznego niejednokrotnie wyjeżdżają do pacjentów diabetologicznych, u których pojawiają się ostre powikłania cukrzycy. Powiązane jest to z tym, że pacjenci dokonują złego pomiaru poziomu glikemii oraz błędnie dawkują insulinę. Zespół ratownictwa medycznego jest najważniejszym ogniwem w przedszpitalnym leczeniu oraz postępowaniu z pacjentem diabetologicznym, u którego mogą pojawiać się ostre powikłania prowadzące do bezpośredniego stanu zagrażającego życiu lub śpiączki. Najważniejszymi ostrymi powikłaniami cukrzycy, do których zespół ratownictwa medycznego zostaje wysyłany, to: cukrzycowa kwasica ketonowa, stan hiperglikemiczno–hipermolalny, kwasica mleczanowa oraz hipoglikemia. Najważniejszym zadaniem, które musi wykonać zespół ratownictwa medycznego przyjeżdżając do pacjenta z cukrzycową kwasicą ketonową, jest jak najszybsze postawienie diagnozy i włączenie odpowiedniego leczenia w celu ograniczenia ryzyka śmierci i zmniejszenia ryzyka pojawienia się ostrych powikłań hiperglikemii. Na początku należy ocenić stan świadomości pacjenta, a jednocześnie zebrać wywiad SAMPLE, od rodziny lub od samego pacjenta jeżeli, jest przytomny.

Jeżeli pacjent jest przytomny, należy zadać pytania:

1. Czy leczy się z powodu cukrzycy?
2. Jakie leki przyjmuje?
3. Czy przyjmuje insulinę?
4. Czy występują u niego objawy związane z cukrzycą?
5. Czy dzieje się to po raz pierwszy w życiu, a jeżeli nie, to czy były wcześniej takie epizody?

Jeżeli osoba jest nieprzytomna, następnym etapem jest zabezpieczenie podstawowych funkcji życiowych według schematu ABCDE. Polega ono na zapewnieniu drożności dróg oddechowych, badaniu oddechu oraz krążenia, a także zbieraniu podstawowych parametrów życiowych. Jednym z ważnych elementów jest także oznaczenie stężenia glukozy za pomocą glukometru paskowego. Urządzenie to jest głównie wykorzystywane do ustalenia należnej dawki insuliny u osób chorujących na cukrzycę oraz ma za zadanie szybko zbadać stężenie glukozy we krwi arterializowanej.

Kolejnym etapem w leczeniu cukrzycowej kwasicy ketonowej jest wyrównanie niedoboru płynów i elektrolitów, a także uzyskanie odpowiedniej objętości łożyska naczyniowego. Średnio deficyt płynów wynosi od 5 do 10 litrów. Na początku podaje się 1 litr 0,9% roztworu chlorku sodu w przeciągu pierwszej godziny leczenia, natomiast pozostały niedobór należy uzupełnić w czasie 6-12 godzin. Należy pamiętać także, że dehidratacja ogranicza działanie insuliny na tkanki, dlatego aplikowanie jej przed podaniem płynów będzie miało osłabione działanie i może nasilić niedobór objętości wewnątrznaczyniowej. Po podaniu płynów duże znaczenie ma zastosowanie insuliny krystalicznej, krótko działającej, którą na początku podajemy dożylnie w postaci pojedynczej dawki 8-10 jednostek, a następnie stosujemy dawkę wyjściową w ciągłym wlewie 0,1 jednostki/ kg masy ciała/godz., aby poziom glikemii był zredukowany o 50-70 mg/dl/godz. Aby uchronić pacjenta przed wystąpieniem niespodziewanej hipoglikemii, należy jednocześnie podawać 5% roztwór glukozy, oprócz aplikowania insuliny w postaci ciągłego wlewu dożylnego. Kolejnym lekiem, który może być stosowany przez ratownika medycznego, ale w tym przypadku musi być skonsultowany z lekarzem lub koordynatorem medycznym, jest chlorek potasu (KCl), który wykorzystywany jest przy wyrównywaniu niedoboru potasu. U pacjentów z hipokaliemią podaje się 40 mEq KCl na litr płynów, natomiast u osób z normokaliemią 20 mEq/l. Należy wspomnieć także o tym, że do wnętrza komórki razem z glukozą transportowany jest potas, więc jeżeli będziemy podawać insulinę możemy doprowadzić do hipokaliemii, co w przypadku cukrzycowej kwasicy ketonowej będzie zdecydowanie niepożądane, ponieważ z powodu pojawienia się diurezy osmotycznej zasoby potasu w organizmie są zbyt małe.

Kolejny z leków, który może być stosowany przez ratownika medycznego, zgodnie z ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym, jest wodorowęglan sodu. W przypadku cukrzycowej kwasicy ketonowej stosowana jest jedna ampułka (44mEq NaHCO_3) rozcieńczona w 500 ml 5% roztworu glukozy lub hipotonicznego roztworu chlorku sodu, którą podajemy przez co najmniej godzinę. Wskazane jest wyłącznie u osób, u których pH krwi tętniczej wynosi poniżej 7,0. Jednym z ostatnich elementów jest poszukiwanie czynników, które mogą wyzwać kwasicę ketonową, takich jak: zawał mięśnia sercowego, infekcje, skutki zabiegu operacyjnego, urazu oraz oparzenia. Ostatnim etapem w leczeniu przedszpitalnym cukrzycowej

kwasicy ketonowej jest transport chorego do szpitala w celu pogłębienia diagnostyki².

Cukrzycowy zespół hipermolalny jest ostrym powikłaniem pojawiającym się głównie w cukrzycy typu 2, który występuje przede wszystkim u osób starszych, zwłaszcza przewlekle chorych. Postępowanie i farmakoterapia w leczeniu przedszpitalnym przez zespół ratownictwa medycznego w ZHH jest bardzo podobne do leczenia cukrzycowej kwasicy ketonowej. Jedyną różnicą jest to, że w ZHH bardzo małą wagę przykładą się do niwelowania kwasicy, ponieważ jest ona niewielka, albo nie pojawia się wcale, w przeciwieństwie do cukrzycowej kwasicy ketonowej. Kolejnym powikłaniem, do którego zespół ratownictwa medycznego może być zadysponowany, jest kwasica mleczanowa. Cechą charakterystyczną tego ostrego powikłania jest zmniejszenie pH poniżej 7,35 oraz zwiększenie poziomu mleczanów we krwi powyżej 5 mmol/l. Postępowanie w leczeniu przedszpitalnym przez zespół ratownictwa medycznego możemy podzielić na badanie podmiotowe, czyli wywiad oraz postępowanie terapeutyczne. Wywiad jest nieodłącznym elementem, z którego ZRM może uzyskać bardzo dużo informacji na temat pacjenta i dalszego postępowania względem niego.

Zbierając wywiad od takiej osoby, należy zapytać się: czy leczy się z powodu cukrzycy, jeśli tak, to jakie leki zażywa; czy leczy się z powodu chorób płuc, nerek albo miażdżycy, a także czy spożywał w ostatnich kilku godzinach alkohol. Postępowanie terapeutyczne w kwasicy mleczanowej jest bardzo podobne do postępowania w kwasicy ketonowej. Pierwszym etapem jest ustalenie, jakie jest stężenie poziomu glukozy w surowicy krwi za pomocą glukometru paskowego. Następnie należy przywrócić właściwą objętość łożyska naczyniowego, a także wyrównać niedostatek elektrolitów oraz płynów. Podczas pierwszej godziny leczenia podaje się 1 litr 0,9 % roztworu chlorku sodu (NaCl), natomiast pozostały niedobór należy uzupełniać w czasie od 6 do 12 godzin. Zespoły ratownictwa medycznego działając na miejscu przy pacjencie z kwasicą mleczanową muszą także pamiętać, żeby podać 100% tlen, a także o ewentualnym wspomaganiu oddychania, ma to na celu uniknięcie hipoksemii oraz hipoksji. W podejmowaniu tych działań jednak należy pamiętać, aby nie przedłużać czasu na miejscu działań

² T. Sikorski, *Postępowanie przedszpitalne i wczesnoszpitalne w stanach nagłych chorób gruczołów wydzielania wewnętrznego. Część I: Zaburzenia gospodarki węglowodanowej, „Anestezjologia i Ratownictwo” 2011, s. 417-419.*

do transportu szpitalnego w celu podjęcia diagnostyki i leczenia. W celu powstrzymania dalszej produkcji kwasu mlekowego stosowana jest także insulina podawana w postaci dożylnego wlewu z prędkością 0,1 jednostki/kg m. c./godz. w stosownym połączeniu z 5% roztworem glukozy. W zespołach ratownictwa medycznego nie ma na wyposażeniu ampularium insuliny, dlatego bym bardziej pacjenci muszą być hospitalizowani.

U pacjentów, u których występuje kwasica mleczanowa, może także pojawić się kwasica metaboliczna. Aby jej przeciwdziałać należy podać jedną ampułkę wodorowęglanu sodu (44 mEq) rozcieńczoną w 500 ml roztworu chlorku sodu lub w 500 ml 5% roztworu glukozy i aplikować co najmniej przez godzinę. Duże znaczenie ma też poszukiwanie czynników, które mogą uwalniać kwasicę: niewydolność oddechowa, zawał mięśnia sercowego, ogólnoustrojowy odczyn zapalny czy też bardzo ciężkie krwawienia. Po zabezpieczeniu pacjenta przez zespół ratownictwa medycznego, należy przetransportować go do szpitala w celu udzielenia konsultacji specjalistycznej oraz dalszej hospitalizacji³.

W działaniach ZRM hipoglikemia jest najczęstszym powikłaniem pojawiającym się u osób chorujących na cukrzycę. Hipoglikemię możemy rozpoznać, gdy stężenie glukozy we krwi spada poniżej 55 mg/dl (3mmol/l). Postępowanie tym w przypadku znacznie się różni od pozostałych ostrych powikłań.

Najważniejszym elementem jest ocena świadomości oraz wywiad, w którym należy zapytać pacjenta: czy leczy się z powodu cukrzycy? Jeżeli tak, to zapytać o dawkę insuliny, czy przypadkiem nie podano zbyt dużej dawki, a także czy po zaaplikowaniu leku chory spożył posiłek i wykonywał jakiś wysiłek fizyczny?

W tym samym czasie można określić stężenie glukozy w surowicy krwi za pomocą glukometru paskowego, a także podać słodki napój lub przekąskę w przypadku osób przytomnych. Jeśli pacjent jest nieprzytomny zakładamy kaniulę dożylną i podajemy 50-100 ml 20% roztworu glukozy do osiągnięcia około 100 mg/dl glukozy w surowicy krwi. Jednym z leków, który może być zastosowany przez ratownika medycznego zgodnie z ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym jest glukagon, który podaje się podskórnie lub domięśniowo w dawce 1,0 g, a jego zadaniem jest zwiększenie wyzwalania

³ T. Sikorski, *op. cit.*, s. 421-422.

glukozy z wątroby. U pacjentów, u których przypuszcza się nadużywanie alkoholu lub długotrwałe głodzenie, należy pamiętać także o podaniu tiaminy w dawce 100 mg.

Kolejnym lekiem stosowanym u pacjentów z hipoglikemią jest hydrokortyzon, który stosowany jest w zbyt długo trwającej hipoglikemii oraz jako środek przeciwdziałający niewydolności nadnerczy⁴.

W sytuacji, gdy istnieje podejrzenie obrzęku mózgu, korzysta się z leczenia wspomagającego, np. hiperwentylacja – pod kontrolą kapnometrii – furosemid, mannitol, pozycja przeciwobrzękowa, a także podaż steroidów. Postępowanie terapeutyczne w hipoglikemii kończy się w momencie przekazania pacjenta na SOR i udzielenia mu specjalistycznej opieki⁵.

CEL PRACY

Jako istotny cel przedstawiono istotę choroby oraz przygotowanie praktyczne i teoretyczne do zmiany zachowań zdrowotnych pacjenta. Omówiono również rolę i zadania ratownika medycznego udzielającego pomocy pacjentowi diabetologicznemu.

OPIS PRZYPADKU

Pacjent urodzony w lutym 1995 roku w mieście na terenie województwa śląskiego. Z jego informacji wynika, że poród przebiegł prawidłowo, tj. w 39 tygodniu ciąży, waga urodzeniowa wynosiła 2950 gramów, długość ciała 55 centymetrów, natomiast w skali Apgar uzyskał 10/10 punktów. Podczas uczęszczania do szkoły podstawowej oraz gimnazjum nie miał większych problemów ze zdrowiem. Przechodził charakterystyczne dla tego wieku choroby, takie jak ospa i świnka, a także typowe dla dzieci przeziębienia, infekcje czy urazy. Przy obowiązkowych profilaktycznych badaniach lekarskich nie stwierdzono żadnych nieprawidłowości w rozwoju psychiczno-fizycznym.

W okresie licealnym, poza okresowym wzrostem bilirubiny we krwi, pacjent nie miał żadnych problemów ze zdrowiem. Od tego czasu u pacjenta nie występowała hiperbilirubinemia, a rozwój organizmu był prawidłowy.

⁴ T. Sikorski, *op. cit.*, s. 422-423.

⁵ J. Andres, *Pierwsza pomoc i resuscytacja krążeniowo- oddechowa*, Kraków 2011, s. 127.

Na początku trzeciej klasy liceum w wieku 18 lat pacjent zaczął odczuwać problemy ze zdrowiem, co było dość nieoczekiwane, ponieważ przez całe swoje życie, poza zwykłymi przeziębieniami czy infekcjami, nie miał większych kłopotów zdrowotnych. Od dwóch miesięcy u pacjenta występowało: uczucie zmęczenia, osłabienia, waga masy ciała spadała o 4 kg, występowała także polidypsja oraz poliuria. 23 października 2013 roku w godzinach porannych oprócz ogólnego osłabienia pojawiły się dodatkowe objawy, takie jak: duszność, silny ból brzucha, światłowstręt, a także wymioty – wezwano zespół ratownictwa medycznego. W wywiadzie zebrany przez ratowników medycznych dowiadujemy się, że pacjent przedstawia objawy takie jak powyżej, z alergii ma uczelnie na mleko (nietolerancja laktozy), nie zażywa na stałe żadnych leków, na nic nie choruje, a ostatni posiłek był poprzedniego dnia w godzinach wieczornych.

Wykonane badania:

1. GLASGOW – COMA – SCALE:

- otwieranie oczu – spontanicznie **4 pkt;**
- kontakt słowny – zdezorientowany **4 pkt;**
- reakcja ruchowa – wykonuje polecenia **6 pkt;**

Suma: 14 pkt

2. UKŁAD ODDECHOWY

- częstość oddechów – 30/min.
- oddech przyśpieszony i pogłębiony – oddech Kussmaula
- szmer prawidłowy

3. SATURACJA: 92%

4. CIŚNIENIE TĘTNICZE: 90/60 mmHg

5. GLIKEMIA: 520 mg%

6. SKÓRA: blada, sucha

7. JAMA BRZUSZNA: bolesna, palpacyjnie bez zmian

8. TONY SERCA: czyste, głośnie

9. EKG: tachykardia zatokowa, 140 ud./min.

Na podstawie wywiadu z pacjentem oraz dostępnej dokumentacji medycznej można było podejrzewać, jakie jest rozpoznanie: E10.1 Kwasica ketonowa jako powikłanie cukrzycy typu 1. Ratownicy medyczni zaopatrzyli pacjenta, podając mu następujące leki: tlen medyczny na wąsach w przepływie 6l/min. jeden litr soli fizjologicznej NaCl 0,0%, oraz 2,5 g pyralginy we wlewie, drotawerynę 40 mg i.v. rozcieńczoną w 20 ml NaCl

0,9% oraz metoklopramid 10 mg rozcieńczony do 10 ml NaCl 0,9%. Po podaniu leków ratownicy uzyskali znaczną poprawę stanu pacjenta, ból brzucha ustał, co spowodowało, że chory z pobudzonego stanu zaczął robić się senny. Ostatnim etapem było przewiezienie pacjenta do szpitala w Zabrze. Tego samego dnia pacjent został przyjęty w trybie pilnym na Oddział Chorób Wewnętrznych i Diabetologii w celu dalszej diagnostyki i leczenia. W badaniach laboratoryjnych zaobserwowano ketonurię, glikozurię, a badanie hemoglobiny glikowanej (HbA1C) wynosiło 9,95% (norma 4,5 – 6) co jest kolejnym objawem zaczynającej się cukrzycy. Poza badaniami diagnostycznymi przeprowadzono też USG jamy brzusznej, EKG, konsultację okulistyczną, a także wykonane zostały okresowe pomiary glikemii oraz ciśnienia tętniczego.

W trakcie pobytu chorego nawodniono, włączono intensywną funkcjonalną insulinoterapię, edukowano w zakresie prawidłowej diety, odpowiedniego przeliczania wymienników węglowodanów (WW), a także wymienników białkowo-tłuszczowych (WBT). W wyniku zastosowanego leczenia uzyskano wyrównanie glikemii i poprawę stanu ogólnego. Ze względu na zaobserwowane, niskie zapotrzebowanie na insulinę, które może świadczyć o remisji choroby, wskazane jest częste monitorowanie glikemii.

Tabela 1. Informacje dotyczące pobytu pacjenta w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu w październiku 2013 roku

Okres pobytu	23 października 2013 roku – 29 października 2013 roku
Rozpoznanie zasadnicze	E10.8 Cukrzyca insulinozależna z nieokreślonymi powikłaniami
Zastosowane leczenie	Edukacja diabetologiczna, dieta cukrzycowa, insulinoterapia (Nowo Rapid, Lantus), dożylne nawodnienie (0,9% NaCl, KCl, PWE)
Zalecenia Lekarskie	- dieta z ograniczeniem cukrów prostych - modyfikacja doposiłkowych dawek insuliny w zależności od planowanego posiłku, aktywności fizycznej oraz aktualnej glikemii - insulinoterapia według glikemii, proponowane dawki: * przed śniadaniem 2-5j. NovoRapid sc * przed obiadem 4-6j. NovoRapid sc * przed kolacją 1-2j. NovoRapid sc * o godz. 21.00 4j. Lantus sc - z uwagi na cechy przerostu mięśnia sercowego widoczne w EKG, wskazana kontrola w Poradni Kardiologicznej

Źródło: opracowanie własne w oparciu o dokumentację medyczną pacjenta.

Dnia 29 października 2013 roku pacjent został wypisany ze szpitala w stanie ogólnym dobrym. Przestrzegał zaleceń lekarskich oraz kontynuował leczenie insulinoterapią. Następnie zgłosił się do szpitala w celu otrzymania pompy insulinowej, która była refundowana w ramach podpisania przez szpital umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia dla osób do 26. roku życia. Pompę tę założono dnia 23 grudnia 2013 roku. Choroba przewlekła, z jaką pacjent musi się mierzyć, niestety nie pozwoliła na rozpoczęcie służby przygotowawczej, a później na zostanie żołnierzem zawodowym o czym, jak twierdził, zawsze marzył. Otrzymał, za sprawą komisji lekarskiej, kategorię D, oznaczającą: „niezdolny do czynnej służby wojskowej w czasie pokoju, z wyjątkiem niektórych stanowisk służbowych przeznaczonych dla terytorialnej służby wojskowej”.

Pacjent leczył się pod kontrolą Poradni Diabetologicznej, do której chodził dwa razy w ciągu roku. Pierwszą wizytę w takiej poradni miał 31 stycznia 2014 roku. Podczas planowej wizyty po przeanalizowaniu wyników samokontroli, oceny przestrzegania zalecanej diety oraz szczytaniu pompy zmodyfikowano bazę i zmieniono wskaźniki insulina/wymiennik węglowodanowy na posiłek: obiad, a następnie wprowadzono dane do pompy. Poinformowano chorego także o objawach hipoglikemii i sposobach przeciwdziałania i postępowania w sytuacjach spadku poziomu cukru we krwi. Przy kolejnych wizytach lekarz oceniał także na bieżąco wyrównanie choroby, modyfikował leczenie, zlecał badania laboratoryjne, wypisywał recepty oraz edukował pacjenta.

W czerwcu 2016 roku poprzez niedopasowanie dawek insuliny do aktualnej glikemii i niewystarczającej samokontroli stężenia glukozy, pacjent został przyjęty na Oddział Chorób Wewnętrznych i Diabetologii w Zabrze z powodu dekompensacji metabolicznej niemożliwej do wyrównania w warunkach ambulatoryjnych ($HbA_{1c}=11,8\%$). Zmodyfikowano insulinoterapię uzyskując zadowalające wyrównanie cukrzycy. Chorego reedukowano w zakresie stosowania właściwej diety oraz zasad modyfikacji dawek insuliny w zależności od glikemii wyjściowej, planowanego posiłku, wysiłku fizycznego oraz profilaktyki stopy cukrzycowej. Pacjent został wypisany do domu w stanie ogólnym dobrym z zaleceniami, które są przedstawione poniżej.

Tabela 2. Informacje dotyczące pobytu pacjenta w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu w czerwcu 2016 roku

Okres pobytu	27 czerwca 2016 roku – 28 czerwca 2016 roku
Rozpoznanie	E10.9 – Zdekompensowana cukrzyca typu 1
Zalecenia lekarskie	- dalsze leczenie pod opieką Poradni Diabetologicznej, Okulistycznej, Gastrologicznej, POZ - dieta bogatobłonnikowa, z ograniczeniem cukrów prostych i tłuszczów zwierzęcych - systematyczna kontrola stężenia glukozy - insulinoterapia w zależności do aktualnej glikemii: * przed śniadaniem 1,2 j./WW NovoRapid sc * przed obiadem 1,1 j./WW NovoRapid sc * przed kolacją 0,9 j./WW NovoRapid sc * o godz. 22.00 16 j. LantusSoloStar sc

Źródło: opracowanie własne w oparciu o dokumentację medyczną pacjenta.

W dniach od 16 czerwca 2018 roku do 22 czerwca 2018 roku pacjent przebywał w szpitalu z powodu narastających od kilku dni objawów gastrycznych z towarzyszącymi nudnościami i wymiotami oraz cechami ostrego nieżytu żołądkowo-jelitowego. Pacjent został przyjęty na oddział z powodu dekompensacji cukrzycy typu 1 z kwasicą ketonową, ostrym uszkodzeniem nerek i odwodnieniem z dyselektrolitemią. Zastosowano intensywne leczenie farmakologiczne z insulinoterapią w pompie iv. oraz wyrównaniem ciężkich zaburzeń wodno-elektrolitowych. Po wprowadzonym leczeniu uzyskano stabilizację stanu klinicznego z normalizacją parametrów czynnościowych nerek oraz wyrównaniem zaburzeń elektrolitowych. Pacjent został wypisany w stanie stabilnym z zaleceniami przedstawionymi poniżej.

