

PIELĘGNACJA PACJENTA Z ZAKAŻENIEM HCV

Patient care with HCV infection

Izabela Wróblewska^{1,2}, Danuta Janik¹

¹ Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

² Karkonoska Państwowa Szkoła Wyższa w Jeleniej Górze

adres do korespondencji: iz.wroblewska@gmail.com

STRESZCZENIE

Na całym świecie żyje około 170 milionów, a w Polsce prawie 730 tysięcy, nosicieli wirusa HCV (*hepatitis C virus*). Spośród nich zdiagnozowano dotychczas blisko 15 tysięcy osób, pozostałe 715 tysięcy nie jest świadomych zakażenia. Skala występowania zakażenia powoduje, że należy zwrócić uwagę i uświadomić społeczeństwo o zagrożeniu, jakie niesie ze sobą omawiany wirus oraz w jaki sposób można skutecznie zmniejszyć prawdopodobieństwo zachorowania i zakażenia. Dostrzegając skalę problemu, Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) uznała wirusowe zapalenie wątroby typu C za jedno z największych światowych zagrożeń epidemiologicznych XXI wieku. HCV to wirus, którego obecność w organizmie człowieka u większości zakażonych wywołuje ostre i przewlekłe zapalenie wątroby typu C, prowadzące do trwałego uszkodzenia narządu. Stanowi on poważne zagrożenie, gdyż może prowadzić do chronicznych chorób wątroby z wysokim ryzykiem rozwoju marskości, a nawet nowotworu, co w konsekwencji może doprowadzić do przedwczesnej śmierci pacjenta. Wśród osób najbardziej narażonych na zarażenie wirusem znajdują się pacjenci, którzy mieli przetaczaną krew/preparaty krwiopodobne, osoby narażone na pracę z zakażoną krwią, jej przetworami albo z zakażonym stolcem, a także narkomani, pacjenci hospitalizowani, dializowani, u których przeprowadzono zabiegi chirurgiczne lub endoskopowe. W zapewnieniu opieki na poziomie wysokim poziomie nad pacjentem ze stwierdzoną chorobą wątroby istotny udział ma pielęgniarka, która jest ważnym członkiem zespołu leczącego. Najczęściej i najdłużej przebywa ona z zakażonym, zarówno w procesie diagnostycznym, jak i leczenia. Jej spostrzeżenia stanowią istotny element oceny stanu chorego. We współpracy z nim oraz jego rodziną dąży do uzyskania adaptacji nowej sytuacji zdrowotnej, wpływając na jego sferę poznawczą, motywacyjną i emocjonalną, zapewniając bezpieczeństwo psychiczne i udzielając szczegółowych wyjaśnień, informuje o rodzajach podejmowanych działań, ich celu i sposobach wykonania. Taka postawa sprzyja pozyskaniu zaufania i dobrej współpracy na linii pacjent–pielęgniarka.

Słowa kluczowe: wirus HCV, pielęgnacja, pacjent.

SUMMARY

Throughout the world there are around 170 million people who carry HCV (*hepatitis C virus*), nearly 730,000 in Poland. Of those so far nearly 15 thousand people have been diagnosed, the remaining 715 thousand are not aware of the infection. Existing scale of infections makes it necessary to bring to public attention and educate the public about the threat posed by the discussed virus and how one can effectively reduce the likelihood of illness and infection. Recognising the scale of the problem The World Health Organization (WHO) named hepatitis C infection as one of the world's largest epidemiological threats of the 21st century. HCV is a virus, its presence in the human body causes acute and chronic liver infection of type C leading to a permanent damage to the organ. It is a serious risk as it can lead to chronic liver disease with a high risk of developing cirrhosis and even cancer, which in turn may lead to premature death of the patient. Among the people who are most at risk of being infected are patients who received a blood transfusion/ /blood based materials, people exposed to working with infected blood or blood base products or with infected faeces, drug addicts, hospitalized patients, patients who underwent dialysis, surgery or endoscopic examination. In providing care at the highest possible level for a patient with known liver disease the nurse has a significant share, he or she is an important member of the treatment team. The nurse has the most frequent and longest contact with the infected, both in the diagnostic and treatment process. Her or his insights are an important element of the assessment of the patient. In cooperation with the patient and the patient's family the nurse strives to achieve the adaptation of the new health situation, influencing his cognitive, motivational and emotional sphere, providing psychological security and delivering detailed explanations informs the types of actions taken, their purpose and methods of execution. This attitude helps gaining the trust and good cooperation on the line patient–nurse.

Key words: HCV, care, patient.

WIRUS HCV

Szacuje się, że na całym świecie żyje około 170 milionów nosicieli wirusa, a w Polsce prawie 730 tysięcy, czyli około 1,5% populacji. Spośród nich zdiagnozowano dotychczas blisko 15 tysięcy osób, pozostałe 715 tysięcy ciągle nie jest świadomych zakażenia. Skala występowania zakażenia powoduje, że należy zwrócić uwagę i uświadomić społeczeństwo o zagrożeniu, jakie niesie ze sobą wirus WZW C oraz w jaki sposób, przy zachowaniu ostrożności oraz higieny osobistej, można skutecznie zmniejszyć prawdopodobieństwo zachorowania i zakażenia.

Dostrzegając skalę problemu, Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w celu podniesienia świadomości zdrowotnej społeczeństwa oficjalnie uznała wirusowe zapalenie wątroby typu C za jedno z największych światowych zagrożeń epidemiologicznych XXI wieku [1].

