

Patrycja Katarzyna Paszko¹, Elżbieta Krajewska-Kułałak², Jolanta Lewko²

¹NZOZ Humana Medica Omeda w Białymstoku

²Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Ocena wiedzy pacjentów na temat profilaktyki choroby hemoroidalnej

Evaluation of patients' knowledge on haemorrhoidal disease prevention

STRESZCZENIE

Wstęp. Objawy choroby hemoroidalnej występują u co czwartego dorosłego człowieka.

Cel pracy. Celem pracy była ocena wiedzy pacjentów na temat choroby hemoroidalnej oraz ich oczekiwań związanych z edukacją zdrowotną w powyższym zakresie.

Materiał i metody. Badaniem objęto 129 losowo wybranych pacjentów leczonych z powodu choroby hemoroidalnej i wykorzystano w nim autorski kwestionariusz ankietowy.

Wyniki. Według 10% ankietowanych wiekiem, w jakim najczęściej występuje choroba hemoroidalna, jest wiek 51–60 lat. Do czynników etiologicznych choroby badani zaliczali między innymi: zaparcia (80%), siedzący tryb życia (76%), dietę z małą ilością błonnika (50%). Za objawy choroby badani najczęściej uważali: krwawienia w trakcie oddawania stolca (86%), świąd odbytu (73%), wyczuwalny guzek w okolicy odbytu i wypadanie żyłaków (53%), ból (33%). Zdaniem 80% osób jedną z podstawowych metod diagnostyki choroby hemoroidalnej jest badanie palcem odbytu, kanału odbytu i bańki odbytnicy. Mniej niż 1/4 wymieniało rektoskopię, 56% – kolonoskopię; 87% badanych uważało, iż chorobę należy leczyć chirurgicznie, 76% – farmakologicznie, a 35% – dietetycznie. Około 1/3 osób do metod zmniejszających ryzyko choroby zaliczyło ruch, regularne wykonywanie ćwiczeń fizycznych oraz unikanie picia alkoholu. Ponad 70% pacjentów w roli edukatora preferowało lekarza, a jedynie 12% pielęgniarkę. Ponad 60% swoją wiedzę na temat choroby czerpało z internetu.

Wnioski. Poziom wiedzy pacjentów na temat choroby hemoroidalnej i jej profilaktyki był niewystarczający, mimo że prawie połowa badanych pacjentów w samoocenie oceniła swój poziom wiedzy jako dostateczny. Głównym źródłem informacji dla pacjentów na temat choroby był internet. W roli edukatora chorzy widzieli przede wszystkim lekarza. Pacjenci chcieliby poszerzyć zakres swojej wiedzy na temat profilaktyki choroby hemoroidalnej, przyczyn, objawów i powikłań, diagnostyki, leczenia, diety, remisji choroby po leczeniu chirurgicznym oraz higieny. Brak istotnego wpływu czasu trwania choroby hemoroidalnej na poziom wiedzy chorych w zakresie profilaktyki może sugerować, iż metody edukacyjne dotychczas stosowane u chorych są nieskuteczne.

Problemy Pielęgniarstwa 2012; 20 (1): 49–59

Słowa kluczowe: choroba hemoroidalna, pacjenci, wiedza

ABSTRACT

Introduction. Symptoms of hemorrhoids affects every fourth adult.

Aim of the study. Assessment of patient knowledge on the disease and their expectations of hemorrhoid-related health education.

Material and methods. The study included 129 randomly selected patients treated for hemorrhoidal disease. We used an anonymized questionnaire.

Results. 10% of the respondents for the age at which disease occurs most commonly found the hemorrhoid range from 51 to 60 years old. The etiological factors included: constipation (80%), sedentary lifestyle (76%), diet with little fiber (50%). The following symptoms were considered: bleeding (86%), anal itching (73%), palpable lump in the anal area and loss of varicose veins (53%), pain (33%). Overall, 80% of patients knew that one of the basic methods of hemorrhoid disease diagnostic test is a finger anus, anal canal and rectum bubble. Less than 1/4 of patients listed rectoscopy and 56% – colonoscopy. Of the respondents, (87%) believed that this disease should be treated with surgery, (76%) – pharmacologically, and (35%) – nutritionally. To reduce the risk of this disease, about 1/3 of patients recommended regular exercise

Adres do korespondencji: prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kułałak, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, ul. M. Curie-Skłodowskiej 7a, 15–096 Białystok, tel. (85) 748 55 28, e-mail: elzbieta.krajewska@wp.pl

and avoiding alcohol. More than (70%) of the patients preferred the doctor and (12%) the nurse as educators. The Internet was the main source of information for the patients (60%).

Conclusions. The level of knowledge of patients about the disease and its prevention hemorrhoid was insufficient, although nearly half of patients in self-assessed their level of knowledge as sufficient. The Internet was the main source of information about the disease for the patients. Information transfer by doctors is the main source of information for the patients. Patients would like to broaden the scope of their knowledge of hemorrhoidal disease prevention, causes, symptoms and complications, diagnosis, treatment, diet, disease remission after surgery, and hygiene. No significant effect of disease duration on the level of knowledge hemorrhoid patients for prevention may suggest that the educational methods used so far are ineffective among patients.

Nursing Topics 2012; 20 (1): 49–59

Key words: hemorrhoids, patients, knowledge

Wstęp

Od czasów starożytnych choroba hemoroidalna stanowi wyzwanie dla lekarza. Już Hipokrates [cyt. za 1] uznał ją za jeden z najważniejszych problemów ówczesnej chirurgii i poświęcił tej chorobie odrębny rozdział w *Corpus Hippocraticum*.

Szacuje się [2–4], że u co 4. dorosłego człowieka występują objawy choroby hemoroidalnej, a chorobowość określa się na 4,4–86% całej populacji w zależności od kraju oraz sposobu badania. Większość danych epidemiologicznych [2–4] wskazuje, że w krajach rozwiniętych różne dolegliwości związane z chorobą hemoroidalną występują u 25% osób po 30. roku życia i u około 50% osób powyżej 50. roku życia. Podkreśla się także, iż ryzyko zachorowania wzrasta wraz z wiekiem, a populacja osób po 70. roku życia jest na nie najbardziej narażona [2–4].

Guzki krwawnicze, za Bieleckim i Cabajem [1], popularnie nazywane hemoroidami, a niewłaściwie żyłkami odbytu, to prawidłowe struktury anatomiczne, o budowie jamistej, znajdujące się w błonie podśluzowej w kanale odbytu powyżej linii zębatej, biorące udział w uszczelnianiu kanału odbytu. O chorobie hemoroidalnej mówi się wówczas, gdy dochodzi do stanu zapalnego guzków lub do ześlizgnięcia się do dołu poduszczonek odbytowych, co manifestuje się głównie krwawieniem, bólem, świądem i nieprawidłową wydalina z odbytu [1].

