

Jakość życia w naukach medycznych i społecznych

Tom II



Pod redakcją
Beaty Kowalewskiej, Barbary Jankowiak,
Hanny Rolka, Elżbiety Krajewskiej Kułak

**JAKOŚĆ ŻYCIA W NAUKACH
MEDYCZNYCH I SPOŁECZNYCH**

Tom II

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

**JAKOŚĆ ŻYCIA W NAUKACH
MEDYCZNYCH I SPOŁECZNYCH
Tom II**

Praca zbiorowa pod redakcją

Dr n. med. Beaty Kowalewskiej
Dr n. med. Barbary Jankowiak
Dr n. med. Hanny Rolka
Prof. dr hab. n. med. Elżbiety Krajewskiej - Kułak

Białystok 2018

Recenzenci monografii

Prof. dr hab. med. Dzmitry Fiodaravich Khvorik

Katedra Dermatowenerologii
Uniwersytetu Medycznego w Grodnie, Białoruś

Dr n.med. Anna Ślifirczyk

Wydział Nauk o Zdrowiu i Nauk Społecznych
Państwowej Szkoły Wyższej im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej,
Polska

Wydawca

Uniwersytet Medyczny
ul. Kilińskiego 1
Białystok

Wydanie I

Białystok 2018

Wszelkie prawa zastrzeżone

ISBN komplet

978-83-946571-7-8

ISBN Tom II

978-83-951075-2-8

Opracowanie graficzne

Agnieszka Kułak-Bejda

zdjęcie zakupione w Can Stock Photo Inc.,
6139 Quinpool Rd., Suite 33027, Halifax, NS, B3L 4T6, Canada

Druk

„Duchno” Teresa Duchnowska,
15-501 Białystok, ul. Baranowicka 115/307

*„Życie jest ciągiem doświadczeń, z których każde czyni nas silniejszymi,
mimo, że czasem trudno nam to sobie uświadomić”*

Henry Ford

SŁOWO WSTĘPNE

Zdrowie jest najdroższą, najcenniejszą wartością i niczym nie można go zastąpić. Zachowanie dobrego zdrowia jest z kolei jedną z podstawowych potrzeb każdego człowieka.

W związku z powyższym warto zastanowić się głęboko nad definicją zdrowia jako najważniejszej wartości. Aktualnie wyróżnia się trzy kategorie definicji zdrowia. W definicjach kategorii biologicznej akcentuje się somatyczny stan jednostki o parametrach określonych przez nauki medyczne. Definicje funkcjonalne skupiają się na aspekcie zdrowia jako warunku efektywnego uczestnictwa w życiu społecznym. *„Zdrowie jest to stan, w którym jednostka wykazuje optymalną umiejętność pełnienia ról i zadań wyznaczonych przez proces socjalizacji”* (definicja Parsons, 1969r.). Natomiast definicje w kategoriach biologiczno – funkcjonalnych opierają się na założeniu, że analiza zdrowia powinna uwzględniać wszystkie trzy sfery życia człowieka: biologiczną, psychiczną i społeczną funkcjonowania człowieka (definicja zdrowia wg WHO). Funkcjonujący model socjoekologiczny określa zdrowie jest zdolnością człowieka do osiągnięcia pełni własnych fizycznych, psychicznych i społecznych możliwości prowadzenia produktywnego i sensownego życia w sferze społecznej, jak i osobistej.

Ze zdrowiem nierozzerwalnie wiąże się pojęcie choroba. Już Freud uważał, że *„nie ma ludzi zdrowych, są tylko niezdiagnozowani”*. W tych słowach jest dużo prawdy, bowiem istnieje wiele schorzeń, które mimo stałego postępu medycyny są całymi latami nierozpoznawane, a właściwa diagnoza stawiana jest dopiero wtedy, gdy dochodzi już do groźnych powikłań.

Niektóre definicje choroby są bardzo ogólne i koncentrują się wyłącznie na aspekcie organicznym, a inne wprost przeciwnie, sięgają szerzej, wykraczając poza medyczne jej widzenie wskazując, że organizm człowieka jest systemem dynamicznym i obejmującym zależne od siebie prawidłowości fizjologiczne i psychologiczne, oraz szerszy kontekst systemów – fizycznych, społecznych i kulturowych – w jakich żyje człowiek. To w znaczny sposób ujmuje wymiar zdrowia i choroby w szerokim kontekście holistycznym.

Thomas Fuller słusznie podkreśla, że „*Zdrowie jest niedoceniane aż do momentu, kiedy pojawi się choroba*”. Ludzie chorzy postrzegają więc swoją sytuację w specyficzny sposób, co przekłada się na zróżnicowane ich zachowania. Choroba wywołuje bowiem wiele zmian w życiu, stawia przed człowiekiem określone trudne zadania, z którymi musi zmierzyć się niejednokrotnie po raz pierwszy. Występujące objawy kliniczne choroby niejednokrotnie w znaczący sposób wpływają na zakres funkcjonowania człowieka w życiu codziennym, a nawet wymuszają rezygnację z pełnionych wcześniej ról społecznych, ewidentnie zmniejszając poziom jakości życia.

Jakość życia jest pojęciem wieloznacznym, o charakterze wielowymiarowym, wielodyscyplinarnym, odzwierciedlającym wiele aspektów funkcjonowania człowieka. W dużej mierze jest wartością subiektywną, która zależy od stanu psychicznego, osobowości, upodobań i systemu wartości. W życiu bowiem, jak twierdzi Josh Billings „*nie chodzi o posiadanie samych dobrych kart, ale o umiejętność grania tymi, które już masz w ręku*”.

Problem jakości życia szczególnie uwarunkowanej stanem zdrowia budzi żywe zainteresowanie różnych dyscyplin nauki: medycyny, pielęgniarstwa, psychologii i socjologii.

Przedstawiona do rąk czytelnika monografia powstała z inspiracji kontynuowania podjętych w pierwszym tomie tematów w formie pogłębionej analizy najważniejszych elementów związanych z aspektami jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia.

Jako redaktorzy monografii chcielibyśmy gorąco podziękować wszystkim autorom, którzy podjęli się opracowania poszczególnych rozdziałów monografii. To ich wiedza i ogromna życzliwość przyczyniła się do nadania ostatecznego kształtu tej monografii.

Zespół redakcyjny

Dr n. med. Beata Kowalewska

Dr n. med. Barbara Jankowiak

Dr n. med. Hanna Rolka

Prof. dr hab. med. Elżbieta Krajewska-Kułak

WYKAZ AUTORÓW

Andruszkiewicz Agnieszka

Mgr. pielęgniarstwa

Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo II stopnia
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Banel Joanna

Mgr pielęgniarstwa

Przychodnia Położniczo – Ginekologiczna Mastermed w Białymstoku

Brojek Anna

Dr n. o kulturze fizycznej

Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

Brzóska Andżelika

Lic. pielęgniarstwa

Studentka kierunku Pielęgniarstwo II stopnia
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Budna Patrycja Anna

Studentka kierunku Pielęgniarstwo

Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Medycyny Klinicznej
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Chmur Ewa

Lic. pielęgniarstwa

Oddział Obserwacyjno- Zakaźny SP ZOZ w Bielsku Podlaskim

Chilimoniuk Maria

Mgr pielęgniarstwa

NZOZ Przychodnia Lekarska w Białymstoku

Chorąży Monika

Dr n.med.

Klinika Neurologii

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Cybulski Mateusz

Dr hab. n. o zdr.

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Dobrowolska Hanna

Mgr pielęgniarstwa

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Katowicach
Zakład Ekonomiki i Zarządzania w Ochronie Zdrowia
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Doroszkiwicz Halina

Dr n.med.

Klinika Geriatrii

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Dziekońska Mirosława

Mgr pielęgniarstwa

Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

Filanowicz Małgorzata

Dr n.med.

Katedra Pielęgniarstwa Zachowawczego, Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego

Collegium Medium w Bydgoszczy UMK w Toruniu

Grodzka Ewelina

Lic. elektroradiologii

Studentka kierunku Elektroradiologia II stopnia

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Hinburg Anna

Dr inż.

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

Jankowiak Barbara

Dr n. med.

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Klimaszewska Krystyna

Dr n.med.

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Kondzior Dorota Joanna

Dr n. o zdrowiu

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Kosiorek Dorota

Mgr pielęgniarstwa

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

Kowalewska Beata

Dr n. med.

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Kowalewska Justyna

Studentka kierunku Kosmetologia

Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

Krajewska-Kulak Elżbieta

Prof. dr hab. n. med.

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Lewko Jolanta

Dr hab. n. o zdr

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Lida Aleksandra

Mgr pielęgniarstwa

Katedra Pielęgniarstwa Zachowawczego, Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego
Collegium Medium w Bydgoszczy UMK w Toruniu

Łagoda Katarzyna

Dr n. med.

Zakład Medycyny Klinicznej
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Łepicka Emilia

Mgr pielęgniarstwa

Blok Operacyjny Szpitala w Giżycku

Łobaczuk-Sitnik Anna

Dr n. med.

Zakład Fonoaudiologii Klinicznej i Logopedii
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Łojewska Marlena

Mgr dietetyki

Absolwentka kierunku Dietetyka II stopnia
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Łukjaniuk Tomasz

Lic. pielęgniarstwa

Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
Wojewódzki Szpital Zespolony w Białymstoku

Marciszewska Urszula

Lic. pielęgniarstwa

Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny w Białymstoku

Machulska Magdalena Agnieszka

Lic. elektroradiologii

Studentka kierunku Elektroradiologia II stopnia

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Mielniczuk Natalia

Lic. fizjoterapii

Absolwentka kierunku Fizjoterapia I stopnia

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Misiak Bianka

Dr n. o zdr

Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny w Białymstoku

Mirończuk-Chodakowska Iwona

Dr n. o zdr

Zakład Biotechnologii Żywności

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Omielan Anna

Mgr logopedii

Absolwentka kierunku Logopedia z Fonoaudiologią II stopnia

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Ostaszewska-Puchalska Iwona

Dr n.med.

Wydział Nauk o Zdrowiu

Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

Reska Sylwia

Lic. pielęgniarstwa

Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo I stopnia

Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

Rolka Hanna

Dr n. med.

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Romankiewicz Ewa

Mgr pielęgniarstwa

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

Rostkowski Leszek

Mgr pielęgniarstwa

Centrum Dializ Fresenius, Ośrodek Dializ nr 66 w Płońsku

Sawicka Julia

Dr n. med.

Zakład Medycyny Klinicznej

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Siergiejczyk Julia

Lic. elektroradiologii

Studentka kierunku Elektroradiologia II stopnia

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Skibicka Karolina

Lic. pielęgniarstwa

Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo I stopnia

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Snarska Katarzyna Krystyna

Dr n. med.

Zakład Medycyny Klinicznej

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Szwed Olga

Studentka dietetyki

Studencie Koło Naukowe przy Zakładzie Biotechnologii Żywności

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Śmigielska-Kuzia Joanna

Dr hab. n. med.

Klinika Neurologii i Rehabilitacji Dziecięcej

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Turosz Maria Anna

Dr n. o kulturze fizycznej

Wydział Wychowania Fizycznego i Sportu w Białej Podlaskiej

Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie

Tyrakowska – Dadello Zuzanna Judyta

Mgr radiologii

Zakład Radiologii

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Tyszko Joanna Jolanta

Mgr pielęgniarstwa

Oddział Chirurgiczny

Szpital Wojewódzki w Łomży

Witkowska Katarzyna

Mgr pielęgniarstwa

SP ZOZ Ośrodek Rehabilitacji w Suwałkach

Żelechowska Marta

Mgr pielęgniarstwa

Oddział Noworodków i Wcześnieaków z Pododdziałem Patologii Noworodka i
Intensywnej Opieki

Szpital Wojewódzki w Łomży

SPIS TREŚCI

ROZDZIAŁ I. WPLYW WYBRANYCH SCHORZEŃ NA JAKOŚĆ ŻYCIA...	19
Dobrowolska Hanna <i>Jakość życia pacjentów dotkniętych chorobami reumatycznymi</i>	20
Filanowicz Małgorzata, Lida Aleksandra <i>Analiza stylu i jakości życia u pacjentów 50-80-letnich po przebytych zawale mięśnia sercowego</i>	33
Grodzka Ewelina, Tyrakowska – Dadello Zuzanna Judyta <i>Jakość życia pacjentów poddanych radioterapii nowotworów narządów głowy i szyi</i>	47
Banel Joanna, Klimaszewska Krystyna <i>Ocena występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa w zależności od rodzaju wykonywanej pracy zawodowej</i>	57
Kosiorek Dorota, Romankiewicz Ewa, Hinburg Anna <i>Wpływ biegunki rotawirusowej na jakość życia pacjenta – studium przypadku</i>	87
Łagoda Katarzyna, Kowalewska Beata <i>Jakość snu u pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego</i>	98
Mielniczuk Natalia, Krajewska-Kulak Elżbieta, Śmigielska-Kuzia Joanna <i>Ocena jakości snu oraz zachowań zdrowotnych studentów fizjoterapii</i>	107
Omielan Anna, Cybulski Mateusz, Łobaczuk-Sitnik Anna, Krajewska-Kulak Elżbieta <i>Ocena jakości życia pacjentów po laryngektomii całkowitej</i>	130
Sawicka Julia, Andruszkiewicz Agnieszka <i>Wpływ hospitalizacji na satysfakcję i jakość życia pacjentów</i>	154
Witkowska Katarzyna, Kondzior Dorota Joanna <i>Jakość życia pacjentów z chorobami zwyrodnieniowymi w układzie kostno-stawowym</i>	204
Chilimoniuk Maria, Łagoda Katarzyna, Kowalewska Beata <i>Wpływ menopauzy na funkcjonowanie fizyczne i psychiczne kobiet</i>	241
Turosz Maria Anna, Brojek Anna <i>Poziom jakości życia studentów wychowania fizycznego w świetle wybranych wymiarów zdrowia</i>	270
Budna Patrycja Anna, Łagoda Katarzyna <i>Jakość życia osób z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc</i>	284

Ostaszewska-Puchalska Iwona, Rostkowski Leszek <i>Świąd skóry u hemodializowanych pacjentów</i>	294
Żelechowska Marta, Kowalewska Beata, Kowalewska Justyna <i>Wpływ uzależnienia od alkoholu na jakość życia</i>	313
Łępicka Emilia, Jankowiak Barbara <i>Stygmatyzacja osób uzależnionych od alkoholu i ich rodzin</i>	375
ROZDZIAŁ II. DIAGNOSTYKA, LECZENIE I INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE	413
Chmur Ewa, Doroszkiewicz Halina, Snarska Katarzyna Krystyna <i>Postępowanie pielęgniarskie w opiece nad pacjentem z kleszczowym zapaleniem mózgu</i>	414
Łojewska Marlena, Mirończuk-Chodakowska Iwona, Szwed Olga <i>Ocena natężenia stresu oraz wybranych nawyków żywieniowych i stylu życia wśród studentów</i>	444
Łukjaniuk Tomasz, Misiak Bianka, Lewko Jolanta, Dziekońska Mirosława <i>Opieka pielęgniarska nad pacjentem z ostrym zapaleniem trzustki hospitalizowanym w oddziale intensywnej terapii</i>	462
Machulska Magdalena Agnieszka, Tyrakowska- Dadelło Zuzanna Judyta <i>Diagnostyka udaru niedokrwinnego mózgu przy pomocy Tomografii Komputerowej i Rezonansu Magnetycznego</i>	473
Marciszewska Urszula, Misiak Bianka, Lewko Jolanta <i>Immunoterapia swoista na jad osy – interwencje personelu pielęgniarskiego</i>	484
Reska Sylwia, Tyszko Joanna Jolanta <i>Pielęgowanie pacjenta po operacji usunięcia pęcherzyka żółciowego metodą laparoskopową z powodu kamicy żółciowe</i>	495
Siergiejczyk Julia, Tyrakowska – Dadelło Zuzanna Judyta <i>Rak piersi – etiologia, diagnostyka, profilaktyka oraz metody leczenia</i>	522
Skibicka Karolina, Chorąży Monika, Snarska Katarzyna Krystyna, Brzóska Andżelika <i>Zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentem z zespołem Guillaina-Barrégo</i>	532

ROZDZIAŁ I

WPŁYW WYBRANYCH SCHORZEŃ NA JAKOŚĆ ŻYCIA

Dobrowolska Hanna¹

1. Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Katowicach, Zakład Ekonomiki i Zarządzania w Ochronie Zdrowia, Wydział Zdrowia Publicznego, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Jakość życia pacjentów dotkniętych chorobami reumatycznymi

Wprowadzenie

Choroby reumatyczne to choroby przewlekłe, w większości nieuleczalne i prowadzące do niepełnosprawności. Choroba przewlekła zawsze obejmuje całość ludzkiej egzystencji. Dotyczy to szczególnie tych chorób, którym towarzyszy ból i postępująca niesprawność, a takie właśnie są choroby reumatyczne – nie tylko niedomogą fizyczną, ale także psychicznym doznaniem i doświadczeniem egzystencjalnym [1].

Jakość życia (ang. *quality of life*, QOL) jest pojęciem interdyscyplinarnym, będącym przedmiotem zainteresowania nauk medycznych, społecznych i humanistycznych. W naukach medycznych powstało wiele pojęć jakości życia. W 1994 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) powołała sekcję World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). WHOQOL zdefiniowała jakość życia jako indywidualną percepcję własnej pozycji życiowej z uwzględnieniem warunków kulturowych, systemu wartości w powiązaniu z osobistymi celami, oczekiwaniami, normami, problemami. Wpływa na nią w złożony sposób wiele czynników, m.in.: zdrowie fizyczne, relacje z innymi ludźmi i ważne dla danej osoby cechy środowiska [2].

Rozwinięcie

Analiza źródeł historycznych wskazuje, że samo pojęcie jakości po raz pierwszy zostało użyte przez greckiego filozofa Platona (427-347 p.n.e.), który używał słowa „*poiotes*” tłumaczonego jako pewien stopień doskonałości. Platon zdefiniował pojęcie jakości jako „*sąd wartościujący wyrażany przez osobę oraz pewien stopień doskonałości*”. Wskazywał również wyraźnie, że do pełnego opisu rzeczywistości niezbędne jest istnienie tzw. kryteriów wymiernych i niewymiernych. W swoich rozważaniach nad tym zagadnieniem wskazywał na aspekt subiektywnego podejścia do problemu jakości, uznawał bowiem, że jakość może być rozumiana wyłącznie przez doświadczenie.

Wskazywał również, że człowiek podczas swojego życia tak naprawdę przez cały czas podejmuje decyzje, dokonuje wyboru i decyduje to co jest dla niego najlepsze. Stąd wydaje nawet nieświadomie osąd wartościujący być może nie zawsze trafny ze względu na analizę czynników obiektywnych i subiektywnych danej sytuacji, w której się znalazł [3].

Uczeń Platona Arystoteles (384-322r. p.n.e.) w swoim dziele „*Categorie*” charakteryzuje nieco inne podejście do aspektu jakości. Uczony opisuje tzw. obiektywne podejście do jakości. Termin jakość (*poiotes*) umieszcza wśród dziesięciu kategorii filozoficznych, służących do opisu rzeczy i zjawisk, obok ilości, relacji, substancji, miejsca, czasu, położenia, dyspozycji, czynności oraz procesu [4].

Pojęcie jakości życia w medycynie ma swoją specyfikę - obiektywny stan zdrowia nie jest prostym wyznacznikiem zaspokojenia potrzeb oraz poczucia szczęścia. Osoby chore, niepełnosprawne mogą mieć subiektywnie wyższą jakość życia niż osoby zdrowe mogące funkcjonować bez przeszkód w aspekcie fizycznym, społecznym [5]. Reakcja na chorobę, podobnie jak na inną sytuację stresową, może być traktowana jako krzywda, strata, zagrożenie, ale też wyzwanie [6]. Na postrzeganie sytuacji choroby przez pacjenta składa się nie tylko ocena objawów samej choroby, ale też stosowanie sposobów radzenia sobie z następstwami choroby, ocena możliwości normalnego funkcjonowania oraz rozpoznanie metod umożliwiających uzyskanie kontroli nad chorobą. Duże znaczenie ma osobowość pacjenta oraz wiek, wykształcenie, status ekonomiczny i społeczny, wpływy kulturowe [7].

Jakość życia jest wartością trudną do zmierzenia. Służą ku temu kwestionariusze będące narzędziami pomiaru. Oceniają one różne aspekty życia. Wyniki cząstkowe powstałe na skutek przypisania pewnej umownej wartości poszczególnym aspektom cząstkowym są sumowane, co w rezultacie daje łączną punktację. Pozwala to na porównanie korzyści płynących z zastosowanego leczenia [8].

Wybrane narzędzia badawcze stosowane najczęściej w ocenie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia

Kwestionariusze są najczęściej stosowanymi narzędziami w celu pomiaru poziomu jakości życia. Można wyróżnić trzy grupy kwestionariuszy oceniających QOL:

1. ***Kwestionariusze ogólne*** – służą do badania HRQoL w szerokim zakresie, są stosowane u ludzi zdrowych i chorych z różnymi problemami zdrowotnymi. Ich zaletą jest to, że wyniki można porównywać w różnych grupach badanych. Wadą jest to, że są mało wrażliwe na zmiany wywołane leczeniem w danej jednostce chorobowej.

2. **Kwestionariusze specyficzne** – mają węższe zastosowanie, dotyczą określonej grupy chorych, ale są bardziej czułe na zmiany stanu zdrowia. Dzielą się na specyficzne dla określonej choroby, przeznaczone do oceny HRQoL chorych z określonym schorzeniem albo do oceny wpływu określonej grupy leków na jakość życia oraz na kwestionariusze specyficzne dla grupy chorób, które mogą być zastosowane w odniesieniu do badania grupy pacjentów chorujących na tę samą chorobę.
3. **Kwestionariusze mieszane** – zawierają pewne elementy kwestionariusza ogólnego, ale są przeznaczone dla określonego schorzenia. Zaliczyć tu można kwestionariusze *ad hoc*, przygotowywane specjalnie do danego badania klinicznego i tylko w nim używane [9, 10, 11, 12].

Specjaliści zajmujący się badaniami nad jakością życia zalecają jednocześnie stosowanie kwestionariusza ogólnego i specyficznego [9].

Kwestionariusz WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life-BREF)

Kwestionariusz służy do oceny jakości życia zarówno u zdrowych, jak i chorych osób w praktyce klinicznej. Składa się z 26 pytań w 5 – stopniowej skali (bardzo zła; zła; ani dobra, ani zła; dobra; bardzo dobra). Dotyczy dziedzin jakości życia takich jak:

- funkcjonowanie fizyczne (domena 1): czynności dnia codziennego, poziom energii i zmęczenia, zależność od leków i leczenia, mobilność, dyskomfort i ból, sen i wypoczynek, zdolność do pracy;
- funkcjonowanie psychologiczne (domena 2): pozytywne uczucia, negatywne uczucia, wygląd zewnętrzny, samoocena, osobista wiara, duchowość, religia, uczenie się, myślenie, pamięć, koncentracja;
- relacje społeczne (domena 3): wsparcie społeczne, związki osobiste, aktywność seksualna;
- środowisko funkcjonowania (domena 4): bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne, zasoby finansowe, wolność, zdrowie i opieka zdrowotna, możliwość zdobywania nowych informacji i umiejętności, środowisko domowe, możliwość uczestniczenia w rekreacji i wypoczynku, transport, środowisko fizyczne (zanieczyszczenia, hałas, klimat).

Dodatkowo w kwestionariuszu zawarte są dwa pytania dotyczące indywidualnej, ogólnej oceny jakości życia oraz indywidualnej, ogólnej percepcji własnego zdrowia [13, 14, 15].

Kwestionariusz SF - 36 (Short Form Health Survey)

Kwestionariusz SF - 36 przeznaczony jest do subiektywnej oceny stanu zdrowia i składa się z 11 pytań, które zawierają 36 stwierdzeń oraz pozwalają określić 8 elementów: sprawność fizyczna, aktywność uwarunkowana zdrowiem fizycznym, dolegliwości bólowe, ogólna percepcja zdrowia, witalność, funkcjonowanie społeczne, aktywność uwarunkowana stanem emocjonalnym. Wskaźnik jakości życia jest sumą punktów oceny wszystkich 8 domen i umożliwia ogólną ocenę stanu zdrowia. Według polskiej wersji kwestionariusza najwyższa wartość punktowa oznacza najniższy stopień w ocenie jakości życia, natomiast najniższa wartość punktowa oznacza najwyższy poziom jakości życia. Narzędzie to okazało się przydatne w porównywaniu względnego ciężaru choroby i zróżnicowanych świadczeń zdrowotnych wykonywanych podczas różnych zabiegów i w badaniu jakości życia populacji ogólnej [15, 16].

Kwestionariusz NHP (The Nottingham Health Profile)

Kwestionariusz NHP jest przeznaczony do ogólnej oceny stanu zdrowia pacjenta w obszarach fizycznym, psychicznym i społecznym. Składa się z 38 pytań podzielonych na dwie części. Pierwsza odnosi się do sprawności ruchowej, witalności, zaburzeń snu, odczucia bólu, stanu emocjonalnego oraz izolacji społecznej. W drugiej części zastosowano 7 pojedynczych stwierdzeń dotyczących wpływu aktualnego stanu zdrowia na sfery życia pacjenta (hobby, praca zarobkowa, obowiązki domowe, życie rodzinne i towarzyskie, spędzanie czasu wolnego). W kwestionariuszu istnieją dwie możliwości odpowiedzi na pytania: tak lub nie. W tym narzędziu wykorzystano 100 – punktową skalę, w której im wyższy wynik, tym występuje więcej trudności dla pacjenta w poszczególnych sferach życia i obniża się poziom jakości życia [13, 15].

Kwestionariusz SIP (Sickness Impact Profile)

Kwestionariusz SIP składa się ze 126 pytań. Bada wpływ choroby na funkcjonowanie pacjenta oraz obejmuje sfery życia człowieka takie jak: higiena, komunikacja, sprawność fizyczna i intelektualna, sposób odżywiania, aktywność, codzienne obowiązki domowe, kontakty rodzinne i spędzanie wolnego czasu. Umożliwia określenie wpływu choroby na funkcjonowanie fizyczne czy psychospołeczne oraz samoocenę stanu zdrowia [13].

Skala Akceptacji Choroby AIS (Acceptance of Illness Scale)

Skala Akceptacji Choroby zawiera 8 stwierdzeń opisujących negatywne skutki złego stanu zdrowia, które sprowadzają się do oceny ograniczeń narzuconych przez chorobę, poczucia zależności od innych osób i obniżonego poczucia własnej wartości, braku samowystarczalności: (np.: „Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę”, „Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych, niż tego chcę”, „Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla mojej rodziny i przyjaciół”). Odpowiedzi pacjenta w każdym stwierdzeniu są punktowane w 5 - stopniowej skali, od 1 (zdecydowanie zgadzam się) do 5 (zdecydowanie nie zgadzam się). Miarą stopnia akceptacji choroby jest suma wszystkich punktów, od 8 do 40. Niski wynik oznacza brak akceptacji i duże problemy emocjonalne związane z chorobą, wysoki natomiast pokazuje dobrą akceptację własnej sytuacji zdrowotnej. Wyniki grupuje się w trzy przedziały punktowe. Rezultat poniżej 30 punktów jest odczytywany jako „słaba akceptacja choroby”, równy 35 punktom i więcej – jako „bardzo dobra akceptacja”, a wynik pomiędzy tymi wartościami - jako „średnia akceptacja” choroby [17].

Euro – Quality of Life Questionnaire (EQ-5D)

Kwestionariusz ten stosowany jest u osób powyżej 12 roku życia. Jego ideą jest analiza stanu zdrowia przy uwzględnieniu pięciu kategorii: troska o siebie, sprawność fizyczna, codzienna aktywność (praca, obowiązki domowe, nauka, wypoczynek, rodzina), lęk/depresja oraz ból/dyskomfort. Podzielony jest na dwie części. Pierwsza opiera się na wyżej wymienionych kategoriach oceny stanu zdrowia (EQ Index), natomiast druga zawiera skalę VAS, na której respondent ocenia swój stan zdrowia (EQ-VAS) [18].

Ocena własnego zdrowia pozwala na aktywne włączenie chorego w realizację procesów terapeutycznych. Jednoczesna ocena zdrowia i jakości życia możliwa jest do przeprowadzenia wyłącznie przy wykorzystaniu standaryzowanych narzędzi badawczych [19].

Celem współczesnej medycyny jest zarówno przedłużenie choremu życia, jak i poprawa oraz zbliżenie jakości życia do stanu przed chorobą. W badaniach najczęściej posługujemy się definicją jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (health related quality of life – HRQoL). Wartość ta może być określona jedynie przez pacjenta i polega na porównaniu obecnego stanu zdrowia ze stanem pożądanym. Subiektywna ocena stanu zdrowia jest praktycznym czynnikiem, który może się przyczynić do poprawienia jakości opieki sprawowanej nad pacjentem. Uzyskane oceny będą mogły służyć jako wskazówki do planowania profesjonalnej opieki pielęgniarskiej nad chorymi [20, 21].

Obserwuje się ciągły wzrost zainteresowania HRQoL, szczególnie wśród chorych przewlekle. Badania kliniczne oceniające skutki leczenia, poza kryterium biologicznym oceny zdrowia człowieka, przyjmują wieloaspektowy punkt, w którym szczególną uwagę zwraca się na emocjonalne doznania pacjenta, jego samopoczucie, możliwości funkcjonowania w życiu codziennym. Ocena dokonana przez chorego wskazuje ograniczenia w jego funkcjonowaniu spowodowane chorobą lub zastosowanym leczeniem. Samoocena dostarcza informacji o możliwościach funkcjonowania i przyswajania nowych wzorów zachowań w różnych sytuacjach związanych z chorobą [22]. Pacjent powinien nie tylko nauczyć się żyć z ograniczeniami spowodowanymi chorobą, zwłaszcza jeśli mają one charakter nieodwracalny, lecz także z zależnością od przyjmowanych leków i określonych reżimów terapeutycznych [23]. Niekiedy całkowite wyleczenie nie jest możliwe, a sukces terapeutyczny ogranicza się do przedłużania życia chorych oraz poprawy stanu ich funkcjonowania poprzez zmniejszenie nasilenia lub eliminację objawów bądź opóźnianie postępu choroby [24].

Celem badań w reumatologii jest ocena aktywności choroby, na którą składają się wyniki badań laboratoryjnych, liczba zajętych stawów, sztywność poranna, obecność guzków reumatoidalnych oraz nasilenie deformacji stawów, co ma największe znaczenie dla leczonego. Przez chorego pojęcie zdrowia jest utożsamiane ze stanem czynnościowym i jakością życia w chorobie [25].

Rozpoznanie przewlekłej choroby reumatycznej jest na ogół zapowiedzią nie tylko przewlekłego cierpienia, lecz także niepełnosprawności, zmniejszenia atrakcyjności fizycznej i konieczności zmiany planów życiowych. Może się wiązać z utratą pracy, znaczenia w społeczeństwie, uzależnieniem finansowym czy ubóstwem. Wszystkie te problemy: socjalne, psychologiczne, zawodowe, nałożone na trudne zagadnienia lecznicze zmuszają chorego człowieka (w istocie samotnego w zmaganiu się z chorobą) do wypracowywania własnych metod radzenia sobie z chorobą, która prowadzi do postępującej niepełnosprawności i inwalidztwa [26].

Narzędzia specyficzne do oceny jakości życia w reumatologii

Układ ruchu to pojęcie kompleksowe, obejmujące wiele struktur związanych z czynnością podporową, ruchową i statyką. W chorobach układu ruchu niezmiernie ważne jest określenie, które anatomiczne struktury układu ruchu objęte są procesem patologicznym. Dynamiczny rozwój nauk medycznych zwłaszcza immunologii, genetyki i bakteriologii, stale dostarcza nowych faktów pogłębiających wiedzę o etiopatogenezie chorób reumatycznych. Aktualnie obowiązująca klasyfikacja opracowana w 1988 roku przez Amerykańską Szkołę

Reumatologii oparta jest po raz pierwszy na przesłankach etiopatogenetycznych. Układ ruchu może, podobnie jak inne elementy ustroju, podlegać działaniu różnych czynników uszkadzających strukturę i funkcję. W części przypadków czynniki te uszkadzają wyłącznie lub przede wszystkim elementy układu ruchu. Znacznie częściej uszkodzenie stawów i tkanek okołostawowych, przemijające lub trwałe, jest tylko jednym ze składników obrazu klinicznego choroby ogólnoustrojowej, układowej lub wielonarządowej. W dzisiejszych czasach reumatologia utożsamia się przede wszystkim z kliniką chorób układu ruchu oraz układowych chorób immunologicznych tkanki łącznej [27].

Ważnymi zadaniami opieki zdrowotnej nad osobami z chorobami reumatycznymi są zminimalizowanie utraty funkcjonalności, utrzymanie zdolności chorych do samodzielnego wykonywania podstawowych czynności życiowych oraz zabezpieczenie ich przed pogorszeniem się jakości życia. W ostatnich 10 latach udowodniono, że narzędzia do pomiaru stanu zdrowia są potrzebne i mają zastosowanie zarówno w badaniach, jak i w praktyce klinicznej. Są to kwestionariusze bazujące na zmiennych stanu zdrowia, takich jak: sprawność fizyczna, nastrój (samopoczucie), zachowania społeczne, które w sposób trafny oceniają aspekty stanu zdrowia chorego jako indywidualności. Ogólne skale (*generic scales*) do pomiaru stanu zdrowia, służące do oceny chorych z różnymi jednostkami chorobowymi, pomijały specyfikę funkcjonowania chorych. To stworzyło konieczność skonstruowania skal specyficznych (*disease specific scales*), również dla osób z chorobami reumatycznymi [28].

Kwestionariusz oceny zdrowia HAQ (Health Assessment Questionnaire)

Umożliwia ocenę długofalowych skutków oddziaływania przewlekłej choroby na życie pacjenta. Został stworzony w 1978 roku przez grupę badawczą Jamesa Friesa na Uniwersytecie Stanforda. Ze względu na swoją przydatność kliniczną jest często wykorzystywany zarówno w badaniach klinicznych, jak i w codziennej praktyce w reumatologii i innych dziedzinach medycznych. HAQ został stworzony, aby umożliwić porównywanie stopnia poprawy uzyskiwanego na kolejnych etapach leczenia u chorych ze schorzeniami reumatycznymi takimi jak:

- reumatoidalne zapalenie stawów
- choroba zwyrodnieniowa stawów
- młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów
- toczeń układowy trzewny
- twardzina układowa
- zeszytniające zapalenie stawów kręgosłupa

- fibromialgia
- łuszczykowe zapalenie stawów.

Pełny HAQ obejmuje wszystkie pięć dziedzin oraz dodatkowe pytania z zakresu danych demograficznych, stylu życia i zachowań prozdrowotnych. Skrócona wersja kwestionariusza (tzw. krótki lub dwustronicowy HAQ), która jest jego najpopularniejszą formą, składa się wyłącznie z wskaźnika niepełnosprawności (HAQ-DI) oraz z wizualnej analogowej skali (VAS), na której pacjent zaznacza ogólną ocenę swojego stanu zdrowia oraz nasilenie bólu. Wypełnienie dłuższej wersji HAQ zajmuje pacjentowi około pół godziny, zaś krótkiej pięć minut (a podsumowanie odpowiedzi i obliczenie wyniku lekarz może wykonać w niecałą minutę). Dodatkowo wypełnienie kwestionariusza nie wymaga osobistego kontaktu lekarza i chorego, do uzyskania odpowiedzi można posłużyć się drogą pocztową, elektroniczną lub telefoniczną. Dużą przydatność kliniczną HAQ potwierdzają liczne korelacje wyników tego kwestionariusza z wynikami obiektywnych badań, takich jak stężenie białka c-reaktywnego, miano czynnika reumatoidalnego czy zdjęcia rentgenowskie stawów. Od momentu stworzenia kwestionariusz HAQ został przetłumaczony na ponad 60 języków i opisany w ponad 500 publikacjach naukowych. Jego wartość kliniczna i łatwość przeprowadzenia sprawiły, że szeroko wykorzystuje się go w badaniach naukowych i codziennej praktyce [29].

Ocena aktywności reumatoidalnego zapalenia stawów

DAS i DAS-28

Wskaźnik aktywności choroby (DAS) jest narzędziem umożliwiającym określenie stopnia aktywności reumatoidalnego zapalenia stawów w postaci liczbowej. Wskaźnik DAS został stworzony w 1983 roku w Nijmegen. Od tego czasu, podobnie jak HAQ, jest często wykorzystywany w badaniach klinicznych i w codziennej praktyce. Geneza DAS opierała się na wynikach prospektywnego badania klinicznego, podczas którego chorzy na wczesne reumatoidalne zapalenie stawów byli kwalifikowani do grupy o dużej bądź małej aktywności choroby. Wobec braku czynnika, który precyzyjnie i jednoznacznie określałby stopień aktywności schorzenia, posłużono się kliniczną oceną reumatologa i oceną pacjenta.

U chorych wykonano liczne badania, których wyniki poddano następnie analizie statystycznej w poszukiwaniu parametru lub kombinacji parametrów, które jednoznacznie i precyzyjnie rozróżniałyby powyższe grupy. W ten sposób powstał DAS. Pierwotny DAS zawiera indeks stawowy Ritchie'go, liczbę obrzękniętych stawów spośród 44 badanych, wynik odczynu opadania erytrocytów i ocenę ogólnego stanu zdrowia na wizualnej skali wzrokowej (VAS).

Uproszczona wersja wskaźnika – DAS-28 – składa się z liczby obrzękniętych i liczby bolesnych stawów spośród 28 badanych oraz z wyniku odczynu opadania erytrocytów i oceny ogólnego stanu zdrowia na wizualnej skali wzrokowej. W przypadku obu parametrów ocena stanu zdrowia na VAS jest opcjonalna (tzn. można wyliczyć zarówno DAS, jak i DAS-28 bez niej). Wynik DAS mieści się w zakresie od 0 do 10, zaś DAS-28 od 0 do 9,4, nie można zatem bezpośrednio porównywać ich między sobą. Służy do tego specjalna formuła:

$$\text{DAS-28} = (1,072 \times \text{DAS}) + 0,938$$

Systematycznie oznaczane DAS (DAS-28) pozwalają na wytypowanie chorych o dużym ryzyku radiologicznej progresji choroby i niepełnosprawności.

Najważniejsze zalety DAS (DAS-28):

- ma większą wartość w charakteryzowaniu aktywności choroby niż jakikolwiek inny pojedynczy parametr;
- wartość wskaźnika jest liczbą z określonego zakresu, co umożliwia łatwe porównywanie poszczególnych pomiarów;
- rozkład wyników w populacji chorych na reumatoidalne zapalenie stawów ma kształt krzywej Gaussa;
- interpretacja kliniczna wyników jest łatwa;
- jest wystarczająco czuły, aby uwidocznić nawet nieznaczne zmiany aktywności choroby.

W miarę upływu czasu przydatność DAS i DAS-28 została potwierdzona w licznych doniesieniach naukowych. Ich stosowanie stało się na tyle powszechne, że zostały wykorzystane przez Europejskie Towarzystwo Reumatologiczne (EULAR) podczas tworzenia kryteriów odpowiedzi na leczenie i przez Amerykańskie Towarzystwo Reumatologiczne (ARA) przy formułowaniu kryteriów remisji choroby [29].

Narzędzia stosowane w chorobie zwyrodnieniowej

Choroba zwyrodnieniowa stawów powoduje u chorego ból i upośledzenie funkcji ruchowej. W zależności od stawów, których dotyczy, dolegliwości mają jednak różny charakter, stąd stworzono osobne wskaźniki do oceny bólu i niesprawności ruchowej dla osobnych manifestacji tej choroby.

WOMAC

Jest narzędziem służącym do oceny bólu i niesprawności kończyny dolnej w przebiegu choroby zwyrodnieniowej stawu kolanowego lub biodrowego. WOMAC składa się z 24 pytań dotyczących bólu, niesprawności i sztywności stawów. Jest jednym z najczulszych narzędzi stosowanych w chorobie zwyrodnieniowej i wykorzystuje się go w licznych badaniach klinicznych.

AUSCAN

Wskaźnik służy do oceny bólu i niesprawności u chorych na chorobę zwyrodnieniową rąk. Składa się z 15 pytań, które dotyczą bólu, niesprawności i sztywności stawów. Kwestionariusz AUSCAN został zweryfikowany w badaniach klinicznych i przetłumaczony na wiele języków [29].

Pomiar aktywności choroby i stopnia niesprawności ruchowej w zeszywniającym zapaleniu stawów kręgosłupa

BASDAI

Wskaźnik BASDAI stanowi złoty standard w ocenie aktywności zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa. Powstał w 1994 roku w Bath jako wynik pracy interdyscyplinarnej grupy składającej się z lekarzy klinicystów, fizjoterapeutów, naukowców i pacjentów. BASDAI tworzy dziesięć wzrokowych skal analogowych (VAS), służących do udzielenia odpowiedzi na 6 pytań dotyczących pięciu głównych objawów zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (czas trwania sztywności porannej, jej nasilenie, miejsca o dużej bolesności uciskowej, ból i obrzęk stawów, ból kręgosłupa, zmęczenie (*fatigue*). Wynik BASDAI mieści się w przedziale od 0 do 10.

Główne zalety BASDAI:

- jest szybki i bardzo prosty do przeprowadzenia;
- został wielokrotnie zweryfikowany w licznych badaniach naukowych, które potwierdziły jego rzetelność w ocenie aktywności zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa;
- jest wystarczająco czuły, aby uwidocznic nawet nieznaczne zmiany aktywności choroby.

BASFI

Wkrótce po skonstruowaniu BASDAI badacze stwierdzili, że ocenia on przede wszystkim sztywność i ból pojawiające się u pacjenta, a w mniejszym stopniu upośledzenie sprawności fizycznej. Z tego powodu stworzyli drugie narzędzie – BASFI, które pozwala na pomiar stopnia niepełnosprawności. Analogicznie jak BASDAI, BASFI składa się z dziesięciu wzrokowych skal analogowych (VAS), służących do udzielenia odpowiedzi na 10 pytań. Pierwsze osiem ocenia czynności ruchowe, ulegające zaburzeniu w przypadku konkretnych anatomicznych ograniczeń (np. utrudnienie zginania się do przodu przy zeszywnieniu kręgosłupa). Ostatnie dwa pytania dotyczą ogólnej zdolności pacjenta do radzenia sobie z czynnościami życia codziennego. Wynik BASFI mieści się w przedziale od 0 do 10 [29].

Podsumowanie

Prowadzenie badań nad jakością życia, oprócz implikacji dla zdrowia publicznego, mają znaczenie także dla pacjentów, pielęgniarek i lekarzy. Subiektywna ocena swojego stanu zdrowia przez pacjenta sprzyja upodmiotowieniu procesu leczenia. Pomaga w planowaniu opieki lekarzom, umożliwia stosowanie optymalnych metod leczenia, nie przyczyniających się do pogorszenia jakości życia, daje inspirację do poszukiwania nowych terapii oraz pozwalają na określanie akceptowalności danej metody leczenia przez chorego. Pacjentowi analiza poszczególnych składowych jakości życia w sytuacji choroby –dają refleksje, która może działać terapeutycznie, motywować, poprawiać poziom komunikacji między nim a zespołem terapeutycznym. Może być wyznacznikiem pomocy psychoterapeutycznej [30].

Piśmiennictwo

1. Popielski K. Psychologiczne aspekty doświadczania schorzeń reumatycznych. *Reumatologia*, 2005, 43, 160-165.
2. Baumann K.: Jakość życia w okresie późnej dorosłości –dyskurs teoretyczny. *Gerontologia Polska*, 2006, 14, 4, 165 – 171.
3. Sompolska-Rzechuła A.; Jakość życia jako kategoria ekonomiczna. *Folia Pomeranae Universitatis Technologiae Stetinensis*, 2013, 301 (71), 127-140.
4. Ożarek G.: Korzenie jakości. *Problemy Jakości*, 2004, 5, 8-13.
5. Trzebiatowski J.: Jakość w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych. *Hygeia Public Health*, 2011, 46, 25-31.

6. Heszen I., Sęk H.: Psychologia zdrowia. PWN, Warszawa 2008.
7. Turska W., Skowron A.: Metodyka oceny jakości życia. Farmakoekonomia, 2009, 8, 572-580.
8. Kukielczak A.: Rozwój zainteresowania w naukach medycznych badaniami nad jakością życia. Przegląd Epidemiologiczny, 2012, 66, 539-545.
9. Jankowska-Polańska B. Polański J. Metody oceny jakości życia w schorzeniach reumatycznych. Reumatologia, 2014, 52(1), 69-74.
10. Bak E., Wojtuń S., Gil J. Dyrła P.: Znaczenie wybranych kwestionariuszy w ocenie jakości życia pacjentów z chorobą refleksową przełyku. Problemy Pielęgniarstwa, 2013, 21 (4), 552-554.
11. Bąk – Drabik K. Ziara D.: Wpływ stanu socjoekonomicznego na jakość życia chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. Pneumonologia i Alergologia Polska, 2010, 78 (1), 4.
12. Chrobak M.: Ocena jakości życia zależnej od stanu zdrowia. Problemy Pielęgniarstwa, 2009, 17 (2), 126.
13. Kukielczak A.: Rozwój zainteresowań w naukach medycznych badaniami nad jakością życia. Przegląd Epidemiologiczny, 2012, 66, 539-545.
14. Krzysztozek J., Koligat D., Nowakowska E.: Przegląd systematyczny kwestionariuszy generycznych najczęściej wykorzystywanych w badaniach jakości życia w Polsce. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu, 2015, 3 (44), 177-182.
15. Kłak A., Mińko M., Siwczyńska D.: Metody kwestionariuszowe badania jakości życia. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2012, 93(4), 632-638.
16. Tylka J., Piotrowicz R.: Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36 – wersja polska. Kardiologia Polska, 2009, 67, 1166-1169.
17. Mazurek J., Lurbiecki J.: Skala Akceptacji Choroby i jej znaczenie w praktyce klinicznej. Polski Merkuriusz Lekarski, 2014, 36, 106-108.
18. Uchmanowicz I., Jankowska B., Banaszek B. i wsp.: Wpływ czynników społeczno-demograficznych na jakość życia chorych na astmę oskrzelową. Alergologia Info, 2010, 5(2), 57-65.
19. Muszalik M., Kędziora-Kornatowska K.: Jakość życia przewlekle chorych pacjentów w starszym wieku. Gerontologia Polska, 2006, 14, 185-189.
20. Bączyk G.: Przegląd badań nad jakością życia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. Reumatologia, 2008, 46, 372-379.

21. Olewicz-Gawlik A., Hrycaj P.: Jakość życia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów – badania własne i przegląd literatury. *Reumatologia*, 2007, 45, 346-349.
22. Alonso J., Ferrer M., Gandek B., i wsp.: Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Quality of Life Research*, 2004, 13, 283-298.
23. Siegrist J., Junge A.: Measuring the social dimension of subjective health in chronic illness. *Psychotherapia i Psychosomatyka*, 1990, 54, 90-98.
24. Klepper S.: Measures of Pediatric Function. *Arthritis Rheum (Arthritis Care Res)*, 2003, 49, 5-14.
25. Wiland P., Madej M., Szmyrka-Kaczmarek M.: Monitorowanie stanu zdrowia pacjenta w chorobach reumatycznych. Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2008.
26. Filipowicz-Sosnowska A., Stanisławska-Biernat E., Zubrzycka-Sienkiewicz A.: Reumatoidalne zapalenie stawów. *Reumatologia*, 2004, 42 (supl.), 8.
27. Kokot F.: Choroby wewnętrzne. Podręcznik akademicki. Tom 1. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2006, 603-606.
28. Bączyk G.: Rozwój badań nad pomiarem stanu zdrowia i jakości życia w reumatologii. *Reumatologia*, 2008, 46,5, 284-289.
29. Sokalska - Jurkiewicz M.: Kwestionariusze i inne narzędzia oceny zdrowia w reumatologii. *Przegląd Reumatologiczny*, 2008, 5 (23), 6-7.
30. Trojanowska A.: Znaczenie badań nad jakością życia w medycynie. *Zdrowie Publiczne*, 2011, 121, 99-103.

Filanowicz Małgorzata¹, Lida Aleksandra¹

1. Katedra Pielęgniarstwa Zachowawczego, Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Collegium Medium w Bydgoszczy UMK w Toruniu

Analiza stylu i jakości życia u pacjentów 50-80-letnich po przebytych zawałach mięśnia sercowego

Wstęp

Dobry stan zdrowia według Światowej Organizacji Zdrowia to nie tylko deficyt choroby, ale również dobrostan w sferze biologicznej, psychologicznej oraz społecznej. Dlatego te trzy komponenty są wyznacznikiem jakości życia pacjentów [1]. Do pogorszenia jakości życia może przyczyniać się wiele czynników. Zaliczają się do nich między innymi: utrata stanowiska pracy, eksmisja, niekorzystna sytuacja materialna, niepełnosprawność, przewlekła choroba, a także stan po zawałach mięśnia sercowego [2]. Schorzenia mogą pośrednio lub bezpośrednio wpływać na obniżenie jakości życia na wielu płaszczyznach. Jak dotąd w ciągu dalszym brakuje konkretnej definicji jakości życia w ujęciu medycznym [3].

Epidemiologia występowania zawału mięśnia sercowego w Polsce

W Polsce choroby naczyń i serca są najpoważniejszym problem zdrowotnym, z jakim boryka się polskie społeczeństwo. W 2009 roku odnotowano aż 178 tysięcy zgonów, w tym aż 28% w przedziale wiekowym 20 – 64 rokiem życia. Odnotowano blisko 87,5 tysiąca osób, które przeżyło zawał mięśnia sercowego, zaś ponad 16 tysięcy osób zmarło z powodu tego incydentu. Na podstawie uzyskanych danych, wywnioskowano, iż w warunkach szpitalnych zmarło 57,8% mieszkańców pochodzących ze wsi, 71% osób, będącymi mieszkańcami dużych miast. Pozostałe osoby zmarły w warunkach domowych. Opierając się na informacjach z raportu, w rezultacie przyjęto w 2012 roku na oddziały kardiologiczne, aż 79,4 tysiąca osób z niedokrwieniem mięśnia sercowego, w tym zawał z uniesieniem odcinka ST dał 47,2% przypadków, zaś bez zmian w zapisie EKG przy odcinku ST wynosił 51,8% [4].

Czynniki ryzyka występowania zawału mięśnia sercowego

Definicja czynników ryzyka obejmuje swoim zakresem cechy charakterystyczne dla zdrowego społeczeństwa. Na podstawie badań epidemiologicznych można wyciągnąć wniosek

związany z istotą zachorowalności na chorobę niedokrwienną serca oraz wystąpieniem martwicy serca. Występowanie chorób sercowo – naczyniowych oraz sprzyjających im czynników ryzyka eskaluje możliwość pojawienia się martwicy mięśnia sercowego [5]. Omawianą kwestię – czynniki ryzyka, można podzielić na dwie kategorie: modyfikowalne i niemodyfikowalne. Na pierwszy rodzaj, pacjenci mogą samodzielnie wpływać, zaś na niemodyfikowalne, nie mogą przyczyniać się do zmiany sytuacji.

Do głównych czynników ryzyka wystąpienia zawału serca zalicza się: palenie papierosów, spożywanie alkoholu, dieta bogata w tłuszcze nasycone, stresogenny tryb życia, niska aktywność fizyczna, otyłość, cukrzyca a także hipercholesterolemia [6].

Objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego

Najistotniejszym objawem w przebiegu zawału mięśnia sercowego jest przejmujący ból w klatce piersiowej. Pacjenci określają go mianem ściskającego i opasującego, którego ciężko zlokalizować. Najczęściej wskazują go w okolicy przedsercowej bądź zamostkowej (bywa, iż dotyczy on obydwóch miejsc). Uczucie bólu promieniuje do lewej połowy ciała, takich jak: żuchwa, szyja, ramię, łopatka. Dyskomfort trwa powyżej 20 minut i nie ustępuje po podaniu podjęzykowo azotanów. Ustępuje po wprowadzeniu do organizmu drogą dożylną – diamorfiny. Towarzyszącymi objawami są niepokój, wzrost parametrów życiowych (tętno, ciśnienie, liczba oddechów). Skóra pacjentów zazwyczaj jest blada, wilgotna, a także zimna [7, 8]. U pacjenta można zauważyć nudności i wymioty. Kolejnym elementem układanki jest zmiana zabarwienia skóry, spowodowana patologią perfuzji [9]. U części chorych, około 30% przypadków, zawał serca nie afiszuje się bólem w klatce piersiowej, ten stan dotyczy zwłaszcza osób chorujących na cukrzycę [5].

Cel pracy

Celem badań jest analiza porównawcza jakości stylu życia u pacjentów będących w przedziale wiekowym pomiędzy 50 a 80 rokiem życia po przebytych zawale mięśnia sercowego.

W skład celów szczegółowych wchodzi problemy badawcze:

1. Scharakteryzowanie jakości stylu życia u pacjentów po niedokrwieniu mięśnia sercowego w oparciu o wynikające zależności (płeć, wiek, miejsce zamieszkania, czas

od wystąpienia zawału serca, wykształcenie, stan cywilny, choroby współistniejące, używki, stres, obciążenia genetyczne).

2. Określenie wpływu stanu biologicznego i psychicznego pacjenta na jakość wykonywanych czynności, związania emocjonalnego z członkami rodziny, własnej samooceny

Material i metodyka badań

Badania zostały zrealizowane w Klinice Kardiochirurgii, Kardiologii i Poradni Kardiologicznej Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr Jurasza w Bydgoszczy. Badanie zostało przeprowadzone w grupie 100 osób w przedziale wiekowym 50–80 lat po przebytych zawale mięśnia sercowego, pomijając grupę kontrolną z użyciem sondażu diagnostycznego, z wykorzystaniem standaryzowanych narzędzi badawczych: skali Depresji Becka, kwestionariusza oceny jakości życia SF-36, kwestionariusza danych osobowych i klinicznych. Badania nie były anonimowe, wymagały uzyskania zgody pacjentów na ich przeprowadzenie.

Grupę objęta badaniem stanowili chorzy po przebytych niedokrwieniu mięśnia sercowego, spełniający kryteria włączenia, tj.:

- zdiagnozowany klinicznie stan po przebytych niedokrwieniu mięśnia sercowego
- wiek badanych 50-80 lat
- świadoma i dobrowolna zgoda na udział w badaniu.

Kryteria wyłączenia:

- wiek badanych poniżej 50 roku życia lub powyżej 80 roku życia
- brak świadomej i dobrowolnej zgody na udział w badaniu
- choroby psychiczne: omamy, urojenia, psychozy, schizofrenia
- okres po przebytych zawale mięśnia sercowego dłuższy niż 3 lata.

Skala Depresji Becka składa się z 21 pytań jednokrotnego wyboru w punktacji od 0 do 3. Ma na celu przeprowadzeniu diagnostyki w kierunku wykrycia depresji. Kwestionariusz weryfikuje między innymi: odczuwanie przygnębienia, wyrzutów sumienia, unikanie kontaktów z innymi ludźmi, zaburzenia snu i łaknienia. Wyniki badań były sumą uzyskanych odpowiedzi. Im wyższa punktacja, tym ryzyko depresji większe.

Za pomocą kwestionariusza oceny jakości życia SF-36 można dokonać interpretacji samooceny pacjenta. SF-36 zawiera wskaźniki, pozwalające zmierzyć i ocenić sprawność

fizyczną, psychiczną, stabilność emocjonalną, aspekt społeczny, a także dolegliwości bólowe pacjenta.

Kwestionariusz danych osobowych i klinicznych konstrukcji własnej pozwala na wykazanie zależności występowania zawału serca w stosunku do m.in.: płci, wieku, wykształcenia, chorób współistniejących czy czynników ryzyka.

Analizy statystyczne zostały przeprowadzone w programie IBM SPSS Statistics 23. W analizach statystycznych wykorzystano następujące metody: Test Chi- kwadrat niezależności, test U Manna- Whitney'a, korelacja rho Spearmanak. Za poziom istotności statystycznej przyjęto $p < 0,05$.

Wyniki badań

Badanie ankietowe przeprowadzone było na próbie liczącej 100 osób, z czego kobiety stanowiły 40% a mężczyźni 60%. Osoby badane były w wieku między 50 a 79 rokiem życia, przy czym średnia wieku wyniosła niecałe 66lat z odchyleniem $\pm 8,80$ roku, a połowa badanych miało co najwyżej 65 lat. Analizując wagę i wzrost badanych warto się skupić na wskaźniku BMI. Prawie połowa badanych- 46% miała wagę w normie. Nadwagę posiadało 35% badanych, otyłość I stopnia 15% a otyłość II stopnia 4% osób.

Badanych podzielono pod względem wieku na osoby do 65 lat i powyżej. Podział ten był w stosunku 52% do 48%. Nie można więc stwierdzić, żeby martwica mięśnia sercowego częściej występowała u osób, które przekroczyły 65r.ż. niż pacjenci przed upływem 65 lat (nieistotny wynik testu Chi- kwadrat $\chi^2(1)=0,16$; $p=0,689$).

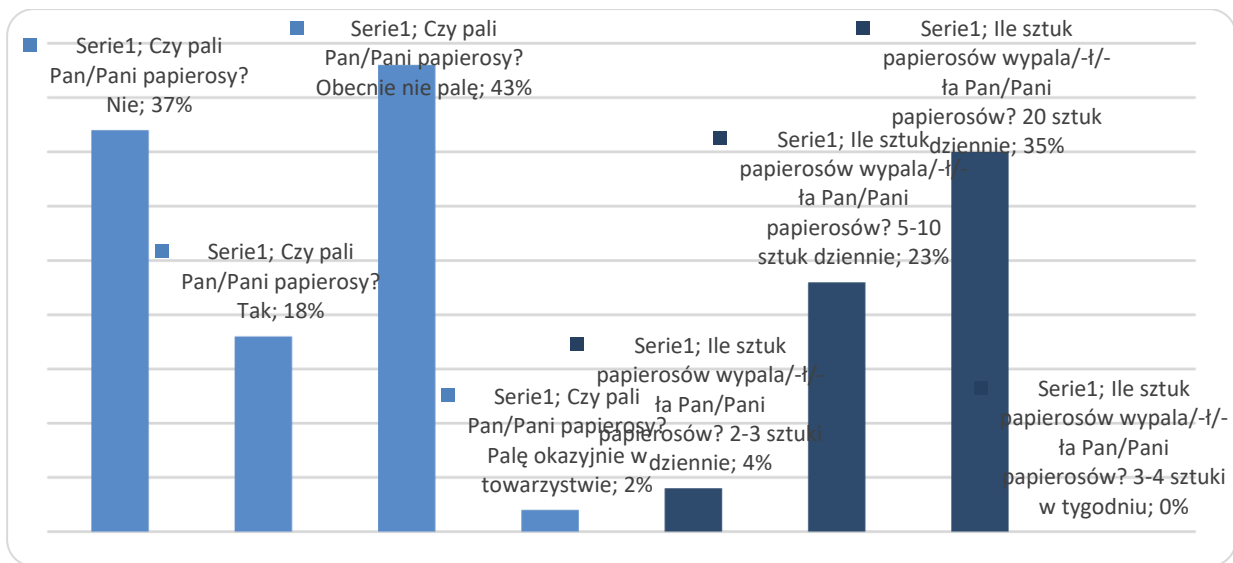
Badani posiadali w większości wykształcenie zawodowe- 47% osób. Następnie 23% osób posiadało wykształcenie średnie, 18% wyższe a 12% podstawowe. Wykazano, że rozkład wykształcenia był nieproporcjonalny (istotny wynik testu Chi- kwadrat $\chi^2(3)=28,24$; $p < 0,001$). Można stwierdzić, że zdecydowana większość osób po zawale serca to ludzie z zawodowym wykształceniem.

Badani mieszkali w 44% w miastach powyżej 100 tys. mieszkańców. Na wsiach zamieszkiwało 20% osób, w małych miastach 29% osób a w miastach do 100 tys. mieszkańców 7% osób. Wykazano, że rozkład miejsca zamieszkania był nieproporcjonalny (istotny wynik testu Chi- kwadrat $\chi^2(3)=29,04$; $p < 0,001$). Można stwierdzić, że większa liczba osób po zawale mięśnia sercowego, to pacjenci miast, które przekraczają 100tys. ludności.

Większość badanych- 61% była emerytami. Pracę zawodową posiadało 26% badanych, rencistami było 10%

Analiza dotycząca zawału mięśnia sercowego

Palenie papierosów deklarowało 18% osób, a palenie w przeszłości 43% badanych osób. Nie paliło 37% badanych, a popalało okazyjnie 2%. Najczęściej palacze deklarowali, że wypalają paczkę papierosów dziennie lub od 5 do 10 sztuk papierosów. Nie można więc jednoznacznie stwierdzić, czy palenia miało wpływ na brak utlenienia pompy ssąco – tłoczącej, jaką jest serce.

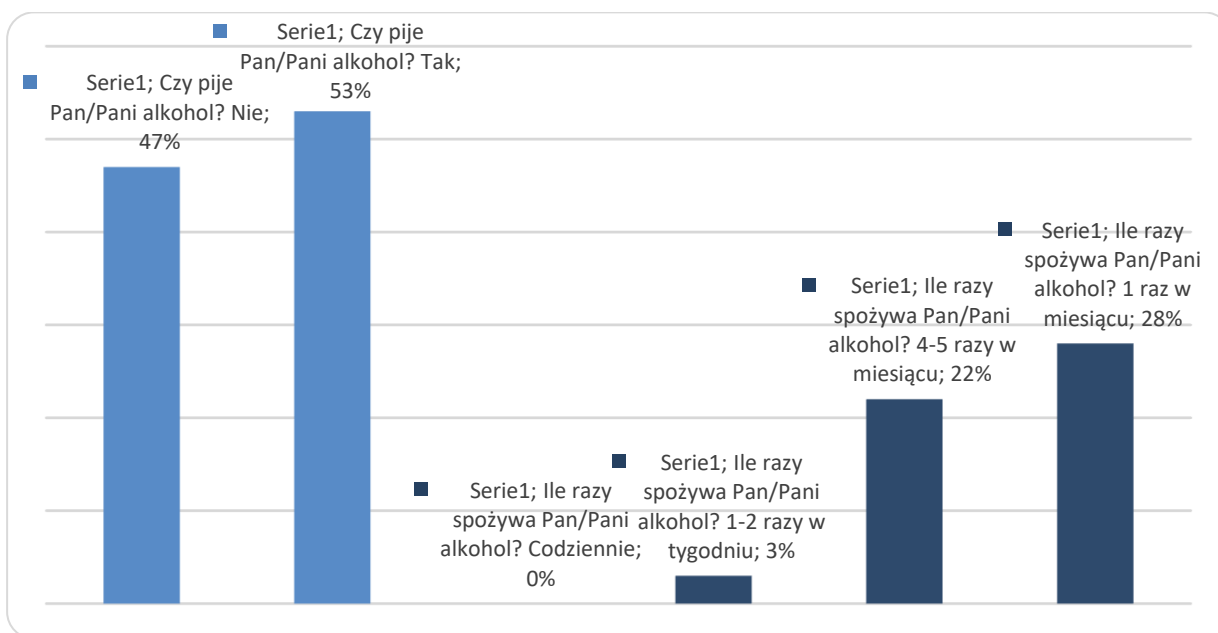


Rycina 1. Palenie papierosów

Badając zależność między płcią a paleniem papierosów wykazano, że nie było między nimi związku (nieistotny wynik testu Chi- kwadrat $\chi^2(3)=5,11$; $p=0,164$). Kobiet niepalących było 38%, a niepalących mężczyzn 37%.

Do spożywania alkoholu przyznało się 53% badanych osób. Spożywanie alkoholu raz w miesiącu deklarowało 28% osób, a 4-5 razy w miesiącu 22% osób badanych. Raz lub dwa razy w tygodniu alkohol spożywało 3% badanych.

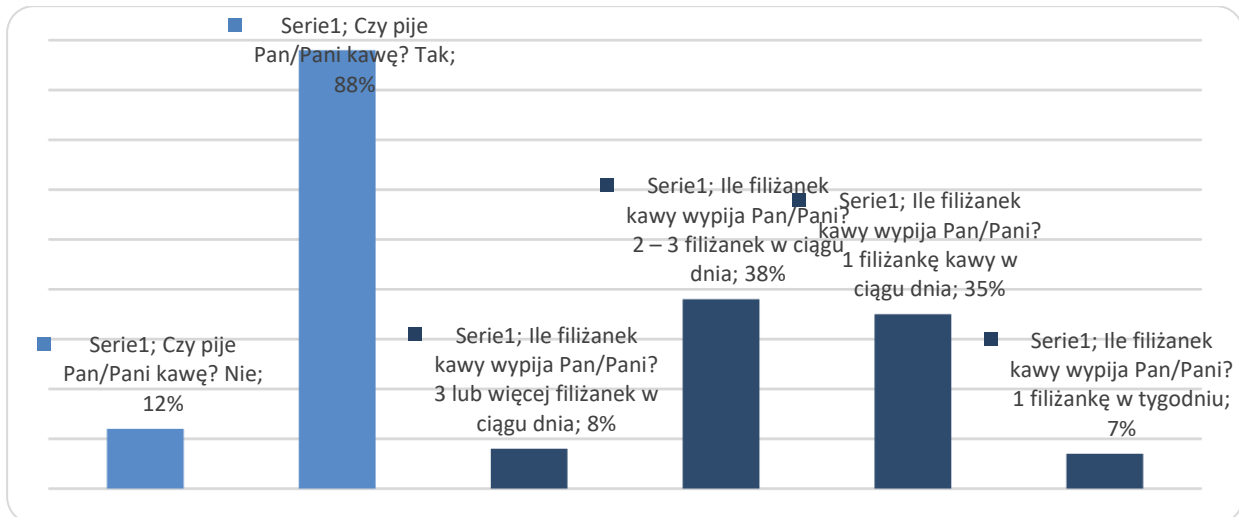
Nie można stwierdzić, żeby alkohol w mniejszym stopniu wpływał na niedokrwienia mięśnia sercowego niż palenie papierosów. Do spożywania alkoholu przyznawało się więcej osób ale rzadziej go spożywali. Na podstawie przeprowadzonych badań nie da się stwierdzić co w większym stopniu wpływało na wystąpienie zawału.



Rycina 2. Spożywanie alkoholu

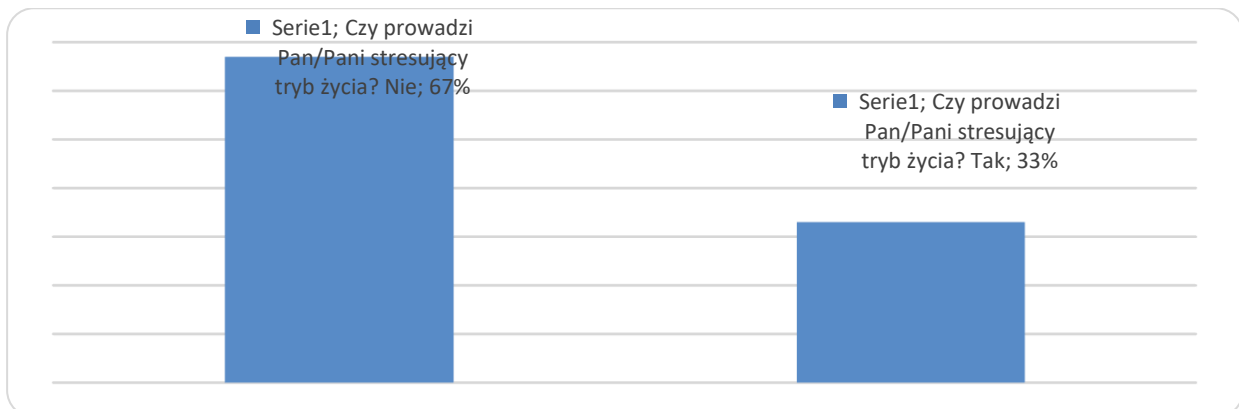
Analizując używki oraz uwarunkowania genetyczne można zauważyć, że uwarunkowania genetyczne występowały u 59% osób, natomiast do zażywania używek przyznało się 82% badanych, czyli statystycznie istotnie więcej osób zażywało używki (istotny wynik testu Chi- kwadrat $\chi^2(1)=40,96$; $p<0,001$). Na podstawie przeprowadzonej analizy nie można więc jednoznacznie stwierdzić czy osoby, które są obciążone genetycznie możliwością wystąpienia niedokrwienia serca częściej doznają zawału, niż osoby, które świadomie przyczyniają się do tego, stosując używki oraz że zawału serca, doznają zawsze pacjenci, u których wśród krewnych wystąpiło to zjawisko.

Do picia kawy przyznawało się 88% badanych osób. Wypijali oni najczęściej 2-3 filiżanki dziennie- 38% lub 1 filiżankę kawy dziennie- 35%. Można więc stwierdzić, że jedynym uzależnieniem, którego pacjenci po niedokrwieniu mięśnia sercowego nie ograniczają to picie kawy.



Rycina 3. Picie kawy

Badani w 33% przyznali, że prowadzili stresujący tryb życia. Nie można więc stwierdzić, żeby stres był kluczowym czynnikiem prowadzącym do wystąpienia zawału serca.



Rycina 4. Prowadzenie stresującego trybu życia

Skala depresji Becka

Wskaźnik dla skali został obliczony zgodnie z kluczem poprzez zsumowanie punktów uzyskanych w poszczególnych pytaniach. Wyższe wartości skali powiązane są z wyższym poziomem depresji.

Tabela I. Statystyki opisowe dla skali depresji Becka

	Min	Max	Średnia	Odchylenie standardowe	Mediana
Skala depresji Becka	0	45	12,29	8,59	10

Na skali depresji Becka badani uzyskali od 0 do 45 punktów. Średnia punktów wyniosła na skali depresji 12,29pkt z odchyleniem $\pm 8,59$ pkt. Połowa badanych uzyskała co najwyżej 10 punktów.

Ocena jakości życia SF-36

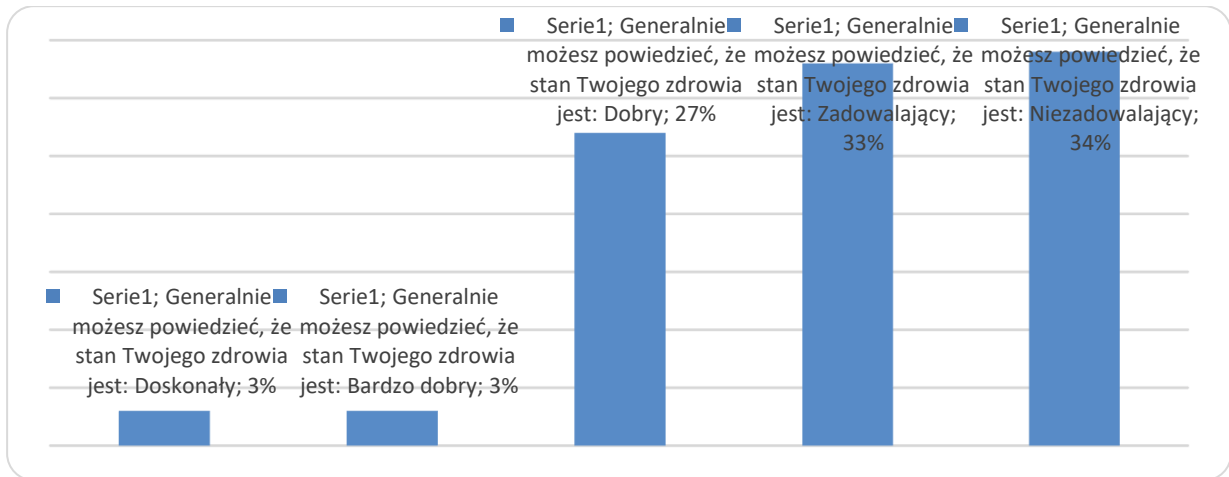
Wskaźnik dla ceny jakości życia został obliczony zgodnie z kluczem, przy czym część z pytań została zrekodowana poprzez odwrócenie skali. Im wyższa wartość punktowa tym mniejsza jest ocena jakości życia.

Tabela II. Statystyki opisowe dla oceny jakości życia

	Min	Max	Średnia	Odchylenie standardowe	Mediana
Ocena jakości życia SF	18	146	75,77	35,25	78,5

Badani na skali oceny jakości życia uzyskali od 18 do 146 punktów. Średnia dla tej skali wyniosła 75,77pkt z odchyleniem $\pm 35,25$ pkt. Połowa badanych uzyskała maksymalnie 78,5 punktów.

Swój stan zdrowia badani oceniali w większości jako niezadowolający-34% lub zadowolający 33% osób. O tym, że stan zdrowia jest dobry było przekonanych 27% badanych. Swój stan zdrowia jako bardzo dobry oceniało 3% osób a jako doskonały 3% badanych. Osoby będące po zawale serca większości uważają, że ich stan zdrowia jest dobry, albo przynajmniej zadowolający.



Rycina 5. Ocena stanu zdrowia

Badanie związku skali depresji Becka i oceny jakości życia SF

Sprawdzono czy czas od zawału wpływał w istotny sposób na samopoczucie badanych oraz ocenę ich jakości życia. Test U Manna-Whitney'a wykazał, że czas od zawału wpływał zarówno na samopoczucie badanych $Z=-2,53$; $p<0,05$ oraz ocenę ich jakości życia $Z=-2,82$; $p<0,01$. Wykazano, że wyższy poziom depresji był u osób, u których zawał był ponad rok przed badaniem ($M=15,94$; $SD=10,33$) niż u osób z niedawnymi zawałami ($M=10,49$; $SD=7,00$). Lepszą oceną jakości życia zaobserwowano jednak u osób, u których zawał był stosunkowo niedawno ($M=69,49$; $SD=36,94$) niż u osób z dawnymi zawałami ($M=88,52$; $SD=27,94$). Nie można więc jednoznacznie stwierdzić, żeby czas od zawału wpływał negatywnie na badane osoby.

Zbadano również czy skale te były ze sobą powiązane. Analiza korelacji rho Spearmana wykazała, że był taki związek $\rho=0,63$; $p<0,001$. Im wyższa była skala depresji tym gorsze były oceny jakości życia badanych. Osoby z niską depresją lepiej oceniały jakość swojego życia.



Rycina 6. Skala depresji Becka i ocena jakości życia z podziałem na czas od zawału

Dyskusja

Przeprowadzone badania nie wykazały związku pomiędzy częstszym występowaniem niedokrwienia mięśnia sercowego u osób po 65 roku życia a pacjentami przed ich upływem. Podział ten był w stosunku 52% do 48%. Nie można więc stwierdzić, żeby martwica mięśnia sercowego częściej występowała u osób, które przekroczyły 65r.ż. niż pacjenci przed upływem 65 lat.

W jednych z badań u Skłodowskiej Z. wykazano, iż odsetek występowania zawałów serca wzrasta u chorych wraz z wiekiem 14% w przedziale wiekowym 70-79 lat [10]. Kolejne źródło doniesień naukowych wskazuje na tendencje wzrostową (28%) występowania zawałów serca i innych chorób układu sercowo – naczyniowego u osób aktywnych zawodowo w przedziale wiekowym 20 – 64 lat. Ponadto na podstawie danych statystycznych z 2011 roku w wyniku zawału serca było hospitalizowanych ponad 79 tysięcy osób: mężczyzn 62% - 63 lata, a kobiet 38% - 73 lata. Jak się okazuje ogromne znaczenie dla analizy i podsumowania zachorowań, skuteczności prowadzonej terapii i liczby zgonów ma czynnik jakim jest wiek pacjentów. Na 100 tysięcy przypadków niedokrwieniu serca ulegają pacjenci około 42 r.ż. – 146 przypadków, w przedziale wiekowym od 65 do 69 roku życia – 1428 osób, pomiędzy 80 a 84 rokiem życia wynosi 2793 przypadków [11].