Tabela 3. Informacje dotyczące pobytu pacjenta w Zagłębiowskim Centrum Onkologii w Dąbrowie Górniczej w czerwcu 2018 roku

Okres pobytu	16 czerwca 2018 roku – 22 czerwca 2018 roku
Rozpoznanie	główne: • E10.1 – cukrzyca insulinozależna z kwasicą ketonową • współistniejące: • E86.0 – nadmierna utrata płynów • N17.9 – ostra niewydolność nerek, nie określona • E87.0 – hipersmolarność i hiponatremia • E87.6 – hipokaliemia • K52.9 – niezakaźne zapalenie żołądkowo-jelitowe, nie określone • D64.8 – inne niedokrwistości

Zabiegi i procedury	• USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej • Monitorowanie podstawowych funkcji życiowych • Pulsoksymetria • Mikroskopowe badanie krwi – posiew • Wstrzyknięcie/infuzja elektrolitów • Wstrzyknięcie insuliny • Porada lekarska, konsultacja, asysta
Zastosowane leczenie	Gens R, Gens N, Nadroparinum calcicum, Kalii chloridum, PWE, Lactobacillus, Omeprazolom, Ferrosi sulfas, Acidum folicum, Glucosum, Natrium bicarbonicum, tlenoterapia
Zalecenia lekarskie	• Insulina Novorapid Penfil 3 x dziennie według glikemii (16 j., 12 j., 12 j.) • Insulina Levemir o 22.00, 16 j. • Kaldyum 600 mg (1-0-0) • Ozzion 20 mg (1-0-0) • Tardyferon Fol (1-0-0) • Dieta cukrzycowa, samokontrola glikemii • Ścisła kontrola w Poradni Diabetologicznej

Źródło: opracowanie własne w oparciu o dokumentację medyczną pacjenta.

Po pobycie w szpitalu, pacjent kontynuuje leczenie w Poradni Diabetologicznej zajmującej się diagnostyką, profilaktyką i leczeniem zaburzeń gospodarki węglowodanowej. Przestrzega zatem zaleceń lekarskich, aby mieć pewność, że nie dojdzie do podobnych, co w przeszłości, ostrych powikłań związanych z cukrzycą, które mogą w rezultacie prowadzić do bezpośredniego stanu zagrażającemu życiu, a w ostateczności również do zgonu.

W chwili obecnej pacjent jest pod stałą opieką Poradni Diabetologicznej, a wartości glikemii utrzymywane są na stałym poziomie. Od ostatniego pobytu w szpitalu nie miał żadnych epizodów ze zbyt niskim lub zbyt wysokim poziomem cukru we krwi. Swój stan zdrowia określa jako dobry, bez żadnych objawów, które mogłyby świadczyć o potrzebnej pomocy lekarskiej.

PODSUMOWANIE

Niniejsza publikacja miała na celu znalezienie oraz udzielenie odpowiedzi na pytanie: jakie są objawy i jak postępować z pacjentem z cukrzycą? Na szczególną uwagę zasługuje niniejsze studium przypadku pacjenta ze zdiagnozowaną cukrzycą typu 1. Przedstawione zostały sytuacje, w których pacjent kilkakrotnie zmagał się z ciężką kwasicą ketonową i innymi zaburzeniami metabolicznymi, w jednym z tych incydentów wymagana była interwencja – wizyta zespołu ratownictwa medycznego.

Wraz z rozwojem choroby, stosunek każdego pacjenta do ochrony swojego zdrowia czy też zdrowia własnej rodziny, zmienia się diametralnie. Wiąże się to zazwyczaj ze zmianą istotnych, życiowych priorytetów, nawyków oraz stylu życia. Duże znaczenie ma także stosunek chorego do zdiagnozowanej choroby i zastosowanie się przezeń do zaleceń i wskazówek lekarskich. Nie uwzględnienie tego może w znacznym stopniu pogorszyć stan zdrowia. Jak wiadomo, cukrzyca jest jedną z najczęściej występujących chorób przewlekłych, szacunkowo choruje na nią około 366 milionów osób na całym globie, z czego około 3,1 miliona ludzi w Polsce. Z każdym dniem ta liczba wzrasta, dlatego tak ważna jest zmiana stylu życia, regularna aktywność fizyczna, a także odpowiednia dieta oparta na zasadach zdrowego żywienia, co pozwala zmniejszyć ryzyko zachorowania.

Ważną kwestią jest fakt, że osoby z cukrzycą typu 1 mają odpowiednie wsparcie w postaci pomp insulinowych, które mogą otrzymać za darmo. Program ten jest niestety przewidziany wyłącznie dla osób do 26. roku życia. W niniejszej publikacji został omówiony i przedstawiony przypadek 25-letniego pacjenta leczącego się na cukrzycę typu 1, który zmaga się z chorobą od 18. roku życia. Przedstawiona została także rola ratownika medycznego, który jest na miejscu zdarzenia jako pierwszy i podejmuje działania ratunkowe. Chory „spotyka się” z ZRM w stanie zagrożenia życia i potrzebuje szybkiej i celowej pomocy, aby nie dopuścić do nieodwracalnego uszczerbku na zdrowiu, a nawet przedwczesnej śmierci chorego.

Ratownik medyczny jest zatem w pełni odpowiedzialny za odpowiednie postępowanie z pacjentem diabetologicznym, sprawdzenie parametrów życiowych, przeprowadzenie badania (pomiar poziomu glikemii czy EKG). Wykonując czynności ratujące życie, musi wykazywać się przy tym ogromnym zrozumieniem i poziomem empatii w stosunku do pacjenta, który w wielu przypadkach potrzebuje również wsparcia psychicznego.

BIBLIOGRAFIA

- Anders J., *Pierwsza pomoc i resuscytacja krążeniowo-oddechowa*, Kraków 2011.
Kapusta J., Kapusta P., Rusin W., *Cukrzyca bez strachu*, Bielsko-Biała 2017.
Sikorski T., *Postępowanie przedszpitalne i wczesnoszpitalne w stanach nagłych chorób gruczołów wydzielania wewnętrznego. Część I: Zaburzenia gospodarki węglowodanowej*, „Anestezjologia i Ratownictwo” 2011.

JAKOŚĆ ŻYCIA OSÓB Z CHOROBA LEŚNIEWSKIEGO-CROHNA

Wiesław Zielonka

*Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy
SP ZOZ Pogotowie Ratunkowe w Legnicy
w.zielonka@pogotowie-legnica.pl
ORCID: 0000-0003-2639-3766*

Marta Juszcak

*Szpital Uniwersytecki w Zielonej Górze
Kliniczny Oddział Neurochirurgii
ORCID: 0000-0002-3945-9543
marta8148@wp.pl*

Adam Klar

*Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej
ORCID: 0000-0003-4373-5536
a.klar@wsps.pl*

THE QUALITY OF LIFE WITH CROHN'S DISEASE

ABSTRACT

Introduction. Crohn's disease (CD) is an inflammatory bowel disease of unknown etiology. It affects many aspects of the patient's life, taken together in the concept of quality of life. Objectives. Assessment of the quality of life of patients with CD on the basis of an original survey.

Material and methods. The study included 120 people with CD hospitalized at the Clinical Department of Internal Diseases of the University

STRESZCZENIE

Wprowadzenie: Choroba Leśniowskiego-Crohna (ChLC) należy do nieswoistych chorób zapalnych jelit o nieznannej etiologii. Wpływa na wiele aspektów życia chorego, ujmowanych łącznie w pojęciu jakości życia. Cel pracy. Ocena jakości życia chorych na ChLC na podstawie autorskiej ankiety.

Materiał i metody: Badaniem objęto 120 osób z ChLC hospitalizowanych w okresie od stycznia do czerwca 2020 roku w Klinicznym Oddziale

Hospital in Zielona Góra in the period from January to June 2020 and people treated in the same period at the Gastroenterology Clinic of this medical facility. One hundred and three patients, who completed the questionnaire survey correctly, have been selected from this group. The diagnostic survey method was used with the use of an original questionnaire; Pearson's 2 independence test was used to test the significance of the results.

Results. In addition to CD, 36.9% of the respondents also had other chronic diseases; their share statistically increased with age and duration of the disease. The use of certain groups of drugs (glucocorticosteroids, biological drugs, antibiotics) showed a statistically significant dependence on the phase of the disease, its duration and the age of the patients. In 46.6% of the respondents, it was necessary to perform surgery; a significantly higher percentage of patients operated on, was found in the subgroup of patients with comorbid diseases. Most of the respondents (84,5%) followed the medical recommendations. Unsatisfactory assessments predominated significantly (61,2%) in the self-assessments of patients' health. The assessment of the impact of the disease on everyday functioning significantly depended on the duration of the disease, its phase and professional activity. For 64% of respondents, the disease was a big

Chorób Wewnętrznych Szpitala Uniwersyteckiego w Zielonej Górze oraz osób leczących się w tym samym okresie w Poradni Gastroenterologicznej tej placówki medycznej. Z tej grupy wyłoniono 103 pacjentów, którzy prawidłowo wypełnili kwestionariusz badania ankietowego. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z użyciem autorskiego kwestionariusza; do badania znamienności wyników zastosowano test niezależności χ^2 Pearsona.

Wyniki: Oprócz ChLC, u 36,9% badanych występowały także inne choroby przewlekłe; ich udział istotnie statystycznie wzrastał wraz ze wzrostem wieku oraz ze wzrostem czasu trwania choroby. Stosowanie niektórych grup leków (glikokortykosteroidy, leki biologiczne, antybiotyki) wykazało istotną statystycznie zależność od fazy choroby, od czasu jej trwania oraz od wieku chorych. U 46,6% respondentów ChLC wywołała konieczność przeprowadzenia zabiegu operacyjnego; istotnie wyższy odsetek operowanych osób stwierdzono w podgrupie osób ze schorzeniami współistniejącymi. Większość badanych (84,5%) stosowało się do zaleceń lekarskich. W samoocenie stanu swojego zdrowia istotnie częściej dominowały oceny niezadowolające (61,2%). Ocena wpływu choroby na codzienne funkcjonowanie istotnie zależała od czasu trwania choroby, od jej fazy oraz od aktywności zawodowej. Dla 64% badanych choroba stanowiła

or the biggest problem, and 33% assessed their quality of life as good or very good. Only 12.6% of people were satisfied with their health.

Conclusions. The Crohn's disease significantly exacerbates the patients' quality of life. The duration of the disease, together with the age of the patient have a substantial impact on the observed ailments as well as the way of their acceptance.

Keywords: Crohn's disease, quality of life, self-assessment of health, treatment, everyday functioning.

duży lub największy problem, a 33% oceniło jakość swojego życia jako dobrą lub bardzo dobrą. Tylko 12,6% osób wyraziło zadowolenie ze stanu swojego zdrowia.

Wnioski: Choroba Leśniowskiego-Crohna istotnie pogarsza jakość życia osób nią dotkniętych. Czas trwania choroby oraz wiek pacjentów mają istotny wpływ na obserwowane dolegliwości i sposób ich akceptacji.

Słowa kluczowe: choroba Leśniowskiego-Crohna, jakość życia, samoocena stanu zdrowia, leczenie, codzienne funkcjonowanie.

WYKAZ SKRÓTÓW

ChLC	– choroba Leśniowskiego-Crohna
HRQoL	– <i>Health Related Quality of Life</i> – jakość życia uwarunkowana zdrowiem
IBDQ	– <i>Inflammatory Bowel Disease Qwestrionnaire</i> – kwestionariusz choroby zapalne jelit
IBSEN	– <i>Inflammatory Bowel disease in Sout-East Norway</i> – choroba zapalna jelit w południowo-wschodniej Norwegii (badanie kohortowe)
SF-36	– <i>36-Item Short Form Survey</i> – kwestionariusz oceny jakości życia
TNF	– <i>tumor necrosis factor</i> – czynnik martwicy nowotworów
WHO	– <i>World Health Organization</i> – Światowa Organizacja Zdrowia
WHOQOL-BREF	– <i>World Health Organization Quality of Life</i>

WSTĘP

Choroba Leśniowskiego-Crohna (ChLC) należy do przewlekłych chorób zapalnych o nieznanej etiologii. Istotny wpływ na rozwój choroby mają przede wszystkim czynniki immunologiczne, genetyczne i styl życia¹. Występowanie ChLC znacznie obniża jakość życia chorych, szczególnie w fazie zaostrzeń². Dotyczy to wszystkich sfer życia: fizycznej, psychologicznej i społecznej.³ Choroba wymaga ciągłego leczenia przeciwzapalnego, często chirurgicznego⁴, wiąże się z absencją, a nawet rezygnacją z pracy. Chorzy ograniczają kontakty z rodziną, znajomymi, nie mogą sprostać codziennym podstawowym obowiązkom, co w konsekwencji prowadzi do stanów lękowych a nawet depresji. Przegląd dostępnego piśmiennictwa na temat ChLC wskazuje na zainteresowanie jakością życia tej grupy chorych, co jest przedmiotem badań niniejszej pracy.

Większą zapadalność na ChLC obserwuje się u rasy białej w porównaniu z rasą kolorową oraz wśród kobiet w porównaniu z mężczyznami. Szczyt zachorowań występuje między 20. a 40. rokiem życia oraz między 60. a 80. rokiem życia⁵. Choroba ta częściej występuje u Żydów pochodzenia

¹ E. Małecka-Panas, M. Słomka, *Przewlekłe nieswoiste choroby zapalne jelit*, Wyd. 1, Wrocław, Polska 2012; K. Karlinger, T. Gyorke, E. Mako, A. Mester, Z. Tarjan, *The epidemiology and the pathogenesis of inflammatory bowel disease*, „Eur J Radiol” 2000, nr 35(3), s. 154-167, doi:10.1016/S0720-X(00)00238-2; L. Gentschew, L.R. Ferguson, *Role of nutrition and microbiota in susceptibility to inflammatory bowel diseases*, „Mol. Nutr. Food Res.” 2012, nr 56(4), s. 524-535, doi:10.1002/mnfr.201100630; M. Włochal, M. Grzymiński, *Nowe trendy leczenia żywieniowego w przypadku nieswoistych chorób zapalnych jelit*, „Piel. Zdr. Publ.” 2016, nr 6(2), s. 149-158, doi:10.17219/pzp/61571.

² S.J. Bickston, R.S. Bloomfeld, *Nieswoiste zapalenia jelit*, Wyd. 1, Wrocław 2013.

³ A. Marengoni, S. Angleman, R. Melis, F. Mangialasche, A. Karp, A., Garmen et al., *Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature*, „Ageing Res. Rev.” 2011, nr 10(4), s. 430-439, doi:10.1016/j.arr.2011.03.003.

⁴ M. Gonciarz, D. Szkudłapski, A. Mularczyk, P. Radwan, M. Kłopocka, W. Bartnik, et al., *Wytoczne postępowania z chorymi na nieswoiste choroby zapalne jelit w praktyce lekarza rodzinnego*, „Lekarz POZ” 2017, nr 1, s. 1-11, <https://www.termedia.pl/Wytoczne-postepowania-z-chorymi-na-nieswoiste-choroby-zapalne-jelit-w-praktyce-lekarza-rodzinnego,98,29565,1,0.html> (dostęp: 02.10.2020).

⁵ M. Turkot, J. Sobocki, *Wyniki zastosowania domowego żywienia pozajelitowego u pacjentów z ciężkimi postaciami chorób zapalnych jelit – alternatywa dla leczenia operacyjnego chorych wyniszczonych*, „Polski Przegląd Chirurgiczny” 2017, nr 89(5), s. 23-28, doi:10.5604/01.3001.0010.5408.

aszkenazyjskiego niż w innych grupach etnicznych⁶. Mediana wystąpienia ChLC wynosi 30 lat; ma także dwie wartości dominujące: jedną między 20. a 30. r.ż., drugą – nieco niższą – w wieku około 50 lat⁷. Z kolei w badaniu Vivan T.K. i in. szczyt zachorowań ustalono na okres 50-59 lat, a w przypadku kobiet – dwa szczyty: 20-29 lat i 50-59 lat⁸. W jednej z metaanaliz obejmującej kilkadziesiąt ostatnich lat wskazuje się na systematyczny wzrost zachorowań na ChLC⁹. W kolejnej metaanalizie przedstawiono wyniki analizy stosowania różnych nieinwazyjnych biomarkerów przydatnych do diagnostyki i różnicowania niespecyficznych chorób zapalnych jelit, a także do oceny aktywności choroby i jej rokowania¹⁰.

Problematyka jakości życia jest ściśle związana ze stanem zdrowia. Według definicji WHO, zdrowie oznacza nie tylko brak choroby, ale również pełen dobrostan psychiczny, fizyczny oraz społeczny¹¹, a jakość życia to „postrzeganie przez jednostkę jej pozycji w życiu w kontekście jej uwarunkowań kulturowych, systemu wartości, w którym żyje oraz relacji do własnych celów, oczekiwań, standardów i zainteresowań”¹².

Jakość życia nie jest jednak tożsama ani ze stanem zdrowia, ani ze stylem życia, ani z zadowoleniem z życia, ani też ze stanem psychicznym czy poczuciem dobrostanu. Dlatego też wprowadzono pojęcie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (HRQoL – *Health Related Quality of Life*)¹³.

⁶ S.C. Ng, C.N. Bernstein, M.H. Vatn, et al., *Geographical variability and environmental risk factors in inflammatory bowel disease*, „Gut.” 2013, nr 62(4), s. 630-649, doi:10.1136/gutjnl-2012-303661.

⁷ J.D. Feuerstein, A.S. Cheifetz, *Crohn Disease: Epidemiology, Diagnosis and Management*, „Mayo Clin Proc.” 2017, nr 92(7), s. 1088-1103, doi:10.1016/j.mayocp.2017.04.010.

⁸ T.K. Vivan, B.M. Santos, C.H. Marques dos Santos, *Quality of life of patients with inflammatory bowel disease*, „J Coloproctol (RioJ)” 2017, nr 374, s. 279-284, doi:10.1016/j.jcol.2017.06.009.

⁹ P.J. Lakatos, *Recent trends in the epidemiology of inflammatory bowel diseases: Up or down?*, „World J Gastroenterol” 2006, nr 12(38), s. 6102-6108, doi:10.3748/wjg.v12.i38.6102.

¹⁰ A. Derkacz, P. Olczyk, K. Komosińska-Vashev, *Diagnostic Markers for Nonspecific Inflammatory Bowel Diseases*, „Disease Markers” 2018, Article ID 7451946, doi:10.1155/2018/7451946.

¹¹ E. Kozłowska, A. Marzec, P. Kalinowski, U. Bojakowska, *Koncepcja zdrowia i jego ochrony w świetle literatury przedmiotu*, „J Educ Health Sport” 2016, nr 6(9), s. 575-595, doi:10.5281/zenodo.155048.

¹² M. Wnuk, D. Zielonka, B. Purandare, A. Kaniewski, A. Kumberg, E. Ulatowska-Szostak et al., *Przegląd koncepcji jakości życia w naukach społecznych*, „Hygeia Public Health” 2013, nr 48(1), s. 10-16.

¹³ M. Zięba, U. Cisoń-Apanasewicz, *Jakość życia w naukach medycznych*, „Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej” 2017, nr 3, s. 57-62, doi:10.19251/pwod/2017.3(6).

Aby ocenić jakość życia człowieka chorego, należy uwzględnić nie tylko jego aktualny stan zdrowia i skutki uboczne zastosowanego leczenia, ale także stosunek pacjenta do samego siebie i własnej choroby oraz stopień radzenia sobie z różnego rodzaju problemami, które w związku z chorobą mogą się pojawić¹⁴.

Celem badań była ocena stanu zdrowia i stosunku do procesu leczenia w grupie pacjentów cierpiących na chorobę Leśniewskiego-Crohna z uwzględnieniem obecności innych chorób przewlekłych, odczuwanych dolegliwości związanych z ChLC, przyjmowanych grup leków oraz stosowania się do wszystkich zaleceń lekarskich.

MATERIAŁ I METODY

Badaniem objęto 120 chorych cierpiących na chorobę Leśniewskiego-Crohna hospitalizowanych w okresie od stycznia do czerwca 2020 roku w Klinicznym Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala Uniwersyteckiego w Zielonej Górze oraz chorych leczących się w przyszpitalnej Poradni Gastroenterologicznej tegoż szpitala. Badania przeprowadzono za zgodą dyrektora placówki. Do dalszych badań zakwalifikowano 103 pacjentów, którzy prawidłowo wypełnili zastosowany w badaniu autorski kwestionariusz ankiety. Kryteria włączenia stanowiły: dobrowolna i świadoma zgoda pacjenta na przeprowadzenie badania ankietowego, rozpoznana ChLC, prawidłowe wypełnienie kwestionariusza ankiety. Badanie było anonimowe, o czym chorzy zostali poinformowani przed jego rozpoczęciem. Badaną grupę podzielono na podgrupy zgodnie z przyjętymi czterema głównymi kryteriami klasyfikacji: płeć, wiek, czas trwania choroby, faza choroby. Do analizy niektórych zagadnień zastosowano dodatkowo podział badanej grupy według rodzaju aktywności, a także podział ze względu na stosunek ankietowanych osób do zaleceń lekarskich.

Ze względu na płeć wyróżniono podgrupę kobiet (48 osób, 46,6%) i podgrupę mężczyzn (55 osób, 53,4%). Ze względu na wiek wyróżniono podgrupę osób w wieku 18-35 lat (50 osób, 48,5%), podgrupę osób

¹⁴ W. Leppert, M. Forycka, K. de Walden-Gałuszek, M. Majkiewicz, T. Buss, *Ocena jakości życia u chorych na nowotwory – zalecenia dla personelu oddziałów onkologicznych i medycyny paliatywnej*, „Psychoonkologia” 2014, nr 1, s. 17-29, <https://www.termedia.pl/Ocena-jakosci-zycia-u-chorych-na-nowotwory-zalecenia-dla-personelu-oddzialow-onkologicznych-imedycyny-paliatywnej,63,22979,1,0.html> (dostęp: 10.10.2020).

w wieku 36-55 lat (31 osób, 30,1%) i podgrupę osób w wieku powyżej 55 lat (22 osoby, 21,4%). Ze względu na czas trwania choroby wyróżniono podgrupę osób chorujących krócej niż 5 lat (36 osób, 35%), podgrupę osób chorujących od 5 do 20 lat (45 osób, 43,7%) oraz podgrupę osób chorujących dłużej niż 20 lat (22 osoby, 21,4%). Ze względu na fazę choroby wyróżniono podgrupę osób znajdujących się w fazie remisji (46 osób, 44,7%) oraz podgrupę osób, u których stwierdzono fazę zaostrzenia choroby (57 osób, 55,3%). Ze względu na rodzaj aktywności podzielono badaną grupę na cztery podgrupy: osoby pracujące (26 osób, 25,2%), osoby przebywające na zwolnieniu lekarskim (27 osób, 26,2%), osoby na emeryturze lub rencie (31 osób, 30,1%) oraz osoby niepracujące, uczniowie, studenci (19 osób, 18,5%). Ze względu na stosowanie się do zaleceń lekarskich wyróżniono dwie podgrupy: podgrupę osób stosujących się do wszystkich zaleceń lekarskich (87 osób; 84,5%) i podgrupę osób niestosujących się do tych zaleceń (16 osób, 15,5%).

Autorski kwestionariusz ankiety zawierał 21 pytań. Część z nich dotyczyła charakterystyki badanej grupy (płeć, wiek, czas trwania choroby, aktualna faza choroby), a pozostałe różnych zagadnień odzwierciedlających kolejne aspekty oceny stanu zdrowia i stosunku ankietowanych osób do procesu leczenia. Kwestionariusz ten został uzupełniony o dwa dodatkowe pytania, przejęte z kwestionariusza standaryzowanego WHOQOL-BREF, a mianowicie o pytanie dotyczące samooceny jakości życia oraz pytanie dotyczące zadowolenia ze swojego zdrowia¹⁵.