HCV (*hepatitis C virus*) to wirus, którego obecność w organizmie człowieka u większości zakażonych wywołuje ostre i przewlekłe zapalenie wątroby typu C, prowadzące do trwałego uszkodzenia narządu. Wirus ten stanowi poważne zagrożenie, gdyż ostatecznie może prowadzić do chronicznych chorób wątroby z wysokim ryzykiem rozwoju marskości, a nawet nowotworu,

co w konsekwencji może doprowadzić do przedwczesnej śmierci pacjenta [2].

Wirus został wykryty w 1989 r., a jego cechy, takie jak organizacja genomu i właściwości fizykochemiczne, dały podstawy do zaliczenia go do rodziny *Flaviviridae*, rodzaju *Hepacivirus* [3]. Ma budowę sferyczną, wielkość około 50 nanometrów i charakteryzuje się dużą zmiennością oraz zróżnicowaniem. Zbudowany jest z otoczki lipidowej i białkowego kapsydu o strukturze ikosaedralnej, w skład którego wchodzi materiał genetyczny oraz białko rdzeniowe [4]. Jego materiał genetyczny tworzy 9,6 kb jednoliciowy, liniowy RNA o długości około 9500 nukleotydów i polarności dodatniej, która koduje w jednej ramce odczytu dużą poliproteinę składającą się z 3010 aminokwasów.

Wchodzące w skład wirusa HCV białka dzieli się na strukturalne (białko rdzeniowe C oraz białka otoczkowe E1 i E2) oraz nie-strukturalne (NS2, NS3, NS4A, NS4B, NS5a i NS5b). W tworzeniu wirionów potomnych przez wiązanie materiału genetycznego udział bierze białko rdzeniowe C, które ma zdolność hamowania apoptozy i replikacji wirusa HBV w przypadku współzakażenia wirusami zapalenia wątroby typu B i C. W zakażonej komórce białka E1 i E2 występują w postaci kompleksów połączonych domenami hydrofobowymi z błonami siateczki śródplazma-

tycznej. Główną ich rolą jest udział w procesie wnikania wirionu do komórki. Natomiast białka niestrukturalne biorą udział w namnażaniu wirusa w organizmie, tj. w procesie replikacji HCV w komórce ludzkiej [5, 6].

Wirus zapalenia wątroby typu C cały czas ulega mutacji. Zmiany białek otoczkowych pomagają zmylić system immunologiczny, czego wynikiem są jego odmiany, zwane genotypami. Wyróżnia się co najmniej 6 głównych i 50 podtypów genotypów. Poszczególne genotypy mają różny rozkład geograficzny, przy czym oznaczenie genotypu nie ma wpływu na ciężkość przebiegu choroby, lecz jest niezbędne w celu ustalenia sposobu leczenia, a także są głównym parametrem brany pod uwagę przy ustaniu czasu leczenia. Najczęściej genotypy 1, 4, 5 i 6 wymagają terapii 48-tygodniowej, z kolei dla genotypów 2 i 3 czas terapii wynosi 24 tygodnie [7].

Genotyp 1 występuje głównie w Europie i w Ameryce Północnej. Jest najbardziej popularny wśród osób zakażonych HCV. Około 75% chorujących ma właśnie tę odmianę wirusa. W Polsce około 70–80% zakażonych wirusem typu C ma genotyp typu 1b. Badania nad wirusem wykazały, że z tego genotypu ewaluowały pozostałe mutacje, stąd zakażenie nim wiąże się z gorszą odpowiedzią na terapię przeciwwirusową.

Z kolei osoby zakażone wirusem o genotypie 2 i 3 spotyka się najczęściej w Europie, Ameryce Północnej, na Dalekim Wschodzie i w Australii. Ich leczenie jest łatwiejsze, przewidywana skuteczność terapii sięga 80–90%, pomimo krótszego o połowę czasu leczenia.

Ponad 90% chorych na genotyp 4 mieszka głównie w rejonie Bliskiego Wschodu, w Afryce Północnej i Arabii Saudyjskiej. Terapia osób zakażonych jest równie trudna, jak w przypadku genotypu 1.

Genotypy 5 i 6 pojawiają się znacznie rzadziej. Pierwszy z nich często spotyka się w Afryce Południowej, a drugi najczęściej występuje w południowo-wschodniej części Azji [6, 8].

HCV jest wirusem, którym nie można łatwo się zarazić. Do zakażenia dochodzi najczęściej w skutek transfuzji zakażonej krwi ludzkiej lub produktów krwiopochodnych, dializy nerek (zwłaszcza przed rokiem 1991, od tego czasu krwiodawcy są badani na obecność wskaźników zakażenia wirusem). Przyczyną zakażenia jest także bezpośredni kontakt z zakażoną krwią nosiciela lub ludzi chorych na WZW, czynności powodujące uszkodzenie skóry lub błon śluzowych i kontakt z zakażoną krwią, w sytuacjach medycznych i pozamedycznych, wykonywanych niedbale lub przy użyciu źle wysterylizowanego sprzętu medycznego, albo przyborów kosmetycznych (zabieg stomatologiczny, badania endoskopowe, zabiegi upiększające, wykonywanie tatuaży, przekuwanie ciała itp.).

Do zakażenia może dojść również drogą seksualną, szczególnie w przypadku utrzymywania przygodnych kontaktów seksualnych. Do czynników, które sprzyjają tej drodze infekcji, należą: zranienia, uszkodzona bądź podrażniona błona śluzowa narządów płciowych (zwłaszcza podczas stosunków analnych), współżycie w czasie menstruacji. Nie bez znaczenia jest nosowe i dożylne przyjmowanie środków odurzających (np. narkotyków). Odsetek osób zakażonych wirusem w tej grupie sięga blisko 80%. Sprzyja mu także używanie tych samych przedmiotów higieny osobistej. Dodatkowo należy pamiętać jeszcze o tzw. transmisji pionowej (wertikalnej), tzn. przeniesienia wirusa z matki na nowonarodzone dziecko w okresie okołoporodowym [9, 10].