Zgodnie z założeniem badania bezapelacyjnie dowiodły, iż martwica serca częściej dotyka osób, które mieszkają w dużych aglomeracjach w porównaniu z ludźmi zameldowanymi w mniejszych miejscowościach. 44% badanych mieszkało w miastach powyżej 100 tys. mieszkańców. Na wsiach zamieszkiwało 20% osób, w małych miastach 29% osób, a w miastach do 100 tys. mieszkańców 7% osób. Wykazano, że rozkład miejsca zamieszkania był nieproporcjonalny.

Inną perspektywę ukazują opracowane wyniki z raportu, który zaprezentował Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Państwowy Zakład Higieny oraz wyższe uczelnie z którymi współpracował. Okazało się, że mężczyźni mieszkający w mniejszych miejscowościach częściej zapadają na niedokrwienie mięśnia sercowego (>33%) oraz kobiety (>50%) w porównaniu ze społeczeństwem mieszkającym w metropoliach. Eksperci, na podstawie wglądu do wyników badań, zasugerowali, iż taki stan rzeczy jest skutkiem niskiego poziomu prewencji zawałów serca w mniejszych społecznościach [9, 12].

Uzyskane wyniki badań potwierdziły postawioną hipotezę, gdyż osoby badane posiadały w większości wykształcenie zawodowe – około 50%, na drugiej pozycji uplasowali się pacjenci z wykształceniem średnim – 23%, z wyższym – 18% i z podstawowym

wykształceniem – 12%. Oznacza to, że status socjoekonomiczny ma znaczny wpływ na ryzyko wystąpienia zawału serca. To przekonanie uwierzytelniają badania przeprowadzone w Sztokholmie przez zespół badaczy pod kierownictwem dr Joela Ohma. Do pracy badawczej zostało zakwalifikowanych 30 tysięcy chorych, którzy nie ukończyli 75 lat. Po zestawieniu wyników, podsumowano, iż pacjenci, którzy mieli wyższe wykształcenie i dochody były bardzo wysokie byli prawie 40% mniej narażeni na incydent niedokrwienia mięśnia sercowego, niż respondenci o niższym statusie ekonomicznym.

Skromne zarobki i brak wiedzy niezaprzeczalnie prowadzą do złych nawyków: picia alkoholu, palenia papierosów, spożywania nasyconych tłuszczów. Lekceważą zalecenia lekarskie i pozostałych specjalistów. Wiąże się to z pogłębianiem patologii w prawidłowym funkcjonowaniu układu sercowo – naczyniowego [13].

Palenie papierosów deklarowało 18% osób, a palenie w przeszłości 43% badanych osób. Nie paliło 37% badanych, a popalało okazyjnie 2%. Najczęściej palacze deklarowali, że wypalają paczkę papierosów dziennie lub od 5 do 10 sztuk papierosów. Badając zależność między płcią a paleniem papierosów wykazano, że nie było między nimi związku. Kobiet niepalących było 38% a niepalących mężczyzn 37%.

Do palenia tytoniu asygnuje się 25% ankietowanych Polaków. Na podstawie raportu z 2015 roku dla Głównego Inspektoratu Sanitarnego, oszacowano, że maleje tendencja palenia papierosów w porównaniu do ubiegłych lat. Na podstawie wyników badań zaobserwowano, że palaczy o płci męskiej – 31% jest prawie dwukrotnie więcej niż palaczy o płci żeńskiej - 18% [14].

Spożywanie napojów wysokoprocentowych sprzyja rozwojowi destrukcyjnych patologii układu sercowo – naczyniowego, takich jak zawał serca, choroba niedokrwienna, miażdżyca.

Do spożywania alkoholu przyznało się 53% badanych osób. Spożywanie alkoholu raz w miesiącu deklarowało 28% osób, a 4-5 razy w miesiącu 22% osób badanych. Raz lub dwa razy w tygodniu alkohol spożywało 3% badanych. Nie można stwierdzić, żeby alkohol w mniejszym stopniu wpływał na niedokrwienia mięśnia sercowego niż palenie papierosów. Do spożywania alkoholu przyznawało się więcej osób, ale rzadziej go spożywali.

Do picia kawy przyznawało się 88% badanych osób. Wypijali oni najczęściej 2-3 filiżanki dziennie- 38% lub 1 filiżankę kawy dziennie- 35%. Można więc stwierdzić, że jedynym uzależnieniem, którego pacjenci po niedokrwieniu mięśnia sercowego nie ograniczają to picie kawy

Swój stan zdrowia badani oceniali w większości jako niezadowolający-34% lub zadowolający 33% osób. O tym, że stan zdrowia jest dobry było przekonanych 27% badanych. Swój stan zdrowia jako bardzo dobry oceniali 3% osób a jako doskonały 3% badanych. Osoby będące po zawale serca większości uważają, że ich stan zdrowia jest dobry (27%), albo przynajmniej zadowolający.

W badaniach Grochulskiej i Jerzemowskiego, ankietowani, którzy są zameldowani w większych miejscowościach podali w sondażu, że są w dobrym stadium zdrowia. A tylko 27,4% pacjentów pochodzących z obszarów podmiejskich lub wiejskich wskazuje na dobry stan zdrowia [15]. 50% respondentów, między innymi którzy przeszli zawał serca niekorzystnie ocenia własne zdrowie, a tylko 2% stawia na dobry poziom zdrowia.

Osoby, które są nie są obciążone chorobami somatycznymi, nie są narażone w takim stopniu na wystąpienie zaburzeń afektywnych jak pacjenci ze współistniejącymi jednostkami chorobowymi, które zakłóciły równowagę organizmu. Rozpoznano depresję u blisko 23% pacjentów po niedokrwieniu mięśnia sercowego. Dwukrotnie większy odsetek jest chorych, u których zaobserwowano objawy depresyjne. Udowodniono, że głównymi czynnikami predysponującymi do wystąpienia zaburzeń psychicznych po zawale serca są: niski status socjoekonomiczny, niedostateczna pomoc społeczna, brak wiedzy i umiejętności na temat radzenia sobie z trudnymi sytuacjami życiowymi, deficyt wsparcia ze strony najbliższych członków rodziny. Chorzy z depresją po niedokrwieniu serca, skarżyli się na gorszą jakość życia [16].

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań postawiona następujące wnioski:

1. Rozkład wieku osób po zawale mięśnia sercowego do 65 lat i powyżej tego wieku był równomierny, co pozwala stwierdzić, że wiek badanej grupy nie ma wpływu na występowanie zawału mięśnia sercowego
2. Przeważająca liczba osób po zawale mięśnia sercowego, to pacjenci miast, które przekraczają 100 tysięcy ludności oraz że zdecydowana większość pacjentów po zawale serca to ludzie z zawodowym wykształceniem.
3. Potwierdzono negatywny wpływ używek na funkcjonowanie serca.
4. W większości, pacjenci uważają, że ich stan zdrowia jest zadowolający. Jednakże zaznaczyli, że są mniej sprawni fizycznie.

5. Wykazano, że depresja była powiązana z oceną jakości życia. Osoby z niską depresją lepiej oceniali jakość swojego życia.

Piśmiennictwo

1. Paluch M.: Jakość życia a sprawność funkcjonalna wśród pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. [dostęp: 21.04.2018], dostępny w Internecie: <<http://czasopisma.pwspzlock.pl/index.php/pwod/article/view/314>>.
2. Orłowski P., Humańska M.: Jakość życia pacjentów po zawale mięśnia sercowego [dostęp: 21.04.2018]. dostępny w Internecie: <http://czasopisma.pwspzlock.pl/index.php/pwod/article/view/321>.
3. Trzebiatowski J.: Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych. Hygeia Public Health, 2011, 46(1), 25-31.
4. Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego - Choroba wieńcowa. [dostęp: 18.04.2017] dostępny w Internecie: <<http://www.ikard.pl/choroba-wiencowa.html>>.
5. Januszewicz W., Kokot F., Bartnik W., Bilińska Z., Boratyńska M.: Interna. PZWL, Warszawa 2006.
6. Lisiecki D.: Czynniki ryzyka zawału serca, [dostęp: 25.06.2017]. dostępny w Internecie: <<http://wylecz.to/pl/choroby/uklad-krazenia/czynniki-ryzyka-zawalu-serca.html>>.
7. Dąbrowska J., Jurek A., Krakowska A., Grąbczewska Z., Kubica A.: Udział rodziny chorego w rehabilitacji osób po zawale serca. Cardiovascular Forum, 2007, 12(1-2), 18–22.
8. Hering D., Narkiewicz K.: Wpływ stresu na układ krążenia – fakty i mity. [dostęp: 29.06.2017], dostępny w Internecie: <<https://kardiologia.esculap.com/publication/145339/wp>>.
9. Czukowska – Milanova L., Gucwa J., Madej T., Cebula G., Byrska-Maciejasz E.: Ostre zespoły wieńcowe. [dostęp: 06.07.2017], dostępny w Internecie: <<http://nagle.mp.pl/interna/79734,ostre-zespoly-wiencowe>>.
10. Skłodowska Z.: Zdrowotne uwarunkowania turystyki, czyli o konsekwencjach pozostawania w bezruchu. Studia i Materiały CEPL, 2013, 34.
11. Chlebus K., Gąsior M., Gierlotka M., Kalarus Z., Kozierkiewicz A.: Występowanie, leczenie i prewencja wtórna zawałów serca w Polsce. Ocena na podstawie Narodowej Bazy Danych Zawałów Serca AMI-PL 2009-2012. Narodowy Instytut Zdrowia

- Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Śląski Uniwersytet Medyczny, Gdański Uniwersytet Medyczny, Warszawski Uniwersytet Medyczny 2014.
12. Nichols M., Townsend N., Scarborough P., Rayner M.: Cardiovascular disease in Europe 2014: epidemiological update. *European Heart Journal*, 2014, 35(42), 2950-2959.
13. Morga J.: ESC: status społeczno-ekonomiczny to ważny czynnik ryzyka chorób serca, [dostęp: 23.04.2018], dostępny w Internecie: <<http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news%2C410988%2Cesc-status-spoeczno-ekonomiczny-to-wazny-czynnik-ryzyka-chorob-serca.html>>.
14. Kachaniak D., Trzasańska A., Krassowska U.: Raport z ogólnopolskiego badania ankietowego na temat postaw wobec palenia tytoniu. TNS Polska dla Głównego Inspektoratu Sanitarnego, Warszawa 2015.
15. Grochulska A., Jerzemowski J.: Deklaracja stylu życia a wybrane zachowania zdrowotne osób po przebytym zawale mięśnia sercowego zamieszkujących miasto Słupsk i powiat słupski. *Nowiny Lekarskie*, 2007, 76(6), 472-476.
16. Pietrzyk E., Gorczyca – Michta I., Michta K., Nowakowska M., Woźniakowska – Kapłon B.: Depresja u chorych po pomostowaniu aortalno-wieńcowym. *Psychiatria Polska*, 2014, 48(5), 987–996.

Grodzka Ewelina¹, Tyrakowska – Dadelo Zuzanna Judyta²

1. Studentka kierunku Elektroradiologia, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Radiologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Jakość życia pacjentów poddanych radioterapii nowotworów narządów głowy i szyi

Wprowadzenie

Nowotwory narządów głowy i szyi to grupa skupiająca głównie nowotwory jamy ustnej, gardła, krtani, jamy nosowej, ślinianek i zatok obocznych nosa. Znaczną większość (ok. 90%) stanowią raki płaskonabłonkowe [1]. W krajach rozwiniętych stanowią 5% wszystkich rozpoznawanych nowotworów złośliwych, a w krajach rozwijających się nawet 50%. W Polsce najczęściej diagnozuje się nowotwory krtani, a także języka i migdałków [2]. Odnotowuje się 5 razy więcej zachorowań u mężczyzn niż u kobiet. Nowotwory te najczęściej dotyczą osób po 45 roku życia [1].

Przyczynami powstawania nowotworów głowy i szyi są między innymi palenie wyrobów tytoniowych i spożywanie alkoholu, szczególnie jeśli jest to jednoczasowe. Zachorowaniu sprzyja także brak prawidłowej higieny jamy ustnej, użytkowanie nieprawidłowo dobranych protez zębowych, upośledzenie odporności, częste spożywanie solonej i przetworzonej żywności czy czynniki genetyczne takie jak mutacje supresorowe, nieprawidłowości genów układu detoksyfikacji, rekombinacje homologiczne, aberracje chromosomowe, nadekspresja receptorów naskórkowego czynnika wzrostu i inne. Kolejną przyczyną rozwoju nowotworu może być zakażenie wirusem Epsteina-Barr, które bardzo często występuje u osób z nowotworem nosowej części gardła. Powstawaniu raka narządów głowy i szyi może też sprzyjać wirus brodawczaka ludzkiego [1, 2].

Objawy omawianych nowotworów są związane z lokalizacją. Mogą pojawiać się zaburzenia żucia, połykania, oddychania, mowy, wzroku, słuchu czy węchu. Nowotwory często są poprzedzone stanami przedrakowymi takimi jak metaplasja płaskonabłonkowa i dysplazja. W przypadku krtani obserwuje się leukoplakię, modzelowatość i nadmierne rogowacenie. Dla jamy ustnej charakterystyczne są leukoplakia, liszaj płaski i erytroplakia [1].

Chory powinien zwrócić uwagę na wszelkie niepokojące zmiany w wyglądzie okolic głowy i szyi, zniekształcenie, owrzodzenie, bolesności, wyczuwalne guzy czy powiększone węzły chłonne. Może pojawić się też chrypka, łzawienie, długotrwałe wrażenie zatkania nosa, krwiotłucie, szczękocisk czy ograniczenie ruchomości języka [3].

Diagnostyka powinna zacząć się od prawidłowego zebrania wywiadu. Lekarz ma obowiązek uzyskać informacje o czasie trwania objawów, stopniu nasilenia, nałogach pacjenta, miejscu pracy czy diecie i stylu życia. Powinno być też przeprowadzone badanie fizykalne z dokładną oceną stanu jamy ustnej i szyi oraz z sprawdzeniem objawów wstępujących przy zajęciu nerwów czaszkowych. Postawienie diagnozy z reguły opiera się na pobraniu materiału z guza lub w przypadku przerzutów z węzła chłonnego podczas biopsji wycinkowej [1]. Dodatkowo wykonuje się badania laryngologiczne i endoskopowe. Ocenę zaawansowania nowotworu ułatwiają też badania obrazowe, takie jak tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny czy ultrasonografia badanej okolicy. W celu wykrycia ewentualnych przerzutów zlecane jest zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej i badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej [1].

Leczenie nowotworów jest zależne od stopnia zaawansowania choroby i lokalizacji guza. Możliwe jest leczenie chirurgiczne, radioterapia, chemioterapia lub połączenie tych metod [2].

Radioterapia jest metodą leczenia wykorzystującą promieniowanie jonizujące. Jej działanie opiera się na mechanizmie „trafienia w tarczę”, czyli nić DNA i uszkodzenie jej. Powstające po napromieniowaniu wolne rodniki także niszczą strukturę komórek [2]. Radioterapię można stosować umieszczając źródło promieniowania w pewnej odległości od pacjenta (mówi się wtedy o teleradioterapii) lub lokalizując je bezpośrednio na skórze, śródtkankowo lub w jamie ciała (w przypadku brachyterapii). Dobierane jest odpowiednie frakcjonowanie, energia i rodzaj promieniowania oraz technika badania. Dla każdego pacjenta jest ustalany indywidualny plan leczenia, uwzględniający położenie i wymiary guza oraz lokalizację narządów krytycznych. Uwzględniając cele terapeutyczne radioterapię dzieli się też na radykalną (zakładającą całkowite wyleczenie) oraz paliatywną (poprawiającą komfort życia).

Rozwinięcie

Przyczyny powstawania powikłań po radioterapii

Powikłania po radioterapii są spowodowane uszkodzeniem zdrowych komórek ciała podczas napromieniania guza nowotworowego. Przyczyną tego jest śmierć komórek zdrowych

i niedostatecznie szybki czas naprawy. Pojawienie się powikłań znacznie utrudnia życie chorego, pogarsza jakość życia, zmniejsza komfort psychiczny i fizyczny. Na przebieg radioterapii i dobór odpowiedniej metody leczenia wpływają takie czynniki jak stan ogólny chorego, jego wiek, rozmiar i lokalizacja guza czy wcześniej prowadzone leczenie [4].

Aby ograniczyć częstość występowania uszkodzeń stosuje się obecnie radioterapię konformalną, która pozwala na trójwymiarowe planowanie i przeprowadzanie terapii. Dzięki temu można dokładnie wrysować obszar guza, narządy krytyczne, a także łatwiejsza jest weryfikacja prawidłowości ułożenia pacjenta. Możliwe jest wykorzystanie techniki IMRT (*intensity modulated radiation therapy*, napromienianie z modulacją intensywności wiązki), która umożliwia jeszcze bardziej precyzyjne zaplanowanie dawki, a także jednoczesowe podwyższenie dawki w wybranych miejscach [1]. Należy też pamiętać o powtarzalności ułożenia pacjenta, co ułatwia dobór wygodnej pozycji dla pacjenta, a także o stosowaniu unieruchomień.

Bardzo istotny jest też wykorzystywany rodzaj promieniowania i sposób frakcjonowania dawki [4]. Osoby planujące radioterapię muszą pamiętać jak dany rodzaj promieniowania rozkłada się w ciele pacjenta, w miarę konieczności stosować odpowiednie bolusy i osłony przed promieniowaniem. Całkowita dawka w radioterapii nowotworów głowy i szyi często wynosi ok. 70-72 Gy. Organizm człowieka lepiej toleruje małe dawki promieniowania rozłożone w czasie, co pozwala na regenerację zdrowych komórek uszkodzonych podczas napromieniania. Z tego powodu najczęściej stosuje się frakcjonowanie konwencjonalne, gdzie dawka frakcyjna wynosi 1,8-2 Gy, a pacjent napromieniany jest 5 razy w tygodniu. W sytuacjach, kiedy napromieniane są małe obszary, nie obejmujące tkanek potencjalnie zdrowych, można stosować napromienianie przyspieszone większymi dawkami promieniowania. W niektórych przypadkach wybiera się metodę brachyterapii. Umieszczenie źródła promieniowania w miejscu guza lub jego bliskim sąsiedztwie umożliwia zaoszczędzenie okolicznych tkanek [1]. Zastosowanie jednoczesnej chemioterapii lub immunoterapii i radioterapii dodatkowo zwiększa ryzyko wystąpienia odczynów popromiennych [4].

Należy pamiętać, że większe objętości napromieniowanych tkanek dają większe prawdopodobieństwo uszkodzenia narządów. Ważna jest także budowa organów. Narządy o budowie równoległej są bardziej odporne na promieniowanie niż te o budowie szeregowej [4].

Pojawieniu się odczynów popromiennych sprzyjają cukrzyca czy choroby sercowo-naczyniowe utrudniające krążenie krwi i ukrwienie narządów, np. nadciśnienie tętnicze. Wiek pacjenta także może predysponować do częstszych powikłań. Przebyte urazy, przeprowadzone

operacje czy wcześniejsze napromieniowanie leczonej okolicy może nie tylko osłabić narządy, ale także uniemożliwić przeprowadzenie radioterapii wysokimi dawkami promieniowania. Część chorych ma predyspozycje genetyczne do tworzenia się uszkodzeń w wyniku napromieniania [4].

Samo występowanie nowotworu może mieć duży wpływ na występowanie uszkodzeń w sąsiednich tkankach. Rozwój guza uszkadza architekturę okolicznych narządów, wytwarzane przez nowotwór enzymy dodatkowo drażnią tkanki zdrowe [4].

Odczyny ogólnoustrojowe

Odczyny ogólnoustrojowe są spowodowane szkodliwym oddziaływaniem promieniowania jonizującego na organizm człowieka. Należą do nich wymioty, nudności, stany gorączkowe, mielosupresja oraz objawy dyspeptyczne. Objawy te przyczyniają się do znacznego pogorszenia jakości życia. Bardzo rzadko radioterapia jest przyczyną powstania nowotworu wtórnego [4].

Powikłania dotyczące skóry i błon śluzowych

Odczyn popromienny skóry i błon śluzowych to jedno z najczęstszych powikłań po radioterapii. W znacznym stopniu wpływa on na obniżenie jakości życia z racji dolegliwości oraz zmian w wyglądzie skóry często zlokalizowanych w widocznych dla otoczenia miejscach. W przypadku skóry dość szybko pojawia się zaczerwienienie, może wystąpić złuszczenie suche oraz złuszczenie wilgotne, z wysiękiem. Dodatkowo chorzy odczuwają ból, swędzenie i są wrażliwi na bodźce dotykowe. W okolicy napromienianej traci się owłosienie. Objawy mogą cofnąć się przed końcem leczenia lub występować jeszcze kilka tygodni po napromienianiu. Wczesne pojawienie się i ustanie objawów wynika z szybkiego obrotu komórkowego tkanek hierarchicznych [4]. Zaleca się, aby przy złuszczeniu suchym pacjenci stosowali takie preparaty jak Alantan, Radiosun, Linomag czy Pharmaceris X-rays.

W przypadku złuszczenia mokrego można nanosić płyn lub krem Linomag, maści z witaminą A i E lub Lanolinę. Okolice poddaną radioterapii można zacząć myć z reguły po 3-4 tygodniach po zakończeniu napromieniania. Na początek powinno się do tego celu wykorzystywać letnią wodę i mydło dla dzieci. Pacjent powinien ubierać się w luźne, przewiewne ubrania z naturalnych materiałów. Skórę należy chronić przed słońcem przez co najmniej rok. Należy także pamiętać o ochronie przed wiatrem i zimnem. Nie powinno się też ochładzać lub nagrzewać napromienianej skóry, używać w tej okolicy plastrów samoprzylepnych, żyletek, kosmetyków i płynów na bazie alkoholu [5].

Dużym problemem jest ostry odczyn popromienny błon śluzowych. Pojawia się on podczas napromieniania lub po 3-6 miesiącach po zakończeniu terapii. Uszkodzenie błon śluzowych może prowadzić do wielu nieprzyjemnych konsekwencji i obniżać jakość życia chorego. Niektórzy pacjenci muszą przyjmować leki przeciwbólowe, przeciwzapalne czy antybiotyki. Niekiedy konieczne jest żywienie do- lub pozajelitowe. Odczyn ten dzieli się na fazy: zapalną, nabłonkową, wrzodziejąco-bakteryjną oraz gojenia. Początkowo pojawia się rumień, następnie w błonie śluzowej uwidaczniają się ubytki wypełnione wysiękiem zapalnym. Kiedy uszkodzeniu ulega błona podstawna i występuje infekcja tkanek znajdujących się pod śluzówką może pojawić się obrzęk, krwawienie. Pacjenci zgłaszają problemy z żuciem, połykaniem, suchość śluzówek, ból, trudności w oddychaniu, trudności przy mówieniu. Leczenie może być miejscowe lub ogólnoustrojowe. Wykorzystywane są sukralfat, glikokortykosteroidy, antybiotykoterapia czy leki przeciwgrzybiczne [6].

Powikłania dotyczące narządu wzroku

Jednym z powikłań po radioterapii jest zaćma. Rozwija się ona, kiedy napromienieniu ulegną komórki leżące na obwodzie soczewki, komórki nabłonka soczewki. Obserwuje się ją od 2 do 10 lat po radioterapii. Dawka całkowita, która nie powinna spowodować uszkodzenia wynosi 5 Gy. Pacjent traci wzrok, kiedy soczewka jest zaćmiona w znacznym stopniu. Jest to dla pacjenta o tyle trudne, że z osoby samodzielnej staje się zależnym od otoczenia, co pogarsza jego jakość życia. Stosowaną obecnie metodą leczenia jest usunięcie zmienionej soczewki i wszczępienie protezy dające komfort widzenia, często bez konieczności stosowania korekcji okularowej, jeśli taka była wcześniej stosowana [7].

U części pacjentów występują zaburzenia gruczołu łzowego dające objawy zespołu suchego oka. Zmniejszenie produkcji łez prowadzi do podrażnienia i suchych zapaleń rogówki i nabłonka powiek. Pacjenci skarżą się na światłowstręt, uczucie piasku w oczach, bolesność, wrażliwość na światło.

Chorzy zgłaszają takie objawy po ok. 4 tygodniach po zakończonej radioterapii [4, 7]. Po ok. 10 miesiącach może pojawić się zmętnienie i unaczynienie rogówki. Powikłania takie mogą pojawić się po przekroczeniu dawki całkowitej 30 Gy, a przy dawce 57 Gy występują u wszystkich pacjentów. Dodatkowo predysponuje do tego dawka frakcyjna powyżej 2 Gy. Aby zwiększyć komfort życia pacjentów stosuje się sztuczne łzy, środki przeciwbólowe, antybiotyki, sterydy, opatrunkowe soczewki kontaktowe, zaszcycie powiek czy przeszczepy spojówek. W skrajnych przypadkach konieczne jest usunięcie gałki ocznej [7].

Neuropatia nerwu wzrokowego jest zaburzeniem powstającym w wyniku napromieniowania okolic skrzyżowania wzrokowego, plamki lub nerwu. Pojawia się od pół roku do 2 lat po zakończonej radioterapii [4]. Aby uniknąć neuropatii nie powinno przekraczać się dawki 60 Gy na nerw wzrokowy. Objawami zgłaszanymi przez pacjentów są zaburzenia pola widzenia. Neuropatia prowadzi do całkowitej utraty wzroku. Prowadzone jest leczenie objawowe w komorze hiperbarycznej oraz stosuje się kortykosterydy [7].

W przypadku retinopatii występują zaburzenia ukrwienia siatkówki oka. Pojawiają się mikrotętniaki, wysięki twarde i płomykowate krwotoki, obrzęk plamki żółtej, teleangiektazje czy martwica niedokrwienna. Retinopatia popromienna występuje w różnym czasie po radioterapii. Może wystąpić od 6 miesięcy do 3 lat po napromienianiu [4]. Pacjenci mogą zgłaszać pogorszenie ostrości widzenia, a nawet może wystąpić ślepota. Dodatkowymi czynnikami ryzyka jest starszy wiek chorego, dawki frakcyjne powyżej 2 Gy, współistniejąca miażdżyca i cukrzyca czy leczenie skojarzone z zastosowaniem chemioterapii i radioterapii [7].

U dzieci mogą pojawić się guzy oczu i oczodołów, wynikające z osteomalacji skroniowej. Wpływa to negatywnie na wygląd zewnętrzny pacjenta. W bardzo rzadkich przypadkach rozwija się mięsak kościopochodny oczodołu [7].

Kserostomia

Do kserostomii dochodzi, kiedy zostaną uszkodzone gruczoły ślinowe. Pacjenci mogą zacząć zgłaszać objawy już w pierwszych tygodniach radioterapii, a u znacznej liczby chorych utrzymują się one do 3 lat po napromienianiu. Po 18 miesiącach po napromienianiu pacjenci powinni poczuć poprawę. Kserostomia objawia się suchością w jamie ustnej. Chorzy odczuwają ból, pieczenie, swędzenie, występują trudności podczas jedzenia, mowy, zaburzone jest odczuwanie smaku. Dodatkowo istnieje większe ryzyko rozwoju próchnicy, chorób dziąseł, uszkodzeń mechanicznych w obrębie jamy ustnej czy zakażeń bakteryjnych i grzybiczych. Jakość życia chorych pogarsza się więc nie tylko z powodu objawów bólowych, ale też obniżonej samooceny w wyniku utraty użębiania czy utraty przyjemności podczas jedzenia ulubionych potraw. Pacjenci z kserostomią są leczeni objawowo. Wykorzystuje się sztuczną ślinę oraz w razie konieczności prowadzi się antybiotykoterapię, przepisuje się leki przeciwgrzybiczne, zaleca się stosowanie specjalnych past do zębów, żeli i płukanek [8].

Rdzeń kręgowy

Wczesne popromienne uszkodzenie rdzenia kręgowego pojawia się od 1 do 6 miesięcy po radioterapii i objawia się mrowieniem oraz drętwieniem w kręgosłupie i kończynach.

Opisywane jest to jako objaw Lhermitte'a, który jest szczególnie dokuczliwy przy pochylaniu szyi do przodu. Czasami skutkuje to koniecznością pomocy ze strony bliskich w wykonywaniu codziennych czynności, co obniża jakość życia chorego. Zazwyczaj nie jest konieczne leczenie, a pacjent przestaje odczuwać objawy po kilku miesiącach. Bardzo poważnym powikłaniem jest martwica rdzenia kręgowego występująca obecnie bardzo rzadko. Manifestuje się ona niedowładami, a nawet paraliżem [4].

Martwica kości i chrząstek

Martwica kości jest spowodowana długo toczącym się procesem zapalnym. Manifestuje się bólami kości, tworzeniem przetok, złamaniami, szczękościskiem, obrzękiem czy obnażeniem kości [4]. Martwica kości skroniowej występuje bardzo rzadko. Obserwowana jest od kilku do kilkudziesięciu lat po radioterapii [9].

Żuchwa jest słabo ukrwiona, dlatego stosunkowo często dochodzi do jej martwicy. Dodatkowymi czynnikami ryzyka jest palenie papierosów, picie alkoholu, uraz, niewłaściwa higiena jamy ustnej, ekstrakcja zębów w trakcie lub tuż po napromienianiu. Zapobiegawczo przed radioterapią można przeprowadzić sanację jamy ustnej. Usunięcie zębów może być wykonywane do 2-3 tygodni przed leczeniem [4,9].

Martwica chrząstek krtani może objawiać się obrzękiem krtani, zaczerwienieniem skóry, bólem, fetorem z jamy ustnej. Dodatkowo występują przetoki i zakażenia. Chorym często wykonywana jest tracheotomia, usuwana jest krtąń i odtwarza się zniszczone okoliczne tkanki [9]. Niemożność mówienia w takich przypadkach lub konieczność długiej rehabilitacji i nauki mówienia znacznie obniża jakość życia pacjentów, ponieważ stają się oni, przynajmniej w początkowym okresie, zależni od innych, nie mogą w prosty sposób wyrażać swoich myśli i potrzeb.

Powikłania dotyczące narządu słuchu

Jednym z powikłań po napromienianiu jest zapalenie ucha zewnętrznego. Może wystąpić włóknienie tkanek, Malacja chrząstki, martwica kości przewodu słuchowego, zwężenie lub całkowite zamknięcie przewodu słuchowego [9].

Zapalenie ucha środkowego przebiega z reguły jako wysiękowe zapalenie ucha, ale może też dotyczyć tylko błony bębenkowej. Opisywany jest obrzęk błony śluzowej, blokada i dysfunkcja trąbki słuchowej oraz wysięk w jamie bębenkowej. Możliwe jest też uszkodzenie słuchu typu przewodzeniowego. W późniejszym okresie może wystąpić martwica kosteczek słuchowych, zwężenie czy zrośnięcie trąbki słuchowej. W przypadku ucha wewnętrznego

powikłania dotyczą głównie ślimaka i zwoju spiralnego. Występuje trwałe uszkodzenie - niedosłuch czuciowo-nerwowy [9].

Niedoczynność tarczycy

Popromienna niedoczynność tarczycy występuje najczęściej od 8 do 2 lat po napromienianiu. Pierwotna niedoczynność tarczycy pojawia się, gdy tkanka gruczołowa przyjmie dawkę większą lub równą 50 Gy. Do nadczynności wtórnej dochodzi przy napromienieniu przysadki i podwzgórza. Chorzy zgłaszają senność, męczliwość, uczucie zimna. Jakość życia i poziom aktywności chorego obniża się. Skóra jest szorstka, sucha, występują obrzęki tkanek twarzy, bóle stawów, sztywność mięśni, wzrost wagi mimo mniejszego spożycia pokarmów. Stwierdza się podwyższony poziom tyreotropiny oraz obniżenie stężenia trójjodotyroniny i tyroksyny. Niedoczynność tarczycy występuje w postaci klinicznej i subklinicznej. Pacjenci są poddawani substytucji hormonalnej [9].

Dieta

W przypadku pacjentów poddawanych radioterapii głowy i szyi niekiedy konieczne jest stosowanie odpowiedniej diety. Ból przy połykaniu i suchość jamy ustnej nie pozwalają na spożywanie niektórych produktów przyjmowanych do tej pory. Rozwiązaniem problemu jest stosowanie diety płynnej lub półpłynnej. Poleca się jeść pokarmy zmiksowane i przetarte. Potrawy powinny być łagodne, nie mogą być bardzo słone, ostre, kwaśne, suche czy twarde. Ich temperatura powinna wynosić około 30 stopni Celsjusza [10]. Czasami ze względu na ciężkie odczyny popromienne konieczne jest żywienie za pomocą sondy lub pozajelitowe [4].

Stan psychiczny pacjenta

Cały okres choroby nowotworowej jest bardzo stresujący dla pacjenta. Pojawia się strach przed śmiercią, bólem, odrzuceniem, samotnością, niepewność o jutro. Obniża się poziom własnej wartości, akceptacja siebie, swojego ciała, ze względu na przemiany występujące w organizmie na skutek rozwoju choroby i prowadzonej radioterapii. Okres diagnostyki i terapii jest bardzo obciążający, ponieważ dla chorego wykonywane badania, używane sprzęty są czymś nowym. Z powodu tak wielu negatywnych emocji konieczna jest terapia i niekiedy także podawanie leków. Psychoonkologowie, psychologowie i psychiatrzy pomagają pacjentom zaadaptować się do nowych warunków, ułatwiają zrozumienie, że reakcja pacjenta na chorobę i leczenie jest normalna, że pacjent nie jest w tym osamotniony, pomagają znaleźć rozwiązania problemów. Przebieg choroby, złe samopoczucie, zmiana wyglądu,

przedłużające się leczenie, skutki uboczne radioterapii czy strach przed nawrotem choroby po leczeniu mogą być przyczyną depresji czy zaburzeń stresowych pourazowych. Innym częstym zjawiskiem są zespoły lękowe. Mogą być one spowodowane utratą stabilności, brakiem poczucia bezpieczeństwa, ale też lękiem przed igłami czy promieniowaniem jonizującym. W celu poprawy stanu psychicznego i polepszenia jakości życia pacjenta stosuje się leki przeciwdepresyjne i uspakajające, terapię indywidualną i grupową, uczy się chorego technik oddechowych i relaksacyjnych [11].

Podsumowanie

Nowotwory głowy i szyi są bardzo specyficzną grupą nowotworów ze względu na ich lokalizację. Jakość życia pacjentów jest pogorszona nie tylko ze względu na zmiany fizyczne spowodowane przez sam nowotwór i późniejszą radioterapię tej okolicy, ale także przez znaczny wpływ na wygląd zewnętrzny chorego. Skutkuje to pogorszeniem komfortu psychicznego, spadkiem samooceny, odizolowaniem się od innych. Powikłania po radioterapii w znacznym stopniu utrudniają funkcjonowanie. Wykonywanie podstawowych czynności niezbędnych do życia, takich jak spożywanie posiłków, oddychanie, przełykanie, staje się dużym problemem. Dodatkowo występują problemy z mową, słuchem czy wzrokiem. Ból i inne nieprzyjemne odczucia w znacznym stopniu zmniejsza komfort pacjenta. Z tego powodu bardzo ważna jest szybka i odpowiednia pomoc osobie w trakcie i po leczeniu metodą radioterapii. Powinna ona trafić na zespół lekarzy i innego personelu medycznego, który dobierze najskuteczniejsze i najbezpieczniejsze leczenie powikłań, będzie służyć radą i dobrym słowem. Bardzo ważna jest też opieka psychologa, który pomoże pogodzić się z rzeczywistością i wskaże drogę dalszego funkcjonowania i miejsca w społeczeństwie. Nie można zapomnieć o roli rodziny, której wsparcie ma ogromne znaczenie w procesie powrotu do zdrowia.

Piśmiennictwo

1. Kawecki A., Nawrocki S., Golusiński W., Grzesiakowska U., Jassem J., Krajewski R., Olszewski W.: Nowotwory nabłonkowe narządów głowy i szyi. http://onkologia.zalecenia.med.pl/pdf/PTOK_2013_01_Nowotwory%20nablonkowe%20glowy%20i%20szyi.pdf, (data pobrania 04.08.2018).
2. Rusin P., Markiewicz Ł., Majsterek I.: Uwarunkowania genetyczne nowotworów głowy i szyi. *Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej*, 2008, 62, 490-501.

3. Gośliński J.: Nowotwory głowy, szyi i ucha – objawy, diagnostyka, leczenie, <https://www.zwrotnikraka.pl/nawotwory-glowy-szyi-ucha-objawy> (data pobrania 05.08.2018).
4. Ziółkowska E., Biedka M., Windorbska W.: Odczyn popromienny u chorych na raka regionu głowy i szyi: mechanizmy i konsekwencje. *Otorynolaryngologia*, 2011, 10(4), 147-153.
5. Białostockie Centrum Onkologii: Wskazówki dla pacjentów po radioterapii w obszarze głowy i szyi. (https://www.onkologia.bialystok.pl/userfiles/file/dla_pacjenta/Samoopieka/F3_Radioterapia_w_obszarze_glowy_i_szyi.pdf(data pobrania 14.08.2018).
6. Wygoda A., Składowski K., Sąsiadek W., Hutnik M.: Ostry odczyn popromienny błon śluzowych u chorych na raka regionu głowy i szyi. *Współczesna Onkologia*, 2007, 11(4), 210-219.
7. Filarska D., Czyżewska K.: Uszkodzenie narządu wzroku po radioterapii – przegląd literatury. *Współczesna Onkologia*, 2000, 4(3), 109–110.
8. Guzik Ł, Kamysz E.: Kserostomia – więcej niż suchość w jamie ustnej. *Farmakoterapia*, 2009, 65(6), 411-414.
9. Osuch-Wójcikiewicz E., Bruzgielewicz A.: Powikłania po radioterapii nowotworów głowy i szyi. *Otorynolaryngologia*, 2010, 9(1), 1-6.
10. Mierzwa-Dudek D.: Objawy po chemio- i radioterapii w jamie ustnej. Profilaktyka i leczenie [w:] *Fizjoterapia po leczeniu nowotworów głowy i szyi. Poradnik dla pacjenta*, Maria Piworowicz (red.). Stowarzyszenie Pomocy Chorym Onkologicznie „Różowe Okulary”, Wrocław 2013, 73-78.
11. Kieszowska-Grudny A.: Zaburzenia psychiczne u chorych na nowotwory – podejście kliniczne. *OncoReview*, 2013, 3(2), 119-128.

Banel Joanna¹, Klimaszewska Krystyna²

1. Przychodnia Położniczo – Ginekologiczna Mastermed w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Ocena występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa w zależności od rodzaju wykonywanej pracy zawodowej

Wstęp

Słowo ból oznacza dla pacjenta cierpienia, dla lekarza objaw. Czuć jest doznaniem fizycznym, które można potwierdzić przez metody elektrofizjologiczne, w praktyce medycznej jest to doznanie wyłącznie subiektywne. Jego natężenie i jakość zależą od różnych czynników zewnętrznych (dodatkowe bodźce bólowe, ciśnienie baryczne, pora dnia) i wewnętrznych (struktura i stan układu nerwowego, układ hormonalny, stan przewodu pokarmowego i krążenia, czynniki genetyczne) dlatego też ten sam bodziec jest inaczej odczuwany w różnych stanach somatycznych i psychicznych. Ból może też stać się cierpieniem, gdy jego natężenie, lokalizacja, trwałość doznań, lokalizacja, wywołuje reakcje psychiczną [1, 2].

Wyróżnia się dwa główne rodzaje bólu: ostry i przewlekły [2].

Ból ostry trwa do około miesiąca, jest receptorowy, o dużym natężeniu, ale ma przemijające następstwo. Przyczyną jest najczęściej objaw, uraz lub choroba. Charakteryzuje się skutecznością leczenia.

Ból przewlekły trwa >3 miesięcy, jest częściej pozareceptorowy, o mniejszym natężeniu niż ból ostry, ma trwałe następstwo. Jest cierpieniem i chorobą z powodu urazu lub choroby. Charakteryzuje się słabą skutecznością leczenia.

Obiektywna ocena natężenie bólu jest bardzo trudna, w chwili obecnej praktycy kliniczni nie posiadają odpowiednich badań i narzędzi do ich realizacji. Opracowano natomiast wiele skali i kwestionariuszy służących do oceny subiektywnej – czyli przez samego chorego. Skala jednowymiarowa służy do oceny stopnia nasilenia bólu w różnym czasie oraz skuteczność stosowanych leków analgetycznych [2].

Najczęściej używana jest skala wzrokowo-analogowa VAS. Skala ta jest w postaci linijki o długości 10 cm. Pacjent wskazuje palcem stopień natężenia bólu (0 – brak bólu, 10 – ból najsilniejszy z możliwych). Stosuje się też modyfikacje skali z rysunkami twarzy (twarz uśmiechnięta – brak bólu, grymas bólu – najsilniejszy ból) przeznaczona dla dzieci oraz dla osób z zaburzonym kontaktem werbalnym. Aby przeprowadzić pomiar według skali VAS należy upewnić się, że chory rozumie znaczenie wartości skrajnym. Szacuje się jednak, że ok 25% populacji nie umie dobrać właściwego stopnia do odczuwanych przez siebie dolegliwości. Do jednowymiarowych skali oceny bólu należą również: skala numeryczny NRS, skala słowna VRS [2].

W praktyce klinicznej są również używane skale wielowymiarowe (kwestionariusze) służące do oceny nasilenia bólu oraz następstw bólu przewlekłego na funkcjonowanie chorego (aktywność fizyczna, jakość życia, samopoczucie). Wielowymiarowość skali pomaga w doborze odpowiednich metod terapeutycznych, zapewniając skuteczniejszą ocenę jakości leczenia [3].

Do oceny dolegliwości z strony kręgosłupa służą takie skale jak:

- kwestionariusz ODI – ocenia stopień niepełnosprawności w przebiegu dolegliwości bólowych kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym,
- kwestionariusz RMDQ – ocena wpływu bólu dolnego odcinka kręgosłupa na funkcjonowanie człowieka.

Koncepcja obszarów zdrowia Marca Lalonde'a mówi, że na stan zdrowia populacji mają wpływ następujące czynniki: 50% styl życia, 15-20% jakość środowiska, 20% czynniki genetyczne, 10% opieka medyczna. Idąc tym tropem należałoby rozpatrzyć wpływ nas samych oraz naszego otoczenia na rozwijające się dolegliwości bólowe [4].

Zbyt mała aktywność fizyczna jest jednym z czynników ryzyka. Do aktywności, które mają najlepszy wpływ na kręgosłup człowieka zaliczamy: pływanie, Pilates, Joga, chód techniką Nordic Walking – coraz bardziej popularny w naszym kraju. Chodź w dzisiejszych czasach zdrowy, aktywny tryb życia jest intensywnie promowany oraz po prostu modny, to jednak możemy określić dzisiejszego człowieka jako – człowieka siedzącego (siedząca droga do pracy, siedzący tryb pracy, bierne spędzanie czasu wolnego oraz urlopów). Badania wykazują, że zadawalający poziom aktywności wykazuje 70% dzieci w wieku 6 – 7 lat, ale tylko 10% dorosłych. Zdecydowana większość Polaków preferuje nieaktywny tryb spędzania wolnego czasu, głównie oglądanie telewizji.

Niepokojący jest fakt, że już młodzież w wieku 11-15 lat poświęca 4 godziny dziennie na oglądanie telewizji, czy korzystanie z komputera. Nasz organizm nie jest przystosowany do tak drastycznego zmniejszenia aktywności fizycznej, przeciętny Polak poświęca na aktywność fizyczną około 2 minut dziennie, natomiast na oglądanie telewizji ok 1,5 godziny. Natłok obowiązków zawodowych oraz domowych niezmiernie absorbuje czas wolny od pracy [5].

Kolejną przyczyną dolegliwości bólowych może być niewłaściwy ruch oraz utrzymywanie nieergonomicznej pozycji podczas wykonywania czynności codziennych oraz w czasie pracy zawodowej. Konsekwencją tego są zaburzenia struktury kręgosłupa.

Ścisły związek z występowaniem bólów kręgosłupa wykazuje również nadwaga i otyłość. Do ich głównych przyczyn zaliczamy: nieprawidłowość w sposobie żywienia, mała aktywność fizyczna, choroby, uwarunkowania genetyczne. Otyłość nie jest bezpośrednią przyczyną wystąpienia bólów krzyża, natomiast jest występowanie w znacznym stopniu podnosi nasilenie występowania dolegliwości oraz zmniejsza czas remisji przed kolejnym rzutem bólu. W Polsce 19% dorosłych ludzi wykazuje indeks BMI powyżej 30, co piąty Polak cierpi z powodu otyłości [3].

Podczas ciąży zmianom ulegają krzywizny i biomechanika kręgosłupa, przesuwa się środek ciężkości, wzrasta masa ciała. Dolegliwości bólowe zgłasza ponad 50% ciężarnych. Powszechność tego zjawiska powoduje, że jest on traktowany jako nierozłączny objaw ciąży, a co za tym idzie jest bagatelizowany. Do najczęstszych przyczyn bólu krzyża u osób ciężarnych zaliczamy: nadmierne obciążenie kręgosłupa i rozluźnienie więzadeł odpowiedzialnych za jego stabilność. Patologiczne zjawiska pogłębia fakt rozluźniania więzadeł miednicy, po uwolnieniu hormonu relaksyny. Ważne są również zachowania prozdrowotne kobiety przed zajściem w ciążę. U tych dbających o aktywność fizyczną zdecydowanie rzadziej obserwuje się bóle kręgosłupa podczas ciąży [2].

Nie mniej ważne, dla zachowania prawidłowej fizjologii kręgosłupa, jest nasze ułożenie podczas snu, gdyż poświęcamy na sen 1/3 naszego życia. Najczęściej podczas snu przyjmujemy pozycje na boku ze zgiętymi stawami kolanowymi i biodrowymi z miednicą pochyloną do tyłu i zmniejszoną lordozą szyjną (pozycja kifotyczna). Pozycja ta sprzyja przesunięciu się krążka międzykręgowego w tył, co może prowadzić do dolegliwości bólowych [6].

Ostre bóle krzyża występują u około 80% społeczeństwa. Personel medyczny powinien poinformować pacjenta o wszystkich możliwościach jego leczenia, co spowoduje zmniejszenie jego lęku przed napadem bólowym.

Aby ulżyć pacjentowi, zawsze podczas wystąpienia bólu, stosuje się leczenie farmakologiczne. Najczęściej używa się w tym celu niesteroidowych leków przeciwzapalnych, takich jak: Meloksykam, Naproksen, Diklofenak. Przy bólu przewlekłym bazuje się na drabinie analgetycznej [2, 3, 7].

Pacjent powinien zostać zapoznany z niefarmakologicznymi sposobami leczenia bólu:

- zmiana stylu życia, wzmożona aktywność fizyczna, regularne ćwiczenia mięśni pleców i brzucha wzmacniające kręgosłup; podczas ostrego napadu bólu zaleca się pozostać aktywnym, ale odpoczywać w pozycjach niebolesnych;
- terapia poznawczo-behawioralna biofeedback, relaksacja, których celem jest zmiana postrzegania bólu przez człowieka, uświadomienie mu, że w pełni go kontroluje;
- terapia manualna (tzw. kręgarstwo) to naturalny nieinwazyjny sposób pomocy chorym, polegający na odblokowaniu zblokowań, prawidłowym ustawieniu kręgów w celu odbarczenia krążków międzykręgowych;
- kinezyterapia (czynna i bierna) poprawa zakresu ruchów, zwiększenie siły mięśni (przykręgowe, czworogłowy uda, mięśnie brzucha);
- ćwiczenie izometryczne, czyli ćwiczenia siłowe, wzmacniające mięśnie (naprzemienne napinanie i rozluźnianie mięśni);
- masaż leczniczy, który poprawia ukrwienie tkanek, zmniejsza napięcie mięśni i odczuwanie bólu;
- leczenie ciepłem, zimnem, elektroterapią [8].

Do bardziej zaawansowanych metod leczenia przeciwbólowego możemy zaliczyć blokady układu nerwowego, czyli ostrzykiwanie punktów spustowych środkami znieczulającymi miejscowo (prognostyczne, diagnostyczne i lecznicze).

Blokady diagnostyczne służą do ustalenia anatomicznych dróg przewodzenia bólu, różnicują farmakologicznie rodzaj włókien nerwowych, różnicują ból ośrodkowy od obwodowego oraz zależny od układu współczulnego. Zafałszowane wyniki testu blokad diagnostycznych są spowodowane efektem placebo (zależny od natężenia bólu, występuje częściej podczas użycia do wstrzykiwania soli fizjologicznej) oraz zaburzeniami ze strony psychicznej. Wynik pozytywny blokady otrzymujemy po dwukrotnym wykonaniu zabiegu z użyciem lidokainy i bupiwakainy oraz pacjent musi być w stanie rozróżnić czas działania leków. W przypadku dolegliwości bólowych zależnych od układu współczulnego, na blokadzie zwoju współczulnego poza zmniejszeniem bólu obserwuje się takie objawy jak: wzrosty

temperatury skóry, zespół Hornera (zwięźlenie szpary powiekowej i źrenicy oka po stronie uszkodzenia, zapadnięcie gałki ocznej, niedobarwliwa różnobarwność tęczówek, wolne rozszerzanie źrenicy) [8, 9].

Blokada prognostyczna jest niezbędna podczas ustalania wskazań do planowanych zabiegów chirurgicznych, blokad terapeutycznych, termolezji, neurolizy, kriolezji. Jej wykonanie pomaga ocenić lekarzowi wyniki planowanego odnerwienia, a pacjentowi pozwala doświadczyć doznania, porównywalnego z odczuwanym po zabiegu. W niektórych przypadkach pacjent nie jest w stanie zaakceptować odczuć po zabiegu odnerwienia tkanek, odczuwa je jak drażnienie nocycyptywne, w takich przypadkach należy przemyśleć sens planowanego leczenia [9].

Do celów blokad terapeutycznych zaliczamy: przerwanie przewodnictwa w układzie czuciowym i współczulnym, ułatwienie terapii fizykalnej, poprawa ukrwienia, zmniejszenie odczynu zapalnego. Niekiedy wskazana jest seria takich blokad, gdy efekt przeciwbólowy jest stanowczo dłuższy niż czas działania środków przeciwbólowych. Podczas leczenia zależnego od układu współczulnego bólu neuropatycznego, skuteczna jest blokada włókien eferentnych. W tak zwanych zespołach wieloobjawowego bólu miejscowego powtarzający się pozytywny wynik blokady współczulnej jest wskazaniem do neurodestrukcji zwojów współczulnych [9].

Istnieją dwie teorie wyjaśniające efekt przeciwbólowy blokady utrzymujący się po zakończeniu działania środka znieczulającego miejscowo. Pierwsza mówi o tym, że zablokowanie włókien aferentnych pociąga za sobą wygaszenie ognisk ekotopowych (produkujących impulsy elektryczne) na pierwszym neuronie, obserwuje się również zmniejszenie obszarów nadwrażliwości bólowej i allodynii, w czasie działania środka znieczulającego miejscowo. Powrót stymulacji dośrodkowej nie przekracza, podwyższonego podczas działania blokady, progu pobudliwości – obwodowe drażnienie nie jest już odczuwane jako ból. Druga teoria mówi o zmniejszeniu uwalniania z tkanek obwodowych mediatorów stanu zapalnego (histaminy, cytokiny, bradykinina), przez rozluźnienie nadmiernego skurczu naczyń i skurczów mięśniowych.

Blokady terapeutyczne można podzielić na obwodowe (nerwów i splotów), centralne (podpajęczynówkowe i zewnątrzoponowe) i autonomicznego układu nerwowego.

Leczenie chirurgiczne bólu możemy podzielić na metody odtwórcze i neurodestrukcyjne. Zabieg odtwórczy polega na odbarczeniu uciśniętego nerwu lub usunięciu krwiaka, aby końcowo zespolić końcówki nerwu. Zabiegi neurodestrukcyjne nerwu polegają na przerwaniu ciągłości obwodowej drogi przewodzenia bólu lub części OUN (decyzja o

uszkodzeniu OUN dokonywana jest w ostateczności, przez możliwość uszkodzenia innych struktur) [10].

Termolezja to metoda destrukcji włókien nerwowych przez działanie temperatury powyżej 45 stopni Celsjusza wytwarzanej przez elektrodę wprowadzoną do tkanki nerwowej. Dobre wyniki tego typu leczenia notuje się u pacjentów z dolegliwościami bólowymi związanymi ze zwyrodnieniem stawów międzywyrostkowych [10].

Zabiegi neuromodulacyjne są istotne w kompleksowej terapii bólu. Ich istotą jest stymulacja układu nerwowego. Pobudzają one hamowanie rozwoju bólu. Neuromodulacje dzielimy na inwazyjne (bezpośrednia stymulacja nerwów obwodowych, stymulacja sznurów tylnych rdzenia kręgowego, stymulacja motorycznej części kory mózgowej) i nieinwazyjne (przezskórna elektrostymulacja nerwów) [10].

Alternatywnie możemy stosować inne sposoby leczenia przeciwbólowego np. akupunkturę – nakłuwanie ciała 4 – 10 igłami (w okolicach miejsc spustowych) na czas 10-30 minut – leczenie pijawkami, muzykoterapię, głodówkę leczniczą czy aromaterapię.

Najistotniejszym elementem badania jest zebranie wywiadu, czyli badanie podmiotowe. Pytania powinny dotyczyć charakterystyki dolegliwości ze strony narządu ruchów, ale również narządów wewnętrznych (podobne objawy mogą mieć różne przyczyny).

W wywiadzie powinny się znaleźć również pytania o: dolegliwości zasadnicze (lokalizacja bólu, promieniowanie bólu, czynniki nasilające objawy bólowe, rytm dobowy bólu, okres utrzymywania się bólu, współistniejące objawy neurologiczne, zniekształcenia i ograniczenia ruchomości), początek choroby (kiedy, gdzie i dlaczego wystąpiły pierwsze dolegliwości), przebieg choroby (powolny, szybki stacjonarny, postępujący z okresami zaostrzeń i remisji, z zajęciem tylko kręgosłupa, z zajęciem stawów obwodowych), przebyte leczenie (farmakologiczne, fizykalne, naświetlania promieniami X, operacyjne), skargi na ból ze strony innych narządów, przebyte choroby, porody, poronienia, miesiączki, praca, warunki socjalne, używki, wywiad rodzinny. Przeprowadzenie wywiadu jest trudnym zadaniem, wymaga wiele cierpliwości. Pacjenci potrafią wyolbrzymić swoje dolegliwości bólowe, nie skupiając się na innych symptomach choroby, których wychwycenie jest zadaniem osoby przeprowadzającej wywiad [11].

Po przeprowadzeniu badania podmiotowego, przechodzimy do badań przedmiotowych.

Oglądanie to ocena ogólnego stanu chorego, masa ciała (nadwaga dolegliwości ze strony układu ruchu, wychudzenie – nowotwory, wyniszczający proces zapalny), wzrost. Należy zwrócić uwagę na wygląd skóry i paznokci, owłosienie, kolor małżowin usznych. Dokładnej

ocenie powinny być również poddane kończyny górne i dolne (skrócenie jednej kończyny dolnej – skrzywienie boczne kręgosłupa, obrzęk stawów obwodowych – uogólnione wielostawowy proces zapalny. Najbardziej oddziałujące na kręgosłup są zwyrodnienia w stawach biodrowych. W czasie oglądania kręgosłupa zwracamy uwagę na krzywizny w płaszczyźnie czołowej i strzałkowej. Prawidłowy rzut wyrostków kolczystych powinien stanowić linię prostą, a części tułowia powinny być symetryczne. Barki, łopatki, wcięcie w tali oraz talerze kości biodrowej, leżą na jednakowym poziomie po obu stronach tułowia. Kręgosłup oglądany z boku tworzy: lordozę piersiową i szyjną oraz kifozę piersiową. Ocena krzywizn kręgosłupa w oparciu o oglądanie jest subiektywna, lecz bardzo wartościowa [11].

Obmacywanie i opukiwanie wykonywane są zwykle przy ułożeniu pacjenta na brzuchu. Obmacywanie sprawdza zarys poszczególnych odcinków kręgosłupa. Opukiwanie, wykonywane ręką zgiętą w pięść, dostarcza informacji o umiejscowieniu bólu. Za każdym razem należy sprawdzić objaw szczytowy. Objaw dodatni to ból zmienionego odcinka kręgosłupa podczas uciskania na sklepienie czaszki, występuje podczas procesów zapalnych czy nowotworowych, podczas których dochodzi do degeneracji trzonów kręgów i krążków międzykręgowych [11].

Badanie stawów krzyżowo-biodrowych obejmuje: ucisk talerzy kości biodrowych (do wewnątrz i na zewnątrz), badanie objawu Mennella, Gaenslena-Mennella, Patrica. Objaw dodatni notuje się przy wystąpieniu bólu podczas badania. Istotą wszystkich testów jest ucisk stawów krzyżowo biodrowych. Podczas trzech ostatnich testów ucisk jest wykonywany w czasie ruchu [11].

Badanie zakresu ruchów kręgosłupa przeprowadza się przy użyciu goniometrów (mierniki kątów; najdokładniejsze wyniki), spondylomertów (przyrządy do pomiarów sprawności ruchowej i ukształtowania kręgosłupa w trzech płaszczyznach) oraz przy bezpośrednich pomiarach liniowych (różnica odległości dobranych punktów, w pozycji zasadniczej i przy maksymalnym ruchu; najbardziej rozpowszechnione) [11].

Obejmuje ono badanie ruchomości odcinka piersiowo-łędźwiowego poprzez pomiar zgięcia do przodu odcinka łędźwiowego, zakresu zgięcia do przodu odcinka piersiowego, pomiaru ruchów do tyłu bocznych i skrętów łędźwiowych i bocznych oraz badanie ruchomości odcinka szyjnego kręgosłupa.

Podstawowe badanie neurologiczne rzetelnie przeprowadzone pozwala na umiejscowienie poziomu ewentualnego uszkodzenia i ma decydujący wpływ na wybór sposobu leczenia. W pierwszej kolejności następuje badanie głowy, przesuwając się w dół wzdłuż ciała,

a kończy się na kończynach dolnych (początkowo pacjent leży, później stoi, na koniec badanie w ruchu). Następnie przechodzimy do badania objawów oponowych występujących podczas podrażnienia opon mózgowo rdzeniowych – sztywności karku (zmniejszenie możliwości przygięcia głowy do mostka), objawu Kerniga (ograniczenie możliwości wyprostowania stawu kolanowego kończyny dolnej). Kolejnymi etapami badania neurologicznego są: ocena nerwów czaszkowych, ocena ciała w spoczynku (obecność ruchów mimowolnych, spontaniczne ułożenie), ruchomość bierna w stawach, napięcie mięśniowe, ruchy czynne (unoszenie wyprostowanych i rozłączonych kończyn górnych i dolnych), siła mięśniowa [11].

Badanie odruchów ścięgnistych (głębokich) wykonywane jest za pomocą młotka neurologicznego. Ocenie zostaje poddane nasilenie reakcji odruchowej i symetria analogicznych odruchów na obu kończynach. Do podstawowych odruchów głębokich zaliczamy: kolanowy i skokowy.

Badanie odruchów podeszwowych i brzusznych (powierzchniowych) polega na drażnieniu bocznej części podeszwy czy skóry brzucha. Dodatni odruch otrzymujemy, gdy zgięciu ulegają wszystkie palce stopy.

Objawy piramidowe (Babińskiego, Chaddocka, Oppenheima) są patologiczne, świadczą o uszkodzeniu drogi korowo-rdzeniowej. Wykonuje się je drażniąc boczną krawędź podeszwy, poprzez poduszkę stopy i zewnętrzny brzeg kostki bocznej lub uciskając i przesuwając w dół palec wskazujący i kciuk wzdłuż przedniej powierzchni piszczela. Na dodatni objaw wskazuje zgięcie grzbietowe palucha, przy wachlarzowatym rozłożeniu reszty palców.

Objaw Laseque (rozciągowy) unoszenie wyprostowanej kończyny dolnej przy przytrzymywaniu za podeszwę pacjenta, który leży na wznak. Objaw dodatni, gdy nie można unieść kończyny powyżej 90 stopni (u osób starszych mniej) bez dolegliwości bólowych. Objaw Mackiewicza (rozciągowy) pacjent leży na brzuchu ze zgiętą w stawie kolanowym kończyną dolną, objaw dodatni przy dolegliwościach bólowych ze strony przedniej powierzchni uda [11].

Następnym etapem badania neurologicznego jest badanie czucia powierzchniowego (ból, temperatura, dotyk) i głębokiego (wibracja, ułożenie). Badanie jest subiektywne i wymaga dobrej komunikacji z pacjentem.

Kolejnym bardzo ważnym etapem diagnostyki są badania laboratoryjne. Podstawowym jest badanie radiologiczne, każdy pacjent zgłaszający dolegliwości bólowe powinien mieć je wykonane. Przy wykonywaniu badania ciało człowieka zostaje napromieniowane, dlatego

liczba zdjęć powinna być ograniczona do niezbędnego minimum. Wykonuje się zdjęcia odcinka szyjnego, piersiowego, lędźwiowego oraz stawów krzyżowo biodrowych. Ocena zdjęć poszczególnych części kręgosłupa dotyczy zachowania krzywizn w płaszczyźnie czołowej i strzałkowej. Szczególną uwagę przywiązuje się do ewentualnych zniekształceń, podwichnięć i na zarys miękkich tkanek około kręgosłupowych. Ocenie zostaje również poddana wysokość, szerokość, ciągłość i struktura trzonów oraz łuków kręgów. Nie mniej istotna jest wysokość i wygląd krążków międzykręgowych [11].

Tomografia komputerowa kręgosłupa jest najlepszą metodą obrazowania elementów kostnych. Umożliwia ocenę kręgów, stawów kręgowo-żebrowych, międzykręgowych oraz krążków międzykręgowych. Wyrywa i umożliwia ocenienie złamań i zmian zwyrodnieniowo-wytwórczych i stany zapalne kręgosłupa. W określonych przypadkach, wykonuje się również badanie tomografii komputerowej przy dożylnym podaniu środka cieniującego [11].

Rezonans magnetyczny wykonuje się w celu bardzo dokładnego zobrazowania krążków międzykręgowych więzadeł i zawartości kanału kręgowego. W przypadku dyskopatii możliwa jest ocena stopnia ucisku struktur nerwowych. Rezonans jest najlepszą metodą do wyrywania i oceny guzków kanału kręgowego, pozwala zdiagnozować demielinizacje rdzenia, zmiany zapalne i malformacje naczyniowe. Rezonans magnetyczny jest również podstawowym sposobem oceny pooperacyjnej [11].

Kontrastowe badanie kanału kręgowego to mielografia i radikulografia. Mielografia polega na wykonaniu zdjęć radiologicznych po podpajęczynówkowym wprowadzeniu oleistego środka cieniującego, natomiast radikulografia to podanie środka kontrastowego rozpuszczonego w wodzie drogą nakłucia lędźwiowego. Zdecydowanie częściej stosowane, ze względu na mniejszą liczbę powikłań i działań niepożądanych jest badanie radikulograficzne. Przy jego pomocy uwidaczniana jest struktura układu nerwowego w kanale kręgowym [11].

Dyskografia jest badaniem dynamicznym polegającym na wprowadzeniu środka cieniującego do wnętrza krążka międzykręgowego i wykonaniu zdjęcia RTG. Badanie uwidacznia patologię krążka, oraz dostarcza informacje o stopniu nasilenia bólu w czasie wprowadzania kontrastu. Zwykle wykonywana jest ona u osób z bólem odcinka lędźwiowego u których MRI uwidoczniało nieprawidłowości w budowie krążków [11].

Badaniem dostarczającym informacji o metabolizmie tkanki kostnej jest badanie izotopowe kości. Może mieć ono charakter czynnościowy (szybkość wchłaniania izotopu w jamie stawowej, po jego dostawowym podaniu) i topograficzny (jakościowe – scyntygrafia, ilościowe – badanie wielopolowe i profilowe).

Elektromiografia to badanie polegające na badaniu czynności bioelektrycznej mięśni. Przez wkłucie wprowadza się do mięśnia elektrody igłowe i zapisuje bioprądy podczas spoczynku i w czasie różnego stopnia wysiłku. W prawidłowych warunkach podczas spoczynku nie występuje żadna czynność elektryczna. Podczas minimalnego ruchu zapis jest prosty, przy maksymalnym zapis, w którym nakładają się na siebie liczne potencjały jednostek ruchowych. Badanie jest wykorzystywane w diagnostyce chorób mięśni, rdzenia kręgowego i obwodowego układu nerwowego. Umożliwia rozróżnienie niedowładu wiotkiego, organicznego i czynnościowego, ułatwia wykrycie uszkodzeń nie ujawnionych jeszcze klinicznie, umiejscawia i określa dynamikę procesu chorobowego i śledzi obszar uszkodzeń [11].

Charakterystyka schorzeń kręgosłupa

Choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa (jedna z postaci chorób zwyrodnieniowych stawów) spowodowane zużyciem chrząstek stawowych, nadmiernym czy nieprawidłowym obciążaniem powierzchni stawowych, mikrourazami. Mogą się one rozwijać jako procesy naprawcze po przebytych zakażeniach, martwicach, złamaniach, uszkodzeniach metabolicznych i neurologicznych. Czynnikiem sprzyjającym powstawaniu zwyrodnień są: zaburzenia rozwoju wzrostu, skrzywienia kręgosłupa, kręg przejściowy czy kręgoszczelina. Poza czynnikami fizycznymi niezmiernie istotna jest predyspozycja genetyczna, możemy więc rozróżnić pierwotną i wtórną chorobę zwyrodnieniową. Podział międzynarodowy zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa przedstawia dwie grupy: uszkodzenia krążków międzykręgowych, choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa [11].

Uszkodzenia krążków międzykręgowych (dyskopatie) to jedna z najczęstszych przyczyn dolegliwości bólowych kręgosłupa. Dotyka wszystkich części kręgosłupa posiadających dyski. Często wstępuje w postaci przepukliny dysku (krążków międzykręgowych) co prowadzi do ucisku na korzeń oraz objawów rwy kulszowej (bólów kończyn).

Ze względu na stopień uwypuklenia jądra miazdżystego rozróżniamy trzy obrazy kliniczne choroby:

- dyskopatia prosta - niecałkowite przerwanie włókien pierścienia włóknistego, uwypuklenie jądra miazdżystego, uciskanie więzadła prostego kręgosłupa

i podrażnienie zakończeń nerwowych, występuje ból okolicy przykręgosłupowej i większe napięcie mięśni przykręgosłupowych;

- wypadnięcie jądra miażdżystego – całkowite przerwanie włókien pierścienia włóknistego, przy częściowym bądź całkowitym wypadnięciu jądra miażdżystego dające ucisk na korzenie kręgowo, charakterystyczne jest nagłe wystąpienie silnego bólu promieniującego do kończyny górnej bądź dolnej, zazwyczaj stwierdza się również zaburzenie czucia, niedowład czy porażenie, do urazu dochodzi najczęściej przez czynniki mechaniczne (dźwignięcie ciężaru, silne kichnięcie, niewyważony ruch, wypadnięcie jądra zachodzi najczęściej w okolicy lędźwiowej i szyjnej;
- ucisk wypadniętego jądra galaretowatego na rdzeń kręgowy czy koński ogon – przerwanie włókien pierścienia włóknistego, wypadnięcie jądra ku tyłowi, z charakterystycznym bólem, zaburzeniem czucia, porażeniem, niedowładem, czasami zaburzeniami w oddawaniu moczu i stolca, przy ucisku na odcinek szyjny możliwy niedowład czterokończynowy oraz zaburzenie czucia powierzchniowego i głębokiego [11, 12].

Można wyróżnić dwa typy rozwoju dyskopatii: ostra rwa przechodząca w ból przewlekły bądź znikająca bez śladu, przewlekły zespół bólowy kręgosłupa.

Leczenie dyskopatii powinno mieć charakter kompleksowy i obejmować leczenie farmakologiczne (NLPZ, leki zmniejszające napięcie mięśniowe, uspokajające), leczenie fizykalne (kinezyterapia, lampa Sollux, ultradźwięki, prądy diadynamiczne, masaże, kąpiele solankowe), zaś w przypadku ucisku na korzenie nerwowe i rdzeń kręgowy pacjent powinien być zakwalifikowany do leczenia operacyjnego.

Choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa to najczęściej kolejny etap rozwoju dyskopatii, zmiany zwyrodnieniowe nie dotyczą już tylko krążków międzykręgowych, ale także trzonów, stawów i wyrostków kolczystych. Najczęstszą przyczyną rozwoju choroby są czynniki mechaniczne (prowadzące do przeciążenia kręgosłupa i urazów), wady postawy (skrzywienie boczne, nadmiernie wykształcona krzywizna kręgosłupa), wady wrodzone (kręgozmyk), nie mniej ważną rolę przypisuje się czynnikom chemicznym, enzymatycznym, procesom zapalnym czy starzejącym się tkankom [11, 12].

Niepokojący jest fakt, że choroba zwyrodnieniowa dotyka coraz młodszych ludzi. Główne dolegliwości jakie zgłaszają chorzy to ból, zwiększone napięcie mięśni i ograniczona

ruchomość. Przy braku podrażnienia rdzenia, mogą nie występować, żadne objawy choroby lub przybierać obraz niewielkich miejscowych bólów.

Leczenie, podobnie jak w dyskopatii, powinno mieć charakter kompleksowy, zaleca się leczenie farmakologiczne, fizykalne, w przypadku zastosowania leczenia operacyjnego polegającego na odbarczeniu zajętych struktur, kręgosłup powinno się usztywnić po wykonanych zabiegach. W niektórych przypadkach konieczne jest zastosowanie gorsetu ortopedycznego, sznurówki ortopedycznej bądź kołnierza szyjnego.

Zesztywniająca hiperostoza kręgosłupa zmiany w komórkach prowadzą do rozmiękczenia i stopniowych ubytków chrząstek stawowych, co wywołują stwardnienie i zagęszczenia tkanki kostnej. W przebiegu choroby obserwuje się niewielki proces zapalny, powodujący wysięk i ból zajętego odcinka kręgosłupa. Chorobę diagnozują się u około 5% populacji, szczególnie u mężczyzn powyżej 40 roku życia [11, 12].

Wady postawy to kolejny czynnik wywołujący zespoły bólowe kręgosłupa, a co za tym idzie jego zwyrodnienia. Postaw człowieka zależy od siły ciężenia, oraz napięcia mięśni antygravitacyjnych, to właśnie temu u każdego człowieka można wyróżnić inną sylwetkę oraz inny sposób poruszania się. Możemy wyróżnić następujące odchylenia od postawy prawidłowej: plecy okrągłe, plecy wklęsłe, plecy wklęsło-okrągłe, plecy płaskie [13, 14].

Choroba Scheuermanna wykazuje zniekształcenie kręgów piersiowych i górnych lędźwiowych, do którego doszło na skutek zaburzenia śródchrzęstnego wzrostu oraz kostnienia brzeżnych trzonów kręgowych [13, 14].

Zaburzenia rozwojowe kręgosłupa prowadzą często do nieprawidłowych obciążeń poszczególnych segmentów kręgosłupa, a co za tym idzie do wystąpienia wtórnej choroby zwyrodnieniowej. Najistotniejsze i najczęściej spotykane zaburzenia to: rozszczep kręgosłupa (niezrośnięcie wyrostków kolczystych i tylnej powierzchni łuków kręgów), blok kręgowy (częściowe lub całkowite zrośnięcie dwóch kręgów), kręg połowiczny (niedorozwój połowy kręgów), sakralizacja (zrośnięcie piątego kręgu lędźwiowego z kością krzyżową), przerost wyrostków poprzecznych (dotyka często piątego kręgu lędźwiowego), spondyloliza (przerwanie ciągłości łuków kręgów między wyrostkami stawowymi), kręgozmyk (przemieszczanie się trzonu jednego kręgu, względem drugiego) [11, 13].

Kolejną grupą pacjentów zgłaszających się do lekarza z dolegliwościami bólowymi kręgosłupa to Ci u których w badaniu radiologicznym stwierdzono cechy uogólnionego zaniku kostnego. Osteoporoza, częściowe lub uogólnione zmiany struktury kostnej (zanik tkanki kostnej). Do wystąpienia osteoporozy prowadzi zmniejszenie procesów tworzenia lub

zwiększenie procesów niszczenia tkanki kostnej. Przez zanik tkanki kostnej, tworzą się deformacje kręgów (kręgi rybie), co jest przyczyną ich częstych złamań. Najczęściej występujące postacie osteoporozy: starcza, okresu przekwitania, steroidowa, w przebiegu szpiczaka mnogiego, w przebiegu nadczynności przytarczyc, w przebiegu choroby Pageta, w przebiegu chorób zapalnych lub przy długim unieruchomieniu [11, 14].

Osteomalacja to upośledzenie w odkładaniu się soli wapnia w procesie tworzenia nowej tkanki osteoidalnej (odpowiednik krzywicy u dzieci). Przyczyną powstawania jest niedobór wapnia i witaminy D [14].

Bóle kręgosłupa to jedno z najczęściej występujących schorzeń w dzisiejszej populacji, osiągają one od 75 do 85% społeczeństwa. Dysfunkcja oraz bóle lędźwiowego są jedną z najczęstszych przyczyn niepełnosprawności osób po 45 roku życia, jednak ból występuje niestety coraz częściej u osób młodych. Siedzący tryb życia, brak aktywności fizycznej, nieprawidłowa dieta (a co za tym idzie nadwaga), nieprawidłowe ułożenie ciała podczas snu czy epidemii wad postawy ciała to tylko niektóre z czynników, mogących powodować patologie w fizjologii kręgosłupa, pociągające za sobą dolegliwości bólowe. Nie mniej ważna, jeśli nie ważniejsza, jest ergonomiczna i jak najmniej obciążająca kręgosłupa postawa ciała przybierana podczas pracy zawodowej.

Cel pracy

Celem pracy było:

1. Ocena stopnia występowania dolegliwości kręgosłupa u osób pracujących fizycznie i umysłowo.
2. Ocena zależności zastosowania się do zasad ergonomii w pracy, na wystąpienie dolegliwości bólowych.
3. Ocena stopnia nasilenia i umiejscowienia dolegliwości bólowych kręgosłupa.
4. Ocena skuteczności zastosowanego sposobu leczenia.

Materiał i metodyka badań

Badaniem objęto 120 mieszkańców województwa podlaskiego w tym 60 pracowników fizycznych i 60 umysłowych. Badanie przeprowadzono w okresie 16.02.2017r. do 1.04.2017r.

W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, w użyciu techniki ankietowania. Metoda ta polega na zastosowaniu kwestionariusza ankiety zamierającego poprawnie sformułowane pytania oraz prośbę o udzielenie na nie odpowiedzi.

W celu przeprowadzenia badania skonstruowano kwestionariusz ankiety własnego autorstwa, składający się z 34 pytań zamkniętych i półotwartych, podzielonych na dwie części:

- Pytania metryczkowe – zawierające dane dotyczące płci, wieku, masy ciała, rodzaju wykonywanej pracy zawodowej, miejsca zamieszkania.
- Pytania właściwe – pytania odnoszące się do rodzaju, siły, lokalizacji, częstości i czasu występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa, a także podjętą diagnostykę, stwierdzone choroby, sposoby leczenia.

Uzyskany materiał badawczy opracowano za pomocą arkusza kalkulacyjnego Microsoft Office Excel 2013, natomiast do przeprowadzenia analizy statystycznej użyto programu Statistica 12 firmy StatSoft. Do zbadania zależności między zmiennymi użyto testu niezależności chi kwadrat a za poziom istotności przyjęto $p < 0,05$.

Wyniki badań

Charakterystyka badanych

Badanie przeprowadzono w grupie 120 dorosłych mieszkańców województwa podlaskiego. Zestawienie danych badawczych wskazuje, że wśród respondentów 79 osoby (66,0%) stanowiły kobiety, a 41 osób (34,0%) mężczyźni.