Odpowiedzi badanych pacjentów z kwestionariuszy ankiet przeniesiono do komputerowej bazy danych przygotowanej w arkuszu kalkulacyjnym programu Microsoft Excel 365. Odpowiedzi te zostały poddane statystycznej analizie ilościowej oraz jakościowej. W tej części badania uwzględniono: wiek, w którym u ankietowanych osób zdiagnozowano ChLC, obecność innych chorób przewlekłych, przyjmowane aktualnie leki, wykonane zabiegi operacyjne, konieczność których została wywołana przez ChLC, stosowanie się do wszystkich zaleceń lekarskich, samoocena stanu swojego zdrowia, wpływ choroby na codzienne funkcjonowanie chorych oraz stosunek respondentów do swojej choroby.

¹⁵ Skrócona wersja ankiety oceniającej jakość życia. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF 2004.

W analizie jakościowej wyników badania zastosowano test niezależności χ^2 (chi-kwadrat) Karla Pearsona; istotność statystyczną przyjęto na poziomie $p \leq 0,05$.

WYNIKI

W badanej grupie 18 osób (17,5% ogółu respondentów) zachorowało na ChLC przed ukończeniem 18. roku życia, 59 osób (57,3%) – w wieku od 18 do 30 lat, a 26 osób (25,2%) – po ukończeniu 30. roku życia; wynik znamieny statystycznie ($p < 0,001$).

W badanej grupie u 38 osób (36,9%), obok choroby Leśniowskiego-Crohna, stwierdzono obecność innych chorób przewlekłych. Na obecność innych chorób przewlekłych częściej wskazywały kobiety w porównaniu z mężczyznami (43,8% vs. 30,9%, $p = 0,178$). Udział chorób przewlekłych istotnie statystycznie wzrastał wraz ze wzrostem wieku: od 6,0% w podgrupie wiekowej 18-35 lat do 95,5% w podgrupie osób w wieku powyżej 55 lat ($p < 0,001$). Istotny wzrost wskazań na obecność chorób przewlekłych zaobserwowano w ujęciu czasu trwania choroby: od 19,4% w podgrupie osób chorujących krócej niż 5 lat do 81,8% w podgrupie osób chorujących dłużej niż 20 lat ($p < 0,001$).

W badanej grupie 8 osób stosowało leki wyłącznie z jednej grupy (aminosalicylany), pozostałe 95 osób zażywało leki należące do co najmniej dwóch grup. Udziały poszczególnych grup leków były następujące: aminosalicylany (99,0%), glikokortykosteroidy (61,2%), leki immunosupresyjne (27,2%), leki biologiczne (31,1%) oraz antybiotyki (21,4%). Stosowanie grup leków nie miało żadnego związku z płcią ankietowanych osób. Glikokortykosteroidy zażywało 75,4% osób znajdujących się w fazie zaostrzenia choroby i tylko 36,8% osób w fazie remisji ($p < 0,001$). Leki z tej grupy istotnie częściej zażywały osoby chorujące krócej niż 5 lat (88,9%), w pozostałych podgrupach spożycie tych leków nie przekraczało 50% ($p < 0,001$). Stosowanie leków immunosupresyjnych nie wykazało żadnej zależności od wieku, czasu trwania choroby i fazy choroby. Leki biologiczne zażywało 65,8% chorych w fazie remisji choroby i tylko 10,8% osób w fazie jej zaostrzenia; wynik znamieny statystycznie ($p < 0,001$). Leki z tej grupy istotnie częściej przepisywano chorym cierpiącym na ChLC od 5 do 20 lat (42,2%; $p = 0,047$). Leki z tej grupy również istotnie częściej zażywali chorzy w wieku 36-55 lat

(48,4%; $p=0,045$). Antybiotyki istotnie częściej zażywali chorzy w fazie zaostrzenia choroby (32,3%; $p<0,001$); istotnie częściej przepisywano je także osobom chorującym krócej niż 5 lat (41,7%; $p<0,001$).

W badanej grupie 46,6% ogółu ankietowanych miało już za sobą operację wymuszoną przez progresję ChLC albo zabieg stanowiący element terapii medycznej mającej na celu podniesienie jakości życia (cel zabiegu nie był analizowany w badaniu). Stwierdzono nieistotnie wyższy udział mężczyzn, w porównaniu z udziałem kobiet, którzy przeszli już operację ($p=0,348$). Udział osób po zabiegu w sposób istotny statystycznie wzrastał wraz z wiekiem: od 26% chorych w podgrupie wiekowej 18-35 lat do 77,3% w podgrupie osób najstarszych ($p<0,001$), wzrastał także wraz ze wzrostem czasu trwania choroby: od 8,3% wśród osób chorujących krócej niż 5 lat do 100% w podgrupie osób, u których ChLC zdiagnozowano ponad 20 lat temu ($p<0,001$). W podgrupie osób, u których stwierdzono obecność innych chorób przewlekłych, udział osób po zabiegu operacyjnym był prawie dwukrotnie wyższy niż w podgrupie osób bez chorób współistniejących ($p=0,003$).

W badanej grupie 84,5% osób stosowało się do wszystkich zaleceń lekarskich, natomiast 15,5% badanych przyznało się do tego, że nie zawsze przestrzegało tych zaleceń. W podgrupie kobiet udział osób stosujących się do tych zaleceń był nieznamienne wyższy niż w podgrupie mężczyzn ($p=0,180$). Udział osób stosujących się do wszystkich zaleceń lekarskich w sposób istotny statystycznie malał wraz ze wzrostem wieku ankietowanych osób ($p=0,008$), również istotnie malał wraz ze wzrostem czasu trwania choroby ($p=0,028$). W fazie remisji tylko 73,9% badanych stosowało się do wszystkich zaleceń lekarskich, natomiast w fazie zaostrzenia było to 93,0% osób; wynik znamieny statystycznie ($p=0,008$).

Samoocenę stanu zdrowia badanych osób przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Samoocena stanu swojego zdrowia

Table 1. Self-assessment of your health

Kryterium / Podgrupy klasyfikacyjne	Bardzo dobrze		Dobrze		Zadowalająco		Niezadowalająco		Ogółem
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Grupa ogółem*	8	7,8	14	13,6	18	17,5	63	61,2	103
Płeć	$df=3; \chi^2=1,2921; p=0,731$								
Kobiety*	4	8,3	5	10,4	10	20,8	29	60,4	48
Mężczyźni	4	7,3	9	16,4	8	14,5	34	61,8	55

Kryterium / Podgrupy klasyfikacyjne	Bardzo dobrze		Dobrze		Zadowala- jąco		Niezadowa- lająco		Ogó- łem
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Wiek	df=6; χ²=10,6519; p=0,100								
18-35 lat	2	4,0	6	12,0	5	10,0	37	74,0	50
36-55 lat*	5	16,1	5	16,1	8	25,8	13	41,9	31
Powyżej 55 lat	1	4,5	3	13,6	5	22,7	13	61,2	22
Czas trwania choroby	df=6; χ²=17,9069; p=0,006								
Krócej niż 5 lat	0	0,0	1	2,8	4	11,1	31	86,1	36
Od 5 do 20 lat	6	13,3	10	22,2	8	17,8	21	46,7	45
Dłużej niż 20 lat	2	9,1	3	13,6	6	27,3	11	50,0	22
Faza choroby	df=3; χ²=67,8049; p<0,001								
Faza remisji	8	17,4	12	26,1	18	39,1	8	17,4	46
Faza zaostrzenia	0	0,0	2	3,5	0	0,0	55	96,5	57
Stosowanie się do zale- ceń lekarskich	df=3; χ²=12,4504; p=0,006								
Tak*	6	6,9	11	12,6	11	12,6	59	67,8	87
Nie*	2	12,5	3	18,8	7	43,8	4	25,0	16
Rodzaj aktywności	df=9; χ²=52,6034; p<0,001								
Praca zawodowa	7	26,9	9	34,6	7	26,9	3	11,5	26
Zwolnienie lekarskie	0	0,0	1	3,7	0	0,0	26	96,3	27
Emerytura, renta	1	3,2	3	9,7	8	25,8	19	61,3	31
Inne (uczeń, student, osoba niepracująca)	0	0,0	1	5,3	3	15,8	15	78,9	19

df – liczba stopni swobody, χ^2 – chi-kwadrat obliczone dla danych empirycznych, p – poziom istotności wyniku

* w niektórych wierszach udziały procentowe nie sumują się do 100% ze względu na zaokrąglenia

Na pytanie o samoocenę swojego zdrowia aż 61,2% ankietowanych osób stwierdziło, że stan ich zdrowia jest niezadowolający, 17,5% uznało go za zadowolający, a tylko 21,4% badanych dało ocenę dobrą lub bardzo dobrą. Pomiędzy kobietami a mężczyznami nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w samoocenie stanu swojego zdrowia, nieistotne statystycznie zróżnicowanie ocen odnotowano natomiast pomiędzy wyróżnionymi podgrupami wiekowymi: najwyższe udziały ocen bardzo dobrych, dobrych i zadowolających stwierdzono w podgrupie osób w wieku 36-55 lat, natomiast najwyższy udział ocen niezadowolających – w podgrupie osób w wieku 18-35 lat (aż 74%). Najwyższe udziały ocen bardzo dobrych i dobrych stwierdzono w podgrupie osób chorujących od 5 do 20 lat,

najwyższy udział ocen zadowolających – w podgrupie osób chorujących dłużej niż 20 lat, natomiast istotnie wyższy udział ocen niezadowolających odnotowano w podgrupie osób chorujących krócej niż 5 lat. Osoby znajdujące się w fazie remisji choroby istotnie częściej pozytywnie oceniały swój stan zdrowia, natomiast w podgrupie osób w fazie zaostrzenia choroby stwierdzono ponad pięciopółkrotnie wyższy udział chorych niezadowolonych ze stanu swojego zdrowia. W podgrupie osób stosujących się do wszystkich zaleceń lekarskich stwierdzono ponad dwupółkrotnie wyższy udział osób niezadowolonych ze swojego stanu zdrowia aniżeli w podgrupie osób niestosujących się do tych zaleceń; wynik znamieny statystycznie. Wśród osób pracujących zawodowo dominowały oceny pozytywne (bardzo dobrze, dobrze, zadowolająco), przy czym udziały tych ocen były zbliżone do siebie; w pozostałych podgrupach osób wyróżnionych ze względu na rodzaj aktywności istotnie przeważała ocena wyrażająca niezadowolenie ze stanu swojego zdrowia.

W tabeli 2. przedstawiono analizę wpływu choroby na codzienne funkcjonowanie ankietowanych osób, tj. na wykonywanie czynności dnia codziennego, kontakty z rodziną i przyjaciółmi.

Tabela 2. Wpływ choroby na codzienne funkcjonowanie chorych

Table 2. The impact of disease on the daily functioning of patients

Kryterium / Podgrupy klasyfikacyjne	Brak wpływu		Niewielki wpływ		Duży wpływ		Bardzo duży wpływ		Ogółem
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Grupa ogółem*	30	29,1	24	23,3	30	29,1	19	18,4	103
Płeć	$df=3; \chi^2=2,8444; p=0,416$								
Kobiety	13	27,1	13	27,1	11	22,9	11	22,9	48
Mężczyźni*	17	30,9	11	20,0	19	34,5	8	14,5	55
Wiek	$df=6; \chi^2=16,4599; p=0,011$								
18-35 lat	10	20,0	7	14,0	22	44,0	11	22,0	50
36-55 lat	14	45,2	9	29,0	4	12,9	4	12,9	31
Powyżej 55 lat*	6	27,3	8	36,4	4	18,2	4	18,2	22
Czas trwania choroby	$df=6; \chi^2=26,8805; p<0,001$								
Krócej niż 5 lat	3	8,3	4	11,1	20	55,6	9	25,0	36
Od 5 do 20 lat*	19	42,2	14	31,1	6	13,3	6	13,3	45
Dłużej niż 20 la*t	8	36,4	6	27,3	4	18,2	4	18,2	22
Faza choroby	$df=3; \chi^2=76,3291; p<0,001$								
Faza remisji	30	65,2	15	32,6	1	2,2	0	0,0	46
Faza zaostrzenia	0	0,0	9	15,8	29	50,9	19	33,3	57

Kryterium / Podgrupy klasyfikacyjne	Brak wpływu		Niewielki wpływ		Duży wpływ		Bardzo duży wpływ		Ogó- łem
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Rodzaj aktywności	df=9; χ²=58,3018; p<0,001								
Praca zawodowa	19	73,1	7	26,9	0	0,0	0	0,0	26
Zwolnienie lekarskie*	0	0,0	5	18,5	12	44,4	10	37,0	27
Emerytura, renta*	8	25,8	10	32,3	6	19,4	7	22,6	31
Inne (uczeń, student, osoba niepracująca)	3	15,8	2	10,5	12	63,2	2	10,5	19

df – liczba stopni swobody, χ^2 – chi-kwadrat obliczone dla danych empirycznych, p – poziom istotności wyniku

* w niektórych wierszach udziały procentowe nie sumują się do 100% ze względu na zaokrąglenia

W grupie ogółem 18,4% ankietowanych było zdania, że choroba ma bardzo duży wpływ na ich codzienne funkcjonowanie, 19,1% uznało ten wpływ za duży, 23,3% osób twierdziło o niewielkim wpływie, a 29,1% badanych o braku wpływu choroby na wykonywanie czynności dnia codziennego. Na duży wpływ choroby na codzienne funkcjonowanie nieznamien- nie częściej wskazywali mężczyźni, na bardzo duży wpływ – kobiety. Na brak wpływu wskazywały głównie osoby w wieku 36-55 lat, na niewielki wpływ – osoby w wieku powyżej 55 lat, na duży i bardzo duży wpływ – osoby z najmłodszej podgrupy wiekowej; wynik znamieny statystycznie. W podgrupie osób chorujących na ChLC od 5 do 20 lat istotnie częściej wskazywano na brak wpływu lub niewielki wpływ choroby na codzienne funkcjonowanie, natomiast w podgrupie osób chorujących nie dłużej niż 5 lat – na duży i bardzo duży wpływ. W podgrupie osób w fazie remisji choroby istotnie dominowały opinie o braku lub niewielkim wpływie choroby, a w podgrupie chorych z zaostrzeniem choroby – opinie wskazujące na duży i bardzo duży wpływ choroby na codzienne funkcjonowanie. W podgrupie osób pracujących dominowały osoby, dla których choroba nie miała wpływu na codzienne funkcjonowanie, w podgrupie osób przebywających na zwolnieniu lekarskim oraz w podgrupie osób niepracujących dominowały osoby, które wskazały na duży wpływ choroby na czynności dnia codziennego, natomiast w podgrupie osób pobierających emeryturę lub rentę domi- nowały opinie o niewielkim wpływie choroby w omawianej kwestii (wynik znamieny statystycznie).

W tabeli 3. przedstawiono dane na temat stosunku badanych osób do swojej choroby.

Tabela 3. Stosunek respondentów do swojej choroby

Table 3. The attitude off the respondents to their illness

Kryterium / Podgrupy klasyfikacyjne	Nie jest problemem		Jest niewielkim problemem		Sprawia dużo trudności		Jest największym problemem		Ogółem
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Grupa ogółem*	7	6,8	30	29,1	47	45,6	19	18,4	103
Płeć	<i>df=3; $\chi^2=4,8560$; $p=0,183$</i>								
Kobiety	2	4,2	16	33,3	18	37,5	12	25,0	48
Mężczyźni	5	9,1	14	25,5	29	52,7	7	12,7	55
Wiek	<i>df=6; $\chi^2=8,2172$; $p=0,223$</i>								
18-35 lat	3	6,0	10	20,0	25	50,0	12	24,0	50
36-55 lat*	3	9,7	15	45,2	10	32,3	4	12,9	31
Powyżej 55 lat*	1	4,5	6	27,3	12	54,5	3	13,6	22
Czas trwania choroby	<i>df=6; $\chi^2=19,3348$; $p=0,004$</i>								
Krócej niż 5 lat	1	2,8	4	11,1	18	50,0	13	36,1	36
Od 5 do 20 lat	5	11,1	18	40,0	17	37,8	5	11,1	45
Dłużej niż 20 lat*	1	4,5	8	36,4	12	54,5	1	4,5	22
Faza choroby	<i>df=3; $\chi^2=59,7613$; $p<0,001$</i>								
Faza remisji	7	15,2	28	60,9	10	21,7	1	2,2	46
Faza zaostrzenia*	0	0,0	2	3,5	37	64,0	18	31,6	57
Rodzaj aktywności	<i>df=9; $\chi^2=57,3126$; $p<0,001$</i>								
Praca zawodowa	6	23,1	17	65,4	3	11,5	0	0,0	26
Zwolnienie lekarskie	0	0,0	1	3,7	14	51,9	12	44,4	27
Emerytura, renta	1	3,2	8	25,8	19	61,3	3	9,7	31
Inne (uczeń, student, osoba niepracująca)*	0	0,0	4	21,1	11	57,9	4	21,1	19

df – liczba stopni swobody, χ^2 – chi-kwadrat obliczone dla danych empirycznych, p – poziom istotności wyniku

* w niektórych wierszach udziały procentowe nie sumują się do 100% ze względu na zaokrąglenia

Dla 45,6% ogółu badanych osób choroba sprawiała dużo problemów, dla 18,4% była największym problemem, jako niewielki problem uznało ją 29,1%, a tylko dla 6,8% ankietowanych osób nie stanowiła ona żadnego problemu. Udział kobiet, dla których choroba była największym problemem był dwukrotnie wyższy niż analogiczny udział mężczyzn; wynik nieznamienny statystycznie. Dla połowy osób w wieku 18-35 lat choroba była źródłem

dużych trudności, a dla niemal co czwartej okazała się największym problemem; dla prawie połowy osób w wieku 36-55 lat choroba była niewielkim problemem, zaś dla co trzeciej sprawiała dużo trudności; dla ponad połowy osób w wieku powyżej 55 lat choroba sprawiała dużo trudności, a dla ponad jednej czwartej badanych z tej podgrupy wiekowej była jedynie niewielkim problemem; wynik nieznamienny statystycznie. Połowie osób chorujących krócej niż 5 lat choroba sprawiała istotnie dużo trudności, a dla ponad co trzeciej osoby z tej podgrupy była największym problemem. W podgrupie osób chorujących na ChLC od 5 do 20 lat w sposób istotny statystycznie dominowały opinie traktujące chorobę jako niewielki lub jako duży problem, dla ponad połowy osób chorujących dłużej niż 20 lat choroba była źródłem dużych trudności, a dla około co trzeciej osoby stanowiła jedynie niewielki problem. Dla osób znajdujących się w fazie remisji choroba w sposób istotny statystycznie była tylko niewielkim problemem, natomiast w podgrupie osób z zaostrzeniem choroby – przede wszystkim źródłem dużych trudności. W podgrupie osób pracujących zawodowo choroba stanowiła niewielki problem, w pozostałych podgrupach osób (niepracujących) dominowała opinia, że choroba sprawia dużo trudności (wynik istotny statystycznie).

Niezależnie od pytań szczegółowych, które w tej czy innej mierze dotyczyły jakości życia ankietowanych osób, zadano im także bezpośrednie pytanie o to, jak oceniają jakość swojego życia (tabela 4.).

Tabela 4. Samoocena jakości życia

Table 4. Self-assessment of the quality of life

Kryterium / Podgrupy klasyfikacyjne	Bardzo zła		Zła		Ani dobra, ani zła		Dobra i bardzo dobra		Ogółem
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Grupa ogółem	13	12,6	32	31,1	24	23,3	34	33,0	103
Płeć	$df=3; \chi^2=2,7512; p=0,432$								
Kobiety*	7	14,6	12	25,0	14	29,2	15	31,3	48
Mężczyźni	6	10,9	20	36,4	10	18,2	19	34,5	55
Wiek	$df=6; \chi^2=10,3464; p=0,111$								
18-35 lat	7	14,0	21	42,0	12	24,0	10	20,0	50
36-55 lat*	3	9,7	6	19,4	6	19,4	16	51,6	31
Powyżej 55 lat	3	13,6	5	22,7	6	27,3	8	36,4	22
Czas trwania choroby	$df=6; \chi^2=20,8569; p=0,002$								
Krócej niż 5 lat*	8	22,2	17	47,2	8	22,2	3	8,3	36
Od 5 do 20 lat	3	6,7	10	22,2	9	20,0	23	51,1	45

Kryterium / Podgrupy klasyfikacyjne	Bardzo zła		Zła		Ani dobra, ani zła		Dobra i bardzo dobra		Ogółem
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Dłużej niż 20 lat	2	9,1	5	22,7	7	31,8	8	36,4	22
Faza choroby	$df=3; \chi^2=67,5405; p<0,001$								
Faza remisji*	1	2,2	0	0,0	13	28,3	32	69,6	46
Faza zaostrzenia	12	21,1	32	56,1	11	19,3	2	3,5	57
Rodzaj aktywności	$df=9; \chi^2=59,5408; p<0,001$								
Praca zawodowa	0	0,0	0	0,0	4	15,4	22	84,6	26
Zwolnienie lekarskie	6	22,2	17	63,0	3	11,1	1	3,7	27
Emerytura, renta	3	9,7	9	29,0	10	32,3	9	29,0	31
Inne (uczeń, student, osoba niepracująca)	4	21,1	6	31,6	7	36,8	2	10,5	19

df – liczba stopni swobody, χ^2 – chi-kwadrat obliczone dla danych empirycznych, p – poziom istotności wyniku

* w niektórych wierszach udziały procentowe nie sumują się do 100% ze względu na zaokrąglenia

W grupie ogółem 33% badanych osób dobrze i bardzo dobrze oceniło jakość swojego życia, 23,3% uznało ją za ani dobrą, ani złą, 31,1% było zdania, że jakość ich życia jest zła, natomiast 12,6% uznało ją za bardzo złą. W podgrupie mężczyzn stwierdzono nieco wyższy udział ocen złych, nieco niższy udział ocen bardzo złych, nieco wyższy udział ocen dobrych i bardzo dobrych w porównaniu z analogicznymi udziałami takich ocen w podgrupie kobiet. W podgrupie osób w wieku 18-35 lat w sposób nieistotny statystycznie dominowała ocena zła, w podgrupie osób w wieku 36-55 lat – oceny dobre i bardzo dobre, podobnie jak w podgrupie osób najstarszych. W podgrupie osób chorujących na ChLC krócej niż 5 lat stwierdzono znamienne wyższy udział ocen złych, w podgrupach osób chorujących od 5 do 20 lat oraz dłużej niż 20 lat – ocen dobrych i bardzo dobrych. W podgrupie osób znajdujących się w fazie remisji choroby stwierdzono istotnie wyższy udział ocen dobrych i bardzo dobrych, natomiast w podgrupie osób z zaostrzeniem choroby – istotnie wyższy udział ocen złych. W podgrupie osób pracujących stwierdzono istotnie wyższy udział ocen dobrych i bardzo dobrych, w podgrupie osób będących na zwolnieniu lekarskim – ocen złych, w podgrupie osób utrzymujących się z emerytury lub renty oraz w podgrupie osób innych – ocen neutralnych ($p<0,001$).

Ostatnim zagadnieniem w tej części badania było pytanie dotyczące zadowolenia ze swojego zdrowia (tabela 5.).