W związku z powyższym wśród osób najbardziej narażonych na zarażenie wirusem HCV mogą znajdować się pacjenci, którzy mieli przetaczaną krew lub preparaty krwiopodobne, lekarze, pielęgniarki, laborantki itp., narażeni na pracę z zakażoną krwią, jej przetworami albo z zakażonym stołem, a także narkomani, homoseksualiści, pacjenci często hospitalizowani, dializowani, u których przeprowadzono zabiegi chirurgiczne lub endoskopowe oraz osoby udzielające pierwszej pomocy ofiarom wypadków, którzy nie przestrzegają odpowiednich zasad.

Większość z tych osób nigdy nie dowiaduje się, w jaki sposób została zarażona wirusem. U niemal 30–40% zakażonych nie można niestety określić drogi zakażenia i pozostaje ona nieznaną [11].

PRZEWLEKŁE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU C

Przewlekłe zapalenie wątroby typu C ma w swoim wczesnym stadium bezobjawowy lub skąpoobjawowy przebieg, trwający niekiedy wiele lat. W większości przypadków chorzy zgłaszają niecharakterystyczne objawy kliniczne, które mogłyby wskazywać lub sugerować infekcję. Pierwsze symptomy świadczące o postępującym uszkodzeniu wątroby mogą pojawić się dopiero po 15–25 latach od zakażenia. Zdarzają się osoby, u których następuje samowyleczenie, a wirus staje się niewykrywalny.

Liczba i ciężkość objawów towarzyszących chorobie ma często niewielki związek z obszarem zniszczonej wątroby. Dlatego tak ważne jest wykonanie badań laboratoryjnych, które potwierdzą lub wykluczą obecność wirusa.

Wystąpienie HCV ma zwykle charakter przewlekły i jest poprzedzone ujawnieniem się objawów typowych dla niewydolności wątroby, takich jak:

- postępujące zmniejszenie objętości wydalanego moczu (tzw. skąpomocz),
- chwiejność nastrojów, zaburzenia koncentracji, utrzymujące się bóle i zawroty głowy,
- przedłużające się zmęczenie, osłabienie, apatia, stany depresyjne, złe samopoczucie,
- świąd skóry, bóle i zaniki mięśni i stawów,
- pałeczkowatość palców, białe zabarwienie paznokci,
- naskórne pajęczki naczyniowe,
- ginekomastia,
- poszerzenie żył skórnych brzucha świadczące o nadciśnieniu wrotnym,
- powiększenie wątroby i śledziony,
- zaburzenia funkcji seksualnych, zmniejszenie popędu płciowego,
- przyspieszenie czynności serca, obniżenie ciśnienia tętniczego,
- odbarwione stolce, ciemne zabarwienie moczu,
- zaburzenia krzepnięcia krwi pod postacią przedłużających się krwawień z drobnych uszkodzeń skóry i błon śluzowych,
- ból w prawym nadbrzuszu żeber, w miejscu położenia wątroby,
- nietolerancja alkoholu i tłustych potraw,
- powiększenie węzłów chłonnych szyi, pachowych lub pachwinowych,
- nieregularne miesiączki,
- zaburzenia towarzyszące okresowi menopauzy [12].

Pozawątrobowe symptomy zakażenia HCV są wskazaniem do leczenia przeciwwirusowego. Z chwilą rozpoznania choroby, w trosce o bezpieczeństwo innych osób, należy – z uwagi na możliwość zakażenia – unikać bliskiej styczności z nimi.

BADANIA DIAGNOSTYCZNE

Ze względu na bezobjawowość wirusowego zapalenia wątroby oraz trudności w rozpoznaniu zakażenia HCV dobrze jest wykonać badanie diagnostyczne w kierunku wirusa, niż dowiedzieć się o nim po pojawieniu się symptomów, czyli na etapie poważnego zaawansowania choroby. Większość z badań pozwalających na wykrycie choroby wątroby jest nieinwazyjnych i niebolesnych. Zadaniem personelu medycznego jest przygotowanie pacjenta do badania, uspokojenie go, zmniejszenie strachu i napięcia nerwowego [13].

Jedną z podstawowych metod pozwalających zdiagnozować obecność wirusa w krwi jest test serologiczny (anty-HCV). Pozwala na wykrycie typowych dla wirusa przeciwciał, które pojawiają się zwykle w 7.–8. tygodniu od zakażenia [14].

Wśród testów pozwalających na wykrywanie antygenów wyróżnia się:

- EIA-2 (II generacja) – umożliwia wykrycie wirusa anty-HCV

w surowicy pacjenta od 33 do 129 dni (średnio 80 dni) po zakażeniu. W przypadku pacjentów, którzy często wykazują obniżoną odporność lub byli poddawani dializom, badanie rzadko wykazuje obecność przeciwciał, mimo innych dowodów na aktywne zakażenie wirusem;

- EIA-3 (III generacja) – test o zwiększanej czułości i swoistości;
- ELISA (obecnie III lub IV generacji) – najbardziej polecany test, jego czułość diagnostyczna wynosi od 99,4 do 99,9% [14].