Struktura wiekowa respondentów pozwoliła na wyodrębnienie trzech grup wiekowych. Najwięcej ankietowanych było w wieku do 30 roku życia – 43 osoby (36,0%), nie wiele mniej między 31 a 45 rokiem życia – 42 osoby (35,0%), a najmniej ankietowanych podawało swój wiek na powyżej 45 roku życia – 35 osób (29,0%).

Średnia wieku grupy badanej wynosiła 37,91, a mediana 37. Najmłodszy respondent był w wieku 21 lat, a najstarszy w wieku 66 lat. Wśród respondentów 26 osób (22,0%) stanowili mieszkańcy wsi, a 94 osoby (78,0%) mieszkańcy miasta.

Analiza zestawień statystycznych wykazała, że u największej grupy 55 osób (46,0%) staż pracy zawodowej kształtował się na poziomie do 10 lat. Natomiast 37 osób (31,0%) swój czas pracy zawodowej podało na powyżej 20 lat. Najmniejszą grupą respondentów, bo 28 osób (23,0%) stanowiły osoby pracujące zawodowo 11-20 lat.

Omówienie wyników

Ankietowana grupa osób pracujących fizycznie najczęściej mówiła, że w wolnych chwilach oglądają telewizję (31%), czytają (19%) oraz spacerują (27%). U pracowników

umysłowych najczęściej mówiono o czytaniu (25%), jeździe na rowerze (19%) i spacerowaniu (19%). Istotnie statystycznie częściej pracownicy fizyczni wypoczywali przed telewizorem ($p=0,00771$), natomiast pracownicy umysłowi istotnie statystycznie częściej wypoczywali podczas czytania ($p=0,02837$), jazdy na rowerze ($p=0,02164$) i ćwiczeń ($p=0,04307$)

W obu grupach badanych osoby z nadwagą stanowiły mniejszy odsetek respondentów – 11 pracowników fizycznych (18%) i 14 pracujących umysłowo (23%).

Wśród respondentów dolegliwości bólowe kręgosłupa odczuwała znaczna liczba 103 osób (85,83%), na ból nie uskarżało się 17 osób badanych (14,17%). Wynika z tego, że w obu grupach badanych znaczna część osób zgłaszała ból: wśród osób pracujących fizycznie 55 (91,6%), a wśród pracowników umysłowych nieznacznie mniej 48 (80,0%) (Tabela II).

Tabela II. Występowanie dolegliwości bólowych kręgosłupa w zależności od wykonywanej pracy zawodowej

	Pracownicy fizyczni n (%)	Pracownicy umysłowi n (%)	Ogółem n (%)
Występowanie dolegliwości bólowych	55 (91,6)	48 (80,0)	103 (85,83)
Brak występowania dolegliwości bólowych	5 (8,33)	12 (20,0)	17 (14,17)

Nie wykazano istotnie statystycznych różnic w występowaniu dolegliwości bólowych kręgosłupa w stosunku do płci w obu grupach badanych. Spośród wszystkich przebadanych osób dolegliwości bólowe zgłaszało 68 (86%) kobiet i 35 (85%) mężczyzn. Wśród pracowników fizycznych ból zgłaszały 34 kobiety (97,15%) i 21 mężczyzn (84,0%). Natomiast wśród pracowników umysłowych dolegliwości odnotowuje się u 34 kobiet (77,27%) i 14 mężczyzn (87,0%) (Tabela III).

Tabela III. Występowanie dolegliwości bólowych ze względu na płeć

	Kobiety pracujące fizycznie n (%)	Mężczyźni pracujący fizycznie n (%)	Kobiety pracujące umysłowo n (%)	Mężczyźni pracujący umysłowo n (%)
Występowanie dolegliwości bólowych	34 (97,15)	21 (84,0)	34 (77,27)	14 (87,0)
Brak występowania dolegliwości bólowych	1 (2,85)	4 (16,0)	10 (22,73)	2 (13,0)

Niepokojący jest fakt, że wśród pracowników fizycznych, aż 51 osób (92,73%) odczuwało powracające dolegliwości bólowe, natomiast wśród pracowników umysłowych nikt nie zgłosił jednorazowego napadu bólu, za każdym razem ból powracał w mniejszym czy większym nasileniu.

Wśród pracowników fizycznych na długość w kształtowaniu się dolegliwości bólowych w przedziale 1-5 lat uskarżało się, aż 32 osoby (58,18%), natomiast wśród pracowników umysłowych dolegliwość bólowe ze strony kręgosłupa największa grupa ankietowanych odczuwała od 6-10 lat - 19 osób (43,18%) (Tabela IV).

Tabela IV. Długość występowania dolegliwości bólowych

	Wystąpił po raz pierwszy n (%)	1-5 lat n (%)	6-10 lat n (%)	11-20 lat n (%)
Pracownicy fizyczni	4 (7,27)	32 (58,18)	11 (20,0)	8 (14,55)
Pracownicy umysłowi	0 (0)	18 (40,9)	19 (43,18)	7 (15,92)

Wśród osób badanych pracujących fizycznie najczęściej dolegliwości bólowe odczuwane były raz w miesiącu - 21 osób (41,17%) raz w tygodniu - 11 osób (21,56%), natomiast do osób pracujących umysłowo dolegliwości najczęściej powracały kilka razy w roku - 15 osób (31,25%) bądź raz w tygodniu - 13 osób (27,08%).

Bardzo rzadko niestety w obu rozpatrywanych przypadkach, ból w powraca z najmniejszą częstotliwością, czyli raz w roku (Tabela V).

Tabela V. Częstotliwość występowania dolegliwości bólowych w oparciu o rodzaj wykonywanej pracy zawodowej

	Codziennie n (%)	Raz w tygodniu n (%)	Raz w miesiącu n (%)	Kilka razy w roku n (%)	Raz w roku n (%)
Pracownicy fizyczni	9 (17,64)	11 (21,56)	21 (41,17)	10 (19,63)	0 (0)
Pracownicy umysłowi	10 (20,83)	13 (27,08)	8 (16,66)	15 (31,25)	2 (4,18)

Umiarkowany stopień nasilenia dolegliwości bólowych zgłosiło 28 pracowników fizycznych – 18 kobiet, 10 mężczyzn - (50,9%) i 23 pracowników umysłowych -17 kobiet, 6 mężczyzn - (47,91%). O silnym bólu mówiło 13 respondentów (27,09%) z grupy pracujących umysłowo i 10 pracowników fizycznych (18,18%). Ból bardzo silny i nie do wytrzymania zgłosiła mała liczba respondentów (Tabela VI, Tabela VII).

Tabela VI. Intensywność dolegliwości bólowych ze względu na wykonywaną pracę zawodową

	Łagodny n (%)	Umiarkowany n (%)	Silny n (%)	Bardzo silny n (%)	Nie do wytrzymania n (%)
Pracownicy fizyczni	14 (25,45)	28 (50,9)	10 (18,18)	3 (5,47)	0 (0)
Pracownicy umysłowi	8 (16,66)	23 (47,91)	13 (27,09)	2 (4,17)	2 (4,17)

Tabela VII. Intensywność dolegliwości bólowych z uwzględnieniem rodzaju wykonywanej pracy zawodowej oraz płci

	Łagodny n (%)	Umiarkowany n (%)	Silny n (%)	Bardzo silny n (%)	Nie do wytrzymania n (%)
Kobiety pracujące fizycznie	9 (26,47)	18 (52,94)	5 (14,7)	2 (5,89)	0 (0)
Mężczyźni pracujący fizycznie	5 (23,81)	10 (47,61)	5 (23,81)	1 (4,77)	0 (0)
Kobiety pracujące umysłowo	6 (17,64)	17 (50,0)	7 (20,58)	2 (5,89)	2 (5,89)
Mężczyźni pracujący umysłowo	2 (14,28)	6 (42,86)	6 (42,86)	0 (0)	0 (0)

Stwierdzono, że najczęstszy rodzaj dolegliwości na jakie uskarżało się 103 respondentów z dolegliwościami to ból: uciążliwy - 26 pracowników fizycznych (22,41%) i 17 pracowników umysłowych (17,89%), przeszywający - 15 pracowników fizycznych (12,95%) i 16 pracowników umysłowych (16,84%) oraz kłujący - 15 pracowników fizycznych (12,95%) i 19 pracowników umysłowych (20,0%). Zdecydowanie rzadziej ankietowani określali swoje dolegliwości jako gryzące, ciężkie, pojawiające się po dotknięciu chorego miejsca, straszliwe czy bezlitosne (Tabela VIII).

Tabela VIII. Rodzaj odczuwanych dolegliwości bólowych ze względu na rodzaj wykonywanej pracy zawodowej

	Rwący n (%)	Przeszywający n (%)	Kłujący n (%)	Ostry n (%)	Skurczowy n (%)
Pracownicy fizyczni	9 (7,74)	15 (12,95)	15 (12,95)	15 (12,95)	19 (16,37)
Pracownicy umysłowi	11 (11,57)	16 (16,84)	19 (20,0)	13 (13,67)	9 (9,47)

Gryzący	Uciążliwy	Ciężki	Przy dotknięciu	Straszliwy	Bezłitosny
n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
4 (3,44)	26 (22,41)	6 (5,17)	2 (1,72)	3 (2,58)	2 (1,72)
0 (0)	17 (17,89)	2 (2,13)	3 (3,15)	2 (2,13)	3 (3,15)

Najwięcej ankietowanych osób określiło, że dolegliwości najczęściej pochodziły z odcinka lędźwiowego - 36 pracowników fizycznych (65,45%) (19 kobiet i 17 mężczyzn) i 27 pracowników umysłowych (56,25%) (15 kobiet i 12 mężczyzn). Wśród grupy pracowników umysłowych, czyli u 13 osób – same kobiety - (27,08%), również często padała odpowiedź o bólu okolicy szyjnej. Ból całego kręgosłupa uskarżało się 9 pracowników fizycznych (16,38%) i 3 pracowników umysłowych (6,26%) (Tabela IX).

Tabela IX. Odcinek kręgosłupach o nasilonych dolegliwościach ze względu na rodzaj pracy zawodowej

	Odcinek szyjny n (%)	Odcinek piersiowy n (%)	Odcinek lędźwiowy n (%)	Cała długość kręgosłupa n (%)
Pracownicy fizyczni	7 (12,72)	3 (5,45)	36 (65,45)	9 (16,38)
Pracownicy umysłowi	13 (27,08)	5 (10,41)	27 (56,25)	3 (6,26)

Istotna statystycznie większość respondentów z grupy pracujących umysłowo 18 osób (23,37%) zgłaszało bóle kończyn ($p=0,02793$) w porównaniu z osobami pracującymi fizycznie. Najczęściej ankietowani podawali, że ich jedynymi objawami są bóle kręgosłupa – 42 pracowników fizycznych (51,85%) i 43 pracowników umysłowych (55,84%). Stosunkowo często padały też odpowiedzi o mrowieniu ciała – 22 pracowników fizycznych (27,16%) i 12 pracowników umysłowych (15,58%). Niewielka liczba osób mówiła o opadaniu stopy, czy zaburzeniach czucia (Tabela X).

Tabela X. Struktura dolegliwości związanych z schorzeniami kręgosłupa

	Ból kończyn n (%)	Ból kręgosłupa n (%)	Mrowienie n (%)	Opadanie stopy n (%)	Zaburzenia czucia n (%)
Pracownicy fizyczni	10 (12,34)	42 (51,85)	22 (27,16)	2 (2,46)	5 (6,19)
Pracownicy umysłowi	18 (23,37)	43 (55,84)	12 (15,58)	0 (0,0)	4 (5,21)

Wszyscy członkowie grupy badanej na pytanie o problemy z poruszaniem, odpowiedziało przecząco – nikt nie musiał używać sprzętu pomocniczego.

Kolejnym zagadnieniem poruszonym w ankiecie było pytanie o czynniki, które nasilają ból. Istotnie statystycznie więcej pracowników fizycznych, 23 osoby (24,46%) podało, że siedzenie nasila ból kręgosłupa, niż pracowników fizycznych, 9 osób (10,84%) ($p=0,00056$). Następnym czynnikiem istotnym statystycznie było dźwiganie, wśród pracowników fizycznych 46 osób (55,42%) wskazywało go jako czynnik powodujący ból kręgosłupa, w porównaniu do 29 osób pracujących umysłowo (30,85%) ($p=0,00824$). Obie grupy badane w porównywalnym stopniu wskazały na stanie czy prace domowe jako źródła powodujące ból. U małego odsetka osób ankietowanych leżenie powodowało ból (Tabela XI).

Tabela XI. Czynniki nasilające dolegliwości bólowe

	Stanie n (%)	Siedzenie n (%)	Dźwiganie n (%)	Prace domowe n (%)	Leżenie n (%)
Pracownicy fizyczni	16 (19,27)	9 (10,84)	46 (55,42)	10 (12,04)	2 (2,43)
Pracownicy umysłowi	19 (20,2)	23 (24,46)	29 (30,85)	17 (18,08)	6 (6,41)

W pytaniu o wpływ dolegliwości na wykonywaną pracę zawodową 28 pracowników fizycznych (50,9%) i 27 pracowników umysłowych (56,25%) wypowiedziało się, że czasami ból przeszkadza im w czynnościach życia codziennego. Natomiast ból przeszkadzał

w wykonywaniu pracy zawodowej 15 osobom pracującym fizycznie (27,27%) i takiej samej liczbie osób pracujących umysłowo (31,25%). Najmniejsza grup ankietowanych nie zauważyła zależności dolegliwości w stosunku do wykonywanej zawodowej (Tabela XII).

Tabela XII. Wpływ dolegliwość na wykonywanie pracy zawodowej

	Przeszkadzają	Czasami przeszkadzają	Nie przeszkadzają
	n (%)	n (%)	n (%)
Pracownicy fizyczni	15 (27,27)	28 (50,9)	12 (21,83)
Pracownicy umysłowi	15 (31,25)	27 (56,25)	6 (12,5)

W obu grupach badanych ból najczęściej ustępował po zażyciu środków przeciwbólowych – 38 osób pracujących fizycznie (69,09%) i 35 osób pracujących umysłowo (72,91%). Najmniej ankietowanych nie zauważyło zmniejszenia się bólu po zażyciu środków przeciwbólowych – 8 osób pracujących fizycznie (14,54%) i 3 osoby pracujące umysłowo (6,25%) (Tabela XIII).

Tabela XIII. Ustępowanie dolegliwości bólowych po zażyciu środków przeciwbólowych

	Tak	Nie	Na krótki okres czasu
	n (%)	n (%)	n (%)
Pracownicy fizyczni	38 (69,09)	8 (14,54)	9 (16,36)
Pracownicy umysłowi	35 (72,91)	3 (6,25)	10 (20,84)

U 22 osób pracujących fizycznie (40,0%) i 29 osób pracujących umysłowo (60,41%) podjęte zostało leczenie dolegliwości bólowych kręgosłupa. Natomiast u zdecydowanej większości było to leczenie zachowawcze – 20 pracowników fizycznych (90,9%) i 25 pracowników umysłowych (86,2%) (Tabela XIV).

Tabela XIV. Liczba osób leczących się z powodu bólu kręgosłupa

	Tak n (%)	Nie n (%)
Pracownicy fizyczni	22 (40,0)	33 (60,0)
Pracownicy umysłowi	29 (60,41)	19 (39,59)

Najczęstszym leczeniem zachowawczym były: masaż u osób pracujących umysłowo 17 (23,61%) i naświetlania u osób pracujących fizycznie 15 (30,0%), najmniejszy odsetek osób został skierowany na gimnastykę wodną – 4 osoby pracujące fizycznie (36,36%) i 7 osób pracujących umysłowo (63,64%) (Tabela XV).

Tabela XV. Zastosowane leczenie zachowawcze

	Kinezyterapia n (%)	Gimnastyka wodna n (%)	Naświetlania (lampy) n (%)	Laser n (%)	Masaż n (%)	Leczenie cieplem n (%)
Pracownicy fizyczni	10 (20,0)	4 (8,0)	15 (30,0)	10 (20,0)	9 (18,0)	2 (4,0)
Pracownicy umysłowi	8 (11,11)	7 (9,72)	15 (20,84)	15 (20,84)	17 (23,6)	10 (13,88)

Pacjenci poddani leczeniu zachowawczemu, często mieli zlecone różne formy terapii w celu kompleksowego leczenia. Pacjenci z grupy osób pracujących fizycznie zgłaszali lepsze rezultaty po każdym rodzaju zastosowanego leczenia, a istotnie statystycznie częściej leczenie ciepłem przyniosło lepsze rezultaty wśród osób pracujących umysłowo ($p=0,04318$) (Tabela XVI).

Tabela XVI. Leczenie zachowawcze przynoszące najlepsze rezultaty

	Kinezyterapia n (%)	Gimnastyka wodna n (%)	Naświetlania (lampy) n (%)	Laser n (%)	Masaż n (%)	Leczenie cieplem n (%)
Pracownicy fizyczni	5 (20,83)	2 (8,33)	5 (20,83)	5 (20,83)	7 (29,18)	0 (0,0)
Pracownicy umysłowi	4 (8,87)	6 (13,33)	8 (17,79)	8 (17,79)	14 (31,11)	5 (11,11)

Jako badania wykonane w celu diagnostycznym, ankietowani zgłaszali: badanie neurologiczne – 16 osób pracujących fizycznie (32,65%) i 15 pracowników umysłowych (26,32%) oraz RTG kręgosłupa – 15 osób pracujących fizycznie (30,61%) i 21 osób pracujących umysłowo (36,84%). Zdecydowanie rzadziej wykonywana była tomografia komputerowa, czy rezonans magnetyczny (Tabela XVI.).

Tabela XVII. Wykonane badania diagnostyczne

	RTG kręgosłupa n (%)	Tomografia komputerowa n (%)	Rezonans magnetyczny n (%)	Badanie neurologiczne n (%)
Pracownicy fizyczni	15 (30,61)	9 (18,37)	9 (18,37)	16 (32,65)
Pracownicy umysłowi	21 (36,84)	7 (12,28)	14 (24,56)	15 (26,32)

Badania diagnostyczne wykazały występowanie następujących schorzeń: zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa - 7 osób pracujących fizycznie (33,33%) i 11 osób pracujących umysłowo (45,83%). Najrzadziej zgłaszaną jednostką chorobową było wypadnięcie jądra miażdżystego – 3 osoby pracujące fizycznie (14,3%) i 1 osoba pracujące umysłowo (4,17%) (Tabela XVIII).

Tabela XVIII. Zdiagnozowane schorzenia kręgosłupa

	Skrzywienie kręgosłupa n (%)	Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa n (%)	Dyskopatia n (%)	Wypadnięcie jądra miażdżystego n (%)
Pracownicy fizyczni	6 (28,57)	7 (33,33)	5 (23,8)	3 (14,3)
Pracownicy umysłowi	3 (12,5)	11 (45,83)	9 (37,5)	1 (4,17)

Pracownicy umysłowi wykazywali się lepszą znajomością zasad ergonomii pracy. Istotnie statystycznie częściej byli w stanie stwierdzić jak poprawnie korzystać z mikro przerw i ćwiczeń relaksacyjnych, umożliwiających regenerację zmęczonych partii ciała – 34 osoby (22,22%) ($p=0,00169$) oraz wskazać poprawne ustawienie środowiska pracy i jego wyposażenie – 29 osób (18,97%) ($p=0,01423$) (Tabela XIX).

Tabela XIX. Znajomość zasad ergonomii pracy

	Organizacja stanowiska pracy n (%)	Poprawna sylwetka podczas pracy n (%)	Korzystanie z mikro przerw n (%)	Wyposażenie i ustawienie środowiska pracy n (%)
Pracownicy fizyczni	36 (33,33)	39 (36,11)	17 (15,74)	16 (14,82)
Pracownicy umysłowi	43 (28,1)	47 (30,71)	34 (22,22)	29 (18,97)

Nie wykazano istotnie statystycznych zależności pomiędzy przestrzeganiem zasad ergonomii pracy, a występowaniem dolegliwości bólowych kręgosłupa. W wyniku przestrzegania zasad u pracowników fizycznych 3 osoby (5,02%), a u pracowników umysłowych 4 osoby (6,66%) nie odczuwało dolegliwości bólowych (Tabela XX i Tabela XXI).

Tabela XX. Przestrzeganie zasad ergonomii pracy wśród pracowników fizycznych

	Nieprzestrzeganie	Okazjonalne	Przestrzeganie
	zasad n (%)	przestrzeganie zasad n (%)	zasad n (%)
Pracownicy fizyczni z dolegliwościami bólowymi	9 (15,0)	27 (45,0)	19 (31,66)
Pracownicy fizyczni bez dolegliwości bólowych	1 (1,66)	1 (1,66)	3 (5,02)

Tabela XXI. Przestrzeganie zasad ergonomii pracy wśród pracowników umysłowych

	Nieprzestrzeganie	Okazjonalne	Przestrzeganie
	zasad n (%)	przestrzeganie zasad n (%)	zasad n (%)
Pracownicy umysłowi z dolegliwościami bólowymi	10 (16,66)	24 (60,0)	14 (23,33)
Pracownicy umysłowi bez dolegliwości bólowych	1 (1,6)	7 (11,66)	4 (6,66)

Dyskusja

Autorzy Depa i Družbicki [15] podają, że bóle dolnego odcinka kręgosłupa dotyczą ludzi z wszystkich środowisk pracowniczych i bez wpływu na wykonywaną pracę zawodową. Prace badawcze wykazały dolegliwości bólowe u 76% kobiet i 68% mężczyzn. Bóle kręgosłupa dotyczą osób wykonujących zarówno lekką jak i ciężką pracę, stwierdzają przy tym, że za występowanie dolegliwości bólowych nie jest bezpośrednio odpowiedzialny stopień obciążenia kręgosłupa podczas wykonywania pracy, ale także przyjęcie poprawnej postawy ciała

i dostosowanie się do zasad ergonomii pracy. Ból kręgosłupa występuje najczęściej u kobiet pracujących umysłowo i mężczyzn pracujących fizycznie, lecz zależności nie były istotne statystycznie. Lisiński, Majewska i Samborski nie wykazali jednoznacznych danych świadczących o tym, że charakter pracy zawodowej predysponuje do występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa [16].

Badania własne wykazały dolegliwości bólowe, aż u 86% przebadanych kobiet i u 85% przebadanych mężczyzn. Spośród wszystkich respondentów niestety, aż 103 osoby z 120 osób przebadanych zgłaszało ból. Podobnie jak autorzy Depa i Druźbicki [15] nie wykazano istotnie statystycznych różnic pomiędzy wykonywaną pracą zawodową, a występowaniem dolegliwości bólowych kręgosłupa. W przeciwieństwie do cytowanych autorów badania własne wykazały, że w obu przypadkach wykonywanej pracy zawodowej to kobiety częściej zgłaszają dolegliwości bólowe. Wykazano, że istotnie statystycznie częściej, pracownicy umysłowi wykazywali się znajomością ergonomii pracy. Nie wykazano jednak zależności pomiędzy stosowaniem się do tych zasad, a występowaniem dolegliwości bólowych.

Tatara i Dąbrowska-Bender [4] wykazały, że przyczyną dolegliwości jest praca w pozycji siedzącej i ciągle pochylanie głowy podczas pracy przy komputerze. Wśród przebadanych osób pracujących fizycznie jako czynniki sprzyjające występowaniu bólu najczęściej podawane były dźwiganie i stanie. Pracownicy umysłowi natomiast mówili o dźwiganie i siedzeniu.

Tatara i Dąbrowska-Bender [4] jako najczęściej stosowane badanie w diagnostyce schorzeń kręgosłupa wskazały zdjęcie rentgenowskie kręgosłupa, ze względu na koszty rezonans magnetyczny – czyli najdokładniejsze badanie jest rzadziej stosowany.

Podobnie w badaniach własnych, aż 30,61% pracowników fizycznych i 36,84% pracowników umysłowych, diagnozujących się ze względu na bóle kręgosłupa miało wykonane jego zdjęcie rentgenowskie. Zdecydowanie rzadziej, grupa badana mówiła o rezonansie magnetycznym czy tomografii komputerowej.

Według badań Depa i Druźbickiego [15] dolegliwości bólowe występowały stopniowo, były nieregularne i zlokalizowane w jednym miejscu lub promieniujące do kończyn. Ich okres trwania wahał się od kilku minut do kilku godzin. Bojczuk, Przysada i Strzypek [17] podają, że dolegliwości trwają powyżej 2 lat u 37% badanych. Ból przewlekły prowadzi do łagodnej depresji u 37% ankietowanych według Kondzior i Kułak [18].

Analiza badań własnych wykazała, że zarówno wśród osób pracujących fizycznie i umysłowo dolegliwości bólowe utrzymywały się od 1 do 5 lat, z tym, że pracownicy fizyczni

charakteryzowali go jako uciążliwy i skurczowy, a pracownicy umysłowi jako również uciążliwy, ale kłujący. W obu badanych grupach oprócz bólów kręgosłupa zgłaszano takie dolegliwości jak mrowienie – 27,16% pracowników fizycznych i 15,58% pracowników umysłowych- i ból kończyn – 12,34% pracowników fizycznych i 23,37% pracowników umysłowych.

Bojczuk, Przysada i Strzępek przeprowadzali badania w Gabinetie Kinezyterapii działu rehabilitacji Szpitala MSWiA w Rzeszowie. Przeprowadzone przez nich badania wskazują, że 60% ankietowanych odczuwało silny ból kręgosłupa, a 37% bardzo silny ból. Osoby objęte badaniem najczęściej cierpiały na dyskopatię – 60% kobiet i 53 % mężczyzn. Ćwiczenia rehabilitacyjne bardzo poprawiły jakość życia u 40% grupy badanej i średnio u 37% [17].

Badania własne wskazywały, że ból o umiarkowanym nasileniu odczuwa 50,9% spośród pracowników fizycznych i 49,71% pracowników umysłowych – 50,3% całej grupy badanej. Silny ból, w przeciwieństwie do badań Bojczuk, Przysady i Strzępka, zgłasza tylko 22,33% osób, a o bardzo silnym bólu donosi 4,85% grupy badanej. Dyskopatia została zdiagnozowana u 31,11 % osób. Najczęściej, bo u 40% osób, zostały stwierdzone zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa. W własnej grupie badanej zarówno wśród pracowników fizycznych i umysłowych, zadowolenie z zastosowanej kinezyterapii zgłasza 50% ankietowanych.

Maciuk, Krajewska-Kułak i Klimaszewska przeprowadziły badania w grupie zawodowo czynnych pielęgniarek. Wśród badanych, aż 53% zgłasza dolegliwości ze strony odcinka szyjnego, ból odcinka lędźwiowego zgłasza jeszcze większa grupa ankietowanych – 76% [19].

Analiza badań własnych wykazała, że 65,45 % pracowników fizycznych i 56,25% pracowników umysłowych odczuwa dolegliwości bólowe ze strony odcinka lędźwiowego. Ból okolic szyi zgłasza 27,08% spośród pracowników umysłowych. Przerażający jest fakt, że 23% pielęgniarek odczuwa codziennie dolegliwości bólowe odcinka lędźwiowego kręgosłupa, a ból odcinka szyjnego raz w tygodniu odczuwa 19% spośród badanych pielęgniarek [19]. Badania własne wykazały, że ból pracowników fizycznych pojawiał się mniej więcej raz w miesiącu, a u pracowników umysłowych kilka razy w roku.

Według badań Klimaszewskiej i wsp. dolegliwości bólowe codziennie odczuwało 33% badanych, kilka razy w tygodniu 29% badanych, a kilka razy w miesiącu 25% badanych [20]. Badania własne pokazały, że codziennie dolegliwości odczuwało 19,19% badanych (17,64% pracownicy fizyczni i 20,83% pracownicy umysłowi), raz w tygodniu 24,24 % badanych (21,56% pracownicy fizyczni i 27,08% pracownicy umysłowi), najczęściej ból odczuwany był

raz w miesiącu – 29,29% grupy badanej (41,17% pracownicy fizyczni i 16,66% pracownicy umysłowi).

Klimaszewska i wsp. podali również, że ból całkowicie ustępował po zażyciu środków przeciwbólowych u 15% badanych [20]. Badania własne nie podtrzymują tej tezy, gdyż ból ustępuje, aż u 70,87% osób badanych.

Według Depa i Drużbickiego 43% osób odczuwających dolegliwości bólowe kręgosłupa nie było w stanie wykonywać pracy zawodowej, była to jedna z głównych przyczyn długotrwałej niezdolności do pracy [15]. Według badań własnych ból przeszkadzał w wykonywaniu czynności 29,12% ankietowanych (69,09% osób pracujących fizycznie i 72,91% osób pracujących umysłowo).

Wnioski

Przeprowadzone badania umożliwiły wysunięcie następujących wniosków:

1. Wśród przebadanych osób zdecydowana większość zgłaszała dolegliwości bólowe kręgosłupa. Nie wykazano zależności rodzaju i nasilenia dolegliwości bólowych od wykonywanej pracy zawodowej.
W obu grupach badanych najczęściej ból występuje w odcinku lędźwiowym. U osób pracujących umysłowo odnotowano częste przypadki dolegliwości ze strony odcinka szyjnego.
2. W obu grupach badanych zdecydowanie częściej dolegliwości odczuwały kobiety. Niewielki odsetek spośród obu grup zgłaszał jednorazowe epizody bólowe. Zdecydowanie częściej ból powracał, najczęściej z intensywnością raz w miesiącu raz w tygodniu.
3. Zarówno wśród pracowników fizycznych i umysłowych ból opisywano jako umiarkowany, zdecydowanie rzadziej silny czy bardzo silny. Charakteryzowano ból jako kłujący i przeszywający.
4. Ból kończyn jako powikłanie bólu kręgosłupa, występował częściej u osób pracujących umysłowo. W obu grupach odnotowano umiarkowane natężenie występowanie mrowienia ciała.
5. U osób pracujących fizycznie nasilenie bólu powodowało dźwiganie, a u osób pracujących umysłowo dźwiganie i siedzenie.

6. Większą znajomością zasad ergonomii pracy wykazali się pracownicy umysłowi. Nie wykazano jednak zależności pomiędzy, stosowaniem się do zasad, a występowaniem dolegliwości bólowych.

Piśmiennictwo

1. Domżał M. T.: Kliniczne podstawy badania i oceny bólu – wprowadzenie do tematu. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 2007, 3 (4), 211-215.
2. Domżał M. T.: Ból przewlekły - problemy kliniczne i terapeutyczne. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 2008, 4 (1), 1-8.
3. Bujko G.: Ból przewlekły jako problem zdrowia publicznego – wybrane aspekty. *Ból*, 2010, 11 (2), 20 - 21.
4. Tatar T., Dąbrowska-Bender M.: Najczęstsze choroby powodowane pracą w warunkach biurowych. *Zdrowie Publiczne*, 2010, 120 (2), 101- 106.
5. Zejda J. E., Bugajska J., Kowalska M. i wsp.: Dolegliwości ze strony kończyn górnych, szyi i pleców u osób wykonujących pracę biurową z użyciem komputera. *Medycyna Pracy*, 2009, 60 (5), 359-367.
6. Istrati J.: Przewlekły zespół bólowy kręgosłupa szyjnego – postępowanie według medycyny opartej na faktach. *Ból*, 2011, 12 (4), 15 - 18.
7. http://www.mp.pl/interna/image/B16.016_8349 14.03.17
8. Samborski W.: Niefarmakologiczne metody leczenia bólu. *Przewodnik Lekarza*, 2007, 3, 55- 59.
9. Ćwirlej A.: Problem rehabilitacji pacjentów z przewlekłym bólem dolnego odcinka kręgosłupa. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego*, 2007, 4, 355 – 359.
10. Pyskało B., Styczyński T., Gasik R.: Przyczyny nawrotów zespołów bólowo-korzeniowych u chorych leczonych chirurgicznie z powodu przepuklin dyskowych lędźwiowego odcinka kręgosłupa. *Reumatologia*, 2008, 46 (3), 125 – 129.
11. Gasik R.: Wpływ dyskopatii lędźwiowego odcinka kręgosłupa na stawy kolanowe. *Wyd. Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa 2011.*
12. Sieper J., van der Heijde D., Landewe R. New criteria for inflammatory back pain in patients with chronic back pain: a real patient exercise. *Assessment of Spondylo Arthritis International Society (ASAS). Annals of the Rheumatic Diseases*, 2009, 68 (6), 784 – 788.

13. Maj B., Łątka D., Krzeszowiec T.: Choroby Krążków międzykręgowych, leczenie z zastosowaniem protezy dysku międzykręgowego na przykładzie dyskopatii szyjnej. Zeszyty Naukowe Katedry Mechaniki Stosowanej, 2004, 24, 159 – 164.
14. Noga A., Chacibor M., Sapota G.: Interactive knowledge base for expert system. Bio-Algorithms and Med-Systems, 2009, 5, 10.
15. Depa A., Drużbicki M.: Ocena częstości występowania zespołów bólowych dolnego odcinka kręgosłupa w zależności od charakteru wykonywanej pracy. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego, 2008, 1, 34 – 41.
16. Lisiński P., Majewska M., Samborski W.: Efektywność ćwiczeń wzmacniających mięśnie u chorych z przepukliną jądra miazdżystego w dolnej części kręgosłupa lędźwiowego. Balneologia Polska, 2006, 1, 36 - 39
17. Bojczuk T., Przysada G., Strzępek Ł.: Wpływ ćwiczeń leczniczych na wskaźnik jakości życia u pacjentów z bólem dolnego odcinka kręgosłupa. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego, 2010, 8(1), 66 - 72.
18. Kułak W., Kondzior D.: Dyskopatia kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego w korelacji z natężeniem bólu, depresją i akceptacją choroby. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2010, 91(1), 153 – 157.
19. Maciuk M., Krajewska-Kułak E., Klimaszewska K.: Samoocena występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa u zawodowo czynnych pielęgniarek. Problemy Higieny i Epidemiologii. 2012, 93 (4), 728 - 738.
20. Klimaszewska K., Krajewska-Kułak E., Kondzior D., Kowalczyk K., Jankowiak B.: Jakość życia pacjentów z zespołami bólowymi odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Problemy Pielęgniarstwa, 2011, 19 (1), 47 – 54.

Kosiorek Dorota¹, Romankiewicz Ewa¹, Hinburg Anna¹

1. Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

Wpływ biegunki rotawirusowej na jakość życia pacjenta – studium przypadku

Wprowadzenie

Ostra biegunka należy do najczęstszych problemów, z jakimi spotyka się medycyna rozwojowa. Jest to choroba zwykle o łagodnym przebiegu, ale w skali światowej wciąż pozostaje jedną z głównych przyczyn śmiertelności i jest częstą przyczyną hospitalizacji. Jednak jeden czy dwa luźne stolce u dziecka w wieku przedszkolnym, które czuje się dobrze, nie są powodem do niepokoju i świadczą najczęściej o błędzie dietetycznym lub spożyciu przez dziecko zbyt dużej ilości pokarmu. U młodszych dzieci luźne stolce mogą pojawić się po rozszerzeniu diety o nowy składnik pokarmowy (dlatego wszelkie nowe produkty należy wprowadzać stopniowo i pojedynczo - łatwiej wtedy zauważyć, co było przyczyną pojawienia się luźnych stolców) [1, 2].

Najczęstszą przyczyną ostrej biegunki we wszystkich krajach europejskich jest rotawirus (wskaźnik hospitalizacji 7–81%). Jest on także odpowiedzialny za najcięższe postaci ostrej biegunki. Zwiększa się również znaczenie norowirusa (10–15% hospitalizacji), szczególnie w krajach o dużej wyszczepialności przeciwko rotawirusowi oraz w ostrych biegunkach nabytych w szpitalu [3, 4].

Biegunki rotawirusowe stanowią duży problem epidemiologiczny również w Polsce. W ogólnej liczbie potwierdzonych badaniami biegunek u Polskich dzieci odnotowuje się wzrost zakażeń rotawirusowych, które stanowią nawet 50-80% przypadków hospitalizowanych z powodu biegunki [3, 5].

Rozwinięcie

Biegunki zakaźne są szeroko rozpowszechnionym problemem zdrowotnym, dotyczącym zarówno mieszkańców krajów wysoko rozwiniętych, jak i rozwijających się, stanowią częsty i istotny problem kliniczny. Najczęstszym czynnikiem etiologicznym biegunek wirusowych są rotawirusy oraz norowirusy [6, 7].

W ostrej biegunce infekcyjnej obserwujemy zmianę prawidłowego rytmu wypróżnień, która charakteryzuje się zwiększeniem zawartości wody w stolcu, jego objętości lub częstotliwości wypróżnień. Według definicji World Health Organization (WHO), ostra biegunka jest to stan, w którym u niemowlęcia karmionego sztucznie wydalają 3 lub więcej stolców płynnych lub półpłynnych w ciągu 24 godz. bądź jeden stolec zawierający śluz, ropę albo krew. U niemowląt karmionych piersią stolce są częstsze i luźniejsze, u tych dzieci ostrą biegunką nazywamy stan, w którym dziecko oddało 6 lub więcej płynnych stolców w ciągu 24 godzin lub też, gdy oddało jeden płynny stolec z domieszką składników patologicznych. Czas trwania biegunki ostrej nie przekracza 14 dni. Jeżeli biegunka ostra przedłuża się ponad 14 dni stan ten określamy biegunką przewlekłą [4, 8].

Nasilenie objawów u małych pacjentów jest bardzo zróżnicowane. Biegunka może trwać bardzo krótko, bez cech odwodnienia, może jednak prowadzić do ciężkich zaburzeń gospodarki wodno - elektrolitowej, kwasowo-zasadowej stanowiących zagrożenie życia. Objawy kliniczne zakażenia rotawirusa są podobne do objawów towarzyszących nieżytom żołądkowo - jelitowym o etiologii bakteryjnej czy też grzybiczej. Zatem różnicowanie kliniczne w pierwszej fazie choroby nie jest możliwe.

Objawy biegunki utrzymują się zwykle 3 - 7 dni natomiast wydalanie wirusów z kałem utrzymuje się czasem od 8 - 30 dni. Do objawów klinicznych ostrej biegunki należą:

- ból brzucha, podobny do kolki,
- uczucie ciężkości w żołądku,
- natychmiastowa potrzeba defekacji, stolce obfite, płynne lub półpłynne, zielono-żółte, niejednokrotnie z domieszką śluzu lub krwi,
- nudności, brak łaknienia, odwodnienie,
- ciepłota ciała często podwyższona w granicach 37,9-39°C,
- złe samopoczucie,
- mogą wystąpić zaburzenia świadomości, drgawki.

Ostrej biegunce wirusowej często towarzyszą również objawy infekcji wirusowej, takie jak: gorączka i wymioty, nieżyt górnych dróg oddechowych, a choroba łatwo się rozprzestrzenia w otoczeniu chorego (w rodzinie, w szkole, przedszkolu czy w miejscu pracy).

Ocena kliniczna pacjenta polega przede wszystkim na ocenie stopnia odwodnienia. W praktyce (zalecenia WHO) stosuje się trzy stopnie odwodnienia dziecka, co stanowi podstawę do podjęcia odpowiedniego postępowania i leczenia:

- I stopień - brak lub odwodnienie małego stopnia (spadek wagi <3%),
- II stopień - odwodnienie łagodne i umiarkowane (spadek wagi o 3%–9%),
- III stopień - ciężkie odwodnienie (spadek wagi >9%) [8].

Wiarygodność klinicznej skali odwodnienia (*Clinical Dehydration Scale* – CDS), pozwalającej w prosty sposób ocenić stopień odwodnienia, potwierdzono w badaniach naukowych. Skalę tę należy stosować łącznie z innymi kryteriami, aby w każdym przypadku indywidualnie ustalić konieczność zastosowania interwencji medycznej. CDS obejmuje ocenę 4 kryteriów klinicznych w skali 0–2:

1. stan ogólny (prawidłowy – 0; dziecko spragnione, niespokojne lub senne, ale drażliwe przy dotknięciu – 1; dziecko senne, wiotkie, skóra zimna lub spocona, śpiączka – 2)
2. oczy (prawidłowe – 0; nieznacznie zapadnięte – 1; znacznie zapadnięte – 2)
3. błony śluzowe i język (wilgotne – 0; klejące – 1; suche – 2)
4. łzy (normalna objętość – 0; zmniejszona objętość – 1; brak – 2).

Wartość 0 w skali CDS oznacza brak odwodnienia, 1–4 – łagodne odwodnienie, a 5–8 – umiarkowane lub ciężkie odwodnienie [9, 10].

W badaniu przedmiotowym najlepszymi parametrami do oceny stopnia odwodnienia są: przedłużony czas powrotu kapilarnego, zmniejszone napięcie skóry, nieprawidłowy rytm oddychania, który cechuje głęboki, szybki oddech oraz słabo napięte, nitkowate tętno [2, 11].

Epidemiologia

Ostra biegunka występuje z częstością 0,5-1,9 epizodów na dziecko na rok, w populacji dzieci poniżej 3 roku życia, a szczyt zachorowań przypada na wiek 4 - 23 miesięcy. Ponowne zakażenia są częste, ale ciężkość zachorowania zmniejsza się z każdym kolejnym zakażeniem. Największą częstość przypadków odnotowuje się w okresie jesienno-zimowym, ze szczytem zachorowań pomiędzy styczniem a marcem. Ostra biegunka stanowi bardzo poważny problem w krajach rozwijających się, gdzie odpowiada, za ponad milion zgonów rocznie i stanowi główną przyczynę umieralności niemowląt oraz małych dzieci z powodu odwodnienia i zaburzeń elektrolitowych przy słabym dostępie do pomocy lekarskiej [1, 6].

Główną drogą transmisji zakażeń wirusowych jest droga fekalno – oralna (droga pokarmowa) – do zakażenia wystarcza śladowa ilość materiału zakaźnego, która zawiera 10–100 cząstek wirusa. Do większości zakażeń dochodzi w wyniku bezpośredniego lub

pośredniego kontaktu z osobami zakażonymi, najczęściej za pośrednictwem brudnych rąk, przez skażone pokarmy i napoje, a także w czasie bezpośredniego kontaktu z chorymi, skażonymi powierzchniami i przedmiotami, rzadko drogą kropelkową. Źródło zakażenia stanowi chory człowiek lub ozdrowieniec, który nadal wydala wirusy w kale lub osoba zakażona bezobjawowo. U znacznej i mogą być wykrywane w kale do trzech tygodni od wystąpienia objawów. Większość dzieci przestaje wydalać rotawirusa po 20 dniach, niektóre ogólnie zdrowe dzieci wydają rotawirusy w kale do około 7 tygodni. Badania wskazują, że u 20-40% dzieci rotawirusy obecne są w kale już przed wystąpieniem pełnych objawów biegunki co utrudnia izolację oraz może prowadzić do szerzenia się zakażenia wśród wrażliwych osób będących z nimi w ścisłym kontakcie [8, 12].

Najważniejszymi czynnikami etiologicznymi ostrych biegunek wirusowych jest kilka rodzajów wirusów jelitowych: rotawirusy (głównie u niemowląt i dzieci, ale mogą też powodować zachorowania u dorosłych), norowirusy i sapowirusy oraz adenowirusy jelitowe (typ 40, 41) [1, 12].

W chwili obecnej nie zaleca się wykonywania rozszerzonej diagnostyki mikrobiologicznej kału w diagnostyce biegunki, ponieważ wyniki tych badań nie mają wpływu na podstawowe zasady leczenia. Parametrami laboratoryjnymi, które mogą być przydatne w ocenie deficytu płynowego niezależnie od stężenia sodu w surowicy, są stężenie mocznika i wodorowęglanów w surowicy krwi [13, 14].

Zapobieganie zachorowaniu

Najlepszym sposobem zapobiegania jest przestrzeganie zasad higieny oraz zachowywanie dobrych warunków sanitarnych podczas przygotowywania i przechowywania żywności. Karmienie piersią nieco zmniejsza ryzyko zachorowania na biegunkę rotawirusową, ale tylko w okresie wyłącznego karmienia mlekiem kobiecym. Należy unikać kontaktu zdrowego dziecka z chorymi na biegunkę. Ochrona przed zakażeniem poprzez izolację jest trudna, gdyż wirusy są wydalane kilka dni przed wystąpieniem objawów.

Skuteczną metodą zapobiegania wystąpieniu biegunki rotawirusowej jest szczepienie doustne, ale szczepieniu mogą być poddane tylko niemowlęta. W Polsce zarejestrowane są dwie szczepionki. Pierwszą dawkę szczepionki można podać od 6 tygodnia życia dziecka (najlepiej w czasie pierwszej wizyty szczepiennej). Ten krótki okres na rozpoczęcie i zakończenie szczepienia wynikają z konieczności zapewnienia dziecku jak najszybciej ochrony przed zachorowaniem. Cały cykl szczepień składa się z dwóch lub trzech dawek.

Odstęp pomiędzy dawkami powinien wynosić przynajmniej 4 tygodnie, szczepienie natomiast musi zostać ukończone przed upływem 24 tygodnia życia dziecka. U wcześniaków i dzieci przewlekłe chorych, które zazwyczaj częściej i dłużej przebywają w szpitalu, szczepienie przeciwko rotawirusom jest szczególnie polecane z uwagi na większe ryzyko zachorowania na biegunkę na dziecięcych oddziałach szpitalnych. Po szczepieniu 90–100% dzieci uzyskuje ochronę przed zachorowaniem na ciężką biegunkę rotawirusową a tak wysoki poziom ochrony organizmu małego dziecka przed zachorowaniem utrzymuje się co najmniej przez 3 lata, czyli w okresie największego ryzyka zachorowania. Szczepienie nie chroni natomiast przed biegunką spowodowaną innymi wirusami lub bakteriami [7].

Postępowanie lecznicze

Leczenie dziecka z ostrą biegunką uzależnione jest od stopnia odwodnienia oraz innych towarzyszących objawów klinicznych. Kwalifikując dziecko do odpowiedniego sposobu leczenia, poza stopniem odwodnienia, należy uwzględnić:

- wiek dziecka - łatwość skrajnego odwodnienia u niemowląt i dzieci poniżej 3 roku życia,
- występowanie wymiotów oraz gorączki,
- pozajelitowe objawy chorobowe,
- towarzyszące biegunce inne choroby,
- status socjoekonomiczny dziecka [4, 15].

Postępowanie lecznicze Zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) oraz European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition/European Society for Paediatric Infectious Disease (ESPGHAN/ESPID), polega na nawadnieniu organizmu. Wprowadzenie doustnej terapii nawadniającej okazało się być najskuteczniejszym sposobem na zmniejszenie liczby powikłań i śmiertelności z powodu biegunki w krajach rozwijających się.

Pierwszy roztwór glukozy i elektrolitów zastosowano w tym celu już w latach 40 XX w., ale dopiero w latach 70. i 80. opracowano standardowy roztwór, promowany przez WHO [16].

Towarzyszące biegunce wymioty nie są przeciwwskazaniem do podjęcia próby nawadniania doustnego, należy jednak wykazać się dużą cierpliwością – zwłaszcza w stosunku

do niemowląt – nawadniać płynem o temperaturze pokojowej (ciepłe płyny mogą nasilać wymioty), małymi porcjami, co kilka minut.

Nawadnianie dożylne powinno być zarezerwowane dla pacjentów z ciężkim stopniem odwodnienia, uporczywymi bądź żółciowymi wymiotami lub dla tych, u których stosowanie doustnego płynu nawadniającego zakończyło się niepowodzeniem. Zapotrzebowanie na płyny zależy głównie od masy ciała dziecka i zazwyczaj jest obliczane za pomocą metody Hollidaya i Segara. Należy pamiętać, że zakres prawidłowej masy ciała może być dość szeroki w danym wieku, dlatego też przed włączeniem nawodnienia dożylnego dziecko należy zważyć. Zbyt duża podaż płynów może przyczynić się do przewodnienia, zbyt mała prowadzi do nieskutecznego nawodnienia. Ważne, by pamiętać, że zapotrzebowanie na płyny rośnie przy zwiększonych stratach (np. gorączka, biegunka, wymioty, intensywne pocenie się itp.).

Zapotrzebowanie na płyny według Hollidaya i Segara wynosi:

- Waga 1-10kg – 100ml/kg masy ciała
- Waga 11-20kg - 1000 ml + 50 ml/kg na każdy kilogram masy ciała ponad 10 kg
- Waga >20 kg - 1500 ml + 20 ml/kg na każdy kilogram masy ciała ponad 20 kg.

Dodatkowe środki stosowane w ostrej biegunce infekcyjnej, tj. probiotyki czy środki osmotycznie czynne, choć mogą wpływać nieznacznie na skrócenie czasu trwania objawów klinicznych (od kilku do kilkunastu godzin) stanowią jedynie leczenie uzupełniające [11, 15].

W chwili obecnej, w przypadku biegunki wirusowej, nie zaleca się stosowania chemioprophylaktyki antybiotykowej. Można ją rozważyć jedynie w szczególnych sytuacjach – u dzieci z niedoborami odporności lub u dzieci, u których proces chorobowy trwa zbyt długo, a wskaźniki odczynu zapalnego są znacznie podwyższone [13, 17].

Zalecenia dietetyczne

Obecnie leczenie w ostrych biegunkach składa się nie tylko z uzupełniania zaistniałych niedoborów wodnych i elektrolitowych, ale także z odpowiedniego postępowania żywieniowego dla zapewnienia prawidłowej podaży energii, co jest szczególnie ważne u niemowląt. U dzieci bez cech odwodnienia nie ma potrzeby wprowadzania przerw w karmieniu ani zmian w sposobie żywienia, powinno spożywać takie same pokarmy, jak przed chorobą. W praktyce wystarczy, by dziecko regularnie (4–6 razy dziennie) spożywało posiłki lekko strawne, ponieważ nawet w czasie trwania biegunki część spożytego pokarmu wchłonie się i chociaż częściowo zaspokoi zapotrzebowanie organizmu. Bezwzględnie nie wolno

stosować głodzenia, czy długich przerw w jedzeniu, co nadal jest często spotykanym postępowaniem. Badania naukowe dowodzą, że prawidłowe, regularne żywienie w czasie trwania ostrej biegunki nie tylko zapobiega niedoborom energetycznym, ale sprzyja regeneracji nabłonka jelitowego, czyli przyspiesza zdrowienie. Żywienie dzieci, które wymagają nawodnienia, powinno być wprowadzone najpóźniej 4 - 6 godzin od rozpoczęcia terapii płynami. Wczesne żywienie skraca czas trwania biegunki i hospitalizacji oraz poprawia stan odżywienia pacjenta. Karmienie piersią należy kontynuować bez względu na okres epizodu ostrej biegunki. W przypadku dzieci karmionych mlekiem modyfikowanym, nie jest zalecane rozcieńczanie mieszanek ani stopniowe wprowadzanie żywienia. Nie udowodniono korzyści wynikających z rutynowego zastosowania mieszanek sojowych lub hydrolizatów zamiast standardowych mlek modyfikowanych. Nie należy stosować innych niż zalecane płynów do nawadniania (soków, napojów, herbaty), ponieważ mają one zbyt duży ładunek osmotyczny, przez co mogą nasilać biegunkę i przedłużać czas jej trwania [13, 18].

Nawadnianie doustne polega na przyjmowaniu dużych ilości płynów, które dobrze się wchłaniają także u chorych na ostrą biegunkę. Płyn nie może być zbyt stężony, czyli zawierać zbyt dużo substancji osmotycznie czynnych, elektrolitów i cukrów. Z tego właśnie powodu złym wyborem jest spożywanie słodkich soków owocowych i napojów gazowanych.

Poza wymienionymi płynami specjalnie przeznaczonymi do nawadniania chorzy mogą także pić powszechnie dostępne napoje, takie jak: gorzka herbata, mięta, woda mineralna, jogurty naturalne (bez cukru), lekko słodzony kompot jabłkowy oraz zjadać lekko strawne, lekko posolone zupy [4, 7, 10].

Studium przypadku

Ośmiomiesięczne niemowlę przyjęte do szpitala w godzinach wieczornych z powodu oddawania licznych płynnych i półpłynnych stolców oraz współistniejących wymiotów. Z wywiadu wynika, że od kilku dni występowały u dziecka objawy infekcji górnych dróg oddechowych, katar, kaszel. Matka obserwowała także występowanie stolców biegunkowych (5-6 wypróżnień półpłynnych stolców w ciągu doby), ale nie towarzyszyły temu inne niepokojące objawy. Niemowlę zjadało posiłki i piło podawane napoje niechętnie (matka dokarmiła dziecko naturalnie).

W dniu przyjęcia w godzinach rannych dziecko obficie zwymiotowało po porannym karmieniu treścią pokarmową i wymioty powtórzyły się trzykrotnie w ciągu dnia. Wzrosła również częstotliwość oddawanych stolców w porównaniu do dnia wczorajszego (7 stolców), wyraźnie zmieniła się też ich konsystencja (stolce obfite, wodniste, z niewielką ilością śluzu,

ale bez domieszki ropy czy krwi). Łaknienie i pragnienie u dziecka wyraźnie obniżone, nie chce przyjmować płynów doustnie. Pomimo ponawianych prób matce udało się tylko dwukrotnie przystawić je do piersi, ale karmienie trwało krótko. Matka zauważyła także zmiany w zakresie oddawania moczu - ostatnia diureza wystąpiła w godzinach rannych w niewielkiej ilości, następnie pampers był suchy. W ciągu dnia dziecko było bardzo niespokojne, płaczące.

W badaniu fizykalnym w czasie przyjęcia stwierdzono: przyspieszenie perystaltyki jelit, bolesność uciskową jamy brzusznej, niewielkie wzdęcia brzucha. Występują cechy odwodnienia 2. stopnia: wydłużony napływ kapilarny (4 sekundy), suchość śluzówek jamy ustnej, skóra szara, znacznie obniżone napięcie skóry, dystalnie nieznacznie ochłodzona, ciemniaczko przednie zapadnięte poniżej poziomu kości czaszki, zapadnięte gałki oczne, czynność serca przyspieszona (140/minutę), tętno dobrze wyczuwalne, ciśnienie tętnicze krwi na granicy normy, oddech o prawidłowej częstotliwości. Skóra okolicy odbytu i krocza ze zmianami wyprzeniowymi o typie odparzeń, zaczerwieniona, stwierdza się bolesność przy dotyku. Temperatura ciała 38,8°C. U dziecka występuje osłabienie, senność, okresowo niepokój, płaczliwość, które nasilają się w kontakcie z personelem w czasie wykonywania działań pielęgnacyjnych i diagnostyczno-leczniczych.

Parametry rozwojowe przy przyjęciu: masa ciała 7600 g (ostatni wpis w książeczce zdrowia dziecka sprzed miesiąca 8100 g), długość ciała 70 cm, obwód głowy 43,5 cm.

Na oddziale zlecono: nawadnianie doustne i dożylnie, kontynuowanie karmienia naturalnego, wykonanie badań diagnostycznych (morfologię z obrazem białokrwinkowym, oznaczenie glukozy, mocznika i kreatyniny, równowagi kwasowo-zasadowej, elektrolitów w surowicy, CRP, badanie ogólne moczu z oznaczeniem ciężaru właściwego, oznaczenie ciał ketonowych w moczu, badanie wirusologiczne stolca). Wyniki badań laboratoryjnych wykazały: stężenia elektrolitów (Na, K, Cl) i równowaga kwasowo-zasadowa w normie, wzrost hematokrytu w morfologii krwi, prawidłowe stężenie mocznika i kreatyniny w surowicy, wzrost ciężaru właściwego moczu, ślad ciał ketonowych w moczu, wynik badania stolca – obecność rotawirusa.

Matka pozostała z dzieckiem na oddziale, była bardzo zaniepokojona jego stanem zdrowia, sprawiała wrażenie osoby zagubionej i niepewnej. Zgłasza brak wiedzy na temat właściwego postępowania z dzieckiem w przypadku biegunki ostrej i kontroli stanu zdrowia w przebiegu tej choroby.

W opiece nad dzieckiem zastosowano system całkowicie kompensacyjny i wspierająco-edukacyjny w stosunku do rodziców dziecka oraz rozpoznano następujące problemy pielęgnacyjne:

- zaburzenia w gospodarce wodno-elektrolitowej i kwasowo-zasadowej spowodowane wymiotami i oddawaniem stolców biegunkowych,
- ryzyko zachłyśnięcia z powodu wymiotów,
- podwyższona temperatura ciała (38,4°C) w wyniku zakażenia wirusowego,
- zmiany wyprzeniowe skóry w okolicy krocza i pośladków spowodowane występowaniem stolców biegunkowych,
- niepokój matki związany z chorobą i hospitalizacją dziecka,
- brak wiedzy matki na temat postępowania z dzieckiem w chorobie i po wypisie ze szpitala.

Podsumowanie

Ostra biegunka infekcyjna to częsta dolegliwość o wyjątkowo złożonej etiologii i patogenezie, często dające uciążliwe i groźne dla życia objawy takie jak: odwodnienie, niedożywienie, które mogą mieć ciężki przebieg, a nieleczone – bywają śmiertelne (szczególnie w przypadku dzieci).

Podstawą postępowania w każdej bieguncie jest zatem nawadnianie organizmu. Obok terapii nawadniającej w ostrych biegunkach pomocne może być również leczenie dietetyczne i stosowanie probiotyków.

Pojęcie jakości życia jest dość szerokie i trudno o dokładną i uniwersalną definicję. Na jakość życia dziecka składa się wiele czynników, na przykład: sytuacja rodzinna, zdrowie, kontakty z rówieśnikami, zadowolenie z siebie. W naukach medycznych najczęściej stosuje się pojęcie jakości życia związanej ze zdrowiem (Health-related quality of life, HRQoL) określające, w jaki sposób na samopoczucie człowieka wpływają choroby, niepełnosprawność, czy inne zaburzenia zdrowia. WHO podkreśla, że pojęcie jakości życia jest szerokie i może być modyfikowane przez wiele czynników związanych ze zdrowiem fizycznym, stanem psychicznym, stopniem niezależności, relacjami społecznymi, a także osobistymi przekonaniami i ich odniesieniem do istotnych cech otaczającego środowiska.

W przypadku ostrej biegunki infekcyjnej wśród najważniejszych wskaźników chorobowych związanych z biegunką a mających wpływ na jakość życia małego pacjenta należy wymienić (czas trwania choroby, rodzaj i częstość wydalanego stolca, odparzenia skóry, wywołane drażniącą treścią biegunkową, brak apetytu, nudności i wymioty, objawy odwodnienia oraz konieczność hospitalizacji). W przypadku dzieci wśród czynników wpływających na ocenę jakości życia należy również brać pod uwagę wiek pacjenta. Istotnym

aspektem oceny jakości życia dziecka jest możliwość skonfrontowania wyników podanych przez dziecko z ocenami rodzica.

Ważnym aspektem jakości życia jest obecność rodziców, zwłaszcza matek, które w większości odpowiedzialne są za realizację zaleceń dotyczących leczenia i pielęgnacji dziecka.

Z obserwacji wynika, że największą trudność opiekunom dzieci sprawia przestrzeganie diety oraz zasad higieny. Realizacja diety bardzo często wiąże się z wyrzeczeniami oraz brakiem urozmaicenia.

Poczucie jakości życia kształtuje wiele czynników związanych nie tylko z właściwościami osoby, ale i ze zrozumieniem zdrowia fizycznego, rodzajem choroby i środowiskiem, w którym żyje chory. Najogólniej ujmując, można powiedzieć, że poczucie jakości życia zależnej od zdrowia to psychologiczny konstrukt opisujący fizyczny, umysłowy, społeczny, psychologiczny i funkcjonalny aspekt dobrego samopoczucia i funkcjonowania z punktu widzenia pacjenta. Wskaźniki jakości życia mogą być pomocne w projektowaniu programów, które gwarantują poprawę funkcjonowania dzieci.

Piśmiennictwo

1. Cianciara J., Juszczyk J.: Choroby zakaźne i pasożytnicze. Wyd. Czelej, Lublin 2007, 156-157.
2. Baker C. J.: Choroby Zakaźne u dzieci. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, 286 -287.
3. Korycka M. Sytuacja epidemiologiczna zakażeń rotawirusowych dzieci w Polsce. Przegląd Epidemiologiczny, 2004, 58 (4), 649–653.
4. Szajewska H., Pieścik-Lech M.: Leczenie ostrej biegunki infekcyjnej w 2013 roku, Standardy Medyczne/Pediatrics, 2013, T. 11, 1-7.
5. Atmar R.L., Estes M.K. The epidemiologic and clinical importance of Norovirus infection. Gastroenterology Clinics of North America, 2006, 35, 275–290.
6. Rybak A.: Wytyczne postępowania w ostrej biegunce u dzieci – nowości i zmiany. Standardy Medyczne. Pediatrics, 2008, 5, 275-284.
7. Buda P., Książek J.: Ostra biegunka u dzieci. Pediatrics i Medycyna Rodzinna, 2010, 6 (4), 275-282.
8. Programme for Control of Diarrhoea Diseases: The management and prevention of diarrhoea. Wydawnictwo World Health Organization, Geneva 1993, 1-6.

9. Gruchała K.: Nawadnianie organizmu w zaburzeniach równowagi wodno - elektrolitowej. *Lek w Polsce*, 2014, 3, 275.
10. Hałoń A, Samet A, Gładysz A.: Leczenie biegunek - praktyczne spojrzenie na współczesne możliwości i ograniczenia terapii. *Przewodnik Lekarza*, 2001, 4, 5, 60-65.
11. Kuchar E., Nitsch-Osuch A., Szenborn L.: Rotawirusy jako ważna przyczyna zakażeń szpitalnych na oddziałach dziecięcych. *Zakażenia*, 2011, 6, 64-70.
12. Hałoń A, Samet A, Gładysz A, Ingot M.: Biegunki–etiopatogeneza i klinika w świetle współczesnej wiedzy. *Przewodnik Lekarza*, 2000, 10, 19-26.
13. Uhnou I., Olding-Stenkvis E., Kreuger A.: Clinical features of acute gastroenteritis associated with rotavirus, enteric adenoviruses, and bacteria, *Archives of Disease in Childhood*, 1986, 61, 732-738.
14. Guarino A., Albano F., Ashkenazi S. i wsp., Expert Working Group: The ESPGHAN/ESPID guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe. *J. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 2008, 46, 81-122.
15. Stolarczyk A. i wsp.: Probiotyki i prebiotyki w zapobieganiu i leczeniu chorób u dzieci. *Terapia*, 2002, 1(2), 39-42.
16. Jackowska T., Pawlik K.: Profilaktyka Zakażeń Szpitalnych w Oddziale Pediatricznym – doświadczenia własne. *Wydawnictwo Aluna*, 2015, 225-234.
17. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi *Dz.U.* 2008, nr 234, poz. 1570.
18. Pytrus T.: Czynniki etiologiczne ostrych biegunek u dzieci. *Nowa Pediatria*, 2002, 3, 142-148.

Łagoda Katarzyna¹, Kowalewska Beata²

1. Zakład Medycyny Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Jakość snu u pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego

Wprowadzenie

Obecny styl życia społeczeństwa, w którym systematycznie wydłuża się czas pracy kosztem wypoczynku, ciągła dyspozycyjność oraz praca zmianowa w istotny sposób przyczyniły się do pogorszenia jakości oraz skrócenia czasu poświęconego na sen [1].

Zdrowy, niezaburzony sen jest nieodzownym elementem właściwej ergonomii człowieka zarówno w sferze psychicznej, jak i somatycznej. Zaburzona struktura snu oraz niewystarczająca ilość towarzyszą wielu schorzeniom. Do najczęściej występujących nieprawidłowości zaliczamy zaburzenia oddychania w trakcie snu, a zwłaszcza Obturacyjny Bezdech Senny (OBS). Choroba ta charakteryzuje się okresowymi incydentami zatrzymania lub znacznego obniżenia przepływu powietrza przez drogi oddechowe na skutek zapadania się ścian gardła w trakcie snu [2].

Rozwinięcie

Obturacyjny Bezdech Senny wywiera negatywny wpływ na większość układów człowieka, w tym niebezpieczne działanie na układ krążenia. Najczęstszą przyczyną choroby są anomalie górnych dróg oddechowych oraz zaburzenia rozwojowe twarzoczaszki. Istotnym czynnikiem nasilającym objawy jest otyłość. U chorych cierpiących na bezdech śródnocny można zauważyć nasiloną aktywność układu współczulnego oraz zwiększone ryzyko rozwoju choroby niedokrwiennej serca i nadciśnienia tętniczego. Pacjenci w większym stopniu są narażeni na zaburzenia rytmu serca, w tym stale nawracające napady migotania komór i komorowe zaburzenia rytmu. U pacjentów z zaburzeniami snu także częściej występują przypadki nagłego zgonu sercowego [3].

Wielu naukowców potwierdza istotny wpływ zaburzeń snu w etiologii chorób sercowo-naczyniowych, a zwłaszcza w chorobie niedokrwiennej serca czy nadciśnieniu tętniczym. Ważnym czynnikiem ryzyka zawału serca, nagłej śmierci sercowej czy choroby

niedokrwiennie są izolowane zaburzenia snu, a zwłaszcza bezsenność. W literaturze znajduje się wiele doniesień naukowych potwierdzających współzależność między występowaniem choroby niedokrwiennej serca i nadciśnienia tętniczego, z zaburzeniami oddychania podczas snu, a zwłaszcza z obturacyjnym bezdechem sennym. Istotnym czynnikiem ryzyka choroby niedokrwiennej serca jest nieprawidłowa ilość snu, która odnosi się do skrajnych sytuacji, to jest nadmiaru (ok. 9 godzin na dobę) i braku snu. Do jednych z najczęstszych czynników ryzyka choroby wieńcowej zaliczamy m.in. czynniki natury psychicznej, wśród których wyróżniamy zaburzenia nastroju, zwłaszcza depresję, a także określone cechy osobowości. Bez względu na naturę, wszystkie zespoły depresyjne manifestują się zaburzeniami snu. Wśród naukowców podkreśla się szczególną rolę wpływu na ryzyko zawału, nawykowo zakłóconego wzorca snu. U części chorych z chorobą wieńcową objawy niedokrwienia serca mogą być nasilane przez bezdechy senne i często jest to powiązane z bólami nocnymi w klatce piersiowej [4].

W chorobach sercowo-naczyniowych prawidłowy sen może być zaburzony przez objawy nocne w postaci bólu, częstomoczu i duszności. W sposób istotny dotyczy to IHD, zarówno u kobiet jak i mężczyzn. Szczególnym przykładem są pacjenci z nadciśnieniem tętniczym, bez nocnych, fizjologicznych spadków ciśnienia u których stwierdza się długotrwałe zaburzenia snu. Występowanie u chorych nadmiernej sympatykotonii (wzmoczone napięcie układu współczulnego) powoduje zwiększenie częstości mikrowybudzeń oraz skrócenie głębokości i czasu trwania snu fazy NREM. Stosowane w leczeniu chorych blokery kanału wapniowego oraz leki β -adrenolityczne mogą również przyczyniać się do zaburzeń snu [5].

Niekorzystny wpływ na układ krążenia, w tym na układ wykrzepiania i fibrynolizy ma OBS. Stwierdza się go 20-50% częściej u chorych z nadciśnieniem tętniczym, chorobą wieńcową, zaburzeniami rytmu czy niewydolnością serca. Pacjenci kardiologiczni są w dużym stopniu obciążeni ryzykiem udaru oraz wystąpieniem nagłego zgonu sercowego, zwłaszcza w czasie snu [3].

Dowodem na ścisły związek nadciśnienia tętniczego i Obturacyjnego Bezdechu Sennego jest zjawisko stopniowego obniżania się ciśnienia tętniczego krwi podczas terapii OBS z wykorzystaniem aparatu utrzymującego stałe, dodatnie wartości ciśnienia w drogach oddechowych [2].

U chorych z OBS w trakcie chrapania i bezdechu dochodzi do nieprzewidywalnych zmian częstości rytmu zatokowego:

- z okresami gwałtownie narastającego przyspieszenia rytmu na skutek narastania aktywności układu adrenergicznego,
- naprzemiennie z okresami zwolnienia rytmu [3].

Tego typu zmiany odwzorowuje tzw. zespół brady-tachykardia, czyli zespół chorego węzła zatokowego. Pojawiające się okresy bradykardii z trwającymi, zazwyczaj w godzinach snu, ponad 2s pauzami świadczą o zaawansowanych postaciach OBS. W przypadku przedłużających się i nawracających epizodów zahamowań zatokowych, rytm zastępczy z położonych niżej bodźcotwórczych ośrodków zazwyczaj się nie ukazuje [3].

Badania wykazały, że chorzy z ciężką postacią OBS są 4-krotnie bardziej obciążeni ryzykiem wystąpienia migotania przedsionków niż osoby z prawidłowym snem. OBS stanowi czynnik predysponujący do występowania migotania, poprzez:

- zwiększoną aktywność ognisk arytmogennych z kaskadą arytmii przedsionkowych,
- nagłe zmiany cyklu serca (na skutek gwałtownych zmian aktywności w obszarze autonomicznego układu nerwowego,
- nasilenie niejednorodnego przewodzenia [3].

W badaniach przeprowadzonych wśród 83 pacjentów (w tym 50,6% kobiet), hospitalizowanych w powodu zaburzeń rytmu serca w jednym z krakowskich szpitali stwierdzono występowanie u 1/3 z nich uczucia lęku, duszności i chrapania w czasie snu. U 27,5% chorych stwierdzono objawy bezdechu sennego, a 88,8% nie miało świadomości na temat możliwości diagnostyki i leczenia bezdechu sennego [6]. Obturacyjny bezdech senny, który może skutkować arytmia, nadal jest rzadko diagnozowany z powodu ograniczonej dostępności chorych do badania. Nieliczne placówki prowadzą diagnostykę bezdechu sennego i jego leczenie.

Należy podkreślić, że związek między przewlekłym ograniczeniem czasu snu lub zaburzeniami snu a innymi schorzeniami może mieć charakter dwustronny. Z jednej strony zaburzenia snu mogą przyczyniać się do nasilenia lub rozwoju przewlekłych schorzeń, takich jak: cukrzyca, choroby sercowo-naczyniowe, choroby układu oddechowego, natomiast z drugiej strony przewlekłe choroby mogą być poważną przyczyną rozwoju zaburzeń snu [7].

W przypadku skarg chorego na pogorszenie jakości snu, w pierwszej kolejności należy sprawdzić związek zaburzeń snu z inną chorobą. Jednym z praktyczniejszych sposobów ustalania powodu jest podział zaburzeń snu z uwzględnieniem czasu trwania objawów [8].

Zbyt mała ilość światła spowodowana przebywaniem w ciągu dnia w pomieszczeniach zamkniętych, odejście od naturalnego rytmu życia oraz korzystanie ze sztucznego oświetlenia w dużej mierze przyczyniają się do zaburzeń rytmu okołodobowego. Dodatkowo wieczorna praca na komputerze oraz późne oglądanie telewizji, jak również nieregularna aktywność

fizyczna i zmienny rytm posiłków powodują, że coraz częściej wśród społeczeństwa pojawia się problem z jakością snu. Stały pośpiech, przeciążenie obowiązkami zawodowymi, przenoszenie obowiązków zawodowych do realizacji w domu w późnych godzinach wieczornych skutkują nadmiernym rozbudzeniem w godzinach wieczornych i w nocy [9].

Współczesne poglądy na etiologię i patogenezę zaburzeń snu wskazują na współzależność różnych czynników medycznych, psychologicznych, biologicznych i środowiskowych w powstawaniu i utrwalaniu zaburzeń snu. Wśród nich wyróżniamy trzy niezależne grupy, które są ściśle ze sobą powiązane, tj.:

- czynniki predysponujące – posiadają podłoże biologiczne, jest to indywidualna podatność osoby na bezsenność. Może być genetyczna lub wyuczona.
- czynniki wyzwalające – w sposób bezpośredni zakłócają sen.
- czynniki utrwalające – są to zmiany w zachowaniu pacjenta, wywołane zaburzeniami snu [10].

Zgodnie z modelem poznawczo-behawioralnym, zaburzenia snu powstają na drodze współwystępowania dwóch elementów: biologicznie wrażliwego układu regulującego sen i czuwanie (tzw. czynniki predysponujące) oraz czynnika wywołującego bezsenność. Wzajemne oddziaływanie tych dwóch elementów prowadzi do pogorszenia jakości snu [11].

Jednym z głównych wskaźników oceny subiektywnej jakości życia jest ocena jakości snu, gdyż prawie 1/3 części naszego życia przeznaczona jest na sen. Badania wykazują, że osoby cierpiące na zaburzenia snu w znacznej mierze uskarżają się na niską jakość życia [12].

Badania nad zaburzeniami snu wykazały szereg zarówno późniejszych jak i bezpośrednich konsekwencji. Osoby mające problemy z bezsennością, mogą uskarżać się na zawyżoną senność w ciągu dnia, zwłaszcza przy ostrych, krótkotrwałych epizodach lub narzekać na nadmierne pobudzenie.

Wśród częstych objawów możemy wyróżnić: poczucie braku energii, zmęczenie, zmienność nastrojów, zaburzenia koncentracji pamięci, trudności w wypełnianiu codziennych zadań, drażliwość, pogorszenie wykonywania czynności wymagających koordynacji wzrokowo-ruchowej [13].

W ciągu nocy chory z bezsennością może przekręcać się i przewracać w łóżku, czuć się sfrustrowany czy spać bardzo płytko. Pacjenci często uskarżają się na doświadczenia niekontrolowanej gonitwy myśli oraz problemy fizjologicznego pobudzenia, takie jak: uczucie gorąca, tachykardia czy napięcie fizyczne [13].

Według bardziej liberalnych kryteriów, szacuje się, iż nadmierna senność odpowiada za 10-20% wypadków drogowych. Wypadki drogowe w wyniku zaśnięcia za kierownicą są dość kosztowne, jako że towarzyszą im groźniejsze skutki. Biorąc pod uwagę liczbę rannych i zabitych statystycznie dorównują wypadkom spowodowanym przez nietrzeźwych kierowców [14].

Zaburzenia snu przyczyniają się również do dodatkowych problemów behawioralnych, jakimi są: drażliwość, zmniejszenie aktywności fizycznej oraz pobudzenie. Ponadto dostrzega się związek pomiędzy bezsennością a narastaniem zaburzeń funkcji poznawczych. W przypadku niektórych chorób, jak np. choroba Alzheimera, zaburzenia snu mogą sprzyjać szybszej progresji choroby [15].

Niezbędne do prawidłowego przebiegu snu jest ściśle współdziałanie układów termoregulacyjnego, odpornościowego, neuroendokrynnego i aktywności mózgu. Jakikolwiek zaburzenia jednego z nich prowadzą do zmian w funkcjonowaniu kolejnych.

Ograniczenie ilości snu zaburza liczebność białych krwinek, sprzyja negatywnym zmianom w układzie endokrynnym, a także upośledza funkcjonowanie działających przeciwwirusowo i przeciwnowotworowo komórek cytotoksycznych typu NK, co wiąże się z częstym występowaniem infekcji oraz rozwojem chorób nowotworowych [4].

Aktywność fizyczna nie tylko zapobiega otyłości, a co za tym idzie chorobom układu sercowo-naczyniowego, ale również wpływa na szereg innych wskaźników. Według Kawalec A. regularna aktywność fizyczna jest istotnym elementem higieny snu. Nie tylko gimnastyka, ale również praca w ogrodzie czy spacerowanie poprawiają jakość snu. Jak twierdzi Kawalec wykonany późnym wieczorem intensywny wysiłek fizyczny nie wpływa negatywnie na jakość snu. Jednak w ciągu pierwszych godzin po zaśnięciu może oddziaływać na pracę serca, przez co nie jest zalecany na kilka godzin przed snem [16].