Tabela 5. Zadowolenie ze swojego zdrowia

Table 5. Satisfaction with your health

Kryterium / Podgrupy klasyfikacyjne	Bardzo niezadowolony		Niezsadowolony		Ani zsadowolony, ani niezsadowolony		Zsadowolony		Ogółem
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Grupa ogółem	19	18,4	38	36,9	33	32,0	13	12,6	103
Płeć	$df=3; \chi^2=0,7239; p=0,868$								
Kobiety	10	20,8	17	35,4	16	33,3	5	10,4	48
Mężczyźni	9	16,4	21	38,2	17	30,9	8	14,5	55
Wiek	$df=6; \chi^2=14,9051; p=0,021$								
18-35 lat	10	20,0	24	48,0	11	22,0	5	10,0	50
36-55 lat	4	12,9	7	22,6	12	38,7	8	25,8	31
Powyżej 55 lat	5	22,7	7	31,8	10	45,5	0	0,0	22
Czas trwania choroby	$df=6; \chi^2=18,5327; p=0,005$								
Krócej niż 5 lat	11	30,6	17	47,2	7	19,4	1	2,8	36
Od 5 do 20 lat	5	11,1	12	26,7	17	37,8	11	24,4	45
Dłużej niż 20 lat	3	13,6	9	40,9	9	40,9	1	4,5	22
Faza choroby	$df=3; \chi^2=51,5391; p<0,001$								
Faza remisji	1	2,2	7	15,2	25	54,3	13	28,3	46
Faza zaostrzenia	18	31,6	31	54,4	8	14,0	0	0,0	57
Rodzaj aktywności	$df=9; \chi^2=52,7039; p<0,001$								
Praca zawodowa	0	0,0	3	11,5	11	42,3	12	46,2	26
Zwolnienie lekarskie	10	37,0	10	37,0	7	25,9	0	0,0	27
Emerytura, renta	6	19,4	13	41,9	12	38,7	0	0,0	31
Inne (uczeń, student, osoba niepracująca)	3	15,8	12	63,2	3	15,8	1	5,3	19

df – liczba stopni swobody, χ^2 – chi-kwadrat obliczone dla danych empirycznych, p – poziom istotności wyniku

* w niektórych wierszach udziały procentowe nie sumują się do 100% ze względu na zaokrąglenia

W grupie ogółem nie stwierdzono osób bardzo zsadowolonych ze swojego zdrowia, osób zsadowolonych było 12,6%, ani zsadowolonych, ani niezsadowolonych stwierdzono 32%, osób niezsadowolonych było 36,9%, natomiast bardzo niezsadowolonych – 18,4%. Poszczególne opinie dotyczące zsadowolenia ze swojego zdrowia były w podgrupach kobiet i mężczyzn porównywalne. W podgrupie osób w wieku 18-35 lat istotnie dominowało niezsadowolenie ze swojego zdrowia, w obu pozostałych podgrupach wiekowych dominowały oceny neutralne (ani zsadowolony, ani niezsadowolony).

W podgrupie osób chorujących na ChLC krócej niż 5 lat stwierdzono istotnie wyższy udział ocen wyrażających niezadowolenie ze swojego zdrowia, w podgrupie osób chorujących od 5 do 20 lat dominowały oceny neutralne, natomiast w podgrupie osób chorujących dłużej niż 20 lat stwierdzono tożsame udziały ocen niezadowolonych, jak i ocen neutralnych. Wśród osób znajdujących się w fazie remisji choroby odnotowano istotnie wyższy udział ocen neutralnych (ponad połowa osób z tej podgrupy), a następną pod względem udziału oceną było zadowolenie ze swojego zdrowia. W podgrupie osób z zaostrzeniem choroby stwierdzono istotnie wyższy udział ocen wyrażających niezadowolenie ze swojego zdrowia (ponad połowa osób z tej podgrupy), a prawie co trzecia osoba była bardzo niezadowolona ze swojego zdrowia. Najwyższy udział osób zadowolonych ze swojego zdrowia odnotowano w podgrupie osób pracujących, natomiast w pozostałych podgrupach osób wyróżnionych ze względu na aktywność zawodową istotnie statystycznie dominowały oceny negatywne (bardzo niezadowolony i niezadowolony).

DYSKUSJA

Celem badania własnego była analiza jakości życia osób cierpiących na chorobę Leśniowskiego-Crohna. Jest to schorzenie przewlekłe, w przebiegu którego są zarówno fazy remisji choroby (jako efekt leczenia farmakologicznego), jak również fazy zaostrzenia, często wynikające z zaprzestania ścisłego stosowania się pacjentów do wszystkich zaleceń lekarskich, ale również z nieubłaganego postępu choroby. W chorobie Leśniowskiego-Crohna powrót do całkowitego zdrowia nie jest możliwy, można jedynie – poprzez odpowiednie leczenie farmakologiczne lub interwencję chirurgiczną – w pewnym stopniu zwolnić progresję choroby lub nieco ograniczyć jej negatywne objawy. Choroba ta znacząco wpływa na wiele obszarów życia ludzkiego, obniżając jego jakość. Dlatego też w badaniu własnym jakość życia analizowano w wielu aspektach, stosując różne kryteria klasyfikacji badanej grupy osób, podobnie jak w przytaczanych niżej opracowaniach innych autorów, którzy zasadniczo stosowali w swoich badaniach podejście wielokryterialne.

Istnieje wiele czynników, które mają wpływ na ocenę jakości życia. Z wyników badań przeprowadzonych na podstawie ankiety własnej wynika,

iż znaczący wpływ na jakość życia osób z ChLC miały takie charakterystyki, jak wiek pacjenta, czas trwania choroby, rodzaj aktywności oraz faza choroby, znacznie mniejszy wpływ miała natomiast płeć ankietowanych. W badaniu własnym nie wykazano znaczącego zróżnicowania jakości życia między kobietami i mężczyznami, natomiast analiza według wieku wykazała istotne zróżnicowanie jakości życia w różnych podgrupach wiekowych. Jest to wynik częściowo zbieżny z badaniami Vivian T.K. i in. z 2017 roku, w których wykazano, że ani płeć, ani wiek nie miały wpływu na jakość życia ankietowanych osób¹⁶.

Zaskakujące jest, że jakość swojego życia bardziej negatywnie oceniały osoby młodsze, niż osoby starsze. Może to wynikać z tego, że choroba Leśniowskiego-Crohna zazwyczaj rozpoczyna się w młodszym wieku, jest dużym wstrząsem dla młodych osób, które z dnia na dzień muszą zmienić praktycznie wszystko w swoim życiu. Wywołuje to zasadniczy sprzeciw, niepokodzenie się, brak akceptacji choroby. Dopiero w miarę upływu czasu osoby dotknięte tym schorzeniem zaczynają się w pewien sposób godzić z chorobą, wypracowując strategie radzenia sobie z chorobą. Pojawia się coraz większa akceptacja choroby. Co prawda, w badaniu własnym nie zadano pytania o to, czy ankietowane osoby akceptują swoją chorobę, ale wyniki analizy uzyskanych od respondentów odpowiedzi jednoznacznie mogą świadczyć o tym, że taka akceptacja choroby w badanej grupie jest obecna, przy tym zwiększa się ona wraz ze wzrostem czasu jej trwania, a więc również ze wzrostem wieku ankietowanych osób. Jedno z badań uzasadnia taki wzrost akceptacji tym, że w początkowym okresie czasu trwania choroby chory dokonuje prób uzyskania kontroli nad swoją chorobą, uwzględniając różnorakie terapie medyczne, w tym interwencje chirurgiczne, które, według autorów badania, są przede wszystkim przeprowadzane w tym początkowym okresie choroby, dzięki czemu zmniejsza się aktywność choroby i prawdopodobnie poprawia ogólną i specyficzną dla danej choroby jakość życia¹⁷.

¹⁶ T.K. Vivan, B.M. Santos, C.H. Marques dos Santos, *Quality of life of patients with inflammatory bowel disease*, op. cit.

¹⁷ M.K. Vester-Andersen, M.V. Prosberg, T. Jess, M. Andersson, B.G. Bengtsson, T. Blixt, et al., *Disease course and surgery rates in inflammatory bowel disease: A population-based, 7-years follow-up study in the era of immunomodulating therapy*, „Am J Gastroenterol” 2014, nr 109(5), s. 705-714, doi:10.1038/ajg.2014.45.

W badaniach przeprowadzonych przez J. Bień-Chrobak i in. wykazano, że akceptacja choroby wpływa na jakość życia. Im większa akceptacja, tym lepsze funkcjonowanie pacjenta w sferze psychicznej, społecznej i zawodowej; ponadto ustalono także, że osoby w fazie remisji choroby mają znacząco wyższy poziom akceptacji choroby w porównaniu z osobami w fazie zaostrzenia schorzenia¹⁸. W badaniu własnym pytania wprost dotyczącego akceptacji choroby nie zadano, ale na podstawie odpowiedzi na inne pytania autorskiego kwestionariusza ankiety można uznać, że akceptacja choroby jest w badanej grupie duża i wzrasta wraz z czasem trwania choroby oraz z wiekiem ankietowanych osób. Wynik ten został potwierdzony analizą odpowiedzi na pytanie o samoocenę jakości życia; odpowiedzi respondentów sugerują, że akceptacja choroby jest w badanej grupie osób dość wysoka.

Istotne jest również to, w jakiej fazie choroby obecnie jest pacjent. Z badań własnych wynika, że znacznie niższa jakość życia stwierdzana jest u pacjentów w zaostrzeniu choroby, niż tych w remisji. Jest oczywiste, że w fazie zaostrzenia choroby pojawia się wiele negatywnych objawów w większym natężeniu, niż w remisyjnej fazie choroby, co powoduje subiektywne obniżenie jakości życia. Wynik ten różni się od wyniku badania Høivik ML (et al.) dla obszaru południowo-wschodniej Norwegii – badanie IBSEN (*Inflammatory Bowel disease in South-East Norway*). W badaniu tym wykazano, że brak pracy oraz przebywanie na zwolnieniu lekarskim wpłynęły na obniżenie jakości życia badanych osób, natomiast kliniczny przebieg choroby nie miał na nią wpływu (co stwierdzono w badaniu własnym). Ponadto wykazano, że wyniki zależały od zastosowanych narzędzi badawczych, jakimi były kwestionariusze standaryzowane SF-36 (*36-Item Short Form Survey*) oraz IBDQ (*Inflammatory Bowel Disease Questionnaire*), przystosowane do warunków norweskich. Okazało się, że wyniki IBDQ były porównywalne z wynikami pacjentów znajdujących się w fazie remisji choroby, natomiast wyniki SF-36 jedynie w dwóch aspektach (ogólny stan zdrowia i vitalność) okazały się znacznie niższe niż w populacji ogólnej, pozostałe aspekty dały wyniki porównywalne z wynikami populacji

¹⁸ J. Chrobak-Bień, A. Gawor, M. Paplaczek, E. Małecka-Panas, A. Gąsiorowska, *Wpływ akceptacji choroby na jakość życia pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna*, „Nowa Med” 2017, nr 24(1), s. 5-17.

ogólnej¹⁹. Z kolei w ogólnoeuropejskim badaniu Huppertz-Haussa G (et al.) dotyczącym pacjentów, u których diagnozę ChLC postawiono dziesięć lat temu, stwierdzono, że u pacjentów w fazie remisji jakość ich życia była porównywalna z jakością życia populacji ogólnej, aczkolwiek w niektórych podgrupach pacjentów stwierdzono obniżenie jakości życia, szczególnie w podgrupie kobiet oraz w podgrupie osób starszych, a także w podgrupie osób, które z powodu częstych i długotrwałych zwolnień lekarskich związanych z ChLC były zmuszone przejść na rentę inwalidzką²⁰. Wynik ten jest zgodny z wynikami badań własnych: w podgrupie osób znajdujących się na zwolnieniu lekarskim stwierdzono aż 63% osób źle oceniających jakość swojego życia, a bardzo źle – 22,2%.

W badaniu duńskim Christiansen LK (et al.) z kolei stwierdzono, że aczkolwiek jakość życia badanych w okresie 7-letnim pacjentów była porównywalna z jakością życia populacji ogółem, to zaobserwowano także jej obniżenie w podgrupach osób przebywających na zwolnieniu lekarskim lub osób nieaktywnych zawodowo. Paradoksalnie, zaobserwowano także, że same objawy ChLC nie miały wpływu na postrzeganie jakości swojego życia przez respondentów, z czego autorzy cytowanej pracy wnioskuje, prawdopodobnie słusznie, że stosowane obecnie narzędzia pomiaru jakości życia (kwestionariusze standaryzowane) mogą nie odzwierciedlać rzeczywistego wpływu choroby na życie pacjentów²¹.

Kolejne badanie kohortowe Huppertz-Haussa G (et al.), które dotyczyło jakości życia osób z ChLC, u których diagnozę postawiono 20 lat temu (uczestniczących w badaniu IBSEN), wykazało, że w porównaniu z populacją ogólną chorzy z ChLC mieli statystycznie istotnie niższe wyniki SF-36 w sześciu z ośmiu wymiarów (funkcjonowanie fizyczne, dolegliwości bólowe,

¹⁹ M.L. Høivik, T. Bernklev, I.C. Solberg, M. Cvancarova, I. Lygren, J. Jahnsen, et al., *Patients with Crohn's disease experience reduced general health and vitality in the chronic stage: Ten-year results from the IBSEN study*, „J Crohn's Colitis 2012” nr 6(4), s. 441-453, doi:10.1016/j.crohns.2011.10.001.

²⁰ G. Huppertz-Hauss, M.L. Høivik, E. Langholz, S. Odes, M. Småstuen, R. Stockbrugger, et al., *Health-related quality of life in inflammatory bowel disease in a European-wide population-based cohort 10 years after diagnosis*, „Inflamm Bowel Dis” 2015, nr 21, s. 337-344, doi:10.1097/MIB.0000000000000272.

²¹ L.K. Christiansen, F. Lo B, Bendtsen, I. Vind, M.K. Vester-Andersen, J. Burisch, *Health-related quality of life in inflammatory bowel disease in a Danish population-based inception cohort*, „United European Gastroenterology Journal” 2019, nr 7(7), s. 942-954, doi:10.1177/2050640619852532.

ogólne poczucie zdrowia, vitalność, funkcjonowanie społeczne, poczucie zdrowia psychicznego). Obniżenie jakości życia odnotowano szczególnie w podgrupie osób niepracujących, a w podgrupie kobiet stwierdzono duże zmniejszenie się ogólnego poczucia zdrowia, problemy z funkcjonowaniem fizycznym; jakość życia obniżała się także z powodu codziennych dolegliwości bólowych²². Wynik ten jest zgodny z wynikami badań własnych, gdzie w podgrupach osób nieaktywnych zawodowo stwierdzono wysokie udziały osób, które były niezadowolone lub bardzo niezadowolone ze swojego zdrowia (wynik znamieny statystycznie); w tych samych podgrupach istotnie dominowały także złe i bardzo złe samooceny jakości życia. W badaniach własnych nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic w postrzeganiu zadowolenia ze swojego zdrowia między kobietami a mężczyznami (jak w cytowanym badaniu), natomiast istotne statystycznie różnice dotyczyły wieku, czasu trwania choroby oraz fazy choroby. Najwyższy udział osób niezadowolonych oraz bardzo niezadowolonych ze swojego zdrowia odnotowano w podgrupie osób w fazie zaostrzenia choroby, a także w podgrupie osób najmłodszych oraz w podgrupie osób chorujących krócej niż 5 lat. Wyjaśnienie tego może być podobne do podanego wyżej przy omówieniu istotnego zróżnicowania ocen jakości swojego życia przez ankietowanych pacjentów.

Warta przytoczenia jest metaanaliza (Wright E.K. i Kamm M.A) przeprowadzona w bazach danych Medline i Cochrane za okres 1970-2013 wśród artykułów dotyczących jakości życia i choroby Leśniowskiego-Crohna. Wykazano, że pacjenci cierpiący na ChLC zgłaszają gorszą jakość swojego życia, aniżeli osoby chorujące na wrzodziejące zapalenie jelita grubego lub osoby zdrowe. Aczkolwiek zaobserwowano wpływ wielu czynników na jakość życia z ChLC (płeć, palenie papierosów, stres, obecność chorób psychicznych, wsparcie społeczne, styl osobowości, radzenie sobie z chorobą), to krytycznym czynnikiem wpływającym na postrzeganie przez chorych jakości życia jest faza choroby, w której się aktualnie znajdują (czyli aktywność choroby). Faza remisji wpływa na poprawę jakości życia niezależnie od sposobu osiągnięcia tej fazy (terapia lekowa czy zabieg chirurgiczny).

²² G. Huppertz-Hauss, M.L. Høivik, L.-P. Jelsnee-Jørgensen, M. Henriksen, O. Høie, J. Jahnsen, et al., *Health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease 20 years after diagnosis: results from the IBSEN study*, „Inflamm Bowel Dis” 2016, nr 22(7), s. 1679-1687, doi:10.1097/MIB.0000000000000806.

Jak podkreślają autorzy cytowanej metaanalizy, nie wykazano jednak w sposób jednoznaczny trwałości poprawy jakości życia osób z ChLC po przeprowadzonym zabiegu operacyjnym²³.

Niesłuszne wydaje się bezpośrednie wiązanie wpływu stosowania tej czy innej grupy leków na jakość życia osób cierpiących na ChLC. W badaniu Vivan T.K. et al. zażywanie prednizonu (lek z grupy glikokortykosteroidów) powiązано z istotnym wzrostem jakości życia pacjentów ($p=0,003$)²⁴. Tę czy inną grupę leków stosuje się wówczas, gdy wymaga tego stan kliniczny pacjenta; oczywiście w razie zastosowania właściwej grupy leków w danym przypadku stan pacjenta się poprawia, co bezwzględnie wpływa na podniesienie jakości jego życia, ale jest to tylko jeden z czynników wpływających na jakość życia osoby chorej. Można tutaj raczej wskazać na istnienie zależności odwrotnej: zła jakość życia, wynikająca ze stanu klinicznego chorego, ma wpływ na wybór określonego leku przez lekarza prowadzącego. W badaniu własnym stwierdzono wyższe udziały pacjentów sygnalizujących złą jakość życia, u których zastosowano glikokortykosteroidy (42,9%; $p<0,001$), leki immunosupresyjne (42,9%; $p=0,404$) lub antybiotyki (59,1%; $p<0,001$); z kolei leki biologiczne były istotnie częściej stosowane w podgrupie osób, które zasygnalizowały dobrą lub bardzo dobrą jakość swojego życia ($p<0,001$). Nie znaczy to jednak, że podwyższenie bądź obniżenie jakości życia ma bezpośredni związek z zastosowaniem tego czy innego leku, a raczej zastosowanie określonego leku ma wpływ na indukcję u pacjenta fazy remisji choroby, a dopiero remisja choroby wpływa na podwyższenie jakości życia. Do takich leków, które mają wpływ na indukcję fazy remisji należą głównie immunomodulatory, leki biologiczne, w tym inhibitory TNF (*tumor necrosis factor*), natomiast kortykosteroidy działają odwrotnie, prawdopodobnie ze względu na skutki uboczne steroidów²⁵.

²³ E.K. Wright, M.A. Kamm, *Impactt of drug therapy and surgery on quality of life in Crohn's disease: a systematic review*, „Inflamm Bowel Dis” 2015, nr 21(5), s. 1187-1194, doi:10.1097/MIB.0000000000000271.

²⁴ T.K. Vivan, B.M. Santos, C.H. Marques dos Santos, *Quality of life of patients with inflammatory bowel diseases*, op. cit.

²⁵ E.K. Wright, M.A. Kamm, *Impactt of drug therapy and surgery on quality of life in Crohn's disease: a systematic review*, op. cit.

WNIOSKI

1. Choroba Leśniowskiego-Crohna istotnie pogarsza jakość życia nią dotkniętych we wszystkich sferach funkcjonowania chorego: fizycznej, psychologicznej i społecznej.
2. Czas trwania choroby oraz wiek pacjentów mają istotny wpływ na obserwowane dolegliwości, a także na ich akceptację.

BIBLIOGRAFIA

- Bickston S.J., Bloomfield R.S., *Nieswoiste zapalenia jelit*, Wyd. 1, Wrocław 2013.
- Christiansen L.K., Lo B, Bendtsen F., Vind I., Vester-Andersen M.K., Burisch J., *Healthrelated quality of life in inflammatory bowel disease in a Danish population-based inception cohort*, „United European Gastroenterology Journal” 2019, nr 7(7), s. 942-954, doi:10.1177/2050640619852532.
- Chrobak-Bień J., Gawor A., Paplaczyk M., Małecka-Panas E., Gąsiorowska A., *Wpływ akceptacji choroby na jakość życia pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna*, „Nowa Med” 2017, nr 24(1), s. 5-17.
- Derkacz A., Olczyk P., Komosinska-Vassev K., *Diagnostic Markers for Nonspecific Inflammatory Bowel Diseases*, „Disease Markers” 2018, Article ID 7451946, doi:10.1155/2018/7451946.
- Feuerstein J.D., Cheifetz A.S., *Crohn Disease: Epidemiology, Diagnosis and Management*, „Mayo Clin Proc.” 2017, nr 92(7), s. 1088-1103, doi:10.1016/j.mayocp.2017.04.010.
- Gentschew L., Ferguson L.R., *Role of nutrition and microbiota in susceptibility to inflammatory bowel diseases*, „Mol. Nutr. Food Res.” 2012, nr 56(4), s. 524-535, doi:10.1002/mnfr.201100630.
- Gonciarz M., Szkudłapski D., Mularczyk A., Radwan P., Kłopocka M., Bartnik W., et al., *Wytuczne postępowania z chorymi na nieswoiste choroby zapalne jelit w praktyce lekarza rodzinnego*, „Lekarz POZ” 2017, nr 1, s. 1-11, <https://www.termedia.pl/Wytuczne-postepowania-z-chorymi-na-nieswoiste-choroby-zapalne-jelit-wpraktyce-lekarza-rodzinnego,98,29565,1,0.html>, (dostęp: 2.10.2020).
- Høivik M.L., Bernklev T., Solberg I.C., Cvancarova M., Lygren I., Jahnsen J., et al., *Patients with Crohn's disease experience reduced general health and vitality in the chronic stage: Ten-year results from the IBSEN study*, „J Crohn's Colitis” 2012, nr 6(4), s. 441-453, doi:10.1016/j.crohns.2011.10.001.
- Huppertz-Hauss G., Høivik M.L., Jelsnee-Jørgensen L.-P., Henriksen M., Høie O., Jahnsen J., et al., *Health-related quality of life in patients with inflammatory bowel*

- disease 20 years after diagnosis: results from the IBSEN study, „Inflamm Bowel Dis” 2016, nr 22(7), s. 1679-1687, doi:10.1097/MIB.0000000000000806.
- Huppertz-Hauss G., Høivik M.L., Langholz E., Odes S., Småstuen M., Stockbrugger R., et al., *Health-related quality of life in inflammatory bowel disease in a European-wide population-based cohort 10 years after diagnosis*, „Inflamm Bowel Dis” 2015, nr 21, s. 337-344, doi:10.1097/MIB.0000000000000272.
- Karlinger K., Gyorke T., Mako E., Mester A., Tarjan Z., *The epidemiology and the pathogenesis of inflammatory bowel disease*, „Eur J Radiol” 2000, nr 35(3), s. 154- 167, doi:10.1016/S0720-X(00)00238-2.
- Kozłowska E., Marzec A., Kalinowski P., Bojakowska U., *Koncepcja zdrowia i jego ochrony w świetle literatury przedmiotu*, „J Educ Health Sport” 2016, nr 6(9), s. 575- 595, doi:10.5281/zenodo.155048.
- Lakatos P.J., *Recent trends in the epidemiology of inflammatory bowel diseases: Up or down?*, „World J Gastroenterol.” 2006, nr 12(38), s. 6102-6108, doi:10.3748/wjg.v12.i38.6102.
- Leppert W., Forycka M., de Walden-Gałaszko K., Majkowicz M., Buss T., *Ocena jakości życia u chorych na nowotwory – zalecenia dla personelu oddziałów onkologicznych i medycyny paliatywnej*, „Psychoonkologia” 2014, nr 1, s. 17-29, <https://www.termedia.pl/Ocena-jakosci-zycia-u-chorych-na-nowotworyzalecenia-dla-personelu-oddzialow-onkologicznych-i-medycyny-paliatywnej,63,22979,1,0.html> (dostęp: 10.10.2020).
- Małecka-Panas E., Słomka M., *Przewlekłe nieswoiste choroby zapalne jelit*. Wyd. 1, Wrocław 2012.
- Marengoni A., Angleman S., Melis R., Mangialasche F., Karp A., Garmen A., et al., *Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature*, „Ageing Res. Rev.” 2011, nr 10(4), s. 430-439, doi:10.1016/j.arr.2011.03.003.
- Ng S.C., Bernstein C.N., Vatn MH, et al., *Geographical variability and environmental risk factors in inflammatory bowel disease*, „Gut.” 2013, nr 62(4), s. 630-649, doi:10.1136/gutjnl-2012-303661
- Skrócona wersja ankiety oceniającej jakość życia. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF 2004.
- Turkot M., Sobocki J., *Wyniki zastosowania domowego żywienia pozajelitowego u pacjentów z ciężkimi postaciami chorób zapalnych jelit – alternatywa dla leczenia operacyjnego chorych wyniszczonych*, „Polski Przegląd Chirurgicalny” 2017, nr 89(5), s. 23-28, doi:10.5604/01.3001.0010.5408.
- Vester-Andersen M.K., Prosberg M.V., Jess T., Andersson M., Bengtsson B.G., Blixt T., et al., *Disease course and surgery rates in inflammatory bowel disease: A population-based, 7-years follow-up study in the era of immunomodulating therapy*, „Am J Gastroenterol” 2014, nr 109(5), s. 705-714, doi:10.1038/ajg.2014.45.