Samo wykrycie przeciwciał nie przesądza o chorobie, dlatego niezbędne jest przystąpienie do dalszych badań uzupełniających, do których należy metoda immunoblottingu. Jest to najczęściej wykonywane badanie uzupełniające w celu tzw. potwierdzenia zachorowania. Metoda ta oparta jest na technice *western blot* i zawiera większą liczbę antygenów niż testy przesiewowe. W tym przypadku surowica intubowana jest na nitrocelulozowych błonach, na których umieszczono białka wirusowe. Jeśli w surowicy występują przeciwciała anti-HCV, to dochodzi do reakcji z antygenowymi białkami wirusa znajdującymi się na błonie. Zmiana barwy (działalnie spowodowane dodatnim enzymem) wskazuje na to, że przeciwciała reagują z białkami. Wynik dodatni świadczy o zajściu reakcji co najmniej dwóch białek wirusa, natomiast gdy reakcja dotyczy tylko jednego białka, test traktowany jest jako nieokreślony lub wątpliwy.

Metoda immunoblottingu jest pomocna w niektórych przypadkach klinicznych. Test ma zastosowanie dla pacjentów, u których wykryto przeciwciała anti-HCV metodą EIA, ale u których nie stwierdza się obecności HCV RNA. Taka sytuacja może mieć miejsce u osób po przebytych zakażeniu HCV lub w przypadku przewlekłego zakażenia, gdy liczba cząsteczek wirusa jest na tyle mała, że staje się niewykrywalna. Jeśli wynik jest pozytywny, to świadczyć to może o tym, iż pacjent wyzdrowiał, przebył zapalenie wątroby typu C i ma przetrwałe przeciwciała przeciw wirusowi. Jeśli test jest negatywny, wynik testu EIA najprawdopodobniej był fałszywie dodatni.

Do testów uzupełniających diagnostykę zalicza się testy rekombinowane *immunoblot* (RIBA), które pozwalają potwierdzić wynik (np. w przypadku, gdy u pacjenta badanie RNA na obecność wirusa jest ujemny) oraz umożliwiają wykrycie choroby na wczesnym etapie zakażenia. RIBA zawiera te same antygeny HCV co testy EIA, a także dysmutazę nadtlenkową (SOD) do wykrywania nieswoistych przeciwciał przeciw białkom drożdży. Dodatni wynik testu oznacza, że wystąpiła reaktywność na dwa lub więcej antygenów HCV oraz jej brak na SOD. Przy reaktywności na pojedynczy antygen wirusa HCV lub reaktywności w szerokim zakresie antygenów wraz z reakcją na SOD da wynik nieokreślony. Badanie wykonywane u osób świeżo zakażonych wykaże wynik dodatni tylko w 85% przypadków.

Dodatkowym i najczulszym sposobem rozpoznawania wirusa jest metoda wykrywania HCV RNA. Stwierdza ona obecność materiału genetycznego wirusa C-RNA w krwi. Jego identyfikację przeprowadza się za pomocą reakcji odwrotnej transkrypcji i reakcji łańcuchowej polimerazy RT-PCR. Badanie wykrywa obecność kwasu nukleinowego wirusa oraz jego stężenie w surowicy krwi. Najczulszy z testów daje możliwość wykrycia od około 50 kopii RNA w mililitrze krwi, przy czym warto dodać, że u chorych przewlekłe zakażonych średni poziom liczby kopii wirusa HCV w krwi wynosi około 1 mln. Wynik pozytywny może zostać potwierdzony badaniem już w 1.–2. tygodniu po zakażeniu, czyli na kilka tygodni przed wystąpieniem przeciwciał anti-HCV oraz pojawieniem się nieprawidłowych wartości enzymu aminotransferazy alaninowej (AlAT) [4, 15].

Wirus HCV jest wirusem hepatotropowym, tzn. wykazuje tropizm dla wątroby (głównie), czyli atakuje i namnaża się w komórkach wątroby, które następnie niszczy. W diagnostyce u chorych z podejrzeniem zapalenia wątroby typu C stosuje się badania uzupełniające, które obrazują stan i funkcjonowanie wątroby. Ocenie podlegają różne wskaźniki biochemiczne, które wykazują podwyższony w krwi poziom aminotransami-

nazy alaninowej (AlAT) i aminotransferazy asparaginianowej (AspAT). Obydwa enzymy znajdują się wewnątrz komórek wątrobowych, a ich obecność w krwi świadczy o uszkodzeniu komórek i przeniknięciu do krwi oraz obecności przeciwciał anti-HCV. Niestety badanie to jest niewystarczające, aby stwierdzić obecność wirusa. Blisko połowa zakażonych wirusem wykazuje umiarkowany poziom enzymów, w niektórych przypadkach jest on nieco podwyższony, a dodatkowo u 1/3 osób poziom jest stały w normie.

Pomocne w postawieniu diagnozy są dodatkowe badania sprawdzające stan wątroby, m.in.: GGTP, FA i bilirubina (wolna, nie-ziązana). U chorych ze schorzeniami wątroby zauważa się także spadek krzepliwości krwi (INR, czas krzepliwości, czas krwawienia, wskaźnik protombinowy).

W przypadku osób zarażonych wirusem HCV mogą wystąpić zmiany w obrazie morfologii krwi. Wśród najczęstszych zauważanych można wymienić obniżony poziom leukocytów, niekiedy podwyższoną liczbę limfocytów, a także spadek liczby płytek krwi, nieprawidłowy poziom wykazywać może także albumina [6, 7].

Najczęściej wykonywanym badaniem przeglądowym służącym do oceny wątroby jest badanie USG. To nieinwazyjne i mało kosztowne badanie wykonuje się przy użyciu ultradźwięków pozwalających ocenić wielkość, powierzchnię i kształt wątroby oraz wykryć stosunkowo wcześnie zachodzące w niej zmiany.