Cappuccio F. i wsp. [17] ogółem przeanalizowali wyniki 15 badań (24 próbek kohortowych) dotyczących wpływu snu na ryzyko zachorowania oraz zgonu z powodu choroby wieńcowej serca, udaru mózgu oraz choroby sercowo-naczyniowej. Analiza obejmowała w sumie ponad 474 tys. pacjentów. Wykazano, iż krótki sen, poniżej 5 godzin wiąże się ze zwiększonym ryzykiem choroby wieńcowej oraz ryzykiem zgonu z tego powodu. Ponadto, badania wykazały, iż długi sen powyżej 8 godzin również wykazuje istotny wpływ na występowanie choroby wieńcowej. Cappuccio nie zaobserwował wpływu na otrzymane wyniki danych demograficznych pacjentów, takich jak: miejsce zamieszkania oraz płeć. Błońska B. i Gotlib J. w swoich badaniach wykazały istotną zależność występowania zaburzeń snu od płci ankietowanych ($p < 0,05$). W swoich badaniach wśród młodych dorosłych dowiodły, iż jakość

snu jest gorzej oceniana u kobiet niż u mężczyzn. Aż 72% kobiet deklaruje, iż długość snu nie przynosi odpoczynku. Ponadto, aż 16% kobiet przyjmuje środki nasenne wspomagające zasypianie [18].

Jakubczyk A. i wsp. podkreślają, iż na występowanie zaburzeń snu znaczący wpływ ma częstość spożywania alkoholu. Alkohol powszechnie uważany jest przez społeczeństwo jako substancja wspomagająca zasypianie i często bywa w takim celu używany. Wykazano, że 15-28% osób z zaburzeniami snu spożywa alkohol jako środek wspomagający zasypianie. Badania naukowe potwierdzają tę tezę jedynie częściowo. Alkohol wykazuje pozytywne działanie jedynie w pierwszej połowie nocy. W drugiej połowie można zauważyć objawy zespołu abstynencyjnego, a co za tym idzie częstszych wybudzeń, spłycenia snu, występowania koszmarów sennych. Ponadto obserwuje się występowanie zaburzeń żołądkowo-jelitowych, poliurii, czy też migreny [19].

Żarowski M. i wsp. w swoich badaniach porównał częstość występowania zjawiska nadmiernej senności w ciągu dnia i bezsenności u osób palących i niepalących. W uzyskanych wynikach nie zaobserwowano istotnych różnic pomiędzy niepalącymi osobami i palącymi. Ponadto po uwzględnieniu palenia w przeszłości również nie zaobserwowano istotnych różnic wyjaśniających wzajemne zależności [20].

Prejbisz A. i wsp. w swoich badaniach zbadali zależność występowania bezsenności od obecności u chorych nadciśnienia tętniczego. W przeprowadzonej 67 osobowej grupie badanych nie stwierdzono istotnego wpływu zaburzeń snu na zmiany wartości ciśnienia tętniczego. Ponadto, nie wykazano różnicy w braku nocnego spadku ciśnienia tętniczego pomiędzy osobami z nadciśnieniem i bez [21].

Bezsenność i reakcja stresowa są najczęstszymi problemami spotykanymi w krajach wysokorozwiniętych. Zaburzenia snu oraz stres ściśle wiążą się z wypadkami komunikacyjnymi, wydajnością w pracy czy konfliktami w rodzinie. Kasperczyk J. i wsp. podkreślają, iż istotnym czynnikiem oddziaływującym na jakość snu są sytuacje stresowe, co również podkreślają inni badacze. W badaniach, zależność ta, praktycznie wśród wszystkich ankietowanych była istotnie silna [22].

Występujące w czasie snu zaburzenia oddychania w istotny sposób pogarszają przebieg i rokowanie u chorych z niewydolnością serca. Blisko 80% chorych z zaburzeniami pracy serca cierpi na bezdechy senne. Do głównych czynników ryzyka OBS zaliczamy: płeć męską oraz otyłość, w tym nie tylko podwyższone BMI, ale również zwiększony obwód talii [23].

Szymański F.M. i wsp. podkreślają, jak ważną rolę pełni kardiolog w diagnostyce zaburzeń oddychania w trakcie snu. Zaznacza, aby specjaliści nie bagatelizowali objawów zgłaszanych przez pacjentów i rutynowo badali ich pod kątem występowania podczas snu zaburzeń oddychania, zwłaszcza w przypadkach otyłości, zespołów metabolicznych, nadciśnienia tętniczego oraz zaburzeń rytmu serca [24].

Pływaczewski R. i wsp. przebadali 533 chorych z ciężką lub umiarkowaną postacią OBS. Badania wykazały, że u chorych powyżej 60 roku życia z występującymi zaburzeniami oddychania w czasie snu, częściej występują powikłania sercowo-naczyniowe. Znacznie częściej w grupie osób powyżej 60 roku życia występowały: migotanie przedsionków (14,4%), choroba niedokrwienna serca (40,6%), nadciśnienie tętnicze (80,6%), niż u osób młodszych, poniżej 50 roku życia [25].

Pływaczewski R. i wsp. badali również zależność obwodu szyi mężczyzn od częstości występowania Obturacyjnego Bezdechu Sennego. Wśród zbadanych osób, nieprawidłowe wymiary obwodu szyi (≥ 43 cm) występowały aż u 87,2% pacjentów. Jedynie u 12,8% badanych obwód szyi, wynosił poniżej 43 cm [26].

Podsumowanie

Analiza danych wskazuje, że istotne znaczenie w opiece nad pacjentami z chorobą układu sercowo-naczyniowego ma wczesne rozpoznawanie zaburzeń snu oraz eliminacja czynników ryzyka zaburzeń snu. Niska jakość snu może istotnie wpływać negatywnie na jakość życia pacjentów, samopoczucie, odczuwane dolegliwości, kontakty społeczne oraz sam przebieg choroby sercowo-naczyniowej.

Wiele czynników ryzyka zaburzeń snu są jednocześnie czynnikami ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. Wdrożenie programów informacyjnych i edukacyjnych dla pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego na temat m.in. prawidłowej higieny snu, zmniejszenia nadmiernej masy ciała, może przyczynić się do zwiększenia świadomości na temat profilaktyki zaburzeń snu oraz podejmowania aktywnych działań na rzecz poprawy komfortu życia.

Piśmiennictwo

1. Woźniak K., Pietrzak J., Grzanka-Tykwińska A., Świtońska M., Sinkiewicz W.: Długość snu a ryzyko sercowo-naczyniowe. Czynniki Ryzyka, 2012, 3, 73, 50-55.

2. Dybich P., Gorczyca-Michta I., Kowalczyk M., Michta K., Pietrzyk E., Wożakowska-Kapłon B.: Obturacyjny bezdech senny u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. *Nadciśnienie Tętnicze*, 2013, 17, 5, 351-358.
3. Hasięc A., Szumowski Ł., Walczak F.: Obturacyjny bezdech - senny zabójca. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2012, 6, 3, 103-114.
4. Kulińska-Kasprzak J.: Objawy i przyczyny, dlaczego nie śpimy. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 2013, 4, 8-9.
5. Pierzchała W., Oławska-Dzierżęga A.: Zaburzenia snu w chorobach wewnętrznych. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2007, 1, 1, 50-57.
6. Kózka M., Majda A., Rumian B.: Uwarunkowania napadowych zaburzeń rytmu serca u pacjentów hospitalizowanych w oddziale kardiologii. *Hygeia Public Health*, 2015, 50(1): 119-126.
7. Prejbisz A., Kabat M., Kluk M., Januszewicz A.: Zaburzenia snu a nadciśnienie tętnicze. *Nadciśnienie Tętnicze*, 2010, 14, 5, 411-419.
8. Andrzejczak B., Gmitrowicz B.: Wybrane zagadnienia z medycyny snu dzieci i młodzieży. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 2013, 22, 1, 61-66.
9. Wierzbicka A., Wichniak A.: Diagnozowanie i leczenie zaburzeń snu. *Terapia*, 2010, 5, 40-45.
10. Skalski M.: Bezsenność – patogeneza i leczenie. *Kosmos. Problemy Nauk Biologicznych*, 2014, 63, 2, 233-243.
11. Wichniak A., Wierzbicka A., Jernajczyk W.: Zasady rozpoznawania i leczenia bezsenności. *Psychiatria w Praktyce Klinicznej*, 2008, 1, 1, 30-39.
12. Heitzman J.: Zaburzenia snu – przyczyna czy skutek depresji? *Psychiatria Polska*, 2009, 43, 5, 499-511.
13. Lebda-Wyborna M.: Leczenie bezsenności. *Świat Medycyny i Farmacji*, 2011, 4, 121, 44-47.
14. Engleman H.M., Douglas J.: Sleep, driving and the workplace. *Clinical Medicine*, 2005, 5, 113-117.
15. Bidzan L., Grabowski J., Dutczak B., Bidzan M.: Zaburzenia snu jako czynnik niekorzystny rokowniczo w chorobie Alzheimera. *Psychogeriatrya Polska*, 2012, 9, 1, 1-10.
16. Kawalec A., Pawlas K.: Czynniki środowiskowe wpływające na sen oraz zachowywanie higieny snu. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2013, 94, 1, 1-5.

17. Cappuccio F, Cooper D, D'Elia L et al.: Sleep duration predicts cardiovascular outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *European Heart Journal*, 2011, 32, 1484–1492.
18. Błońska K. B., Gotlib J.: Występowanie zaburzeń snu wśród studentów. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie, Rzeszów* 2012, 4, 485–497.
19. Jakubczyk A., Wojnar J., Wojnar M.: Zaburzenia snu u osób uzależnionych od alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania*, 2009, 22, 2, 143-159.
20. Żarowski M., Mojs E., Kleka P., Steinborn B.: Ocena wpływu palenia tytoniu na występowanie bezsenności i nadmiernej senności w ciągu dnia w grupie zawodowej nauczycieli. *Przegląd Lekarski*, 2007, 64, 10, 645-648.
21. Prejbisz A., Piotrowska A., J., Kabat M. i wsp.: Wpływ bezsenności na jakość i strukturę snu u chorych na nadciśnienie tętnicze. *Nadciśnienie Tętnicze*, 2014, 18, 4, 182-193.
22. Kasperczyk J., Kasperczyk J., Joško J.: Stres a zaburzenia snu wśród młodzieży szkół średnich. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2012, 93, 1, 105-109.
23. Dobosiewicz M., Sinkiewicz W., Małyszka P. i wsp.: Czynniki ryzyka obturacyjnego bezdechu sennego w grupie chorych ze stabilną niewydolnością serca a wskaźnik bezdechu/spłyconego oddechu oceniany metodą holterowską. *Via Medica*, 2010, 5, 3, 109-113.
24. Szymański F.M., Karpiński G., Płatek A.E., Opolski G.: Czy kardiolog powinien rutynowo uwzględniać zaburzenia oddychania podczas snu jako czynnik ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego? *Kardiologia Polska*, 2013, 71, 8, 845-847.
25. Pływaczewski R., Czystowska M., Skoczylas A. i wsp.: Ocena związków pomiędzy wiekiem oraz występowaniem powikłań sercowo-naczyniowych u chorych na obturacyjny bezdech senny. *Pneumonologia i Alergologia Polska*, 2009, 77, 235-241.
26. Pływaczewski R., Bieleń P., Bednarek M., Jonczak L., Górecka D., Śliwiński P.: Wpływ obwodu szyi i wskaźnika masy ciała na zaawansowanie obturacyjnego bezdechu sennego u mężczyzn. *Pneumonologia i Alergologia Polska*, 2008, 76, 313-320.

Mielniczuk Natalia¹, Krajewska-Kulak Elżbieta², Śmigielska-Kuzia Joanna³

1. Absolwentka kierunku Fizjoterapia Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Klinika Neurologii i Rehabilitacji Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Ocena jakości snu oraz zachowań zdrowotnych studentów fizjoterapii

Wstęp

Sen jest naturalnym zjawiskiem nieświadomości zajmującym około jedną trzecią życia człowieka i umożliwiającym organizmowi wypoczynek, poprzez spowolnienie funkcji fizjologicznych, obniżenie wrażliwości na bodźce oraz czasowym zaniku świadomości [1, 2]. Większość ludzi nie poświęca zbyt dużej uwagi na dane zjawisko. Dopiero pojawiające się problemy z niewysypianiem lub bezsennością uświadamiają im, jak bardzo istotną rolę odgrywa sen w codziennym funkcjonowaniu [1, 3]. Sen już od prawieków jako zjawisko fizjologiczne, wzbudzał zainteresowanie człowieka [4]. W starożytności uważany był za skuteczną terapię oraz za jedną z form umożliwiających kontakt z Bogiem. Starożytni uważali również, że jest niezbędnym elementem dla osiągnięcia wewnętrznej równowagi, stąd zaliczali go do podstawowych potrzeb fizjologicznych [4]. W IV wieku p.n.e. Hipokrates (ojciec medycyny) pisał „*Jedzenie, picie, sen, miłość cielesna- wszystko z umiarem*” [cyt. za 4]. Z powyższego zdania wynika, że nie tylko brak, ale i nadmiar snu może prowadzić do różnego rodzaju zaburzeń lub być objawem jakiejś choroby [4].

Na świecie, według danych z literatury [3, 5-8], w ciągu ostatnich lat znacznie wzrosła liczba osób z zaburzeniami snu. Szacuje się, że jest ich od 30 do 40%, a liczba ta wzrasta wraz z wiekiem i zaburzenia te dotyczą częściej kobiet [cyt. za 8]. Zaburzenia snu mogą być zaburzeniami przemijającymi, spowodowanymi np. sytuacjami dnia codziennego, które wywołują napięcie i niepokój, nie dając zasnąć, ale mogą także być objawem klinicznym wielu chorób lub przyczyniać się do ich rozwoju [cyt. za 8].

Na zaburzenie snu we Włoszech cierpi 30% społeczeństwa, w Niemczech - 36%, w Wielkiej Brytanii - 32%, natomiast we Francji aż 50% [6].

W Polsce w ostatnich latach problem z zaburzeniem snu i bezsennością nasila się i szacuje się, iż dotyczy aż 63% osób w wieku 25 lat i poniżej, co skutkuje głównie brakiem właściwego wypoczynku [6,7,8].

W ciągu ostatnich 10 lat w Polsce problem zaburzeń snu i bezsenności u młodych dorosłych znacznie się nasilił i uważa się, iż dotyczy on aż 63% osób poniżej 25-ego roku życia [3, 5-8].

Objawy bezsenności w wywiadach epidemiologicznych, stwierdza się u 30–50% badanych dorosłych osób, w tym od 16 do 21% badanych ma co najmniej trzy razy w tygodniu lub stale, od 10 do 28% - uważa nasilenie objawów jako umiarkowane lub ciężkie, a od 9 do 15% osób dorosłych zgłasza, że objawy bezsenności istotnie wpływają na ich funkcjonowanie i samopoczucie w ciągu dnia. Szacuje się, iż diagnostyczne kryteria bezsenności pierwotnej spełnia co najmniej 6% badanych dorosłych osób [9].

Cel pracy

Celem badań była ocena jakości snu i zachowań zdrowotnych studentów fizjoterapii.

Materiał i metodyka badań

Na prowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku R-I-002/312/2017 oraz Dziekana w Wydziale Nauk o Zdrowiu UMB.

Badania przeprowadzono w grupie 150 studentów kierunku Fizjoterapia Wydziału Nauk o Zdrowiu UMB, metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem:

- autorskiego kwestionariusza ankietowego
- Standaryzowanego Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ) wg Juczyńskiego
- Standaryzowanego Kwestionariusza jakości snu Pittsburgha.

Autorski kwestionariusz ankietowy był złożony z części:

- część I - 3 pytania - wiek, rok studiów, miejsce zamieszkania
- część II - 22 pytania odnoszące się do ostatnich 4 tygodni, a dotyczących tego, czy występują u badanych problemy z zasypianiem w ciągu tygodnia, czy po wstaniu czują się wypoczęci, czy śpią o regularnych porach, ile czasu potrzebują aby zasnąć, ile godzin przeważnie śpią, czy przebudzają się w nocy w trakcie snu, czy zażywają środki nasenne, jakie są główne problemy zaśnięcia, czy dzielą z kimś swój pokój, czy przed

położeniem się do łóżka wietrzą swój pokój, czy mają problemy zdrowotne wpływające na jakość snu, czy w ciągu dnia piją napoje pobudzające m.in. kawa, cola, energy drinki, czy na 1-2 godz. przed snem piją napoje pobudzające (m.in. kawa, cola, energy drinki), czy jedzą śniadanie, ile posiłków dziennie przeważnie spożywają, czy jedzą o stałych porach, czy często spożywają jedzenie typu Fast-food, czy palą papierosy, czy spożywają napoje alkoholowe, ile czasu spędzają dziennie na świeżym powietrzu, na czym polega ich aktywność fizyczna, jaki czas poświęcają w ciągu tygodnia na aktywność fizyczną.

Standaryzowany Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) wg Juczyńskiego jest przeznaczony do badania zdrowych i chorych osób dorosłych [10]. Zawiera 24 stwierdzenia opisujące różnego rodzaju zachowania związane ze zdrowiem i pozwala na ustalenie ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych oraz stopnia nasilenia czterech kategorii tych zachowań takich jak: *prawidłowe nawyki żywieniowe* uwzględniają przede wszystkim rodzaj spożywanej żywności (np. pieczywo pełnoziarniste, warzywa i owoce); twierdzenia opisujące *zachowania profilaktyczne* dotyczą przestrzegania zaleceń zdrowotnych, uzyskiwania informacji na temat zdrowia i choroby; *praktyki zdrowotne* obejmują codzienne nawyki dotyczące snu i rekreacji czy aktywności fizycznej oraz *pozytywne nastawienia psychiczne* włączają w zakres zachowań zdrowotnych takie czynniki psychologiczne, jak unikanie zbyt silnych emocji, stresów i napięć, czy sytuacji wpływających przygnębiająco. Badany zaznacza, jak często wykonuje podane czynności związane ze zdrowiem, oceniając każde z wymienionych w inwentarzu zachowań na skali pięciostopniowej: 1 – prawie nigdy, 2 – rzadko, 3 – od czasu do czasu, 4 – często, 5 – prawie zawsze. Zaznaczone przez badanego wartości liczbowe zlicza się celem uzyskania w granicach od 24 do 120 punktów. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie deklarowanych zachowań zdrowotnych. Ogólny wskaźnik, po przekształceniu na jednostki standaryzowane w podlega interpretacji stosownie do właściwości charakteryzujących skalę stenową, a wyniki w granicach: 1 - 4 stena traktuje się, jako wyniki niskie; 7-10 stena - jako wysokie; 5 i 6 stena - jako przeciętne. Oddzielnie oblicza się nasilenie czterech kategorii zachowań zdrowotnych - wskaźnikiem jest średnia liczba punktów w każdej kategorii, tzn. suma punktów podzielona przez 6. Zgodność wewnętrzna IZZ, ustalona na podstawie *alfa* Cronbacha, wynosi 0,85 dla całego Inwentarza, zaś dla jego czterech podskal mieści się w granicach od 0,60 do 0,65 [10].

Standaryzowany Kwestionariusz jakości snu Pittsburgh -PSQI (*Pittsburgh Sleep Quality Index*) mierzy różne aspekty zaburzonego snu w ciągu miesiąca poprzedzającego badanie, w tym takich paramentów świadczących o jakości snu jak [11, 12]: trudności z zasypianiem; trudności w utrzymaniu ciągłości snu oraz funkcjonowanie w ciągu dnia. Skala składa się z 18 pozycji testowych, badających siedem komponentów jakości snu: subiektywną jakość snu - ocena jakościowa; zasypianie - ocena ilościowa, (analiza czasu do zaśnięcia w minutach oraz ilości nocy gdzie czas do zaśnięcia przedłużał się do ponad 30 minut); długość trwania snu - ocena ilościowa, (rzeczywista długość snu w godzinach); efektywność snu - ocena ilościowa, (stosunek rzeczywistej ilości godzin snu do czasu spędzonego w łóżku); zaburzenia snu - ocena ilościowa, (występowanie specyficznych problemów wpływających na jakość snu, takich jak np. kaszel, ból, zimno); używanie leków nasennych - ocena ilościowa, (liczba dawek) oraz zaburzenia funkcjonowania podczas dnia - ocena ilościowa i jakościowa. Wynik każdego komponentu mieścił się w przedziale od 0 (brak trudności) do 3 (ogromna trudność). Łączny wynik skali Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) mieścił się w przedziale od 0 do 21 punktów, przy czym im wyższy wynik tym gorsza była jakość snu. Wynik powyżej 5 punktów oznaczał obniżoną jakość snu, a poniżej 5 punktów - wysoką. Rzetelność skali Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) analizowana na poziomie morza jest wysoka, czemu dowodzi współczynnik spójności wewnętrznej alfa (α) Cronbach'a równy 0,83 [11, 12].

W celu opisu zdobytego materiału badawczego i określenia w próbie wiarygodności z możliwością ich uogólnienia w stosunku do całej populacji wybrane zostały narzędzia opisowe. W badanej zbiorowości do rozkładu analizowanych cech użyto zestawień statystyk opisowych (głównie były to mediana, wartość średnia, minimum, maksimum), testu Shapiro-Wilka (sprawdzenie rozkładu zmiennych oraz użyte wyniki - średnie arytmetyczne z odchyleniem standardowym), testu χ^2 oraz testu U-Manna Whitneya (porównanie wyników kobiet i mężczyzn). Za statystycznie istotną różnicę przyjęto $p < 0,05$. Programem wykorzystanym do analizy jest Statistica 13.0 StatSoft Polska, Kraków.

Wyniki badań

W badaniu udział wzięło 150 osób z kierunku Fizjoterapia, w tym 75% ($n = 113$) kobiet i 25% ($n = 37$) mężczyzn. Studenci byli z różnych roczników licencjackich i magisterskich z trybu stacjonarnego.

Na wsi zamieszkiwało 34% badanych ($n = 51$), w małym mieście - poniżej 50 tys. mieszkańców 17% ($n = 26$), a większość mieszkała w dużym mieście - powyżej 50 tys. mieszkańców 49% ($n = 73$).

Na wstępie zapytano studentów, czy występują u nich problemy z zaśnięciem w ciągu tygodnia. Odpowiedzi okazały się dość zróżnicowane. 23% studentów twierdząco odpowiedziało na to pytanie, 38% nie miało problemów z zaśnięciem i u 39% problem ten pojawiał się różnie.

W kolejnym pytaniu ankietowani mieli za zadanie napisać, czy jak wstaną z łóżka następnego dnia, to czy czują się wypoczęci. Tylko 3% studentów odpowiedziało twierdząco, 29% stwierdziło, że zazwyczaj czują się wypoczęci, 14% nie czuło się tak prawie nigdy, i aż 54% odpowiedziało, że rzadko czuje się wypoczęta następnego dnia.

Następne pytanie dotyczące jakości snu, miało na celu sprawdzenie czy studenci śpią o regularnych porach i okazało się, że tylko 9% studentów spało o stałych porach. Czasami regularnie spało 29% badanych, 41% - że przeważnie tak jest, a 21% twierdziło, że nie śpią o regularnych porach.

Na pytanie, ile czasu potrzebują, aby zasnąć respondenci odpowiedzieli dość pozytywnie. 29% studentów wymagało na to tylko od 5 do 10 minut, dla 35% wystarczyło 10-20 minut, nieco więcej czasu potrzebowało 24% studentów (20-30 minut), a w przypadku 12% zajmowało to aż 40 minut.

Studenci zapytani o liczbę godzin poświęconych na sen, w 5% odpowiedzieli, że śpią 9 godzin lub więcej, 38% studentów spało 7-8 godzin, 49% - 6 godzin, a 8% - tylko 5 godzin lub mniej.

Prawie połowa (48%) studentów twierdziła, że się nie przebudza w nocy w trakcie snu, 42% studentów wybudzało się czasami, a 10% każdej nocy.

Kolejne pytanie dotyczyło zażywanych środków nasennych. Aż 95% studentów zaprzeczyło stosowania jakichkolwiek substancji nasennych. Studenci, którzy zażywali systematycznie środki nasenne (3% ogółu) stosowali przeważnie trazodon i doksepinę. Zażywanie tylko czasami środków nasennych deklarowało 2% ankietowanych, głównie w formie herbat i leków ziołowych.

W aspekcie głównego problemu z zaśnięciem, 10% studentów wiązało go z nierozwiązanymi problemami w życiu codziennym. Większość natomiast (36%) stwierdziła, że ich problemem był stres/obowiązki związane z uczelnią. Tylko 5% zaznaczyło, że na jakość ich snu mają wpływ osoby zamieszkujące w tym samym domu lub dokuczliwi sąsiedzi.

Obowiązki dnia codziennego stanowiły problem dla 11%, a dla 14% - imprezowanie do późnych godzin, nadużywanie substancji pobudzających, dorywcza praca, zbyt długie spędzanie czasu przed komputerem/telewizorem, późna aktywność fizyczna, niska temperatura w mieszkaniu. 24% studentów nie zadeklarowało problemu z zaśnięciem.

Respondentów zapytano także, czy dzielą z kimś swój pokój, a jeżeli tak, to z iloma osobami. Większość (71%) odpowiedziała, że śpi sama w pokoju. Natomiast 39 studentów (26%) dzieliło pokój z jedną osobą, a pozostałe 3% mieszkało z 2. lub więcej osobami. Pokój przed pójściem spać wietrzyło jedynie 47% badanych, pozostałe 53% nie robiło tego.

Kolejne pytanie dotyczyło stanu zdrowia wpływającego na jakość snu. Problemy zdrowotne, takie jak: choroba nerek, schizofrenia, ból kręgosłupa, młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów, stres, astma, częste infekcje dróg oddechowych, dotyczyły 8% studentów. W pozostałych 92% ankietowanych deklarowało, że nie występują u nich żadne choroby wpływające w ich jakość snu.

Napoje pobudzające typu kawa, cola, energy drinki w ciągu dnia spożywało codziennie 25% studentów. 19% spożywało je często, 44% - czasami, a 12% nigdy. Na 1-2 godziny przed snem powyższe napoje pobudzające często spożywało 6% badanych, 29% - czasami, a 65% w ogóle nie robiło tego.

Respondenci w 57% odpowiedzieli, że zawsze jedzą śniadanie, 26% przeważnie jadło śniadanie, 11% czasami i tylko 6% nigdy nie spożywało go. Nieznaczna grupa studentów (4%) spożywała 6-7 posiłków dziennie. Ponad połowa (51%) jadła 5-4 posiłki dziennie, 26% - od 3 do 2 posiłków w ciągu dnia, a 19% studentów spożywało posiłki w różnych ilościach. O stałych porach spożywało posiłki jedynie 15% ankietowanych, a pozostała część jadła o nieregularnych porach. Studenci niechętnie (tylko 1%) spożywali codziennie lub co drugi dzień posiłki typu Fast-food. Natomiast 15% jadało je 1-2 razy w tygodniu, a 65% kilka razy w ciągu miesiąca. Niezdrowej żywności tego typu w ogóle nie spożywało 19% ankietowanych.

Na pytanie, czy studenci palą papierosy - 13% z nich odpowiedzieli twierdząco, 6% że kiedyś paliło, a obecnie nie sięga po nie, 15% paliło czasami, a 66% nie paliło w ogóle. Alkohol okazjonalnie (święta, urodziny, wesela itp.) piło 43% respondentów. Kilka razy w miesiącu spożywało go 42% studentów, natomiast kilka razy w tygodniu - 7%. Codziennie alkohol piło tylko 1% ankietowanych, a w ogóle nie sięgało po niego tylko 7 osób.

Na świeżym powietrzu 16% badanych spędzało mniej niż 0,5 godziny, 60% studentów poświęcało temu 1 godzinę, 19% - ok. 1,5, a 5% - 2 godziny lub więcej. Najpopularniejszą formą aktywności fizycznej w odniesieniu do ostatnich 4. tygodni był spacer (67%). Bieganiem zainteresowanych było 16% studentów, grami zespołowymi - 14%, uczęszczaniem na basen - 15%, a fitnesssem - 21%. Wśród ankietowanych 33% studentów uprawiało inną aktywność fizyczną i aż 18% prowadziło siedzący tryb życia. W ciągu ostatnich 4. tygodni codzienną aktywność uprawiało 11% studentów, a 3-4 razy w tygodniu - 23%. Prawie połowa (49%) ankietowanych poświęcała czas na aktywność fizyczną 2 razy w tygodniu, natomiast 17% nie uprawiało żadnej aktywności.

Różnego rodzaju zachowania związane ze zdrowiem oceniano w badanej grupie za pomocą Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ) wg Juczyńskiego. Średni wyniki kwestionariusza IZZ u kobiet wyniosły $78,40 \pm 27,59$ - m co oznaczało przeciętne zachowania zdrowotne (sten 5-6). U mężczyzn wyniki były nieco niższe i wynosiły średnio $75,28 \pm 27,16$ (5-6 sten), świadcząc tym samym również o średnim wymiarze zachowań zdrowotnych (Tabela I). Najwyższy wynik uzyskano u kobiet w kategorii - prawidłowe nawyki żywieniowe, dotyczące głównie rodzaju spożywanej żywności ($3,44 \pm 1,13$), a najgorszy w kategorii praktyki zdrowotne dotyczące snu i aktywności fizycznej ($3,17 \pm 1,13$). U mężczyzn zaś najwyższy wynik wynosił $3,35 \pm 1,06$ w kategorii pozytywne nastawienie psychiczne, a najniższy - $2,13 \pm 1,25$ w zachowaniach profilaktycznych odnoszących się do uzyskiwania informacji na temat choroby i zdrowia oraz przestrzegania zaleceń zdrowotnych (Tabela I). Analiz wyników z Tabeli I pozwoliła na stwierdzenie, że nie było różnic istotnych statystycznych pomiędzy poszczególnymi etapami badań pomiędzy płcią i zakresem ogólnych zachowań zdrowotnych ($p=0,2560$) oraz poszczególnych składowych IZZ: prawidłowe nawyki żywieniowe ($p=0,2087$), zachowania profilaktyczne ($p=0,1996$), pozytywne nastawienie psychiczne ($p=0,3024$), oraz praktyki zdrowotne ($p=0,3143$). Okazało się, że kobiety miały nieznacznie wyższe wyniki niż mężczyźni, ale różnica ta jednak nie była istotna statystycznie.

Tabela II. Porównanie średnich wartości zachowań zdrowotnych wśród studentów fizjoterapii

Składowe miary IZZ	Badanie										P Test U Manna Whitney a
	Kobiety N=113					Mężczyźni N=37					
	Śr	M e	SD	Mi n	Ma x	Śr	M e	SD	Mi n	Ma x	
Prawidłowe nawyki żywieniowe	3,44	3,3	1,13	1	5	2,96	2,8	1,12	1	5	0,2087
Zachowania profilaktyczne	3,30	3,2	1,24	1	5	2,13	3,2	1,25	1,3	5	0,1986
Pozytywne nastawienie psychiczne	3,26	3,3	1,10	1	5	3,35	3,3	1,06	1,2	5	0,3024
Praktyki zdrowotne	3,17	3,5	1,13	1	5	3,13	3,3	1,17	1,2	5	0,3143
IZZ	78,4 0	80	27,5 9	24	120	75,2 8	76	27,1 6	28	120	0,2560

Różne aspekty zaburzonego snu w ciągu miesiąca poprzedzającego badanie mierzono u studentów za pomocą Standaryzowanego Kwestionariusza Jakości Snu Pittsburgh -PSQI (*Pittsburgh Sleep Quality Index*).

Przy analizie subiektywnej oceny snu - 0 oznaczało sen bardzo dobry, 1 -dość dobry, 2- raczej zły, a 3 -bardzo zły. Największy odsetek kobiet (63%) określiło swój sen jako dość dobry, a najmniejszy procent (2%), jako sen bardzo zły. Mężczyźni natomiast w największym procencie (38%) określali swój sen jako raczej zły, a w najmniejszym odsetku (5%), jako bardzo zły. Wśród studentów fizjoterapii w jakości subiektywnej snu wykazano istotną zależność statystyczną pomiędzy płcią ($p = 0,0012$) (Tabela II). Ankietowanych zapytano o czas, jaki potrzebny jest, żeby zasnąć. Uzyskiwane punkty w skali od 0 do 3 świadczyły o trudności w zasypianiu - wraz ze wzrostem wartości wyników ze skali wzrastały trudności. W badaniu wykazano, że większości kobiet ($n=34$) potrzebny czas to 16–30 minut (wartość 1 punktu). Nieznaczna grupa ($n= 3$) otrzymała 3 punkty. Mężczyźni natomiast w większości

potrzebowali 5 - < 15 minut (wartości punktów równe 0) i tylko 1 osoba uzyskała 3 punkty. Kobiety najczęściej kładły się wieczorem do łóżka o godzinie 0:00 (n = 56), a najrzadziej i zarazem najpóźniej niej o 2.00 (n = 2). Mężczyźni najczęściej również szli spać o 0:00 (n = 11) i najpóźniej o godzinie 2:00 (n = 1). Godzina 1:30 była najmniej typowana porą kładzenia się do łóżka (n = 1). Wyniki pozostałe obrazuje Tabela II.

W kolejnym pytaniu studenci musieli się wypowiedzieć odnośnie problemu z zaśnięciem w przeciągu 30 minut, w odniesieniu do ostatnich 4. tygodni. Problemów z zasypianiem ani razu nie miało 29% kobiet (uzyskane punkty 0). 38% dostrzegало problem mniej niż raz w ciągu tygodnia (uzyskane punkty 1), w 21% - raz lub dwa w ciągu tygodnia (uzyskane punkty 2), a w 12% trzy razy lub częściej (uzyskane punkty 3). Mężczyźni natomiast w 30% nie mieli problemu z zaśnięciem w ciągu 30 minut (uzyskane punkty 0), a w 8% problem pojawiał się trzy razy w tygodniu lub częściej (uzyskane punkty 3). Wśród ankietowanych wykazano brak zależności statystycznej pomiędzy płcią, a danym problemem ($p = 0,8713$). Wyniki pozostałe obrazuje Tabela II. Kolejna analiza dotyczyła czasu poświęcanego na sen (co nie musiało się on zgadzać czasem spędzonym w łóżku). Wśród kobiet najwięcej uzyskano punktów o wartości 1 (n = 61), a u mężczyzn o wartości 0 (n = 18). Żadna z płci nie otrzymała 3 punktów, co pozytywnie świadczy o tym wyniku. Wyniki pozostałe obrazuje Tabela II. Efektywność snu obliczano poprzez podzielnienie wyników z odpowiedzi na pytanie „*Ile godzin średnio w przeciągu ostatnich czterech tygodni rzeczywiście spaliście Państwo w ciągu nocy*” podzielone przez sumę z pytania „*o której godzinie w przeciągu ostatnich 4 tygodni kładliście się Państwo zwykle wieczorem do łóżka?*” i „*o której godzinie w przeciągu ostatnich czterech tygodni zwykle rano wstawaliście Państwo z łóżka?*” oraz pomnożone przez 100. Studenci musieli także zadeklarować, o której godzinie zwykle wstają z łóżka. Najczęstszą godziną u kobiet była 6:30 (n = 31), a u mężczyzn - 7:00 (n = 29). Najwcześniej kobiety wstawały o godzinie 5:30 (4 osoby), a najpóźniej o 9:00 (3 osoby). Godzina 6:00 natomiast była najwcześniejszą porą wstawania u mężczyzn (7 osób), a najpóźniejsza - 9:00 (1 osoba). Wyniki pozostałe obrazuje Tabela II. Efektywność snu dla większości kobiet (n = 53) mieściła się w zakresie od 75% do 84%, za co badane uzyskiwały 1 punkt i co świadczyło o dobrej efektywności ich snu w skali ilościowej. Niewielka grupa studentek (n = 4) uzyskała wynik w mniejszy niż 65% (o wartości 3 punktów), stanowiący o bardzo negatywnej efektywności ich snu w skali ilościowej. U mężczyzn natomiast najwięcej wyników (n = 16) mieściło się w granicach między od 65% do 74% (o wartości 2 punktów), oznaczając tym samym słabą

jakość ilościową snu. Najmniejsza ilość mężczyzn ($n = 3$) otrzymała wynik o wartości mniejszej od 65%, co dawało im 3 punkty.

Wyniki pozostałe obrazuje Tabela II.

Tabela II. Wyniki skali PSQI cz. I

KOMPONENT C1									
subiektywna ocena jakości snu									
Ocena snu/ punkty	bardzo dobry		dość dobry		raczej zły		bardzo zły		
	0		1		2		3		
Kobiety N=113	N	%	N	%	N	%	N	%	
	9	8	71	63	31	27	3	2	
Mężczyźni N=37	N	%	N	%	N	%	N	%	
	10	27	11	30	14	38	2	5	
P (Test Ch ²)	p = 0,0012								
KOMPONENT C2									
czas potrzebny, żeby zasnąć									
Kobiety N=113	Punkty		Czas w min.		Punkty		Mężczyźni N=37		
34	0		5 - < 15		0		18		
45	1		16 - 30		1		12		
31	2		31 - 60		2		6		
3	3		> 60		3		1		
typowa godzina kładzenia się do łóżka									
	22:00	22:30	23:00	23:30	0:00	0:30	1:00	1:30	2:00
Kobiety N=113	6	11	10	27	56	21	12	5	2
Mężczyźni N=37	1	1	5	8	11	4	5	1	1
problem z zaśnięciem w przeciągu 30 minut u studentów fizjoterapii									
Punkty	Kobiety N=113				Mężczyźni N=37				
	N = 113		%		N = 37		%		
0	32		29		11		30		
1	43		38		13		35		
2	24		21		10		27		
3	14		12		3		8		
P (Test Ch ²)	p = 0,8713								
KOMPONENT C3									

rzeczywista ilość godzin poświęcanych na sen								
Kobiety N=113	Punkty	Czas w godzinach			Punkty	Mężczyźni N=37		
41	0	> 7			0	18		
61	1	> 6 a 7			1	15		
11	2	> 5 a 6			2	4		
0	3	< 5			3	0		
KOMPONENT C4								
godzina, o której wstają badani								
	5:30	6:00	6:30	7:00	7:30	8:00	8:30	9:00
Kobiety N=113	4	18	31	29	12	10	6	3
Mężczyźni N=37	0	7	7	12	4	4	2	1
efektywność snu - Stosunek rzeczywistej ilości godzin snu do czasu spędzonego w łóżku								
Punkty	Kobiety N = 113		Mężczyźni N = 37		%			
0	32		7		> 85%			
1	53		11		75% - 84%			
2	24		16		65% - 74%			
3	4		3		< 65%			

Ocena zaburzenia snu, to była suma wyników za uzyskane odpowiedzi od 5b do 5j kwestionariusza PSQI. Kobiety, podobnie jak mężczyźni, w większości za odpowiedzi na poszczególne pytania uzyskiwały 0 punktów, co wskazywało na brak specyficznych czynników wpływających na sen. Mniejsza natomiast grupa kobiet i mężczyzn odpowiedziała na maksymalną ilość punktów o wartości 3, co świadczyć może o istnieniu sporych czynników wpływających na złą jakość snu. Nie stwierdzono jednak istotnej zależności statystycznej ($p > 0,05$) w poszczególnych pytaniach pomiędzy płcią. Wyniki pozostałe zawiera Tabela III.

Podsumowując ilość punktów za odpowiedzi na pytania od 5b do 5j kwestionariusza PSQI, kobiety w większości ($n = 83$) otrzymały wartość łączną równą jednemu punktowi. Powyższe dotyczyło także mężczyzn ($n = 26$), co świadczy o małej ilości specyficznych czynników zakłócających sen. U kobiet 2 pkt. otrzymało 23 osoby, a w grupie mężczyzn - 7 osób. W mniejszości u kobiet ($n = 2$) i u żadnego mężczyzny - liczba uzyskanych punktów to 3 – co świadczyło o dużej ilości specyficznych czynników wpływających negatywnie na sen.

Tabela III. Wyniki skali PSQI cz. II

KOMPONENT C5					
<i>występowanie zaburzenia snu w skutek różnych przyczyn wśród studentów fizjoterapii</i>					
Odpowiedzi	W przeciągu ostatnich 4 tygodni ani razu	Mniej niż raz w ciągu tygodnia	Raz lub dwa razy w ciągu tygodnia	Trzy razy i częściej w ciągu tygodnia	przyczyna
punkty	0	1	2	3	
Kobiety N = 113	43	35	19	16	Z powodu budzenia się w środku nocy
Mężczyźni N = 37	16	13	6	2	
P (Test Ch ²)	p = 0,5463				
Kobiety N = 113	64	31	8	10	Z powodu pójścia w nocy do toalety
Mężczyźni N = 37	17	14	5	1	
P (Test Ch ²)	p = 0,2248				
Kobiety N = 113	100	8	3	2	Z powodu problemów z oddychaniem
Mężczyźni N = 37	33	2	1	1	
P (Test Ch ²)	p = 0,9708				
Kobiety N = 113	94	7	10	2	Z powodu chrapania lub kaszlu
Mężczyźni N = 37	30	6	1	0	
P (Test Ch ²)	p = 0,1487				
Kobiety N = 113	63	36	11	3	Z powodu zimniej temperatury
Mężczyźni N = 37	27	6	3	1	
P (Test Ch ²)	p = 0,2733				
Kobiety N = 113	66	32	13	2	Z powodu wysokiej temperatury
Mężczyźni N = 37	24	20	3	0	
P (Test Ch ²)	p = 0,7610				
Kobiety N = 113	56	39	14	4	Z powodu złych snów
Mężczyźni N = 37	24	11	1	1	
P (Test Ch ²)	p = 0,2519				
Kobiety N = 113	79	25	6	3	Z powodu bólu
Mężczyźni N = 37	27	5	4	1	
P (Test Ch ²)	p = 0,1487				
Kobiety N = 113	72	26	7	8	Z innych powodów
Mężczyźni N = 37	23	9	3	2	
P (Test Ch ²)	p = 0,9694				

Ocena używania leków nasennych była oceną ilościową, na którą 105 kobiet i 34 mężczyzn odpowiedziało, że nie stosuje tego typu używek. Mężczyźni, podobnie jak kobiety ($n = 1$), zażywali leki mniej niż raz w tygodniu oraz ($n = 2$) raz lub dwa razy w tygodniu. Wśród ankietowanych tylko 5. kobiet przyjmowało leki nasenne trzy razy i częściej w ciągu tygodnia. Nie wykazano różnicy statystycznej ($p = 0,2027$) pomiędzy płcią a zażywaniem leków nasennych Wyniki pozostałe zawiera Tabela IV. Analiza zaburzeń funkcjonowania podczas dnia wykazały, że znacznej większości obu płci nie dotyczył problem z pozostaniem w czujności w ciągu dnia (uzyskując tym samym 0 punktów). Duże problemy natomiast (wartość 3 punktów) nie występowały w znacznych ilościach. Nie wykazano w tym zakresie różnicy statystycznie zależnej ($p = 0,9708$). Wyniki obrazuje Tabela IV.

Odnosnie ilości energii potrzebnej do wykonywania czynności dnia codziennego okazało się, że w większości kobiety ($n = 36$) miały jej niedobór rzadziej niż raz w ciągu tygodni oraz spora część ($n = 33$) - raz lub dwa razy w tygodniu. U większości mężczyzn ($n = 13$) nie było z tym problemu, jednakże u 11. mężczyzn stwierdzono zaburzenia w funkcjonowaniu w ciągu dnia mniej, niż raz w ciągu tygodnia oraz u 9. nawet do dwóch razy w tygodniu. U ankietowanych nie wykryto różnic statystycznych ($p = 0,022$). W końcowej ocenie zaburzeń funkcjonowania podczas dnia okazało się, iż najwięcej kobiet ($n = 53$) i mężczyzn ($n = 14$) uzyskało 1 punkt, co świadczyło o małym niedoborze energii w ciągu dnia. Najmniej kobiet ($n = 16$) uzyskała wartość 0 punktów (duża ilość energii), a mężczyzn ($n = 3$) wartość 3 punktów (bardzo mała ilość energii).

Wyniki obrazuje Tabela IV.

Tabela IV. Wyniki skali PSQI cz. IV

KOMPONENT C6				
	W przeciągu ostatnich 4 tygodni ani razu	Mniej niż raz w ciągu tygodnia	Raz lub dwa razy w ciągu tygodnia	Trzy razy i częściej w ciągu tygodnia
Punkty	0	1	2	3
używanie leków nasennych				
Kobiety N = 113	105	1	2	5
Mężczyźni N =37	34	2	1	0
P (Test Ch²)	$p = 0,2027$			

KOMPONENT C7				
problemy z pozostaniem czujnym				
Kobiety N = 113	62	35	22	9
Mężczyźni N =37	22	8	5	2
P (Test Ch ²)	p = 0,9708			
mała ilość energii do wykonywania codziennych obowiązków				
Kobiety N = 113	18	36	33	26
Mężczyźni N =37	13	11	9	4
P (Test Ch ²)	p = 0,022			
zaburzenia funkcjonowania podczas dnia				
Kobiety N =113	16	53	25	19
Mężczyźni N =37	12	14	8	3
P (Test Ch ²)	NS			

Dyskusja

Sen, podobnie jak prawidłowy wypoczynek jest nieodzownym elementem życia, a skutki zaburzeń snu mogą być wielorakie [13]. Mogą być one bezpośrednie, jak np. senność w ciągu dnia, niechęć do jakiegokolwiek formy aktywności czy apatia lub też znacznie poważniejsze przyczyniające się do popełniania błędów np. w pracy skutkujących wypadkami i utratą zdrowia [13-18].

Uważa się, iż u ok. 26% populacji z czasem może rozwinąć się zespół nadmiernej senności dziennej (EDS – *Excessive Daytime Sleepiness*), objawiający się sennością, problemami w koncentracji, pogorszeniem wyników w nauce, podejmowaniem ryzykownych zachowań, popełnianie błędów, przyczynianiem się do wypadków, rozwojem depresji, pogorszeniem relacji społecznych, zaniechaniem obowiązków, spadkiem wydajności pracy i pogorszeniem stanu zdrowia [18]. Jako efekt zaburzeń snu przytaczane są także problemy w nauce, czy rozwój chorób psychosomatycznych [13]. Główna ocena problemów ze snem związana jest przede wszystkim z subiektywną opinią badanego w tym względzie [19].

W swoich badaniach potwierdza to Mayer-Szary i wsp. [20], którego zdaniem zaburzenia snu są niedocenianym, a rozpowszechnionym problemem wśród społeczeństwa, stanowiącym istotny czynnik ryzyka chorób cywilizacyjnych, wpływający na jakość życia w dniu codziennym i skutkujący nieprawidłowościami w dorosłości [20].

Podobnego zdania są Kasperczyk i wsp. [21], Gaultney [15] oraz Blunden i wsp. [22]. W swoich badaniach wykazali oni, że jakość snu i odpowiednia ilość wypoczynku, istotnie wpływa na konsolidację pamięci, gotowość do zapamiętywania, podnosi motywację do nauki oraz korzystnie wpływa na jakość życia i ogólny stan zdrowia [15, 21, 22].

Według danych z badań Szelenberga i Skalskiego [5, 23] w Polsce ze snem ma problem 25% ludzi w wieku 15-19 lat. Autorzy przewidują, że problem ten będzie wzrastać w kolejnych latach [5, 23]. Badania Kasperczyk i wsp. [19] wykazały, że 66,2% ankietowanych skarżyło się na zmęczenie po przebudzeniu, co świadczy, iż sen nie pełni swojej podstawowej funkcji, czyli regeneracji organizmu, w tym układu nerwowego. Brak z satysfakcji snu zgłaszało 43,6% młodzieży. Senność występująca w trakcie dnia była problemem u 36% badanych, a latencja snu przekraczająca ponad 30. minut dotyczyła aż 50% respondentów. Zmienne i nieregularne pory zasypiania stwierdzono u 62,7% badanych. Niepokojące i nieprzyjemne sny pojawiały się u 17,63% ankietowanych, a budzenie się w nocy i kłopoty z ponownym zaśnięciem u 13% [19]. W kolejnych badaniach Kasperczyk i wsp. [21] wykazano, że u 21,9% ankietowanych w występuje senność w ciągu dnia, a 52,7% osób jest rano zmęczona. Tylko 7% respondentów oceniło swój sen dobrze [21]. W badaniach własnych, w których udział wzięło 150 studentów fizjoterapii (113 kobiet i 37 mężczyzn), problemy z zaśnięciem w ciągu tygodnia deklarowało 23% studentów, tylko 3% studentów czuło się wypoczętymi po wstaniu z łóżka, a 21% nie spało o regularnych porach. Za pomocą kwestionariusza PSQI największy odsetek kobiet (63%) określiło swój sen jako dość dobry, a najmniejszy procent (2%), jako sen bardzo zły. Mężczyźni natomiast w największym procencie (38%) określali swój sen jako raczej zły, a w najmniejszym odsetku (5%), jako bardzo zły.

Wyniki innych badań Kasperczyk i wsp. [21] wykazały, że większość ankietowanych zgłaszała zmienny i nieregularny czas trwania snu 51,1%. Wydłużona latencja snu dotyczyła natomiast 50% respondentów [21]. Podobne badania przeprowadziła Błońska i wsp. [8], stwierdzając, że 48% badanych studentów (63% kobiet i 32% mężczyzn) miało problem z zasypianiem. 61% ankietowanych (72% kobiet i 55% mężczyzn) deklarowało, że nie czuło się wypoczętym po śnie. Środki nasenne zażywało 12% studentów, w tym 16% kobiet i 9% mężczyzn [8]. Środki nasenne systematycznie stosowało 3% ogółu studentów z obecnego badania, głównie trazodon i doksepinę, a 2% ankietowanych czasami sięgała po nasenne herbatki i leki ziołowe.

W badaniu Błońskiej i wsp. [8], 52% studentów wiązało problemy z zasypianiem z zajęciami trwającymi do późnych godzin [8]. Respondenci z obecnego badania w większości (36%) wiązali problemy w zasypianiu ze stresem i obowiązkami w uczelni.

Średni czas snu 65% ankietowanych przez Błońską i wsp. [8] wynosił od 5 do 7,5 godziny. Więcej przesypiało tylko 21% respondentów. Czas snu kobiet i mężczyzn był zbliżony [8]. Podobne wyniki uzyskali w badaniach Lau i wsp. [7], gdzie średni czas snu dla 47% badanych wynosił 5-6 godzin. Z kolei w badaniach Kasperczyk i Joško [24] wykazano, że aż 47% badanej grupy zawsze lub często spała 6 godzin lub mniej, w tym 47,9% wykazało niezadowolenie ze swojego snu [24]. W innych badaniach Kasperczyk i wsp. [19], aż 46,8% ankietowanych spało krócej niż 6 godzin na dobę, natomiast 7,8% dłużej niż 10 godzin [19]. Badania własne potwierdzają wyniki badań innych autorów. Najwięcej ankietowanych 49% potrzebowało 6 godzin snu, 38% - 7-8 godzin, 8% - 5 i poniżej godzin snu, a 5% - 9 godzin i powyżej. Na zaśnięcie najczęściej studentów (35%) potrzebowało 10-20 minut, 49% spało 6 godzin, a 42% studentów wybudzało się czasem ze snu.

Trudności w pozostaniu czujnym w ciągu dnia (w trakcie spotkań towarzyskich, prowadzenia samochodu czy spożywania posiłków) w badaniach Kasperczyk i wsp. [25] wykazały, że w 30,1% dany problem występował mniej niż raz w tygodniu, u 33,7% ankietowanych - raz lub dwa w ciągu tygodnia, a w 34,2% - trzy razy i częściej. Częstość występowania danych trudności powiązana była z jakością snu - wzrost częstości problemu wraz ze spadkiem jakości snu. Na pytanie o energię potrzebną na wykonywanie czynności dnia codziennego 15,1% osób wykazało jej brak trzy razy lub częściej w ciągu tygodnia [25]. W badaniach własnych na podstawie kwestionariusza PSQI oceniającego jakość snu wpływającego na funkcjonowanie w ciągu dnia wyniki różniły się od powyższych badań. 56% studentów odpowiedziało, że nie ma problemów z pozostaniem czujnym w ciągu dnia, 23% miało taki problem mniej niż raz w ciągu tygodnia, u 15% ankietowanych pojawiał się on raz lub dwa w ciągu tygodnia. Najmniej (6%) zaznaczyło, że dany problem pojawia się trzy razy lub częściej w ciągu tygodnia. Na brak energii potrzebnej do wykonywania obowiązków dnia codziennego występujący trzy razy lub częściej w ciągu dnia skarżyło się 20% studentów, co nieznacznie różniło się od wyników wyżej wymienionych.

Zachowania zdrowotne studentów fizjoterapii w badaniach Baumgart [26], oceniane przy użyciu kwestionariusza IZZ, osiągały ogólny wynik 6,76 stena (u kobiet 6,74 i u mężczyzn 6,80) stanowiący granicę między średnim, a wysokim wynikiem. Analizując poszczególne kategorie w całej grupie badawczej uzyskano największą średnią w prawidłowych nawykach żywieniowych o wartości 3,44 (kobiety 3,62 i mężczyźni 3,17), co świadczyło o dobrej znajomości zasad prawidłowego żywienia. W kategorii zachowania profilaktyczne średni wynik wynosił 3,36 (w tym kobiety 3,44 i mężczyźni 3,25), co świadczyło, iż świadomość na temat choroby i zdrowia jest zadawalająca. W następnej

kategorii dotyczącej pozytywnego nastawienia psychicznego uzyskano wynik 3,23 (u kobiet 3,40 i mężczyzn 3,03), co wskazywało na unikanie silnych emocji oraz stresów. W kategorii praktyki zdrowotne badana grupa otrzymała wynik 3,01 (dla kobiet - 3,00 oraz mężczyzn - 3,03). W poszczególnych kategoriach nie wykazano różnic istotnie statystycznych między mężczyznami i kobietami, mimo iż kobiety uzyskały nieznacznie wyższe wyniki od mężczyzn [26].

W porównaniu do innych autorów Łopuszańska i wsp. [27] oraz Waśkiewicz i wsp. [28] wykazali, że kobiety mają nieznacznie niższe wyniki z kwestionariusza IZZ od mężczyzn. Potwierdziły to wyniki badań Rasińskiej [29], które wykazały, że ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych dla kobiet wynosił 69,4 a dla mężczyzn 77,4 [29]. W badaniach własnych średni wynik kwestionariusza IZZ u kobiet wyniósł 78,4 (5-6 sten), a u mężczyzn - 75,3 (5-6 sten), świadcząc o ich przeciętnych zachowaniach zdrowotnych. W poszczególnych składowych zachowań średnie wyniki w większości były nieco większe u kobiet i przedstawiały się następująco: prawidłowe nawyki żywieniowe - 3,44 kobiety i 2,96 u mężczyzn, w zachowaniach profilaktycznych natomiast - 3,30 u kobiet i 2,13 u mężczyzn oraz praktyki zdrowotne - po 3,17 u kobiet i mężczyzn. Pozytywne nastawienie psychiczne nieco słabiej wypadło u kobiet (3,26), niż u mężczyzn (3,36). W poszczególnych kategoriach, podobnie jak i badaniach innych autorów, nie wykazano różnic istotnie statystycznie pomiędzy kobietami i mężczyznami.

Wyniki badań Cyburt i wsp. [30] dotyczące zdrowego stylu życia wykazują, że studenci wydziału medycznego za zdrowy styl na pierwszym miejscu stawiają aktywność fizyczną (31%). Na drugim miejscu zdrową żywność (28%), następnie brak nałogów, sen i wypoczynek bierny (19%). W 55% ankietowani oznaczyli, że odżywiają się nieregularnie, a tylko 3% odżywia się o stałej porze [30]. Rasińska [29] wykazała, że ponad połowa grupy badanej (53,4% - w tym 51,7% kobiet i 56,9% mężczyzn) odżywiała się nieprawidłowo. Spożywanie 1-2 posiłków dziennie deklarowało 24,3% badanych, 3-4 razy dziennie - 63,3%, (najbardziej preferowane - w tym 61,8% kobiet i 66,5% mężczyzn), 4 posiłki dziennie - 12,4% ankietowanych. Autorka przypuszcza, że brak przestrzegania prawidłowego żywienia wśród studentów może wiązać się z niesystematycznym rozkładem zajęć, samodzielnością lub brakiem kontroli. Mimo to, najwięcej osób z badanej grupy (62,4%) spożywało posiłki samodzielnie przygotowane w domu, 21,2% je w barach (przeważnie typu *fast food*), a 11,4% deklarowało, że spożywa posiłki w stołówkach [29]. Według badań Seń i wsp. [31] ankietowani spożywali głównie posiłki 3 razy dziennie (49% - w tym 38% mężczyzn i 51% kobiet), natomiast 4-5 posiłków - 36% studentów. Po posiłki typu *Fast food* studenci akademii

medycznej (41% ankietowanych) sięgali mniej niż kilka razy w miesiącu, a 4% - kilka razy w tygodniu [31]. W obecnym badaniu 57% respondentów stwierdziło, że zawsze jedzą śniadanie, ponad połowa (51%) jadła 5-4 posiłki dziennie, o stałych porach spożywało posiłki jedynie 15% ankietowanych, a pozostała część jadła o nieregularnych porach. Studenci posiłki typu Fast-food spożywali najczęściej kilak razy w ciągu miesiąca (65%) lub 1-2 razy w tygodniu (15%).

Według Mayer-Szary i wsp. [20] używki takie jak alkohol, kawa, papierosy oraz brak aktywności fizycznej odgrywają istotną rolę negatywnie wpływając na obniżenie jakości snu. W grupie przez nich badanej alkohol okazjnie spożywało 54%, a osoby nie pijące stanowiły jedynie 11,6%. Nie paliło papierosów 66% badanych i nie zażywało używek pobudzających - 77,9%. Kawę natomiast codziennie spożywało 43,8% badanych. Sport okazjnie uprawiało 45,7% badanych, a 2-3 razy w tygodniu - 39%. Autorzy uważają, iż skutkiem tych czynników może być pogorszenie wyników w nauce poprzez zmniejszenie koncentracji oraz wystąpienie ryzyka bezsenności i związanych z nią chorób. Sugerują więc, iż warto jest się zastanowić nad wprowadzeniem programów edukacyjnych uświadamiających konsekwencje odnośnie zachowań sprzecznych z higieną snu oraz promocją zachowań pożądanых [20]. Podobne wyniki dotyczące osób uzależnionych od nikotyny uzyskano w badaniach Wójtowicz i wsp. [32]. Wykazano w nich, że wśród studentów paliło papierosy 27% ankietowanych, w tym 25,9% kobiet i 28,8% mężczyzn [32]. Zgodność z powyższym dotyczyła także wyników w badaniach Walczak i wsp. [33] oraz Buławskiej i wsp. [34]. W badaniach Miedzińskiego i wsp. [35] stwierdzono, że studenci fizjoterapii w 90% spożywali alkohol, w tym, z reguły piwo, 42% piło raz w tygodniu, 32% raz w miesiącu, a 16% okazjnie.

Analiza wyników dotycząca palenia papierosów wykazała, że aż 70% ankietowanych nie paliło, 6% robiło to sporadycznie, 8% rzuciło palenie oraz 16% paliło systematycznie [35]. Według badań Ślusarskiej i wsp. [36] palenie deklarowało 26,1% jej respondentów. W badaniach własnych, dotyczących spożywania napoi pobudzających typu kawa, energy drinki, studenci w 25% odpowiedzieli, że piją codziennie (w tym 26% kobiet i 22% mężczyzn), 19% często (w tym 19% kobiet i mężczyzn) i 44% czasami (w tym 42% kobiet i 29% mężczyzn). Kilka godzin przed snem używki tego typu często spożywało 6% badanych. Papierosów nie paliło 66% studentów (w tym 66% kobiet i 64% mężczyzn), a nałogowo czyniło to 13% ankietowanych (w tym 11% kobiet i 19% mężczyzn). 15% pali czasami (w tym 16% kobiet i 14% mężczyzn), a 6% osób (w tym 7% kobiet i 3% mężczyzn) odpowiedziało, że rzuciło palenie. Wśród studentów fizjoterapii alkohol okazjnie spożywało aż 43%, kilka razy w miesiącu 42%, kilka razy w tygodniu 7%, a codziennie pił 1% studentów.

Czas poświęcany czas na aktywność fizyczną wśród studentów badanych przez Kościuszek i wsp. [37] to 2-3 razy w tygodniu (36,5%), a sporadycznie - 26,5%. Aktywność fizyczną cztery razy w tygodniu lub więcej podejmowało 16% studentów, a 1% nie wykonywało ich wcale. Najczęstsze formy aktywności studentów fizjoterapii to rower (66%), 38% jest to aerobik, 31% - gimnastyka, 39% - basen, 33% - siłownia, 35% - spacer [37]. W badaniach Ślusarskiej i wsp. [36] 7,5% studentów prezentowało niski zakres codziennej aktywności (7,47%), prawie codziennie uprawiało sport 10,43%, 1-2 razy w tygodniu 18,76% oraz kilka razy w miesiącu lub rzadziej aż 63,34% badanych. Badania własne wykazały, że na aktywność codzienna swój czas poświęcało tylko 11% ankietowanych, w tym 8% mężczyzn i 12% kobiet. Najczęściej studenci (49% mężczyzn i kobiet) uprawiali aktywność 2 razy w tygodniu. 3-4 razy w tygodniu sportem zajmowało się 23% - 35% mężczyzn i 20% kobiet. Niestety, aż 17% respondentów (8% mężczyzn i 19% kobiet) w ogóle nie była aktywna fizycznie. Najczęściej preferowaną formą aktywności były spacer [37]. Bieganiem, grami zespołowymi oraz basenem średnio zajmowało się 15% studentów, 21% osób uczęszczało na fitness, a inne formy aktywności preferowało 33% ankietowanych.

Podsumowując fizjoterapeuci oraz studenci fizjoterapii, jako grupa zawodowa, w sposób szczególny powinni propagować oraz aktywnie kreować zdrowy styl życia. Informacje przekazywane pacjentom, a dotyczące zachowań zdrowotnych, nabierają bowiem większego znaczenia, jeżeli są poparte przez personel medyczny ich praktycznym stosowaniem [26]. Mayer-Szary i wsp. [20] uważają, że należy zwrócić uwagę na poziom depresyjności oraz lęku wśród studentów.

Wzrastające wymagania, a co za tym idzie silniejsza presja, wywołują bowiem zachowania wpływające na pogorszenie higieny snu, jak i obniżenie jego jakości. Korzystnym efektem mogło by być więc wsparcie oraz pomoc psychologiczna (nauka radzenia sobie ze stresem, presją otoczenia, lękiem) [20].

Wnioski

1. Problem z zaśnięciem dotyczył nieznacznej części studentów fizjoterapii, jednakże większość z nich kładła się spać o nieregularnych porach i wstała następnego dnia niewypoczęta.
2. Respondenci problemy ze snem najczęściej wiązali ze stresem i obowiązkami na uczelni.

3. W ocenie subiektywnej jakości snu, kobiety istotnie statystycznie częściej oceniały swój sen jako dość dobry, a mężczyźni jako raczej zły.
4. Generalnie studenci prezentowali przeciętne zachowania zdrowotne (kobiety nieco wyższe od mężczyzn), jednakże w poszczególnych kategoriach nie wykazano istotnych różnic statystycznych pomiędzy płcią.

Postulat

Przeprowadzone badania wykazały występowanie pewnych zaburzeń snu wśród studentów. Uwzględniając istotną rolę snu dla zegara biologicznego, należy wdrożyć profilaktykę rozszerzając wiedzę na temat higieny snu i wypoczynku.

Piśmiennictwo

1. Skalski M.: *Bezsenna noc*. Wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków 2001.
2. Hirskowitz M., Smith Patricia B.: *Problemy ze snem dla bystrzaków*. Wyd. Helion/Septem, Gliwice 2007.
3. Prusiński A.: *Bezsenna noc i inne zaburzenia snu*. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.
4. Steinborn B.: *Neurologia wieku rozwojowego*. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2017.
5. Szelenberger W.: *Bezsenna noc*. Wyd. Via Medica, Gdańsk 2007.
6. Sieradzki A., Kiejna A., Rymaszewska J.: Epidemiologia zaburzeń snu w Polsce i na świecie – przegląd piśmiennictwa. *Sen*, 2002, 2, 1, 33-38.
7. Lau K., Joško J.: Zaburzenia snu jako problem zdrowia publicznego. *Zdrowie Publiczne*, 2010, 120, 2, 199-202.
8. Błońska B. K., Gotib J.: Występowanie zaburzeń snu wśród studentów. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie*, 2012, 4, 485-497.
9. Wichniak A.: Pacjent z bezsennością. *Medycyna Praktyczna*, 2015, 9, 94–105.
10. Juczyński Z.: *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa, 2009.
11. Buysse D.J., Reynolds III C.F., Monk T.H., Berman S.R., Kupfer D.J.: The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Journal Psychology Research*, 1989, 28, 2, 193-213.

12. Badzio-Jagiełło H., Nowicki Z., Jakitowicz J., Majkowicz M.: Kwestionariusz zaburzeń snu u pacjentów z zaburzeniami psychicznymi: ocena psychometryczna [w:] Zaburzenia snu: diagnostyka i leczenie: wybrane zagadnienia, Nowicki Z., Szolenberger W. (red.). Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Kraków 1999, 47-55.
13. Kasperczyk J., Joško J.: Analiza czynników odpowiedzialnych za złą jakość snu u studentów Śląskiego Uniwersytetu Medycznego. *Hygeia Public Health*, 2012, 47, 2, 191-195.
14. Pracka D., Pracki T., Nadolska M. i wsp.: Epidemiologiczna ocena zmian jakości snu w wybranych grupach społecznych i wiekowych. *Sen*, 2003, 3, 139-144.
15. Gaultney J.F.: The prevalence of sleep disorders in college students: impact on academic performance. *Journal of American College Health*, 2010, 59, 91-97.
16. Carskadon M.A., Acebo C., Jenni O.G.: Regulation of adolescent sleep: implications for behavior. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2004, 1021, 276-291.
17. Wolfson A.R., Carskadon M.A.: Understanding adolescents' sleep patterns and school performance: a critical appraisal. *Sleep Med Rev*, 2003, 7, 491-506.
18. Millman R.P.: Excessive Sleepiness in Adolescence and Young Adults: Causes, Consequences, and Treatment Strategies. *Pediatrics*, 2005, 110, 1774-1786.
19. Kasperczyk J., Joško J., Cichoń-Ienart A., Lenart J., Kapuścińska K.: Zaburzenia snu wśród młodzieży licealnej w Koninie. *Nowiny Lekarskie*, 2007, 76, 3, 246-250.
20. Meyer-Szary J., Jakitowicz M., Sieczkowski M., Kasperczyk J., Jakitowicz J.: Jakość snu u studentów trójmiejskich uczelni. *Sen*, 2008, 8, 1, 15-21.
21. Kasperczyk J., Kasperczyk J., Tyrpień M., Joško J.: Jakość snu u śląskich licealistów a ich obowiązki szkolne. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2010, 91, 428 – 432.
22. Blunden S.L., Chervin R.D.: Sleep problems are associated with poor outcomes in remedial teaching programmes: A preliminary study. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 2008, 44, 237–242.
23. Szelenberger W., Niemcewicz S., Płaźnik A., Skalski M.: Bezsenność: aktualny stan wiedzy. Fundacja Wspierania Rozwoju Kliniki Psychiatrycznej Akademii Medycznej w Warszawie, Warszawa, 2000.
24. Kasperczyk J., Joško J.: Analiza czynników odpowiedzialnych za złą jakość snu u studentów Śląskiego Uniwersytetu Medycznego. *Hygeia Public Health*, 2012, 47, 2, 191-195.

25. Kasperczyk J., Kasperczyk J., Jadwiga J.: Ocena związku jakości snu z wybranymi osiągnięciami i obowiązkami studentów Śląskiego Uniwersytetu Medycznego. *Annales Academiae Medicae Silesiensis*, 2013, 67, 3, 173-178.
26. Baumagart M., Weber-Rajek M., Radziwińska A., Goch A., Zukow W.: Health behaviors of students of Physiotherapy. *Journal of Education, Health and Sport*. 2015, 5, 6, 211-224.
27. Łopuszańska M., Szklarska A., Jankowska E.A.: Zachowania zdrowotne dorosłych mężczyzn i kobiet w Polsce w latach 1984-1999. *Zdrowie Publiczne*, 2004, 114, 1, 23-28.
28. Waśkiewicz A., Sygnowska E.: Wpływ poziomu wykształcenia na zachowania zdrowotne i czynniki żywieniowe związane z powstawaniem otyłości - badanie POLMONICA bis Warszawa. *Zdrowie Publiczne*, 2006, 116, 2, 227-231.
29. Rasińska R.: Nawyki żywieniowe studentów w zależności od płci. *Nowiny Lekarskie*, 2012, 81, 4, 354-359.
30. Cyburt M., Penar-Zadarko B., Binkowska-Bury M.: Wybrane aspekty stylu życia młodzieży akademickiej. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego*, 2008, 4, 314-320.
31. Seń M., Zacharczuk A., Lintowska A.: Zachowania żywieniowe studentów wybranych uczelni wrocławskich a wiedza na temat skutków zdrowotnych nieprawidłowego żywienia. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2012, 2, 2, 113-123.
32. Wójtowicz-Chomicz K., Kowal M., Kowalska M., Nieradko-Iwanicka B., Borzędzki A.: Analiza uzależnienia od nikotyny, motywacji do zaprzestania palenia i narażenia na palenie bierne wśród studentów Akademii medycznej w Lublinie. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2008, 89, 1, 142-145.
33. Walczak M., Brzeszczańska K., Wawrzyniak A.: Studenci I i IV roku Wydziału Lekarskiego a nikotyzm. Ocena sposobu uzależnienia i motywacji do zaprzestania palenia. *Polska Medycyna Rodzinna*, 2004, 6, 4, 1456-1471.
34. Buławska K., Talaga S, Lubańska-Żądło B.: Analiza zachowań zdrowotnych wśród młodzieży studiującej pielęgniarstwo i fizjoterapię. *Zdrowie Publiczne*, 2005, 115, 3, 307-311.
35. Miedziński D.S., Krajewska-Kułąk E., Kowalczyk K.: Ocena zagrożenia wybranymi uzależnieniami w populacji studentów kierunku fizjoterapia. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2013, 94, 3, 583-593.

36. Ślusarska B., Zarzycka D., Wrońska I.: Zróźnicowanie behawioralnych czynników zdrowia wśród studentów zależne od wybranych wskaźników społeczno-demograficznych i środowiskowo-kulturowych. *Journal of Education, Health and Sport*, 2015, 5, 2, 99-108.
37. Kościuczuk J., Krajewska-Kułak E., Okurowska-Zawada B.: Aktywność studentów fizjoterapii i dietetyki. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2016, 22, 1, 51–58.

**Omielan Anna¹, Cybulski Mateusz², Łobaczuk-Sitnik Anna³,
Krajewska-Kulak Elżbieta²**

1. Absolwentka kierunku Logopedia z Fonoaudiologią II stopnia, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Zakład Fonoaudiologii Klinicznej i Logopedii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Ocena jakości życia pacjentów po laryngektomii całkowitej

Wstęp

Każda operacja prowadzi do nieodwracalnych skutków wiążących się z istotną zmianą komfortu życia. Diagnoza oraz leczenie nowotworu krtani jest źródłem wielu następstw w społecznym oraz psychologicznym funkcjonowaniu pacjentów. Nie pozostaje to bez wpływu na ich samoocenę oraz poczucie własnej wartości, a także pełnienia dotychczasowych ról. Wczesna diagnostyka oraz natychmiastowa interwencja są w stanie zapobiec groźnym skutkom choroby, m.in. utracie głosu eufonicznego. Nawet po usunięciu krtani istnieje wiele możliwości rekonwalescencji oraz szansa na porozumiewanie się w sposób wyrazisty, dźwięczny i zrozumiały dla odbiorcy. To wszystko możliwe jest za pomocą innowacyjnych rozwiązań technologicznych oraz konsekwentnej rehabilitacji z udziałem logopedy, który powinien wchodzić w skład holistycznego zespołu terapeutycznego [1-3].

Laryngektomia całkowita polega na resekcji nowotworu, który jest zbyt rozległy i zagrażający życiu pacjenta. Jednocześnie zachowane zostają pozostałe funkcje narządu w prawidłowym, niezmiennym chorobowo stanie.

Podczas zabiegu krtani jest usuwana całkowicie wraz z przestrzenią przednagłośniową i kością gnykową. Krtani jest oddzielana od przełyku i tchawicy, podstawy języka i krtaniowej ściany gardła. Pozostałą część tchawicy używa się do wytworzenia tracheostomii, poprzez wszycie jej na stałe w powłoki skórne. Tracheostomia separuje drogę oddechową od pokarmowej, przełyk pozostaje otwarty, natomiast gardło dolne pokrywa się mięśniami przedkrtaniowymi. Operacja usunięcia krtani wiąże ze sobą utratę funkcji tego narządu: oddechowej, fonacyjnej i ochronnej [4, 5].

Usunięcie krtani jest niezbędne w przypadku nowotworów obejmujących chrząstki krtani. W szczególności wskazane jest, kiedy guz umiejscowiony jest na zewnątrz puszkii krtani,

a także w sytuacji wznowy guzów, gdy wcześniejsze zabiegi nie przyniosły oczekiwanych rezultatów. W tych przypadkach badania wykazały, że pacjenci, którzy przeszli całkowitą resekcję krtani mają lepsze rokowania onkologiczne [6, 7].

Laryngektomia całkowita stosowana jest zarówno ze wskazań onkologicznych, jak i przy innych chorobach. Przykładami są rozległe urazy, które doprowadziły do dysfunkcji narządu, radionekroza części chrzęstnych krtani, a także masywna, rozprzestrzeniająca się ropowica krtani, w której zaobserwowano martwicze cechy chrząstki. Wskazaniem do resekcji mogą być również stany po operacjach częściowych, oszczędzających [5-7].

Laryngektomia całkowita jest powodem wielu konsekwencji zdrowotnych. Najpoważniejszą z nich jest usunięcie fałdów głosowych, a co za tym idzie utrata głosu, jego barwy, w wyniku czego mowa pacjenta staje się bezdźwięczna. Kolejnym skutkiem jest zanik węchu, nierozpoznawanie zapachów, a także zanik obronnego odruchu krtani. Po usunięciu krtani pacjent traci czynność nagrzewania, nawilżania oraz oczyszczania powietrza oddechowego. Utrata tych funkcji może prowadzić do zaburzeń emocjonalnych, socjalnych oraz ekonomicznych, które są ściśle związane z pogorszeniem stanu zdrowia [8, 9]. Kluczowym zadaniem rehabilitacji osób laryngektomowanych, które zasadniczo determinuje przystosowanie do nowej roli w społeczeństwie, sytuacji zawodowej i psychologicznej jest ukształtowanie głosu dźwięcznego i wyraźnego oraz mowy zastępczej [8-10].

Cel pracy

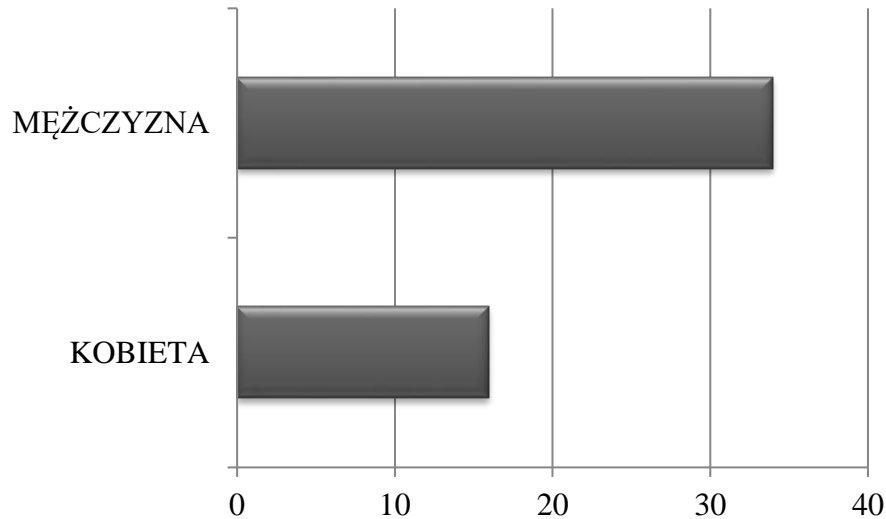
Celem pracy była ocena jakości życia pacjentów laryngektomowanych, w szczególności ocena akceptacji choroby po laryngektomii całkowitej, porównanie własnej skuteczności po usunięciu krtani oraz ocena satysfakcji z życia wśród pacjentów laryngektomowanych.