- Vivan T.K., Santos B.M., Marques dos Santos C.H., *Quality of life of patients with inflammatory bowel disease*, „J Coloproctol (RioJ)” 2017, nr 374, s. 279-284, doi:10.1016/j.jcol.2017.06.009.
- Włochal M., Grzymisławski M., *Nowe trendy leczenia żywieniowego w przypadku nieswoistych chorób zapalnych jelit*, „Piel. Zdr. Publ.” 2016, nr 6(2), s. 149-158, doi:10.17219/pzp/61571.
- Wnuk M., Zielonka D., Purandare B., Kaniewski A., Kumberg A., Ulatowska-Szostak E., et al., *Przegląd koncepcji jakości życia w naukach społecznych*, „Hygeia Public Health” 2013, nr 48(1), s. 10-16.
- Wright E.K., Kamm M.A., *Impact of drug therapy and surgery on quality of life in Crohn's disease: a systematic review*, „Inflamm Bowel Dis” 2015, nr 21(5), s. 1187- 1194, doi:10.1097/MIB.0000000000000271.
- Zięba M., Cisoń-Apanasewicz U., *Jakość życia w naukach medycznych*, „Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej” 2017, nr 3, s. 57-62, doi:10.19251/pwod/2017.3(6).

ANALIZA PRZEDSZPITALNEGO POSTĘPOWANIA PRZECIWBÓLOWEGO PRZEZ ZESPOŁY RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W CZĘSTOCHOWIE W LATACH 2018-2019

Piotr Szwedziński

Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej

Rejonowe Pogotowie Ratunkowe w Sosnowcu

ORCID: 0000-0003-2010-2541

p.szwedzinski@wsps.pl

Marta Wojtala

Stacja Pogotowia Ratunkowego w Częstochowie

ORCID: 0000-0002-4782-9831

marta.wojtala@onet.com.pl

THE ANALYSIS OF PRE-HOSPITAL ANALGESIC PROCEDURE BY EMERGENCY MEDICAL SERVICES IN CZĘSTOCHOWA IN 2018-2019

SUMMARY

The pain has been known to mankind for a long time and the „happy medium” to deaden or completely relieve it has been searched for just as long. Throughout the history, various ways of dealing with pain have been known – from using herbs, electricity, coca leaves, to using and working on improving pain medications. The assessment of pain intensity is to assist the medical staff present at the scene of an incident in deciding to introduce the pain treatment. In

STRESZCZENIE

Ból znany jest ludzkości od dawna i tak samo długo poszukiwany jest „złoty środek” na jego uśmierzenie lub całkowite zniwelowanie. W historii znane są różne sposoby walczenia z bólem, od wykorzystywania ziół, elektryczności, liści koki, po stosowanie i pracowanie nad ulepszeniem leków przeciwbólowych. W decyzji o podjęciu leczenia przeciwbólowego personelowi medycznemu będącemu na miejscu zdarzenia ma pomóc ocena natężenia bólu. W tym

order to do this, the EMS team may use a Numeric Rating Scale (NRS), a visual scale, a Verbal Rating Scale (VRS), a Faces Pain Scale (FPS), or the Behavioral Pain Scale (BPS).

The aim of this study is to determine how the Medical Rescue Teams cope with the interpretation of the victim's pain and what measures do they take in order to relieve it. The research was based on the analysis of 22,867 Emergency Medical Cards of the Emergency Ambulance Service in Częstochowa in the years 2018-2019, in which the pain has been assessed.

The results indicate that the men call for pain more often and the age with the most calls is between 61-70 years old. Medical Rescue Teams were most often delegated for pain related to trauma, chest pain and abdominal pain.

Keywords: pain, NRS scale, pain treatment.

celu zespół ratownictwa medycznego może użyć skali numerycznej (NRS), skali wzrokowej, skali słownej (VRS), skali obrazkowej (FRS) albo skali *Behavioural Pain Scale* (BPS). Celem niniejszej pracy jest określenie w jaki sposób zespoły ratownictwa medycznego radzą sobie z interpretowaniem bólu u poszkodowanego oraz jakie podejmują kroki, by go uśmierzyć. Badania przeprowadzono na podstawie analizy 22 867 Kart Medycznych Czynności Ratunkowych Pogotowia Ratunkowego w Częstochowie, w latach 2018-2019, w których został oceniony ból. Wyniki wskazują, że do bólu częściej wzywają mężczyźni, a wiek, w którym jest najwięcej wezwań, to 61-70 lat. Zespoły ratownictwa medycznego dysponowane były najczęściej do bólu związanego z urazem, bólem w klatce piersiowej oraz bólem brzucha.

Słowa kluczowe: ból, skala NRS, leczenie bólu.

WSTĘP

Ból w życiu człowieka pozwala na rozpoznanie i umiejscowienie danego procesu chorobowego. Dzięki temu można uniknąć lub zmniejszyć uszkodzenie tkanek. Spełnia rolę ostrzegawczo-obronną i jest potencjalnym sygnałem zagrożenia. Gdy przestaniemy odczuwać dolegliwości bólowe będzie to bardzo niebezpieczne dla naszego organizmu. Ból to objaw najczęściej zgłaszany podczas badania przedmiotowego oraz podmiotowego. Pozwala to lekarzowi, ratownikowi medycznemu lub pielęgniarce/pięgniarniowi uzyskać informacje o postępującym procesie chorobowym. Ból

często jest traktowany jako „piąty objaw życiowy”, a każdy chory ma prawo do tego, aby został on zniwelowany.

Jednym z najczęstszych wezwań zespołów ratownictwa medycznego są u pacjentów przykre dolegliwości związane z bólem. Podstawowym zadaniem zespołów pogotowia ratunkowego jest szybkie i skuteczne poradzenie sobie z dolegliwościami bólowymi, które zostały zgłoszone przez pacjenta. Obecnie w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego odpowiedzialność za wdrożenia odpowiedniego leczenia przeciwbólowego najczęściej spada na ratowników medycznych, pielęgniarki/pielęgniarzy systemu. Dzieje się tak, gdyż w Polsce w ostatnim czasie znacznie ograniczone zostały karetki specjalistyczne, które zostały przekwalifikowane na zespoły podstawowe. Aby prawidłowo wdrożyć farmakoterapię bardzo ważne jest poznanie przez personel medyczny poziomu odczuwanego bólu¹.

Definicja i rodzaj bólu

Według Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu, ból to subiektywne, nieprzyjemne i przykre wrażenie zmysłowe i emocjonalne, które powstaje pod wpływem bodźców nocyceptywnych uszkodzając tkankę lub prowadząc do jej uszkodzenia².

Podczas odczuwania bólu pobudzony jest układ nerwowo-współczulny, co objawia się przyspieszeniem czynności serca, a także wzrostem ciśnienia tętniczego oraz zwiększonym wydzielaniem niektórych hormonów. Gdy nie jest możliwe całkowite wyleczenie bólu ostrego często dochodzi do rozwinęcia się tak zwanego stanu bólu przewlekłego³.

Ból możemy podzielić na ból receptorowy oraz niereceptorowy:

– Ból receptorowy – powstaje w wyniku urazu mechanicznego, termicznego bądź chemicznego.

Ból receptorowy możemy podzielić na dwa typy:

- Ból somatyczny, czyli ból kostny lub tkanek miękkich, który łatwo jest zlokalizować i opisać.

¹ M. Bryja, S. Kosiński, R. Wojtaszowicz, *Badanie bólu przez ratowników medycznych*, „Anestezjologia i Ratownictwo” 2013, nr 7, s. 139-144.

² International Association for the Study of Pain, IASP Taxonomy 1979, 2008; J. Dobrogowski, J. Wordliczek, *Medycyna Bólu*, Warszawa 2004.

³ J.B. Dahl, S. Møiniche, *Pre-emptive analgesia*. „British Medical Bulletin” 2004, s. 13-27; M. Kocot-Kępska, J. Dobrogowski, *Neurologia, znieczulenie regionalne i terapia bólu*, Kraków 2011, s. 239-253.

- Ból trzewny ma charakter rozlany, najczęściej pochodzi z narządów wewnętrznych. Ból ten jest ciężki do zlokalizowania z powodu możliwości rozprzestrzeniania się na zdrowe narządy. Jest to tak zwane zjawisko bólu rzutowanego, co spowodowane jest dopływem z różnych struktur organizmu informacji czuciowej do pojedynczego neuronu rdzeniowego.
- Ból niereceptorowy – ból ten spowodowany jest uszkodzeniem obwodowego i ośrodkowego układu nerwowego. Przyczyną może być uraz, niedotlenienie, zakażenie, naciek nowotworowy. Ból niereceptorowy charakteryzuje się nagłym napadem bólu, który może trwać kilka sekund, ale również o wiele dłużej, może być przerywany bądź ciągły.
- Ból psychogeny nie powstał w wyniku urazu, ale mózg w ramach procesu myślowego pacjenta tak odczuwa. Jest stanem emocjonalnym.

Po opisanii podziału bólu ze względu na patomechanizm warto również przytoczyć podział bólu ze względu na rodzaj bodźca wywołującego stymulację.

- Ból fizjologiczny bez uszkodzenia tkanek
- Ból kliniczny powstały na skutek uszkodzenia tkanek⁴.

Zarys historyczny leczenia bólu

Słowo ból (*poena*) pochodzi z łaciny i oznacza karę. Dawno temu wierzano, że ból jest czymś złym, sprowadzonym przez demony lub stanowi karę zesłaną przez bogów. Aby wyzbyć się bólu często wznoszono świątynie oraz składano ofiary, a także odstraszano demony czarami, zaklęciami i amuletami.

Ból towarzyszy ludzkości od zawsze i od zawsze szukano sposobu na pozbycie się go. Pierwsze ślady historii leczenia bólu można wyczytać na babilońskich tablicach glinianych i egipskich papirusach. W tych czasach ból najczęściej leczony był przez mieszaninę ziół, takich jak dzbanecznik, mak, mandragora, konopie oraz lulek czarny. W egipskim papirusie z 1550 roku p.n.e. możemy znaleźć kolejny przepis na cudowne lekarstwo, a mianowicie

⁴ I. Filipczyk-Bryniarska, K. Bryniarski, J. Woroń, J. Wordiczek, *Mechanizmy przewodzenia bólu. Rola układu odpornościowego w regulacji odczuwania bólu*, „Anestezjologia i Ratownictwo” 2010, nr 4, s. 500-509; Z. Żylicz, M. Krajnik, *Jak powstaje ból? Neurofizjologia bólu dla początkujących*, „Polska Medycyna Paliatywna” 2003, nr 2, s. 49-55.

mieszanek piwa, jałowca oraz pszenicy. Tak sporządzony roztwór chory miał zażywać przez cztery dni⁵.

W starożytnym Rzymie i Grecji bardzo popularną metodą leczenia bólu było wykorzystanie elektryczności pochodzącej od ryb z Nilu, takich jak węgorz, drętwa czy zębacz. W ten sposób próbowano pozbyć się podagry oraz bólu głowy. Innym sposobem była trepanacja czaszki, która polegała na wywierceniu dziur w czaszce aby uwolnić demony. Chińczycy już od około 2600 lat p.n.e. do leczenia bólu stosowali akupunkturę, a zioła, których używali to efedryna, wierzba i żeń-szeń. Stosowali je aby uleczyć ból reumatyczny. Egipcjanie mieli chyba jedno z najciekawszych przekonań. Uważali, że ból wywołały duchy osób zmarłych, które do ciała przedostawały się przez nos lub uszy. Aby pozbyć się tych złych dusz pacjent musiał wymiotować, kichać, pocić się oraz oddawać moc. Wówczas złe duchy opuszczały ciało pacjenta⁶.

Aztekowie również wyróżniali się ogromną ilością środków uśmierzających ból oraz wiedzą, w jaki sposób ich użyć. Najpopularniejszym środkiem podczas wykonywanych zabiegów był peyotl działający na zasadzie „głupiego jasia”. Pacjentowi podawany był w formie napoju lub suszu. Środek ten zawiera alkaloidy, które odurzały pacjenta i tym samym pacjent nie odczuwał bólu. Majowie wykorzystywali również do znieczuleń duże dawki z muchomora nanacatl, a także zawierającą saponiny bulwiastą camotl. Ciekawostką może być to, że Majowie i Inkowie bardzo cenili sobie liście koki. Używali ich praktycznie do wszystkiego, a w szczególności podczas różnego rodzaju zabiegów czy operacji, jako lek przeciwbólowy. Były one podawane pacjentom w formie herbatki, ale częściej kazano je żuć⁷.

Rok 1805 był przełomowy, ponieważ z powszechnie używanego przeciwbólowo maku udało się wyizolować morfinę, która stosowana jest do dziś.

Wiek XIX był bardzo ważny w kwestii leków przeciwbólowych. Chwilę po wynalezieniu morfiny udało się pozyskać eter, dzięki któremu wszystkie operacje stały się bezbolesne. W tym samym czasie badano również smołę,

⁵ A. Drygas, *Walka z bólem w aspekcie historycznym*, „Farmacja Polska” 1983, nr 39(4), s. 225-228.

⁶ M. Hilgier, *Historia i leczenie bólu przewlekłego*, „Nowa Medycyna” 2001, R. 8, z. 110, nr 2, s. 2-4.

⁷ J. Thornwald, *Dawna medycyna. Jej tajemnice i potęga*, Kraków 2017.

z której udało się wytworzyć acetanilidy, stanowiące początek paracetamolu. Ze względu na to, że lek ten był uważany za wielce toksyczny, nie przestawano prowadzić badań w celu znalezienia lepszego odpowiednika. Tak też w 1893 roku wynaleziono paracetamol. Kilka lat później w 1899 roku powstał kolejny lek przeciwbólowy, który również stosowany jest do dnia dzisiejszego. Tym lekiem jest aspiryna. W sumie pochodne aspiryny używane już były w czasach starożytnych, ponieważ aktywnym składnikiem tego leku jest kora z wierzby. Aspiryna stosowana była w wielu aspektach leczenia bólu, niestety często dochodziło do podrażnienia żołądka, zwłaszcza przy podawaniu dużych dawek. Dlatego ćwierć wieku później powstały leki zwane dzisiaj jako niesteroidowe leki przeciwzapalne⁸.

Leczenie bólu w Państwowym Ratownictwie Medycznym

Zespoły ratownictwa medycznego wykonują bardzo ciężką i specyficzną pracę zważywszy na warunki, w których muszą ją wykonywać. Niejednokrotnie to członkowie zespołów pogotowia ratunkowego jako pierwsi znajdują się na miejscu zdarzenia, w którym poszkodowany potrzebuje pomocy. To na nich spoczywa ciężar wdrożenia odpowiedniego leczenia przeciwbólowego w pierwszych minutach po zdarzeniu i w czasie transportu do referencyjnego szpitala. Zgodnie z Ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym ratownik medyczny może samodzielnie podać 47 leków⁹.

W zespołach ratownictwa medycznego jeszcze do niedawna nie stosowano oceny skali bólu, a raczej była wykorzystywana, jednak bardzo rzadko. Z pewnością nie uwzględniano jej w dokumentacji medycznej, tak jak w kartach medycznych czynności ratunkowych. Jedynym miejscem, gdzie stosowano taką skalę, było Tatrzańskie Pogotowie Ratunkowe. Zmieniło się to po ostatniej nowelizacji systemu SWD, która poniekąd wymusza na ratownikach medycznych wpisywanie skali bólu oraz jego reocenę po podaniu leków przeciwbólowych¹⁰.

Aby mówić o leczeniu w Państwowym Ratownictwie Medycznym trzeba zwrócić uwagę na tak zwaną drabinę analgetyczną, która odpowiada za schemat podawanych leków przeciwbólowych wraz ze wspomagającymi

⁸ M. Hilgier, *op. cit.*, s. 2–4.

⁹ Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 r. (Dz. U. z 2006 r., Nr 191, poz. 1410).

¹⁰ K. Zahradniczek, *Pielęgniarstwo*, Warszawa 2006, s. 3–4.

lekami z innych grup. Schemat ten wdrażany jest w celu zniwelowania bólu u poszkodowanego. Zaczyna się od pierwszego stopnia, a gdy ból nie ustąpi lub się nasila, należy przejść do kolejnego etapu. Wyróżnia się trzy stopnie:

- Analgetyki nieopiodowe (paracetamol, niesteroidowe leki przeciwzapalne)
- Słabe opioidy (tramadol, kodeina, dihydrokodeina)
- Silne opioidy (morfina, fentanyl, buprenorfina, metadon)¹¹.

W dzisiejszych czasach mamy wybór leków przeciwbólowych, które można podzielić na takie, które znoszą ból, ale i takie, które go blokują. Celem działania zespołów ratownictwa medycznego jest jak najszybsze zniwelowanie bólu, aby nie wpływał on negatywnie na poszkodowanego, a tym samym w nieodległej przyszłości nie prowadził do wstrząsu.

Według Wytycznych Polskiego Towarzystwa Badania Bólu rekomendowanym lekiem przeciwbólowym pierwszego rzutu w działaniu przedszpitalnym jest ketoprofen i paracetamol. Niesteroidowe leki przeciwzapalne blokują enzym cyklooksygenazy (COX). Enzym COX-1 jest obecny w naszych tkankach i odpowiada za wytwarzanie kwasu arachidonowego, który odpowiedzialny jest za utrzymanie homeostazy. Natomiast enzym COX-2 pojawia się dopiero w momencie stanu zapalnego lub stresu fizjologicznego, a jego zadaniem jest wytwarzanie eikozanoidów. Leki z grupy NLPZ powinny być stosowane ostrożnie, gdyż niesteroidowe leki przeciwzapalne mogą powodować wiele niepożądanych działań. W poważniejszych stanach chorobowych oraz dużo silniejszych bólach ratownicy medyczni sięgają po pochodne opiodów, czyli morfinę i fentanyl¹².

Ocena natężenia bólu

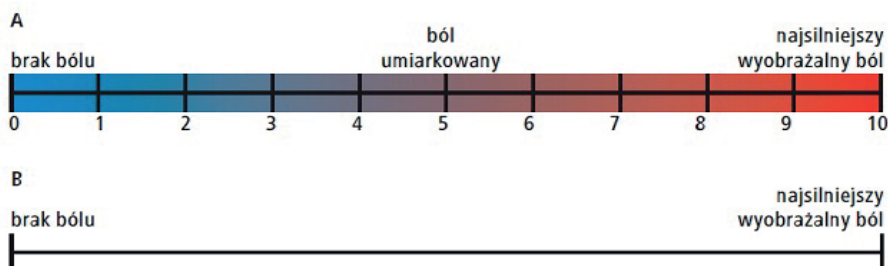
W ratownictwie medycznym należy stosować skale do oceny natężenia bólu. Pomagają one w dużym stopniu zrozumieć naszego poszkodowanego. Możemy wyróżnić następujące skale nasilenia bólu:

- Skala numeryczna (NRS) – jest podstawową i jednocześnie najłatwiejszą skalą, która skierowana jest do pacjentów przytomnych, zorientowanych i logicznych. Pacjent ma sprecyzować skalę odczuwanego bólu, używając cyfry od 0 do 10, gdzie zero oznacza całkowity brak bólu a dziesięć ból nie

¹¹ A. Szczeklik, *Choroby wewnętrzne. Kompendium Medycyny Praktycznej*, Kraków 2009.

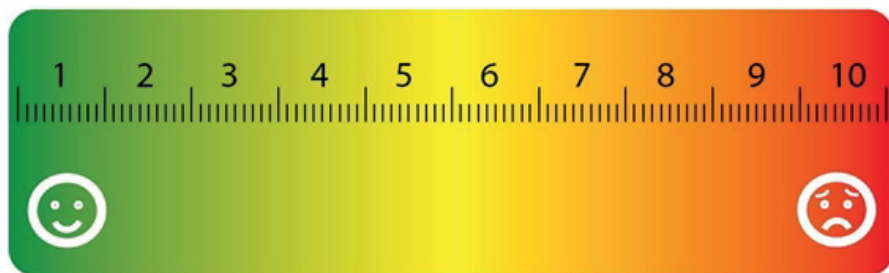
¹² A. Jabłeczka, J. Jankowski, K. Korzeniowska, *Niesteroidowe leki przeciwzapalne*, „Farmacja Współczesna” 2010, nr 3, s. 192-197; P. Scherpereel, *Najnowsze postępy wiedzy na temat mechanizmów i leczenia bólu*, „Anestezjologia i Ratownictwo” 2010, nr 4, s. 35-39.

do wytrzymania. Pacjent słownie wskazuje liczbę, na jaką odczuwa ból. Uważa się, że tej skali nie powinno używać się u dzieci poniżej 9. roku życia¹³.



Ryc. 1 Skala numeryczna (NRS) [17]

– Skala wzrokowo – analogowa (VAS) – jest to skala umieszczona na 10-centymetrowej linii, oznaczona podobnie jak skala NRS. Wartości przedstawione na skali wzrokowo-analogowej to również cyfry od 0 do 10, gdzie zero to brak bólu, a dziesięć ból najsilniejszy wyobrażalny. Pacjent wskazuje palcem na linijce, jak duży jest jego ból¹⁴.