Innymi metodami stosowanymi w diagnostyce schorzenia są tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny. Pozwalają one na wykrycie i ocenę umiejscowienia oraz rozległości zmian ogniskowych, stanów patologicznych i rozlanych w wątrobie. Pozwalają także zauważyć zmiany niewidoczne w badaniu USG. Przed przystąpieniem do badania pacjenta podaje się zwykle dożylnie środek cieniujący, który znacznie poprawia obraz silnie unaczynionego mięszu wątroby. W sytuacji wystąpienia u pacjenta torbieli, naczynek i ogniskowego przerostu guzowego wątroby postawienie diagnozy możliwe jest nawet bez konieczności podawania środka kontrastowego [17].

Laparoskopia (biopsja wątroby) to niezastąpiona metoda wziernikowania wątroby, pomocna w określeniu stopnia ciężkości choroby, zaawansowania procesu włóknienia oraz trwałości uszkodzenia struktury zrazikowej wątroby. Badanie polega na wprowadzeniu do mięszu wątroby cienkiej igły i pobraniu tkanki wątroby. Widoczne pod mikroskopem zmiany pozwalają postawić diagnozę w postaci stopnia zaawansowania choroby. Barwienia podstawowe: hematoksylina i eozyna oraz metody trójbabarwe są stosowane w celu określenia stopnia martwicy, aktywności zapalnej oraz stopnia włóknienia.

Wynik badania materiału pochodzącego z biopsji, poza jego opisem, wskazuje ilość tkanki objętej procesem zapalnym i stan zwłóknienia wątroby (w skali od 0 do 4). Wynik „0” oznacza brak zmian patologicznych w przestrzeniach wrotnych, ewentualnie pojedyncze włókna kolagenowe, a „4” – duży stopień aktywności i zwłóknienia. W większości przypadków wykonanie biopsji jest jedynym sposobem określenia stopnia zaawansowania choroby, który pomaga w wyborze najlepszej metody leczenia [6].

PIELĘGNACJA PACJENTA

W zapewnieniu opieki na możliwie wysokim poziomie nad pacjentem ze stwierdzoną chorobą wątroby istotny udział ma pielęgniarka, która jest ważnym członkiem zespołu leczącego. Przebywa ona najczęściej i najdłużej z zakażonym, nie tylko w procesie diagnostycznym, ale także leczenia. Dzięki temu ma możliwość śledzenia zmian zachodzących u chorego. Jej spostrzeżenia stanowią istotny element oceny stanu chorego. Praca pielęgniarki wiąże się z wykonywaniem różnorodnych zadań wynikających z funkcji zawodowych, jak i rodzaju zastosowanego leczenia. We współpracy z chorym oraz rodziną dąży ona do uzyskania adaptacji przez pacjenta nowej sytuacji zdrowotnej, wpływając na jego sferę poznawczą, motywacyjną i emocjonalną. Zapewniając bezpieczeństwo psychiczne i udzielając szczegółowych wyjaśnień, informuje ona o rodzajach po-

dejmowanych działań, ich celu i sposobach wykonania. Taka postawa sprzyja pozyskaniu zaufania i dobrej współpracy na linii pacjent–pielęgniarka.

Od chwili zakażenia wirusem HCV osoba chora napotyka całą gamę problemów, do których należą: świadomość przewlekłej choroby zakaźnej, lęk przez wykluczeniem społecznym i naznaczeniem, wpływ wirusa na psychikę czy skutki uboczne wywołane farmakologicznym leczeniem przeciwwirusowym. W tej sytuacji bardzo ważne jest, by przekazać pacjentowi odpowiednią liczbę informacji, co spowoduje, że chory poczuje się mniej zdezorientowany i zagubiony, mniej też będzie się obawiał o przyszłość własną i osób najbliższych.

Pomoc choremu w zaadaptowaniu się do zmienionej sytuacji zdrowotnej, następującej w wyniku choroby i w konsekwencji podniesienia jakości jego życia, należy do głównych zadań realizowanych przez pielęgniarkę, co jest zgodne z założeniami humanistycznego modelu ochrony zdrowia.

Opieka pielęgniarska nad pacjentem cierpiącym z powodu przewlekłego HCV powinna odznaczać się holistycznym podejściem do człowieka i obejmować wszystkie sfery jego życia, a więc: somatyczną, psychiczną, społeczną, duchową oraz kulturową. Jej znaczenie podkreśla Doroty Orem, której zdaniem pielęgniarka powinna włączyć się do opieki nad chorym dopiero w chwili, gdy oceni, że człowiek jest niezdolny do zapewnienia sobie stałej i efektywnej samoopieki. Dzięki takiej postawie pacjent może liczyć na pomoc, a tym samym zachować swoją sprawność i niezależność, która ułatwi mu walkę z chorobą, jednocześnie – w miarę możliwości – nie tracąc autonomii [18].

Pielęgniarka zapewnia oraz świadczy profesjonalną opiekę medyczną dla danego pacjenta, realizując wybrane zadania ukie-
runkowane na działania z zakresu następujących funkcji:

- opiekuńczej – pomagając, towarzysząc, asystując podopiecznym w rozwiązywaniu ich indywidualnych problemów związanych z chorobą dotyczących zdrowia i życia;
- promowania zdrowia – przez propagowanie zachowań prozdrowotnych i stylu życia wspierającego zdrowie;
- profilaktycznej – rozpoznając zagrożenia zdrowia podopiecznego;
- wychowawczej – wpływając na sposób kształtowania się prawidłowych zachowań zdrowotnych, poczucia odpowiedzialności za zdrowie własne i najbliższych;
- terapeutycznej – w tym m.in. wykonywanie badań służących ocenie stanu pacjenta oraz zabiegów ustalonych w planie opieki;
- rehabilitacyjnej – pomagając pacjentowi w zdobyciu umiejętności radzenia sobie w sytuacjach wywołanych chorobą.