Nie udało się do chwili obecnej ustalić jednoznacznej patogenezы choroby i w piśmiennictwie fachowym podaje się kilka mechanizmów/teorii, takich jak: teoria mechaniczna (tkanki podporowe ulegają wraz z wiekiem zmianom wstecznym), teoria hemodynamiczna (jako konsekwencja wstecznego odpływu krwi żyłnej) oraz teoria zapalna (u podłoża dolegliwości związanych z chorobą hemoroidalną leży proces zapalny, który może dotyczyć zarówno guzka krwawniczego, jak i kanału odbytu) [5–8]. Powyższe teorie nie wykluczają się wzajemnie, w związku z tym przyjmuje się, że patofizjologia choroby hemoroidalnej jest wynikiem współwystępowania wszystkich tych czynników w różnym stopniu [5–8].

Większość autorów [5–8] jest zgodnych, że choroba hemoroidalna to najczęściej występujące schorzenie

proktologiczne, zaliczane do chorób cywilizacyjnych, stanowiące istotny problem kliniczny i społeczny. W związku z powyższym profilaktyka choroby jest niezmiernie ważnym postępowaniem zapobiegającym przed leczeniem chorych metodami instrumentalnymi i operacyjnymi [5]. Uważa się, iż powinna być ona oparta na 3 filarach, do których zalicza się: właściwe odżywianie, aktywność fizyczną i odpowiednią higienę osobistą [5, 9, 10]. Wszelkie czynności profilaktyczne powinny być traktowane kompleksowo, ze względu na trudności w określeniu, która strefa ryzyka wystąpienia choroby ma duże znaczenie [5, 9, 10]. Mimo iż problematyka chorób odbytu i odbytnicy doczekała się znaczącej liczby publikacji, stopień wiedzy i świadomości wśród populacji jest nadal niewystarczający. W związku z tym edukacja pacjenta wydaje się jednym z istotnych wyzwań dla każdego systemu zdrowia.

Celem pracy była ocena wiedzy pacjentów poradni proktologicznej na temat przyczyn, objawów choroby hemoroidalnej i jej profilaktyki oraz ocena oczekiwań pacjentów związanych z edukacją zdrowotną dotyczącą powyższego problemu, sprawdzenie preferencji pacjentów w wyborze edukatora oraz form i tematów szkoleń.

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej numer R-I-002/290/2010 Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Badaniem objęto 129 losowo wybranych pacjentów leczonych w Poradni Proktologicznej Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Humana Medica Omeda w Białymstoku. Badania przeprowadzono w okresie od czerwca do grudnia 2010 roku.

W badaniu wykorzystano autorski kwestionariusz ankietowy złożony z 3 części. Część I ankiety, ogólna, zawierała 8 pytań dotyczących: płci, wieku, stanu cywilnego, miejsca zamieszkania, osób wspólnie zamieszkujących z badanym, wykształcenia, warunków społeczno-bytowych oraz intensywności korzystania z opieki medycznej. Część II, szczegółowa, zawierała 16 pytań dotyczących: samooceny faktu rozpoznania u chorego choroby hemoroidalnej, określenia, czy w rodzinie badanego ktoś choruje na chorobę hemoroidalną, wie-

dzy na temat wieku, w jakim najczęściej występują żylaki odbytu, czynników sprzyjających zachorowaniu na hemoroidy, najczęstszych objawów choroby hemoroidalnej, objawów wskazujących, iż pacjent powinien od razu udać się do lekarza, metod diagnostyki choroby hemoroidalnej, znajomości osób zajmujących się leczeniem choroby hemoroidalnej, znajomości sposobów zapobiegania hemoroidom, znajomości metod leczenia choroby hemoroidalnej, samooceny własnej wiedzy na temat choroby hemoroidalnej, źródeł czerpania wiedzy na temat choroby hemoroidalnej, chęci poszerzenia swojej wiedzy na temat choroby hemoroidalnej, formy poszerzenia swojej wiedzy na temat choroby hemoroidalnej, preferowanych osób do przekazania powyższej wiedzy oraz 3 tematów, jakie chciałaby/łby ankietowany, aby były poruszane na szkoleniach pogłębiających ich wiedzę dotyczącą choroby hemoroidalnej. Część III była wypełniana przez ankietera i obejmowała opisanie rozpoznania jednostki chorobowej ankietowanego, czasu, w którym postawiono rozpoznanie przed rozpoczęciem obecnego badania oraz rodzaju terapii stosowanej u chorego.

W analizie statystycznej wyników posłużono się testem U Manna-Whitneya.

Wyniki

W badaniu wzięło udział 57 kobiet (44% ogółu badanych) oraz 72 mężczyzn (56% ogółu badanych). Większość (31% badanych) osób biorących udział w badaniu mieściła się w przedziale wiekowym 31–40 lat. Kolejnymi grupami wiekowymi były grupy w przedziale 41–50 lat — 26% oraz 51–60 lat — 21%. W wieku 20–30 lat było 15% ankietowanych. Najmniej pacjentów znalazło się w przedziałach wiekowych — 61–70 lat (6%) oraz powyżej 70. roku życia (1%). Przeważającą liczbę osób biorących udział w badaniu (84%) stanowiły osoby żonate/mężatki. Kawalerami lub pannami było 10% osób, a rozwiedzionymi — 5%. W grupie wdowiec/wdowa znalazło się 1% badanych. Znaczący odsetek ankietowanych mieszkał w mieście (80%), a pozostałe 20% respondentów — na wsi. Zdecydowana większość (65%) badanych pacjentów mieszkała z małżonkiem oraz z dziećmi. Tylko z małżonkiem mieszkało 19% respondentów, natomiast samotnie zamieszkiwało 10%. Czterech ankietowanych mieszkało z przyjaciółmi, a 3 z teściami, co stanowiło łącznie 5% badanych. Z dziećmi mieszkał 1% osób biorących udział w badaniu. Blisko połowa respondentów posiadała wykształcenie średnie (42%), wykształcenie wyższe — 39%, a zawodowe — 19%. Większość pacjentów z grupy badanej (70%) w samoocenie deklarowała dobre warunki socjalno-bytowe. Grupa, która wskazała średnie warunki życia, stanowiła 22%. Bardzo słabe warunki socjalno-bytowe zaznaczyło 6% ankietowanych, a słabe — 2% badanych.

Analiza danych uzyskanych z części wypełnianej przez ankietera pozwoliła na stwierdzenie, że u przeważającej (63%) liczby osób biorących udział w badaniu rozpoznano guzki krwawnicze III stopnia. U 14% respondentów występowały zmiany w IV stopniu, u 9% — II stopień choroby hemoroidalnej, a u 5% — I stopień. U pozostałych 9% respondentów rozpoznano inne choroby proktologiczne, takie jak: szczelina odbytu czy zmiany zakrzepowe żył w okolicach guzków krwawniczych.

Spośród 117 ankietowanych, u których rozpoznano chorobę guzków krwawniczych, w przypadku 80% z nich rozpoznanie postawiono w 2010 roku. U 10% z tych osób chorobę rozpoznano w 2008 roku, a u 8% w 2009 roku. Tylko u 2% choroba została rozpoznana w 2006 roku.

Ponad połowa pacjentów biorących udział w badaniu (59%) było leczonych chirurgicznie. U 32% z nich zastosowano zarówno farmakoterapię objawową, jak i leczenie chirurgicznie. Tylko farmakologicznie było leczonych 9% respondentów.