Materiał i metodyka badań

Badaniami objęto grupę 50 osób po laryngektomii całkowitej. Byli to pacjenci Kliniki Otolaryngologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, a także członkowie Mazowieckiego Stowarzyszenia Osób Bez Krtani "Szansa" i Bydgoskiego Stowarzyszenia Laryngektomowanych.

Badania przeprowadzono po wcześniejszym uzyskaniu zgody Dyrektora Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego i Prezesów ww. Stowarzyszeń, a także Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (uchwała nr R-I-002/160/2018).

Charakterystykę badanej populacji pod względem płci przedstawiono na Rycinie 1. Respondentami były osoby w wieku od 46 do 84 lat. Średni wiek badanych pacjentów wyniósł 62 lata.

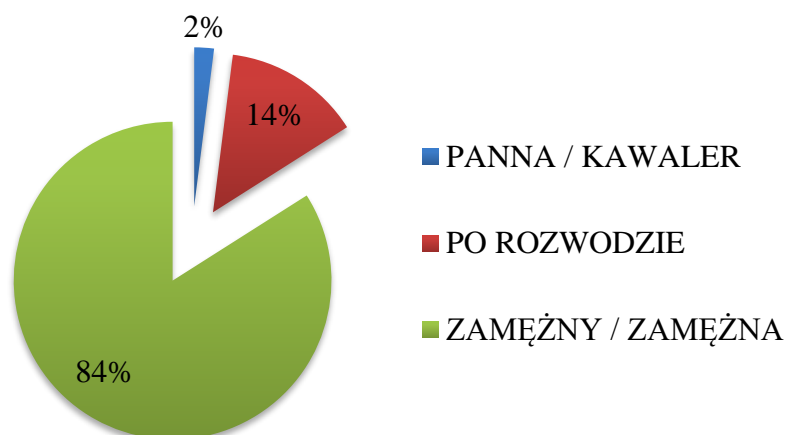


Rycina 1. Płeć badanych

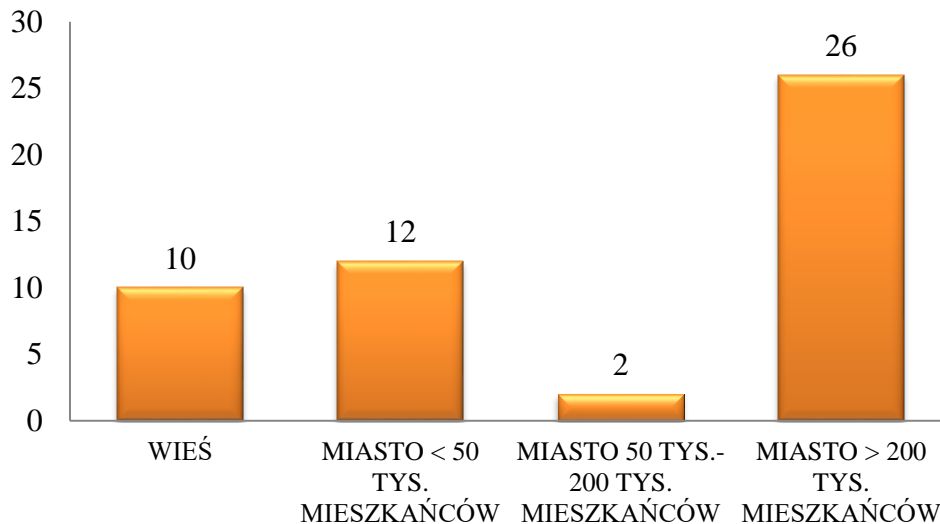
Najwyższy odsetek badanych (84%) pozostawał w związku małżeńskim. Pozostałe dane przedstawiono na Rycinie 2.

W grupie ankietowanych ponad połowa respondentów mieszkała w mieście powyżej 200 tysięcy mieszkańców, natomiast 20% ankietowanych stanowiły osoby ze wsi (Rycina 3).

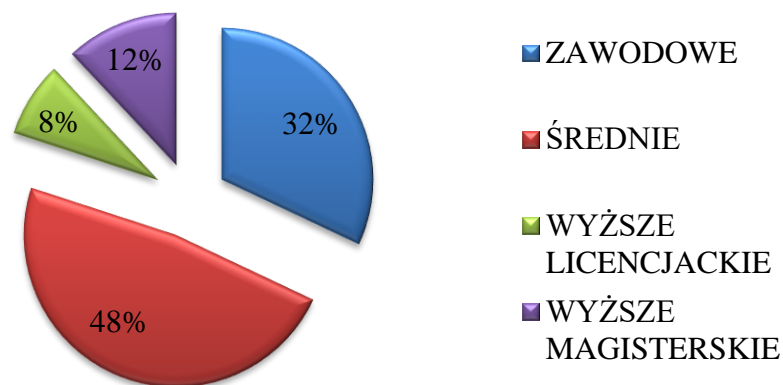
W badanej grupie 48% ankietowanych deklarowało wykształcenie średnie, zaś 32% - zawodowe (Rycina 4).



Rycina 2. Stan cywilny respondentów



Rycina 3. Miejsce zamieszkania ankietowanych



Rycina 4. Wykształcenie badanych

Wykorzystaną metodą badawczą była metoda sondażu diagnostycznego. Technika badawczą, jaką posłużono się w pracy, były następujące standaryzowane skale psychometryczne, poprzedzone pytaniami dotyczącymi charakterystyki społeczno-demograficznej respondentów (wiek, płeć, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia, stan cywilny):

1. Skala Akceptacji Choroby (*Acceptance of Illness Scale – AIS*).
2. Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (*Generalized Self-Efficacy Scale – GSES*).
3. Skala Satysfakcji z Życia (*Satisfaction with Life Scale – SWLS*).

4. Szpitalna Skala Lęku i Depresji w wersji zmodyfikowanej (*Hospital Anxiety and Depression Scale – Modified – HADS-M*).

Skala Akceptacji Choroby została stworzona przez Felton i wsp., zaś polska wersja została zaadaptowana przez Juczyńskiego. Skala posiada 8 stwierdzeń, które opisują skutki złego stanu zdrowia. Wszystkie stwierdzenia zawierają 5-stopniową skalę, pacjent ma za zadanie określić swój aktualny stan zdrowia, zaznaczając adekwatną cyfrę od 1 do 5, gdzie 1 oznacza całkowitą zgodę ze stwierdzeniem, a 5 - zdecydowaną niezgodę. Dostosowując skalę Likerta do analizowanej skali, 1 oznacza złe przystosowanie do choroby, a 5 – pełną akceptację danego schorzenia. Poziom akceptacji choroby jest wartością wszystkich punktów i wynosi od 8 do 40 punktów. Pytania zostały sformułowane w jednoraki sposób, wyrażający ograniczenia oraz trudności spowodowane chorobą. Omawiana skala charakteryzuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi, jej rzetelność jest sprawdzana wskaźnikiem Cronbacha i formuje się na poziomie 0,85. Trafność skali odnosząca się do efektów leczenia, została ustalona na poziomie 0,42, $p < 0,01$. Zdaniem autorów analizowaną skalę można stosować do oceny akceptacji każdej choroby [11, 12].

Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności zbudowana jest z 10 twierdzeń. Narzędzie obejmuje wymiar ogólnych wrażeń jednostki, które przejawiane są jej przeświadczeniem co do umiejętności radzenia sobie z przeszkodami i trudnymi sytuacjami. Respondent zaznacza wybrane odpowiedzi zaznaczając kółkiem właściwą odpowiedź. Do wyboru są 4 odpowiedzi, od „NIE” – które oceniane jest 1 punktem, do „TAK” – które oceniane jest 4 punktami. Całość wszystkich wyników wskazuje ogólny poziom poczucia własnej skuteczności. Im większe jest poczucie własnej skuteczności, tym wyższa ocena. W niemieckich badaniach dokonanych na próbie 1660 dorosłych osób, otrzymano średni wynik 29,28 (SD = 4,6). Przeciętny wynik dla całej grupy sięga 27,32 i jest zbliżony do średniego wyniku wersji oryginalnej. Statystycznie nie stwierdzono znacznych różnic dotyczących wieku, płci i wykształcenia [13].

Skala Satysfakcji z Życia składa się z 5 stwierdzeń, które są oceniane w 7-stopniowej skali i umożliwia ocenę satysfakcji z życia oraz poczucie zadowolenia z osobistych osiągnięć. Punktowane odpowiedzi mieszczą się w skali od 5 do 35 punktów. Im mniej punktów, tym większe niezadowolenie z życia [14].

Szpitalna Skala Lęku i Depresji w wersji zmodyfikowanej składa się z dwóch niezależnych podskal. Każda z nich zawiera siedem stwierdzeń, które odnoszą się do lęku i depresji, a za każde stwierdzenie ankietowany może otrzymać od 0 do 3 punktów. Wynik maksymalny oddzielnie dla depresji i lęku wynosi 21 punktów. Badania poprawności testu wykazały satysfakcjonującą trafność i rzetelność. Współczynnik korelacji rang Spearmana między częściami testu, a generalnym wynikiem wybranej podskali okazał się istotny statystycznie na poziomie $p < 0,01$ i oscylował od 0,41 do 0,76. Dzięki porównaniu wyników skali HADS z oceną przeprowadzoną za pomocą wywiadu oszacowano trafność testu. Otrzymane w ten sposób parametry korelacji sięgały: dla podskali depresji 0,79, natomiast dla podskali lęku 0,54. Analiza pogrupowanych kategorii danych z poszczególnych podskal umożliwiła wyłonienie 3 istotnych stopni wysokości wyników: 11-21 - stwierdzenie zaburzeń, 8-10 - stany graniczne, 0-7 brak zaburzeń [15-17].

Dane zostały przeanalizowane w programie STATISTICA 13.1 przy użyciu testu statystycznego Kruskala-Wallisa, który wykorzystany został do porównania wielu prób niezależnych grup, test został użyty do porównania wpływu wykształcenia na akceptację choroby i satysfakcję z życia. W badaniach użyto również testu U Manna-Whitneya, który pozwolił ocenić zależność pomiędzy dwoma próbami niezależnych grup (wiek, płeć, stan cywilny, miejsce zamieszkania, akceptacją choroby, satysfakcją z życia, występowanie depresji i lęku). Dodatkowo w analizie wykorzystany został test dla współczynnika korelacji rang Spearmana, który pozwolił ocenić zależność między wiekiem, a występowaniem depresji lub poziomem akceptacji.

Wyniki badań

Analiza wyników uzyskanych na podstawie skali AIS wykazała, że poziom akceptacji choroby w badanej grupie osób po laryngektomii całkowitej uzyskiwał wartość subtelnie wyższą od przeciętnej (63,8%). Świadczy to o całkiem dobrym zaadaptowaniu się do życia po utracie krtani.

Najniższa wartość punktowa akceptacji choroby wyniosła 12 punktów, a najwyższa – 39 punktów (Rycina 5). Odchylenie standardowe (SD) wyniosło 7,43. Szczegółowe dane zaprezentowano w Tabeli I.

Tabela I. Akceptacja choroby

Skala	AIS
Zakres wyników dla skali	8-40
Średnia	28,42
Min.	12
Maks.	39
Mediana	29,5
SD	7,43

Analizując wyniki badań przy wykorzystaniu testu korelacji rang Spearmana zaobserwowano, że wiek badanych respondentów wpływał na akceptację choroby, ponieważ wraz ze wzrostem wieku spadał poziom akceptacji choroby (Tabela II).

Tabela II. Zależność pomiędzy akceptacją choroby a wiekiem

Wiek	n	R Spearman	p
AIS	50	-0,01	0,47

Przeprowadzony test U Manna-Whitneya potwierdził, iż dla $p < 0,05$ płeć istotnie statystycznie wpływała na poziom akceptacji choroby – kobiety charakteryzowały się niższym poziomem akceptacji choroby (13,87), niż mężczyźni (29,17) (Tabela III).

Test Kruskala-Wallisa potwierdził, że poziom wykształcenia istotnie statystycznie wywierał wpływ na akceptację choroby (AIS) – $p < 0,01$. Z Tabeli IV wynika, iż wyższe wykształcenie wpływało na lepszą adaptację do choroby.

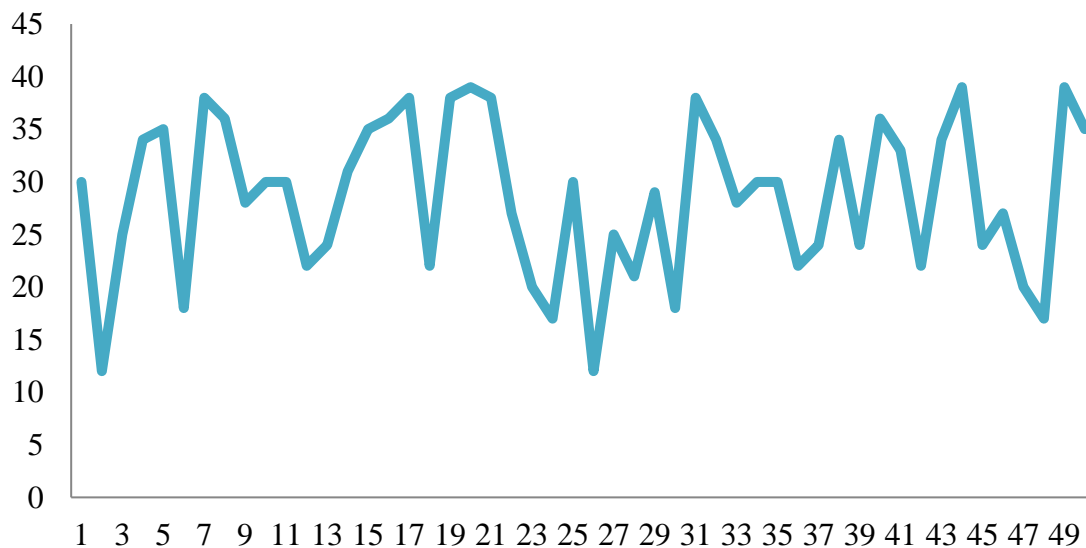
Tabela III. Zależność pomiędzy akceptacją choroby, a płcią

AIS					
Płeć	n	Średnia rang	Suma rang	Z	p<0,05
Kobieta	12	13,87	166,5	3,150	0,001
Mężczyzna	38	29,17	1108,5		

Tabela IV. Zależność pomiędzy poziomem wykształcenia, a akceptacją choroby

Wykształcenie	n	Zawodowe (średnia)	Średnie (średnia)	Wyższe (średnia)	χ^2 Kruskal-Wallis	p
AIS	50	26,6	27,18	31,7	7,5	0,01

Najniższym średnim wynikiem akceptacji choroby cechowała się grupa osób rozwiedzionych (18). Osoby pozostające w związkach lepiej radziły sobie z przystosowaniem się do nowej sytuacji zdrowotnej (24,29). Miejsce zamieszkania również miało znaczenie, bowiem osoby zamieszkujące wieś uzyskały mniej punktów (22,6), niż osoby zamieszkałe w miejscowościach liczących ponad 200 tys. mieszkańców (27,46). Przeprowadzony test U Manna-Whitneya zestawiający wartości punktowe akceptacji choroby ze stanem cywilnym i miejscem zamieszkania respondentów nie wykazał istotnych różnic.

**Rycina 5. AIS - wskaźnik akceptacji choroby**

Analiza wyników Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności pokazała, iż subiektywny poziom własnej skuteczności u osób po laryngektomii całkowitej wyniósł 33,3, co stanowiło wynik powyżej przeciętny (Rycina 6), w porównaniu do 27,32, który był średnim wynikiem wersji oryginalnej (Tabela V).

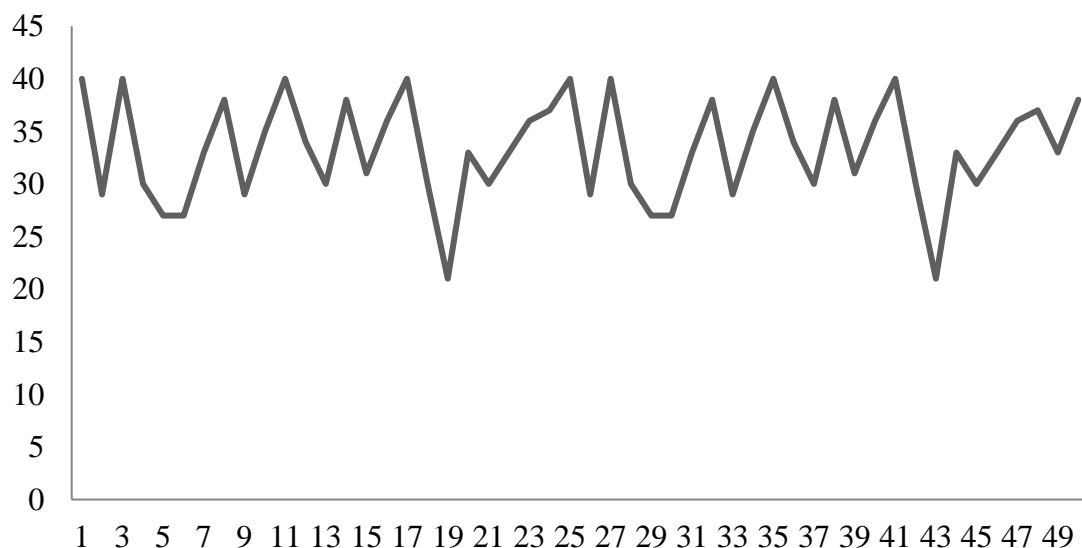
Tabela V. Uogólniona własna skuteczność

Skala	GSES
Zakres wyników da skali	10-40
Średnia	33,3
Min.	21
Maks.	40
Mediana	33
SD	4,9

Analizując wyniki badań przy użyciu korelacji rang Spearmana, zauważono istotną zależność wieku i własnej skuteczności. W Tabeli VI można zaobserwować korelację ujemną, co oznacza, że własna skuteczność była tym lepsza, im młodszy był pacjent.

Tabela VI. Zależność pomiędzy wiekiem, a uogólnioną własną skutecznością

Wiek	n	R Spearman	p
GSES	50	-0,2	0,05

**Rycina 6. GSES - wskaźnik własnej skuteczności**

Uzyskane wyniki wykazały, że stan cywilny pacjentów wpływał na własną skuteczność. Osoby rozwiedzione oceniły swoją skuteczność na poziomie 30,6 punktów, natomiast osoby zamężne uzyskały wynik wyższy o 3,2 punktu.

Zaobserwowano także korelację pomiędzy własną skutecznością, a miejscem zamieszkania – osoby zamieszkujące wieś miały niższy poziom własnej skuteczności (31,2), niż osoby zamieszkujące miasto powyżej 200 tys. mieszkańców (34,5), jednak wyniki te nie okazały się być istotne statystycznie. Ponadto, nie odnotowano statystycznie istotnych różnic odnoszących się do wykształcenia i płci.

Satysfakcja z życia badana skalą SWLS oscylowała wokół wartości wyższych (55,4%) niż średnie, co przedstawiono w Tabeli VII. Maksymalna ilość punktów do zdobycia wynosiła 35. Najniższy odnotowany wynik wyniósł 13 punktów, zaś najwyższy – 29 punktów (Rycina 7).

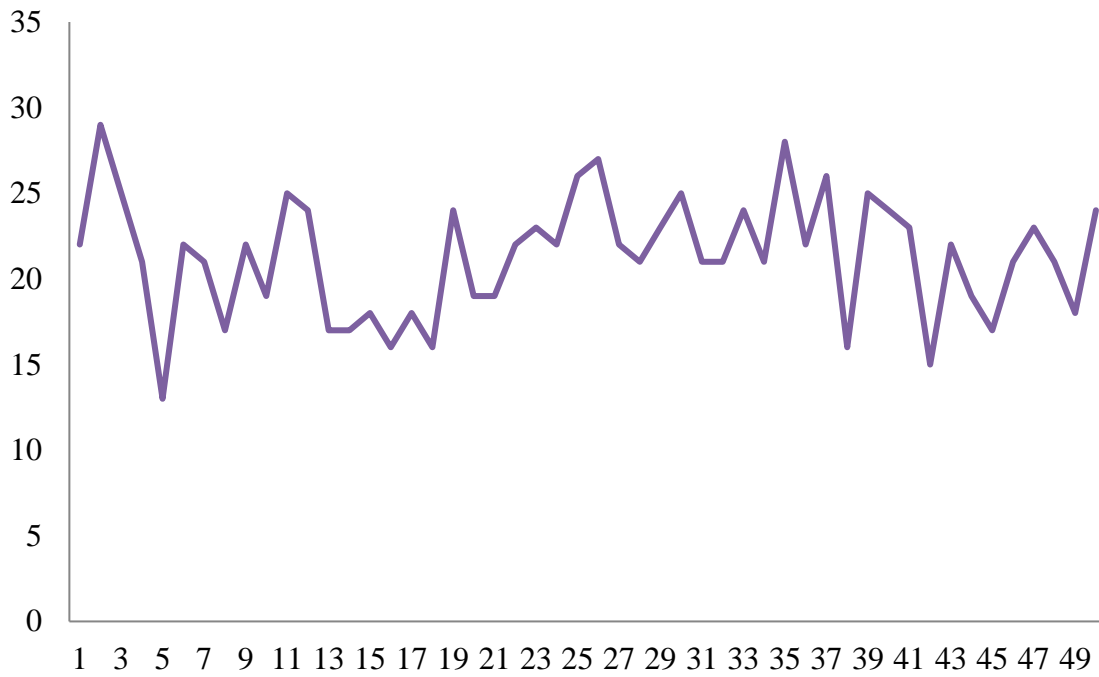
Analizując dane za pomocą testu korelacji rang Spearmana wykazano, że wiek respondentów istotnie wpływał na satysfakcję z życia ($p < 0,5$). W Tabeli VIII przedstawiono uzyskaną dodatnią korelację, która oznacza, że wraz ze wzrostem wieku wzrastała również satysfakcja z życia.

Tabela VII. Satysfakcja z życia

Skala	SWLS
Zakres wyników dla skali	5-35
Średnia	21,32
Min.	13
Maks.	29
Mediana	22
SD	3,52

Tabela VIII. Zależność pomiędzy satysfakcją z życia a wiekiem badanych

Wiek	n	R Spearman	p
SWLS	50	0,39	0,05

**Rycina 7. SWLS - wskaźnik satysfakcji z życia**

Na podstawie wyników przedstawionych w Tabeli IX można stwierdzić, że im wyższy był poziom wykształcenia respondentów, tym wyższy był również poziom satysfakcji z życia.

Różnice w subiektywnym odczuciu satysfakcji życia okazały się niewielkie w grupie kobiet (18,5) i mężczyzn (19,8). Badani pochodzący z większych miast wykazywali wyższy poziom satysfakcji z życia (24,3), niż osoby mieszkające w miejscowościach o niższej gęstości zaludnienia (22,8). Ze względu na niskie zróżnicowanie wyników analiza testu U Manna-Whitneya nie wykazała istotnie statystycznej zależności pomiędzy poziomem satysfakcji z życia osób po laryngektomii całkowitej a płcią, miejscem zamieszkania oraz stanem cywilnym.

Tabela IX. Zależność pomiędzy poziomem wykształcenia a satysfakcją z życia

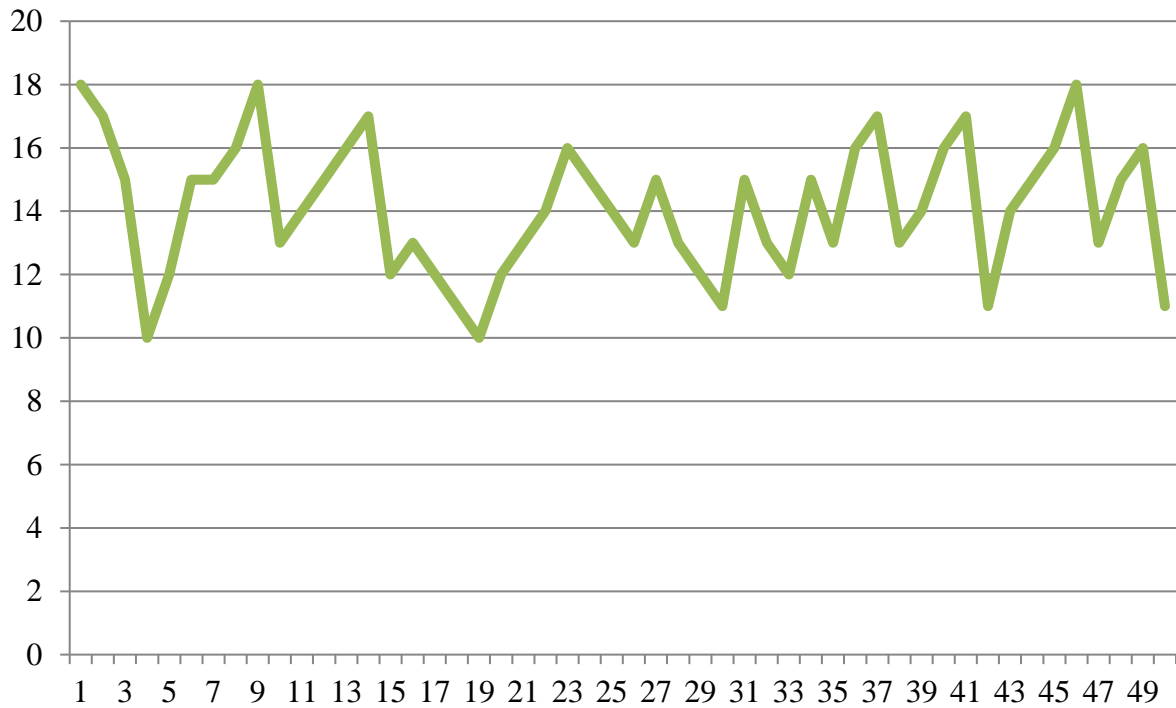
Wykształcenie	n	Zawodowe (średnia)	Średnie (średnia)	Wyższe (średnia)	χ^2 Kruskal-Wallis	p
SWLS	50	15,2	15,7	16,5	4,8	0,21

Analizując Szpitalną Skalę Lęku i Depresji (HADS-M) można stwierdzić, iż odczuwanie lęku oraz depresji u pacjentów po usunięciu krtani odpowiadało wartościom skali powyżej średniej (14,14 oraz 14,56). Wśród wszystkich badanych najniższy wynik dla skali lęku wynosił 10, natomiast dla skali odpowiadającej depresji był nieznacznie wyższy (12). W Tabeli X przedstawiono ponadto najwyższe wyniki skali, które różniły się od siebie zaledwie 1 punktem.

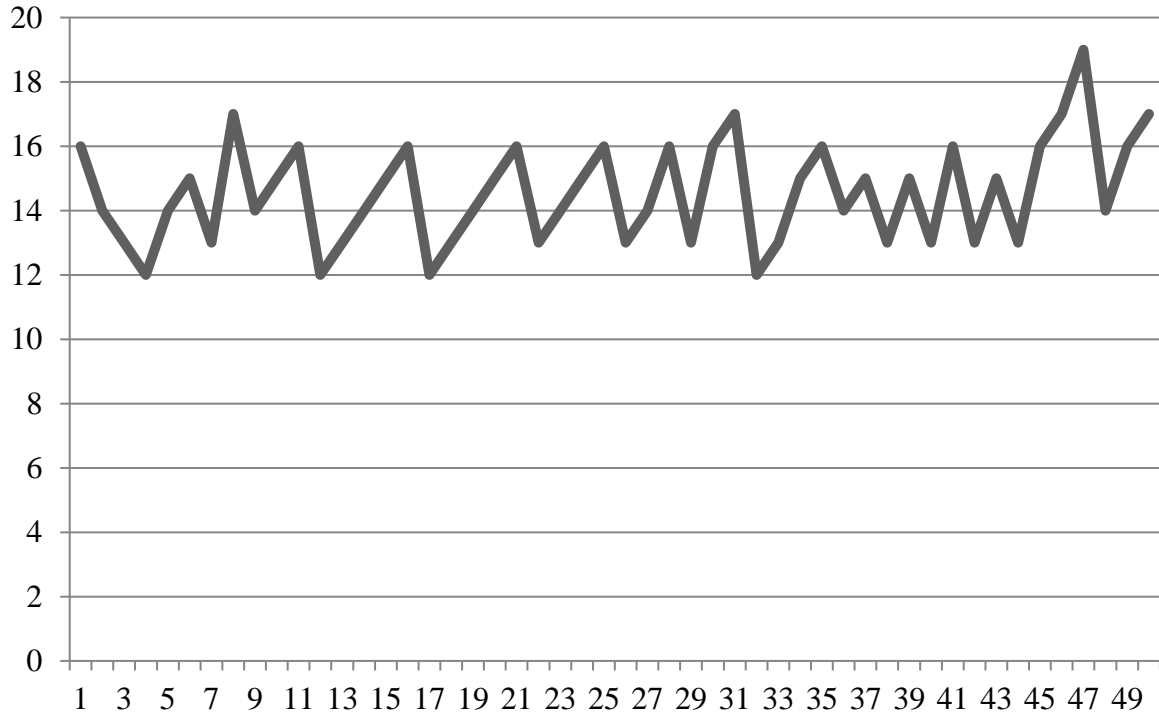
Uzyskane przy użyciu Szpitalnej Skali Lęku i Depresji wyniki badań ujawniły, iż 49 osób spośród 50 ankietowanych posiadało zaburzenia ze względu na odczuwanie lęku i depresji po laryngektomii całkowitej, a 1 osoba była w stanie granicznym pod względem poczucia lęku. Szczegółowe dane przedstawiono na Rycinie 8 i 9.

Tabela X. Szpitalna Skala Lęku i Depresji

Skala	HADS - M	HADS - M
Badana wartość	Lęk	Depresja
Zakres wyników dla skali	0-21	0-21
Średnia	14,14	14,56
Min.	10	12
Maks.	18	19
Mediana	14	14,5
SD	2,12	1,6



Rycina 8. HADS – M – wskaźnik odczuwania lęku



Rycina 9. HADS – M – wskaźnik odczuwania depresji

W Tabeli XI przedstawiono korelację pomiędzy wiekiem respondentów, a poziomem odczuwania lęku oraz depresji. Test R Spearmana ukazał ujemną korelację dla lęku, co oznacza, iż wraz ze wzrostem wieku słabło odczuwanie lęku. Natomiast korelacja między wiekiem, a depresją ujawniła, iż wraz ze wzrostem wieku wzrastało poczucie depresji.

Bazując na analizie testu U Manna-Whitneya nie zauważono istotnie statystycznej zależności pod względem płci, stanu cywilnego lub miejsca zamieszkania i poziomem odczuwania lęku oraz depresji u osób po laryngektomii całkowitej.

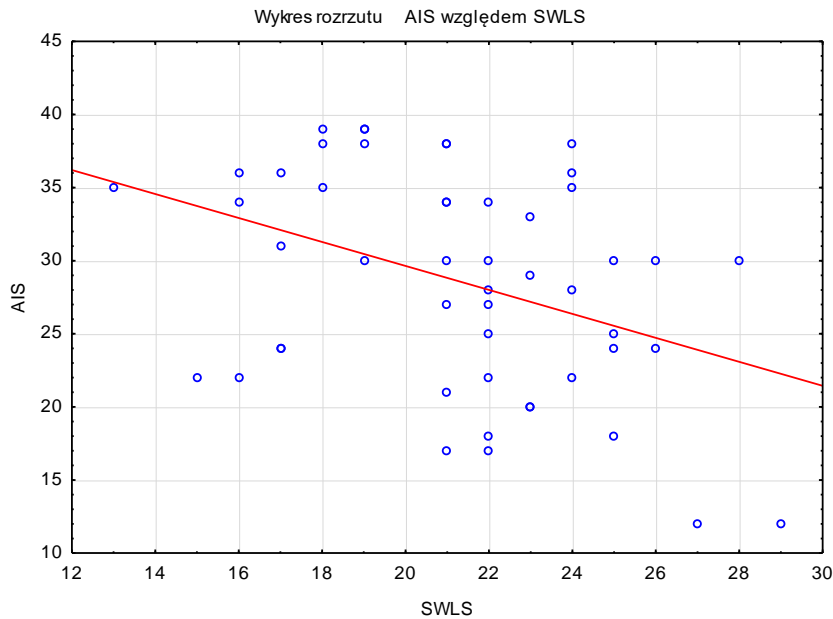
Tabela XI. Zależność pomiędzy odczuwaniem lęku i depresji a wiekiem

Wiek	Badana wartość	n	R Spearman	p
HADS -M	Lęk	50	-0,03	0,5
HADS -M	Depresja	50	0,5	0,5

Na podstawie analizy poszczególnych skal w większości przypadków wyniki nie okazały się istotnie statystycznie, jednak warto zwrócić uwagę na wskaźniki skali AIS i SWLS, w której stwierdzono korelacje ujemną, co świadczy o tym, że im bardziej pacjenci akceptowali chorobę, tym satysfakcja z życia była niższa, natomiast osoby bardzo zadowolone z życia charakteryzowały się niskim poziomem akceptacji choroby. Wyniki zostały przedstawione w Tabeli XII oraz na Rycinie 10.

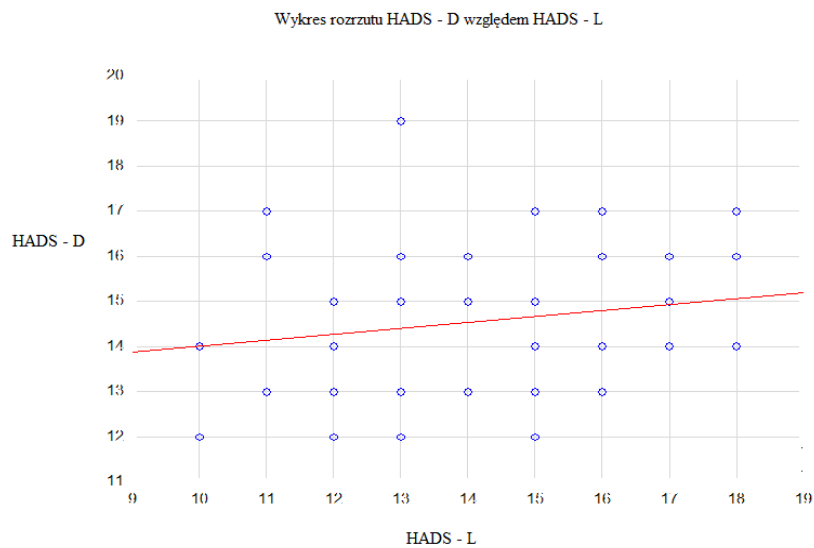
Tabela XII. Korelacja porządku rang Spearmana wszystkich skal

	AIS	GSES	SWLS	HADS - L	HADS - D
AIS	-	0,171	-0,366	-0,160	0,066
GSES	0,171	-	0,036	0,245	0,156
SWLS	-0,366	0,036	-	0,099	0,077
HADS - L	-0,160	0,245	0,099	-	0,183
HADS - D	0,066	0,156	0,077	0,183	-

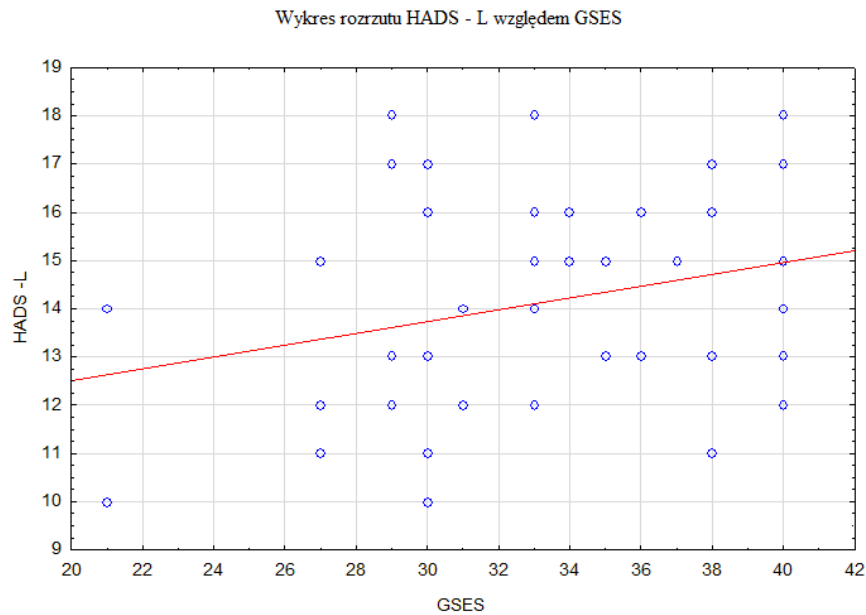


Rycina 10. Wykres zależności wyników skali AIS względem SWLS

Analiza skali HADS wykonana korelacją porządku rang Spearmana wykazała brak związku między częściami testu, a także nie potwierdziła zgodnej z literaturą istotności statystycznej na poziomie $p < 0,01$. Wyniki zostały przedstawione na Rycinie 11. Sprawdzone również korelacje między skalami GSES i HADS-L, w których zaobserwowano tendencję wzrostową, tzn., gdy podnosi się uogólniona własna skuteczność, to wraz z nią rośnie tendencja do lęku. Tendencja wzrostowa tych skal nie okazała się istotna statystycznie. Wyniki zostały przedstawione na Rycinie 12.



Rycina 11. Wykres zależności wyników skali HADS



Rycina 12. Wykres zależności wyników skali HADS (lęk) i GSES

Dyskusja

Na poziom życia po laryngektomii całkowitej składa się wiele czynników, takich jak poziom akceptacji choroby, satysfakcja z życia, poczucie własnej skuteczności, czy też występujące często zaburzenia, takie jak lęk i depresja. Sposób, w jaki pacjent przyjmie wiadomość o nowotworze oraz jakie będzie jego późniejsze zachowanie zależy od kilku czynników, takich jak wiek w trakcie zachorowania, cechy charakteru, stan materialny oraz wiele innych. Osiągnięcie akceptacji nowotworu zawsze jest trudne i wieloetapowe. Główne etapy to: zaprzeczenie, izolacja i lęk, złość i gniew, targowanie się, osiągnięcie depresji, pogodzenie się z chorobą i akceptacja, jednak nie zawsze występują one wszystkie, a czasem przez niektóre etapy choroby przechodzą kilka razy. Bardzo ważne jest, aby pacjent wiedział, że takie emocje mogą występować i są całkowicie normalne oraz potrzebne w procesie akceptacji choroby, dzięki nim chory może próbować je przewartościować, co prowadzi do całkowitej lub chociaż przeciętnej akceptacji, która pozwoli korzystać z życia w pełni. Jedynie akceptacja ograniczeń i przeszkód wywołanych przez nowotwór umożliwia proces rozwoju motywacji, osiągnięcie celów i zwycięstwo nad trudnościami związanymi z chorobą nowotworową [16, 17]. Można wywnioskować, że zróżnicowanie w stopniu akceptacji nowotworu oraz stanu po chorobie wynikało z różnego poziomu zaawansowania choroby i wybranych pacjentów,

dlatego u każdego chorego pojawiały się inne problemy i trudności, różnorakie powikłania oraz powiązane z nimi objawy i dolegliwości.

Badania własne wykazały, że osoby po usunięciu krtani wykazywały całkiem dobrą akceptację swojego stanu zdrowia. Akceptację na poziomie zdecydowanym wykazało 14 osób, kolejne 23 osoby akceptowały swój stan w stopniu przeciętnym, natomiast pozostali respondenci prezentowali niski poziom akceptacji choroby. Zanotowano znaczącą różnicę pomiędzy grupami płci w ocenie stwierdzenia „*choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół*”, w którym najwyższy poziom akceptacji prezentowali mężczyźni. Akceptacja choroby malała w ocenie sformułowania „*problemy ze zdrowiem. sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych, niż tego chcę*”. Taki wynik skłania do wniosku, że im dłużej osoba była chora i nie mogła poradzić sobie z akceptacją siebie po operacji, tym jej stan psychiczny był gorszy. W związku z tym pacjenci bez krtani, przynajmniej na początku swej drogi, muszą korzystać z pomocy innych osób, co powoduje ograniczenie ich samowystarczalności. Pacjenci stopniowo muszą rezygnować z ulubionych czynności, które wykonywali dotychczas, zarówno w sferze prywatnej, jak i zawodowej.

W badaniach Niedzielskiego i wsp. [18] sprawdzano stopień akceptacji choroby w poszczególnych schorzeniach przewlekłych. Analizą objęto pacjentów z niewydolnością nerek, chorobą niedokrwinną serca, cukrzycą i astmą oskrzelową. Uzyskane wyniki wykazały zbliżony poziom akceptacji w każdej wymienionej jednostce chorobowej, jak w badaniach autorskich. Jak donosi Zarzycka [19], osoby z założoną rurką tracheostomijną cechuje ogółem średni poziom akceptacji choroby, natomiast wyniki Kurowskiej [20] potwierdzają średnią ocenę akceptacji choroby, jednak według jej badań jakość życia rośnie wraz z akceptacją choroby. W swoich badaniach autorka opisuje, że im wyższa jest akceptacja choroby, tym lepsza jakość życia. Kurowska dodaje również, że jakość życia nie zależy tylko od pacjenta, ale dodatkowo od tego, w jaki sposób społeczeństwo akceptuje odmiennosć człowieka [20]. Również badania Lelonek [21] wykazały, iż pacjenci wykazywali średni stopień akceptacji choroby, asymilując się przeciętnie do sytuacji choroby. Wśród czynników społeczno-demograficznych zanotowano wyraźny związek ($p < 0,05$) pomiędzy miejscem zamieszkania i poziomem akceptacji choroby. Respondenci mieszkający na wsiach i w niewielkich miasteczkach cechowali się niższym stopniem akceptacji choroby, niż osoby, które mieszkały w dużych miastach. Według badań Lelonek największą trudność związaną z akceptacją choroby wykazywały kobiety i osoby legitymujące się wykształceniem podstawowym. Dodatkowo wyciągnęła wniosek, iż pacjenci deklarujący pozytywne działanie w sytuacjach

trudnych lepiej asymilują się z chorobą [21]. Również w badaniach przeprowadzonych przez Kurpas wyniki kwestionariusza AIS oscylowały powyżej średniej [22].

Wyniki badań uogólnionej własnej skuteczności, uzyskane w badaniu własnym, były znacznie wyższe niż wartości średnie. Najwyższą własną skuteczność prezentowało 36 badanych, natomiast minimalny wynik (21) uzyskały 2 osoby. Najwyższymi wartościami punktowymi cechowała się ocena stwierdzenia „*zazwyczaj jestem w stanie poradzić sobie z tym, co mnie spotyka*”. Analiza badań Andruszkiewicz [23] wykazała, że im lepsze poczucie zrozumiałości oraz poczucie skuteczności, a także im młodszy wiek, tym wyższy stopień akceptacji choroby. Dodatkowo autorka stwierdziła, iż uogólnione poczucie własnej skuteczności, to kluczowy element określający poziom akceptacji choroby nowotworowej u respondentów. Andruszkiewicz stwierdziła również, że istotnym aspektem w procesie przygotowania osoby po laryngektomii całkowitej do życia z chorobą przewlekłą jest uwzględnienie zasobów osobistych [23]. Badania przeprowadzone przez Kózkę również wykazały dominację średnich wartości w zakresie poczucia własnej skuteczności [24].

Satysfakcja z życia, oceniona w badaniu własnym, okazała się być również powyżej średniej. Dziewięć osób było usatysfakcjonowanych ze swojego życia w 90%, natomiast 15 badanych uzyskało wynik poniżej 20 punktów na 35 możliwych do zdobycia. Osoby laryngektomowane najniższej oceniały stwierdzenie „*pod bardzo wieloma względami moje życie jest bliskie ideału*”. Większość badanych było zadowolonych z własnego życia i gdyby miało przeżyć je jeszcze raz, to nie zmieniłoby w nim prawie niczego. Juzwiszyn [25] w swojej pracy wykazała, iż samoocena stanu zdrowia (na bazie przeprowadzonych badań) pozwala wywnioskować, iż poziom jakości życia osób po laryngektomii całkowitej jest przeciętny. Największą przeszkodą okazał się problem z porozumiewaniem się. Na jakość życia wpływa również nieprzychylna postawa otoczenia oraz inny wygląd zewnętrzny [25]. Badanie przeprowadzone przez Olejniczaka i Sawicką wśród osób po laryngektomii całkowitej ze Stowarzyszenia Osób Bez Krtani „Szansa” wykazało, iż wśród 50 chorych z analizowanej grupy (80% mężczyźni, 20% kobiety), największą grupą byli pacjenci powyżej 60. r.ż. Połowa badanych potwierdziła, że zmiana wyglądu wynikła z choroby, a także sposobu leczenia i była powodem do zmiany kontaktów i relacji z rodziną. Komunikowanie się z innymi, zdrowymi ludźmi po usunięciu krtani stwarzało problem i było krępujące oraz wstydlive dla 56% pytanych [26,27]. Według badań przeprowadzonych w Klinice Otolaryngologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, jedynie u 4% badanych leczenie oraz choroba nie wpłynęły na zmianę zainteresowań [28, 29].

Uzyskane w badaniu autorskim wartości odnoszące się do lęku i depresji (HADS) również były powyżej średniej (14,14 oraz 14,56). Wyniki uzyskanych wskaźników skali HADS odpowiadają innym porównywalnym badaniom [9, 30, 31]. Jak donosi Cieślak, pacjentom laryngektomowanym często towarzyszy lęk przed odrzuceniem, a także przed konsekwencjami choroby, obniżenie odczuwania sensu życia i dyskomfort psychiczny, który może doprowadzić do depresji, a nawet myśli samobójczych [30]. Udowodniono, że poziom depresji u pacjentów po laryngektomii częściowej był niższy, niż u osób po całkowitym usunięciu krtani [30]. Badania Offermana i wsp. wykazały natomiast, że znaczna grupa pacjentów po laryngektomii całkowitej zgłaszała uczucie zależności od bliskich i miała wrażenie przeciążania swych rodzin i partnerów przez trudne leczenie chirurgiczne oraz jego konsekwencje [32]. Zauważono również, iż pacjenci po laryngektomii mają mniejsze skłonności do reakcji depresyjnych niż chorzy po leczeniu chirurgicznym innych nowotworów w obrębie szyi i głowy. Można stwierdzić, że osoby chore na nowotwory, u których zostały wykryte guzy w obrębie szyi i głowy zapadały częściej na depresję z powodu wysokiego poziomu stresu [33-35].

Na podstawie analizy przeprowadzonych badań można stwierdzić, że smutek i znużenie to objawy najczęściej zgłaszane przez laryngektomowanych pacjentów. Smutek jest początkowym objawem choroby, następnie pojawia się zmęczenie, trudności w koncentracji uwagi, zmniejszenie apetytu, poczucie wewnętrznego napięcia oraz w nielicznych przypadkach myśli samobójcze. Wyniki niniejszej pracy wskazują, że zmęczenie oraz znużenie stanowiły najbardziej dokuczliwe symptomy choroby nowotworowej. Objawy te wykazywała ponad połowa respondentów. Pozostałymi uciążliwymi objawami przytoczonymi przez pacjentów były: napady panicznego lęku, poczucie psychicznego dołku, przerażające uczucie związane z przykrą sytuacją w przyszłości, napięcie, podenerwowanie, skrócenie snu. Wyszczególnione dolegliwości na pewno nie wpływały pozytywnie na jakość życia osób po laryngektomii. U pacjentów, którzy charakteryzowali się dużym napięciem i podenerwowaniem, a także częstym napływem smutnych myśli odnotowano niższy poziom satysfakcji z życia, natomiast respondenci, którzy czuli się weseli oraz pogodni mieli wyższy poziom akceptacji choroby oraz lepszą jakość życia. Choroba nowotworowa wpływa w ogromnym stopniu na sferę życia fizycznego oraz społecznego. W analizowanej grupie osób po laryngektomii całkowitej wyróżniono część, gdzie szczególnie można zauważyć trudności emocjonalne charakteryzujące się wysokim wskaźnikiem bezradności, smutku, wewnętrznego napięcia, a także niskim stopniem akceptacji choroby.

Badania zrealizowane przez Karczmarek-Borowską [36] wskazują, że jakość życia osób po laryngektomii całkowitej związana jest także z rehabilitacją. Codzienna aktywność, minimalny udział fizyczny w porannej gimnastyce wywierały pozytywny wpływ na sferę fizyczną oraz psychiczną chorych. Podejmowane przez badanych aktywności sprawiały, że pacjenci zaczęli wierzyć we własne możliwości i siły, co stanowczo obniżało ich poczucie lęku oraz skłonności do depresji. Otrzymane wyniki pokazują jak ogromne znaczenie wywiera rehabilitacja na osoby chore na raka [36]. Inne badania, przeprowadzone przez Szczepańską-Gierachę [37] wskazują, że zmagania z chorobą nowotworową, a także jakość życia są powiązane z ogólnym stanem oraz etapem choroby, w którym się znajduje pacjent. Dowodzą temu wyniki badań przeprowadzonych wśród 50 pacjentów ankietowanych z użyciem skali HADS. Wyniki pokazały, że około 30% pacjentów chorowało na depresję lub osiągało stany graniczne związane z depresją [37]. Na podstawie wyników badań własnych można wnioskować, że pacjenci na co dzień zmagali się zarówno z bólem fizycznym, jak i udręką emocjonalną w postaci depresji, która jest wynikiem czynników psychospołecznych i biologicznych.

Laryngektomia zmienia funkcjonowanie we wszystkich sferach życia, powiązana jest z okaleczeniem pacjenta, co jest wynikiem usunięcia krtani i pozostawienia otworu, który zapewnia funkcje życiowe (oddychanie, porozumiewania się). Nauka mowy po usunięciu krtani bywa bardzo trudna, czasem nowa barwa głosu jest dla pacjenta nie do zaakceptowania, również wygląd ma ogromne znaczenie, szczególnie dla pań, które są wrażliwsze na ocenę innych, bardziej zwracają uwagę na swój wygląd oraz postrzeganie siebie przez społeczeństwo, dlatego te czynniki mogą być powodem braku akceptacji, czy też obniżonej samooceny. Dodatkowo, jakość życia ulega kolosalnej zmianie, częsta niezrozumiałość mowy, zwykłe kichanie lub wydobywanie się wydzieliny z otworu tracheotomijnego może być powodem braku akceptacji siebie, zakłopotania i stresu [38].

Wnioski

1. Osoby po laryngektomii całkowitej w większości przypadków pogodziły się ze swoją sytuacją zdrowotną i nie odczuwały przykrości oraz smutku z tego powodu.
2. Osoby po usunięciu krtani w większości przypadków nie miały dużych problemów z wykonaniem zamierzonych celów oraz pragnień i mimo przebytej choroby potrafiły radzić sobie z przeciwnościami dnia codziennego.

3. Osoby laryngektomowane cechowały się średnią satysfakcją z życia, co jest wynikiem przebytego leczenia oraz konsekwencją usunięcia krtani.
4. W związku z częstymi objawami lęku i depresji u osób bez krtani należy objąć tę grupę obserwacją oraz holistyczną opieką, sprawowaną zarówno przez fizjoterapeutów, jak i psychologów.

Piśmiennictwo

1. Kozołub A., Gałkowski T., Jastrzębowska G.: Anatomia i fizjologia narządów mowy, głosu i słuchu [w:] Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki. Tom 1, Gałkowski T., Jastrzębowska G. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2014, 127-143.
2. Zalesska-Kręcicka M., Kręcicki T.: Zarys otolaryngologii. Podręcznik dla studentów i lekarzy. Wydawnictwo Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich, Wrocław 2008.
3. Chu E.A., Kim Y.J.: Laryngeal cancer: diagnosis and preoperative work-up. Otolaryngologic Clinics of North America, 2008, 41(4), 673-695.
4. Bernacka K., Misiołek A., Treszer M., Misiołek M.: Rak krtani i krtaniowej części gardła. Problemy Medycyny Rodzinnej, 2012, 14(3), 56-63.
5. Sinkiewicz A., Owczarzak H., Winiarski P., Mackiewicz-Nartowicz H.: Rehabilitacja głosu i mowy po laryngektomii całkowitej [w:] Pacjent po operacji krtani, Sinkiewicz A. (red.). Bydgoskie Stowarzyszenie Laryngektomowanych, Bydgoszcz 2009, 63-90.
6. Osuch-Wójcikiewicz E., Chęciński P., Bruzgielewicz A., Nyckowska J., Nazarewski S.: Powikłania po chirurgicznym leczeniu zaawansowanych raków gardła dolnego. Otolaryngologia Polska, 2011, 65(5a), 73-77.
7. Sinkiewicz A., Mackiewicz-Nartowicz H.: Zmiany funkcjonowania narządów po laryngektomii całkowitej [w:] Pacjent po operacji krtani, Sinkiewicz A. (red.). Bydgoskie Stowarzyszenie Laryngektomowanych, Bydgoszcz 2009, 51-62.
8. Halczy-Kowalik L.: Strukturalno-czynnościowe uwarunkowania tworzenia mowy po wycięciu nowotworu jamy ustnej. Logopedia, 2006, 35, 143-167.
9. Studzińska K., Obrębowski A., Wiskirska-Woźnica B., Obrębowska B.: Problemy psychologiczne w rehabilitacji chorych po operacjach całkowitego usunięcia krtani. Polski Przegląd Otorinolaryngologiczny, 2012, 1(2), 124-128.
10. Bień S., Okła S.: Historia rehabilitacji głosu i mowy u chorych po usunięciu krtani. Otorinolaryngologia, 2006, 5(1), 17-23.

11. Juczyński Z.: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2009.
12. Ruszkiewicz M., Kreft K.: Korelaty akceptacji choroby w grupie pacjentów onkologicznych. *Psychoonkologia*, 2017, 21(2), 37-44.
13. Juczyński Z.: Poczucie własnej skuteczności: teoria i pomiar. *Acta Universitatis Lodzensis. Folia Psychologica*, 2000, 4, 11-23.
14. Kapela I., Bąk E., Krzemińska S.A., Foltyn A.: Ocena poziomu akceptacji choroby i satysfakcji z życia u chorych na raka jelita grubego leczonych chemioterapią. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2017, 26(1), 53-61.
15. Mihalca A.M., Pilecka W.: The factorial structure and validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in Polish adolescents. *Psychiatria Polska*, 2015, 49(5), 1071-1088.
16. Cosco T.D., Doyle F., Ward M., McGee H.: Latent structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale: a 10-year systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 2012, 72(3), 180-184.
17. Wichowicz H.M., Wiczorek D.: Screening post-stroke depression using the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychiatria Polska*, 2011, 45(4), 505-514.
18. Niedzielski A., Humeniuk E., Błaziak P., Fedoruk D.: Stopień akceptacji choroby w wybranych chorobach przewlekłych. *Wiadomości Lekarskie*, 2007, 60(5-6), 224-227.
19. Zarzycka J., Kobos E., Czarnecka J., Imiela J.: Wsparcie społeczne, a poziom akceptacji choroby u pacjentów z założoną rurką tracheostomijną. *Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue*, 2015, 1, 17-25.
20. Kurowska K., Jakielewicz S.: Rola przystosowania się do optymalnej jakości życia osób po całkowitym usunięciu krtani. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*, 2013, 1, 21-27.
21. Lelonek B., Kaczmarczyk M.: Przystosowanie do choroby u pacjentów leczonych na oddziale chirurgicznym. *Studia Medyczne*, 2011, 24(4), 45-52.
22. Kurpas D., Kusz J., Jedynek T., Mroczek B.: Stopień akceptacji choroby przewlekłej wśród pacjentów. *Family Medicine & Primary Care Review*, 2012, 14(3), 365-377.
23. Andruszkiewicz A., Kubica A., Nowik M., Marzec A., Banaszkiwicz M.: Poczucie koherencji i poczucie własnej skuteczności jako wyznaczniki akceptacji choroby w grupie pacjentów przewlekle chorych. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2014, 22(2), 239-245.

24. Kózka M., Walewska E., Ścisło L., Orzeł-Nowak A., Jajko E.: Determinanty radzenia sobie z bólem u pacjentów z chorobą nowotworową. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2013, 21(3), 297-305.
25. Juzwiszyn J.M., Haron D., Grzebień A., Milan M., Chabowski M., Janczak D.: Wybrane aspekty jakości życia u chorych po zabiegu laryngektomii. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2016, 6(2), 127-136.
26. Olejniczak D., Sawicka K.: Ocena jakości życia chorych po usunięciu krtani w oparciu o badania własne. *Medycyna Rodzinna*, 2013, 3, 75-78.
27. Reczek A.: Opieka pielęgniarska nad chorym po usunięciu krtani z powodu raka. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2004, 1(17) -2(18), 33-40.
28. Rzewnicki I., Jackiewicz M.: Jakość życia po operacji nowotworu krtani lub gardła dolnego. *Polski Merkuriusz Lekarski*, 2009, 26(151), 40-42.
29. Starska K., Ciechomska E., Łukomski M.: Ocena jakości życia u chorych z rakiem krtani po radykalnej operacji węzłów chłonnych szyi. *Otolaryngologia Polska*, 2003, 57(5), 667-672.
30. Cieślak K., Golusiński W., Wegner A., Zagozda M., Kuśnierkiewicz M.: Psychosocial consequences of laryngectomy. *Otorynolaryngologia*, 2017, 16(2), 58-61.
31. Bussian C., Wollbrück D., Danker H. et al.: Mental health after laryngectomy and partial laryngectomy: a comparative study. *European Archives of Otorhinolaryngology*, 2010, 267(2), 261-266.
32. Offerman M.P.J., Pruyn J.F.A., de Boer M.F., Busschbach J.J., Baatenburg de Jong R.J.: Psychosocial consequences for partners of patients after total laryngectomy and for the relationship between patients and partners. *Oral Oncology*, 2015, 51(4), 389-398.
33. Johansson M.: Mental adjustment and health-related quality of life in laryngeal cancer patients: quantitative and qualitative approaches. University of Gothenburg, Gothenburg 2010.
34. Finizia C., Bergman B., Lindström J.: A cross-sectional validation study of Self-Evaluation of Communication Experiences after Laryngeal Cancer - a questionnaire for use in the voice rehabilitation of laryngeal cancer patients. *Acta Oncologica*, 1999, 38(5), 573-580.
35. Hammerlid E., Mercke C., Sullivan M., Westin T.: A prospective quality of life study of patients with laryngeal carcinoma by tumor stage and different radiation therapy schedules. *Laryngoscope*, 1998, 108(5), 747-759.

36. Karczmarek-Borowska B., Niemiec A., Pop T.: Wpływ rehabilitacji na poprawę jakości życia chorych w trakcie chemioterapii. *Onkologia Polska*, 2012, 15(4), 143-148.
37. Szczepańska-Gieracha J., Malicka I., Rymaszewska J., Woźniewski M.P.: Przystosowanie psychologiczne kobiet bezpośrednio po operacji onkologicznej i po zakończeniu leczenia. *Współczesna Onkologia*, 2010, 14(6), 403-410.
38. Szwat B., Słupski W., Krzyżanowski D.: Sposoby radzenia sobie z chorobą nowotworową a poczucie depresji i nasilenie bólu u chorych objętych opieką paliatywną. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2011, 1(1), 35-41.

Sawicka Julia¹, Andruszkiewicz Agnieszka²

1. Zakład Medycyny Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo II stopnia, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wpływ hospitalizacji na satysfakcję i jakość życia pacjentów

Wstęp

Problematyka jakości życia wzbudza coraz większe zainteresowanie w obszarze wielu nauk. W coraz większym stopniu zagadnieniem tym zajmuje się medycyna, która jakość życia postrzega jako subiektywne poczucie dobrostanu i satysfakcji w aspekcie indywidualnym i społecznym. Wprowadzenie pojęcia jakości życia w medycynie jest wyrazem współczesnego i wieloaspektowego podejścia do pacjenta. W chorobach przewlekłych do których można zaliczyć zaburzenia psychiczne, pomiar jakości życia jest ważnym wykładnikiem efektywności leczenia i opieki.

W Polsce z powodu zaburzeń psychicznych ponad 1,5mln osób w ciągu roku jest hospitalizowanych w oddziałach psychiatrycznych. Według doniesień jest to największy odsetek ludzi chorych w Europie [1, 2].

Hospitalizacja stanowi dla chorego z zaburzeniami psychicznymi duży problem ze względu na towarzyszący proces stygmatyzacji. Charakteryzuje się on nieprawidłową oceną chorych psychicznie oraz postrzeganiem ich jako mniej wartościowych od osób oceniających. Chorzy z zaburzeniami psychicznymi mają świadomość takich zachowań społecznych, które negatywnie wpływają na relacje społeczne oraz jakość ich życia.

Definicja jakości życia jest bardzo obszerna, dotyczy nie tylko choroby i zdrowia. Jest ona jednym ze składników określających stan zdrowia, wywiera duży wpływ na chorobę i jej przebieg [3]. Jakość życia jest indywidualnym sposobem na postrzeganie przez chorego, jego pozycji życiowej jako systemu wartości i kultury, w której żyje w odniesieniu do standardów i oczekiwań uwarunkowanych środowiskiem [4].

Wyodrębniono sześć stanów, które według WHO są podstawowymi wymiarami dotyczącymi jakości życia. W wymiarze fizycznym są to: ból i dyskomfort; energia i zmęczenie; funkcje sensoryczne; sen i wypoczynek oraz aktywność seksualna.

W wymiarze psychologicznym wymienia: uczucia pozytywne, samoocenę, procesy umysłowe, uczucia negatywne oraz obraz własnego ciała.

Trzeci wymiar nazwany jest wymiarem niezależności, w jego skład wchodzi: zdolność do pracy, aktywność na co dzień niezależność ruchowa, zdolność do porozumiewania się, a także brak uzależnienia od środków medycznych i innych. Czwartym wymiarem są relacje społeczne: więzi osobiste, wsparcie społeczne, wspieranie innych. Kolejnym wymiarem jest środowisko, czyli: możliwość wypoczynku, zasoby materialne, opieka zdrowotna i socjalna, środowisko pracy, środowisko domowe, bezpieczeństwo fizyczne i ogólne zadowolenie. Ostatnim wymiarem określamy duchowość oraz przekonania osobiste [5].

Specyfika jakości życia w zaburzeniach psychicznych

Pojęcie jakości życia u pacjentów z zaburzeniami psychicznymi jest cennym źródłem informacji. Pozwala wytyczyć cele potrzebne podczas terapii psychologicznej i rehabilitacji, dostarczając informacji o jej postępach. Pomiarom jakości życia pacjenta towarzyszą emocje subiektywne i obiektywne podczas trwania całego procesu diagnostycznego.

Obiektywny aspekt jakości życia pacjenta odnosi się do jego zewnętrznych kryteriów, które mają wpływ na podejmowanie przez niego zadań oraz postrzeganie świata. Najczęstszymi obiektywnymi aspektami są uwarunkowania makrostrukturalne, m.in. system ekonomiczny, prawny i polityczny. Kolejnym jest aspekt mezostrukturalny, tj. funkcjonowanie służb administracyjnych, komunalnych oraz instytucji społecznych, a także czynniki warunkujące poziom życia, wykształcenia, zajmowanej pozycji społecznej oraz stanu zdrowia [6].

W teoriach psychologicznych i filozoficznych pojawia się subiektywny opis jakości życia. Obszary subiektywne możemy podzielić na dwa rodzaje. Do pierwszego z nich możemy zaliczyć ocenę emocjonalną, powiązaną ze szczęściem, dzięki której oddzielamy sferę przyjemności od przykrości, oraz informujemy o ocenie poznawczej, opartej na sytuacji życiowej. Przekazuje informacje czy obiekt jest wartościowy, pożądany [7].

Subiektywny aspekt jakości życia wyróżnia ocenę w medycynie od jakości życia w innych dziedzinach takich jak: polityce, socjologii, ekonomii. Pojęcie specyfiki jakości życia znajdującej się w medycynie ma także swój odpowiednik w nazewnictwie.

Najczęściej używanym pojęciem w medycynie jest „*jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia*” (HRQL lub HRQoL, *health related quality of life*).

Choroba psychiczna nadal należy do chorób najbardziej stygmatyzujących, mająca niekorzystny wpływ na jakość życia pacjentów. Planując opiekę nad pacjentem z zaburzeniami psychicznymi ważną rolę odgrywają jego niezaspokojone potrzeby, które

kolidują z subiektywną oceną jakości życia. Uzyskanie satysfakcji z leczenia, możliwości czynnego uczestnictwa pacjentów w życiu społecznym uwarunkowane jest kontynuacją badań nad jakością życia.

Skuteczne leczenie w istotny sposób wpływa na poprawę jakości życia chorych z zaburzeniami psychicznymi. Podczas farmakoterapii mogą wystąpić działania niepożądane przyjmowanych leków, które mają związek z ograniczeniem aktywności, wpływają niekorzystnie na sprawność motoryczną i powodują ograniczenie w życiu społecznym (niektóre przyjmowane leki są np. przeciwskazaniem do prowadzenia pojazdów). Z punktu widzenia oceny jakości życia wskazane byłoby stosowanie leków, które by nie powodowały ograniczeń w funkcjonowaniu pacjenta.

Sposoby oceny jakości życia

Początkiem zainteresowań badaniem nad jakością życia w medycynie stała się definicja zdrowia według Światowej Organizacji Zdrowia której „*zdrowie to nie tylko brak choroby, ale stan pełnego społecznego, psychicznego i fizycznego dobrostanu*” [8]. W ocenie jakości życia szczególne znaczenie mają pacjenci z chorobami przewlekłymi, którzy często muszą rezygnować z dotychczasowego życia i długotrwale zmagać się z ciężką chorobą. Istotną rolę odgrywa zaakceptowanie przez chorego własnej choroby, tolerancja otoczenia na przejawy zaburzonego zachowania oraz pogodzenie się z procesem stygmatyzowania chorych z zaburzeniami psychicznymi [9]. Oceniając jakość życia możemy wykorzystać: spontanicznie zadawane pytania, wcześniej przygotowane, po zapoznaniu się informacjami o pacjencie, testy psychometryczne, wystandaryzowane kwestionariusze oraz ogólne pytania umożliwiające spontaniczną odpowiedź osobie badanej [9].

Jakość życia możemy również badać za pomocą kwestionariuszy, ogólnych i szczegółowych. Kwestionariusze ogólne, mierzą globalną jakość życia. Wykorzystywane są w dużych i zróżnicowanych populacjach często u zdrowych jak i u chorych. Kwestionariusze szczegółowe odnoszą się do określonej grupy, jednostki chorobowej, zakres badań jest wąski.

Podczas badania pacjentów możemy wykorzystać kwestionariusze wystandaryzowane cechujące się określonym schematem przeprowadzenia badania. Kwestionariusz zawiera pytania zamknięte, odpowiedzi na pytania są uszeregowane od najmniejszego do największego stopnia nasilenia np. bólu, wizualne skale analogowe [10].

W ostatnich kilkunastu latach powstało dużo narzędzi oceniających jakość życia, których większość opiera się na intuicyjnym rozumieniu definicji jakości życia. W psychiatrii pomiar jakości życia powinien służyć niesieniu ulgi pacjentom, zrozumieniu zaburzeń, które u

nich występują, a także niesieniu ulgi w przewlekłej chorobie. Zaburzenia psychiczne charakteryzują się przewlekłym przebiegiem, z którymi chory musi zmagać się do końca życia. Choroba psychiczna powoduje szereg ograniczeń w codziennym życiu każdego chorego, a także niekorzystne reakcje ze strony społeczeństwa w postaci braku zrozumienia ich problemów oraz spychanie na margines życia społecznego [9, 10].

Przykładowe narzędzia i kwestionariusze stosowane w psychiatrii do oceny jakości życia

Community Adjustment Form (CAF) – narzędzie przeznaczone jest dla ciężko chorych psychicznie, składa się z 140 pozycji, których rozwiązanie zajmuje 45 min. Ocenie podlega np. aktywność związana z wolnym czasem, status zawodowy, poziom życia, dochody, kontakt ze znajomymi, samoocena, jakość opieki medycznej, satysfakcja z życia [11, 12].

Quality of Life Checklist (QLC) – kwestionariusz ten pomaga zaplanować indywidualny program terapeutyczny, składa się 93 pozycji – badana osoba ocenia w wymiarach „satysfakcjonujący”, „niesatysfakcjonujący”. Oceniana jest aktywność w wolnym czasie, wykształcenie, związki społeczne, standard wyposażenia mieszkania, opieka medyczna i wiara [13].

Satisfaction with Life Domains Scale (SLDS) – narzędzie przeznaczone dla osób przewlekle i ciężko chorych psychicznie, składa się z 15 pozycji. Czas wypełnienia trwa około 10 minut. Zwykle zajmuje się tym osoba, która przeprowadza wywiad z pacjentem. Zagadnienia zawarte w tym narzędziu badawczym obejmują następujące obszary: satysfakcję z obecnego zamieszkania, relacje z sąsiadami, odżywianie, ubieranie się, zdrowie osób z którymi przebywa na co dzień, relacje z przyjaciółmi, rodziną, spędzanie wolnego czasu, codzienny plan dnia, wypoczynek, warunki mieszkaniowe, sytuację finansowo - ekonomiczną, porównanie warunków szpitalnych z domowymi [14, 15].

Oregon Quality of Life Questionnaire (OQLQ) –kwestionariusz zakłada, że jakość życia wiąże się ze specyficzną relacją jednostki z otoczeniem. Narzędzie odejmuje: psychologiczny dobrostan, tolerancję na stres, zaspakajanie potrzeb, wsparcie społeczne, pracę zawodową, pracę w domu, konsekwencje z nadużywania używek (alkohol, narkotyki) [16].

Lehman Quality of Life Interview (QOLI) – kwestionariusz bada sytuację życiową chorych z zaburzeniami psychicznymi. Podczas wywiadu możemy uzyskać informacje dotyczące życia np. obecnych warunków życia, relacji w rodzinie i społeczeństwie, aktywności w wolnym czasie, bezpieczeństwa, finansów oraz zdrowia) [17].

Client Quality of Life Interview (CQLI) – zadaniem tego testu jest zlokalizowanie dziedzin życia, które mają największy wpływ na jakość życia pacjentów. Składa się

z 46 pozycji, wypełniany jest samodzielnie przez pacjenta w ustalonych skalach. Obejmuje następujące obszary: potrzeby życiowe, szkolenia zawodowe edukację, aktywność i wypoczynek, społeczne wsparcie, kontakt z bliskimi [18].

California Well-Being Project Client Interview (CWBPCI) – powstały 3 wersje kwestionariuszy – dla pacjentów, ich rodzin i klinicystów. Część pytań jest otwartych, pozostałe zaznacza się na gotowych skalach [19].

Lancashire Quality of Life Profile (LQOLP) – składa się ze 100 pozycji, czas wypełnienie zajmuje 60 minut. Umożliwia oszacowywanie jakości życia w 9 wymiarach: pracy, czasu wolnego, warunków życia, finansów, religii, bezpieczeństwa, relacji społecznych, rodzinnych oraz zdrowia [20].

Quality of Life Self-Assessment Inventory (QLSAI) – skala stosowana przeważnie u chorych na schizofrenię, składa się z 100 pytań wypełnianych przez pacjenta, po których jest przeprowadzany wywiad przez badacza. Kwestionariusz ocenia: zdrowie fizyczne, finanse, samowystarczalność, gospodarstwo domowe, zakwaterowanie, warunki życia, pracę społeczną, wiarę [21].

Quality of Life Index for Mental Health (QLI-MH) – pomiar skupia się na potrzebach i oczekiwaniach związanych z leczeniem, składa się z 113 pozycji wypełnianych przez pacjenta. W przypadku ciężkich zaburzeń jest możliwa pomoc osoby przeprowadzającej badanie. Czas uzupełnienia wynosi 20-30 min. Oceniana jest satysfakcja z życia, czynności zawodowe, psychiczny dobrostan, zdrowie fizyczne, aktywność i relacje społeczne, dochody i objawy choroby [22].

Quality of Life Interview Scale (QOLIS) – kwestionariusz przeznaczony do mierzenia jakości życia pacjentów z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi, składa się z 87 pozycji w formie wywiadu - pacjent wybiera odpowiedzi od „całkowicie się zgadzam” do „całkowicie się nie zgadzam”. Obejmuje następujące zakresy: autonomię, samoocenę, społeczne wsparcie, zdrowie fizyczne, gniew, wrogość, emocjonalną autonomię i samorealizację [23].

Quality of Life Scale (QLS) – skala bada objawy negatywne u chorych na schizofrenię, składa się z 21 pozycji, czas badania wynosi 45 min., przeprowadzona jest w formie wywiadu. Skala obejmuje ocenę codziennych czynności, sensu życia, motywacji, anhedonii, aktywności bezcelowej, empatii, satysfakcji z pracy zawodowej, emocjonalnych interakcji [24].

Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q) – narzędzie do pomiaru zadowolenia i satysfakcji z życia pacjentów, składa się z 93 pytań, które pacjent wypełnia samodzielnie zaznaczając odpowiedzi w 5 punktowej skali. Kwestionariusz składa się z 8 skal, 5 z nich obejmuje następujące wymiary: zdrowie fizyczne, subiektywne odczucia,

czas wolny, związki społeczne ogólną aktywność. Pozostałe 3 skale dotyczą poszczególnych podgrup – zawierają pytania o pracę, domowe obowiązki i szkołę [25].

SmithKline Beecham Quality of Life (SBQOL) – przeznaczona jest głównie dla pacjentów afektywnych, składa się z 28 pozycji – pacjent samodzielnie ją wypełnia w skali 10 punktowej. Osoba wypełniająca ocenia siebie przy każdym pytaniu w 3 perspektywach - ja obecnie, ja idealnie, ja chory. Obejmuje wymiar psychiczny, fizyczny dobrostan, relacje społeczne, zainteresowania, zatrudnienie, religię [26].

Quality of Life in Depression Scale (QLDS) – skala ocenia wpływ depresji na jakość życia pacjentów, składa się z 34 pozycji, które pacjent wypełnia samodzielnie. Ocena obejmuje aktywność domową, czas wolny, higienę osobistą, odpoczynek, sen, czas wolny, relacje społeczne [27].

Problemy chorych z zaburzeniami psychicznymi związane z hospitalizacją

Hospitalizacja jest to pobyt w szpitalu, którego celem jest wykonanie badań diagnostycznych lub ustalenie leczenia, które nie może być wykonane w warunkach ambulatoryjnych [28]. Pobyt w szpitalu stanowi zawsze przeżycie i dyskomfort dla pacjenta. W psychiatrii są to często przyjęcia nagłe. Pobyt w nowym, obcym środowisku, może być źródłem smutku i przygnębienia. Hospitalizacja wzmaga się lęk o diagnozę i oderwanie od dotychczasowego, spokojnego i znanego środowiska. Przebywanie w dużej sali z obcymi współpacjentami, którzy często zachowują się w sposób drażniący, głośny – jest dużym problemem dla osób depresyjnych, którzy oczekują ciszy i spokoju. Rolą personelu medycznego jest terapeutyczna rozmowa z chorym oraz zdobycie jego zaufania. Szczególną troską należy otoczyć pacjentów, którzy przybywają do szpitala po raz pierwszy. Moment przyjęcia chorego do szpitala psychiatrycznego wpływa w istotny sposób na kształtowanie pozytywnej postawy wobec leczenia.

Według psychologów występują trzy formy traktowania pacjentów przez personel szpitalny. Pierwszą z nich jest pacjent, który czuje się niepotrzebny – może to wywołać agresję, wycofanie się a u niektórych roszczenia co do leczenia, warunków w jakich przebywają. Drugą formą jest traktowanie przedmiotowe pacjentów i niezwracanie uwagi na ich uczucia. Trzeci rodzaj traktowania to nieliczenie się z indywidualnymi skłonnościami pacjenta [29]. Pacjenci w momencie przyścia do oddziału oczekują od personelu pielęgniarskiego kompetencji, fachowej pomocy i łagodzenia przykrych objawów. Bardzo ważne jest zapewnienie im bezpieczeństwa, poważnego traktowania, zapewnienie intymności i szybkiego przyjęcia [30]. Pobyt pacjentów według literatury dzielimy na trzy okresy – pierwszy to adaptacja do

środowiska, drugi – zaadoptowanie się do środowiska, natomiast trzeci okres to – przygotowanie do adaptacji w środowisku domowym [28].