Na proces opieki pielęgniarskiej dla pacjenta zakażonego wirusem HCV składa się rozpoznanie stanu biopsychospołecznego, podejmowanie decyzji i wykonywanie zadań pielęgniarskich oraz ocena ich efektywności, czyli wpływu stosowania zleceń na wyniki leczenia chorego. Rzetelnie i starannie prowadzona indywidualna karta opieki pacjentka ułatwia kontrolę, wskazuje potrzebę intensyfikacji i ocenę podejmowanych działań oraz skutecznie zapobiega niepożądanym zjawiskom uchybień w opiece [18, 19].

Pielęgniarka odgrywa znaczącą rolę w opiece nad chorym z HCV zarówno hospitalizowanym, jak i ambulatoryjnym, podejmując samodzielnie i odpowiedzialnie szereg działań i decyzji.

W codziennej pracy powinna umieć ocenić zgłoszone przez pacjenta objawy subiektywne, jak i uwidocznione przez badania laboratoryjne objawy marskości wątroby. Specyfika zakresu obowiązków umożliwia jej, jako pierwszej, rozpoznanie dolegliwości wskazujących na problemy z wątrobą. Tego typu obserwacja pozwala na szybkie podjęcie odpowiednich metod pielęgnowania. Zgodnie z trendami współczesnego pielęgniarstwa, stała się ona z biernego wykonawcy zleceń świadomym i pełnowartościowym partnerem lekarza. Podstawę planowania działań w procesie sprawowania opieki jest w pierwszej kolejności pozyskanie informacji od pacjenta dotyczących nie tylko problemów biologiczno-fizjologicznych, ale także psychicznych

i społecznych, ponieważ to one w dużym stopniu wpływają na jego stan kliniczny, zachowanie i dalszą współpracę. Pacjentowi należy okazać zrozumienie, wysłuchać jego obaw i wątpliwości, ponieważ już sama świadomość choroby jest czynnikiem, który budzi niepokój, refleksje, a nawet strach, powodując spadek nastroju, rozdrażnienie, przewlekłe zmęczenie czy objawy depresji. Pielęgniarka, wraz z zespołem interdyscyplinarnym, powinna pomóc i dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić pacjentowi całościową opiekę z nadzieją na przywrócenie zdrowia.

Jak wykazują liczne badania, stan psychiczny ma znaczący wpływ na organizm człowieka, dlatego tak istotna jest wiara pacjenta w samego siebie i optymistyczne spojrzenie na własne możliwości. Pozytywne nastawienie pozwoli łatwiej uporać się z niektórymi rozczarowaniami i pogodzić się z chorobą [3, 18].

Opieka pielęgniarska nad chorym zakażonym wirusem HCV (w zależności od obrazu klinicznego, odchyłń biochemicznych i pojawiających się problemów pielęgnacyjnych) powinna odbywać się w sposób dynamiczny, ciągły i zmienny, ustalany na podstawie zakresu zmian zachodzących w stanie pacjenta oraz efektywności podejmowanych działań opiekuńczych, terapeutycznych i pielęgniarskich. Intensywna, prawidłowa opieka oraz leczenie często prowadzi do wyprowadzenia pacjenta z najgorszego okresu choroby, a tym samym przedłużenia mu życia. Stosując w pracy, przy każdym kontakcie z pacjentem, środki psychologiczne przejawiające się w postaci kontaktu werbalnego i niewerbalnego (dotyk, wyraz twarzy, ruchy ciała, uśmiech) skutecznie wywiera się i koryguje zaburzenia czynności w organizmie, wyrażając troskę o dobro pacjenta. Duże znaczenie ma pozostawanie chorego w kontakcie z rodziną, bowiem powinna ona brać czynny udział w procesie pielęgnowania. Z informacji przekazanych przez pielęgniarkę najbliżsi dowiedzieć mogą się o istocie pielęgnowania, ograniczeniach dietetycznych, możliwościach niesienia pomocy oraz przystosowania się do zmienionej sytuacji. Staranna, odpowiedzialna ocena stanu zdrowia pacjenta i jego pielęgnacja, które powinny być oparte na fachowej wiedzy i wsparte profesjonalizmem w działaniu, mają decydujące znaczenie w całym procesie opieki nad chorym. W wyniku procesu przeobrażeń w medycynie pielęgniarskiej stawia się obecnie wysokie wymagania zarówno w zakresie pielęgnowania, diagnostyki i leczenia, jak i w podejmowaniu odpowiednich działań psychoterapeutycznych skierowanych na osobę zdrową, chorą oraz jej otoczenie [19].

Personel pielęgniarski przygotowany do opieki na odpowiednim poziomie powinien przekazać choremu pełne i wyczerpujące informacje na temat jego schorzenia, w tym także, że omawiany wirus nie powoduje u każdego choroby, a nawet jeśli, to proces chorobotwórczy i zmiany w wątrobie mogą postępować bardzo powoli. Obecnie obowiązujące i dostępne standardy leczenia pozwalają na szybkie i skuteczne podejmowanie działań tak, aby choroba miała niewielki wpływ na kondycję organizmu, życie codzienne czy pracę chorego. Dlatego ważne jest odbywanie w wyznaczonych terminach wizyt kontrolnych oraz przestrzeganie zaleceń terapeutycznych.