W grupie badanych najwięcej było osób korzystających z opieki medycznej raz w miesiącu (37%). Kilka razy w roku z opieki korzystało 27% pacjentów, natomiast 16% respondentów potrzebowało opieki medycznej raz na pół roku. Korzystanie z opieki medycznej kilka razy w miesiącu wskazało 12% ankietowanych, a 8% stanowiły osoby, które korzystały z niej w roku (7 osób) lub w zależności od dolegliwości (3 osoby).

Najwięcej (91%) respondentów w samoocenie udzieliło pozytywnej odpowiedzi na pytanie o występowanie u nich choroby hemoroidalnej. Tylko 5% badanych stwierdziło brak występowania choroby, a 4% nie wiedziało, czy cierpią z powodu guzków krwawniczych. Spośród 117 respondentów, którzy odpowiedzieli twierdząco na powyższe pytanie, 39% stwierdziło, że cierpią na nią od kilku lat. Natomiast 31% ankietowanych uznało, że choroba występuje u nich 10–30 lat, a 15%, że od roku; 1% respondentów określił czas występowania choroby jako kilka miesięcy. Długości trwania choroby nie potrafiło sprecyzować 4% respondentów, a 10% z nich miało problem z udzieleniem jakiegokolwiek odpowiedzi.

Blisko połowa respondentów (47%) na pytanie o występowanie w ich rodzinie choroby hemoroidalnej odpowiedziała twierdząco; 33% osób nie potwierdziło faktu występowania choroby w rodzinie, a 20% nie wiedziało o jej występowaniu. W przypadku 65% ankietowanych choroba hemoroidalna występowała u rodziców badanych, w 20% u rodzeństwa, w 5% u dziadków badanych, w 5% u ich dzieci i w 5% u współmałżonków.

Znaczący odsetek ankietowanych (81%) uznał wiek między 30. a 50. rokiem życia jako okres, w którym najczęściej występuje choroba guzków krwawniczych. Grupa badanych stanowiąca 10% twierdziła, że choroba pojawia się w wieku 51–60 lat, natomiast okres między

Tabela 1. Wiedza na temat czynników sprzyjających zachorowaniu na hemoroidy

Table 1. Knowledge of the risk factors for hemorrhoids

Czynnik sprzyjający zachorowaniu	Liczba i odsetek wskazań	
	n*	%
Dieta z małą ilością błonnika	69	53
Nadużywanie alkoholu	60	47
Nadużywanie ostrych przypraw	35	27
Zaparcia	106	82
Biegunki	11	9
Siedzący tryb życia	98	76
Długotrwała praca w pozycji stojącej	17	13
Otyłość	37	29
Ciąża	42	33
Poród	62	48
Oslabienie napięcia mięśni w starszym wieku, po zabiegu operacyjnym okolicy odbytu lub po nacięciu krocza podczas porodu	19	15
Choroby wątroby	0	0
Seks analny	13	10
Nadciśnienie w układzie żyły wrotnej	12	9
Częste wymioty	0	0
Kichanie	3	2
Nadciśnienie tętnicze	4	3
Niewydolność serca	0	0
Energiczne wycieranie skóry w okolicy odbytu	7	5

*Wartości nie sumują się do 100%, gdyż istniała możliwość wielokrotnych odpowiedzi

20. a 29. rokiem życia wskazało 5% respondentów. Wiek do 20 lat wybrało 2% badanych i taki sam odsetek zaznaczyło wiek powyżej 70. roku życia. Ani jeden respondent nie uznał, iż choroba guzków krwawniczych może dotyczyć osób w wieku 61–70 lat.

W grupie badanych znaczna większość uważała, iż do czynników sprzyjających zachorowaniu na hemoroidy należą: zaparcia (82%), siedzący tryb życia (76%) oraz dieta z małą ilością błonnika (54%). Prawie połowa respondentów (48% ankietowanych) udzieliła odpowiedzi, że chorobie hemoroidalnej sprzyja poród, a 46,5% osób do czynników ryzyka choroby zaliczyło nadużywanie alkoholu. Około 30% respondentów wśród czynników mających wpływ na powstawanie choroby hemoroidalnej wskazało: ciążę (33%), otyłość (29%) i nadużywanie ostrych przypraw (27%). Tylko 15% ankietowanych uważało, że chorobie sprzyja osłabienie napięcia mięśni w starszym wieku, po zabiegu operacyjnym okolicy odbytu lub po nacięciu krocza podczas

porodu. Natomiast 13% respondentów, jako czynnik ryzyka, wskazało długotrwałą pracę w pozycji stojącej. Wyniki szczegółowe przedstawiono w tabeli 1.

Spośród najczęstszych objawów choroby hemoroidalnej ankietowani w większości wybierali objaw krwawienia w trakcie oddawania stolca (86%) oraz świąd odbytu (73%). Około 50% respondentów wskazało objawy, takie jak: wyczuwalny guzek w okolicy odbytu (53%) i wypadanie żylaków (51%). W opinii 34% ankietowanych do najczęstszych objawów choroby należało uczucie niepełnego wypróżnienia po oddaniu stolca. Pozostałe wyniki przedstawiono w tabeli 2.

Większość badanych pacjentów (81%) jako objaw wymagający konsultacji z lekarzem uznała każde krwawienie z odbytu; 57% wskazało „pojawienie się twardego, bolesnego, guzka w miejscu, gdzie są hemoroidy”. Silne dolegliwości bólowe, nieustępujące po popularnych środkach przeciwbólowych, zaznaczyło 36% ankietowanych.

Tabela 2. Wiedza na temat najczęstszych objawów choroby hemoroidalnej**Table 2.** Knowledge of the most common hemorrhoid symptoms

Objawy choroby	Liczba i odsetek wskazań	
	n*	%
Krwawienie w trakcie oddawania stolca	111	86
Wypadanie żylaków	66	51
Ból związany z powstawaniem zakrzepów w żylakach	42	33
Świąd odbytu	94	73
Wyczuwalny guzek w okolicy odbytu	69	53
Uczucie niepełnego wypróżnienia po oddaniu stolca	44	34
Zapalenie i obrzęk okolicy odbytu	28	22
Trudności w utrzymaniu higieny osobistej	17	13

*Wartości nie sumują się do 100%, gdyż istniała możliwość wielokrotnych odpowiedzi

W grupie badanych chorych najczęściej było osób, które jako metodę diagnostyki choroby hemoroidalnej wybrały badanie palcem odbytu, kanału odbytu i bańki odbytnicy (80%). Kolonoskopię wskazało 56% chorych, a 25% — anoskopię. Rektoskopię za badanie diagnostyczne w chorobie hemoroidalnej uznało 21% ankietowanych. Tylko 5% osób wskazało na sigmoidoskopię, a 3% — ultrasonografię.

Zdecydowana większość (90%) badanych pacjentów za osobę zajmującą się leczeniem choroby hemoroidalnej uważała proktologa. Chirurga wymieniło 36% respondentów, natomiast lekarza rodzinnego — 9% osób. Jedynie 3% ankietowanych udzieliło odpowiedzi „każdy lekarz”, a 2% nie miało w tej kwestii zdania.