Pierwszy okres jest bardzo trudny dla pacjenta i dla współpracującego z nim personelu. Wpływ mają tu doświadczenia i przeżycia z poprzednich hospitalizacji, warunków panujących w oddziale oraz przyczyn hospitalizacji. Dużą rolę w tym okresie odgrywa pielęgniarka, od której zależy długość adaptacji. Bardzo ważne są czynności związane z przyjęciem chorego w izbie przyjęć a później w oddziale. Adaptację ułatwia zapoznanie pacjenta z jego prawami, ale i także z obowiązkami panującymi w oddziale, zapoznanie z topografią oddziału, personelem pracującym, współpacjentami na sali i poinformowanie kto będzie jego lekarzem prowadzącym. Rolą pielęgniarki jest rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych pacjenta w aspekcie bio-psycho-społecznym. Pacjent powinien być poinformowany o planowanych badaniach i czynnościach pielęgniarstkich (pobranie krwi, pomiar RR, wykonanie EKG, itp.). Należy zapewnić choremu możliwość kontaktu z rodziną, poinformowanie o godzinach odwiedzin, znajdującym się telefonie. Proces przyjęcia pacjenta do oddziału wpływa na kształtowanie zaufania i ułatwia adaptację. Rozpoczyna się drugi okres, czyli zaadaptowanie się do warunków hospitalizacji. Chory czuje się członkiem zespołu terapeutycznego, zaczyna odczuwać pozytywne skutki leczenia, staje się bardziej samodzielny. Trzeci etap to przygotowanie pacjenta do powrotu do środowiska domowego, do nowych zadań wynikających z samoopieki w domu. Rolą pielęgniarki jest poinformowanie pacjenta o instytucjach medycznych, grupach wsparcia, opiece społecznej do których może się zgłaszać w razie potrzeby [28].

Pozytywne i szybkie zaadaptowanie się do warunków szpitalnych ma duże znaczenie w postępie leczenia. Profesjonalne rozpoznanie problemów pielęgniarstkich i współpraca z całym zespołem terapeutycznym wpływa na lepszą jakość życia chorych z zaburzeniami psychicznymi, jest istotna ze względu na skuteczność realizacji zamierzonych celów i zaspakajania indywidualnych potrzeb pacjenta [28].

Mimo postępów w medycynie choroby psychiczne nadal należą do najbardziej stygmatyzujących i budzących lęk w środowisku ludzi zdrowych.

Cel pracy

Celem pracy było poznanie wpływu hospitalizacji na samopoczucie i jakość życia pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Do realizacji celu głównego opracowano cele szczegółowe obejmujące:

1. Ocenę poziomu jakości życia w badanej grupie pacjentów.
2. Ocenę poziomu zadowolenia z życia w badanej grupie chorych.
3. Ocenę poziomu zadowolenia ze stanu zdrowia w badanej grupie pacjentów.
4. Ocenę samopoczucia w badanej grupie.
5. Ocenę samopoczucia w grupie chorych na depresję i na schizofrenię.
6. Ocenę wpływu samopoczucia na jakość życia badanych chorych.

Material i metodyka badań

Badania przeprowadzono wśród 99 pacjentów hospitalizowanych w Klinice Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. W postępowaniu badawczym zastosowano standaryzowane narzędzia badawcze: WHOQOL-BREF oraz Kwestionariusz Dobrego Samopoczucia WBQ.

WHOQOL-BREF

Jakość życia badanych pacjentów w wymiarze subiektywnym oceniano za pomocą standaryzowanego narzędzia, polskiej wersji World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-BREF). Skala składała się z 26 pytań. Wersja Bref powstała na podstawie WHOQOL-100.

WHOQOL wersja krótka –bref umożliwia otrzymanie profilu jakości życia badanych pacjentów z zaburzeniami psychicznymi w zakresie czterech dziedzin: fizycznej, psychologicznej, relacji społecznych oraz środowiska. Każda z badanych dziedzin składa się z podskal. Dziedzina fizyczna obejmuje następujące podskale: czynności życia codziennego, zależność od leków i leczenia, energię i zmęczenie, mobilność, ból i dyskomfort, wypoczynek i sen oraz zdolność do pracy. Dziedzina psychologiczna obejmuje wygląd zewnętrzny, negatywne uczucia, pozytywne uczucia, samoocenę, duchowość /religię/, osobistą wiarę, myślenie /uczenie się/ pamięć/ koncentrację. W skład dziedziny relacje społeczne wchodzi podskale takie jak: związki osobiste, wsparcie społeczne, aktywność seksualna. Dziedzinie środowisko tworzą podskale: zasoby finansowe, wolność/bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne, zdrowie i opieka zdrowotna: dostępność i jakość, środowisko domowe, możliwość zdobywania nowych informacji i umiejętności, możliwość i uczestnictwo w rekreacji wypoczynku, środowisko fizyczne (zanieczyszczenie, hałas, ruch uliczny, klimat) oraz transport.

Zastosowana skala badawcza zawierała dwa pytania: dotyczące indywidualnej ogólnej percepcji jakości życia oraz indywidualnej percepcji własnego zdrowia, które są analizowane

oddzielnie. Punkty uzyskane z poszczególnych dziedzin wskazują na indywidualną jakość ich życia w tych dziedzinach. Punktacja dziedzin ma kierunek pozytywny, co oznacza, że większa liczba punktów w poszczególnych dziedzinach odpowiada lepszej jakości życia. Punktację dla dziedzin wylicza się poprzez obliczenie średniej arytmetycznej z podskal wchodzących w skład danej dziedziny a następnie pomnożonej przez 4 co daje możliwość uzyskania wyników porównywalnych z WHOQOL-100. Przekształcenie wyników powoduje, że zawierają się one w przedziale od 4-20 punktów co czyni je porównywalnymi z WHOQOL-100.

Kwestionariusz Dobrego Samopoczucia (WBQ)

Samopoczucie zostało określone przez cztery wymiary: przystosowanie-brak przystosowania, energia-brak energii, radość-smutek, spokój-lęk. Kwestionariusz składał się z 10 pytań, na które badany pacjent samodzielnie wybierał odpowiedź spośród czterech zaproponowanych opcji: cały czas, często, rzadko, w ogóle nie. Każdej odpowiedzi przypisana jest wartość liczbowa od 3 do 0. W pierwszym pytaniu punktacja jest odwrócona. Wynik w kwestionariuszu jest sumą poszczególnych pozycji i zawiera się w przedziale od 0 do 30.

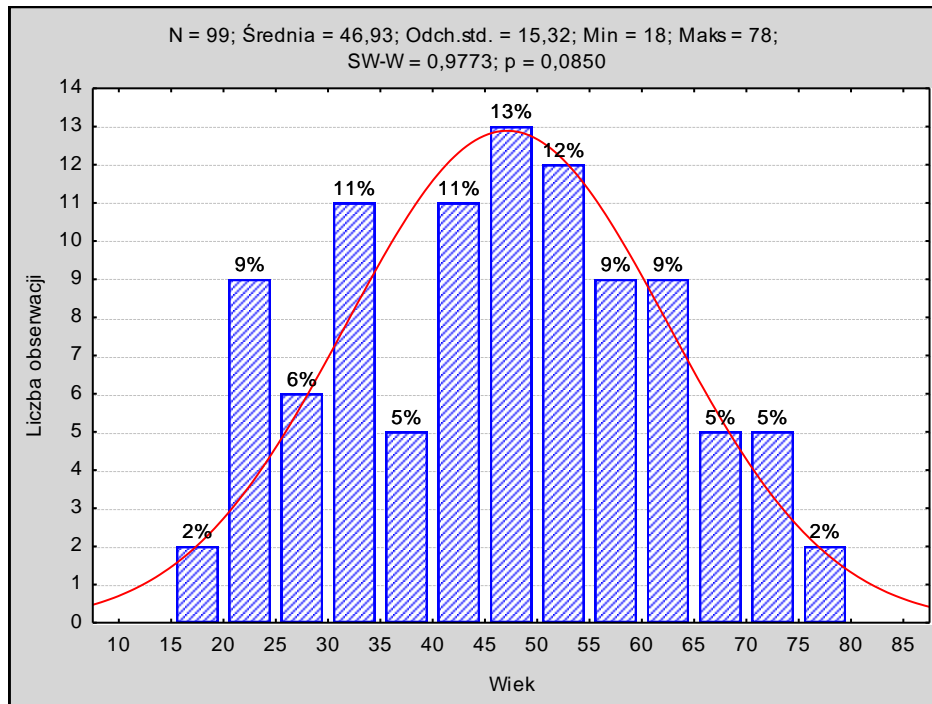
Wyniki badań zostały poddane analizie statystycznej. W opracowaniu zastosowano miary położenia i zmienności: średnia arytmetyczna, odchylenie standardowe, współczynnik zmienności, mediana, kwartył górny i dolny. Do opisu statystycznego wykorzystano: Test Shapiro- Wilka, zgodności Ch², t Studenta, Browna- Forsytha, Kruskala- Wallisa, Tukeya.

Badania zostały przeprowadzone po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku Uchwała R-I-002/243/2014.

Wyniki badań

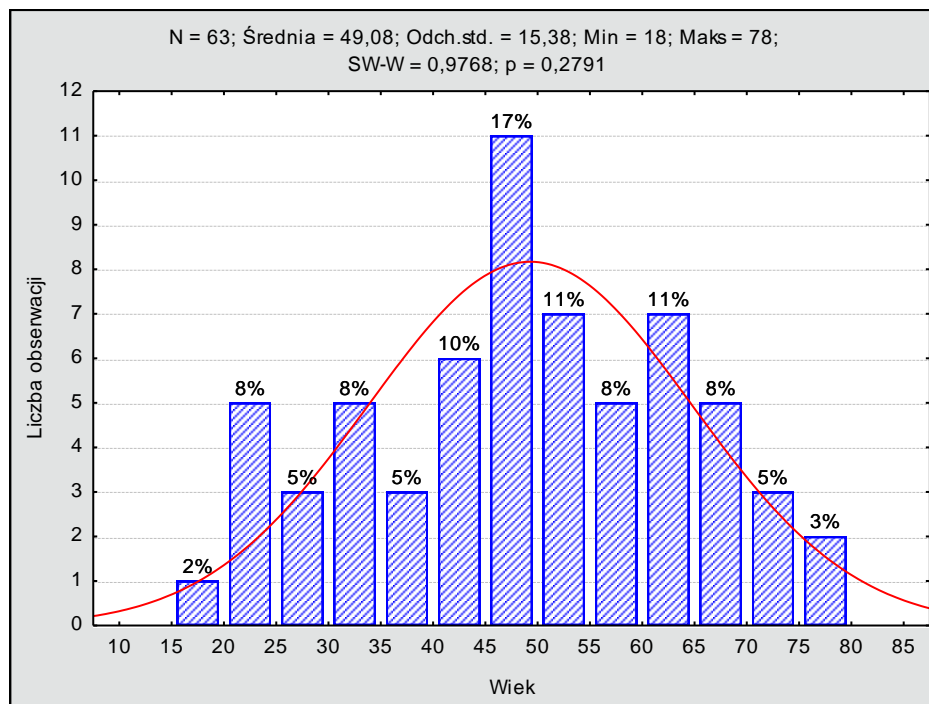
Charakterystyka społeczno –demograficzna grupy badanej

Badaniem objęto 99 pacjentów hospitalizowanych w Klinice Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Średni wiek w badanej grupie pacjentów wynosił 46,93 (±15,32) lata. Najniższy poziom wieku wynosił 18 lat a najwyższy 78 lat – Rycina 1.



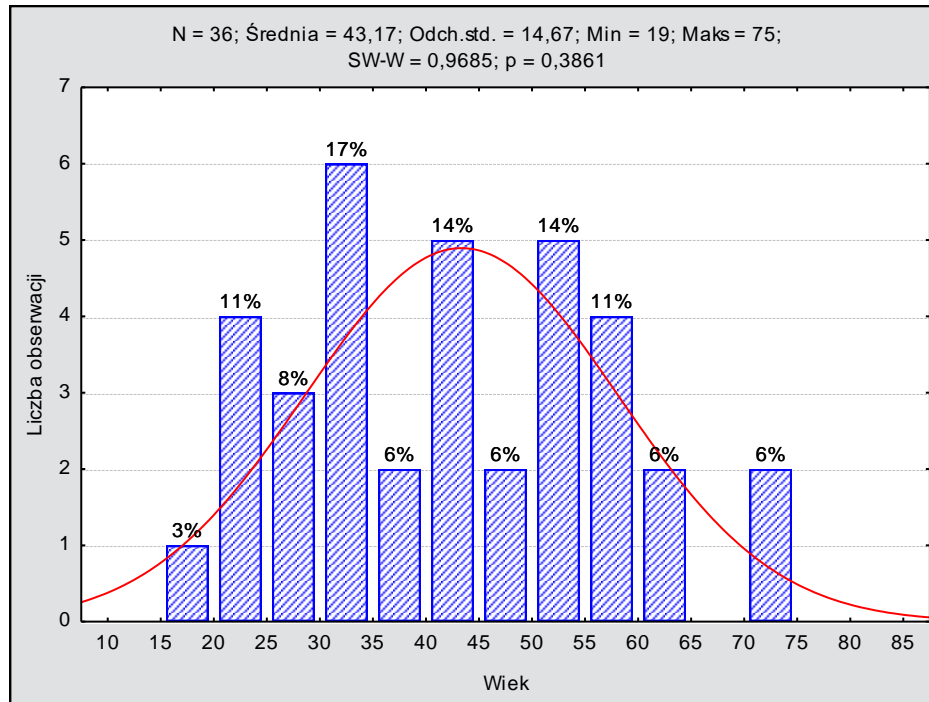
Rycina 1. Wiek badanych pacjentów

W badanej grupie pacjentów większość (63,64%) stanowiły kobiety. Średni poziom wieku kobiet w próbie wynosił 49,08 ($\pm 15,38$) lata. Najniższy poziom wieku wynosił 18 lat a najwyższy 78 lat (Rycina 2).



Rycina 2. Wiek badanych kobiet

Mężczyźni stanowili 36,36% badanych i byli młodsi od kobiet. Średni poziom wieku mężczyzn w próbie wynosi 43,17 ($\pm 14,67$) lat. Najniższy poziom wieku wynosił 19 lat a najwyższy 75 lat (Rycina 3, Tabela I).



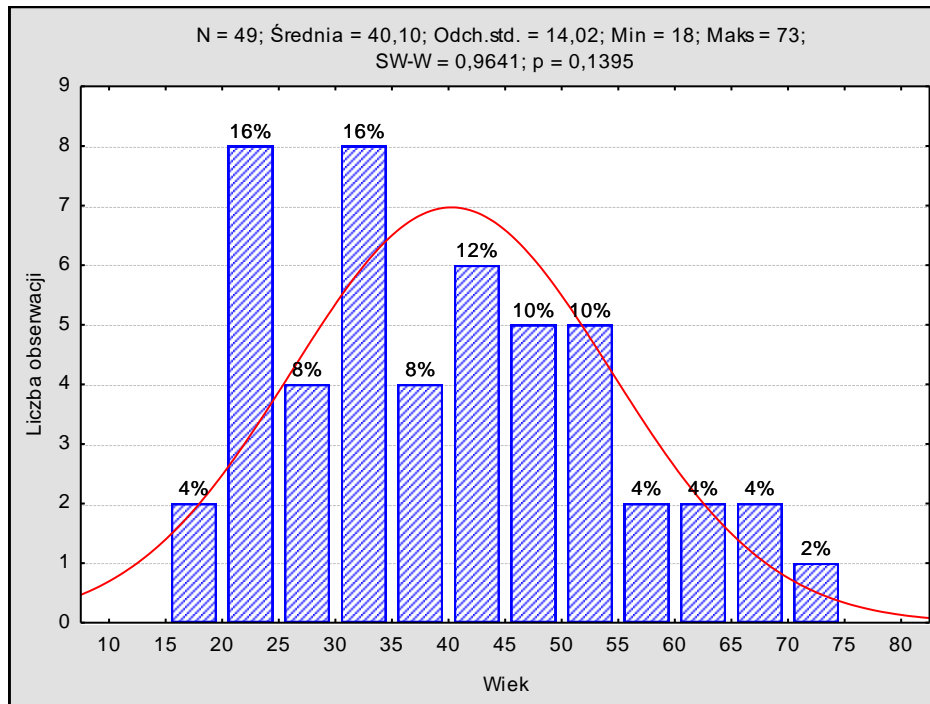
Rycina 3. Wiek badanych mężczyzn

Tabela I. Statystyki opisowe i porównywalność w badanej próbie grup kobiet i mężczyzn ze względu na wiek

	kobiety średnia	mężczyźni średnia	t	df	p	kobiety odch.std	mężczyźni odch.std	Brn-Fors F	Brn-Fors df	Brn-Fors p
Wiek	49,08	43,17	1,8705	97	0,0644	15,38	14,67	0,0178	97	0,8940

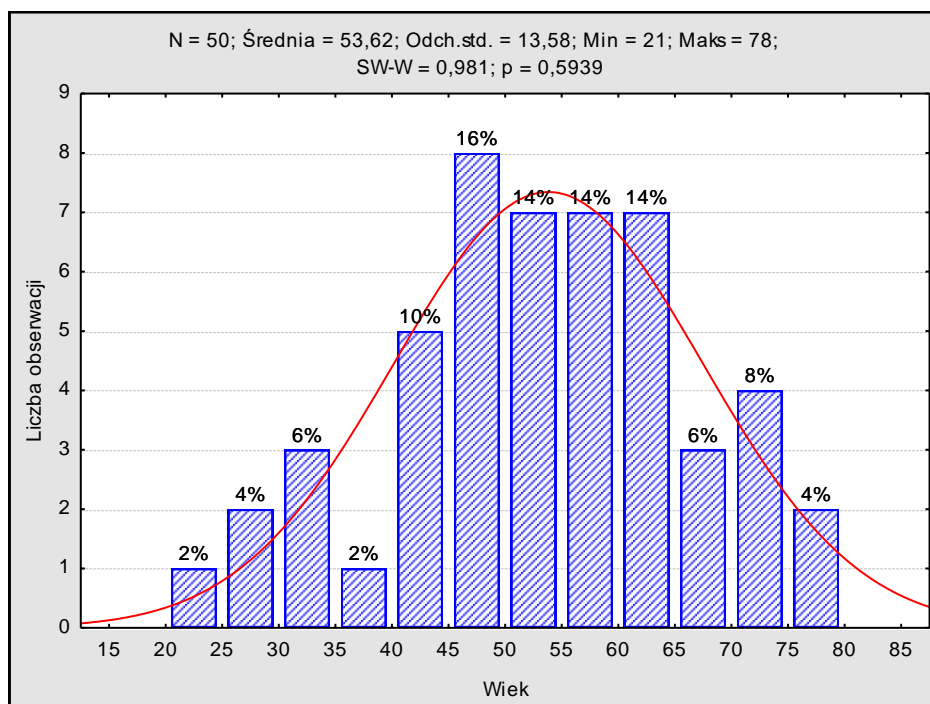
Średni wiek kobiet i mężczyzn nie różnił się istotnie statystycznie (na poziomie istotności $\alpha = 0,05$) względem siebie ($p = 0,0644$) i był jednorodny (na poziomie istotności $\alpha = 0,05$) pod względem zmienności wariancyjnej ($p = 0,8940$).

W badanej grupie pacjentów 49,49% to chorzy na schizofrenię. Średni poziom wieku chorych na schizofrenię w próbie wynosił 40,10 ($\pm 14,02$) lata. Najniższy poziom wieku wynosił 18 lat a najwyższy 73 lata (Rycina 4).



Rycina 4. Wiek pacjentów chorych na schizofrenię

Średni poziom wieku chorych na depresję w badanej grupie wynosił 53,62 lata ($\pm 13,58$). Najniższy poziom wieku wynosi 21 lat a najwyższy 78 lata – Rycina 5.



Rycina 5. Wiek pacjentów chorych na depresję

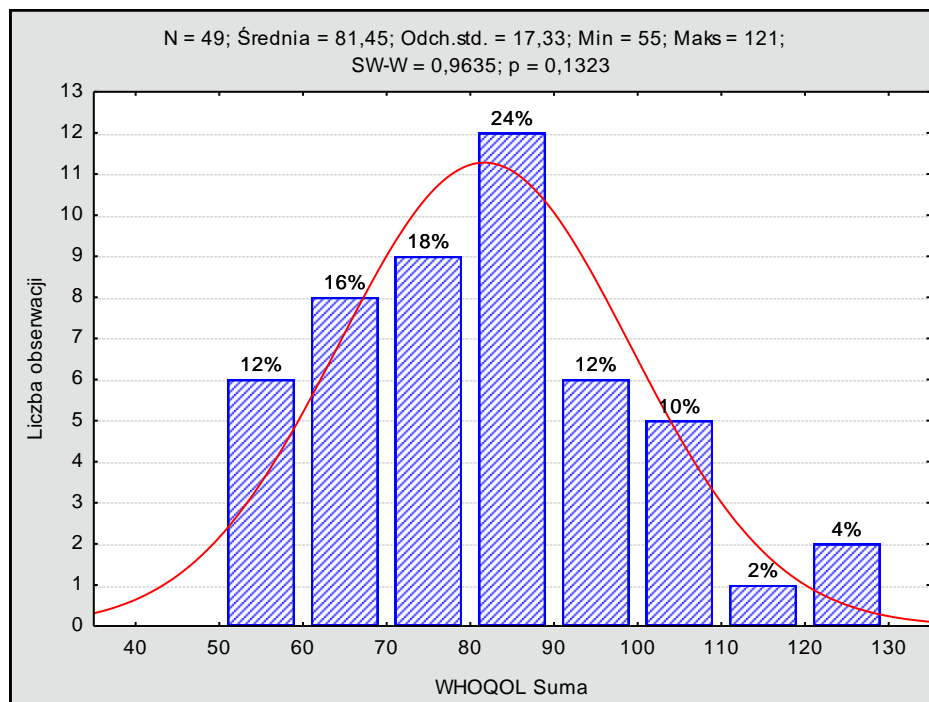
Średni wiek chorych na schizofrenię wynosił (40,10 lat), różnił się istotnie statystycznie (na poziomie istotności $\alpha = 0,05$) względem średniego wieku chorych na depresję (53,62 lata); ($p = 0,0000$) i był jednorodny (na poziomie istotności $\alpha = 0,05$) pod względem zmienności wariancyjnej ($p = 0,7116$). Pacjenci chorzy na schizofrenię byli młodsi niż chorzy na depresję. – Tabela II.

Tabela II. Statystyki opisowe i porównywalność w badanej próbie grup chorych na schizofrenię i depresję ze względu na wiek

	Schiz. średnia	Depr. średnia	t	df	p	schiz. odch.std	depr. odch.std	Brn-Fors F	Brn-Fors df	Brn-Fors p
Wiek	40,10	53,62	-4,8717	97	0,0000	14,02	13,58	0,1375	97	0,7116

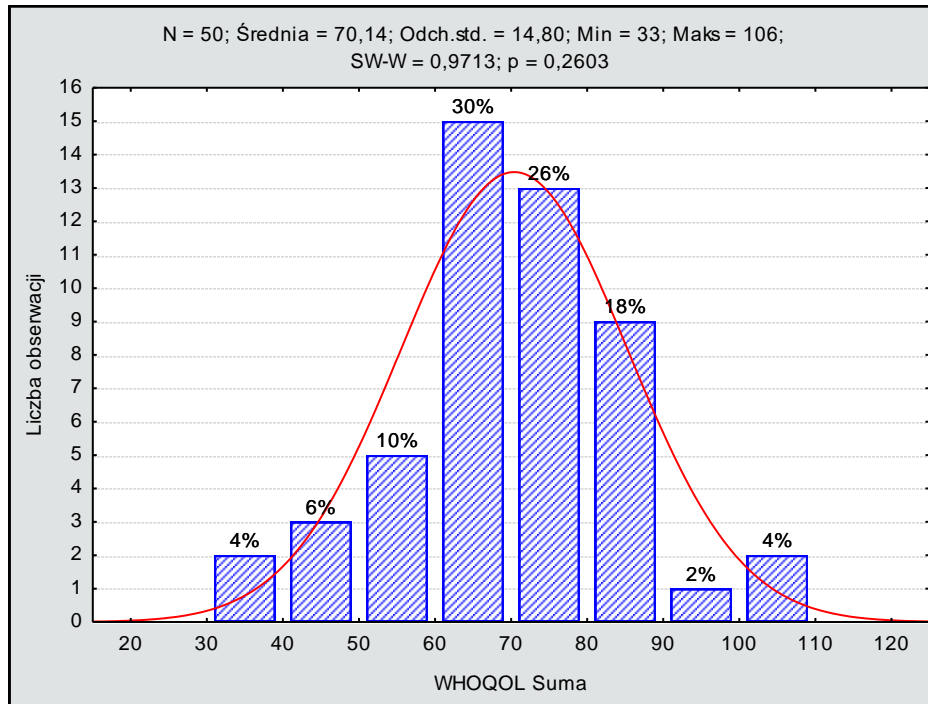
Wyniki badań w wyniku zastosowania Kwestionariusza Jakości Życia WHOQOL-Bref

Średni poziom zadowolenia z życia wśród chorych na schizofrenię w badanej grupie chorych wynosił 81,45 ($\pm 17,33$) punktów. Najniższy poziom zadowolenia wynosił 55 punktów natomiast najwyższy 121 – Rycina 6.



Rycina 6. Zadowolenie z życia w badanej grupie chorych na schizofrenię

Średni poziom zadowolenia z życia wśród chorych na depresję w badanej grupie chorych wynosił 70,14 ($\pm 14,80$) punktów. Najniższy poziom zadowolenia wynosił 33 punkty natomiast najwyższy 106 – Rycina 7.



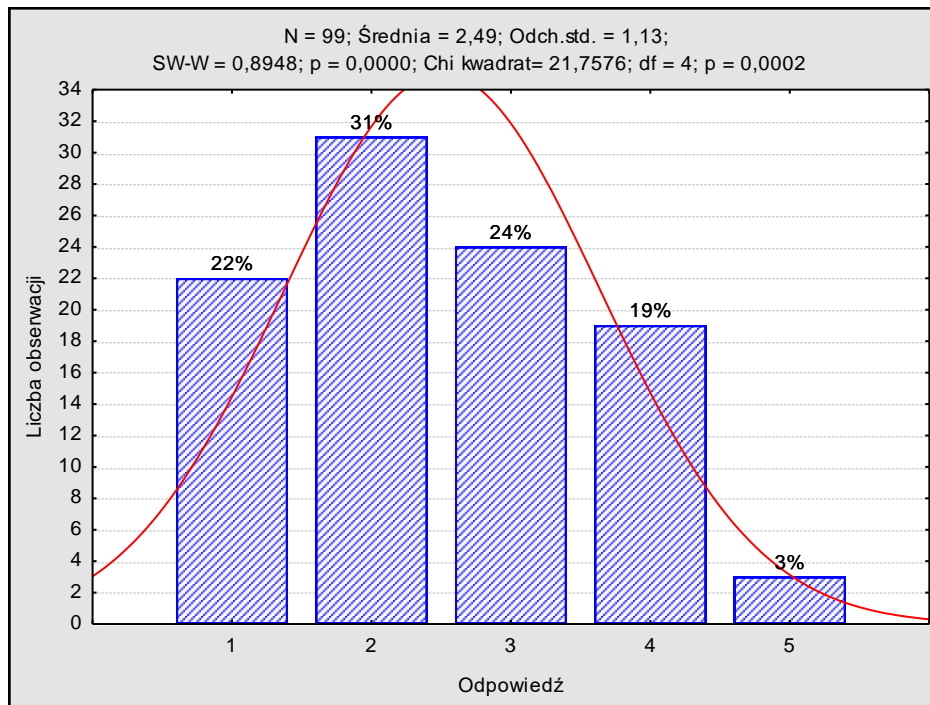
Rycina 7. Zadowolenie z życia w badanej grupie chorych na depresję

Średni poziom zadowolenia z życia wśród chorych na schizofrenię wynosił 81,45 ($\pm 17,33$) punktów i różnił się istotnie statystycznie (na poziomie istotności $\alpha = 0,05$) względem średniego poziomu zadowolenia wśród chorych na depresję 70,14 ($\pm 14,80$) punktów i był jednorodny (na poziomie istotności $\alpha = 0,05$) pod względem zmienności wariancyjnej ($p = 0,1200$). Większe zadowolenie z życia wystąpiło u chorych na schizofrenię – Tabela III.

Tabela III. Statystyki opisowe i porównywalność w badanej próbie grup chorych na schizofrenię i depresję ze względu na WHOQOL - suma

	Schiz. średnia	Depr. średnia	t	df	p	schiz. odch.std	depr. odch.std	Brn-Fors F	Brn-Fors df	Brn-Fors p
WHOQOL suma	81,45	70,14	3,4934	97	0,0007	17,33	14,80	2,4600	97	0,1200

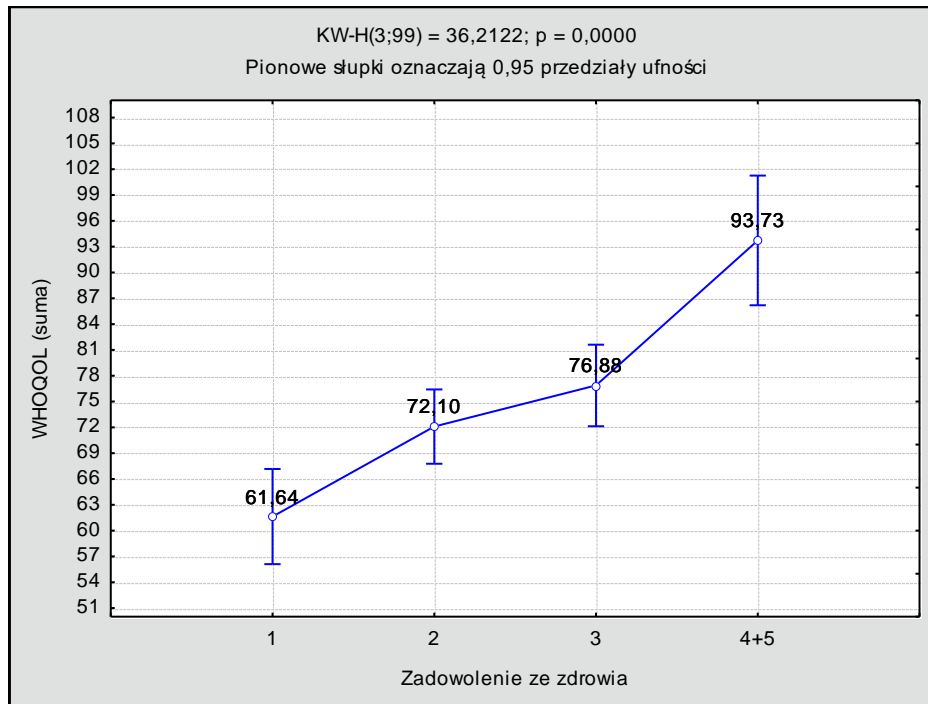
Odpowiedzi badanych dotyczące zadowolenia ze swojego stanu zdrowia były zróżnicowane w stopniu istotnym statystycznie ($p = 0,0002$), na poziomie istotności $\alpha = 0,05$. Dominującą odpowiedzią było „niezadowolony”, przy czym średni poziom odpowiedzi lokalizował się między odpowiedzią „niezadowolony” a odpowiedzią „ani zadowolony, ani niezadowolony” – Rycina 8.



1 - bardzo niezadowolony, 2 - niezadowolony, 3 - ani zadowolony, ani niezadowolony,
4 - zadowolony, 5 - bardzo zadowolony

Rycina 8. Zadowolenie ze zdrowia w badanej grupie pacjentów

W badanej populacji pacjentów stwierdzono istotną zależność (na poziomie istotności $\alpha = 0,05$) między zadowoleniem ze zdrowia a zadowoleniem z życia ($p = 0,0000$). W miarę wzrostu zadowolenia ze zdrowia wzrasta poziom zadowolenia z życia. Częstkowa zależność zadowolenia z życia w stosunku do zadowolenia ze zdrowia okazała się nieistotna statystycznie jedynie między poziomem 2 a 3, tj. „niezadowolony” i „ani zadowolony, ani niezadowolony” ($p = 0,5903$), co może być efektem nieoptymalnego podziału nasilenia cechy „zadowolenie ze zdrowia” (prawdopodobnie bardziej zasadny byłby podział: 1 = niezadowolony”; 2 = ani zadowolony, ani niezadowolony; 3 = zadowolony) - Rycina 9.



1 - bardzo niezadowolony, 2 - niezadowolony, 3 - ani zadowolony, ani niezadowolony,
4 - zadowolony, 5 - bardzo zadowolony

Rycina 9. Zadowolenie z życia w zależności od poziomu zadowolenia ze zdrowia

Szacuje się ponadto, iż dla osób oceniających swoje zadowolenia ze zdrowia na poziomie 1 (bardzo niezadowolony) zasadne jest ostrożne (ze względu na miarę precyzji względnej $> 5\%$, $< 10\%$) wnioskowanie (na poziomie 95% pewności), iż pod względem zadowolenia z życia lokalizują się pomiędzy 56,11 pkt. a 67,17 pkt. Przy czym średni poziom zadowolenia z życia wyniósł (w badanej próbie) 61,64 ($\pm 12,47$) pkt. – Tabela IV, V.

Tabela IV. Zadowolenie z życia w zależności od poziomu zadowolenia ze zdrowia

Zadowolenie ze zdrowia	N	WHOQOL (suma)					
		Średnie	Odch.st.	Bł. std.	Przedział ufności -95,00%	Przedział ufności +95,00%	Miara precyzji względnej
1	22	61,64	12,47	2,66	56,11	67,17	8,97
2	31	72,10	11,78	2,12	67,77	76,42	5,99
3	24	76,88	11,21	2,29	72,14	81,61	6,16
4+5	22	93,73	16,99	3,62	86,20	101,26	8,04

**Tabela V. Zadowanie z życia w zależności od poziomu zadownienia ze zdrowia
(prawdopodobieństwo testowe)**

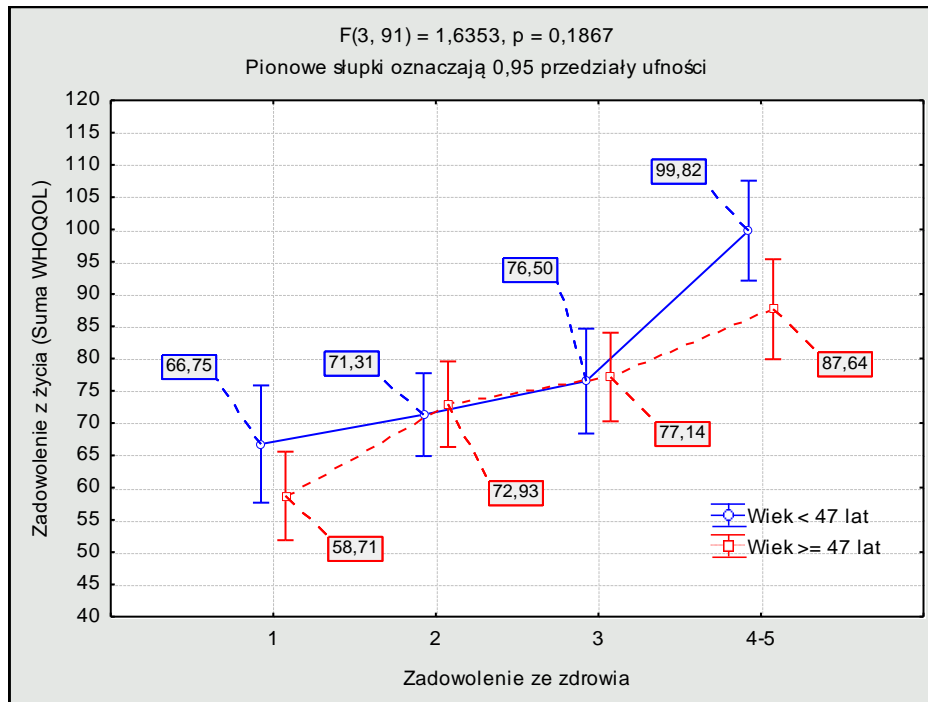
WHOQOL (suma) prawdopodobieństwo testowe				
Zadownienie ze zdrowia	{1}	{2}	{3}	{4}
	61,636	72,097	76,875	93,727
{1}		0,0468	0,0013	0,0001
{2}	0,0468		0,5903	0,0001
{3}	0,0013	0,5903		0,0004
{4+5}	0,0001	0,0001	0,0004	

W badanej grupie pacjentów, z której pobrano próbę losową nie istnieje istotna zależność (na poziomie istotności $\alpha = 0,05$) między wiekiem, zadownieniem ze zdrowia a zadownieniem z życia ($p = 0,1867$). Zadownienie z życia zależy od zadownienia ze zdrowia, niezależnie od wieku badanych.

W szczególności:

- a) przy zadownieniu ze zdrowia na poziomie „1” czynnik wieku jest nieistotny ($p = 0,9167$);
- b) przy zadownieniu ze zdrowia na poziomie „2” czynnik wieku jest nieistotny ($p = 1,0000$);
- c) przy zadownieniu ze zdrowia na poziomie „3” czynnik wieku jest nieistotny ($p = 1,0000$);
- d) przy zadownieniu ze zdrowia na poziomie „4=5” czynnik wieku jest nieistotny ($p=0,3563$).

Szacuje się ponadto, iż dla osób oceniających swoje zadownienia ze zdrowia na poziomie 2 (niezadowolony) zasadne jest ostrożne (ze względu na miarę precyzji względnej $> 5\%$, $< 10\%$) wnioskowanie (na poziomie 95% pewności), iż pod względem zadownienia z życia osoby w wieku < 47 lat lokalizują się pomiędzy 65,25 pkt. a 77,38 pkt. Przy czym średni poziom zadownienia z życia (tych osób) wyniósł (w badanej próbie) 71,31 ($\pm 11,38$) pkt. – Rycina 10, Tabela VI, VII.



1 - bardzo niezadowolony, 2 - niezadowolony, 3 - ani zadowolony, ani niezadowolony,
4 - zadowolony, 5 - bardzo zadowolony

Rycina 10. Zadowolenie z życia w zależności od poziomu zadowolenia ze zdrowia i wieku

Tabela VI. Zadowolenie z życia w zależności od poziomu zadowolenia ze zdrowia i wieku

Poziom	Zadowolenie ze zdrowia	Wiek	N	WHOQOL (suma)					
				Średnie	Odch.st.	Bł. std.	Przedział ufności -95,00%	Przedział ufności +95,00%	Miara prec. względn.
1	1	< 47	8	66,75	9,84	3,48	58,53	74,97	12,32
2	1	>= 47	14	58,71	13,19	3,52	51,10	66,33	12,97
3	2	< 47	16	71,31	11,38	2,85	65,25	77,38	8,51
4	2	>= 47	15	72,93	12,54	3,24	65,99	79,88	9,52
5	3	< 47	10	76,50	13,38	4,23	66,93	86,07	12,51
6	3	>= 47	14	77,14	9,92	2,65	71,41	82,87	7,43
7	4	< 47	11	99,82	14,55	4,39	90,05	109,59	9,79
8	4	>= 47	11	87,64	17,69	5,33	75,75	99,52	13,56

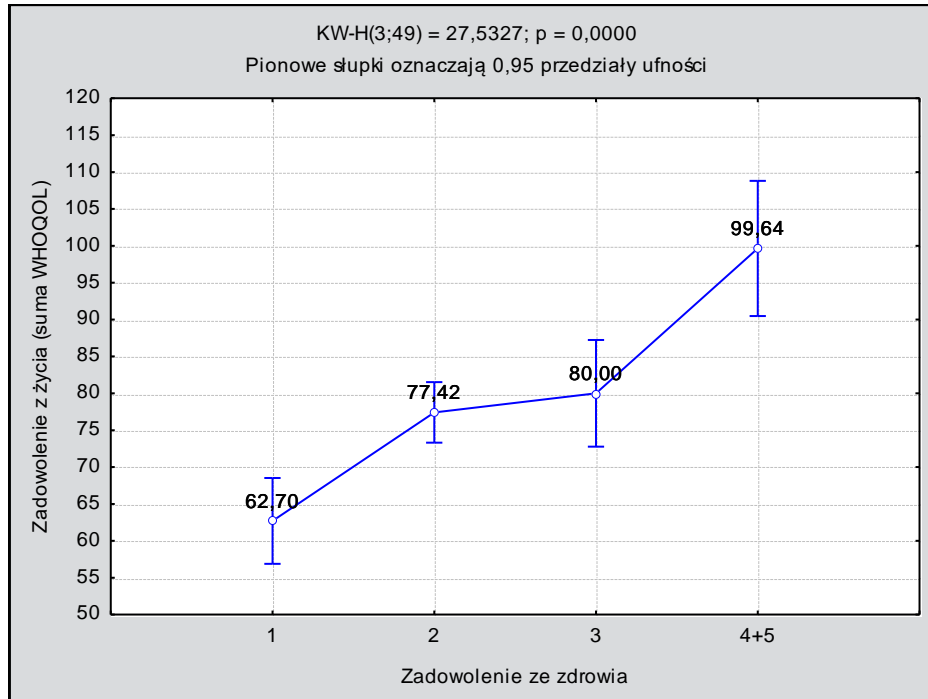
Tabela VII. Zadowolenie z życia w zależności od poziomu zadowolenia ze zdrowia i wieku (prawdopodobieństwo testowe)

WHOQOL - prawdopodobieństwo testowe										
Poziom	Zadowolenie ze zdrowia	Wiek	{1} 66,750	{2} 58,714	{3} 71,31 3	{4} 72,93 3	{5} 76,50 0	{6} 77,14 3	{7} 99,81 8	{8} 87,63 6
{1}	1	< 47		0,9167	0,996 7	0,979 3	0,801 3	0,744 7	0,000 2	0,035 2
{2}	1	>= 47	0,9167		0,177 8	0,082 7	0,053 8	0,006 8	0,000 1	0,000 1
{3}	2	< 47	0,9967	0,1778		1,000 0	0,985 7	0,932 1	0,000 1	0,072 7
{4}	2	>= 47	0,9793	0,0827	1,000 0		0,998 6	0,988 7	0,000 2	0,146 6
{5}	3	< 47	0,8013	0,0538	0,985 7	0,998 6		1,000 0	0,002 9	0,537 3
{6}	3	>= 47	0,7447	0,0068	0,932 1	0,988 7	1,000 0		0,002 2	0,552 5
{7}	4	< 47	0,0002	0,0001	0,000 1	0,000 2	0,002 9	0,002 2		0,356 3
{8}	4	>= 47	0,0352	0,0001	0,072 7	0,146 6	0,537 3	0,552 5	0,356 3	

Wykazano, iż w populacji pacjentów chorych na schizofrenię, z której pobrano próbkę losową, istnieje istotna zależność (na poziomie istotności $\alpha = 0,05$) między zadowoleniem ze zdrowia a zadowoleniem z życia ($p = 0,0000$) - w miarę wzrostu zadowolenia ze zdrowia wzrasta poziom zadowolenia z życia. „Cząstkowa” zależność zadowolenia z życia w stosunku do zadowolenia ze zdrowia okazała się nieistotna statystycznie jedynie między poziomem 2 a 3, tj. „niezadowolony” i „ani zadowolony, ani niezadowolony” ($p = 0,9473$), co może być efektem nieoptymalnego podziału nasilenia cechy „zadowolenie ze zdrowia” (prawdopodobnie bardziej zasadny byłby podział: 1 = niezadowolony”; 2 = ani zadowolony, ani niezadowolony; 3 = zadowolony).

Szacuje się ponadto, iż dla osób chorych na schizofrenię, oceniających swoje zadowolenia ze zdrowia na poziomie 1 (bardzo niezadowolony) zasadne jest ostrożne (ze względu na miarę precyzji względnej $> 5\%$, $< 10\%$) wnioskowanie (na poziomie 95%

pewności), iż pod względem zadowolenia z życia lokalizują się pomiędzy 56,88 pkt. a 68,52 pkt. Przy czym średni poziom zadowolenia z życia wyniósł (w badanej próbie) 62,70 ($\pm 8,14$) pkt. – Rycina 11, Tabela VIII, IX.



1 - bardzo niezadowolony, 2 - niezadowolony, 3 - ani zadowolony, ani niezadowolony,
4 - zadowolony, 5 - bardzo zadowolony

Rycina 11. Zadowolenie z życia w zależności od poziomu zadowolenia ze zdrowia u chorych na schizofrenię

Tabela VIII. Zadowolenie z życia w zależności od poziomu zadowolenia ze zdrowia u chorych na schizofrenię

Zadowolenie ze zdrowia	N	Średnie	Odch.st.	Bł. std.	WHOQOL (suma)		Miara precyzji względnej
					Przedział ufności -95,00%	Przedział ufności +95,00%	
1	10	62,70	8,14	2,57	56,88	68,52	9,29
2	12	77,42	6,46	1,86	73,31	81,52	5,30
3	13	80,00	11,97	3,32	72,77	87,23	9,04
4+5	14	99,64	15,87	4,24	90,48	108,81	9,20

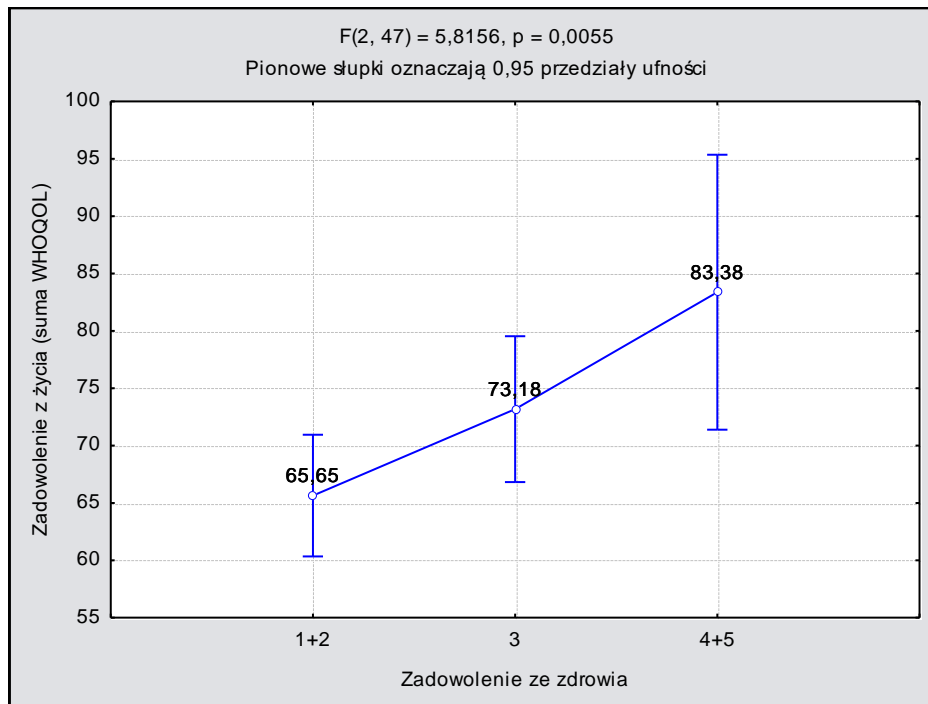
Tabela IX. Zadowolenie z życia w zależności od poziomu zadowolenia ze zdrowia u chorych na schizofrenię (prawdopodobieństwo testowe)

WHOQOL (suma) prawdopodobieństwo testowe				
Zadowolenie ze zdrowia	{1}	{2}	{3}	{4}
	62,700	77,417	80,000	99,643
{1}		0,0332	0,0091	0,0002
{2}	0,0332		0,9473	0,0003
{3}	0,0091	0,9473		0,0006
{4+5}	0,0002	0,0003	0,0006	

Stwierdzono, iż w populacji pacjentów chorych na depresję, z której pobrano próbkę losową, istnieje istotna zależność (na poziomie istotności $\alpha = 0,05$) między zadowoleniem ze zdrowia a zadowoleniem z życia ($p = 0,0055$) - w miarę wzrostu zadowolenia ze zdrowia wzrasta poziom zadowolenia z życia. „Cząstkowa” zależność zadowolenia z życia w stosunku do zadowolenia ze zdrowia okazała się nieistotna statystycznie między poziomem 1+2 a poziomem 3 ($p = 0,3989$), oraz między poziomem 3 a poziomem 4+5 ($p = 0,02971$). Istotnie statystycznie różnica (na poziomie istotności $\alpha = 0,05$) w poziomie zadowolenia z życia istnieje pomiędzy chorymi niezadowolonymi ze stanu swojego zdrowia (kategoria 1+2) a chorymi zadowolonymi ze stanu swojego zdrowia (kategoria 4+5) ($p = 0,0312$).

Grupa chorych na depresję, zadowolona ze swojego stanu zdrowia, mająca równocześnie wysoki poziom zadowolenia ze swojego życia, jest pod względem zadowolenia z życia, znacząco zróżnicowana (miara precyzji względnej = 14,37%). Wnioskuje się zatem, iż w populacji chorych na depresję znajdują się osoby zadowolone ze stanu swojego zdrowia, będące zarazem w bardzo różnym stopniu zadowolone ze swojego życia.

Szacuje się ponadto, iż dla osób chorych na depresję, oceniających swoje zadowolenia ze zdrowia na poziomie 1+2 zasadne jest ostrożne (ze względu na miarę precyzji względnej = 8,08%) wnioskowanie (na poziomie 95% pewności), iż pod względem zadowolenia z życia lokalizują się pomiędzy 60,34 pkt. a 70,95 pkt. Przy czym średni poziom zadowolenia z życia wyniósł (w badanej próbie) 65,65 ($\pm 14,46$) pkt. Rycina 12, tabela X, XI.



1 - bardzo niezadowolony, 2 - niezadowolony, 3 - ani zadowolony, ani niezadowolony,
4 - zadowolony, 5 - bardzo zadowolony

Rycina 12. Zadowolenie z życia w zależności od poziomu zadowolenia ze zdrowia u chorych na depresję

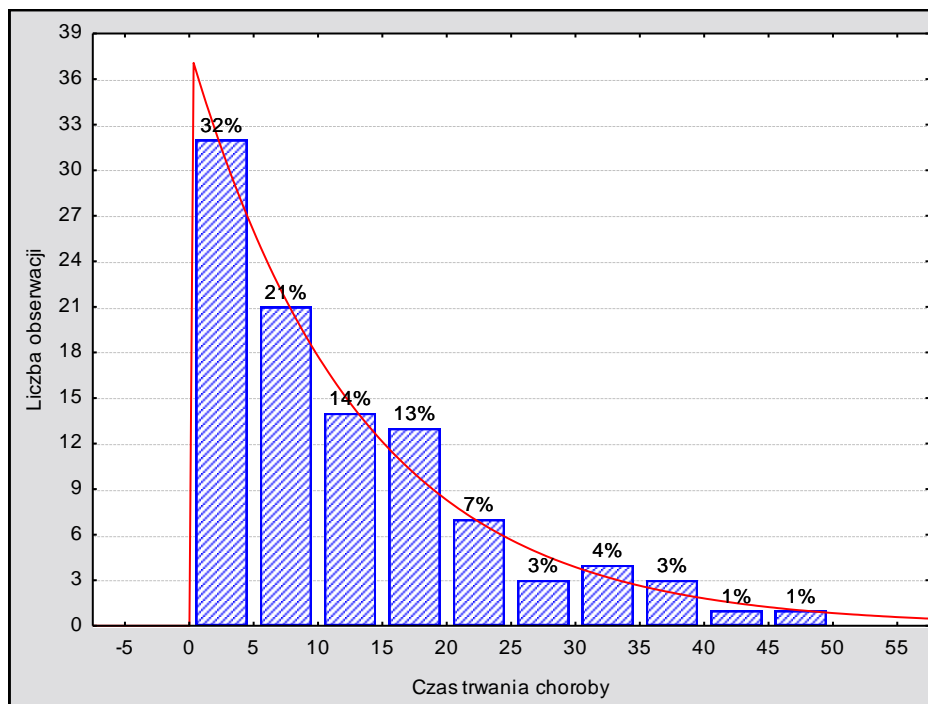
Tabela X. Zadowolenie z życia w zależności od poziomu zadowolenia ze zdrowia u chorych na depresję

Zadowolenie ze zdrowia	N	WHOQOL (suma)			Przedział ufności		Miara precyzji względnej
		Średnie	Odch.st.	Bł. std.	-95,00%	+95,00%	
1+2	31	65,65	14,46	2,60	60,34	70,95	8,08
3	11	73,18	9,46	2,85	66,82	79,54	8,69
4+5	8	83,38	14,33	5,07	71,39	95,36	14,37

Tabela XI. Zadowolenie z życia w zależności od poziomu zadowolenia ze zdrowia u chorych na depresję (prawdopodobieństwo testowe)

WHOQOL (suma) - prawdopodobieństwo testowe			
Zadowolenie ze zdrowia	{1}	{2}	{3}
	65,645	73,182	83,375
1+2 {1}		0,3989	0,0312
3 {2}	0,3989		0,2971
4+5 {3}	0,0312	0,2971	

Czas trwania choroby w badanej grupie osób jest bardzo zróżnicowany (współczynnik zmienności = 84,16%). Wiek poniżej i powyżej którego znajduje się połowa badanych osób wynosi 10 lat, 25% badanych osób choruje od 1 do 4 lat. Drugie 25% osób choruje od 20 do 47 lat, 50% badanych osób choruje od 4 do 19 lat. Przeciętne zróżnicowanie (względem średniej) czasu trwania choroby wynosi 10,98 lat - Rycina 13, Tabela XII.

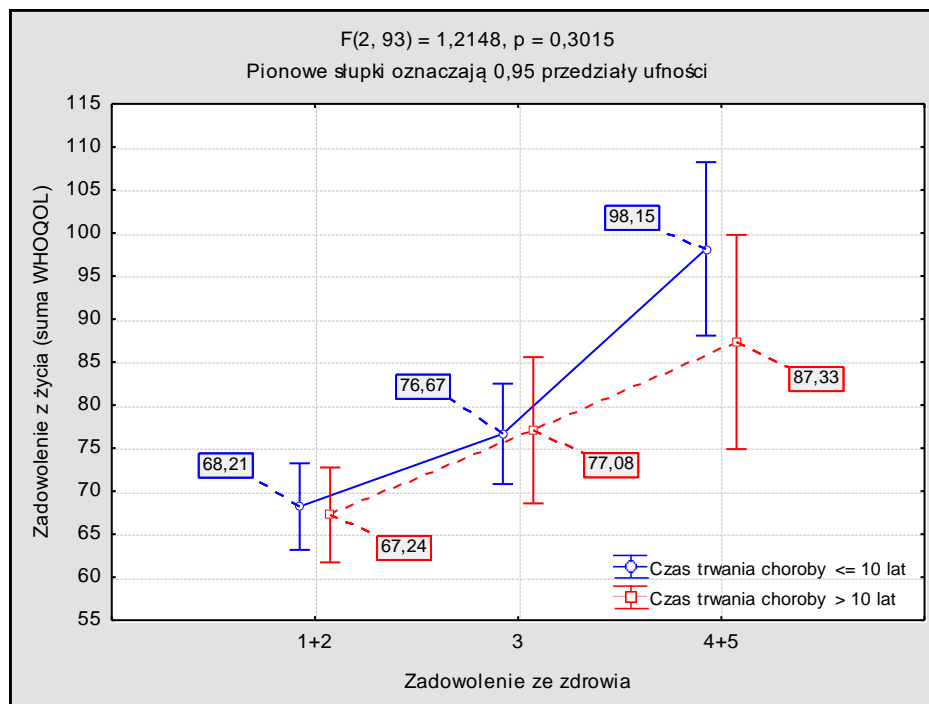


Rycina 13. Czas trwania choroby w badanej grupie

Tabela XII. Czas trwania choroby

N	Średnia	Odch. std	Mediana	Min.	Maks.	Dolny kwartyl	Górny kwartyl	Wsp. zmn.
99	13,05	10,98	10,00	1,00	47,00	4,00	20,00	84,16

Wykazano, iż w populacji pacjentów, z której pobrano próbkę losową, nie istnieje istotna statystycznie zależność (na poziomie istotności $\alpha = 0,05$) między czasem trwania choroby a zadowoleniem z życia, z uwzględnieniem poczucia zadowolenia ze zdrowia ($p = 0,3015$) - w miarę wzrostu zadowolenia ze zdrowia wzrasta poziom zadowolenia z życia (zgodnie z wykresem 9) i czas trwania choroby nie ma na to istotnego statystycznie wpływu. Szacuje się ponadto, iż dla populacji chorych, oceniających swoje zadowolenia ze zdrowia na poziomie 1+2 zasadne jest ostrożne (ze względu na miarę precyzji względnej = 7,37%) wnioskowanie (na poziomie 95% pewności), iż pod względem zadowolenia z życia lokalizują się pomiędzy 63,18 pkt. a 73,24 pkt. Przy czym średni poziom zadowolenia z życia wyniósł (w badanej próbie) 68,21 ($\pm 12,97$) pkt. Chorzy w badanej próbie, którzy chorowali >10 lat i mieli poczucie zadowolenia ze stanu zdrowia na poziomie 3 (ani zadowolony ani nie zadowolony) oraz chorzy w badanej próbie z poczuciem zadowolenia ze stanu zdrowia na poziomie 4 i 5 (niezależnie od czasu trwania choroby) byli nadmiernie zróżnicowani pod względem poczucia zadowolenia z życia, by zasadne było wnioskowanie o przedziale z zadowolenia z życia dla populacji chorych - Rycina 14, Tabela XIII, XIV.



1 - bardzo niezadowolony, 2 - niezadowolony, 3 - ani zadowolony, ani niezadowolony,
4 - zadowolony, 5 - bardzo zadowolony

Rycina 14. Zadowolenie z życia a zadowolenie ze zdrowia i czas trwania choroby

Tabela XIII. Zadowanie z życia a zadowanie ze zdrowia i czas trwania choroby

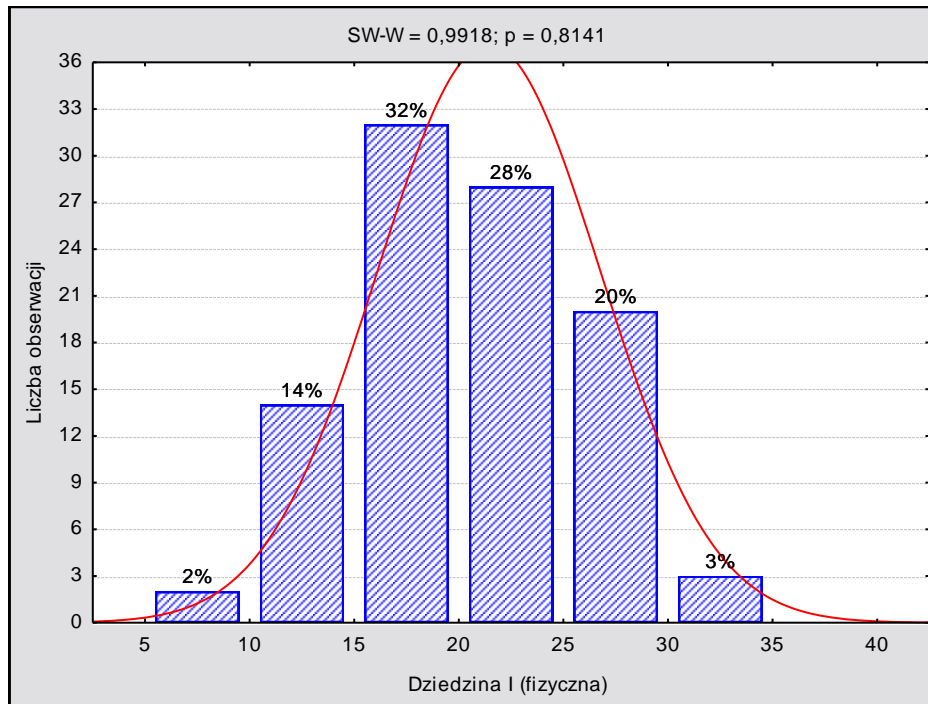
WHOQOL (suma)								
Zadowanie ze zdrowia	Czas chor.	N	Średnie	Odch.st.	Bł. std.	Przedział ufności -95,00%	Przedział ufności +95,00%	Miara prec. względ n.
1+2	<= 10	28	68,21	12,97	2,45	63,18	73,24	7,37
1+2	> 10	25	67,24	13,36	2,67	61,72	72,76	8,20
3	<= 10	12	76,67	9,18	2,65	70,84	82,50	7,61
3	> 10	12	77,08	13,37	3,86	68,59	85,58	11,02
4+5	<= 10	13	98,15	16,68	4,63	88,07	108,24	10,27
4+5	> 10	9	87,33	16,19	5,40	74,89	99,78	14,25

Tabela XIV. Zadowanie z życia a zadowanie ze zdrowia i czas trwania choroby

(prawdopodobieństwo testowe)

Poziom	Zadowanie ze zdrowia	Czas chor.	{1}	{2}	{3}	{4}	{5}	{6}
			68,214	67,240	76,667	77,083	98,154	87,333
{1}	1+2	<= 10		0,9999	0,6497	0,6010	0,0001	0,0409
{2}	1+2	> 10	0,9999		0,5353	0,4867	0,0001	0,0269
{3}	3	<= 10	0,6497	0,5353		1,0000	0,0028	0,5576
{4}	3	> 10	0,6010	0,4867	1,0000		0,0035	0,6001
{5}	4+5	<= 10	0,0001	0,0001	0,0028	0,0035		0,5419
{6}	4+5	> 10	0,0409	0,0269	0,5576	0,6001	0,5419	

Pod względem jakości życia w dziedzinie fizycznej, populacja chorych, z której pobrano próbę losową lokalizuje się pomiędzy 20,28 pkt. a 22,40 pkt. (w skali od 1 do 35pkt.) Przy czym średni poziom jakości życia w dziedzinie fizycznej wyniósł (w badanej próbie) 21,34 ($\pm 5,32$) pkt. Np. w przedziale od 15 do 20 pkt. lokalizowało się 32% obserwacji - obserwacji-Rycina 15, Tabela XV.



Rycina 15. Jakość życia dziedzina fizycznej

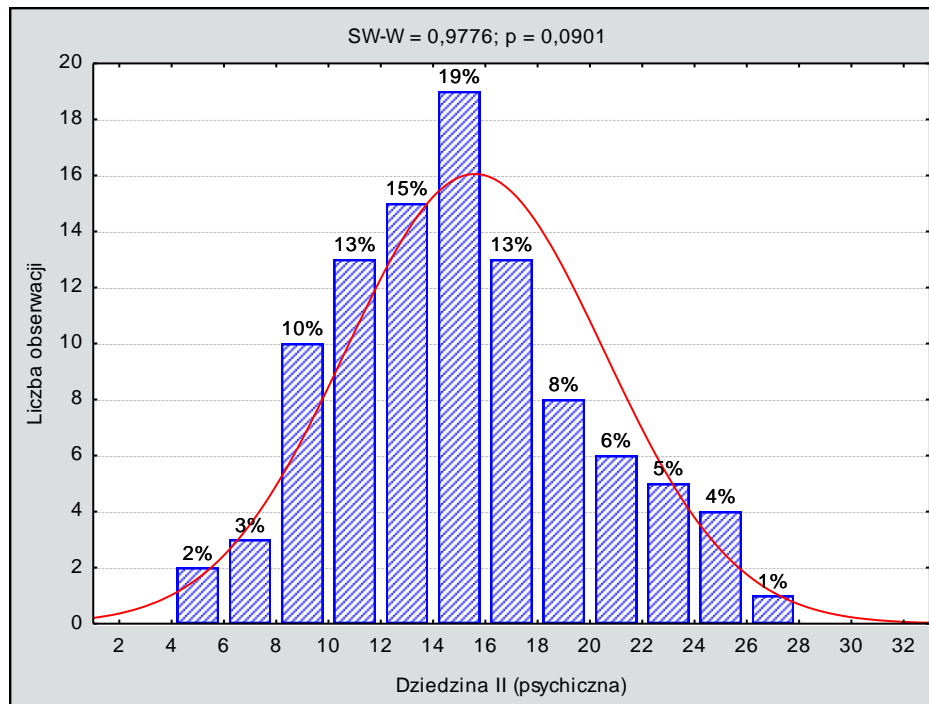
Tabela XV. Jakość życia w dziedzinie fizycznej

N	Średnia	Odch.st.	Min.	Maks.	Przedział ufn. -95,00%	Przedział ufn. +95,00%	Miara prec. wzgl.
99	21,34	5,32	8,00	35,00	20,28	22,40	4,97

Jakość życia w dziedzinie psychicznej badanych chorych, z której pobrano próbę losową lokalizuje się pomiędzy 14,54 pkt. a 16,51 pkt. (w skali od 1 do 30 pkt.) Przy czym średni poziom jakości życia w dziedzinie psychicznej wyniósł (w badanej próbie) 15,53 ($\pm 4,92$) pkt. Np. w przedziale od 14 do 16 pkt. lokalizowało się 19% obserwacji - Rycina 16, Tabela XVI.

Tabela XVI. Jakość życia w dziedzinie psychicznej

N	Średnia	Odch.st.	Min.	Maks.	Przedział ufn. -95,00%	Przedział ufn. +95,00%	Miara prec. wzgl.
99	15,53	4,92	6,00	28,00	14,54	16,51	6,32

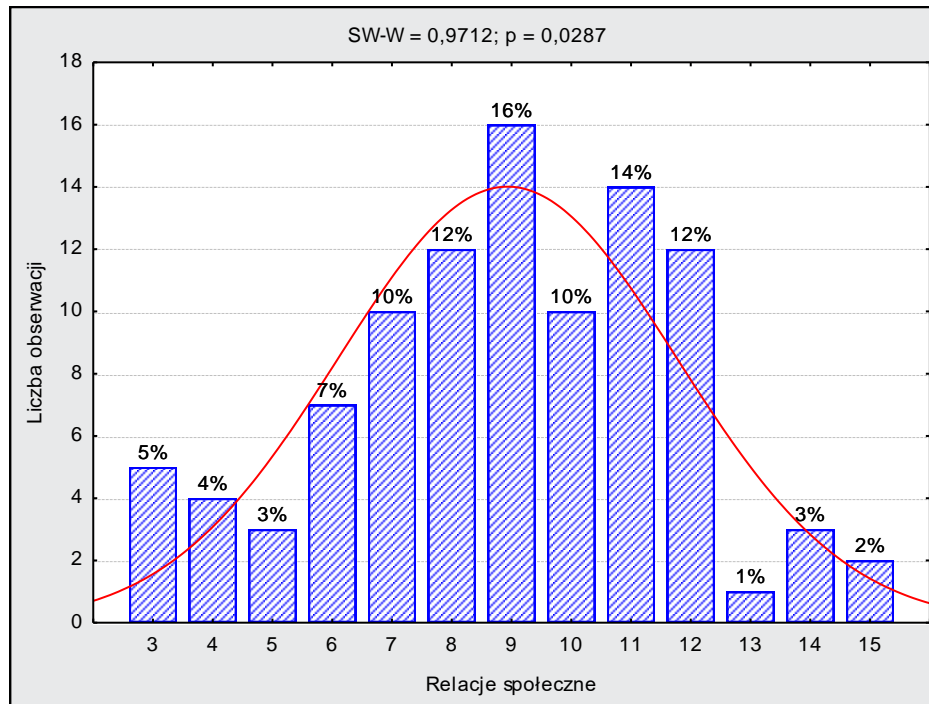


Rycina 16. Jakość życia w dziedzinie psychicznej

Jakość życia w populacji chorych, z której pobrano próbę losową lokalizuje się pomiędzy 8,34 pkt. a 9,46 pkt. (w skali od 1 do 15 pkt.) Średni poziom jakości życia w dziedzinie relacji społecznych wyniósł (w badanej próbie) 8,90 ($\pm 2,82$) pkt. i lekką przewagą liczby osób, których relacje społeczne oceniane są powyżej poziomu średniego (mediana = 9,00). Na poziomie 9 pkt. lokalizowało się np. 16% obserwacji – Rycina 17, Tabela XVII.

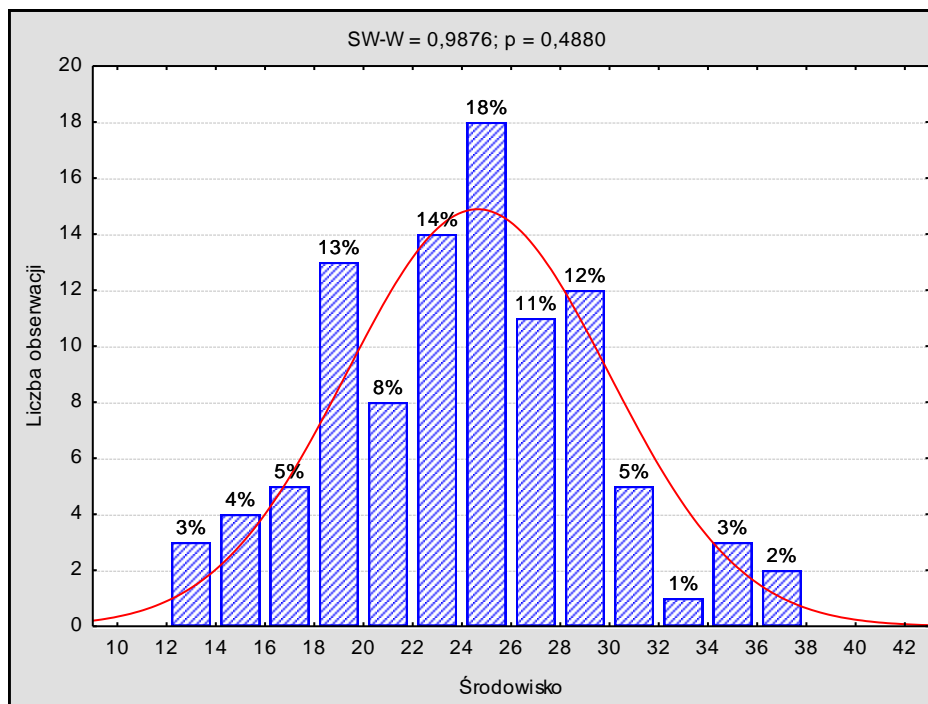
Tabela XVII. Jakość życia w dziedzinie relacji społecznych

N	Średnia	Odch.st.	Mediana	Min.	Maks.	Przedział ufn. -95,00%	Przedział ufn. +95,00%	Miara prec. wzgl.
99	8,90	2,82	9,00	3,00	15,00	8,34	9,46	6,32



Rycina 17. Jakość życia w dziedzinie relacji społecznych

Jakość życia w dziedzinie środowisko w populacji chorych, z której pobrano próbę losową lokalizuje się pomiędzy 23,51 pkt. a 25,62 pkt. (w skali od 1 do 40 pkt.) Przy czym średni poziom zadowolenia z życia w tej dziedzinie wyniósł (w badanej próbie) 24,57 ($\pm 5,31$) pkt. Np. w przedziale od 24 do 26 pkt. lokalizowało się 18% obserwacji – Rycina 18, Tabela XVIII.



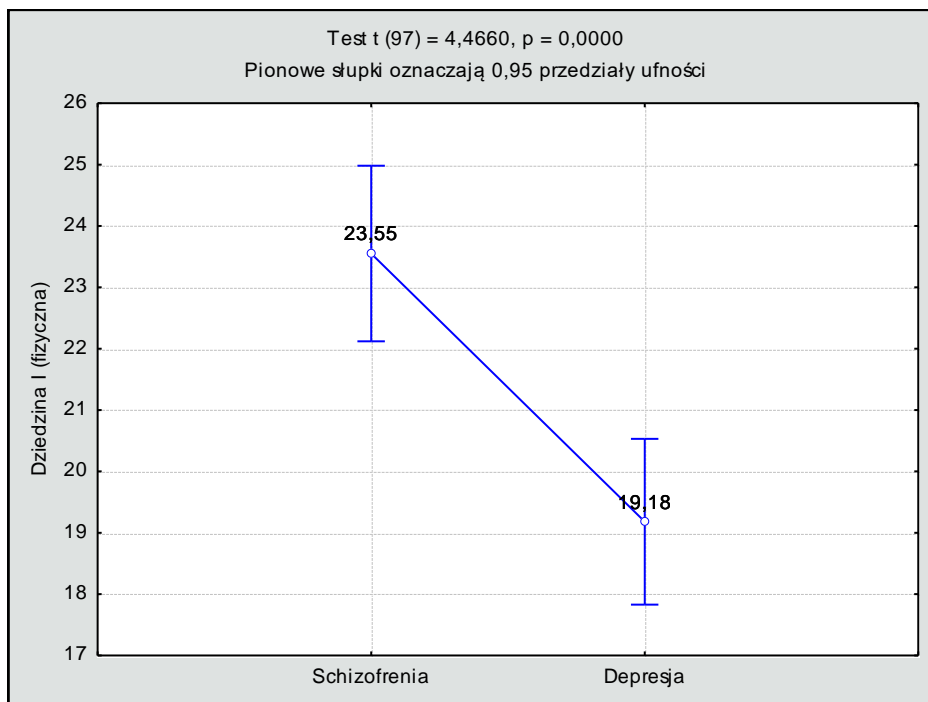
Rycina 18. Jakość życia w dziedzinie środowisko

Tabela XVIII. Jakość życia w dziedzinie środowisko

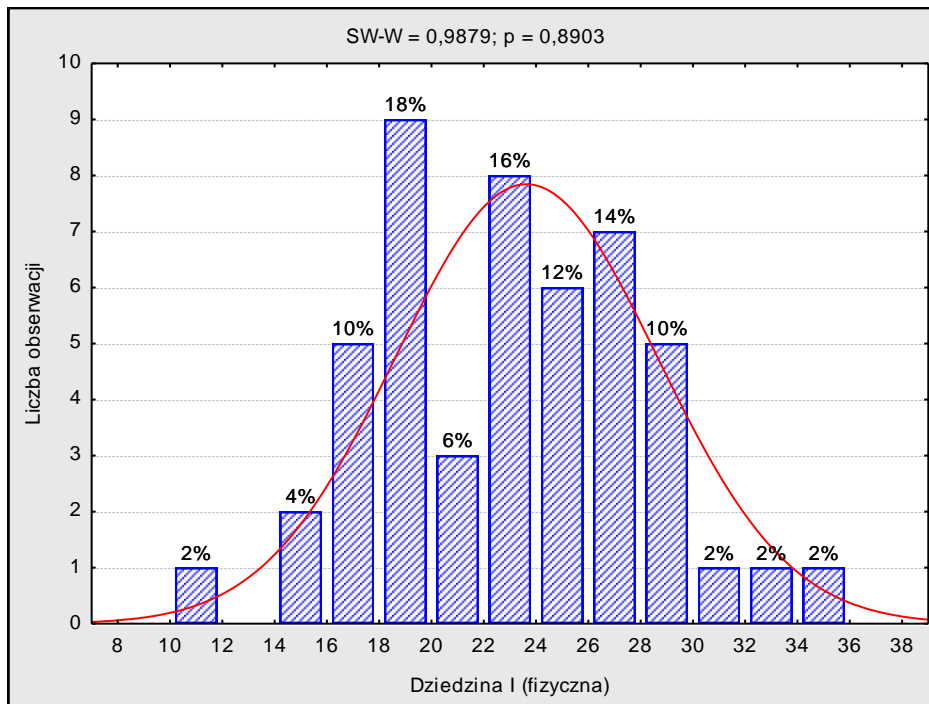
N	Średnia	Odch.st.	Min.	Maks.	Przedział ufn. -95,00%	Przedział ufn. +95,00%	Miara prec. wzgl.
99	24,57	5,31	13,00	38,00	23,51	25,62	4,31

Badana grupa chorych na schizofrenię charakteryzuje się statystycznie istotnie wyższą jakością życia w dziedzinie fizycznej w stosunku do chorych na depresję. Zasadne jest ostrożne (ze względu na miarę precyzji względnej = 6,08%) wnioskowanie (na poziomie 95% pewności), iż pod względem jakości życia w dziedzinie fizycznej populacja chorych na schizofrenię lokalizuje się pomiędzy 22,12 pkt. a 24,98 pkt. (w skali od 7 do 35 pkt.) Przy czym średni poziom zadowolenia z życia w dziedzinie fizycznej wyniósł (w badanej próbie) 23,55 pkt. z przeciętnym zróżnicowaniem względem średniej na poziomie 4,98 pkt. Np. w przedziale od 18 do 20 pkt. lokalizowało się 18% obserwacji chorych na schizofrenię.