Pielęgniarka ma obowiązek przekazać osobie zakażonej HCV informacje dotyczące zasad prawidłowej diety, dostosowanej do indywidualnych potrzeb i stanu zdrowia, gdzie zakłada się stosowanie bogatego i urozmaiconego jadłospisu, unikania nieświeżych, nadpsutych czy zawierających sztuczne barwniki, aromaty, konserwanty i inne chemiczne ulepszacze i poprawiacze produktów spożywczych. Należy unikać także spożywania wszelkich konserw, a w szczególności konserw rybnych. Posiłki powinny być dostosowane do fazy choroby i stanu zdrowia chorego. Głównie winny to być potrawy gotowane lub duszone. Preferuje się zupy, najlepiej przygotowywać mleczne, owocowe czy warzywne. Ważne jest, aby unikać zup przyrządzanych na wywarach mięsnych i kościach lub dodawać do nich kwaśnej śmietany i zasmażek. Preferowane są wywary z chudego mięsa, dodawanie do zupy słodkiej śmietanki, lub zaprawianie jej mąką oraz uzupełnianie tłuszczu olejem roślinnym, lub ewentualnie masłem. Dodatkowo należy pić dużo płynów bogatych w witaminy (soki owocowe, warzywne, kompoty, herbata,

kawa, niegazowane wody mineralne). Najlepiej unikać napoi zawierających sztuczne barwniki, konserwanty, kwas fosforowy i inne nienaturalne dodatki. Dieta powinna być bogata w wysokiej klasy tłuszcze roślinne (olej słonecznikowy, sojowy, arachidowy, oliwa z oliwek), najlepiej nieutwardzane, gdyż nie tracą one swoich zalet. Należy stosować dietę lekkostrawną, bogatą w węglowodany, witaminy i wszystkie potrzebne dla organizmu substancje odżywcze. Trzeba unikać pokarmów ciężkostrawnych, które wywołują problemy dyseptyczne, gastryczne, biegunki itp. i wpływają ujemnie na samopoczucie potęgując procesy depresyjne (np. produkty smażone).

Przeprowadzone badania wskazują na korzystne działanie zażywane cynku, zwiększającego szanse na uzyskanie stałej odpowiedzi wirusologicznej. Jednocześnie należy ograniczyć spożycie sodu, ostrych przypraw i słodczy.

W diecie osoby mającej dolegliwości wątrobowe powinny znaleźć się: jabłka, sok z marchwi, świeżych ogórków, czerwonych buraczków, buraczki w stanie surowym, pomidory, siemie lniane, żurawina, a także produkty bogate w potas (migdały, banany, suszone śliwki, rodzynki, ryż, kiełki nasion).

Przy tym wszystkim spożywanie potraw powinno być systematyczne i częstsze, odbywać się w małych ilościach.

Chorych z zakażeniem HCV, w przypadku niewystępowania wyraźnych przeciwwskazań medycznych, powinno się zachęcać do pracy zawodowej i rozwijania swoich zainteresowań.

Pielęgniarka powinna także przekazać pacjentowi informacje na temat szkodliwości nałogów, które obniżają odporność immunologiczną, wywołują wiele problemów zdrowotnych, a przede wszystkim zaburzają czynność wątroby nie pozwalając jej na pełnienie swoich funkcji.

Istotne jest, by chory – w miarę swoich możliwości – utrzymywał aktywność fizyczną, bowiem systematyczne wykonywanie

ćwiczeń polepsza jakość życia i urozmaica codzienność. Jednocześnie nie powinny być to ćwiczenia nadmiernie forsujące, bowiem chory z HCV powinien dużo odpoczywać i starać się unikać stresu.

Ważnym elementem codziennego życia jest przestrzeganie zasad higieny osobistej. W celu uniknięcia zakażenia członków rodziny oraz przyjaciół nie należy używać tych samych przedmiotów do higieny osobistej. Przeniesienie wirusa w warunkach domowych nie jest łatwe, do zakażenia dochodzi przez kontakt z krwią, a nie przez używanie tego samego grzebienia, ręcznika czy przez picie z tej samej butelki. Osoba zakażona wcale nie musi czuć się odizolowana czy gorsza. Racjonalne postępowanie pozwoli uchronić najbliższych przed zakażeniem.

W trudnych sytuacjach pacjent ma możliwość zwrócenia się o pomoc do specjalnie powołanych placówek. W Polsce powstało wiele organizacji wspierających chorych na wirusowe zapalenie wątroby typu C. Wśród nich można wymienić m.in.: Ogólnopolskie Stowarzyszenie Pomocy Chorym z HCV „Prometeusz”, Fundację „Pod Prąd Żółtej Rzeki” oraz Fundację „Gwiazda Nadziei”. Ich głównym celem jest dotarcie do osób z HCV, propagowanie informacji o chorobie oraz poprawa i wsparcie zakażonych, którzy chcą walczyć i wygrać z wirusem.

Kolejnym elementem ważącym o stanie pacjenta jest jego aktywne uczestnictwo w wizytach u lekarza oraz konieczność utrzymania ciągłości leczenia [13].

Pacjent przestrzegający powyższych zasad, który będzie dodatkowo ściśle współpracował z zespołem medycznym, ma duże szanse na prowadzenie aktywnego życia prywatnego i zawodowego.

Fachowa, kompetentna i profesjonalna pielęgniarka, która będzie umiała nawiązać kontakt z pacjentem i przekazać mu zalecenia lekarsko-pielęgniarskie jest ważnym ogniwem w procesie diagnostycznym, terapeutycznym i opiekuńczym mającym duży wpływ na dalsze rokowanie dla chorego.