Znaczna większość badanych uważała, że do sposobów zapobiegania hemoroidom należą: unikanie nadmiernego parcia na stolec (62%) lub wypijanie 2–3 l płynów dziennie (przy braku regularnych wypróżnień i skłonności do zaparć) — 58% chorych. Prawie połowa respondentów, czyli 49% ankietowanych, udzieliło odpowiedzi, że chorobie hemoroidalnej można zapobiegać, stosując dietę niskotłuszczową z dużą ilością błonnika, a 39% osób do metod zmniejszających ryzyko choroby zaliczyło ruch, regularne wykonywanie ćwiczeń fizycznych oraz unikanie picia alkoholu. Około 30% osób jako sposób zapobiegania chorobie hemoroidalnej wskazało spożywanie owoców i warzyw, zwłaszcza gotowanych zielonolistnych (33%), spożywanie pieczywa z ziarnami i otrębów pszennych (32%) lub unikanie używania ostrych przypraw (30%). Pozostałe wyniki przedstawiono w tabeli 3.

Zdecydowana większość (87% badanych pacjentów) wskazała na chirurgiczną metodę leczenia choroby hemoroidalnej, natomiast 76% osób uznało, że chorobę można leczyć farmakologicznie; 35% respondentów

wskazało na dietetyczną metodę leczenia, a 9% osób nie potrafiło określić metody leczenia. Żaden z ankietowanych nie stwierdził, że choroba ustępuje sama i nie trzeba jej leczyć.

Własną wiedzę na temat choroby hemoroidalnej jako dostateczną oceniło 41% chorych, jako dobrą — 33%, a jako słabą — 22%. Tylko 4% ankietowanych wskazało na bardzo słabą znajomość tematu. Żaden z respondentów nie ocenił swojej wiedzy na temat choroby jako bardzo dobrej.

Nie odnotowano statystycznie istotnego związku między datą postawienia rozpoznania choroby hemoroidalnej a samooceną wiedzy ankietowanych pacjentów na temat choroby ($p = 0,135$ w teście U Manna-Whitneya).

W grupie badanych najczęściej było osób, którzy w celu zdobycia wiedzy na temat choroby hemoroidalnej (65%) korzystali z wiadomości z internetu; 47% stanowili pacjenci, których źródłem wiedzy na temat choroby był lekarz; 33% respondentów wskazało na ulotki i broszury, a 31% badanych — innych chorych. Prasę medyczną preferowało 22% ankietowanych, a 11% stanowiły osoby, które korzystały z informacji podawanych w telewizji; 9% osób z grupy badawczej uznało, że zdobywa informacje od koleżanek i kolegów, a 8% z nich wskazało na prasę codzienną. Tylko 7% ankietowanych odpowiedziało, że wiedzę na temat choroby czerpało od pielęgniarek, natomiast radio, jako źródło informacji, wybrało 6% respondentów, a gazetki ściennie w przychodni i szpitalu — 2% badanych.

Przeważająca liczba osób biorących udział w badaniu (57%) odniosła się pozytywnie do chęci poszerzenia wiedzy na temat choroby hemoroidalnej. Opcję „trudno powiedzieć” wybrało 29% osób, a „jest mi to obojętne” — 9%. W grupie ankietowanych niewyraża-

Tabela 3. Znajomość sposobów zapobiegania hemoroidom

Table 3. Knowing how to prevent hemorrhoids

Sposoby zapobiegania hemoroidom	Liczba i odsetek wskazań	
	n*	%
Unikanie nadmiernego parcia na stolec	80	62
Zmniejszenie masy ciała u osób otyłych	30	23
Wypijanie 2–3 l płynów dziennie (przy braku regularnych wypróżnień i skłonności do zaparcć)	75	58
Ruch i regularne wykonywanie ćwiczeń fizycznych	50	39
Unikanie picia alkoholu	50	39
Unikanie picia kawy	16	12
Unikanie picia mocnej herbaty	6	5
Unikanie używania ostrych przypraw	39	30
Stosowanie diety niskotłuszczowej z dużą ilością błonnika	63	49
Spożywanie pieczywa z ziarnami i otrębów pszennych	41	32
Spożywanie owoców i warzyw, zwłaszcza gotowanych zielonolistnych	42	33
Inne, jakie...	0	0

*Wartości nie sumują się do 100%, gdyż istniała możliwość wielokrotnych odpowiedzi

jących chęci wzbogacenia wiedzy na temat choroby znalazło się tylko 5% badanych.

Znaczny odsetek badanych pacjentów (42%), jako formę wzbogacenia wiedzy o chorobie hemoroidalnej, wskazał na chęć rozmów indywidualnych. Natomiast 38% osób było niezdecydowanych w powyższej kwestii, 16% respondentów preferowało pogadanki, a po 6% — wskazało prelekcje lub inne formy poszerzania wiedzy.

W grupie badanych przeważająca liczba pacjentów (77%) uznała lekarza za osobę, od której chcieliby uzyskać informacje o chorobie; 13% respondentów nie potrafiło zdecydować, kto powinien im taką wiedzę przekazać, natomiast 12% z nich preferowało w tej roli pielęgniarkę; 10% osób uznało za obojętne, kto przekaże im wiedzę o chorobie.

Respondenci zostali poproszeni o podanie 3 tematów, jakie chcieliby, aby były poruszane na szkoleniach pogłębiających ich wiedzę na temat choroby hemoroidalnej. Uzyskano 61 odpowiedzi: 31% osób ankietowanych chciałoby uzyskać więcej informacji na temat profilaktyki choroby hemoroidalnej, 28% respondentów — odnośnie sposobów leczenia choroby, 5% na temat objawów i powikłań choroby i 5% odnośnie diety zalecanej w chorobie. Tematami dotyczącymi remisji choroby po jej chirurgicznym leczeniu było zainteresowanych 3% badanych. Respondenci wymieniali także tematy dotyczące: przyczyn powstawania choro-

by hemoroidalnej (2%), sposobów diagnozowania choroby hemoroidalnej (2%) oraz higieny w chorobie guzków krwawniczych (2%). Inni ankietowani chcieliby pogłębić swoją wiedzę z zakresu: zmiany trybu życia w chorobie, skłonności genetycznych, kryteriów warunkujących potrzebę zwrócenia się o pomoc do lekarza.

Dyskusja

Choroba hemoroidalna jest uważana za najczęściej występującą chorobę proktologiczną, jednak za Banaszekiewicz i wsp. [11], dokładna ocena częstości zachorowań jest bardzo trudna ze względu na późne zgłaszanie się chorych do leczenia specjalistycznego, spowodowane z reguły przekonaniem, że choroba jest nieuleczalna, a leczenie mało skuteczne i bolesne.

W Wielkiej Brytanii i Stanach Zjednoczonych, za Johanson i Sonnenberg [3, 4], liczba wizyt u lekarzy z powodu choroby hemoroidalnej wynosi ponad 1 tys. osób na 100 tys. mieszkańców. Większość danych epidemiologicznych wskazuje, że w krajach rozwiniętych różne dolegliwości związane z chorobą hemoroidalną występują u 25% osób po 30. roku życia i u około 50% osób powyżej 50. roku życia [2–5, 12]. Podkreśla się także, iż ryzyko zachorowania wzrasta wraz z wiekiem, a populacja osób po 70. roku życia jest na nie najbardziej narażona [5].