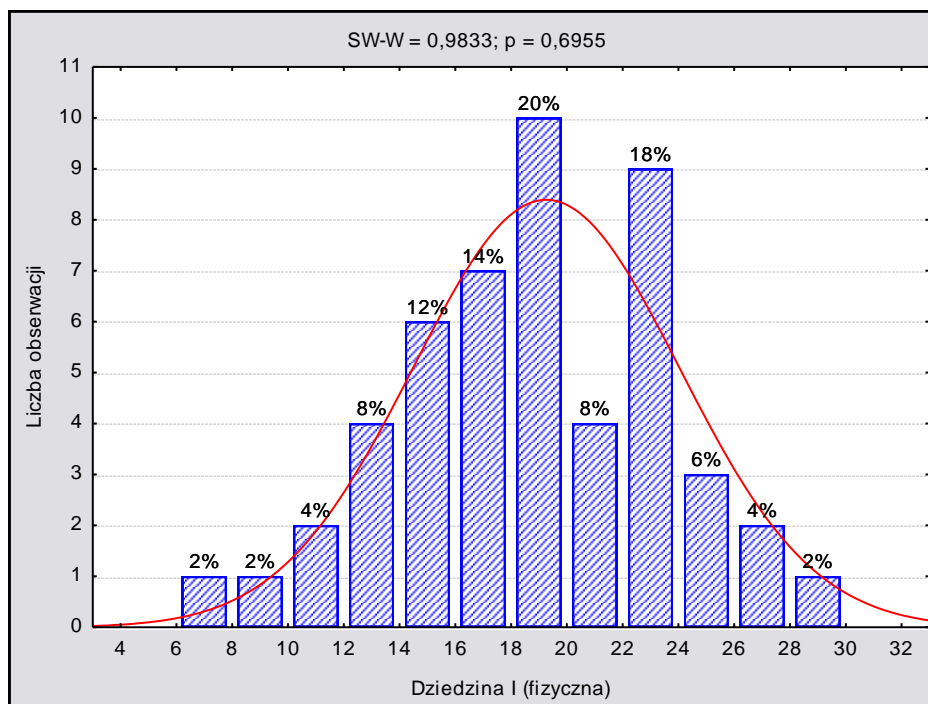
Jakość życia w dziedzinie fizycznej w populacji chorych na depresję lokalizuje się pomiędzy 17,83 pkt. a 20,53 pkt. (w skali od 7 do 35 pkt.) Przy czym średni poziom zadowolenia z życia w dziedzinie fizycznej wyniósł (w badanej próbie) 19,18 ($\pm 4,75$), np. w przedziale od 18 do 20 pkt. lokalizowało się 20% obserwacji chorych na depresję. – Rycina 19, 20, 21, Tabela XIX.



Rycina 19. Jakość życia w dziedzinie fizycznej chorych na schizofrenie i depresję



Rycina 20. Jakość życia w dziedzinie fizycznej wśród chorych na schizofrenię

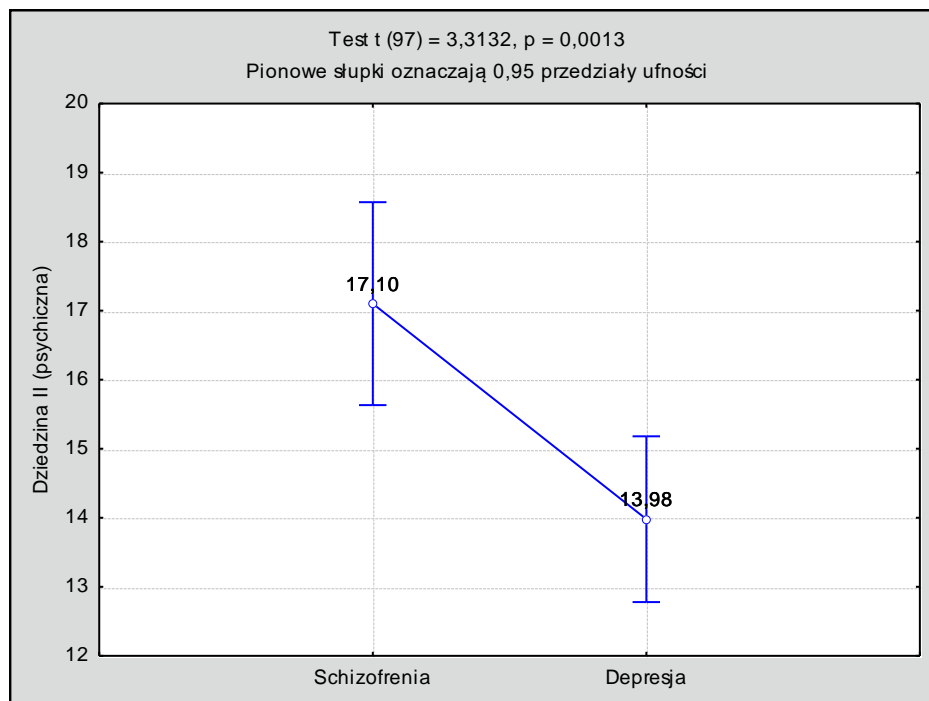


Rycina 21. Jakość życia w dziedzinie fizycznej wśród chorych na depresję

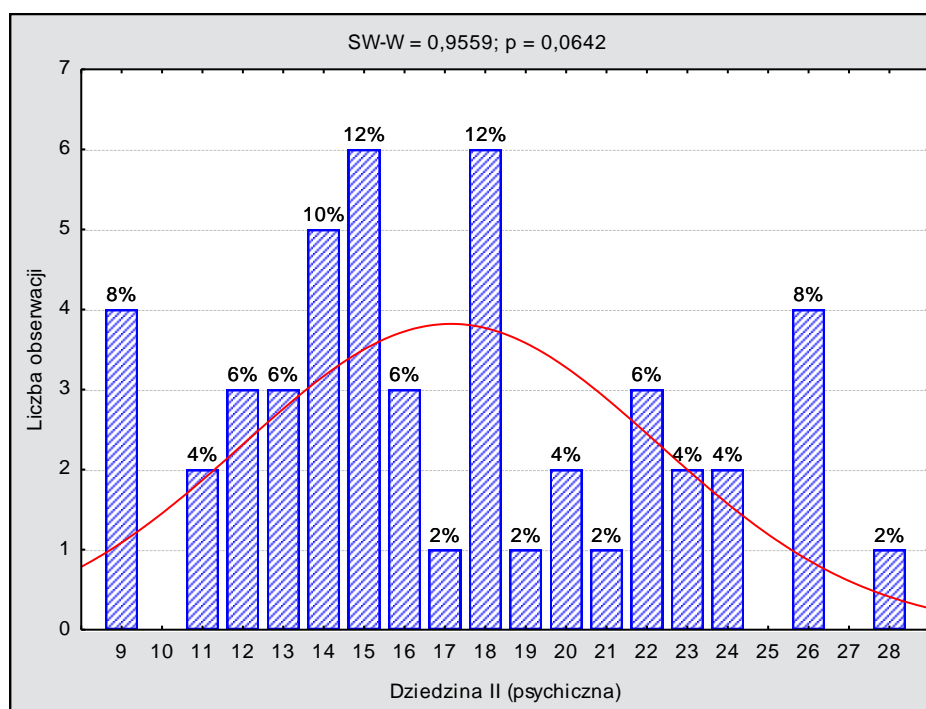
Tabela XIX. Jakość życia w dziedzinie fizycznej w grupie chorych na schizofrenię i depresję

	N	Średnia	Odch.st.	Min.	Maks.	Przedział ufn. -95,00%	Przedział ufn. +95,00%	Miara prec. wzgl.
Schizofrenia	49	23,55	4,98	12,00	35,00	22,12	24,98	6,08
Depresja	50	19,18	4,75	8,00	29,00	17,83	20,53	7,04

Wnioskuje się, iż populacja chorych na schizofrenię charakteryzuje się statystycznie istotnie wyższą jakością życia w dziedzinie psychicznej w stosunku do chorych na depresję. Zasadne jest ostrożne (ze względu na miarę precyzji względnej = 8,59%) wnioskowanie (na poziomie 95% pewności), iż pod względem jakości życia w dziedzinie psychicznej, populacja chorych na schizofrenię lokalizuje się pomiędzy 15,63 pkt. a 18,57 pkt. (w skali od 6 do 30 pkt.) Przy czym średni poziom zadowolenia z życia w dziedzinie psychicznej wyniósł (w badanej próbie) 17,10 ($\pm 5,12$) pkt. Np. na poziomie 18 pkt. lokalizowało się 12% obserwacji chorych na schizofrenię - Rycina 22, 23.

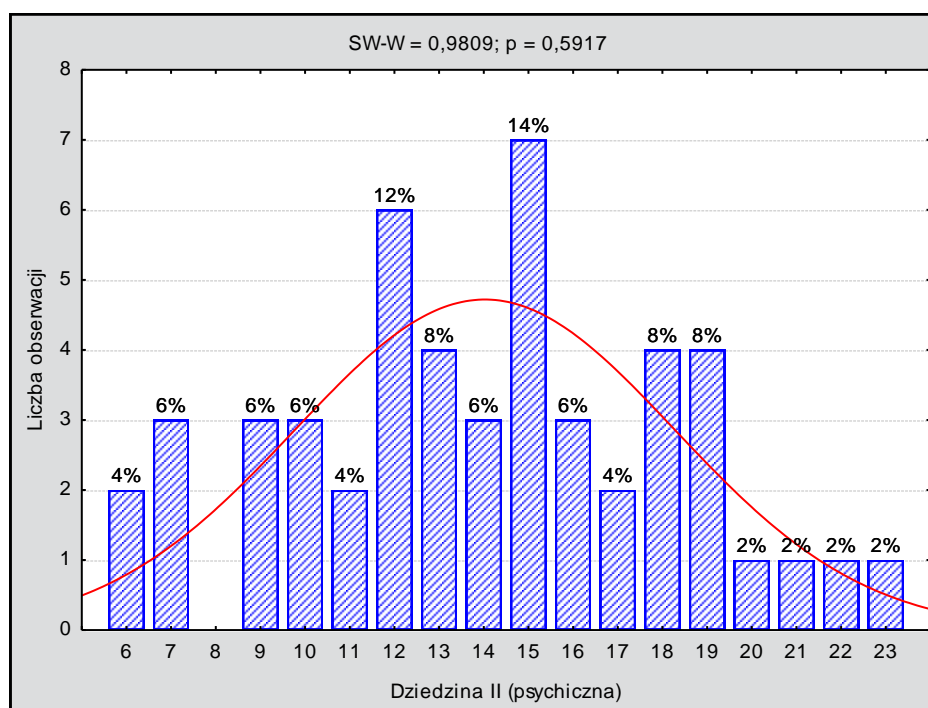


Rycina 22. Jakość życia w dziedzinie psychicznej wśród chorych na schizofrenię i depresję



Rycina 23. Jakość życia w dziedzinie psychicznej wśród chorych na schizofrenię

W badanej populacji chorych na depresję jakość życia w dziedzinie psychicznej, lokalizuje się pomiędzy 12,78 pkt. a 15,18 pkt. (w skali od 6 do 30 pkt.) Przy czym średni poziom zadowolenia z życia w dziedzinie psychicznej wyniósł (w badanej próbie) 13,98 ($\pm 4,23$) pkt. Np. na poziomie 15 pkt. lokalizowało się 14% obserwacji chorych na depresję – Rycina 24, Tabela XX.



Rycina 24. Jakość życia w dziedzinie psychicznej wśród chorych na depresję

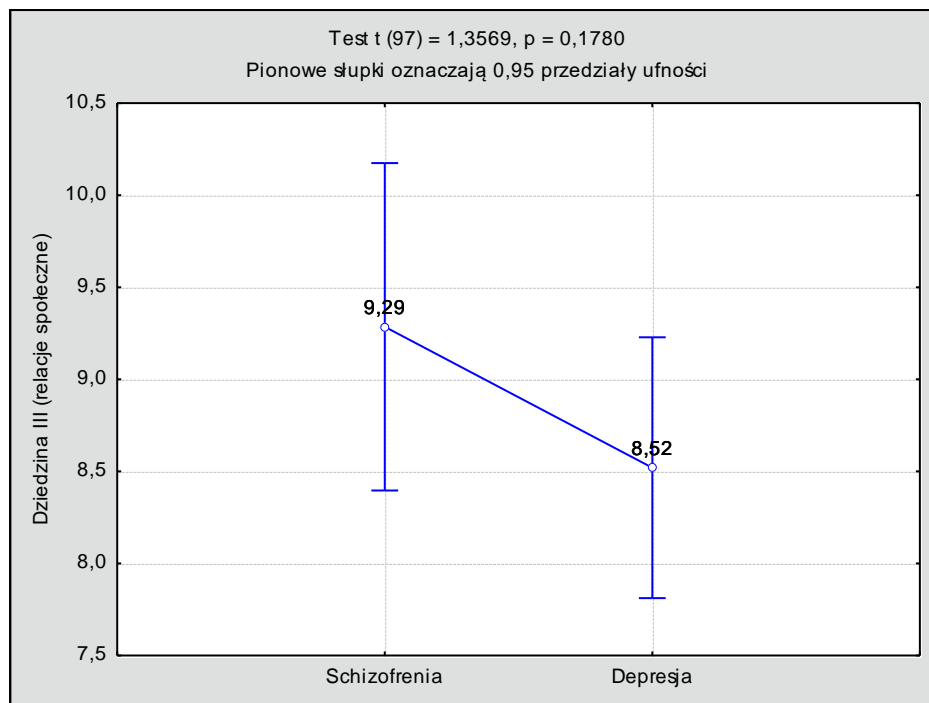
Tabela XX. Jakość życia w dziedzinie psychicznej

	N	Średnia	Odch.st.	Min.	Maks.	Przedział ufn. -95,00%	Przedział ufn. +95,00%	Miara prec. wzgl.
Schizofrenia	49	17,10	5,12	9,00	28,00	15,63	18,57	8,59
Depresja	50	13,98	4,23	6,00	23,00	12,78	15,18	8,59

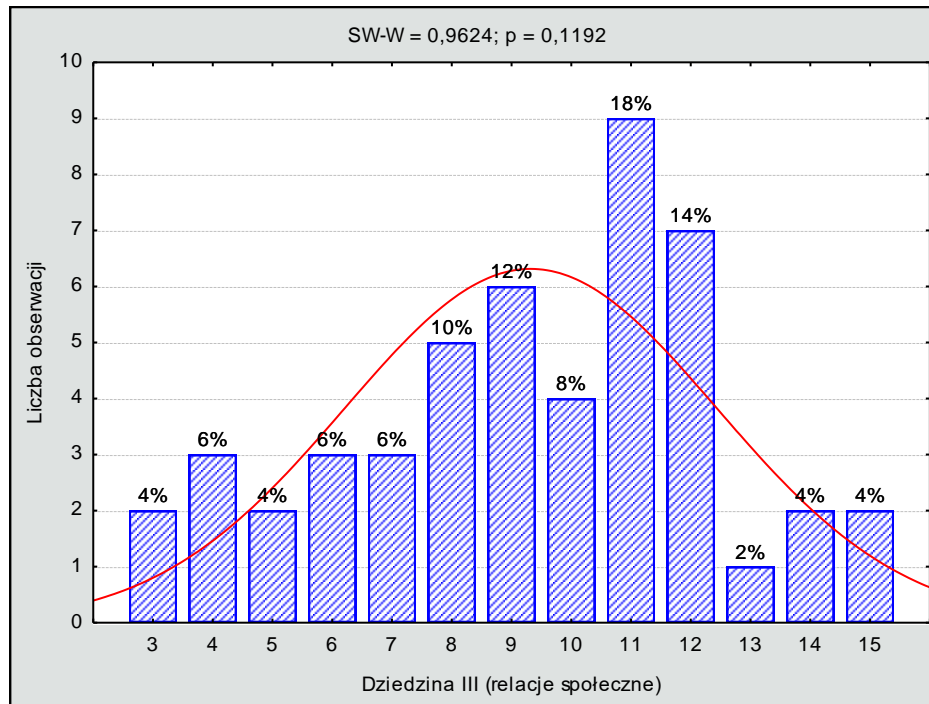
Wnioskuje się, iż populacja chorych na schizofrenię nie różni się istotnie statystycznie względem chorych na depresję pod względem jakości życia w dziedzinie relacji społecznych.

Jakość życia w dziedzinie relacji społecznych w populacji chorych na schizofrenię lokalizuje się pomiędzy 8,40 pkt. a 10,17 pkt. (w skali od 3 do 15 pkt.) Przy czym średni poziom jakości życia w tej dziedzinie wyniósł (w badanej próbie 9,29 (\pm 3,10) pkt. Np. na poziomie 11 pkt. lokalizowało się 18% obserwacji chorych na schizofrenię.

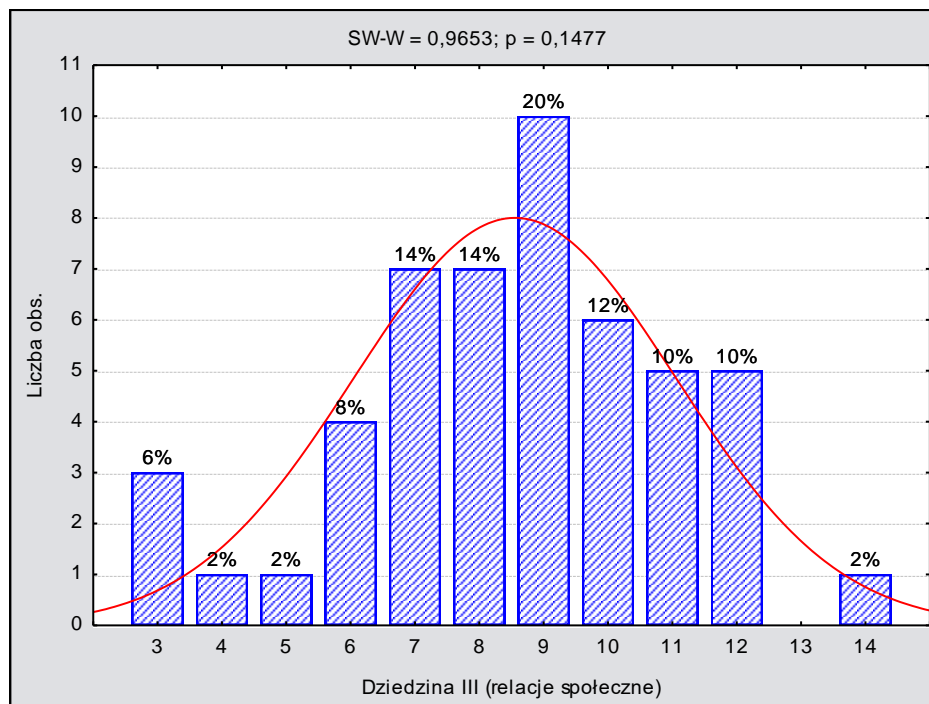
Jakość życia w dziedzinie relacji społecznych w populacji chorych na depresję lokalizuje się pomiędzy 7,81 pkt. a 9,23 pkt. (w skali od 3 do 15 pkt.) Przy czym średni poziom jakości życia w tej dziedzinie wyniósł (w badanej próbie) 8,52(\pm 2,49) pkt. Np. na poziomie 9 pkt. lokalizowało się 20% obserwacji chorych na depresję – Rycina 25, 26, 27, Tabela XXI.



Rycina 25. Jakość życia w dziedzinie relacji społecznych wśród chorych na schizofrenię i depresję



Rycina 26. Jakość życia w dziedzinie relacji społecznych wśród chorych na schizofrenię



Rycina 27. Jakość życia w dziedzinie relacji społecznych wśród chorych na depresję

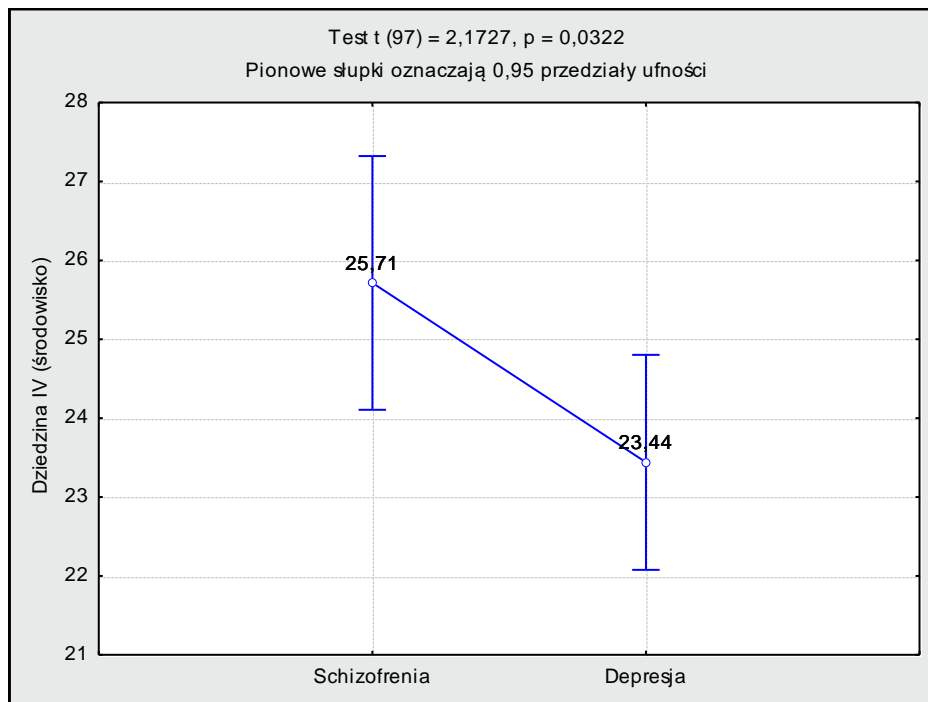
Tabela XXI. Jakość życia w dziedzinie relacji społecznych

	N	Średnia	Odch.st.	Min.	Maks.	Przedział ufn. -95,00%	Przedział ufn. +95,00%	Miara prec. wzgl.
Schizofrenia	49	9,29	3,10	3,00	15,00	8,40	10,17	9,58
Depresja	50	8,52	2,49	3,00	14,00	7,81	9,23	8,31

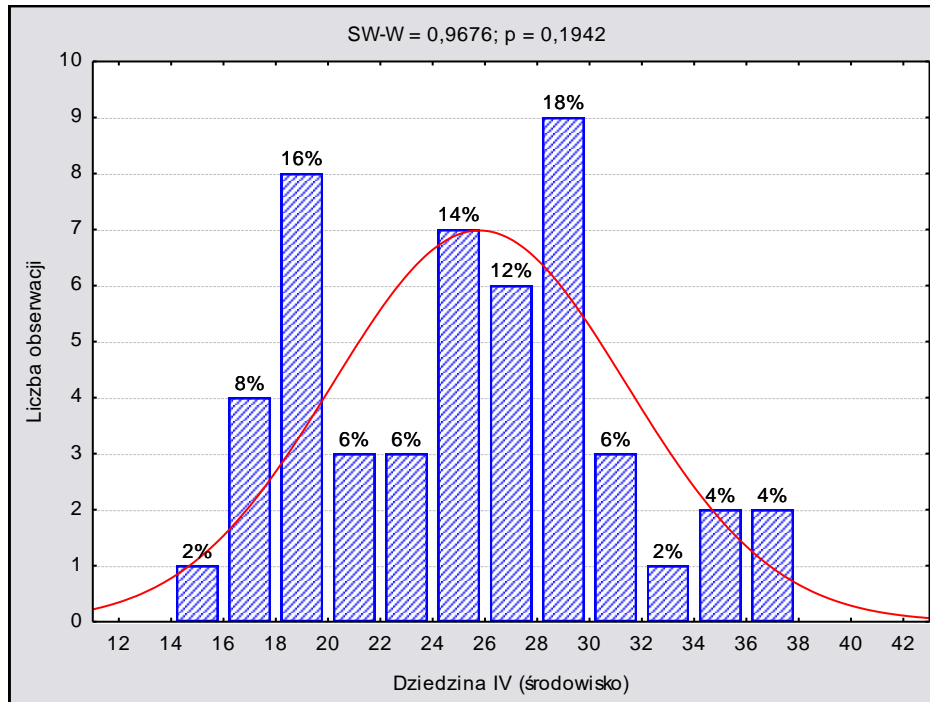
Wnioskuje się, iż populacja chorych na schizofrenię charakteryzuje się statystycznie istotnie wyższą jakością życia w dziedzinie IV (środowisko) w stosunku do chorych na depresję.

Jakość życia w dziedzinie środowisko w populacji chorych na schizofrenię lokalizuje się pomiędzy 24,11 pkt. a 27,32 pkt. (w skali od 8 do 40 pkt.) Średni poziom jakości życia w tej dziedzinie wyniósł (w badanej próbie) 25,71 ($\pm 5,60$) pkt. Np. w przedziale od 28 pkt. do 30 pkt. lokalizowało się 18% obserwacji chorych na schizofrenię.

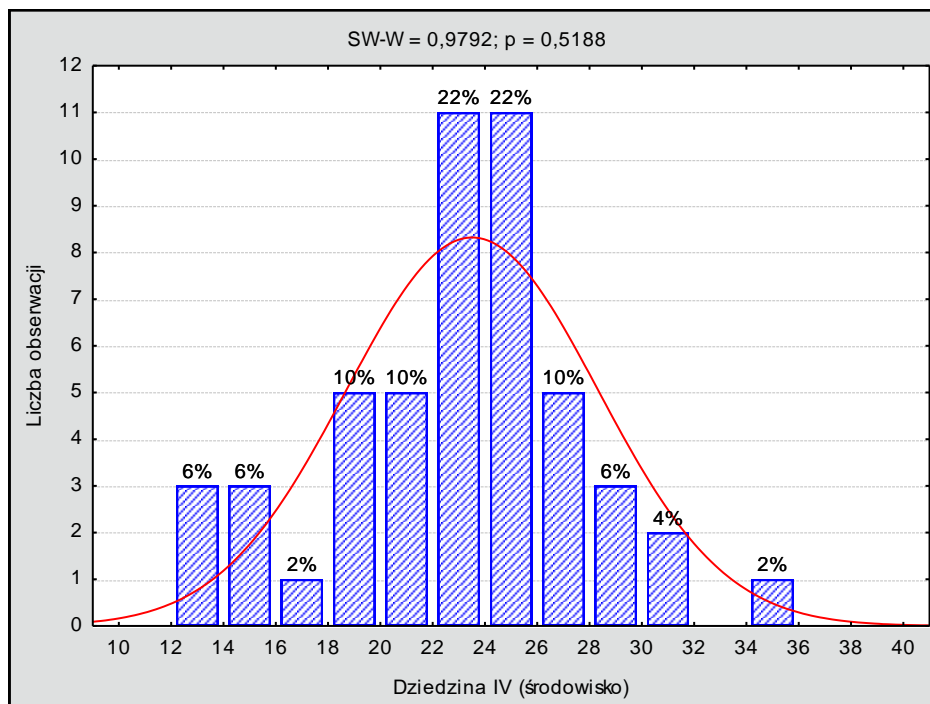
Jakość życia w dziedzinie środowisko w populacji chorych na depresję lokalizuje się pomiędzy 22,08 pkt. a 24,80 pkt. (w skali od 8 do 40 pkt.) Średni poziom jakości życia w tej dziedzinie wyniósł (w badanej próbie) 23,44 ($\pm 4,79$) pkt. Np. w przedziale od 22 pkt. do 26 pkt. lokalizowało się 44% obserwacji chorych na depresję - Rycina 28, 29, 30, Tabela XXII.



Rycina 28. Jakość życia w dziedzinie środowisko wśród chorych na schizofrenię i na depresję



Rycina 29. Jakość życia w dziedzinie środowisko wśród chorych na schizofrenię



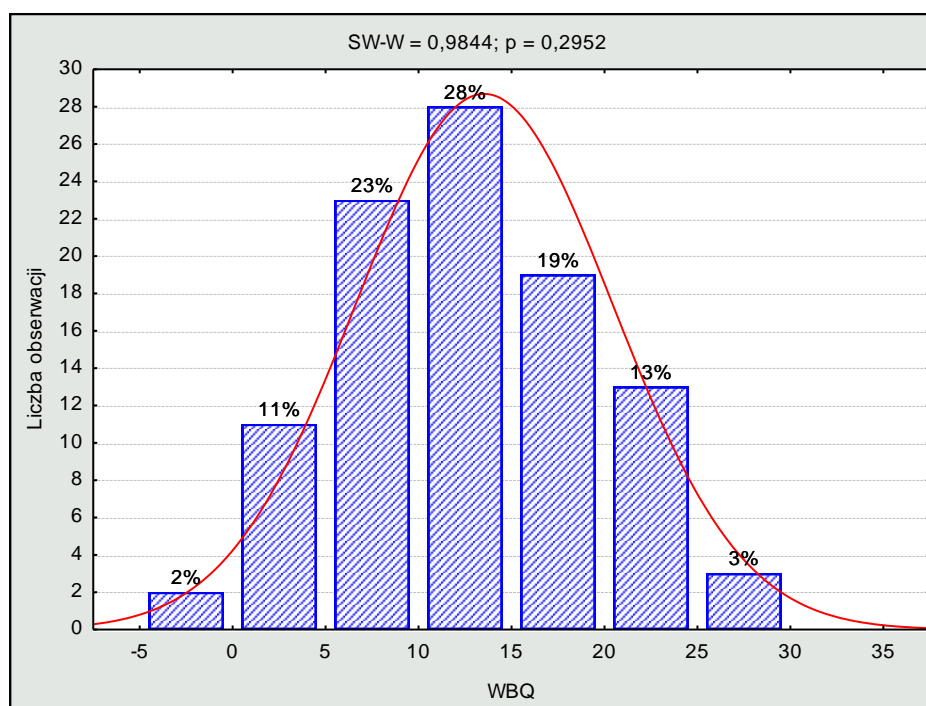
Rycina 30. Jakość życia w dziedzinie środowisko wśród chorych na depresję

Tabela XXII. Jakość życia w dziedzinie środowisko

	N	Średnia	Odch.st.	Min.	Maks.	Przedział ufn. -95,00%	Przedział ufn. +95,00%	Miara prec. wzgl.
Schizofrenia	49	25,71	5,60	16,00	38,00	24,11	27,32	6,25
Depresja	50	23,44	4,79	13,00	36,00	22,08	24,80	5,81

Wyniki badań w wyniku zastosowania Kwestionariusza Dobrego Samopoczucia (WBQ)

Średni poziom samopoczucia w badanej próbie wyniósł 13,42(±6,88) pkt. (w skali od 0 do 30 pkt.) W przedziale od 9 pkt. do 19 pkt. lokalizowało się 50% obserwacji. Wewnętrzne zróżnicowanie (ze względu cechę WBQ) grupy badanej jest znaczące, co uniemożliwia zasadne wnioskowanie o przedziale dla średniej WBQ w populacji (miara precyzji względnej > 10%). Np. W przedziale od 10 do 15 pkt. WBQ w badanej próbie znajdowało się 28% osób-Rycina 31, Tabela XXIII.



Rycina 31. Ocena samopoczucia w badanej grupie

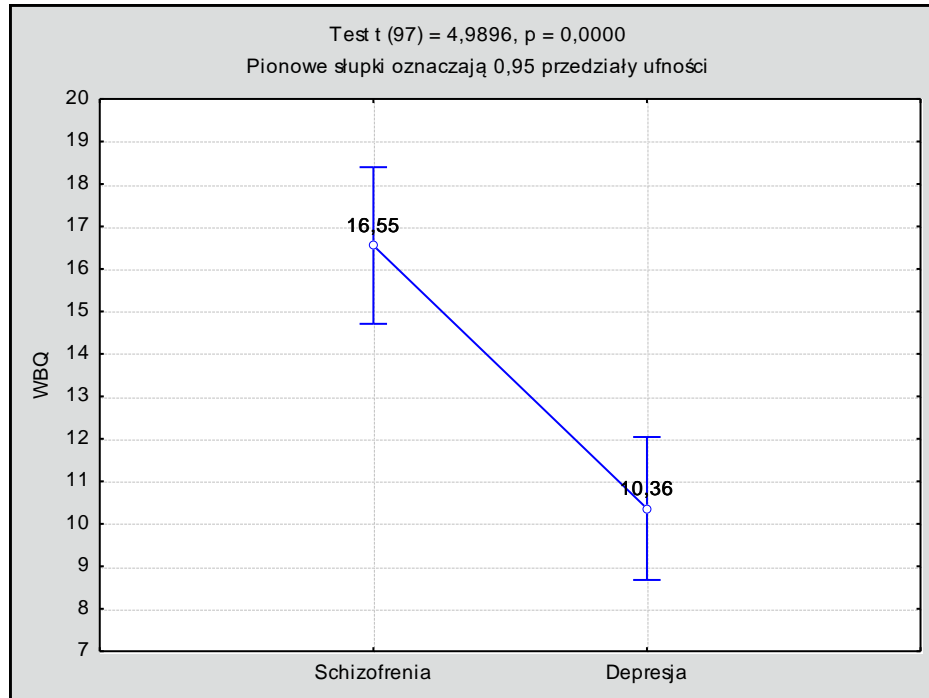
Tabela XXIII. Ocena samopoczucia w badanej grupie

N	Średnia	Odch.st.	Min.	Maks.	Dolny kwartyl	Górny kwartyl	Miara prec. wzgl.
99	13,42	6,88	0,00	30,00	9,00	19,00	10,23

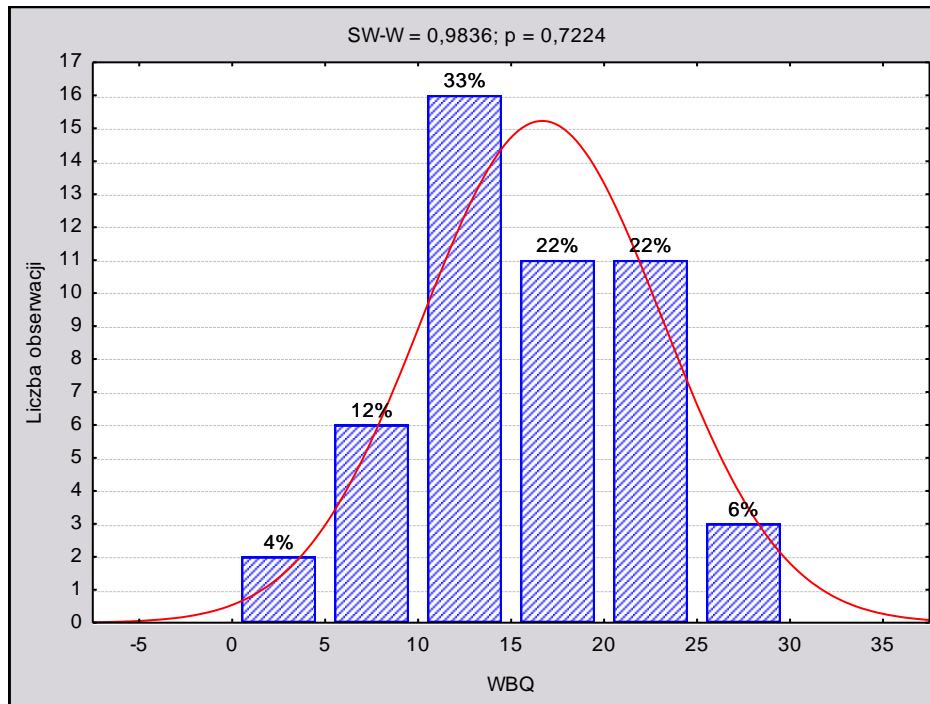
W populacji badanych pacjentów nie istnieje istotny statystycznie związek korelacyjny (na poziomie istotności $\alpha = 0,05$) między wiekiem chorych a poziomem samopoczucia ($p = 0,2949$).

Średni poziom WBQ w badanej próbie chorych na schizofrenię wynosi $16,55 (\pm 6,42)$ pkt. (w skali od 0 do 30 pkt.). W przedziale od 12 pkt. do 22 pkt. lokalizowało się 50% obserwacji. Wewnętrzne zróżnicowanie (ze względu cechę WBQ) grupy badanej jest znaczące, co uniemożliwia zasadne wnioskowanie o przedziale dla średniej WBQ w populacji (miara precyzji względnej $> 10\%$) Np. W przedziale od 10 do 15 pkt. WBQ w badanej próbie znajdowało się 33% osób.

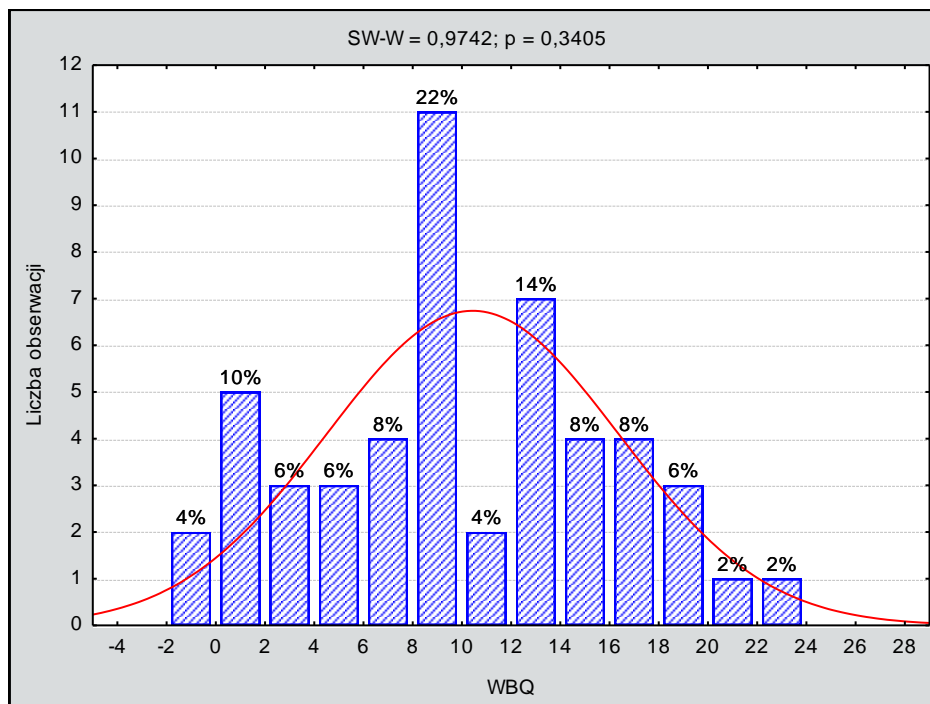
Średni poziom WBQ w badanej próbie chorych na depresję wynosi $10,36 (\pm 5,92)$ pkt. (w skali od 0 do 30 pkt.). W przedziale od 8 pkt. do 12 pkt. lokalizowało się 26% obserwacji. Wewnętrzne zróżnicowanie (ze względu cechę WBQ) grupy badanej jest znaczące, co uniemożliwia zasadne wnioskowanie o przedziale dla średniej WBQ w populacji (miara precyzji względnej $> 10\%$) Np. W przedziale od 8 do 10 pkt. WBQ w badanej próbie znajdowało się 22% osób-Rycina 32, 33, 34, Tabela XXIV.



Rycina 32. Ocena samopoczucia w grupie chorych na schizofrenię i depresję



Rycina 33. Ocena samopoczucia chorych na schizofrenię



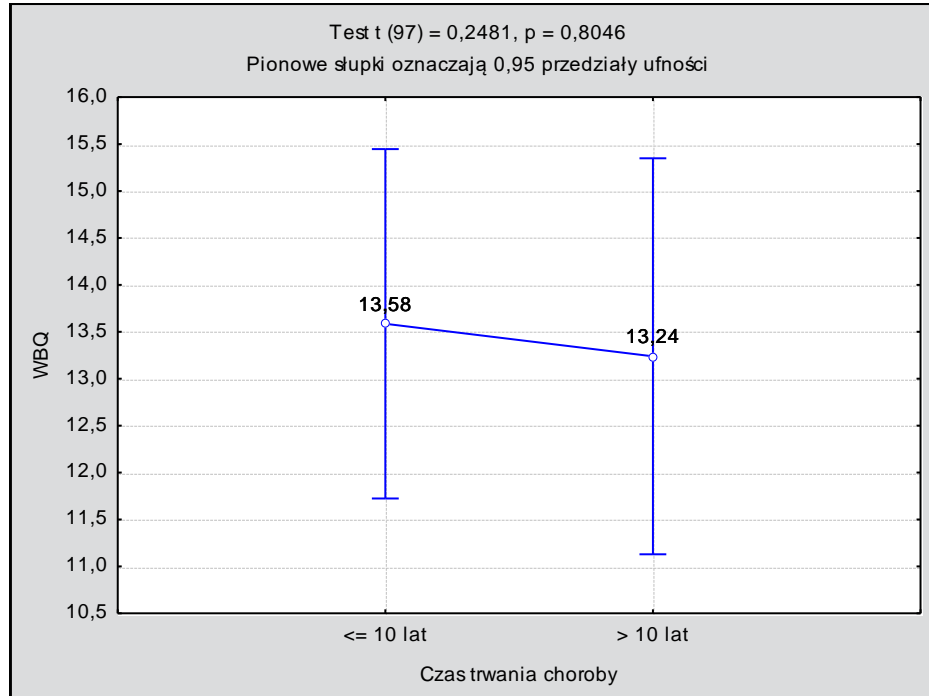
Rycina 34. Ocena samopoczucia chorych na depresję

Tabela XXIV. Ocena samopoczucia w grupie chorych na schizofrenię i depresję

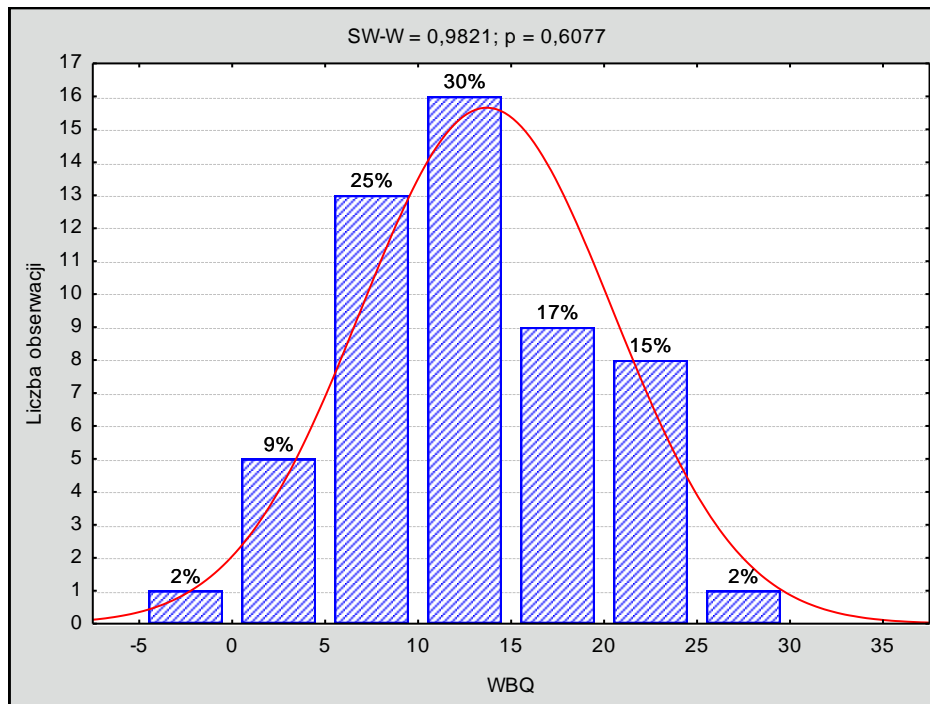
	N	Średnia	Odch.st.	Min.	Maks.	Dolny kwartyl	Górny kwartyl	Miara prec. wzgl.
Schizofrenia	49	16,55	6,42	2,00	30,00	12,00	22,00	11,14
Depresja	50	10,36	5,92	0,00	24,00	8,68	12,04	16,24

Wnioskuje się, iż średni poziom samopoczucia nie różnił się istotnie statystycznie (na poziomie istotności $\alpha = 0,05$) u chorych z czasem trwania choroby ≤ 10 lat w stosunku do chorych z czasem trwania choroby > 10 lat ($p = 0,8046$).

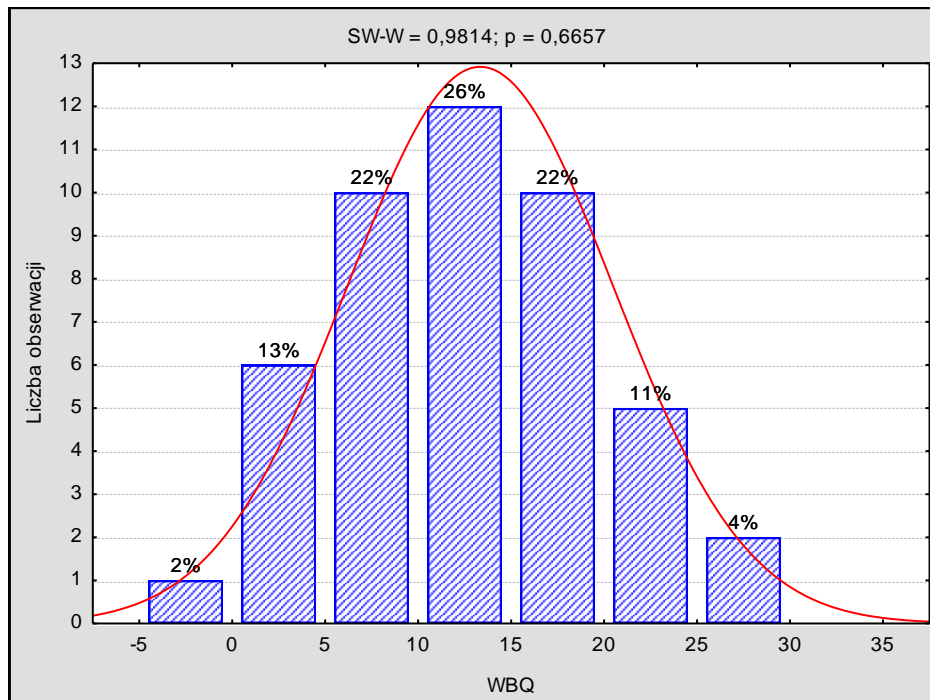
Średni poziom WBQ w badanej próbie chorych z czasem trwania choroby ≤ 10 lat wynosił 13,58 ($\pm 6,75$) pkt. (w skali od 0 do 30 pkt.) W przedziale od 10 pkt. do 17 pkt. lokalizowało się 50% obserwacji. Wewnętrzne zróżnicowanie cechy WBQ grupy badanej jest znaczące, co uniemożliwia zasadne wnioskowanie o przedziale dla średniej WBQ w populacji (miara precyzji względnej $> 10\%$). W przedziale od 10 do 15 pkt. WBQ w badanej próbie znajdowało się 30% osób – Rycina 35, 36, 37, Tabela XXV.



Rycina 35. Ocena samopoczucia w zależności od czasu trwania choroby



Rycina 36. Ocena samopoczucia pacjentów a czas trwania choroby ≤ 10 lat

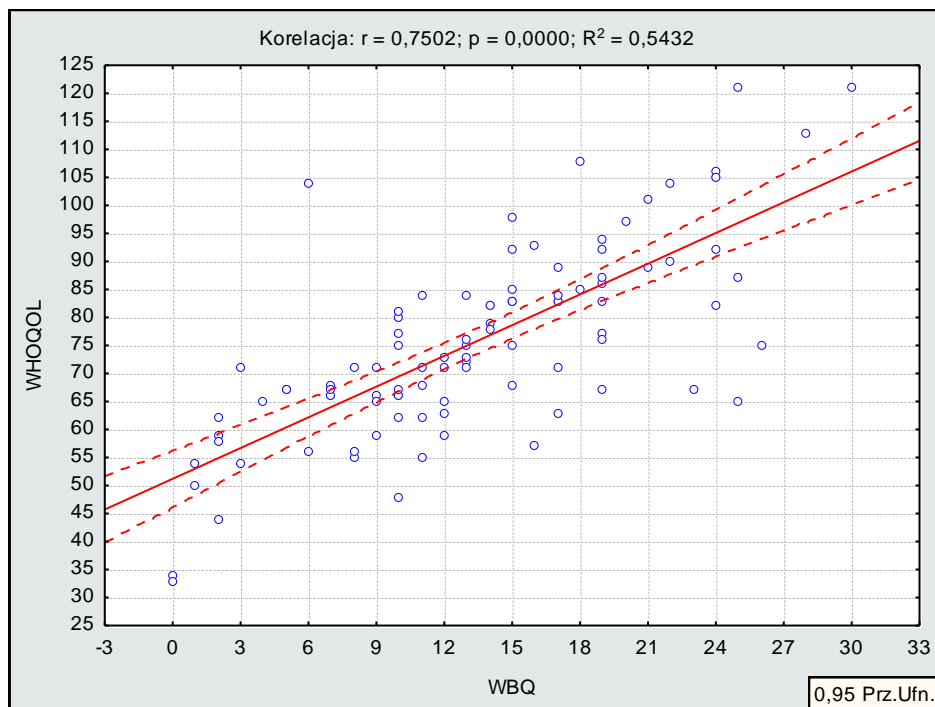


Rycina 37. Ocena samopoczucia choroby a czas trwania choroby > 10 lat

Tabela XXV. Samopoczucie badanych pacjentów a czas trwania choroby

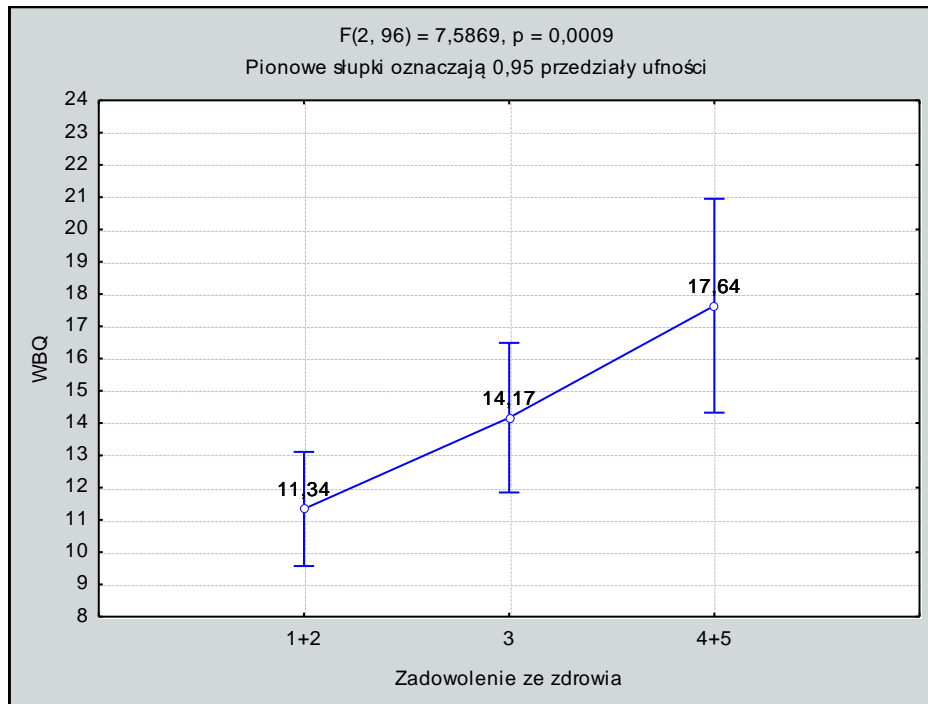
	N	Średnia	Odch.st.	Min.	Maks.	Dolny kwartyl	Górny kwartyl	Miara prec. wzgl.
<= 10 lat	53	13,58	6,75	0,00	30,00	10,00	17,00	13,70
> 10 lat	46	13,24	7,10	0,00	28,00	8,00	19,00	15,93

Wnioskuje się, iż w populacji chorych istnieje istotna statystycznie (na poziomie istotności $\alpha = 0,05$) dodatnia korelacja ($p = 0,7502$). W miarę wzrostu poziomu WBQ o jednostkę, poziom WHOQOL wzrasta średnio o 0,5432 jednostki – Rycina 38.



Rycina 38. Samopoczucie badanych pacjentów a jakość życia

W miarę wzrostu samopoczucia rośnie zadowolenie ze zdrowia - Rycina 39, Tabela XXVI, XXVII.



1 - bardzo niezadowolony, 2 - niezadowolony, 3 - ani zadowolony, ani niezadowolony,
4 - zadowolony, 5 - bardzo zadowolony

Rycina 39. Zadowolenie ze zdrowia a samopoczucie badanych

Tabela XXVI. Zadowolenie ze zdrowia a samopoczucie badanych

Poziom	Zadowolenie ze zdrowia	{1}	{2}	{3}
		11,340	14,167	17,636
{1}	1+2		0,2884	0,0049
{2}	3	0,2884		0,1817
{3}	4+5	0,0049	0,1817	

Tabela XXVII. Zadowolenie ze zdrowia a WBQ

Zadowolenie ze zdrowia	WBQ							
	N	Średnia	Odch.st.	Min.	Maks.	Dolny kwartyl	Górny kwartyl	Miara prec. wzgl.
1+2	53	11,34	6,42	0,00	26,00	7,00	15,00	15,61
3	22	17,64	7,47	3,00	30,00	12,00	24,00	18,79
4+5	24	14,17	5,49	2,00	25,00	10,00	19,00	16,37

Dyskusja

W psychiatrii pojęcie jakości życia ma istotne znaczenie. Obserwacja wielu dziedzin życia pacjenta stwarza możliwość identyfikacji tych obszarów aktywności, które dla pacjenta są szczególnie problematyczne. Stanowi to podstawę do opracowania skutecznych programów profilaktycznych, terapeutycznych, których celem będzie poprawa jakości życia pacjentów, ustalenie kierunków modyfikacji zachowań oraz monitorowanie ich skutków. W medycynie pojęcie jakości życia jest wyrazem współczesnego, indywidualnego podejścia do pacjenta [31, 32, 33]. Początkiem zainteresowań badaniem nad jakością życia w medycynie stała się definicja WHO według której „*zdrowie to nie tylko brak choroby, ale stan pełnego społecznego, psychicznego i fizycznego dobrostanu*” [8].

Jakość życia w medycynie należy rozumieć jako subiektywne poczucie dobrostanu i satysfakcji w aspekcie indywidualnym i społecznym. W psychiatrii jakość życia ma ogromne znaczenie, wpływa na diagnozę, umiejętność odnalezienia się i życia w „*zdrowym*” środowisku. Izolacja przez społeczeństwo z powodu zaburzeń psychicznych wpływa negatywnie na jego funkcjonowanie oraz pełnienie ważnych ról społecznych.

W Polsce z powodu zaburzeń psychicznych ponad 1,5 mln osób w ciągu roku jest hospitalizowanych w oddziałach psychiatrycznych. Jest to największy odsetek ludzi chorych w Europie [1, 2].

Hospitalizacja chorych psychicznie stanowi dla chorego duży problem ze względu na towarzyszący proces stygmatyzacji. Charakteryzuje się on nieprawidłową oceną chorych psychicznie oraz postrzeganiem ich jako mniej wartościowych od osób oceniających. Chorzy z zaburzeniami psychicznymi mają świadomość takich zachowań społecznych, które negatywnie wpływają na relacje społeczne oraz jakość ich życia.

Jakość życia określa stan zdrowia, wywiera duży wpływ na chorobę i jej przebieg [3]. Badanie jakości życia pacjentów stwarza możliwość poznania różnych dziedzin ich życia, a w szczególności tych obszarów i aktywności, które wymagają modyfikacji.

W prezentowanej pracy badaniem objęto 99 pacjentów hospitalizowanych w Klinice Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

W postępowaniu badawczym zastosowano standaryzowane narzędzia badawcze: WHOQOL-BREF oraz Kwestionariusz Dobrego Samopoczucia (WBQ). Badaniem objęto grupę kobiet i mężczyzn chorych na schizofrenię lub depresję. W badanej grupie pacjentów większość to kobiety, stanowiły one 63,64%, natomiast mężczyźni 36,36% ogółu badanych.

Średni poziom wieku w badanej grupie wyniósł 46,93 lata, średni poziom wieku kobiet wynosi 49,08 lata, a mężczyzn 43,17 lata. Średni wiek kobiet i mężczyzn nie różnił się istotnie statystycznie.

Średni poziom wieku chorych na schizofrenię wynosił 40,10 lat, natomiast na depresję 53,62 lat. Jest to zgodne z doniesieniami innych autorów, ponieważ zachorowalność na schizofrenię występuje znacznie w młodszym wieku, niż na depresję. Współcześnie obserwuje się tendencję do obniżania wieku zachorowalności na depresję. Coryell, Endicott i Keller [34] stwierdzili, iż osoby poniżej 40 r.ż. są bardziej podatni na wystąpienie depresji niż osoby starsze. Natomiast czas trwania choroby jest krótszy.

W badaniach własnych stwierdzono, iż w badanej populacji pacjentów chorych na schizofrenię występuje istotna zależność między zadowoleniem ze zdrowia a zadowoleniem z życia. W miarę wzrostu zadowolenia ze zdrowia wzrasta poziom zadowolenia z życia.

Horesh i Lepkifker wykazali, że im większe nasilenie objawów schizofrenii, tym niżej oceniana jest jakość życia [33]. Zanotti wraz ze współpracownikami przeprowadził badania porównawcze chorych na schizofrenię i osób zdrowych, które potwierdziły, że grupa osób chorych jest mniej zadowolona z życia, natomiast kontakty społeczne i udział w życiu społecznym są mniej satysfakcjonujące [33, 35, 36].

W przeprowadzonych badaniach własnych grupa pacjentów chorych na depresję gorzej oceniła zadowolenie z życia w stosunku do badanych chorych na schizofrenię. Stwierdzono, iż w populacji pacjentów chorych na depresję, z której pobrano próbę losową również istnieje istotna zależność między zadowoleniem ze zdrowia a zadowoleniem z życia. Wraz ze wzrostem zadowolenia ze zdrowia rośnie poziom zadowolenia z życia.

Badania własne wykazały, że grupa chorych na depresję, zadowolona ze swojego stanu zdrowia, mająca równocześnie wysoki poziom zadowolenia ze swojego życia, jest pod względem zadowolenia z życia, znacząco zróżnicowana. Wnioskuje się, iż w populacji chorych na depresję znajdują się osoby zadowolone ze stanu swojego zdrowia, będące zarazem w bardzo różnym stopniu zadowolone ze swojego życia.

W badanej populacji pacjentów, nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności między czasem trwania choroby a zadowoleniem z życia, z uwzględnieniem poczucia zadowolenia ze zdrowia. W miarę wzrostu zadowolenia ze zdrowia wzrasta poziom zadowolenia z życia i czas trwania choroby nie ma na to istotnego statystycznie wpływu.

W badanej grupie pacjentów, nie istnieje istotna zależność między wiekiem, zadowoleniem ze zdrowia a zadowoleniem z życia. Zadowolenie z życia zależy od zadowolenia ze zdrowia, niezależnie od wieku badanych.

Chorzy na schizofrenię nie różnią się istotnie statystycznie względem chorych na depresję pod względem jakości życia w dziedzinie relacji społecznych.

Faleńczyk i wsp. w swoich badaniach wykazali, że na wystąpienie stanów depresyjnych mają wpływ przede wszystkim czynniki społeczne i psychologiczne. Głównymi czynnikami jest zakończenie życia zawodowego, śmierć bliskiej osoby lub pogorszenie statusu materialnego [37].

Badana grupa chorych na schizofrenię charakteryzuje się statystycznie istotnie wyższą jakością życia w dziedzinie fizycznej w stosunku do chorych na depresję.

Fernandez i wsp. w swoich badaniach podkreślają, że stany depresyjne wpływają negatywnie na jakość życia szczególnie w dziedzinie fizycznej [38]. Podobnie wyniki otrzymał w swoich badaniach Naumann i wsp., wykazali, że jakość życia wpływa przede wszystkim na funkcjonowanie fizyczne. Gorsza sprawność fizyczna powoduje gorszą jakość życia [39].

W badaniach pacjentów z zaburzeniami psychicznymi wykazano, iż populacja chorych na schizofrenię charakteryzuje się statystycznie istotnie wyższą jakością życia w dziedzinie psychicznej i środowiskowej w stosunku do chorych na depresję. Wzrost samopoczucia badanych powoduje wzrost ich jakości życia.

Wnioski

1. Grupa badanych pacjentów chorych na schizofrenię charakteryzuje się istotnie wyższą jakością życia w dziedzinie fizycznej, psychicznej oraz środowiska w stosunku do pacjentów chorych na depresję.
2. Poziom zadowolenia z życia wśród pacjentów chorych na schizofrenię różnił się istotnie od zadowolenia z życia w grupie chorych na depresję. Większy poziom zadowolenia wystąpił u badanych chorych na schizofrenię.
3. W badanej grupie stwierdzono istotną zależność między zadowoleniem ze zdrowia a zadowoleniem z życia. Wzrost zadowolenia ze zdrowia powoduje wzrost zadowolenia z życia.
4. Wzrost samopoczucia badanych powoduje większe zadowolenie ze zdrowia.
5. W badanej grupie pacjentów występuje istotna zależność między samopoczuciem a jakością życia. Wzrost samopoczucia badanych pacjentów powoduje wzrost jakości ich życia.

Piśmiennictwo

1. Marciniak G.(red): Stan zdrowia ludności Polski w 2004r. GUS, Warszawa, 2006.
2. Wojtyniak B., Goryński P.: Sytuacja zdrowotna ludności Polski. Warszawa 2008.
3. Górna K., Jaracz K.: Możliwości pomiaru jakości życia chorych na schizofrenię. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2005, 1, 27-31
4. Trzebiatowska I., Giżyńska D., Majkiewicz M.: Ocena poczucia celu i sensu życia u pacjentów chorych na schizofrenię w trakcie psychoedukacji – doniesienie wstępne. *Psychiatria Polska*, 2002, 36(6), 265-269.
5. WHOQOL, Quality of life assessment instruments. Study Protocol, Focus Group Work, the Development of the World Health Organization. Geneva October 1993.
6. Firkowska-Mankiewicz A.: Jakość życia osób niepełnosprawnych – prezentacja QOL- Kwestionariusz Jakości Życia Sztuka Leczenia, 1999, 5(3), 15-21.
7. Zalewska A.: Dwa światy: emocjonalne i poznawcze oceny jakości życia i ich uwarunkowania u osób o wysokiej i niskiej reaktywności. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Psychologii Społecznej, Warszawa 2003.
8. World Health Organization. Text of the Constitution of the Word Health Organization. Off. Rec. WHO 1948.
9. Tobiasz – Adamczyk B.: Geneza zdrowia, koncepcje i ewolucja pojęcia jakości życia [w:] Jakość życia w chorobach układu sercowo – naczyniowego. Metody pomiaru i znaczenie kliniczne, Kawecka – Jaszcz K., Klocek M., Tobiasz – Adamczyk B. (red.). Wydawnictwo Medyczne Termedia, Poznań 2006, 9-42.
10. Klocek M.: Kliniczne znaczenie danych uzyskanych w badaniach jakości życia. [w:] Jakość życia w chorobach układu sercowo – naczyniowego. Metody pomiaru i znaczenie kliniczne, Kawecka – Jaszcz K., Klocek M., Tobiasz – Adamczy B. (red.). Wydawnictwo Medyczne Termedia, Poznań 2006, 85-96.
11. Hoult J., Reynolds J.: Schizophrenia: a comparative trial of comunity oriented and hospital oriented psychiatric care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1984, 69, 359-372.
12. Stein L.I., Test M.A.: Alternative to the mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 1980, 37, 392-397.
13. Malm U., May P.R.A., Dencker S.J.: Evaluation of the quality of life of the schizoprenic outpatient: a checklist. *Schizophrenia Bulletin*, 1981, 7, 477-487.

14. Baker F., Intagliata J.: Quality of life in the evaluation. *Program Planning*, 1982, 5, 69-79.
15. Johnson P.J.: Emphasis on quality of people with severe mental illness in community-based care in Sweden. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 1991, 14, 23-37.
16. Bigelow D.A., Young D.J.: Effectiveness of a case management program. *Community Mental Health Journal*, 1991, 27, 115-123.
17. Lehman A.F., Ward N., Linn L.: Chronic mental patients: the quality of life issue. *American Journal of Psychiatry*, 1982, 10, 1271-1276.
18. Goldstrom I. D., Manderscheid R. W.: The chronically mentally ill: a descriptive analysis from the Uniform Client Data Instrument. *Com. Supply Serv. J.*, 1986, 2, 4-9.
19. Campbell J., Schraiber R., Temkin T., Tusscher T.: The Well- Being Project: mental health clients speak for themselves. Report to the California Department of Mental Health 1989.
20. Oliver J.P.J.: The social care directive: development of a quality of life profile for use in community services for the mentally ill. *Social Work Social Sciences Review*, 1992, 3, 5-45.
21. Skantze K.: Defining subjective quality of life goals in schizophrenia; the Quality of Life Self – Assessment Inventory, QLS-100, a new approach to successful Alliance and service development. Department of Psychiatry, Sahlgrenska Hospital, University of Gothenburg, 1993.
22. Becker M., Diamond R., Sainfort F.: A new patient focused index for measuring quality of life in persons with severe and persistent mental illness. *Quality of Life Research*, 1993, 2, 239-251.
23. Holcomb W.R., Morgan P., Adams N.A., Ponder H., Farrel M.: Development of a structured interview scale for measuring quality of life of the severely mentally ill. *Journal Clinical Psychology*, 1993, 49, 830-840.
24. Heinrichs D.W., Hanlon T.E., Carpenter W.T.: The quality of life scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophrenia Bulletin*, 1984, 10, 388-398.
25. Endicott J., Nee J., Harrison W., Blumenthal R.: Quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire: a new measure. *Psychopharmacology Bulletin*, 1993, 29, 321-326.

26. Stoker M.J., Dunbar G.C., Beaumont G.: The Smith Kline Beecham 'quality of life' scale: a validation and reliability study in patients with affective disorder. *Quality of Life Research*, 1992, 1, 385-395.
27. Hunt S.M., McKenna S.P. The QLDS: A scale for measurement of quality of life in depression. *Health Policy*, 1992, 22, 307-319.
28. Zahradniczek K. (red): *Pielęgniarstwo. Podręcznik dla studentów medycyny*. PZWL, Warszawa 2004.
29. Jarosz M.: *Psychologia lekarska*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1988, 283-286.
30. Król B., Talarska D.: Oczekiwania pacjentów wobec personelu pielęgniarskiego w momencie przyjęcia do szpitala. Kształcenie i doskonalenie zawodowe pielęgniarek i położnych: standardy opieki w pielęgniarstwie. *Materiały Konferencyjne*, Poznań 1999, 197-201.
31. Majkovicz M., Zdun-Ryżewska A.: Ocena jakości życia w zaburzeniach psychicznych – koncepcje, badania, narzędzia pomiaru. *Psychiatria w Praktyce Klinicznej*, 2009, 2, 2, 100-114.
32. Głowczak M., Jarema M., Meder J., Morawiec M.: Przewlekła choroba psychiczna a jakość życia. *Psychiatria Polska*, 1996, 30 (3), 369-380.
33. Czernikiewicz A, Górecka J. Porównanie subiektywnej i obiektywnej jakości życia w grupie chorych na schizofrenię. *Psychiatria Polska*, 2003, 4, 669-681.
34. Coryell W., Endicott J., Keller, M.B.: Major depression in a nonclinical sample: Demographic and clinical risk factors for first onset. *Archives of General Psychiatry* 1992, 49, 117-125.
35. Letkiewicz M.: Jakość życia chorych na schizofrenię – przegląd piśmiennictwa. *Wiadomości Psychiatryczne*, 2001, 4 (3), 203-207.
36. Hajduk A., Owsianowska J., Robaszewska R., Michałowska Z.: Ocena jakości życia pacjentów ze schizofrenią. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2008, 89(3), 437-440.
37. Faleńczyk K., Cegła B., Ślusarz R., Kędziora – Kornatowska K.: Wpływ wybranych czynników socjodemograficznych na występowanie depresji u osób w wieku podeszłym [w:] *Leczenie i pielęgnowanie, zarządzanie – wybrane elementy opieki nad pacjentem*, Konieczny J., Bartuzi Z. (red). UMK CM, Bydgoszcz 2006, 494-499.
38. Fernandez C., Caballer Garcia J., Saiz Martinez Pand: Depression in the elderly living in a rural area and other related factors. *Actas Espanolas Psiquiatria*, 2006, 34(6), 355-361.

39. Naumann V.J., Byrne G.J.: WHOQOL-Bref as a measure of quality of life in older patients with depression. *International Psychogeriatric*, 2004, 16(2), 159-173.

Witkowska Katarzyna¹, Kondzior Dorota Joanna²

1. Ośrodek Rehabilitacji SP ZOZ w Suwałkach
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Jakość życia pacjentów z chorobami zwyrodnieniowymi w układzie kostno-stawowym

Wstęp

Zwyrodnienia stawów

Chorobę zwyrodnieniową stawów (ChZS), nie jest łatwo ująć w trafną i zwięzłą definicję. Z klinicznego punktu widzenia choroba jest jednoznaczna z bólem stawów, przy wykonywaniu czynności ruchu, a także postępującą dysfunkcją stawu. Radiologiczna perspektywa określa chorobę zwyrodnieniową stawów jako cechy destrukcji chrząstki stawowej, a także podchrzęstnej warstwy kostnej, które współistnieją z następującymi cechami procesu naprawczego: zwiększeniem masy kostnej za pomocą kondensacji struktury w podchrzęstnej warstwie, następnie poprzez wyrośla kostne umiejscowione na granicy chrzęstno- kostnej [1].

Choroba zwyrodnieniowa stawów to proces niszczenia chrząstek stawowych, a także wtórnych zmian występujących w nasadach kostnych, które w konsekwencji prowadzą do uszkodzenia stawu, objawów bólowych, ale przede wszystkim do upośledzenia czynności ruchowej. Występującym zmianom często towarzyszy wtórny proces zapalny, ulokowany w błonie maziowej [2].

Jedna z podstawowych definicji choroby zwyrodnieniowej określa ją jako: „*zmiany degeneracyjne chrząstki stawowej występujące głównie u osób starszych, charakteryzujące się postępującą utratą chrząstki stawowej, przebudową podchrzęstnej warstwy kości (sklerotyzacja podchrzęstna) oraz tworzenie się wyrośli kostnych (osteofitów). Towarzyszyć im może zapalenie błony maziowej z wysiękami stawowymi oraz biochemiczne i morfologiczne zmiany torebki stawowej*” [3]. Choroba zwyrodnienia stawów zaliczana jest do najczęściej występujących i w największym stopniu uciążliwych, problemów medycznych społeczeństwa. Jest również najczęstszą przyczyną zmniejszonej sprawności fizycznej, a także ma ogromny wpływ na pogorszenie jakości życia populacji. Chorobą objęte są tylko niektóre stawy, natomiast w pozostałych zmiany chorobowe nie występują. Najczęściej zajęte

są stawy: szyjnego i krzyżowo- lędźwiowego odcinka kręgosłupa, staw kolanowy, biodrowy i pierwszy staw śródstopno- palcowy. W przypadku stawów rąk najbardziej zagrożone są stawy międzypaliczkowe dalsze i bliższe i stawy kciuka. Choroba zwyrodnieniowa stawów omija najczęściej stawy nadgarstka, staw łokciowy i skokowy. Z perspektywy ewolucji, do rozwoju stawów człowieka doszło w czasie, gdy przodkowie człowieka byli jeszcze małpami, co za tym idzie przemieszczali się po drzewach używając czterech kończyn. Choroba zatem rozwija się w stawach, które nie były przygotowane do wykonywanych czynności [4].

Choroba zwyrodnieniowa stawów dzieli się na pierwotną i wtórną. Proces zwyrodnieniowy wtórny rozwija się na skutek wcześniej powstałych uszkodzeń struktury albo na skutek działania szkodliwych dla struktur następujących czynników:

- urazy, do których zaliczyć należy przede wszystkim śródstawowe i mikrourazy,
- zapalenia stawów,
- zaburzenia hormonalne takie jak: niedoczynność tarczycy, akromegalia, otyłość, nadczynność przytarczyc,
- zaburzenia o charakterze metabolicznych w skład których wchodzi: artropatia apatytowa, ochronoza, choroba Wilsona,
- nieprawidłowa budowa stawu,
- odmrożenia, hemoglobinopatie, choroba kesonowa,
- zaburzenia ukrwienia nasad kostnych np. martwica aseptyczna [5].

W przypadku pierwotnej postaci choroby nie jest możliwe wykrycie żadnego z wyżej wymienionych czynników.

Podstawowa klasyfikacja choroby zwyrodnieniowej stawów dzieli się na dwie grupy. Pierwsza z nich to idiopatyczna, druga natomiast wtórna.

Idiopatyczna:

A. Miejscowa ChZS

1. Ręce: guzki Heberdena i Baucharda, staw śródrečno- nadgarstkowy pierwszy, nadżerkowe zapalenie stawów międzypaliczkowych.
2. Stopy: paluch sztywny, paluch koślawy, staw skokowo- łódkowy, przykurcz palców (palec szponiasty, palce młotkowate).
3. Staw kolanowy: przedział rzepkowo- udowy, przedział boczny, przedział przyśrodkowy.

4. Staw biodrowy: zmiany rozlane, zmiany koncentryczne, zmiany współśrodkowe.
5. Kręgosłup: stawy międzykręgowe (krążki stawowe), stawy międzywyrostkowe, więzadła (choroba Forestiera, hiperostoza, rozlana samoistna hiperostoza szkieletu), spondyloza (ostefity).
6. Inne pojedyncze stawy: krzyżowo- biodrowy, kruczo- obojczykowy, skroniowo-żuchwowy, piszczelowo- skokowy, ramienny.

B. Choroba uogólniona swoim zasięgiem obejmuje trzy lub nawet więcej z wymienionych wyżej miejsc.

Wtórna

1. Uraz: ostry, przewlekły (sportowy, zawodowy)
2. Wrodzona albo rozwojowa: choroby miejscowe, takie jak: wrodzone zwicnięcie stawu biodrowego, choroba Legga- Calvego- Perthesa, złuszczenie nasady; czynniki mechaniczne: zespoły hipermobilności, nierówna długość kończyn, koślawość; dysplazja kości: osteonchondystrofia, dysplazja kręgowo- nasadowa, dysplazja nasad.
3. Metaboliczna: Ochronoz (alkaptonuria), choroba Wilsona, Choroba Gauchera, hemochromatoza.
4. Endokrynologiczna: nadczynność przytarczyc, otyłość, cukrzyca, niedoczynność tarczycy, akromegalia.
5. Choroby związane z odkładaniem wapnia: artropatia apatytowa, odkładanie dwuwodnego pirofosforanu wapnia.
6. Inne choroby stawów i kości miejscowe: martwica wywołana brakiem unaczynienia, złamania, dna moczanowa, zakażenie.
7. Uogólnione: choroba Pageta, marmurkowatość kości, zapalenie kości i chrząstki, reumatoidalne zapalenie stawów.
8. Neuropatyczne (stawy Charcota)
9. Endemiczne: choroba Mseleni, choroba Kashin- Beck.
10. Różne: choroba kesonowa, hemoglobinopatie, odmrożenia [6].