BIBLIOGRAFIA

1. Duszczyk E, Dziubek, Garlicki A. *Choroby zakaźne i pasożytnicze*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2012.
2. Chomicka E. *Poradnik zdrowia – wątroba*. Warszawa: Buchmann; 2006: 44–64.
3. Juszczak J. *Hepatitis C – patogeneza i leczenie*. Poznań: Termedia; 2009.
4. Pawłowska M, Halata W. *Wirusowe zapalenie wątroby typu C*. Poznań: Termedia; 2009.
5. Januszewicz W, Kokot F. *Interna*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2006.
6. Rockey D, Caldwell S, Goodman Z, et al. Liver biopsy. AASLD position paper. *Hepatology* 2009; 49: 1017–1044.
7. Rehermann B, Nascimbeni M. Immunology of hepatitis B virus and hepatitis C virus infection. *Nature Rev* 2005; 5: 215–229.
8. Jacobson I, Gordon S, Kowdley K, et al. Sofosbuvir for hepatitis C genotype 2 or 3 in patients without treatment options. *N Engl J Med* 2013; 20: 1867–1877.
9. Simon K. Współczesne zasady diagnostyki i leczenia HBV i HCV. *Med po Dypl* 2012; 6: 45.
10. Gajewski P, red. *Interna Szczeklika. Podręcznik chorób wewnętrznych*. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2013: 2622.
11. *Wygraj z HCV. Poradnik dla osób zakażonych HCV*. Radomsko: Schering Plough; 2013; 13, 17–18, 59.
12. Parfieniuk A, Flisiak R. Nowe możliwości leczenia przewlekłych zakażeń HCV. *Gastro Pol* 2009; 4: 329–332.
13. Halota W. *Cicha epidemia. aBeCadło Magazyn dla chorych na WZW*. Warszawa: Direct Publishing Group S.A.; 2007; 2: 6–7.
14. Chojnacki J, Drogi zakażeń HCV według pacjentów. *aBeCadło Magazyn dla chorych na WZW*. Radomsko: Schering Plough; 2009; 7: 6.
15. Alter M. Epidemiology of hepatitis C infection. *World J Gastroenterol* 2007; 13: 2436–2441.
16. Walewska-Zielecka B. Ekspresja antygenów wirusa C zapalenia wątroby i aktywność zapalna w wątrobie u osób przewlekłe zakażonych HCV. *Postępy Nauk Med* 2010; 1: 10–14.
17. Flisiak R, Halota W, Horban A, et al. Prevalence and risk factors of HCV infection in Poland. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2011; 23: 1213–1217.
18. Kędziora-Kornatowska K, Muszalik M, Krajewska-Kuła E, i wsp. *Reperytorium pielęgniarstwa*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010.
19. Korycińska M. Stan psychiczny ma wpływ na wyniki leczenia. *aBeCadło Magazyn chorych na WZW*. Radomsko: Schering Plough; 2009; 7: 22.

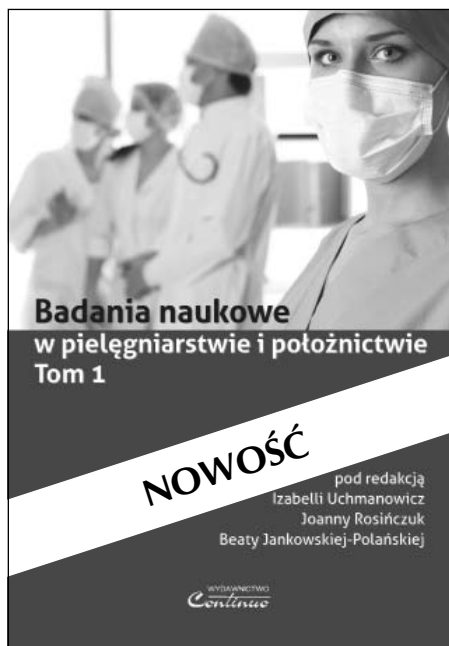
Adres do korespondencji:

Dr n. med. Izabela Wróblewska
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
ul. Katowicka 68
45-060 Opole
Tel.: 77 442 35 23
E-mail: iz.wroblewska@gmail.com

Praca wpłynęła do Redakcji: 15.02.2014 r.

Po recenzji: 28.02.2014 r.

Zaakceptowano do druku: 25.03.2014 r.



Badania naukowe w pielęgniarstwie i położnictwie. Tom 1

pod red.

Izabelli Uchmanowicz, Joanny Rosińczuk,
Beaty Jankowskiej-Polańskiej

ISBN 978-83-62182-38-1

2014, B5, 404 s.

cena 69 zł

Współczesne pielęgniarstwo powinno opierać swoją praktykę na mocnych podstawach naukowych. Postęp w naukach medycznych i naukach o zdrowiu mobilizuje środowisko medyczne – w tym pielęgniarki i położne – do prowadzenia badań i wykorzystywania ich wyników w codziennej praktyce. Takie postępowanie, zgodne ze światowymi tendencjami (Evidence-Based Medicine, idea leczenia holistycznego), wpływa na poprawę jakości opieki, bezpieczeństwo pacjenta, personelu medycznego, czy skuteczność wykonywanych procedur medycznych. W ten nurt wpisuje się monografia „Badania naukowe w pielęgniarstwie i położnictwie”, która dzięki swojemu wielotematycznemu charakterowi będzie prawdziwym kompendium wiedzy na temat właściwego postępowania z pacjentem w różnych jednostkach chorobowych – sposobów leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji, skuteczności przestrzegania standardów, a także korzyści wynikających z wczesnego wdrożenia edukacji zdrowotnej.

Książka składa się z 35 rozdziałów, których autorzy – zdobyli swoje doświadczenia w praktyce pielęgniarstwie lub położnictwie, a dodatkowo pogłęбили je pracą naukowo-badawczą oraz podczas pełnienia funkcji nauczyciela akademickiego.

Monografia adresowana jest szczególnie do pielęgniarek oraz położnych praktykujących w szpitalach, przychodniach, zakładach opiekuńczych i leczniczych, w których sprawowana jest opieka nad pacjentem, nauczycieli akademickich oraz studentów.

zamowienia@continuo.pl
www.continuo.pl