W opinii 10% obecnie ankietowanych, wiek, w jakim najczęściej występuje choroba hemoroidalna, to

51–60 rok życia. Zaledwie 2% badanych zaznaczyło wiek powyżej 70. roku życia, natomiast ponad 80% badanych uznało wiek między 30. a 50. rokiem życia jako okres największej predyspozycji na zachorowanie.

W literaturze przedmiotu [5, 8, 12, 13] do najważniejszych czynników etiologicznych choroby hemoroidalnej zalicza się: przewlekłe zaparcia, złe nawyki żywieniowe, siedzący tryb życia, a także niepełnowartościową tkankę łączną, przewlekłe stosowanie środków przeczyszczających, biegunkę, ciążę i poród, przedłużone i nadmierne parcie na stolec, rodzinne występowanie choroby hemoroidalnej, wzmożone napięcie mięśnia zwieracza wewnętrznego odbytu, zapalenie okolicy odbytu, guzy miednicy mniejszej, nadciśnienie wrotne oraz niektóre dyscypliny sportowe, takie jak jazda konna czy kolarstwo [5, 8, 12, 13]. Knoch [14] podkreśla, iż do wielu proktologicznych zachorowań nie musi dojść, jeżeli świadomie wykluczy się czynniki patogenne.

W badaniach własnych stwierdzono, iż pacjenci trafnie wskazywali na takie czynniki etiologiczne choroby hemoroidalnej, jak: zaparcia (80% badanych) czy siedzący tryb życia (76% badanych). Niestety tylko połowa ankietowanych uznała dietę z małą ilością błonnika za czynnik sprzyjający powstawaniu choroby hemoroidalnej.

W piśmiennictwie [8, 12–14] podkreśla się, iż najczęstszy objaw choroby hemoroidalnej to niebolesne krwawienie z odbytu podczas defekacji lub bezpośrednio po niej. W sytuacji gdy dodatkowo pojawi się stan zapalny, obrzęk lub uwięźnięcie guzka, dochodzi do pojawienia się bólu w okolicy odbytu, natomiast, gdy incydent wypadania hemoroidów powtarza się często, wówczas dodatkowo pojawiają się świąd i pieczenie [8, 12–14].

Banaszkiewicz i wsp. [11] podkreślają, iż w praktyce lekarskiej najczęściej spotyka się z dwoma objawami choroby hemoroidalnej: krwawieniem z odbytu oraz wypadaniem guzków krwawniczych. Zwykle chorzy podają występowanie jasnoczerwonej krwi widocznej na papierze toaletowym lub niewielkiej ilości krwi pokrywającej stolec. Może również dochodzić do bardziej obfitych krwawień, jednak nie są to krwawienia masywne, zagrażające życiu chorego. Krwawienie z hemoroidów jest bezbolesne i ma charakter nawracający, ale wyjątkowo rzadko doprowadza do powstania niedokrwistości z niedoboru żelaza. Autorzy [11] podkreślają, iż ból może się pojawić przy współistnieniu innego powikłania choroby hemoroidalnej (zakrzepica, zapalenie guzka krwawniczego) lub innej choroby proktologicznej (szczelina odbytu). Jest to ból stały, czasem o charakterze pulsującym i towarzyszy mu często pojawienie się brudnej wydzieliny z odbytu [11].

Obecnie badani pacjenci wśród objawów choroby hemoroidalnej w większości wybierali objaw krwawie-

nia w trakcie oddawania stolca (86%) oraz świąd odbytu (73%), natomiast około połowa respondentów wskazała na objawy, takie jak: wyczuwalny guzek w okolicy odbytu i wypadanie żylaków. Ból wymieniało 33% badanych.

W opinii Banaszkiwicza i wsp. [11], diagnostyka choroby guzków krwawniczych odbytu nie odbiega od ogólnych zasad badania proktologicznego. Zdaniem autorów, w badaniu podmiotowym należy zwrócić szczególną uwagę na wywiad rodzinny (występowanie nowotworów jelita grubego, nieswoistych zapaleń jelita grubego, choroby hemoroidalnej) [11].

Celowość powyższego potwierdzają obecne wyniki wskazujące, iż 47% chorych na pytanie o występowanie w ich rodzinie choroby hemoroidalnej odpowiedziało twierdząco. W przypadku 65% ankietowanych choroba hemoroidalna występowała u rodziców badanych, w 20% — u rodzeństwa, w 5% — u dziadków badanych, w 5% — u ich dzieci i w 5% — u współmałżonków.

Wielu autorów [8, 12, 13] zwraca również uwagę na fakt, iż zanim lekarz podejmie decyzję o sposobie leczenia, konieczne jest przeprowadzenie badania proktologicznego, które składa się z zebrania wywiadu lekarskiego, badania jamy brzusznej, badania palcem przez odbyt (*per rectum*) oraz rektoskopii. Ponadto, jeżeli są wskazania, należy przeprowadzić także inne badania diagnostyczne, między innymi: kolonoskopię, sigmoidoskopię czy USG transrektalne [8, 12]. W badaniu podmiotowym, za Banaszkiwicza i wsp. [11], bardzo istotny jest stan węzłów chłonnych pachwinowych, których obraz może sugerować zmiany zarówno zapalne, jak i nowotworowe odbytu. Zdaniem autorów [11] badanie okolicy odbytu można wykonać w dwóch pozycjach: pozycji kolankowo-łokciowej i pozycji lewobocznej, ale każdemu choremu należy zaproponować także badanie endoskopowe: anaskopię, rektoskopię lub sigmoidoskopię, a w czasie badania endoskopowego, poza oceną makroskopową, należy pobrać wycinki do badania histopatologicznego z podejrzanych zmian.

W badaniach przeprowadzonych przez autorów niniejszego artykułu wykazano, że w grupie respondentów 80% osób wiedziało, iż jedną z podstawowych metod diagnostyki choroby hemoroidalnej jest badanie palcem odbytu, kanału odbytu i bańki odbytnicy. Ponad połowa z nich wskazała na kolonoskopię, a mniej niż 1/4 — rektoskopię.

W literaturze przedmiotu [11, 12, 15, 16] podaje się, iż leczenie dolegliwości spowodowanych chorobą hemoroidalną powinno się rozpoczynać od metod zachowawczych. Niemniej jednak niektórzy autorzy [12, 15–17] uważają, że metody te na krótko łagodzą dolegliwości i mają niewielki wpływ na wyleczenie pacjenta z choroby guzków krwawniczych. Warto jednak pamiętać, że leczenie zabiegowe oraz operacyjne nie jest

wolne od powikłań i w związku z powyższym największe znaczenie w pierwszym okresie choroby hemoroidalnej ma leczenie dietetyczne, zwłaszcza u chorych, którzy cierpią na przewlekłe zaparcia i skarżą się na konieczność długiego parcia na stolec podczas defekacji. Podkreśla się, iż w wielu wypadkach zmiana trybu życia, diety oraz uregulowanie wypróżnień skutkują ustąpieniem dolegliwości związanych z chorobą hemoroidalną [11, 12, 15–17].