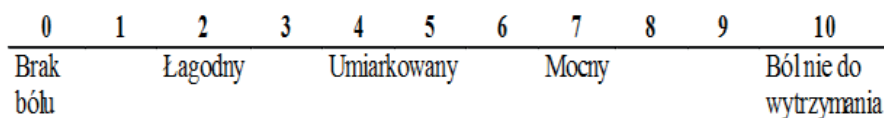
Ryc. 2 Skala wzrokowo-analogowa (VAS) [18]

– Skala słowna (VRS) – w tej skali do każdej liczby przypisane jest określenie natężenia bólu, od braku bólu aż po ból nie do wytrzymania¹⁵.

¹³ J. Wordliczek, J. Dobrogowski, *Leczenie Bólu*, Warszawa 2007, s. 240-249.

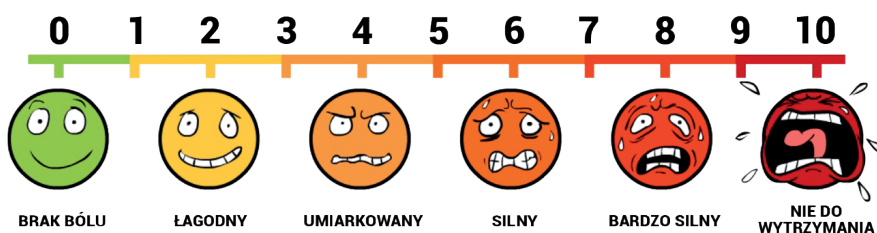
¹⁴ Ibidem.

¹⁵ Ibidem.



Ryc. 3 Skala słowna (VRS) [19]

– Skala obrazkowa (FRS) przeznaczona w szczególności do oceny nasilenia bólu u dzieci oraz osób starszych w utrudnionym kontakcie. Pacjenci na skali wskazują palcem odpowiednią minkę. Niestety odpowiedź nie zawsze adekwatna jest do stanu, w jakim znajduje się obecnie pacjent. Dlatego ratownik medyczny musi wziąć to pod uwagę¹⁶.



Ryc. 4 Skala obrazkowa (FRS) [20]

– Skala *Behavioural Pain Scale* (BPS) – skalę stosuje się względem osób nieprzytomnych. Ratownik medyczny podczas badania pacjenta bardzo uważnie musi obserwować jego reakcje na zadawane bodźce¹⁷.

¹⁶ Ibidem.

¹⁷ Ibidem.

Mimika (M)	Spokojna	1
	Częściowo napięta	2
	Całkowicie napięta	3
	Silny grymas bólu	4
Kończyny górne (K)	Brak ruchu	1
	Częściowo zgięte	2
	Całkowicie zgięte z palcami	3
	Silny stały przykurcz	4
Podatność na wentylację mechaniczną	Pełna tolerancja	1
	Kasze, ale toleruje	2
	„Kłóci się” z respiratorem	3
	Sztuczna wentylacja	4

Ryc. 5 Skala *Behavioural Pain Scale* (BPS) [21]

Wszystkie omówione powyżej skale mają pomóc w prawidłowym i jak najszybszym zastosowaniu leczenia przeciwbólowego. Im szybciej zostanie ono wdrożone, tym szybciej ulżymy poszkodowanemu w bólu, a tym samym sprawimy, że pacjent będzie chciał lepiej z nami współpracować.

Ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu obecnie może samodzielnie podać 47 leków, w tym 7 leków przeciwbólowych, takich jak:

- kwas acetylosalicylowy (aspiryna) – jest lekiem z grupy niesteroidowych leków przeciwzapalnych. Odpowiada za hamowanie agregacji płytek krwi, czyli ma działanie przeciwzakrzepowe a także zastosowanie przeciwbólowe, przeciwgorączkowe i przeciwzapalne. Wskazaniem do podania aspiryny są przede wszystkim ostre zespoły wieńcowe, w których dawka referencyjna to 160 – 325 mg, ale także różnego rodzaju bóle oraz stany gorączkowe. Do najważniejszych przeciwwskazań w zastosowaniu tego leku należą choroba wrzodowa żołądka, skazy krwotoczne, choroby związane z zaburzeniami krzepnięcia krwi. Leku tego absolutnie nie możemy podawać kobietom w ciąży oraz dzieciom poniżej 12. roku życia¹⁸.

¹⁸ Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, ustawy o działalności leczniczej oraz ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2015, poz. 1887); K. Burak, *Farmakologia dla Ratowników Medycznych*, Legnica 2012, s. 13-14.

– paracetamol – jest lekiem przeciwbólowym i przeciwgorączkowym, ale nie zanotowano nigdzie działania przeciwzapalnego. Paracetamol, w przeciwieństwie do innych leków przeciwbólowych, jest bezpieczny dla dzieci oraz kobiet w ciąży po pierwszym trymestrze. Wskazaniem do podania są bóle o małym i średnim nasileniu zarówno u dzieci, jak i u dorosłych. Dotyczy to również stanów gorączkowych oraz bólów miesiączkowych. Leku nie powinno się stosować w przebiegu ciężkiej niewydolności wątroby i nerek. Dawka stosowana od 500 mg – 1 g dożylnie w 15-minutowym wlewie¹⁹.

– ibuprofen – lek z rodziny niesteroidowych leków przeciwzapalnych o działaniu przeciwbólowym, przeciwzapalnym oraz przeciwgorączkowym. Ibuprofen stosowany jest w bólach o różnych etiologiach, chorobach zwyrodnieniowych stawów oraz gorączkach. Podobnie jak w grupie niesteroidowych leków przeciwzapalnych ibuprofenu nie wolno podać w przypadku chorób wrzodowych żołądka, niewydolności serca, wątroby i nerek, u chorych ze skazą krwotoczną, kobiet w ciąży oraz dzieci do 12. roku życia. Dawka zalecana to od 200-400 mg doustnie. Dawkę można powtórzyć co 4 – 6 godzin²⁰.

– ketoprofen – kolejny lek z rodziny niesteroidowych leków przeciwzapalnych. Jest lekiem działającym przeciwbólowo, przeciwzapalnie, przeciwgorączkowo i przeciwzakrzepowo. Wskazaniem do jego podania są umiarkowane bóle. Stosowany jest również w przebiegu chorób związanych ze stawami. Podobnie jak przy aspirynie przeciwwskazaniem są choroby wrzodowe żołądka i skazy krwotoczne. Ketoprofenu również nie można podać przy niewydolności serca, wątroby i nerek, a także dzieciom do 12. roku życia i kobietom w ciąży. Ketonal podajemy w dawce 100 mg domięśniowo, zaś dożylnie taką samą dawkę w rozcieńczeniu minimum do 100 ml 0,9% NaCl²¹.

– metamizol (pyralgina) – jest pochodną pirazolonu, który działa przeciwbólowo, przeciwgorączkowo oraz przeciwzapalnie. Ma również słabe działanie spazmolityczne. Pyralginę stosuje się w gorączkach, których nie dało się zbić innymi lekami, oraz w bólach różnego pochodzenia. Przeciwwskazaniem do podania metamizolu jest niewydolność nerek lub wątroby, porfiria, ciążą a także okres karmienia piersią. Szczególną uwagę należy zwrócić na osoby

¹⁹ R. Olszanecki, P. Wołkow, J. Jawień, *Farmakologia*, Warszawa 2012, s. 88-165.

²⁰ Ibidem.

²¹ A. Jabłeczka, J. Jankowski, K. Korzeniowska, *Niesteroidowe leki przeciwzapalne*, „Farmacja Współczesna” 2010, nr 3, s. 192-197.

z ciśnieniem skurczowym poniżej 100, chorych na astmę oskrzelową oraz z chorobą wrzodową żołądka. U dorosłych podajemy od 0,5 – 2,5 g jednorazowo. Dawkę można powtórzyć do 3 g na dobę. Pyralginę podajemy domięśniowo lub dożylnie, po wcześniejszym rozcieńczeniu w stosunku 1:10. Do rozcieńczenia możemy użyć 0,9% NaCl, glukozy albo płynu Ringera. Należy podawać powoli²².

– morfina – lek opioidowy, silnie działający przeciwbólowo, ale również euforycznie. Szybkie podanie może prowadzić do depresji ośrodka oddechowego. W ratownictwie stosowany w silnych bólach o różnej etiologii, nie pomijając tu bólów nowotworowych oraz obrzęków płuc. Aby nie zaszkodzić poszkodowanemu należy pamiętać o kilku ważnych przeciwwskazaniach. Należą do nich urazy czaszki wraz z ośrodkowym układem nerwowym, choroby płuc, takie jak astma czy niewydolność oddechowa. Morfiny nie podamy również w przypadku pacjenta z zaawansowanym alkoholizmem. Leku, jak już wcześniej zostało napisane, nie należy podawać szybko, ponieważ mogłoby to doprowadzić do niepożądanych skutków. Dlatego zalecana dawka podania dożylnie to od 5 – 10 mg, a szybkość dostarczenia leku do organizmu to ok 2 mg/min²³.

– fentanyl – opioid 100 razy silniejszy od morfiny co sprawia, że lepiej rozpuszcza się w tłuszczach i tym samym łatwiej przenika do mózgu. Fentanyl jest dużo bardziej bezpieczniejszy od wyżej opisanego leku. Opioid ten stosuje się w leczeniu silnych bólów, bólów pooperacyjnych, a także przewlekłych i nowotworowych. Jest również uzupełnieniem działania leków analgetycznych stosowanych w znieczuleniu ogólnym oraz miejscowym. Przeciwwskazaniem do podania fentanylu są choroby układu oddechowego, niewyrównana niedoczynność tarczycy, choroby alkoholowe. Szczególną ostrożność należy zachować u pacjentów ze zwiększonym ciśnieniem śródczaszkowym oraz bradyarytmiami. Fentanyl podajemy dożylnie od 25-100 µg do maksymalnej dawki 1 mg²⁴.

Medycy mogą również zastosować dwa dodatkowe leki w przypadku bólu zlokalizowanego w jamie brzusznej z komponentą spastyczną. Są to:

²² R. Olszanecki, P. Wołkow, J. Jawień, *Farmakologia*, Warszawa 2012, s. 88-165.

²³ K. Burak, *Farmakologia dla Ratowników Medycznych*, Legnica 2012, s. 13-14.

²⁴ E. Obuchowicz, A. Małecki, K. Kmiecik-Kołada, B. Okopień, *Farmakologia dla studentów i absolwentów kierunków medycznych*, Mysłowice 2011, s. 193-200.

– drotaweryna (no-spa) – lek przede wszystkim o działaniu rozkurczowym stosowany przy skurczach mięśni gładkich. Najczęściej stosowany w bolesnych miesiączkach. Nie należy stosować u pacjentów z niskim ciśnieniem. Dawka zalecana to od 40 – 80 mg dożylnie lub domięśniowo²⁵.

– papaweryna – lek o działaniu rozkurczowym mięśni gładkich przewodu pokarmowego oraz dróg moczowych. Przeciwskazaniem do podania papaweryny są zaburzenia rytmu serca, jaskra, hipotonia, dławica piersiowa a także rozrost gruczołu krokowego. Dawkowanie u dorosłych to od 40-80 mg dożylnie lub domięśniowo²⁶.

Powyżej zostały opisane leki, które mogą zostać zastosowane samodzielnie przez ratowników medycznych na podstawowych zespołach ratownictwa medycznego. Nie zapominajmy jednak o specjalistycznych zespołach ratownictwa medycznego oraz lotniczych pogotowiach ratunkowych. W tych zespołach znajdują się dodatkowe leki przeciwbólowe, które może podać ratownik medyczny pod nadzorem lekarza. Są to:

– deksketoprofen – kolejny lek z grupy niesteroidowych leków przeciwzapalnych. Jest pochodną kwasu propionowego. Działa przeciwzapalnie, przeciwbólowo i przeciwgorączkowo. Deksketoprofen podaje się przy bólach o umiarkowanym nasileniu. Przeciwskazaniem są astma, obrzęk naczynioruchowy, podobnie jak w reszcie leków z tej grupy nie można go podawać przy chorobie wrzodowej żołądka, skazie krwotocznej, niewydolności serca, wątroby i nerek. Zalecana dawka to 50 mg dożylnie²⁷.

– ketamina – środek działający znieczulająco. Jest pochodną fencyklidyny i antagonistą receptorów muskarynowych w ośrodkowym układzie nerwowym. Ketamina działa również przeciwbólowo, nasennie i powoduje niepaamięć. Stosuje się ją jako środek znieczulający podczas krótkich zabiegów, ale również jako środek przeciwbólowy. Leku nie można podać w przypadku ciąży, rzucawki, chorób serca, schizofremii. Ketaminę podajemy domięśniowo lub dożylnie w dawce 0,25 – 0,5 mg/kg m.c²⁸.

²⁵ D. Cenajek-Musiał, I. Okulicz-Kozaryn, *Szczegółowe omówienie leków stosowanych w medycznych działaniach ratunkowych*, [w:] *Repetitorium z medycyny ratunkowej*, Poznań 2017.

²⁶ Ibidem.

²⁷ Zob. <https://www.mp.pl/pacjent/leki/subst.html?id=4348> (dostęp: 11.10.2021).

²⁸ R. Olszanecki, P. Wołkow, J. Jawień, *Farmakologia*, Warszawa 2012, s. 88-165.

- propofol – bardzo silnie, ale krótko działający anestetyk. Nie działa on przeciwbólowo, ale w ciężkich urazach stosowany jest jako lek wspomagający, na przykład z ketaminą. Stosowny do znieczulenia ogólnego i sedacji. Przeciwwskazaniem jest uczulenie na soję. Nie można stosować do znieczuleń podczas cięcia cesarskiego, ponieważ propofol może wywołać depresję oddechową u nowo narodzonego dziecka. Nie stosuje się również do sedacji u dzieci poniżej 16. roku życia, a jeśli chodzi o znieczulenia ogólne to nie wdraża się tego leku do pierwszego roku. Dawka stosowana 0,5 mg/kg m. c²⁹.
- metoksyfluran jest środkiem o działaniu analgetycznym, ale również antyhiperalgetycznym. Zapobiega on przekazywaniu bodźców bólowych z obwodowego układu nerwowego do ośrodkowego układu nerwowego. Lek ten stosowany może być u osób po urazie, jednak warunkiem jest, że poszkodowany samodzielnie oddycha, ponieważ lek ten dostępny jest jako inhalator. Z badań wynika, że metoksyfluran jest jednym z najszybciej działających leków przeciwbólowych. Pierwsze wdechy zmniejszają nasilenie bólu u pacjenta nawet o 3 stopnie. Czas działania przy użyciu ciągłym to około 30 minut, a przy przerywanym około godziny³⁰.

Ministerstwo Zdrowia stworzyło cztery dokumenty ukazujące dobre praktyki leczenia bólu:

²⁹ Ibidem.

³⁰ J. Woroń, K. Nadolny, R. Ładny, R. Gałązkowski, *Farmakoterapia bólu pourazowego – dlaczego metoksyfluran jest tak ważny w praktyce ratownika medycznego*, „Na Ratunek”, nr 5/18, s. 47-51.

– u dorosłych w specjalistycznych zespołach ratownictwa medycznego i lotniczych zespołach ratownictwa medycznego:

NATEŻENIE BÓLU (NRS)	BÓL O ETIOLOGII NIEURAZOWEJ			BÓL O ETIOLOGII URAZOWEJ
	ból głowy	ból w obrębie klatki piersiowej	ból w obrębie jamy brzusznej	urazy, oparzenia
ból łagodny 1 – 4 pkt	ibuprofen 800 mg p.o. i/lub paracetamol 1000 mg p.o.	metamizol 2,5 g i.v./i.m.	metamizol 2,5 g i.v./i.m. + drotaweryna 80 mg i.v./i.m. ⁽³⁾	fentanyl 1,0 µg/kg m.c. i.v./i.o. ^{(6), (8)} lub morfina 0,1-0,2 mg/kg m.c. i.v./i.o. ^{(2), (4)}
	paracetamol 1000 mg p.o. ⁽¹⁾			lub ketamina 0,25-0,5 mg/kg m.c. i.v./i.o. lub ketamina 0,25-0,5 mg/kg m.c. i.v./i.o. + propofol 0,5 mg/kg m.c. i.v. lub metoksyluran – wzlewnie + postępowanie niefarmakologiczne ⁽⁷⁾
ból umiarkowany 5 – 7 pkt	ibuprofen 800 mg p.o. i/lub metamizol 2,5 g i.v. lub ketoprofen 100 mg i.v. ⁽⁸⁾ / deksketoprofen 50 mg i.v.	morfina 0,1-0,2 mg/kg m.c. i.v./i.o. ⁽²⁾ i/lub metamizol 2,5 g i.v.	metamizol 2,5 g i.v. + drotaweryna 80 mg i.v. ⁽³⁾	
	fentanyl 0,5-1,0 µg/kg m.c. i.v./i.o. ⁽¹⁾			
ból silny/ ekstremalny 8 – 10 pkt	fentanyl 0,5-1,0 µg/kg m.c. i.v./i.o.	morfina 0,1-0,2 mg/kg m.c. i.v./i.o. ⁽²⁾ i/lub metamizol 2,5 g i.v.	morfina 0,1-0,2 mg/kg m.c. i.v./i.o. ^{(2), (4)} lub fentanyl 0,5-1,0 µg/kg m.c. i.v./i.o.	

(1) W przypadku podejrzenia cech krwawienia do OUN lub występowania przeciwwskazań do NLPZ i/lub metamizolu.

(2) W przypadku nieskutecznej kontroli bólu dawkę można powtarzać co 5 minut do uzyskania istotnej redukcji bólu, wystąpienia sedacji lub jakościowych zaburzeń świadomości.

(3) Drotaweryna tylko w przypadku występowania stanów spastycznych mięśniówki gładkiej przewodu pokarmowego, dróg moczowych.

(4) Przy braku przeciwwskazań.

(5) W przypadku nieskutecznej kontroli bólu dawkę można powtarzać co 15 minut do uzyskania istotnej redukcji bólu, wystąpienia sedacji lub jakościowych zaburzeń świadomości.

(6) Zaleca się zachowanie ostrożności w urazach obejmujących klatkę piersiową.

(7) Postępowanie niefarmakologiczne: sterylne opatrunki hydrożelowe, elewacja kończyny, stabilizacja kończyny w osi itd.

(8) Ketoprofen - uzupełnić do 100 ml 0,9% roztworem chlorku sodu i podawać w ciągu ½ do 1 godzin.

Ryc. 6 Dobre praktyki leczenia bólu u dorosłych w specjalistycznych zespołach ratownictwa medycznego i lotniczych zespołach ratownictwa medycznego [33]

– u dzieci w specjalistycznych zespołach ratownictwa medycznego i lotniczych zespołach ratownictwa medycznego:

NATEŻENIE BÓLU	BÓL O ETIOLOGII NIEURAZOWEJ ⁽⁴⁾		BÓL O ETIOLOGII URAZOWEJ urazy, oparzenia
	Wiek		
	0-12 lat	> 12 lat	0-18 lat
ból łagodny	paracetamol 15 mg/kg m.c. i.v./i.o.	paracetamol 15 mg/kg m.c. i.v./i.o.	morfina 0,1 mg/kg m.c. i.v./i.o. lub fentanyl 1-3 µg/kg m.c. i.v./i.o. lub ketamina 0,25-0,5 mg/kg m.c. i.v./i.o. ^{(2), (4)} + postępowanie niefarmakologiczne ⁽³⁾
	ibuprofen 10 mg/kg m.c. p.o. ⁽¹⁾	ibuprofen 10 mg/kg m.c. p.o.	
ból umiarkowany	paracetamol 15 mg/kg m.c. i.v./i.o.	paracetamol 15 mg/kg m.c. i.v./i.o.	
	ibuprofen 10 mg/kg m.c. p.o. ⁽¹⁾ lub morfina 0,1 mg/kg m.c. i.v./i.o.	ibuprofen 10 mg/kg m.c. p.o. lub ketoprofen 50-100 mg i.v./i.o. ^{(2), (5)} lub morfina 0,1 mg/kg m.c. i.v./i.o.	
ból silny/ ekstremalny	morfina 0,1 mg/kg m.c. i.v./i.o.	morfina 0,1 mg/kg m.c. i.v./i.o. lub fentanyl 1-3 µg/kg m.c. i.v./i.o.	

(1) Dotyczy pacjentów powyżej 3 miesiąca życia.

(2) Dotyczy pacjentów powyżej 15 roku życia.

(3) Postępowanie niefarmakologiczne: sterylne opatrunki hydrożelowe, elewacja kończyny, stabilizacja kończyny w osi itd.

(4) W bólach o charakterze skurczowym zlokalizowanych w jamie brzusznej rekomenduje się podanie drotaweryny w dawce zależnej od masy ciała i wieku dziecka. Dawkowanie: 0-6 lat 40-120 mg/ 24h, powyżej 6 lat 40-240 mg/24h.

(5) Ketoprofen - uzupełnić do 100 ml 0,9% roztworem chlorku sodu i podawać w ciągu ½ do 1 godzin.

Ryc. 7 Dobre praktyki leczenia bólu u dorosłych w specjalistycznych zespołach ratownictwa medycznego i lotniczych zespołach ratownictwa medycznego [33]

– u dorosłych w podstawowych zespołach ratownictwa medycznego:

NATEŻENIE BÓLU (NRS)	BÓL O ETIOLOGII NIEURAZOWEJ			BÓL O ETIOLOGII URAZOWEJ
	ból głowy	ból w obrębie klatki piersiowej	ból w obrębie jamy brzusznej	urazy, oparzenia
ból łagodny 1 – 4 pkt	ibuprofen 800 mg p.o. i/lub paracetamol 1000 mg p.o. paracetamol 1000 mg p.o. ⁽¹⁾	metamizol 2,5 g i.v./i.m.	metamizol 2,5 g i.v./i.m. + drotaweryna 80mg i.v./i.m. ⁽³⁾	fentanył 1,0 µg/kg m.c. i.v./i.o. ^{(5),(6)} lub morfina 0,1-0,2 mg/kg m.c. i.v./i.o. ^{(2),(4)} + postępowanie niefarmakologiczne ⁽⁷⁾
ból umiarkowany 5 – 7 pkt	ibuprofen 800 mg p.o. i/lub metamizol 2,5 g i.v. lub ketoprofen 100 mg i.v. ⁽⁸⁾ fentanył 0,5-1,0 µg/kg m.c. i.v./i.o. ⁽⁵⁾	morfina 0,1-0,2 mg/kg m.c. i.v./i.o. ⁽²⁾ i/lub metamizol 2,5 g i.v.	metamizol 2,5 g i.v. + drotaweryna 80mg i.v. ⁽³⁾	
ból silny/ ekstremalny 8 – 10 pkt	fentanył 0,5-1,0 µg/kg m.c. i.v./i.o.	morfina 0,1-0,2 mg/kg m.c. i.v./i.o. ⁽²⁾ i/lub metamizol 2,5 g i.v.	morfina 0,1-0,2 mg/kg m.c. i.v./i.o. ^{(2),(4)} lub fentanył 0,5-1,0 µg/kg m.c. i.v./i.o.	

(1) W przypadku podejrzenia cech krwawienia do OUN lub występowania przeciwwskazań do NLPZ i/lub metamizolu.

(2) W przypadku nieskutecznej kontroli bólu dawkę można powtarzać co 5 minut do uzyskania istotnej redukcji bólu, wystąpienia sedacji lub jakościowych zaburzeń świadomości.