Sposób leczenia choroby hemoroidalnej, za Su i wsp. [18] i McKay [19], jest uzależniony od stopnia zaawansowania choroby i od preferencji chorego, a w terapii stosuje się leczenie zachowawcze, metody instrumentalne i leczenie operacyjne. W I i II stopniu zaawansowania choroby stosuje się przede wszystkim leczenie zachowawcze [18, 19]. W chwili obecnej leczenie chirurgicznie guzków krwawniczych stosuje się u chorych w IV stopniu choroby hemoroidalnej lub w III stopniu, u których inne formy leczenia, głównie leczenia instrumentalnego, nie przeszły pozytywnie [12, 15–17]. W związku z powyższym, tylko około 15–20% chorych z rozpoznaną chorobą hemoroidalną, zgłaszających się do chirurga, wymaga leczenia chirurgicznego [12, 15–17]. W ostatnich latach pojawiła się nowa metoda leczenia hemoroidów związana z zastosowaniem laserów. Na przełomie XX i XXI wieku opinie na powyższy temat były różne, jednakże w wytycznych Polskiego Klubu Koloproktologii z 2008 roku, za Sowula [20], zapisano, że do hemoroidektomii mogą być zastosowane nożyczki, ostrze chirurgiczne, diatermia, laser, skalpel harmoniczny i za pomocą aparatu LigaSure. Dziki [21] podaje, że w piśmiennictwie nie wykazano, aby operowanie laserem było lepsze niż klasyczna technika chirurgiczna, zwracając jednocześnie uwagę na koszty i przedłużenie czasu operacji. Wyniki badań Sowuli [20] dotyczące wycięcia hemoroidów u 141 chorych (łącznie 169 zabiegów) wykazały jednak, że laser CO₂ może być bezpiecznie i skutecznie używany w operacjach hemoroidów i jest alternatywą dla konwencjonalnych metod operacyjnych, kiedy chirurg pozna wszystkie cechy tej techniki.

Z badań własnych wynika, iż zdecydowana większość, 87% badanych pacjentów, wskazała na chirurgiczną metodę leczenia choroby hemoroidalnej, a 76% osób uznało, że chorobę można leczyć farmakologicznie.

Wielu autorów [7, 9, 11, 16, 22] uważa, iż dieta przeciwzaparciowa jest pierwszym sposobem leczenia, mimo że niektóre przeprowadzone analizy nie wykazują jednoznacznie związku między sposobem odżywiania się a częstością występowania i nasilania się dolegliwości. Podkreśla się także, iż wprowadzane ograniczenia dietetyczne powinny również dotyczyć unikania pikantnych przypraw oraz wysokokalorycznych posiłków mogących prowadzić do otyłości [7, 9, 11, 16, 22].

Powyższe popiera także Banaszekiewicz [11], twierdząc, iż ze względu na fakt, iż w patogenezie choroby

hemoroidalnej podkreśla się udział zapać, dlatego istotnym elementem leczenia jest regulacja rytmu wypróżnień. W związku z tym wskazane jest zastosowanie diety przeciwzaparciowej, której podstawą jest spożywanie dużych ilości warzyw i owoców, natomiast ograniczenie tłuszczy zwierzęcych, ryżu, ziemniaków i pieczywa. Zaleca się unikanie spożywania czekolady, alkoholu, mocnej kawy, herbaty i pikantnych przypraw. W ciągu doby należy wypić około 2–2,5 l płynów [11].

W piśmiennictwie [2, 19, 23] podkreśla się, iż często stosowanie samej diety prowadzi do uzyskania poprawy, choć z przeprowadzonych analiz nie wynika jednoznacznie, że dieta ma wpływ na częstość występowania objawów choroby. W przypadku gdy powyższe nie przynosi pożądanych efektów, za Perez-Miranda i wsp. [24], stosuje się preparaty modyfikujące pasaż jelitowy.

W obecnych badaniach dietetyczną metodę leczenia wskazało 35% respondentów. Wielu autorów [7, 9, 14, 25–28] jest zgodnych, że styl życia oraz sposób odżywiania się powinny zapewniać właściwą jakość egzystencji. Niemniej jednak błędy dietetyczne oraz powszechny siedzący tryb życia są skutkiem wielu problemów zdrowotnych, między innymi powstawania choroby hemoroidalnej. W związku z tym podkreśla się, że aby zapobiegać chorobie hemoroidalnej, powinno się stosować wiele czynności profilaktycznych [7, 9, 14, 25–28].

Ze względu na to, że jednym z istotnych czynników, które wpływają na tworzenie się choroby hemoroidalnej, jest nieodpowiednia dieta prowadząca do zapać, nie tylko w leczeniu, ale także w profilaktyce powinno się przede wszystkim wprowadzać właściwe zalecenia dietetyczne [13, 14, 22, 26]. Udowodniono bowiem, iż sposobem na zapobieganie temu jest stosowanie urozmaiconej diety, a błonnik, będący jednym ze składników właściwej diety, ma właściwości przyspieszające ruchy perystaltyczne jelit, wspomagając przez to eliminację niestrawionych resztek pokarmowych [5, 14, 22, 29]. Podkreśla się także, iż posiłki, które są urozmaicone błonnikiem oraz mają niewielką zawartość tłuszczy i ostrych przypraw, wpływają na regulację defekacji [5, 14, 22, 29].

Warto również pamiętać o zmianie szkodliwych nawyków, takich jak na przykład długie przebywanie w toalecie, oraz o tym, iż w zapobieganiu chorobie hemoroidalnej wskazany jest nieduży wysiłek fizyczny, taki jak gimnastyka czy spacer [7, 9, 22].

Prawie połowa obecnie badanych respondentów znała zasady, jakich należy przestrzegać, aby nie dopuścić do powstania choroby guzków krwawniczych. Około 1/3 osób do metod zmniejszających ryzyko choroby zaliczyło ruch, regularne wykonywanie ćwiczeń fizycznych oraz unikanie picia alkoholu. Natomiast mniej niż 1/4 ankietowanych uważało, że chorobie można również zapobiegać przez zmniejszenie masy ciała u osób otyłych.

Profilaktyka choroby guzków krwawniczych, jak już wspomniano we wstępie, jest niezmiernie ważnym postępowaniem zapobiegającym przed leczeniem chorych metodami instrumentalnymi i operacyjnymi.

Z profilaktyką, rozumianą według Światowej Organizacji Zdrowia, jako *zespół przedsięwzięć mających na celu obniżenie częstości zachorowań przez zmniejszenie ryzyka powstawania choroby*, ściśle są związane problemy edukacji zdrowotnej [30].

Draper wraz ze współpracownikami, za Pike [30], już w 1980 roku wyróżnili trzy typy edukacji zdrowotnej: typ 1 — nauka o organizmie ludzkim i sposobach dbania o niego, typ 2 — dostarczanie informacji o dostępności i właściwym korzystaniu ze służby zdrowia oraz typ 3 — nauka o narodowych, regionalnych i lokalnych ustawach i strukturach oraz procesach zachodzących w szeroko pojętym środowisku, które są szkodliwe lub niebezpieczne dla zdrowia.

Ingrosso, za Słońską [31] wyróżnia trzy modele edukacji zdrowotnej: edukację autorytatywną, opartą na przekazie informacji, obejmującym zarówno element poznawczy, jak i moralny; edukację uczestniczącą, opartą na wymianie wiedzy między ekspertem, który posiada ogólną wiedzę i umiejętności, oraz klientem, który zna warunki, w których żyje i pragnie podzielić się swoją wiedzą na ten temat z ekspertem w celu poprawy własnego stanu zdrowia, oraz edukację promującą, opartą na wzajemności i wspólnym świadczeniu między dwoma aktorami procesu dydaktycznego, z których każdy posiada inne kompetencje i poglądy, ale obydwaj są na równi zainteresowani aktywizacją procesu edukacji skierowanego na zmianę. Ich komunikacja polega na porównywaniu różnic.

Według Kawczyńskiej-Butrym [32], specyfiką działania profilaktycznego jest przeciwdziałanie przyczynom zachorowań i powstawania dysfunkcji oraz ograniczenie rozpowszechniania czynników, które zwiększają ryzyko ich wystąpienia. W opinii Krasowskiego [9], „wszystkie działania profilaktyczne są również integralną częścią leczenia zachowawczego w pierwszym etapie rozwoju choroby hemoroidalnej i uzupełniają leczenie w bardziej zaawansowanym stadium. W związku z tym zalecane czynności profilaktyczne wpływają nie tylko na zapobieganie rozwojowi choroby hemoroidalnej, ale pomagają również w złagodzeniu dolegliwości w fazie objawowej choroby”.

Uważa się [34, 35], że z punktu widzenia pacjenta, najważniejszą osobą, która powinna uczyć o zdrowiu i chorobie, jest lekarz. Ten fakt potwierdzono w badaniach własnych, ponieważ ponad 70% pacjentów jako osobę preferowaną do przekazywania wiedzy na temat choroby hemoroidalnej wybrało lekarza.

W literaturze przedmiotu podkreśla się, iż w modelach ochrony zdrowia i koncepcji pielęgnowania traktuje się pacjenta jako w znacznym zakresie odpowie-

dzialnego i działającego na rzecz swojego zdrowia [32]. Także upodmiotowienie opieki zdrowotnej oraz pielęgnowania w zdrowiu i w chorobie powoduje konieczność przekazania niektórych zadań pacjentowi i jego rodzinie, a także podkreśla potrzebę ogólnej i specyficznej edukacji zdrowotnej oraz stałego doradztwa związanego ze zmianami stanu pacjenta [32].

Należy podkreślić fakt, iż w kształceniu pielęgniarek, zarówno w zakresie podstawowym, wyższym, jak i podyplomowym, dużą rolę przywiązuje się do przygotowania ich w zakresie edukacji zdrowotnej [30, 32, 33].

Pielęgniarka może i powinna odgrywać kluczową rolę w edukacji zdrowotnej pacjentów i pozostałego personelu, co jest związane z rodzajem wykonywanych przez nią czynności i świadomością sanitarną. Efektem jej działań powinno być wyposażenie osób zdrowych i chorych w wiedzę i umiejętności niezbędne do przyjęcia zachowań korzystnych dla zdrowia. W przypadku osób zdrowych — utrzymanie i umacnianie zdrowia oraz zapobieganie chorobom, wśród chorych — zahamowanie rozwoju choroby, ograniczenie jej następstw oraz przywracanie i utrzymanie zdrowia na możliwie dobrym poziomie. Edukacja pacjenta przez pielęgniarkę powinna w sposób zamierzony wpływać na osobowość pacjenta poprzez kształtowanie prawidłowych zachowań zdrowotnych, poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie, przygotowanie do współpracy i współdziałania w procesie leczenia, pielęgnowania, realizowania — samoopieki i opieki innej niż profesjonalna, ale również poprzez wyposażenie pacjentów w wiedzę i kształtowanie u nich umiejętności ustalonych jako niezbędne do współpracy w określonych powyżej zakresach. Warto podkreślić, że pielęgniarki jako osoby pierwszego kontaktu z osobami chorymi, mają szczególne możliwości zastosowania metod skutecznych w likwidacji lub znacznym ograniczeniu szerzenia się różnych chorób.

W niniejszej pracy pielęgniarkę w roli edukatora widziało jedynie 12% chorych. Podkreśla się także, iż edukacja pacjenta jest procesem pogłębiania wiedzy, zmiany postaw oraz umiejętności, a także procesem oddziaływania na zachowanie pacjenta w celu utrzymania lub poprawy zdrowia [34]. W związku z tym najistotniejszym celem edukacji jest zachęcanie chorego do aktywnego uczestniczenia w leczeniu i rehabilitacji. Wymaga to podejścia do pacjenta jako partnera, a także respektowania jego wyboru, możliwości i doświadczeń. Edukacja pacjenta powinna więc być ukierunkowana na profilaktykę trzeciego stopnia, zawierając również elementy profilaktyki pierwszego i drugiego stopnia i skutkując wymiernymi korzyściami, zarówno w sferze klinicznej, jak i społecznej. Ponadto powinna wspomagać pacjentów w radzeniu sobie z problemami zdrowotnymi oraz wpływać pozytywnie na samopoczucie i proces powrotu do zdrowia. Z tego powodu jest

uznawana za integralny element dobrej jakościowo opieki zdrowotnej [34].

Osoby biorące udział w odcywanym badaniu zapytano o źródła czerpania wiedzy na temat choroby hemoroidalnej. W grupie badanych ponad 60% osób korzystało z internetu w celu zdobycia wiedzy na temat choroby hemoroidalnej. Zaledwie 47% stanowili pacjenci, których źródłem wiedzy na temat choroby był lekarz. Natomiast około 1/3 respondentów wskazała na ulotki i broszury oraz innych chorych.

Edukacja pacjenta wydaje się jednym z istotnych wyzwań dla każdego systemu zdrowia, szczególnie gdy poszukuje się sposobów na wzrost jego skuteczności [34]. W literaturze przedmiotu [9, 26] podkreśla się fakt, iż wszelkie działania profilaktyczne stanowią integralną część leczenia w początkowym okresie rozwoju choroby hemoroidalnej, są uzupełnieniem leczenia w bardziej zaawansowanych stadiach, a stosowanie zaleceń profilaktycznych pomaga zarówno w zapobieganiu rozwojowi hemoroidów, jak i wpływa na zmniejszenie dolegliwości w fazie objawowej choroby hemoroidalnej. W związku z powyższym uważa się [9, 14, 26], że objaśniając choremu zasady leczenia zachowawczego, należy zawsze zachęcać go do przestrzegania reguł profilaktyki, do których zalicza się: właściwe odżywianie, aktywny tryb życia, unikanie zbyt długiego siedzenia podczas wypróżniania, zmniejszenie masy ciała (otyłości) oraz dbanie o higienę okolicy odbytu.