(3) Drotaweryna tylko w przypadku występowania stanów spastycznych mięśniówki gładkiej przewodu pokarmowego, dróg moczowych.

(4) Przy braku przeciwwskazań.

(5) W przypadku nieskutecznej kontroli bólu dawkę można powtarzać co 15 minut do uzyskania istotnej redukcji bólu, wystąpienia sedacji lub jakościowych zaburzeń świadomości.

(6) Zaleca się zachowanie ostrożności w urazach obejmujących klatkę piersiową.

(7) Postępowanie niefarmakologiczne: sterylne opatrunki hydrożelowe, elewacja kończyn, stabilizacja kończyn w osi itd.

(8) Ketoprofen - uzupełnić do 100 ml 0,9% roztworem chlorku sodu i podawać w ciągu ½ do 1 godzin.

Ryc. 8 Dobre praktyki leczenia bólu u dorosłych w podstawowych zespołach ratownictwa medycznego [33]

– u dzieci w podstawowych zespołach ratownictwa medycznego:

NATEŻENIE BÓLU	BÓL O ETIOLOGII NIEURAZOWEJ ⁽⁴⁾		BÓL O ETIOLOGII URAZOWEJ
	wiek		
	0-12 lat	> 12 lat	urazy, oparzenia
ból łagodny	paracetamol 15 mg/kg m.c i.v./i.o	paracetamol 15 mg/kg m.c i.v./i.o	morfina 0,1 mg/kg m.c i.v/i.o. lub fentanyl 1-3 µg/kg m.c. i.v./i.o. + postępowanie niefarmakologiczne ⁽⁵⁾
	ibuprofen 10 mg/kg m.c. p.o. ⁽¹⁾	ibuprofen 10 mg/kg m.c. p.o.	
ból umiarkowany	paracetamol 15 mg/kg m.c i.v./i.o	paracetamol 15 mg/kg m.c i.v./i.o.	
	ibuprofen 10 mg/kg m.c. p.o. ⁽¹⁾ lub morfina 0,1 mg/kg m.c i.v/i.o.	ibuprofen 10 mg/kg m.c. p.o. lub ketoprofen 50-100 mg i.v./i.o. ⁽²⁾⁽⁵⁾ lub morfina 0,1 mg/kg m.c i.v/i.o.	
	morfina 0,1 mg/kg m.c i.v/i.o.	morfina 0,1 mg/kg m.c i.v/i.o. lub fentanyl 1-3 µg/kg m.c. i.v/i.o.	
ból silny/ ekstremalny	morfina 0,1 mg/kg m.c i.v/i.o.	morfina 0,1 mg/kg m.c i.v/i.o. lub fentanyl 1-3 µg/kg m.c. i.v/i.o.	

(1) Dotyczy pacjentów powyżej 3 miesiąca życia.

(2) Dotyczy pacjentów powyżej 15 roku życia.

(3) Postępowanie niefarmakologiczne: sterylne opatrunki hydrożelowe, elewacja kończyn, stabilizacja kończyn w osi itd.

(4) W bólach o charakterze skurczowym zlokalizowanych w jamie brzusznej rekomenduje się podanie drotaweryny w dawce zależnej od masy ciała i wieku dziecka. Dawkowanie: 0-6 lat 40-120 mg/24h, powyżej 6 lat 40-240 mg/24h.

(5) Ketoprofen - uzupełnić do 100 ml 0,9% roztworem chlorku sodu i podawać w ciągu ½ do 1 godzin.

UWAGA: W ZRM nie zaleca się podawania leków przeciwbólowych domięśniowo i doodbytniczo.

Ryc. 9 Dobre praktyki leczenia bólu u dzieci w podstawowych zespołach ratownictwa medycznego [33]

CEL PRACY

Celem pracy jest określenie w jaki sposób zespoły ratownictwa medycznego radzą sobie z oceną bólu u poszkodowanego oraz jakie podejmują leczenie, by go uśmierzyć. Badania zostały tak przeprowadzone, aby uzyskać odpowiedzi na pytania:

- Kto częściej wzywa zespoły ratownictwa medycznego, kobiety czy mężczyźni?
- W jakim wieku są osoby wzywające zespoły ratownictwa medycznego?
- Do jakich dolegliwości bólowych zespoły ratownictwa medycznego wzywane były najczęściej?
- Czy ból był spowodowany chorobą czy nieszczęśliwym wypadkiem?
- Czy podczas wizyty wdrożono leczenie przeciwbólowe? Jeśli tak, jakie zostały podane leki?
- Czy pacjent był pod wpływem alkoholu?
- W jakim stopniu poszkodowani oceniali natężenie bólu przed i po podaniu leków przeciwbólowych?

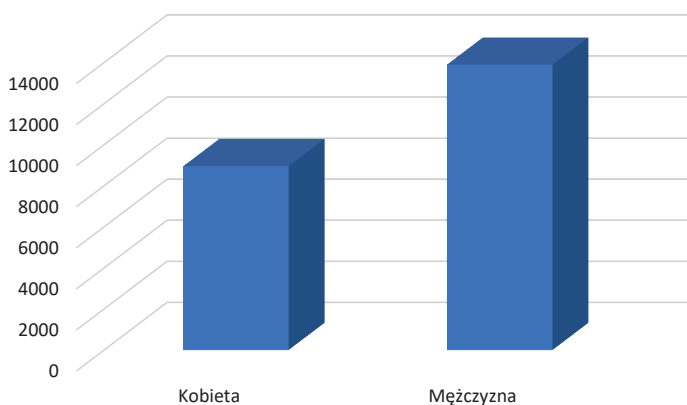
MATERIAŁ I METODYKA

Badania przeprowadzono na podstawie danych uzyskanych z Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego na podstawie Kart Medycznych Czynności Ratunkowych zespołów ratownictwa medycznego Stacji Pogotowia Ratunkowego w Częstochowie w latach 2018-2019. Spośród wszystkich wyjazdów wyodrębniono 22 867 interwencji związanych z bólem. Zebrane dane przedstawiono w formie tabelek oraz wykresów.

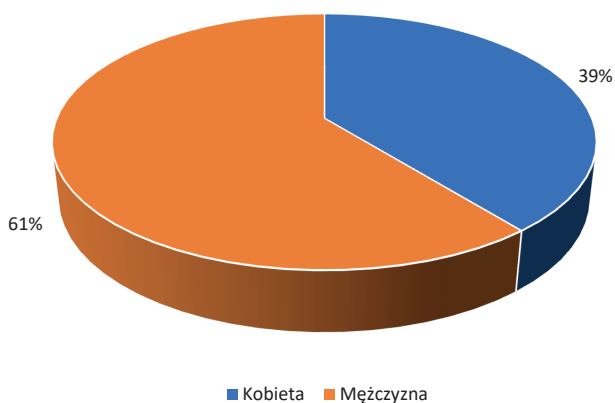
Wyniki

Tabela 1. Płeć poszkodowanych objętych badaniem

Płeć	Liczba poszkodowanych	Procent
Kobieta	8959	39%
Mężczyzna	13908	61%
RAZEM	22867	100%



Wykres 1. Płeć poszkodowanych objętych badaniem

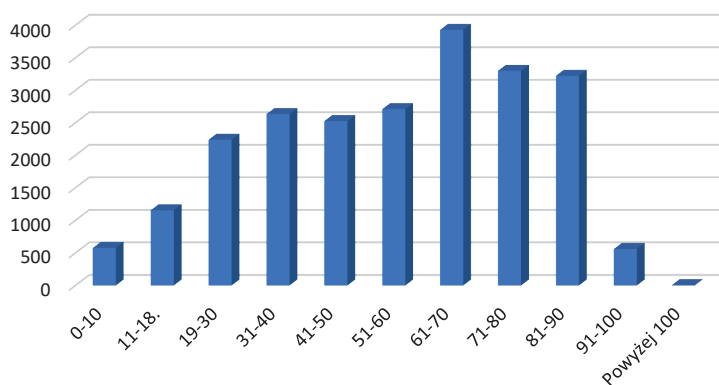


Wykres 2. Płeć poszkodowanych objętych badaniem – udział procentowy

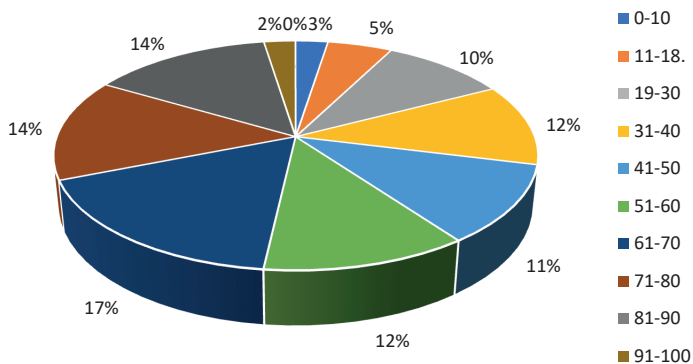
Tabela 2. Wiek poszkodowanych objętych badaniem

Wiek	Liczba poszkodowanych	Procent
0-10	577	3%
11-18	1155	5%
19-30	2240	10%
31-40	2634	12%
41-50	2528	11%
51-60	2711	12%

Wiek	Liczba poszkodowanych	Procent
61-70	3931	17%
71-80	3301	14%
81-90	3224	14%
91-100	561	2%
Powyżej 100	5	0%
RAZEM	22867	100%



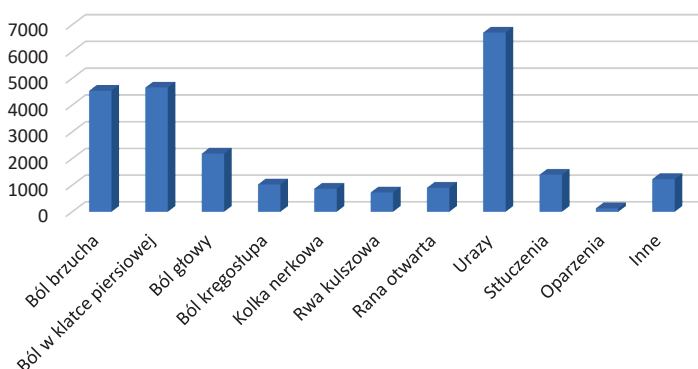
Wykres 3. Wiek poszkodowanych objętych badaniem

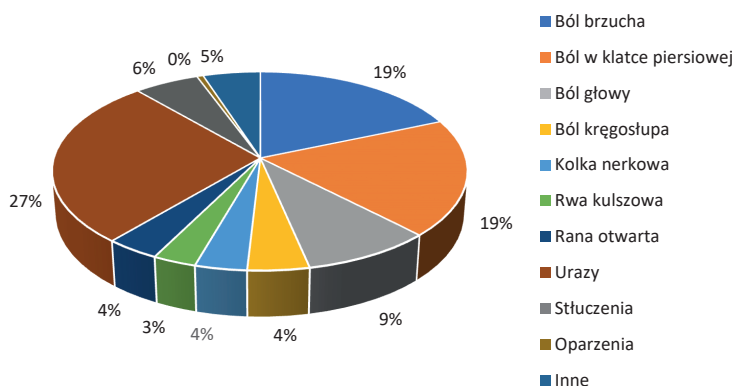


Wykres 4. Wiek poszkodowanych objętych badaniem – udział procentowy

Tabela 3. Rodzaj bólu poszkodowanych objętych badaniem

Ból	Ilość	Procent
Ból brzucha	4538	19%
Ból w klatce piersiowej	4661	19%
Ból głowy	2190	9%
Ból kręgosłupa	1033	4%
Kolka nerkowa	872	4%
Rwa kulszowa	730	3%
Rana otwarta	907	4%
Urazy	6710	27%
Stłuczenia	1400	6%
Oparzenia	136	0%
Inne	1232	5%
RAZEM	24409	100%

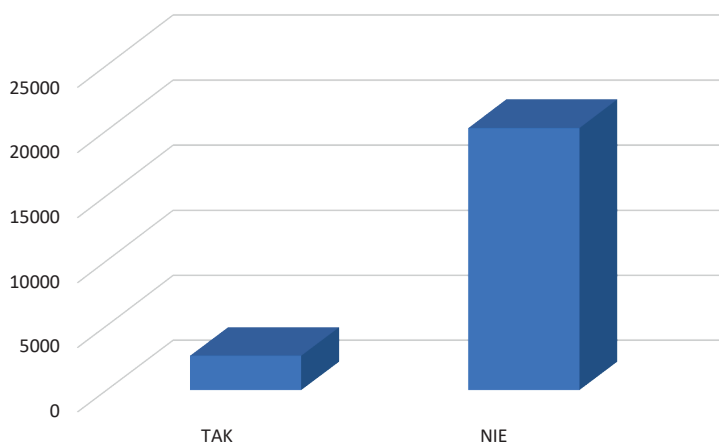
**Wykres 5. Rodzaj bólu poszkodowanych objętych badaniem**



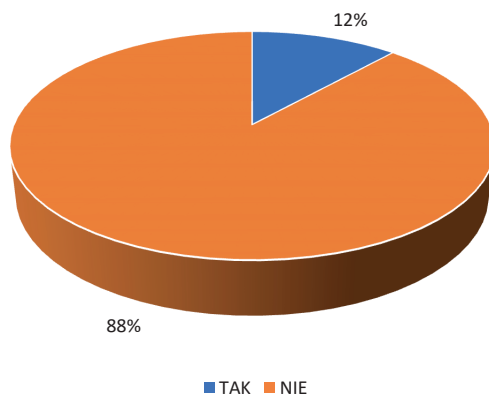
Wykres 6. Rodzaj bólu poszkodowanych objętych badaniem – udział procentowy

Tabela 5. Leczenie przeciwbólowe zastosowane u poszkodowanych objętych badaniem

Podano lek	Liczba poszkodowanych	Procent
TAK	2677	12%
NIE	20190	88%
RAZEM	22867	100%



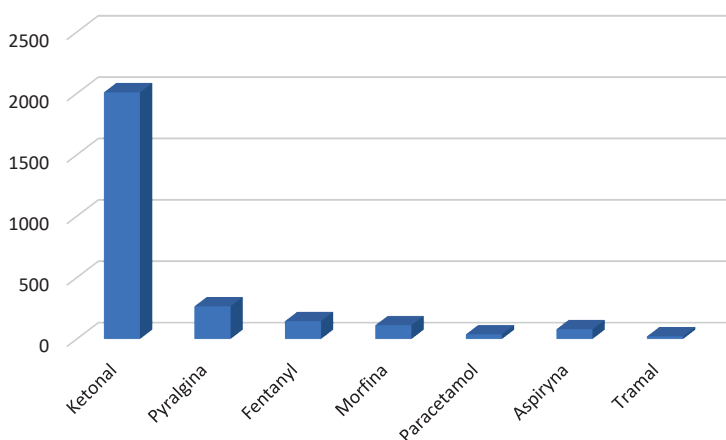
Wykres 7. Leczenie przeciwbólowe zastosowane u poszkodowanych objętych badaniem



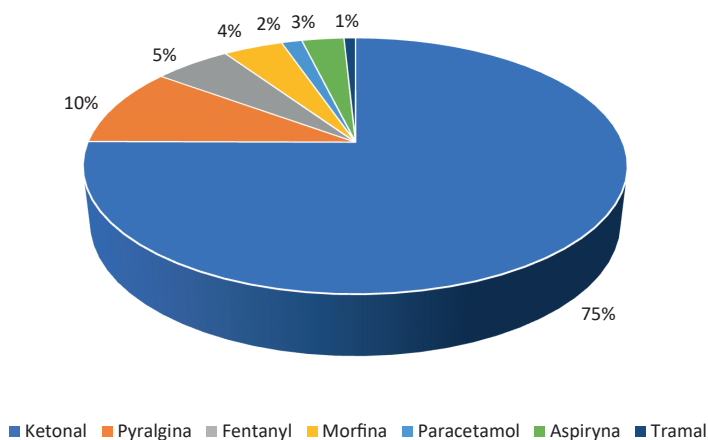
Wykres 8. Leczenie przeciwbólowe zastosowane u poszkodowanych objętych badaniem – udział procentowy

Tabela 6. Leki przeciwbólowe zastosowane u poszkodowanych objętych badaniem

Leki	Ilość	Procent
Ketonal	2010	75%
Pyralgina	267	10%
Fentanyl	146	5%
Morfina	113	4%
Paracetamol	39	2%
Aspiryna	80	3%
Tramal	22	1%
RAZEM	2677	100%



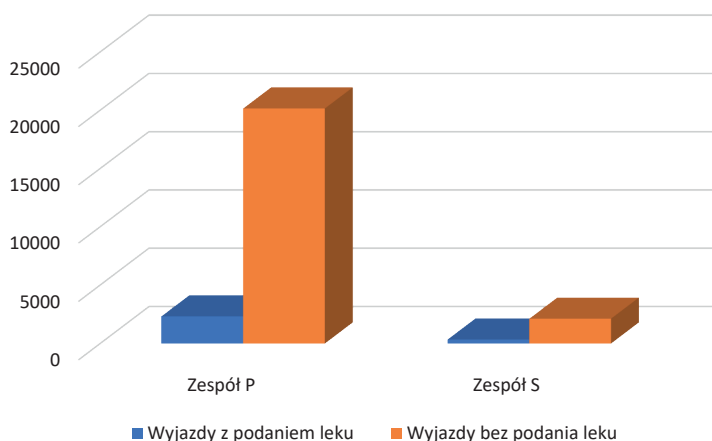
Wykres 9. Leki przeciwbólowe zastosowane u poszkodowanych objętych badaniem



Wykres 10. Leki przeciwbólowe zastosowane u poszkodowanych objętych badaniem – udział procentowy

Tabela 10. Częstość podawania leków przez zespoły ratownictwa medycznego

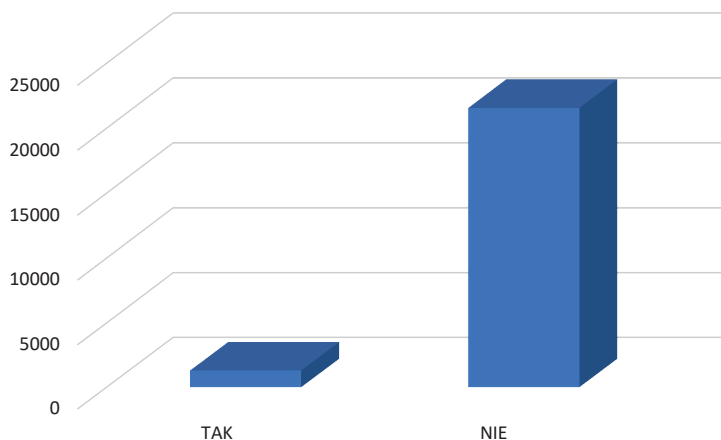
	Zespół P	Procent	Zespół S	Procent
Wyjazd z podaniem leku	2330	10%	347	14%
Wyjazd bez podania leku	20158	90%	2132	86%
RAZEM	20388	100%	2479	100%



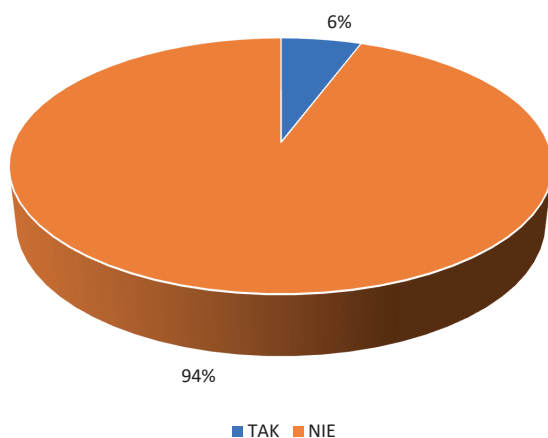
Wykres 11. Częstość podawania leków przez zespoły ratownictwa medycznego

Tabela 11. Obecność alkoholu u poszkodowanych objętych badaniem

Wpływ alkoholu	RAZEM	Procent
TAK	1304	6%
NIE	21563	94%
RAZEM	22867	100%



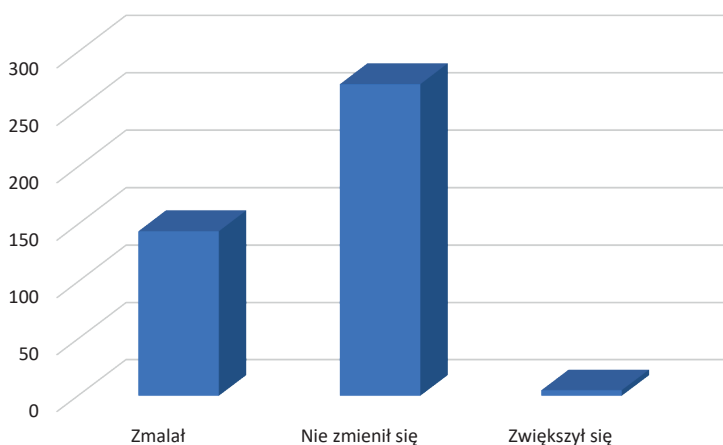
Wykres 12. Obecność alkoholu u poszkodowanych objętych badaniem



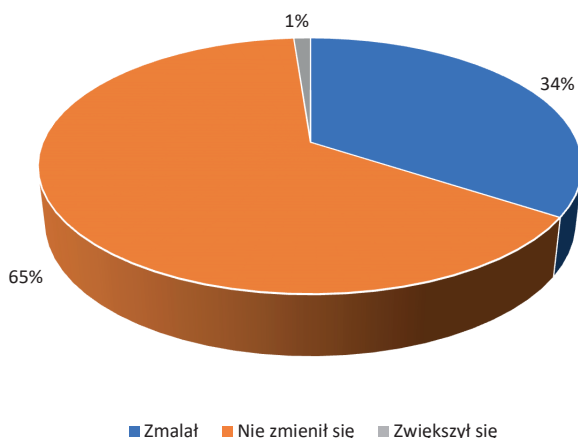
Wykres 13. Obecność alkoholu u poszkodowanych objętych badaniem – udział procentowy

Tabela 14. Reakcja poszkodowanych na zastosowane leczenie

Ból	Ilość	Procent
Zmalał	144	34%
Nie zmienił się	272	65%
Zwiększył się	5	1%
RAZEM	421	100%



Wykres 14. Reakcja poszkodowanych na zastosowane leczenie



Wykres 15. Reakcja poszkodowanych na zastosowane leczenie – udział procentowy

Omówienie wyników

Działanie przeciwbólowe jest bardzo ważnym czynnikiem w całym procesie leczenia. Niestety, bardzo często przez jest ono bagatelizowane przez personel medyczny, co wynika z przeprowadzonych badań.

Praca podzielona została na dwa okresy. W pierwszym z nich przeanalizowano dane statystyczne z całych dwóch badanych lat, zaś drugi okres to grudzień 2019, kiedy po nowelizacji zespoły ratownictwa medycznego powinny wprowadzać skalę bólu NRS w system SWD.

Z pozyskanych danych wynika, że do bólu znacznie częściej wzywają mężczyźni. Jest to 13 908 przypadków przez dwa lata, co stanowi 61% wszystkich wypadków.

Najczęściej do bólu wzywają osoby w przedziale wiekowym 61-70 lat. Na drugim miejscu wzywały osoby od 71 do 90 roku życia. Było to po 14% w każdym okresie. Na podobnym pułapie 10-12% plasowały się przedziały 19-30 lat, 31-40 lat, 41-50 lat i 51-60 lat. Najrzadziej wyjeżdżało się do dzieci oraz osób po 91 roku życia.

Najbardziej zgłaszanym bólem był ból urazowy (27%), następnie ból brzucha i ból w klatce piersiowej (po 19%). W całym badanym okresie bardzo rzadko jeździło się do rwy kulszowej (730 przypadków) oraz do oparzeń (136 poszkodowanych). Należy tu zwrócić uwagę, że w niektórych

przypadkach osoba wzywająca zespół ratownictwa medycznego zgłaszała więcej niż jeden ból związany z różnymi okolicami ciała. Dlatego też liczba ta nie zgadza się z ilością poszkodowanych, u których potrzebna była pomoc.

Biorąc pod uwagę przyczynę zaistniałego bólu w ciągu dwóch lat w 57% zespoły wyjeżdżały do zachorowań, a w 38% przypadków był to ból wynikający z wypadku. U 1 232 osób personel medyczny wpisał rozpoznanie R52: Ból gdzie indziej niesklasyfikowany.

Niestety pomimo zgłaszanego bólu tylko 12% poszkodowanych otrzymało leki przeciwbólowe, co może świadczyć o tym że zespoły ratownictwa medycznego, zarówno podstawowe, jak i specjalistyczne, nie są skłonne do leczenia przeciwbólowego.

Najpopularniejszym lekiem przeciwbólowym podawanym osobom cierpiącym był ketonal, stanowiący to aż 75% wszystkich podanych leków. Na drugim miejscu plasowała się pyralgina (267), na trzecim fentanyl (146). Tylko w 22 przypadkach podany został tramal.

Do zgłoszeń na 22 867 wyjazdów w 20 388 przypadkach wysyłano zespoły podstawowe, natomiast tylko w 11% do bólu wyjechały zespoły specjalistyczne.

W niniejszej pracy porównano podaż leków przeciwbólowych między zespołami podstawowymi a specjalistycznymi.

W zespole „P” poszkodowani najczęściej otrzymywali ketonal (1807). Następnie pyralginę (240), fentanyl (98), morfinę (86), aspirynę (63) oraz paracetamol (36). Troszeczkę inaczej podział ten wyglądał w zespołach „S”. Również na pierwszym miejscu stosowany był ketonal (203). Dopiero później doszło do zmian. W zespołach specjalistycznych bardziej popularny okazał się fentanyl (48), a dopiero na trzecim miejscu na równi stosowano pyralginę i morfinę (po 27). W leczeniu przeciwbólowym z racji możliwości wdrażano również tramal w (22 przypadkach). Na przedostatnim miejscu plasowała się aspiryna zastosowana u 17 osób, zaś tylko u 3 chorych podano paracetamol.

Jak to przekłada się na porównanie częstość podawanych leków przez zespoły?

Niestety, zarówno zespoły podstawowe, jak i specjalistyczne, bardzo rzadko wdrażają leczenie przeciwbólowe, tym samym uśmierzając ból u poszkodowanego. Pomimo ogromnej ilości wyjazdów zespół „P” leczenie stosował tylko w 10% przypadków, a, przypomnijmy, mieli ich aż 20 388,

z czego tylko u 2 330 osób próbowano zwalczyć ból. Niewiele lepsze były specjalistyczne zespoły. Na 2 479 wyjazdów tylko u 374 poszkodowanych zastosowali środki przeciwbólowe, co stanowi 14% całości. Także zespoły „S” są bardziej skłonne do podawania leków, niestety dalej jest to niewielki odsetek zwalczania bólu.

Podczas wyjazdów personel medyczny tylko u 6% osób stwierdził, że poszkodowany jest pod wpływem alkoholu.

WNIOSKI

1. W związku z przypadłościami bólowymi zespoły ratownictwa medycznego częściej wzywają mężczyźni. Stanowią oni 61% wszystkich wyjazdów.
2. Do bólu wzywają osoby w każdym wieku, ale najczęściej są to poszkodowani między 61.-70. rokiem życia – 17%, zaś najmniej pacjentów bólowych odnotowano od 91. roku.
3. Najczęściej personel medyczny wyjeżdżał do urazów (6710), bólów w klatce piersiowej (4661) oraz bólów brzucha (4538).
4. W 57% przypadkach ból spowodowany był chorobą, a w 38% nieszczęśliwym wypadkiem.
5. Tylko u 12% poszkodowanych wdrożono leczenie przeciwbólowe, a najczęściej stosowanym lekiem, zarówno w zespołach specjalistycznych, jak i podstawowych, był ketonal (75%), następnie sięgano po pyralginę (10%), a najrzadziej stosowano tramal – tylko podczas 1% wszystkich przypadków.
6. Z 22 867 wyjazdów aż 20 388 zadysponowany został zespół podstawowy, co stanowiło 89% wszystkich wyjazdów. Mimo tak ogromnej liczby interwencji zespoły te tylko w 10% przypadkach wdrożyły leczenie przeciwbólowe. Zespoły „S”, wyjeżdżając tylko 2479 razy, częściej stosowały leczenie bólu. Personel medyczny karetek specjalistycznych podczas swoich wyjazdów zastosował leczenie u 14% poszkodowanych.

Na podstawie przeanalizowanych danych można stwierdzić, że personel medyczny na terenie Częstochowy bardzo rzadko wdraża u poszkodowanych leczenie środkami przeciwbólowymi. Na 22 867 wyjazdów leczenie

przeciwbólowe zastosowane było tylko w 2 677 przypadkach, co stanowi 12%.

BIBLIOGRAFIA

- Bryja M., Kosiński S., Wojtaszowicz R., *Badanie bólu przez ratowników medycznych*, „Anestezjologia i Ratownictwo” 2013, nr 7, s. 139-144.
- Burak K., *Farmakologia dla Ratowników Medycznych*, Legnica 2012, s. 13-14.
- Cenajek-Musiał D., Okulicz-Kozaryn I., *Szczegółowe omówienie leków stosowanych w medycznych działaniach ratunkowych*, [w:] *Repetitorium z medycyny ratunkowej*, Poznań 2017.
- Dahl J.B., Møiniche S., *Pre-emptive analgesia*, „British Medical Bulletin” 2004, s. 13-27.
- Dobrogowski J., Wordliczek J., „Medycyna Bólu”, Warszawa 2004.
- Drygas A., *Walka z bólem w aspekcie historycznym*, „Farmacja Polska” 1983, nr 39(4), s. 225-228.
- Filipczyk-Bryniarska I., Bryniarski K., Woron J., Wordliczek J., *Mechanizmy przewodzenia bólu. Rola układu odpornościowego w regulacji odczuwania bólu*, „Anestezjologia i Ratownictwo” 2010, nr 4, s. 500-509.
- Hilgier M., *Historia i leczenie bólu przewlekłego*, „Nowa Medycyna” 2001, R. 8, z. 110, nr 2, s. 2-4.
- International Association for the Study of Pain, IASP Taxonomy 1979, 2008.
- Jabłeczka A., Jankowski J., Korzeniowska K., *Niesteroidowe leki przeciwzapalne*, „Farmacja Współczesna” 2010, nr 3, s. 192-197.
- Kocot-Kępska M., Dobrogowski J., *Neurologia, znieczulenie regionalne i terapia bólu*, Kraków 2011, s. 239-253.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. z 1997 r., Nr 78, poz. 483 z późn. zm.).
- Obuchowicz E., Małecki A., Kmiecik-Kołada K., Okopień B., *Farmakologia dla studentów i absolwentów kierunków medycznych*, Mysłowice 2011, s. 193-200.
- Olszanecki R., Wołkow P., Jawień J., *Farmakologia*, Warszawa 2012, s. 88-165.
- Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 roku w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. z dnia 2 marca 2018 r., poz. 469).
- Scherpereel P., *Najnowsze postępy wiedzy na temat mechanizmów i leczenia bólu*, „Anestezjologia i Ratownictwo” 2010, nr 4, s. 35-39.
- Szczeklik A., *Choroby wewnętrzne. Kompendium Medycyny Praktycznej*, Kraków 2009.
- Thornwald J., *Dawna medycyna. Jej tajemnice i potęga*, Kraków 2017.

Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 r. (Dz. U. z 2006 r., Nr 191, poz. 1410).

Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z 11 maja 2017 roku (Dz. U. z dnia 26 kwietnia 2017 r., poz. 836).

Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, ustawy o działalności leczniczej oraz ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2015, poz. 1887).

Wordliczek J., Dobrogowski J., *Leczenie Bólu*, Warszawa 2007, s. 240-249.

Woroń J., Nadolny K., Ładny R., Gałązkowski R., *Farmakoterapia bólu pourazowego – dlaczego metoksyfluran jest tak ważny w praktyce ratownika medycznego*, „Na Ratunek”, nr 5/18, s. 47-51.

Zahradniczek K., *Pielęgniarstwo*, Warszawa 2006, s. 3-4.

Żylicz Z., Krajnik M., *Jak powstaje ból? Neurofizjologia bólu dla początkujących*, „Polska Medycyna Paliatywna” 2003, nr 2, s. 49-55.

Źródła internetowe:

<https://www.mp.pl/bol/wytyczne/184381,przewodnik-leczenia-bolu-bol-jestobjawem-subiektywnym-jak-go-oceniac> (dostęp: 11.10.2021) <https://www.mp.pl/bol/wytyczne/91404,skale-oceny-bolu> (dostęp: 11.10.2021) <https://opiekunblog.blogspot.com/2017/05/> (dostęp: 11.10.2021) <https://athleticomed.pl/strefa-pacjenta/ankiety-do-samooceny-bolu/> (dostęp: 11.10.2021) <https://www.mp.pl/ratownictwo/na-dyzurze/202081,jak-ocenic-bol> (dostęp: 11.10.2021)

https://ekspercidlazdrowia.pl/wp-content/uploads/2018/06/raport_standardy-ratownictwo.pdf (dostęp: 11.10.2021) <https://www.mp.pl/pacjent/leki/subst.html?id=4348> (dostęp: 11.10.2021) <https://www.gov.pl/web/zdrowie/dobre-praktyki-leczenia-bolu> (dostęp: 11.10.2021)

NIE ATAKUJ PRACOWNIKA PUNKTU SZCZEPIEŃ

Łukasz Ćwienkowski

Adwokat

Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej

“DON’T ASSAULT THE MEDIC AT THE VACCINATION POINT” CAMPAIGN

SUMMARY

The hereby article relates to the informational campaign „Don’t assault the medic,” initiated by a lawyer Łukasz Ćwienkowski. The article analyzes the draft regulation amending the act on preventing and combating infections and infectious diseases among humans, regarding the legal protection of the vaccination points employees. The article is an analysis of the applicable legal regulations providing for legal protection of medical workers.

Keywords: vaccinations, pandemic, COVID-19, law regulations.

STRESZCZENIE

Niniejszy artykuł odnosi się do akcji informacyjnej „Nie atakuj medyka”, której autor, jako adwokat, Łukasz Ćwienkowski jest inicjatorem. W artykule poddano analizie projektowany przepis nowelizujący ustawę o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi dot. ochrony prawnej pracowników punktów szczepień, a także analizę obowiązujących przepisów prawnych przewidujących ochronę prawną przysługującą pracownikom medycznym.

Słowa kluczowe: szczepienia, pandemia, COVID-19, regulacje.

W trudnym czasie pandemii niewątpliwie mamy do czynienia z wzmożonymi emocjami wśród społeczeństwa. W związku z ostatnio nasilającymi się atakami na punkty szczepień zaktualizowała się potrzeba wprowadzenia dodatkowych rozwiązań prawnych, zapewniających ochronę pracownikom punktów szczepień. Zgodnie bowiem z art. 2 ustawy z dnia 11 sierpnia 2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2020 r. poz. 1845, z późn. zm. 2) po art. 49, obecnym zamiarem projektodawcy jest dodanie art. 49a w brzmieniu: „Kto narusza nietykalność cielesną osoby przeprowadzającej badanie kwalifikacyjne lub szczepienie ochronne przeciwko COVID-19 lub osoby pomagającej w przeprowadzeniu badania lub szczepienia, której nie przysługuje ochrona prawna należąca funkcjonariuszowi publicznemu, podczas lub w związku z przeprowadzaniem badania lub szczepieniem, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 3”.

Jednocześnie wymaga podkreślenia, że w czasie przygotowania niniejszego artykułu nie zostały jeszcze zakończone prace nad powyższą ustawą, a tym samym przytoczony przepis nie wszedł jeszcze w życie. Godzi się jednak podnieść, iż jakkolwiek pomysł zapewnienia dodatkowej ochrony prawnej pracownikom punktów szczepień należy ocenić pozytywnie, to jednocześnie należy zaznaczyć, iż na czas przygotowania niniejszego artykułu proponowana wersja przepisu w głównej mierze jedynie zaostża odpowiedzialność karną za agresje wobec osób prowadzących badanie kwalifikacyjne lub szczepienie ochronne przeciwko COVID-19, jednocześnie ograniczając rozszerzoną ochronę prawną pracowników punktu szczepień tylko do przypadków naruszenia ich nietykalności cielesnej. Zasadnym wydaje się jednak, iż rozszerzona ochrona prawna wynikająca z nowelizacji ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi winna obejmować swym zakresem również coraz częstsze przypadki agresji słownej skierowanej wobec pracowników punktów szczepień, a także przypadki czynnej napaści. Wszak bowiem nie tylko przemoc fizyczna, ale również ta wyrażona słowem w stosunku do pracowników punktów szczepień, winna spotkać się z surowszą odpowiedzialnością, aniżeli tą, którą przewiduje art. 216 k.k. penalizujący przestępstwo ścigane z oskarżenia prywatnego. Ponadto, ten kto, działając wspólnie i w porozumieniu z inną

osobą lub używając broni palnej, noża lub innego podobnie niebezpiecznego przedmiotu albo środka obezwładniającego, dopuściłby się czynnej napaści wobec osoby pracującej przy szczepieniach winien ponosić surową odpowiedzialność karną. Dodatkowo wydaje się słusznym stanowisko, aby pracownicy punktów szczepień wprost zostali objęci ochroną przewidzianą dla funkcjonariuszy publicznych.

W myśl natomiast obecnie obowiązujących przepisów prawnych osoby atakujące fizycznie czy słownie pracowników medycznych podczas i w związku z wykonywaniem przez nich obowiązków służbowych i tak winny liczyć się z możliwością poniesienia surowych sankcji karnych. Dowodzą o tym zapadające w ostatnim okresie wyroki przewidujące nawet bezwzględną karę pozbawienia wolności wobec osób, które dopuściły się czynnej napaści na medyków. Na wstępie należy jednak podkreślić, że w katalogu osób, którym przysługuje status funkcjonariusza publicznego zawartym w art. 115 § 13 kodeksu karnego, nie odnajdziemy zawodu lekarza, pielęgniarki czy ratownika medycznego. Wyjątkiem będzie tylko sytuacja, gdy medyk wykonywanie zawodu łączy z inną funkcją wskazaną w art. 115 § 13 k.k. Nie oznacza to bynajmniej całkowitego pozbawienia pracowników medycznych ochrony prawnej. Na mocy bowiem przepisów szczególnych powyższym grupom zawodowym została przyznana ochrona przewidziana dla funkcjonariusza publicznego. Przepisy ustaw medycznych nie są jednak jednolite i mogą stwarzać pewne problemy interpretacyjne.

W przypadku lekarzy zastosowanie znajduje art. 44 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry z dnia 5 grudnia 1996 r. (Dz. U. 1997, Nr 28, poz. 152). Lekarzowi przysługuje ochrona prawna należąca funkcjonariuszowi publicznemu, jeżeli wykonuje czynności w ramach świadczeń pomocy doraźnej, a także wtedy, gdy lekarz ma obowiązek udzielenia pomocy, ponieważ zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, niebezpieczeństwo ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, czy też zachodzą inne przypadki niecierpiące zwłoki. Ponadto, lekarz został objęty ochroną, gdy wykonuje zawód w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w tym podmiocie. Ustawodawca objął również ochroną przewidzianą dla funkcjonariuszy publicznych pielęgniarki i położne, a także ratowników medycznych. W myśl

bowiem art. 11 ust. 2 ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnych z dnia 15 lipca 2011 r. (Dz. U. Nr 174, poz. 1039) pielęgniarka i położna podczas i w związku z wykonywaniem czynności polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, określonych w ustawie zawodowej, korzystają z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych na zasadach określonych w kodeksie karnym. Na podstawie natomiast art. 5 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 r. (Dz. U. Nr 191, poz. 1410) z powyższej ochrony korzystają również osoby udzielające pierwszej pomocy albo kwalifikowanej pierwszej pomocy, osoby wchodzące w skład zespołu ratownictwa medycznego, osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w szpitalnym oddziale ratunkowym, a także dyspozytor medyczny podczas wykonywania swoich zadań oraz wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego wykonujący określone ustawowo zadania.

Powyższe grupy pracowników medycznych mogą zatem skorzystać z ochrony prawnej przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych w przypadku ich znieważenia, naruszenia nietykalności cielesnej czy też czynnej napaści. Należy jednak podkreślić, że przepisy szczególne ograniczają ochronę pracowników medycznych do określonych ustawowo czynności zawodowych. Ponadto, muszą zostać zrealizowane znamiona czynów zabronionych skierowanych przeciwko funkcjonariuszom publicznym. Największe zatem trudności w praktyce może przysporzyć ocena, czy pracownikowi medycznemu w danej sytuacji przysługuje status osoby korzystającej z ochrony dla funkcjonariusza publicznego, a ponadto czy agresywne zachowanie pacjenta miało miejsce podczas wykonywania obowiązków służbowych przez medyka, a także czy pozostawało w związku z ich wykonywaniem. W uzasadnieniu postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 28 kwietnia 2016 r. o sygn. I KZP 24/15 zostało wyrażone istotne stanowisko, że za wykonywanie czynności medycznych uznać należy także działanie zmierzające bezpośrednio do ich udzielenia od chwili odebrania zindywidualizowanego wezwania do ich udzielenia lub od chwili podjęcia przez lekarza stosownych działań z własnej inicjatywy. Zgodnie też z powyższym stanowiskiem SN ochrona prawna nie obejmuje okresu pełnienia przez lekarza dyżuru w szpitalnym oddziale ratunkowym, jeśli polega on tylko na oczekiwaniu na wezwanie do wyjazdu załogi karetki pogotowia ratunkowego.

Do realizacji znamion czynu zabronionego z art. 226 k.k. – do przestępstwa znieważenia może dojść na skutek nie tylko wypowiedzianych w stosunku do medyka obraźliwych słów, ale również w ramach skierowania obraźliwych gestów. Nie jest też konieczny do wypełnienia znamion przestępstwa znieważenia skutek w postaci doznania poczucia poniżenia. Jak wskazuje Sąd Apelacyjny w Białymstoku w wyroku z dnia 6 grudnia 2012 r., sygn. II AKa 218/12: „Przedmiotem ochrony w art. 226 § 1 KK jest autorytet osób realizujących pełnieniem swych obowiązków działalność instytucji państwowych, a także ich godność. Jest to przestępstwo bezskutkowe”. W przypadku natomiast przestępstwa naruszenia nietykalności cielesnej z art. 222 k.k. penalizacji podlegają wszelkie umyślne kontakty fizyczne, na które pracownik medyczny nie wyraża zgody. Do naruszenia nietykalności cielesnej medyka może dojść nie tylko w formie bezpośredniej, ale również pośredniej, jeżeli dochodzi do ataku na ciało medyka, np. poprzez: oplucie pracownika medycznego czy rzucenie w niego sprzętem medycznym.

Warto również podkreślić, że z surowszą odpowiedzialnością karną może spotkać się pacjent dopuszczający się czynnej napaści na medyka. Przestępstwo z art. 223 k.k. zagrożone jest bowiem karą pozbawienia wolności od roku do lat 10, a jeżeli w wyniku czynnej napaści nastąpił skutek w postaci ciężkiego uszczerbku na zdrowiu pracownika medycznego, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 12. Do przypisania sprawcy popełnienia przestępstwa czynnej napaści na medyka nie jest też konieczne wykazanie, że doszło do uderzenia pracownika medycznego. Zgodnie ze stanowiskiem Sądu Najwyższego wyrażonym w wyroku z dnia 15 stycznia 2015 r. o sygn. IV KK 279/14 – „Samo dopuszczenie się czynnej napaści, chociażby jeszcze w stadium usiłowania naruszenia nietykalności, wypełnia już znamiona dokonanego przestępstwa napaści, gdyż chodzi o gwałtowny charakter zdarzenia, a nie konkretny jego rezultat”.

Na koniec należy podkreślić, że przestępstwa znieważenia, naruszenia nietykalności cielesnej czy czynnej napaści popełnione przeciwko funkcjonariuszowi publicznemu są ścigane z urzędu, a nie jak w przypadku odpowiednich przestępstw typu podstawowego z oskarżenia prywatnego. Tym samym, samo zawiadomienie przez pracownika medycznego organów ścigania o uzasadnionym podejrzeniu popełnienia przez pacjenta wspomnianych wyżej przestępstw inicjuje dalsze czynności ze strony prokuratury czy policji. Pracownik medyczny, co istotne, może również wystąpić

z wnioskiem o orzeczenie obowiązku naprawienia szkody w ramach prowadzonego postępowania karnego.

Tym samym, pomimo pewnych mankamentów legislacyjnych, istnieją jednak ramy prawne, z których warto korzystać w celu urealnienia ochrony prawnej przewidzianej dla pracowników medycznych. Nie może bowiem istnieć przyzwolenie ze strony społeczeństwa na jakiegokolwiek akty agresji w stosunku do pracowników medycznych niosących pomoc pacjentom, częstokroć z narażeniem swojego życia lub zdrowia. Dużo jednak zależy, czy zdarzenia, w których dochodzi do realizacji znamion czynów zabronionych z analizowanych przepisów będą zgłaszane organom ścigania. Warto na koniec podkreślić, że w zakresie dot. przestępstw na szkodę pracowników medycznych od niedawna mają zastosowanie wytyczne Prokuratora Generalnego Nr 9/2018 z 14 listopada 2018 r. w sprawie zasad prowadzenia postępowań przygotowawczych o przestępstwa popełniane na szkodę osób wchodzących w skład zespołów ratownictwa medycznego oraz osób udzielających świadczeń zdrowotnych w szpitalnych oddziałach ratunkowych, opublikowane na stronie internetowej Prokuratury Krajowej www.pk.gov.pl.

Na koniec należy wyraźnie podkreślić, iż jakkolwiek w myśl art. 54 Konstytucji każdy ma prawo do wyrażania swoich poglądów, tak jednocześnie nikt nie ma prawa do wyrażania tychże poglądów poprzez ataki fizyczne czy też słowne na pracowników punktów szczepień.

BIBLIOGRAFIA

Orzecznictwo:

Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 28 kwietnia 2016 r. o sygn. I KZP 24/15, Legalis

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 6 grudnia 2012 r., o sygn. II AKa 218/12, Legalis

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 stycznia 2015 r. o sygn. IV KK 279/14, Legalis

Literatura:

Banaś-Grabek M., Gadecki B., Karnat J., *Kodeks karny. Część szczególna. Art. 148–251. Komentarz*, Warszawa 2020.

Grześkowiak A., Wiak K. (red.), *Kodeks karny. Komentarz*. Wyd. 6, Warszawa 2019.

Stefański R.A. (red.), *Kodeks karny. Komentarz*. Wyd. 4, Warszawa 2018.