Wnioski

1. Poziom wiedzy pacjentów na temat choroby hemoroidalnej i jej profilaktyki był niewystarczający, pomimo że prawie połowa badanych pacjentów w samoocenie oceniła swój poziom wiedzy jako dostateczny.
2. Głównym źródłem informacji dla pacjentów na temat choroby był internet.
3. W roli edukatora chorzy widzieli przede wszystkim lekarza.
4. Pacjenci chcieliby poszerzyć zakres swojej wiedzy na temat profilaktyki choroby hemoroidalnej, przyczyn, objawów i powikłań, diagnostyki, leczenia, diety, remisji choroby po leczeniu chirurgicznym oraz higieny.
5. Brak istotnego wpływu czasu trwania choroby hemoroidalnej na poziom wiedzy chorych w zakresie profilaktyki może sugerować, iż metody edukacyjne dotychczas stosowane u chorych są nieskuteczne.

Postulaty

1. Niepełne wiadomości posiadane przez ankietowanych na temat zasad profilaktyki i leczenia choroby hemoroidalnej mogą utrudnić współpracę z chorymi i przestrzeganie przez nich zaleceń lekarskich.

2. Pacjenci z chorobą hemoroidalną wymagają ciągłej edukacji na temat profilaktyki choroby, niezależnie od wieku, płci, stopnia zaawansowania zmian, czasu trwania choroby oraz wykształcenia.
3. Systematyczne szkolenia pacjentów mogłyby przygotować ich do aktywnego udziału w terapii choroby hemoroidalnej oraz jej profilaktyki, a także zmniejszyłyby liczbę powikłań oraz bezpośrednio koszty opieki medycznej, co wpłynęłoby na poprawę jakości ich życia.

Piśmiennictwo

1. Bielecki K., Cabaj H. Choroba hemoroidalna. *Post. N. Med.* 2000; 3: 35–39.
2. Carpapeti E.A., Phillips R.K.S. *Haemorrhoids. Surgery* 1998; 41: 66–69.
3. Johanson J.F., Sonnenberg A. The prevalence of haemorrhoids and chronic constipation an epidemiologic study. *Gastroenterology* 1990; 98: 380–386.
4. Johanson J.F., Sonnenberg A. Temporal changes in the occurrence of hemorrhoids in the United States and England. *Dis. Colon. Rectum.* 1991; 34: 585–591.
5. Szyca R., Osowska M., Zimmermann A., Leskowski K. Etiopatogeneza i profilaktyka choroby hemoroidalnej. *Valetudinaria. Post. Med. Klin. Wojsk.* 2009; 14: 46–49.
6. Bielecki K., Dziki A. *Proktologia.* Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2000.
7. Kołodziejczak M., Obcowska A. Leczenie choroby hemoroidalnej kobiet w ciąży i okresie okołoporodowym. *Ginekol. Prakt.* 2010; 2: 8–10.
8. Godeberge P. *Hemoroidy. Atlas chorób guzków krwawniczych.* SPG, Gdańsk 2004.
9. Krasowski G., Kruk M. *Hemoroidy.* Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2005.
10. Bałdos R. Pacjent z chorobą hemoroidalną. *Lek. Rodz.* 2008; 13: 568–572.
11. Banaszekiewicz Z., Jankowski M., Jawień A. Choroba guzków krwawniczych odbytu. *Przew. Lek.* 2003; 6: 84–88.
12. Szczepkowski M. Co nowego w chorobie hemoroidalnej. *Post. Nauk Med.* 2006; 5: 207–215.
13. Hasiura R. Choroba hemoroidalna. *Lek. Rodz.* 2009; 2: 162–169.
14. Knoch H.G. *Dolegliwości odbytu.* Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
15. Kaidar-Person O., Person B., Wexner S.D. Haemorrhoidal disease: A comprehensive review. *J. Am. Coll. Surg.* 2007; 204: 102–117.
16. Żurawska H. Zabezpiecz tyły. *Homeopatia* 2009; 5: 9–12.
17. Kowalewski R. Hemoroidy — problem wstydlivy. *Rytmy Zdrowia* 2002; 5: 7.
18. Su M.Y., Tung S.Y., Wu C.S., Sheen I.S., Chen P.C., Chiu C.T. Long-term results of endoscopic hemorrhoidal ligation: two different devices with similar results. *Endoscopy* 2003; 35: 416–420.
19. MacKay D. Hemorrhoids and varicose veins: a review of treatment options. *Altern. Med. Rev.* 2001; 6: 126–140.
20. Sowula A. Wykorzystanie lasera CO₂ w proktologii. *Wiad. Lek.* 2010; 63: 27–32.
21. Dziki A. Guzki krwawnicze. W: Bielecki K., Dziki A. (red.). *Proktologia.* Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2000: 124–126.
22. Friediger J., Rożnowska K. *Sekrety toalety. Choroby jelita grubego.* Wyd. Emilia, Kraków 2000.
23. Loder P.B. Haemorrhoids pathology, pathophysiology and etiology. *Br. J. Surg.* 1994; 81: 946–954.
24. Perez-Miranda M., Gomez-Cedenilla A., Leon-Colombo T., Pajares J., Mate-Jimenes J. Effect of fiber supplements on inte-

- rial bleeding hemorrhoids. *Hepatogasroenterology* 1996; 43: 1504–1507.
25. Cywiński J., Hasiura R., Bocian R. Choroby odbytu. W: Joss A. (red.). *Wybrane zagadnienia z chirurgii przewodu pokarmowego i naczyń obwodowych*. Wyd. AM w Łodzi, Łódź 2002: 67–69.
 26. Stańska A. Profilaktyka choroby hemoroidalnej. *Świat Farmacji* 2007; 10: 15.
 27. Noszczyk W. Żylaki i inne choroby żył. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2005: 122–127.
 28. Czelej D. Wpływ zmian warunków życia na rozwój chorób cywilizacyjnych. W: Bogucka-Tuszyńska V., Bogucki J. (red.). *Styl życia a zdrowie*. Wyd. Czelej, Lublin 2005: 22–30.
 29. Beck D. Benign Rectal, Anal, and Perineal Problems. *Gastrointestinal Tract and Abdomen, Section 5. ACS Surgery: Principles and Practice* 2004, <http://www.acssurgery.com/acs/pdf/ACS0517.pdf>, data pobrania 12.07.2011
 30. Pike S., Foster D. *Promocja zdrowia dla wszystkich*. Wyd. Czelej, Lublin 1998.
 31. Słońska Z. Edukacja zdrowotna a promocja zdrowia. W: Karski J.B. (red.). *Promocja zdrowia*. Wyd. IGNIS, A.J. Pruszyński, Warszawa 1999: 19–39.
 32. Kawczyńska-Butrym Z. *Rodzina — zdrowie — choroba, koncepcja i praktyka pielęgniarstwa rodzinnego*. Wyd. Czelej, Lublin 2001.
 33. Krischner H. *Promocja zdrowia na tle rozwoju medycyny społecznej*. W: Karski J.B. (red.). *Promocja zdrowia*. Wyd. Ignis, A.J. Pruszyński, Warszawa 1999: 19–39.
 34. Cianciara D., Miller M. Postawy lekarzy wobec edukacji pacjenta. *Przeegl. Epidemiol.* 2003; 57: 531–540.