Etiologia zwyrodnienia stawów

Czynniki, które mają największy wpływ na rozwój choroby są liczne, mogą one wpływać na różne elementy budowy stawów, takie jak: kolagen, chondrocyty, podchrzęstną warstwę kości, błonę maziową i proteoglikany [2].

Pomimo, że obecnie znana jest już ogromna liczba czynników wpływających na rozwój zwyrodnienia stawów, ciągle nie jest znany ten najważniejszy. Ogromny wpływ na rozwój choroby zwyrodnienia stawów ma wiek, po 65 roku życia choroba dotyka od 65 do 70% populacji. Częściej omawiane schorzenie występuje u kobiet, duże znaczenie ma również waga, w przypadku osób z nadwagą, aż 70% dotkniętych jest chorobą [7].

W przypadku pierwotnej choroby zwyrodnieniowej stawów, istnieje kilka teorii, które wyjaśniają jej pochodzenie.

Pierwsza z nich to teoria genetyczna, która została potwierdzona poprzez badania molekularne nad genami składników chrząstki stawowej. Przeprowadzone badania udowodniły istnienie aberracji genetycznej w genach typu II i jakiejś części proteoglikanów. Ujawnione zaburzenia za każdym razem miały niekorzystny wpływ na mechaniczne właściwości chrząstki stawowej, a także jej szybsze zużycie.

Kolejna teoria nazywana jest mechaniczną. W tym przypadku największe znaczenie ma wiek osobnika, z czasem wydłużył się okres poreprodukcyjny życia. Badacze zwrócili również uwagę na korelację występowania choroby i otyłości, szczególnie widoczny w zwyrodnieniach stawu kolanowego. Naukowcy zwrócili również uwagę na proces ewolucji, który również mógł stać się przyczyną rozwoju choroby, w momencie, gdy człowiek stał się dwunożny, jego stawy nie były fizjologicznie przystosowane do zakresu ruchu, które wykonywał.

Do mniej istotnych teorii zalicza się teorię biochemiczną, hormonalno- naczyniową, immunologiczną. Pierwsza z nich za główną przyczynę występowania schorzenia uznaje zmiany składu płynu maziowego. Teoria hormonalno- naczyniowa, za najważniejszą przyczynę powstania ChZS, uważa zaburzenie ukrwienia nasadę kości tworzących staw. Ostatnia teoria, immunologiczna zakłada, że podstawową przyczyną schorzenia jest występowanie reakcji przeciwko antygenowi w obrębie chrząstki stawowej, tak jak w przypadku innych znanych chorób autoimmunologicznych [8, 9].

Warto również wspomnieć o zapaleniu stawów wywołanym przez bakterie. Do bakterii najczęściej występujących w tym schorzeniu zalicza się przede wszystkim: dwoinki rzeżączki, gronkowiec złocisty, pałeczki Gram- ujemne oraz niektóre szczepy paciorkowców. Zakażenie najczęściej ma charakter krwiopochodny, drobnoustroje mogą dostać się do stawu również poprzez bezpośrednie nakłucie stawu albo poprzez jamę szpikową, gdy występuje zapalenie szpiku kostnego. Występuje również gruźlicze zapalenie stawów, które dotyczy 15% chorych na gruźlicę, zmiany dotyczą przede wszystkim stawów kolanowych i biodrowych.

Zapalenie stawów może zostać wywołane również poprzez zakażenie wirusowe, do najważniejszych zalicza się: wirus różyczki, wirus zapalenia wątroby typu B, ludzki wirus upośledzenia odporności HIV, wirus świnki i wirus Epsteina Barr [10].

Czynniki demograficzne

Choroba zwyrodnieniowa stawów, najczęściej występuje u osób rasy białej, czarnej i u Chińczyków, rzadziej z kolei u przedstawicieli innych narodów azjatyckich [5].

Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego w Chinach i u chińskich emigrantów w Stanach Zjednoczonych występuje rzadko. Z kolei ChZ (Choroba Zwyrodnieniowa) stawu kolanowego jest równie albo nawet częstsza u Chińczyków, niż w przypadku przedstawicieli rasy kaukaskiej żyjących na terenie Stanów Zjednoczonych. Badania wykazują, że ChZ stawu kolanowego należy do głównych przyczyn niesprawności na terenie Chin. Odpowiedzialne za to są różnice w anatomicznej budowie stawu biodrowego między przedstawicielami rasy kaukaskiej i Chińczykami. Rasa kaukaska charakteryzuje się częstszą obecnością cech anatomicznych predysponujących do rozwoju zmian na tle zwyrodnieniowym. U osób, które pochodzą z Afryki, z wyłączeniem Afroamerykanów, występowanie ChZ stawu biodrowego może być zdecydowanie niższe [4].

Przyczyny zwyrodnienia stawów

Na rozwój choroby zwyrodnieniowej mają wpływ nie tylko czynniki genetyczne, ale również środowiskowe. Pacjenci, u których zdiagnozowano chorobę zwyrodnieniową często mają wysoką masę kostną, zgodnie z jedną z teorii, w takim przypadku duże znaczenie ma zwiększona gęstość kości podchrzęstnej, doprowadza ona do zwiększonego uszkodzenia biomechanicznego chrząstki stawowej. Do najważniejszych czynników ryzyka w chorobie zwyrodnieniowej stawów zalicza się:

- otyłość,
- zawodowe uszkodzenia stawów: występują najczęściej u sportowców, górników i rolników,
- urazy, do najważniejszych zalicza się: rozerwania łąkotek, zerwania ścięgien, złamania swoim zasięgiem obejmujące powierzchnie stawowe,
- współwystępujące choroby: zespół nadmiernej ruchliwości, bakteryjne zapalenie stawów, choroba Pageta, choroba Perthesa, rozwojowa dysplazja stawu biodrowego w wywiadzie [11].

Najważniejszy wpływ na zapoczątkowanie i rozwój choroby zwyrodnienia stawów mają dwa główne czynniki, do których zalicza się: nadmierne przeciążenie, a także niską jakość materiału, z którego zbudowana jest tkanka stawu i chrząstka. Podstawowe czynniki ryzyka w pierwotnej ChZS to: wiek, nadwaga, rasa, czynniki genetyczne, płeć żeńska, powtarzane naprężenia, przeciążenia, niedobór estrogenów, wzmożona gęstość kości, niedobory odżywiania, zaburzenia propriocepcji, osłabienia siły okołostawowych mięśni szkieletowych [1].

Objawy zwyrodnienia stawów

Z uwagi na fakt, że chrząstka szklista wykazuje znikome zdolności regeneracyjne, w miejscu, w którym została uszkodzona powstaje włóknista chrząstka, jej właściwości biochemiczne są zdecydowanie gorsze. W takiej sytuacji całe obciążenie przenoszone jest poprzez podchrzęstną warstwę kostną, ona z kolei ulega pogrubieniu. Wiąże się to z jednoczesnym powstaniem przewlekłego odczynu wytwórczego kości, a także błony maziowej. Choroba w swojej początkowej fazie postępuje wolno i niepostrzeżenie. Do podstawowych objawów zmian zwyrodnieniowych stawów należą:

- ból, który na początku ma charakter wysiłkowy, następnie zmienia się w spoczynkowy,
- ograniczenie ruchomości stawu,
- zeszywnienie stawu,
- trzaski podczas wykonywania ruchów stawu,
- przykurcze mięśniowe,
odczyn zapalny, obrzęk, wysięk, wzmożone ucieplenie skóry nad stawem,
- miejscowe pogrubienie, a także pogrubienie obrysów stawu,
- Rtg- na początkowym etapie nieznaczne zwężenie szpary stawowej w wyniku ścięczenia chrząstki, ale również pogrubienie podchrzęstnej blaszki kostnej, najbardziej widoczne w miejscach największych obciążeń. W wyniku postępu choroby na brzegach stawów tworzą się wyrośla kostne zwane osteofitami. W późnych fazach choroby poprzez torbielowate ubytki tkanki kostnej, a także załamania powierzchni stawowych dochodzi do całkowitego zniszczenia stawu [12].

Diagnostyka zwyrodnienia stawów

Podstawowym działaniem w diagnostyce choroby zwyrodnienia stawów jest przeprowadzenie dokładnych badań przedmiotowych i podmiotowych, a także badanie rentgenowskie (RTG).

Badanie podmiotowe opiera się na zgłaszanych przez pacjenta podstawowych objawach ChZS, do których należą:

- bóle stawów o różnym nasileniu, w początkowych etapach choroby ból występuje tylko przy wykonywaniu ruchu w stawie, ustaje natomiast w spoczynku, ból odczuwany jest najsilniej podczas początkowych ruchów po okresie bezruchu, w bardziej zaawansowanych etapach choroby ból może być bardzo silny, może również występować w nocy i w spoczynku,
- krótkotrwała sztywność stawu po okresie mniej więcej 30 min,
- znaczne ograniczenie zakresu ruchów czynnych w stawie,
- niestabilność stawu,
- trzeszczenie stawu podczas wykonywania ruchu,
- zaburzenia chodu,
- tkliwość stawu,
- niestabilność stawu,
- obrzęk stawu.

Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego charakteryzuje się bólem występującym w okolicach pachwiny, kolana, uda i pośladków. W przypadku wstępowania choroby w stawie kolanowym ból skoncentrowany jest w okolicach kolana i części podudzia.

Kolejnym etapem jest badanie przedmiotowe, na podstawie którego, za pomocą odchyień od stanu prawidłowego w badaniu fizykalnym można dokonać diagnozy. Do najważniejszych odchyień należą: zniekształcenie i poszerzenie obrysów stawu, bolesność palpacyjna stawu, wysięk w stawie, obecność guzków Heberdena i/ lub Boucharda, trzeszczenie w stawie, zaburzenie postawy i chodu, zanik mięśni i znaczne osłabienie siły mięśniowej, ograniczenie zakresu ruchów czynnych i biernych w stawie, obecność torbieli Bakera w dole podkolanowym.

Badanie obrazowe to kolejny etap diagnozy w przypadku ChZS, badanie RTG, powinno być przeprowadzone w celu wykluczenia innych możliwych przyczyn wystąpienia zgłaszanych dolegliwości. Obecność zmian bądź ich brak nie jest jednak dowodem na

występowanie ChZS, aby diagnoza była prawidłowa muszą współistnieć typowe dla choroby dolegliwości. W przypadku badania RTG, charakterystyczne zmiany radiologiczne potwierdzające ChZS to: sklerotyzacja podchrzęstna kości, zwężenie szpary stawowej, osteofity, zniekształcenia kostnych obrysów stawu i podwinięcia, geody (torbiele) zwyrodnieniowe z otoczką sklerotyczną. Badania obrazowe takie jak tomografia komputerowa, ultrasonografia, rezonans magnetyczny, scyntygrafia izotopowa i artroskopia powinny mieć swoje zastosowanie jedynie w celu diagnostyki różnicowej [13].

Z uwagi na niezapalny charakter ChZS, wartości wskaźników procesu zapalnego takich jak OB czy białko C- reaktywne nie ulegają zmianie. Badania laboratoryjne mają znacznie w przypadku badania płynu stawowego i różnicowaniu innych chorób stawów takich jak np. infekcję stawów czy dną moczanową [14].

W przypadku różnicowania warto również zwrócić uwagę na współistnienie innych schorzeń, które mogą być przyczyną wystąpienia objawów, albo mogą być przyczyną wtórnego ChZS. Do najważniejszych schorzeń, które trzeba wykluczyć należą: dna moczanowa, łuszczycowe zapalenie stawów, reumatyzm tkanek miękkich, radikulopatie i neuropatie, choroby naczyń, nowotwory, artropatia z odkładaniem soli wapnia. W procesie diagnostycznym należy mieć również na uwadze możliwość wystąpienia bólu, który swój początek ma w innym stawie, np. zmiany w przebiegu zwyrodnienia stawu biodrowego mogą objawiać się bólem kolana. Ciężkość choroby i zaawansowanie zmian o charakterze radiologicznym można określić poprzez pięciostopniową skalę Kellgrena i Lawrence'a [15, 16, 17].

Leczenie zwyrodnienia w układzie kostno- stawowym

Ból jest uznawany za pięty objaw życia, definicja bólu mówi: „...*jest on uczuciem emocjonalnym związanym z uszkodzeniem tkanki lub jej potencjalnym uszkodzeniem zawarta jest myśl, że na identyczny bodziec wyzwalający ból może nastąpić zróżnicowana odpowiedź. Chorzy z identycznym rozpoznaniem, identyczną aktywnością choroby, będąc w tym samym stadium jej zaawansowania, mają bardzo indywidualne reakcje bólowe. Istotne jest to zarówno dla bólu ostrego, jaki i przewlekłego*” [18]. W przypadku chorób reumatologicznych występuje w ponad 130 schorzeniach narządu ruchu.

Leczenie nefarmakologiczne

Jednym z ważniejszych, chociaż często niedocenianym elementem nefarmakologicznej terapii choroby zwyrodnienia stawów jest odpowiednia edukacja samego pacjenta oraz jego najbliższego otoczenia. Najważniejszym celem jest zapoznanie pacjenta z istotą choroby, wpływem jaki będzie miała na codzienne funkcjonowanie, a także poinformowanie o najistotniejszych możliwościach leczenia [19].

Do kolejnych nefarmakologicznych metod zaliczyć należy ćwiczenia usprawniające, obniżenie masy ciała, leczenie sanatoryjne, zaopatrzenie ortopedyczne, przyjmowanie witamin i składników mineralnych. Ważną metodą o charakterze nefarmakologicznym jest również fizykoterapia, tutaj wymienić można krioterapię, termoterapię, magneto i laseroterapię, a także ultradźwięki [3].

Leczenie farmakologiczne

W roku 1986 Światowa Organizacja Zdrowia - WHO, wytyczyła zakres stosowania leków przeciwbólowych, zależny od stopnia odczuwania bólu. Najważniejszym punktem stworzenia schematu było ustalenie miejsca na drabinie analgetycznej dla opioidów, które zwalczały bóle nowotworowe. Obecnie zasięg leczenia opioidami został rozszerzony o większą część przewlekłych zespołów bólowych [20].

Pierwszy stopień drabiny swoim zasięgiem obejmuje analgetyki nieopiodowe, a także niesteroidowe leki przeciwzapalne. Drugi stopień to leki I stopnia, ale również słabe opiody, które swoje zastosowanie znajdują w skutecznych kombinacjach w leczeniu bólu o charakterze umiarkowanego nasilenia lub przy braku poprawy przy stosowaniu leków I stopnia. Ostatni, trzeci stopień jest równoznaczny z leczeniem bólu silnego i bardzo silnego, grupa leków występujących na tym szczeblu drabiny, to silne opiody [21].

Leki wykorzystywane do leczenia bólu związanego z ChZs można podzielić na kilka grup, należą do nich leki przeciwbólowe (paracetamol), niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLZP), analgetyki opiodowe (tramadol, kodeina, dihydrokodeina), silne leki opiodowe (morfina, fentanyl, buprenorfina), Wolno działające leki objawowe (siarczan glukozaminy, siarczan chondroityny, hialuroniany, diacereina, nieulegające zmydleniu składniki awokado i soi), glikokortykosteroidy podawane dostawowo, inne leki (doksycyklina) [22].

Leczenie chirurgiczne

Protezowanie stawów stało się tak dużym sukcesem, który znacznie przyspieszył leczenie ostatniego stadium choroby zwyrodnienia stawów kolanowego i biodrowego. Coraz częściej stosowane jest również leczenie chirurgiczne stawu barkowego, podstawnego kciuka czy stawu łokciowego.

Uporczywe bóle i znaczna niewydolność ruchowa daje podstawy do zastosowania endoprotezoplastyki. Współcześnie jedną z popularnych metod jest wszczepianie tzw. totalnych endoprotez, które zostały wykonane z odpowiednich stopów metali. Wszczepiane są one na miejsce usuniętych nasad kostnych. Ulepszeniu ciągle ulega jakość stosowanych endoprotez, na przestrzeni ostatnich dziesięciu lat odnotowuje się znaczną poprawę. Endoproteza zamocowana jest w kości za pomocą twardniejących materiałów (zwanym również cementem), które nie wywołują odczynu, wypełnia się nim jamę szpikową trzonów kostnych, ich zadaniem jest tworzenie umocowania metalowych trzpieni elementów protezy. Cement należy do materiałów, które w krótkim czasie twardnieją, dlatego możliwe jest szybkie pooperacyjne uruchomienie chorego. Niestety takie mocowanie ma też wady, jedną z nich są poważne problemy w przypadku konieczności reoperacji, a także wymiany protezy. Właśnie dlatego coraz większym zainteresowaniem, szczególnie u pacjentów w średnim i młodym wieku cieszą się endoprotezy mocowane bezcementowo. Takie mocowanie charakteryzuje się obecnością na powierzchni trzpieni soli fosforowo-wapniowych, które pobudzają do tworzenia kostniny, powierzchnie trące natomiast są pokryte materiałem plastycznym.

Najczęściej wstawienie sztucznego stawu przynosi ulgę dla chorego, poprawia jego jakość życia, zmniejsza ból i zwiększa ruchliwość. Problem w tym przypadku stanowią różnego rodzaju powikłania. Do najczęściej występujących specjaliści zaliczają szczególnie obluzowanie i przemieszczanie się protezy, które w miarę upływu lat dotyczą większą część osób leczonych tym sposobem. Ten typ powikłań najczęściej występuje u pacjentów otyłych, o kościach kruchych, np. z osteoporozą. Ryzyko niepowodzenia pooperacyjnego zwiększają dodatkowo infekcje i znaczne powikłane żyłaki, występujący szczególnie w kończynach dolnych. Najlepszymi wynikami udanych operacji cieszą się wyspecjalizowane szpitale, które wykonują ich setki [23, 24].

W dobie wykonywania zabiegów z zakresu endoprotezoplastyki, rzadziej wykonuje się patellektomię, osteotomię i artrodezę. U chorych, którzy mają znaczne zniszczenie stawu, specjaliści często decydują się na wykonywanie tego typu interwencji. W sytuacji, gdy podczas chzskr, gdzie patologiczne zmiany zwięzają światło otworów międzykręgowych albo kanału

kręgowego, a także wywołują dolegliwości neurologiczne zawierające objawy ubytkowe, niezbędne mogą być zabiegi, których głównym celem będzie uwolnienie struktur nerwowych i stabilizacja segmentów kręgosłupa [23, 25].

Kolejne leczenie chirurgiczne to artroskopia (w przypadku zablokowania się stawu), czyszczenie artroskopowe (utrzymywanie się zapalenia błony maziowej), wymiana stawu [1, 26].

Należy również wspomnieć o kolejnej metodzie leczenia, którą jest nakłucie stawów. Wskazania diagnostyczne do tego typu zabiegów, to przede wszystkim ustalenie przyczyny występowania zwiększonej ilości płynu stawowego. Szczególnie dużą wartość diagnostyczną ma badanie samego płynu, który może być kluczowy w przypadku podejrzenia zapalenia stawów czy podejrzenia zapalenia, którego przyczyną są kryztały. Najważniejszymi wskazaniami terapeutycznymi nakłucia stawów są: odbarczenie stawu, wykonanie synowektomii chemicznej albo izotopowej i podanie leku.

Nie występują bezwzględne przeciwwskazania do nakłucia stawów, do względnych zalicza się następujące:

- INR 1,5 i PTT 2 razy powyżej granicy górnej normy;
- liczba płytek krwi 50000 l;
- zakażenie stawu lub tkanek położonych w jego okolicy,
- alergia na miejscowe środki odkażające lub lidokainę.

Powikłania występujące po nakłuwaniu stawów to: zakażenie stawu; krwiak, krwawienie do stawu; ból występujący w miejscu nakłucia, odruch wazowagalny, niepożądane działanie leków znieczulających i tych podawanych dostawowo, uszkodzenia chrząstki stawowej.

Nakłucie stawów odbywa się w warunkach jałowych, po znieczuleniu skóry, tkanki podskórnej i torebki stawowej wprowadza się igłę ze strzykawką w to samo miejsce. Igłę należy wkuwać w kierunku stawu do momentu wyczucia oporu, w chwili jego wyczucia powinno się zaaspirować płyn. Wskazane jest usunięcie całej ilości płynu, następnie trzeba go wstrzyknąć do próbki w celu ustalenia diagnozy, często w miejsce jamy stawowej aplikuje się odpowiedni lek [27, 28].

Rehabilitacja chorych z chorobą zwyrodnieniową

Charakterystyczną cechą choroby zwyrodnieniowej stawów jest stała progresja zmian patologicznych. Wyleczenie tych zmian nie jest możliwe, stosuje się natomiast leczenie zachowawcze i leczenie operacyjny, ponieważ specjaliści starają się zahamować i przeciwdziałać dalszemu zużyciu powierzchni stawowych, a także zmniejszyć ból [29].

W zwyrodnieniowej chorobie niezwykle ważna jest profilaktyka, z tego względu, że wynika ona z przyczyn prowadzących do jej powstania. Najbardziej istotne to:

- utrzymywanie odpowiedniej masy ciała;
- walka z nałogami takimi jak: nadużywanie alkoholu, kawy i palenie tytoniu;
- stosowanie diety, która powinna opierać się na ograniczeniu węglowodanów, w przypadku osób obarczonych rodzinnie cukrzycą, natomiast puryn w przypadku chorych obarczonych miazdźcą i dną,
- stosowanie diety bogatej w sole wapnia, magnez i fosfor w szczególności u osób z podwyższonym ryzykiem osteoporozy, w tym przypadku pacjenci powinni również ograniczyć spożywanie kawy, białka, powinni zwiększyć ruch;
- ukierunkowanie gimnastyki na stworzenie tzw. mięśniowego gorsetu, szczególnie jest to skierowane do pacjentów, u których występuje duże ryzyko pojawienia się bólowego zespołu dolnego odcinka kręgosłupa;
- duża staranność w leczeniu infekcji bakteryjnych i wirusowych, które przebiegają z dolegliwościami ze strony narządów ruchu, każda nawet niewielka infekcja stawu prowadzi do osłabienia funkcji chondrocytu, następnie prowadzi do zaburzeń troficznych, w szczególności tkanek bradytroficznych do których należą więzadła, ścięgna i chrząstki;
- staranna korekcja w przypadku skrócenia kończyny dolnej, deformacja stóp, noszenie zdrowej bielizny, higienicznego obuwia, odzieży zewnętrznej;
- staranne leczenie i zaangażowanie w rehabilitację urazów narządów ruchu;
- dbałość o poprawną wydolność układu sercowo- naczyniowego, a także układu oddechowego [30, 31].

Mając na uwadze czynniki, które mają największy wpływ na powstanie zwyrodnieniowej choroby stawów, leczenie powinno na wczesnym etapie obejmować działania

profilaktyczne. Edukacja pacjenta powinna obejmować jego samego i najbliższe otoczenie, kluczowe jest uświadomienie czynników ryzyka i walki z nimi [32].

Ważną rolę u pacjentów z chorobą zwyrodnieniową odgrywa edukacja samopomocy, która powinna opierać się na pozytywnym nastawieniu, mobilizacji do zwiększonego ruchu. Należy również zwrócić uwagę na problemu psychospołeczne i używanie leków [33].

W przypadku choroby zwyrodnieniowej stawów istnieją dwie zasady rehabilitacja do których należy: leczenie ruchem, czyli kinezyterapia i fizykoterapia.

Kinezyterapia wywodzi się z języka greckiego i powstała w wyniku połączenia dwóch wyrazów: kinezis, które oznacza ruch i therapeia, które oznacza leczenie. W odróżnieniu od farmakologicznego sposobu leczenia kinezyterapia wymaga od pacjenta jego czynnego udziału. Leczenie za pomocą tej metody daje szerokie możliwości, które pozytywnie wpływają na układ ruchu, układ krążenia, układ oddechowy, moczowo- pęciowy, trawienny i układ nerwowy. Pozytywnie wpływają na koordynację ruchów, wydolność obwodowego układu krążenia, serca, zwiększa pojemność życiową płuc, dodatnio wpływa na stan mięśni gładkich i wydolność miednicy małej oraz narządów wewnętrznych umiejscowionych w jamie brzusznej. Drugim ważnym środkiem leczenia jest terapia zajęciowa, która opiera się na wykonywaniu prac o manualnym charakterze, uzupełniając je dodatkowo ćwiczeniami na sali gimnastycznej.

Usprawnianie chorych za pomocą leczenia ruchem prowadzi się zgodnie ze ściśle ustalonymi zasadami, do których należą:

- uświadomienie pacjenta o celach i korzyściach płynących z wykonywania ćwiczeń usprawniających;
- zaangażowaniu chorego w pracę nad sobą;
- systematyczne wykonywanie ćwiczeń;
- doskonalenie i utrwalanie ruchu, możliwe dzięki częstym powtarzaniu ćwiczeń;
- dostępność ćwiczeń i stopniowanie ich trudności;
- aktywnego uczestniczenia w wykonywaniu ćwiczeń, w przypadku braku możliwości wykonania któregoś z nich tworzenie wyobrażenia ruchu na podstawie poprzednio nabytych nawykach ruchowych;
- dążenie do zwiększenia atrakcyjności ćwiczeń i ich urozmaicenia.

Specyfikacja rehabilitacji pacjentów z chorobami reumatologicznymi związana jest głównie z następującymi czynnikami:

- postępujący proces chorobowy, który uniemożliwia ustalenie programu rehabilitacji na dłuższy okres czasu, choroba znacznie ogranicza zdolność do pracy co często wiąże się z koniecznością przekwalifikowania zawodowego;
- stale towarzyszący chorym ból, który zwiększa napięcie mięśni, co z kolei prowadzi do uszkodzeń powierzchni stawowych potęgując ból jeszcze bardziej, dobrym sposobem na wyjście z tak zwanego błędnego koła jest działanie przeciwbólowe, odciążające i rozluźniające;
- wielostawowej lokalizacji zmian, która znacznie ogranicza kompensację zmian;
- trudności wynikających z zaakceptowaniem przez pacjentów własnego kalectwa, w tym przypadku największy wpływ mają czynniki psychiczne i fizyczne.

Dobór metody i techniki kinezyterapii powinien uwzględniać stopień uszkodzenia stawu, wielkość oraz strukturę już istniejących oraz zagrażających zniekształceń, a także stan układu mięśniowego i więzadłowego.

Ćwiczenia wykorzystywane w rehabilitacji chorób reumatologicznych dzielone są z uwagi na ich rodzaj i metodykę ich wykonywania. Ze względu na rodzaj ćwiczeń podział wygląda następująco:

- ćwiczenia ogólnie usprawniające: ich podstawowym celem jest usprawnienie chorego, poprawiają one czynności układu krążenia, nerwowego i oddychania;
- ćwiczenia miejscowe: które obejmują grupę mięśni oraz kończyny, wzmacniają siłę mięśni i zakres ruchu w stawach;
- ćwiczenia specjalne: do tych ćwiczeń należą rozciągające, oddechowe i rozluźniające;
- ćwiczenia wykonywane za pośrednictwem specjalnych metod, do których zalicza np. propriopceptywnego torowania mięśniowo- nerwowego (PNF), albo poizometrycznej relaksacji mięśni (PIR);
- terapię manualną, która polega na użyciu technik mobilizacji w celu zniesienia odczuć o charakterze bólowym, wyrównania napięcia mięśniowego i przywrócenie odpowiedniej ruchliwości, głównie stosuje się technikę ślizgu stawowego i technikę trakcji.

Drugą grupą są ćwiczenia ze względu na metodykę ich wykonywania, dzielą się one na bierne i czynne. Bierne są wykonywane z udziałem sprzętu do ćwiczeń lub przy pomocy drugiej osoby, bez aktywnego udziału chorego. Druga grupa ćwiczeń czynnych zawiera:

- ćwiczenia izometryczne, które polegają na napinaniu mięśnia, nie wykonując ruchu w stawie;
- ćwiczenia prowadzone lub wspomagane, wykonywane w przypadku, gdy mięśnie są zbyt słabe, aby samodzielnie wykonać ruch;
- ćwiczenia samowspomagane, w tym przypadku konieczne jest stosowanie podwieszek lub lasek gimnastycznych;
- ćwiczenia w odciążeniu, wykonywane jest przez pacjenta w warunkach wyłączenia masy odcinka ciała, przy niewielkiej sile mięśniowej, ćwiczenia takie stwarzają lepsze warunki do wykonywania ruchu;
- ćwiczenia czynne wolne, wykonywane przez pacjenta, gdy mięśnie mogą pokonać masę danego odcinka ciała;
- ćwiczenia oporowe, należą do ćwiczeń czynnych, w których chory musi pokonać dodatkowy opór i masę danego odcinka ciała.

Leczenie ruchem w przypadkach chorób reumatologicznych stosowane jest głównie, aby zapobiegać zniekształceniom lub leczyć już istniejące. Ważne w przypadku rehabilitacji ruchem jest również utrzymanie i wzmocnienie siły mięśniowej. Kinezyterapia daje możliwości, aby zapobiegać wadliwej kompensacji i nauczyć się prawidłowej, ważna jest również poprawa sprawności ogólnej i nauka przystosowania chorego do wykonywania codziennych czynności [30, 34].

Kolejną możliwością rehabilitacji jest fizjoterapia. Określenie to oznacza grupę metod których głównym celem jest uzupełnianie leczenia farmakologicznego. Metody, którymi posługują się fizykoterapeuci należą do naturalnych metod leczniczych. Fizjoterapia częściowo posługuje się własnymi metodami diagnostycznymi, natomiast w całości opiera się na swoistych metodach leczenia, które składają się głównie z różnych form energii fizycznej, która występuje w środowisku. Fizjoterapia posługuje się bodźcami fizjologicznymi, czyli takimi, które działają na organizm w większym lub mniejszym stopniu, ze strony środowiska przyrodniczego. Fizjologiczne działanie seryjnych zabiegów bodźców o charakterze kinetycznym, termicznym, fotoaktywnym, elektrycznym, mechanicznym i chemicznym, gdzie źródłem jest naturalne tworzywo uzdrowiskowe, pomaga usprawnić czynności narządów, a także mechanizmów regulujących ustrój. W przypadku fizjoterapii wyróżnia się następujące działy: wodolecznictwo, balneoterapia, klimatoterapia, aerozoloterapia, masaże lecznicze, kinezyterapia, ultrasonoterapia, światłolecznictwo, termoterapia, elektroterapia.

Główne cele należące do fizjoterapii to:

- usunięcie procesów chorobowych, zapobieganie tym procesom i usuwanie ich następstw;
- zapobieganie nawrotom chorób;
- zapobieganie postępom chorób;
- usuwanie występujących dolegliwości;
- przywrócenie zdrowia i jego utrwalenie;
- zwalczanie bólu;
- usuwanie stanów zapalnych;
- poprawa trofiki za pomocą zwiększenia ukrwienia;
- zwiększenie ogólnej odporności i zapobieganie zakażeniom;
- poprawa funkcji ruchowych;
- usprawnienie czynności narządów i organizmu;
- poprawa reagowania na lecznicze bodźce;
- rehabilitacja po urazach, przebytych chorobach i wadach wrodzonych [30, 35].

Funkcjonowanie a jakość życia chorych z chorobą w układzie kostno-stawowym

Procesy zwyrodnieniowe, które są ściśle związane z zaburzeniami struktury wewnętrznej tkanek stawowych, a także z powstawaniem anatomicznych nieprawidłowości stawu, rozwijają się w miarę upływu lat u każdego człowieka [36].

Proces leczenia choroby zwyrodnieniowej stawów opiera się głównie na stosowaniu różnych kombinacji leków, zabiegów fizykalnych, użyciu przyrządów podpierających, ćwiczeniach hydroterapii, a także zabiegach chirurgicznych [37, 38]. Warto również zastanowić się nad jakością życia i sposobem funkcjonowania pacjentów dotkniętych tym zespołem chorobowym. Ogromne znaczenie ma również stopień niepełnosprawności chorych. Część metod ewaluacji, które zostały stworzone z myślą o reumatoidalnym zapaleniu stawów zostało zaadoptowanych do oceny jakości życia w przypadku zachorowania na ChZS. Należą do nich: Kwestionariusz Oceny Stanu Zdrowia, indeks Doyle, WOMAC, kwestionariusz Lequesne'a. Jednym z podstawowych kwestionariuszy używanych do oceny jakości życia jest SF-36. Kwestionariusz ten jest powszechnie używany w przypadku przeprowadzania badań naukowych i klinicznych.

Stosowana do oceny bólu pacjentów skala WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Index of Osteoarthritis), swoje zastosowanie znajduje głównie w chorobach zwyrodnieniowych stawów albo innych schorzeniach związanych z narządami ruchu. Skala

służy przede wszystkim do oceny postępów choroby zwyrodnieniowej, a także do oceny skuteczności leczenia pod względem objawowym i przyczynowym. Kwestionariusz WOMAC, należy do jednego z najczęściej stosowanych, w przypadku oceny schorzeń narządów ruchu. Kwestionariusz składa się z 24 pytań, a jego wypełnienie zajmuje około 12 minut. Pytania zawarte w formularzu związane są z trzema głównymi aspektami, należą do nich:

- Nasilenie bólu (zawarte w 5 pytaniach): określają nasilenie bólu podczas chodzenia, wchodzenia po schodach, w trakcie odpoczynku, podczas obciążenia stawu i w nocy.
- Sztywność zajętych stawów (zawarte w 2 pytaniach): określa sztywność w ciągu dnia i występującą w godzinach porannych.
- Funkcjonowanie fizyczne (zawarte w 17 pytaniach): pytania dotyczą wykonywania codziennych czynności takich jak pochylanie się, wchodzenie po schodach, wstawanie, wsiadanie i wysiadanie z pojazdów, ubieranie i zdejmowanie skarpet, wstawanie z łóżka, robienie zakupów, wchodzenie do i wychodzenie z wanny, korzystanie z toalety, siedzenie, wykonywanie ciężkich i lekkich prac domowych, a także leżenie w łóżku. Ocena ciężkości bólu w kwestionariuszu oceniana jest za pomocą skali od 0 do 4, maksymalnie pacjent może uzyskać 96 punktów, w tym za nasilenie bólu (20 punktów), funkcjonowanie fizyczne (68), sztywność (68).

Standardowa wersja kwestionariusza WOMAC 3.1. dotyczy 48 - godzinnego czasu w odniesieniu do ocenianych przez pacjenta wartości. Istnieją modyfikacje kwestionariusza, które odnoszą się do ostatnich 24 godzin, ostatniego tygodnia czy miesiąca. Zdaniem specjalistów występująca w skali rozpiętość czasowa nie ma większego znaczenia na wartość samego kwestionariusza [39].

Kwestionariusz WOMAC występuje w 60 wersjach językowych. Warto również wspomnieć, że do tak dużej popularności kwestionariusza wynika z tego, że:

- daje możliwość bezpośredniego zaangażowania się pacjenta w proces leczenia, a także pacjent ma możliwość wglądu w proces chorobowy, poprawienia relacji pomiędzy lekarzem a chorym;
- przeprowadzenie dużej ilości badań, która ma na celu określić wartość kwestionariusza w różnych jego odmianach i formach;
- jest dostępny w wielu wersjach językowych;
- forma jego zastosowania jest różna np. pisemna, elektroniczna;
- uznanie WOMAC za bardzo przydatny w ocenie choroby zwyrodnieniowej;

- możliwość jego stosowania nie tylko w badaniach klinicznych, ale również w codziennej praktyce [40].

Kolejnym bardzo ważnym kwestionariuszem jest SF-36 (Short Form Health Survey), który jest jednym z podstawowych narzędzi oceny jakości życia. Metody oceny jakości życia dzieli się na dwa podstawowe kryteria pierwszym z nich jest kryterium administrowania (czyli sposób stosowania), drugim natomiast jest kryterium zawartości (zakres oceny).

Pierwszy z nich dzieli się na samoocenę przez pacjenta oraz dokonanie oceny przez ankietera lub osoby przeprowadzającej wywiad z pacjentem. Drugie kryterium dzieli się na ocenę o ogólnym charakterze i ocenę szczegółową (w której zawarte są informacje dotyczące np. aktywności życia codziennego za pomocą szczegółowego indeksu czynności). Używane są one w celu ustalenia stanu zdrowia fizycznego lub psychicznego, relacji z grupą społeczną, oceny aktywności ruchowej i czynności wykonywanych w codziennym życiu [41].

Kwestionariusz SF -36 z uwagi na kryterium administrowania jest metodą samooceny. Pytania zawarte w kwestionariuszu dotyczą ośmiu wskaźników jakości życia do których należą:

- funkcjonowanie fizyczne,
- ograniczenie w pełnieniu ról z uwagi na stan zdrowia fizycznego,
- ogólne poczucie witalności i zdrowia,
- dolegliwości bólowe,
- poczucie zdrowia psychicznego,
- funkcjonowanie w przestrzeni społecznej,
- ograniczenie w pełnieniu ról, których główną przyczyną są problemy emocjonalne.

Wskaźniki z kwestionariusza mogą być sumowane w dwie różne skale, psychiczną i fizyczną. W Polsce utworzenie owych skal jest niemożliwe z uwagi na brak norm populacji naszego kraju. Występujące różnice na tle kulturowym, społecznym i pojęciowym w różnych populacjach są bardzo duże. W takiej sytuacji należy dążyć do jak największego przystosowania narzędzia obcojęzycznego do funkcjonującej specyfiki pojęć w danej kulturze i języku. Kwestionariusz SF-36 składa się z 11 pytań, które skonstruowane zostały na podstawie 36 stwierdzeń, dają one możliwość na stwierdzenie 8 elementów, do których należą: ograniczenie z powodu zdrowia fizycznego, funkcjonowanie fizyczne, odczuwanie bólu,

funkcjonowanie socjalne, funkcjonowanie emocjonalne, ogólne poczucie zdrowia i witalności oraz zdrowie psychiczne. Wskaźnik jakości życia jest wynikiem sumy punktów oceny 8 skal jakości życia, umożliwia to dokonanie ogólnej oceny stanu zdrowia. Standardowy algorytm potrzebny do opracowania SF-36 oparty został na analizie czynników ortogonalnych. Forma kwestionariusza pozwala na samodzielne uzupełnienie przez pacjenta (forma pisemna, elektroniczna, przez telefon). Konstrukcja jego jest bardzo przejrzysta i prosta. Kwestionariusz SF-36 daje możliwość użycia go jako narzędzia w celu:

- przeprowadzenia badań o charakterze porównawczym, które np. mogą odnosić się do populacji ogólnej w odniesieniu do populacji posiadającej określone cechy;
- określenia następstw choroby w określonej populacji;
- różnicowania korzyści płynących z wykorzystywania różnych form terapii w konkretnych schorzeniach;
- selekcjonowania określonej grupy chorych.

„Doświadczenia w stosowaniu i standaryzacji metod pomiaru pomiędzy różnymi badaniami dostarczają informacji o zakresie norm służących różnicowaniu populacji zdrowej i chorej oraz określają następstwa badanych chorób w kontekście szeroko pojętej niepełnosprawności” [40].

Istnieją modyfikacje kwestionariusza SF-36, do których zlicza się SF-12 i SF-8. Są to krótsze wersje formularza, które pomimo ograniczenia liczby pytań nie zmniejszają jego wartości. Opisane powyżej metody oceny niepełnosprawności i jakości życia są bardzo przydatne nie tylko w badaniach klinicznych, ich szerokie i powszechne zastosowanie w codziennej praktyce lekarskiej daje możliwość, na podstawie przeprowadzenia jednorazowego badania, dokonanie oceny i porównanie w określonym przedziale czasowym, statusu choroby [42].

Za pomocą wyników przeprowadzonych badań można określić jaka jest jakość życia i poziom bólu pacjentów z ChZS. Kluczowym narzędziem do określenia jakości życia w przypadku omawianego stanu chorobowego jest kwestionariusz NHP, który składa się z dwóch części. Pierwsza część zawiera pytania dotyczące aktualnie występujących problemów zdrowotnych, głównie w zakresie funkcjonowania fizycznego, społecznego i psychicznego. Druga część zawiera z kolei pojedyncze stwierdzenia, których podstawowym zadaniem jest wskazanie jaki wpływ na sfery życia ma stan zdrowia pacjenta. Wzięte pod uwagę zostały następujące obszary życia: życie towarzyskie, życie rodzinne, prace domowe,

prace zarobkowe, zainteresowania, życie seksualne, hobby i spędzanie czasu wolnego. Im pacjent uzyska wyższy wynik w kwestionariuszu, tym gorsza jest jakość jego życia. Wykorzystywanie kwestionariuszy mających na celu ukazanie jakości życia pacjentów jest bardzo pomocne, pozwala bowiem określić i zastosować właściwe postępowanie terapeutyczne [43].

Zmiany zwyrodnieniowe występujące w kręgosłupie, kolanie czy biodrze, mogą wystąpić w skutek wykonywanej pracy. Wyraźne zmiany widoczne są dopiero po upływie wielu lat trwania dolegliwości. Odpowiedni odpoczynek w pewnym stopniu może wyrównywać szkodliwy wpływ wynikający ze złych warunków pracy. Dużą grupę, na którą należy w szczególności zwrócić uwagę stanowią mieszkańcy ośrodków wiejskich, którzy pracują fizycznie w swoich gospodarstwach rolnych. Ważnym problemem w tej grupie chorych jest również późne podjęcie leczenia, które w zaawansowanych stanach chorobowych nie przynosi ulgi pacjentom. Zmiany zwyrodnieniowe w stawach często są bardzo zaawansowane i leczenie nie prowadzi do poprawy jakości życia tych pacjentów [44].

W przypadku profilaktyki choroby zwyrodnieniowej stawów, kluczowe jest szybkie jej zdiagnozowanie. W postępowaniu terapeutycznym z kolei najważniejsze jest zindywidualizowanie leczenia, ze szczególnym uwzględnieniem współistniejących chorób, a także zwalczanie dolegliwości bólowych i ustaleniu stopnia uszkodzenia lub upośledzenia funkcji stawu. W pierwszej kolejności uwagę skupia się na niefarmakologicznych metodach leczenia. Ogromne znaczenia ma edukacja pacjenta, spadek masy ciała, ćwiczenia fizykoterapeutyczne i kinezyterapeutyczne. Istotne jest również zaopatrzenie chorego w niezbędny sprzęt ortopedyczny, którego celem jest ułatwienie poruszania się i samoobsługi pacjenta. Pielęgniarka, która uczestniczy w całym procesie terapeutycznym pełni przede wszystkim funkcję wychowawczą, jej podstawowym zadaniem jest uświadomienie pacjentowi i jego najbliższym istoty samoopieki. Dodatkowo pielęgniarka pełni funkcję rehabilitacyjną i opiekuńczą w stanach, gdy choroba się zaostrza.

Edukacyjna funkcja pielęgniarki powinna ukierunkować pacjenta przede wszystkim na następujące zagadnienia:

- istotę choroby, a także jej przebieg i występujące powikłania;
- metody rehabilitacji, aktywność fizyczna i zalecany tryb życia;
- stosowanie możliwych udogodnień, korzystanie ze sprzętu ułatwiającego samodzielne funkcjonowanie na co dzień, profilaktyka urazów i upadków;

- metody radzenia sobie z bólem o charakterze niefarmakologicznym takich jak np. techniki relaksacyjne czy metody fizykalne;
- monitorowanie działań niepożądanych, a także leczenie farmakologiczne;
- wskazana dieta, chorzy powinni być uświadomieni, że mniejsza waga powoduje odbarczenie stawów, przez co zmniejsza dolegliwości bólowe;
- przygotowanie rodziny do opieki nad chorym, w szczególności wsparcie informacyjne i emocjonalne [45].

Choroba zwyrodnieniowa stawów jako najczęściej występującą chorobą w układzie ruchu wiąże się z bardzo poważnymi konsekwencjami zdrowotnymi, które dotyczą wielu sfer. Choroba w swoim przebiegu upośledza funkcje biologiczne organizmu, prowadzi do niesprawności fizycznej często do kalectwa, zmiany występują również w funkcjonowaniu społecznym i psychicznym. Często pacjent musi radzić sobie z samotnością, która jest wynikiem izolacji społecznej, a także dużym ograniczeniem związanym z wykonywaniem czynności i codziennych obowiązków [46, 47].

Choroby przewlekłe występujące w układzie kostno- stawowym, połączone z ciągle obecnym bólem, dodatkowo wiążą się z zaburzeniami mobilności, poczuciem nieprzydatności i osamotnienia, bezradnością, lękiem o cały przebieg choroby. Wymienione wyżej czynniki mają ogromny wpływ na jakość życia pacjentów w wieloaspektowym wymiarze. Samo pojęcie jakości życia zaczęło występować w literaturze na przełomie lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych ubiegłego wieku. Pierwsze znaczenie tego określenia było synonimem dobrego życia. Z biegiem lat określenie ewoluowało, potrzebne było dodanie nowych, bardziej współczesnych kryteriów, do których zaliczyć należy: wykształcenie, zdrowie czy samopoczucie. Pojęcie jakości życia zostało wyjaśnione przez Światową Organizację Zdrowia, która definiuje je następująco: „*postrzeganie przez zainteresowanych osobników ich pozycji w życiu, w kontekście norm kulturowych i układów, w których oni żyją i w stosunku do celów życiowych, oczekiwań, standardów*” [48].

Pacjenci z chorobami w układzie kostno- stawowym najczęściej skarżą się na ból o silnym lub średnim natężeniu. Dodatkowo bardzo często występują problemy z mobilnością. Dolegliwości związane z bólem i ograniczoną mobilnością prowadzą do znacznego ograniczenia wykonywanych przez pacjentów obowiązków i czynności. Problem dotyczy również kontaktów chorych z zakładami opieki zdrowotnej, a także realizacji ich zainteresowań i pasji. Objawy związane ze zmianami w układzie kostno- stawowym wiążą się z problemami

o podłożu behawioralnym, czyli: silne poczucie bezsilności wobec bólu, lęk przez pogorszeniem stanu zdrowia, apatia. Negatywny wpływ ma również samoocena pacjentów, która najczęściej jest zła lub dostateczna [48, 49].

Przeprowadzane badania nad jakością życia pacjentów z ChZS, uwarunkowane ich stanem zdrowia, mają kluczowe znaczenie, ponieważ pozwalają na określenie, w jaki sposób wystąpienie choroby i powiązane z nią ograniczenia, wpływają na codzienne funkcjonowanie pacjenta. Wyniki badań dają możliwość poznania problemów chorego oraz stanowią cenne źródło wiedzy na temat jego samopoczucia [50]. Kluczowa jest zatem rola zespołu terapeutycznego, która powinna opierać się na wsparcie emocjonalnym i ogólnej pomocy w zmaganiu się z chorobą.

Kolejnym bardzo ważnym czynnikiem, mającym ogromny wpływ na jakość życia pacjentów z ChZS, jest radzenie sobie z bólem. Poprzez ciągle poszerzanie wiedzy medycznej i psychologicznej związanej z bólem, rośnie ilość technik, które umożliwiają jego kontrolę. Do najważniejszych zaliczyć należy: techniki farmakologiczne, oddziaływania psychologicznego, a także modulacji sensorycznej. Najszerzej stosowaną jest terapia farmakologiczna, niestety nie wszyscy chorzy mogą cieszyć się jej efektami. Istnieje grupa chorych, którym środki przeciwbólowe nie przynoszą ulgi albo w znaczny sposób obniżają ich sprawność w codziennym funkcjonowaniu. W takiej sytuacji najczęściej stosuje się modulację sensoryczną, za pomocą np. blokowania dróg, przez które przechodzą bodźce bólowe i docierają do mózgu, stymulacji punktów spustowych, terapii fizykalnej. Do najbardziej skutecznych metod psychologicznych zalicza się: terapię poznawczo-behawioralną, relaksację, biofeedback [51].

Zastosowanie kompleksowej rehabilitacji w chorobie zwyrodnieniowej stawów, prowadzi do poprawy i redukcji bólu, u pacjentów leczonych zachowawczo, ale również u chorych po operacji endoprotezoplastyki [52].

Intensywność odczuwania bólu u różnych osób jest inna. Subiektywne odczuwanie bólu, czyli jego jakość i natężenie są zależne od wcześniejszych doświadczeń chorego z bólem, od posiadanej wiedzy na temat konsekwencji i przyczyn powstawania bólu oraz od stopnia pobudzenia na tle emocjonalnym. W literaturze można wskazać dwie najważniejsze strategie radzenia sobie z bólem albo inaczej, dwa typy zachowań adaptacyjnych:

1. Nastawienie zadaniowe na rozwiązanie danego problemu, wiąże się ono z wysiłkiem, który ukierunkowany jest na usunięcie lub zmianę źródła stresu. Pacjent w takiej sytuacji swoją uwagę koncentruje głównie na utrzymaniu aktywności życiowej,

podejmuje działania i ćwiczenia mające na celu zmniejszenie bólu i odwrócenie od niego uwagi.

2. Strategie, które koncentrują się na emocjach, charakteryzują się one regulowaniem lub zmniejszaniem przykrych reakcji na tle emocjonalnym. W zastosowaniu tych strategii chory koncentruje się przede wszystkim na szukaniu wsparcia, unika aktywności, jego postawa jest bierna [53]. Ból należy do doznań wielowymiarowych i bardzo subiektywnych, z tego powodu ciężko jest uzyskać obiektywną i bezpośrednią ocenę. Złożoność problemów z jakimi na co dzień borykają się chorzy jest dużym wyzwaniem dla służby zdrowia, a także zespołu medycznego. Działania całego personelu zaangażowanego w proces leczenia pacjenta oraz on sam, powinny być ukierunkowane na walkę z bólem i akceptację postępującego charakteru choroby [54, 55].

Rehabilitacja pacjentów z ChZS i ich kompleksowe leczenie w Polsce utrudnione jest przez długie oczekiwanie na zabiegi i terapie. Czas, który powinien być wykorzystany do jak najszybszej pomocy i poprawy jakości życia chorych, wydłużony jest z powodu długich kolejek chorych. Bardzo powolne funkcjonowanie sektora usług refundowanych, negatywnie wpływa na stan zdrowia i jakość funkcjonowania chorych [56]. Długi czas oczekiwania na zabiegi fizjoterapeutyczne zmniejsza szanse na ich pełną skuteczność.

Choroby zwyrodnieniowe stawów to przewlekła, najczęstsza oraz niezapalna choroba stawów. Wyróżniają ją zmiany patologiczne w obrębie chrząstki stawowej. Dotyczy najczęściej jednego lub kilku stawów. Z reguły zwyrodnienie obejmuje stawy kolanowe oraz biodrowe [57].

Cel pracy

Celem pracy było:

1. Określenie najczęstszych lokalizacji zmian chorobowych w badanej grupie.
2. Wykazanie częstości występowania dolegliwości w zależności od wieku, płci, wskaźnika BMI i wykonywanej pracy.
3. Zbadanie wpływu zmian zwyrodnieniowych na funkcjonowanie bio-psycho-społeczne.

Material i metodyka badań

Badania przeprowadzono w Ośrodku Rehabilitacyjnym w Suwałkach, w okresie od stycznia 2017 roku, do marca 2017 roku po uzyskaniu zgody Senackiej Komisji ds. Etyki Badań Naukowych.

Badaniem objęto 105 pełnoletnich pacjentów z rozpoznaniem zwyrodnienia stawów w układzie kostno – stawowym. Materiał zebrano indywidualnie, drogą bezpośrednich spotkań z pacjentem, po wyrażeniu przez niego świadomej zgody.

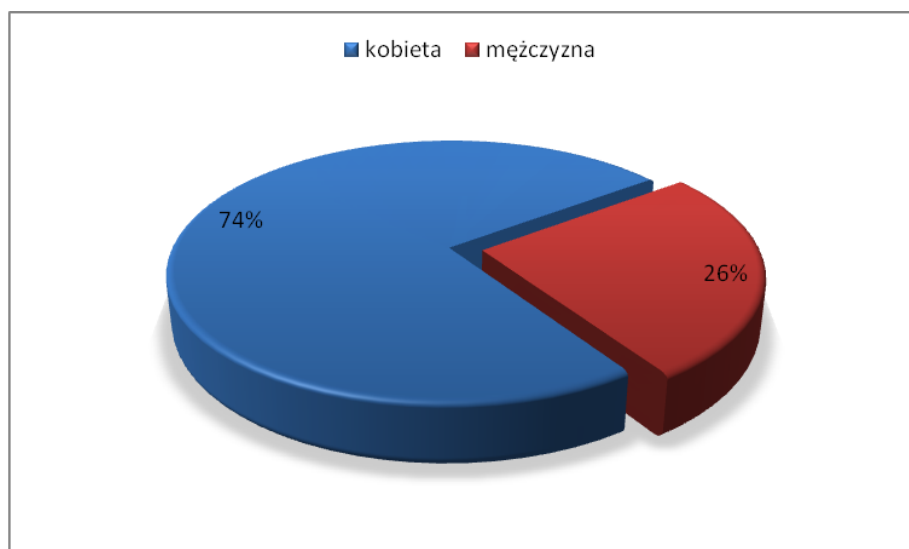
W celu dokonania oceny jakości życia pacjentów zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Za narzędzie badawcze posłużył kwestionariusz ankiety własnego autorstwa.

Ankieta zawierała 12 pytań ogólnych oraz 23 pytania szczegółowe. Pytania miały charakter mieszany (otwarty i zamknięty) z alternatywnymi odpowiedziami. Sprecyzowane zostały w sposób jasny, by nie sprawiły trudności w odpowiedzi. Pacjenci zostali poinformowani, iż ankieta ma charakter anonimowy, a zebrane tą drogą informacje zostaną wykorzystane wyłącznie do celów naukowych.

Badania podano analizie ilościowej. Wyniki przedstawiono w postaci rycin i tabel.

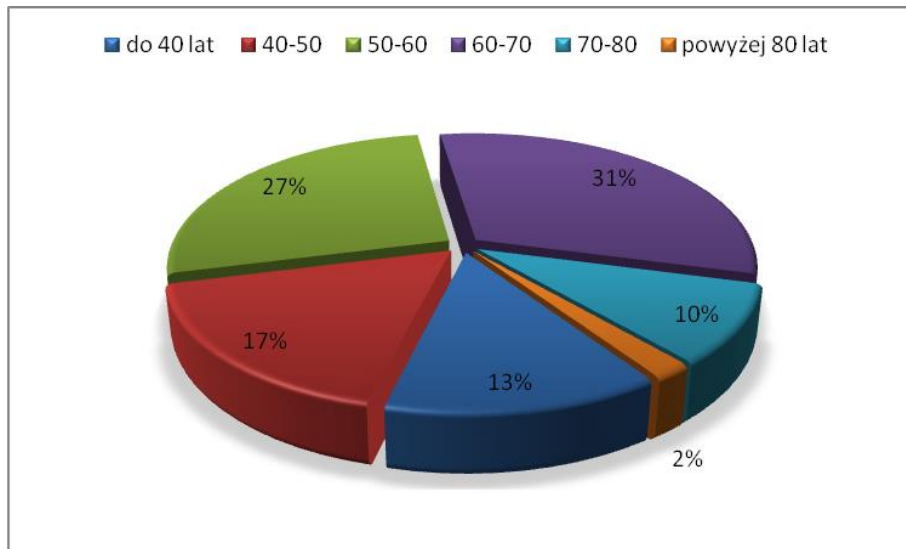
Wyniki badań

W badaniu wzięło udział 105 osób (Rycina 6), większą część z nich stanowiły kobiety, bo aż 74%, natomiast mężczyźni 26%. Osoby objęte badaniem to pacjenci Ośrodka Rehabilitacji SPZOZ w Suwałkach, które cierpią na różne schorzenia związane z układem kostno- stawowym.



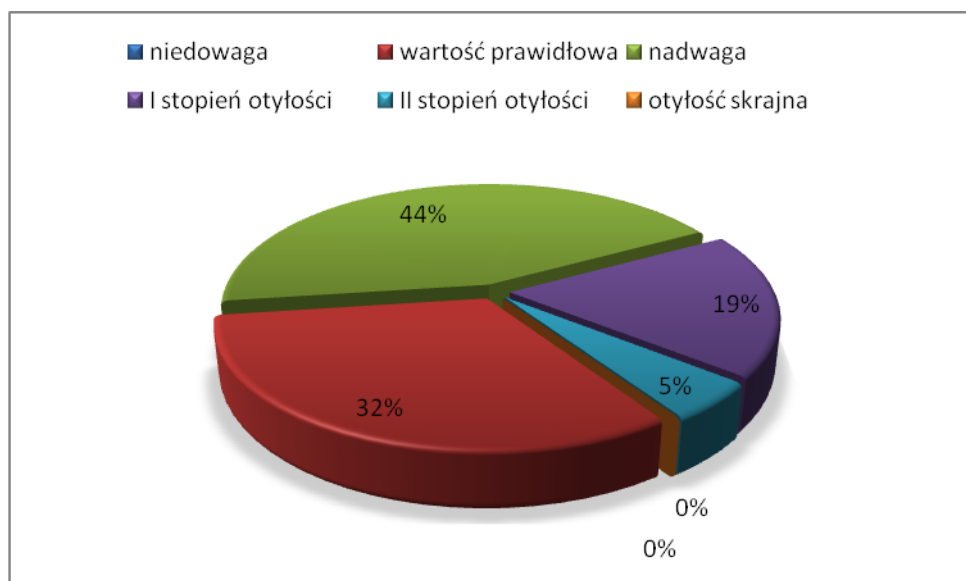
Rycina 6. Płeć ankietowanych

Największą grupą wiekową były osoby w wieku 60-70 lat i stanowiły 31% badanych, drugą co do wielkości grupą osób byli pacjenci w wieku 50-60 lat, co stanowiło 27% badanych, następnie chorzy w wieku 40-50 lat to 17%, pacjenci w wieku do 40 lat stanowili 13%, chorzy w wieku 70-80 lat to zaledwie 10%. Najmniej liczna grupa to osoby w wieku powyżej 80 lat, które stanowiły 2% wszystkich badanych. Wyniki przedstawia Rycina 7.



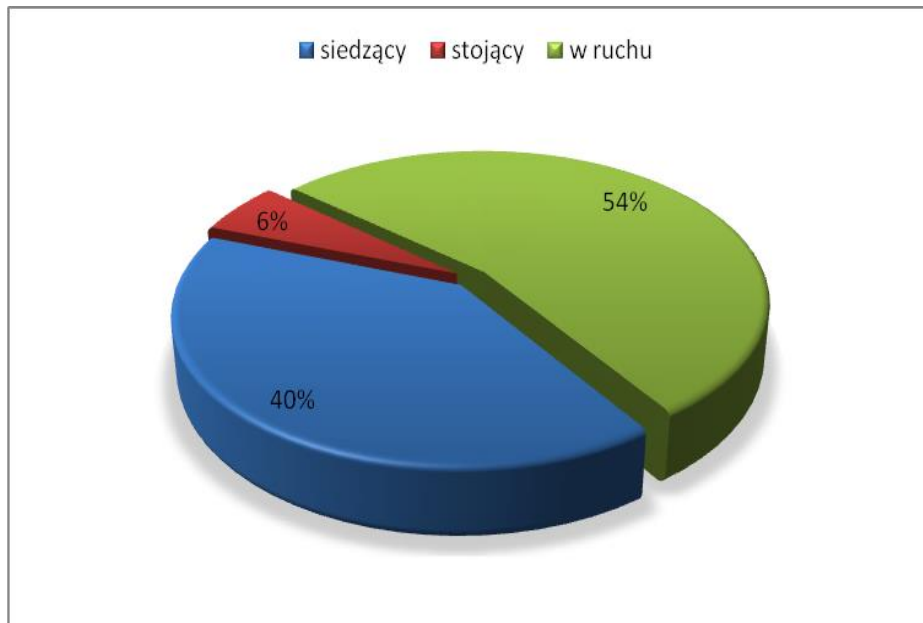
Rycina 7. Wiek ankietowanych

Poniżej zamieszczona rycina obrazuje wskaźnik BMI, badanej grupy. Z tego badania wynika, że 44% pacjentów ma nadwagę. Mniejszą grupę, 32% stanowią osoby, które mają prawidłową wartość BMI. Kolejna grupa to osoby, które mają I stopień otyłości, to 19% chorych. Najmniejsza grupa respondentów, zaledwie 5%, ma II stopień otyłości (Rycina 8).



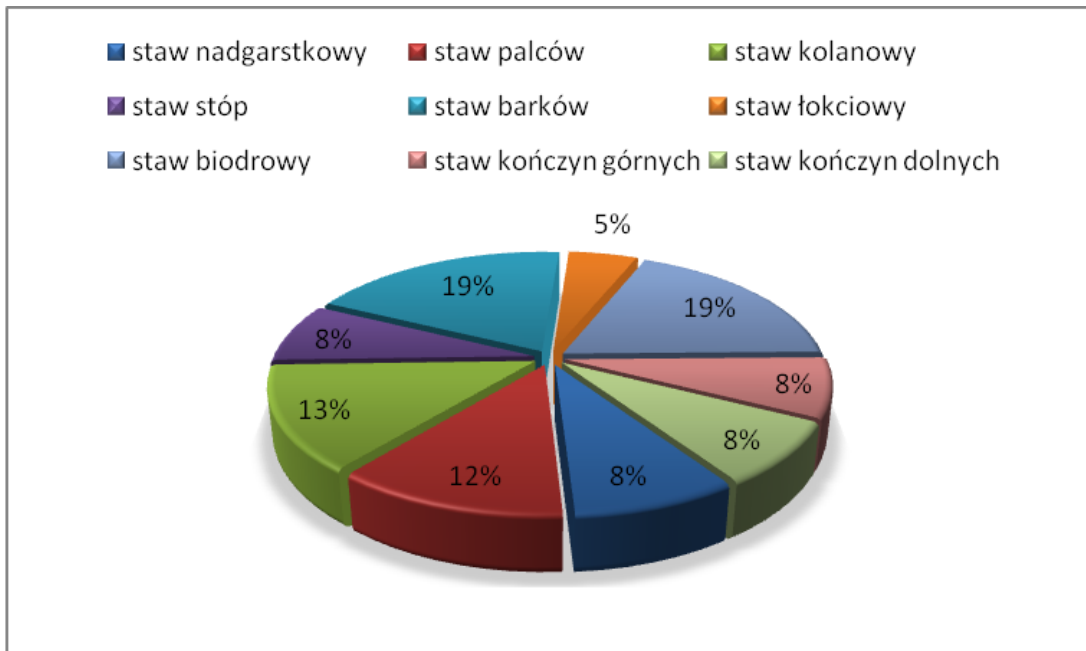
Rycina 8. BMI ankietowanych

W kolejnej części ankiety, grupa respondentów została zapytana o rodzaj wykonywanej pracy. Pacjenci mieli do wyboru rodzaje pracy: siedzący, stojący i w ruchu. Największą grupą były osoby, których wykonywana praca, odbywała się w ruchu, co stanowiło 54% pacjentów. Kolejną grupą były osoby których praca miała charakter siedzący, to 40% badanych. Najmniejszą grupą były osoby, których praca była wykonywana w pozycji stojącej, bo jedynie 6% ankietowanych (Rycina 9).



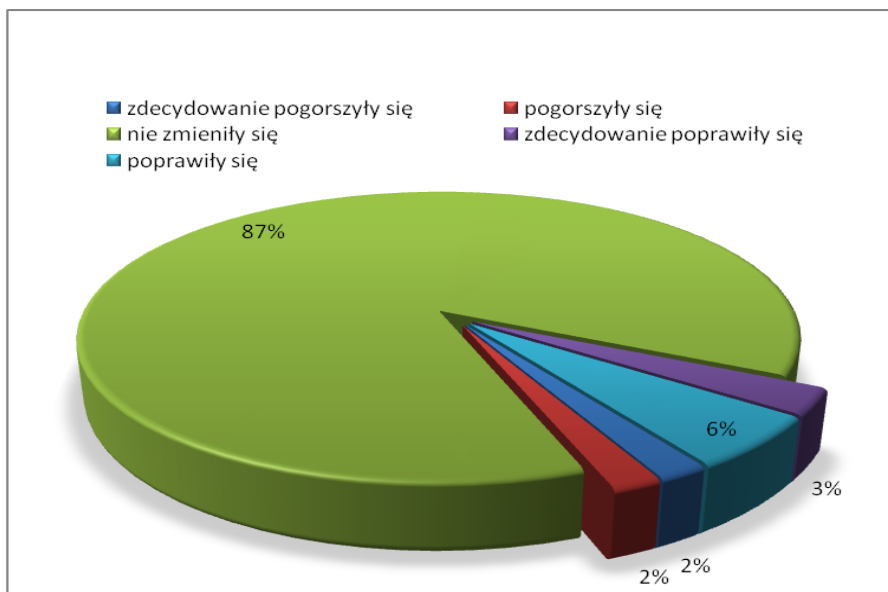
Rycina 9. Rodzaj wykonywanej pracy respondentów

Drugie pytanie ze szczegółowej części ankiety dotyczyło zmian o charakterze chorobowym, występujących u badanej grupy pacjentów. Postawione pytanie dawało możliwość wielokrotnego wyboru, z tego powodu, uzyskane odpowiedzi nie zsumowały się do 100%. Wyniki ukazały, że najczęściej zmiany chorobowe występują w stawie barkowym i biodrowym, stanowią po 19% wszystkich innych schorzeń. Do kolejnej grupy zaliczyć należy zmiany chorobowe występujące w stawie kolanowym 13%, natomiast nieznacznie mniej osób, bo 12% badanych cierpi z powodu zmian zlokalizowanych w stawach palców. Kolejne dane wskazują, że na problemy ze stawami stóp, kończyn górnych, stawami barków, stawami kończyn dolnych, uskarża się po 8% pacjentów z grupy respondentów. Najmniejszą grupę stanowią chorzy, którzy mają zmiany w stawie łokciowym, a ich ilość to 5% badanych (Rycina 10).



Rycina 10. Stawy zmienione chorobowo

Kolejne pytanie dotyczyło zmiany relacji w środowisku rodzinnym, po uzyskaniu diagnozy. Badana grupa w większości udzieliła odpowiedzi negatywnej, 87% z nich zadeklarowało, że stosunki rodzinne nie uległy zmianie. Grupa 6% ankietowanych to osoby, które oświadczyły, że stosunki rodzinne uległy zdecydowanemu pogorszeniu. Następną co do wielkości grupę stanowiły osoby, które zadeklarowały, że stosunki w rodzinie zdecydowanie uległy poprawie, to 3% badanych. Najmniejszą grupę, bo zaledwie 2%, stanowiły osoby, które odczuły pogorszenie stosunków rodzinnych (Rycina 11).



Rycina 11. Zmiana relacji z rodziną po zdiagnozowaniu choroby

Dyskusja

Starzenie się społeczeństwa jest nieodłącznym elementem jego funkcjonowania. Skutki tego procesu odczuwają wszystkie kraje na świecie. Jednym z problemów starzejącego się społeczeństwa jest wzrost częstości występowania chorób, które są charakterystyczne dla wieku geriatrycznego. Z najnowszych badań wynika, że najstarszym regionem świata jest Europa. Dane zebrane przez ONZ, mówią, że w 2030 roku osoby powyżej roku 65 będą stanowiły 23,8% tego społeczeństwa, w porównaniu do roku 1990 będzie to dwukrotny wzrost. Choroba zwyrodnieniowa stawów, to dolegliwość, na którą składa się wiele różnych schorzeń, mają one inną etiologię natomiast łączą je zbliżone efekty biologiczne, kliniczne i morfologiczne. Proces chorobowy Choroby Zwyrodnieniowej Stawów nie dotyczy tylko jednej chrząstki stawowej. Zasięg jest zdecydowanie szerszy i obejmuje cały staw, w skład którego wchodzi: podchrzęstna warstwa kości, błona maziowa, torebka stawowa, mięśnie okołostawowe, więzadła. Do najpoważniejszych skutków choroby należy rozmiękanie, włóknikowatość, ubytki chrząstki stawowej, owrzodzenia, stwardnienie i zagęszczenie podchrzęstnej tkanki kostnej. Często choroba prowadzi do powstania osteofitów i torbielek podchrzęstnych. Dolegliwości związane z ChZS to przede wszystkim: bolesność uciskowa, ból stawów, ograniczenie ruchomości, a także trzeszczenie. Chorzy z tą dolegliwością mogą również spotkać się z występowaniem wysięków i różnego rodzaju zapaleniami, które charakteryzuje brak objawów ogólnoustrojowych [15].

Główne problemy osób z chorobami układu kostno- stawowego to utrudnienia związane z codziennym funkcjonowaniem, pogorszenie jakości życia i przede wszystkim towarzyszący ból. Jakość życia chorych na dolegliwości tego układu, jest znacznie obniżona z uwagi na ograniczoną mobilność, co z kolei wiąże się z poczuciem osamotnienia, wycofaniem z życia społecznego, bezradnością, poczuciem nieprzydatności i lękiem [48].

Przeprowadzone badanie własne wykazało, że większą część osób z problemami w układzie kostno- stawowym stanowiły kobiety. Panie biorące udział w ankiecie stanowiły 74%, mężczyźni należeli do mniejszej grupy, która stanowiła pozostałe 26%. Z przeprowadzonego badania wynikało również, że największa ilość pacjentów znajdowała się w przedziale wiekowym od 60 do 70 lat, stanowili oni 31% badanych. Drugą co do wielkości grupą były osoby w wieku 50-60 lat, stanowiły one 27% ankietowanych. Respondenci w wieku 40-50 lat to grupa licząca 17%, 13% badanych to osoby do 40 roku życia, w przedziale wiekowym 70-80 lat byli pacjenci, którzy stanowili 10% chorych. Najmniej liczącą grupą byli pacjenci w wieku powyżej 80 lat, stanowili oni jedynie 2% badanych. Wyniki badań dotyczące

wskaźnika BMI wykazały, że największa grupa pacjentów miała nadwagę, stanowili oni 44% chorych. Drugą co do wielkości grupą były osoby o prawidłowym wskaźniku BMI, stanowili one 32%. Pierwszy stopień otyłości dotyczył 19% ankietowanych natomiast II stopień 5% chorych. Największa ilość pacjentów pozostawała w związku małżeńskim, dokładnie stanowili oni 72%, natomiast wdowy i wdowcy stanowili 16%, najmniej osób w przeprowadzonym badaniu było stanu wolnego, stanowili oni 12%. Duża przewaga dotyczyła miejsca zamieszkania, osoby zamieszkujące miasto stanowili zdecydowaną większość, aż 72% z nich to mieszkańcy aglomeracji miejskiej, pozostała grupa osób stanowiąca 28%, to pacjenci zamieszkujący wieś. Wykształcenie ankietowanych w większości było średnie, takie miało 39% chorych, niewiele mniejszą grupą były osoby, które miały wykształcenie wyższe, stanowiły one 32%, 20% badanych miało wykształcenie zawodowe, natomiast jedynie 9% wykształcenie podstawowe. W badaniu bardzo istotnym pytaniem był charakter wykonywanej przez pacjentów pracy, najwięcej osób z badanej grupy trudniło się pracą w ruchu, stanowili oni ponad połowę badanych, dokładnie 54%, 40% chorych miało pracę siedzącą, natomiast jedynie 6% stojącą.

Zbliżone wyniki osiągnęli Gajewski i Woźnica, którzy prowadzili badania na temat wybranych aspektów jakości życia, pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów i kręgosłupa. Ich dane demograficzno- społeczne wykazały, że zdecydowaną większość stanowiły kobiety, około 69%. Najstarsza osoba biorąca udział w badaniu miała 92 lata, najmłodsza natomiast 53.

Wyniki badań dały średnią wieku 65,2 lata. Największa część pacjentów pozostawała w związku małżeńskim stanowili oni 60% wszystkich badanych, 40% z badanej grupy to wdowy i wdowcy, najmniej osób było w separacji, bo jedynie 5,3%, natomiast osoby samotne z wyboru stanowiły 6,7%. Badanie ujawniło, że nie ma dużej dysproporcji pomiędzy osobami zamieszkującymi wieś, małe miasta i duże aglomeracje. Najwięcej osób było ze środowiska wiejskiego i małych miast ta grupa stanowiła 51,8% badanych, drugą co wielkości grupę stanowili mieszkańcy dużych miast, 48,2%. Ze względu na wykształcenie dominowała grupa z średnim wykształceniem, stanowili oni 42,3%, z wykształceniem podstawowym 13,3%. Pacjenci z wykształceniem wyższym, stanowili 18%, natomiast osoby, które zadeklarowały brak wykształcenia to 4,1%, z zawodowym natomiast 22,4%. Z uwagi na charakter wykonywanej pracy uczestnicy tego badania zadeklarowali w 42,6%, że ich praca była fizyczny. Podobna grupa osób zajmowała się pracą umysłową, o charakterze siedzącym, ci pacjenci stanowili 40,3% [48].

Zmiany zwyrodnieniowe w objętej badaniem grupie, w większości przypadków dotyczyły stawu barkowego i biodrowego, każda z tych grup chorych stanowiła po 19% respondentów. Następnie najczęściej problematycznym miejscem był staw kolanowy, dotyczył on 13% chorych. Problemy umiejscowione w stawach palców zgłosiło 12% respondentów, po 8% odpowiedzi uzyskano dla stawu stóp, nadgarstków, kończyn górnych i kończyn dolnych. Z uwagi na to, że problem zwyrodnienia stawów, najczęściej dotyczy dolegliwości znajdujących się w kilku miejscach, respondenci mogli wybrać kilka odpowiedzi.

Zbliżone wyniki uzyskano w badaniu na temat oceny problemów zdrowotnych pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów, a także zapotrzebowaniem na wsparcie i edukację zdrowotną, które zostały przeprowadzone przez Sierakowską i Wróblewską. Wyniki pokazały, że największa ilość osób ma problemy z kręgosłupem, 51%, podobny wynik osiągnięto dla zwyrodnień w stawach rąk, dokładnie 49% ankietowanych zaznaczyło taką odpowiedź. Osoby uskarżające się na zmiany zwyrodnieniowe w stawach biodrowych i kolanowych stanowiły kolejno 43% i 41% respondentów [45].

Analiza badań własnych wykazała, że 66% badanych pogodziło się z chorobą i w pełni ją akceptuje, 26% ankietowanych odpowiedziało, że akceptuje chorobę, ale się z nią nie pogodziło, natomiast tylko 8% badanych, zdecydowanie nie pogodziło się z chorobą. Badania wykonane przez Zielaznego i Biedrowskiego, na temat stopnia akceptowania choroby, przekonań na temat bólu i strategii radzenia sobie z nim dały zbliżone wyniki.

Pacjenci biorący udział w tym badaniu w największym stopniu ujawnili średnią akceptację choroby, natomiast 1/3 z nich dobrą akceptację. Jeden na 12 badanych pacjentów wykazał brak akceptacji swojej choroby. Pacjenci wykazywali największą ilość akceptacji w pytaniach dotyczących stanu zdrowia, samowystarczalności, zakłopotaniu innych, a także poczuciu bycia niepotrzebnym. Najmniej akceptowalny przez pacjentów był aspekt związany z zależnością od innych i niemożnością wykonywania czynności, które do tej pory sprawiały badanej grupie, przyjemność [51].

Kolejną istotną kwestią związaną z przeprowadzonym badaniem była ocena wpływu zastosowanego leczenia na stan zdrowia ankietowanych. Największa ilość osób zaznaczyła w kwestionariuszu, że jest zadowolona z wyników leczenia, ci pacjenci stanowili 84% badanych, natomiast pozostałe osoby, 16% nie były zadowolone z procesu i efektów leczenia. Leczenie jakim zostali poddani pacjenci, w zdecydowanej większości obejmowało fizjoterapię, z takiej metody skorzystało 67% badanych. Następną grupę stanowiły osoby, wobec których użyto terapii farmakologicznej, najmniejsza ilość osób stanowili chorzy, u których zastosowano leczenie operacyjne, stanowili oni 11%. Badania przeprowadzone przez

Jankowskiego i Kuryliszyn- Moskał, dotyczące oceny wpływu postępowania rehabilitacyjnego na stan kliniczny i funkcjonalny pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów, pokazały, że pacjenci w zdecydowanej większości byli zadowoleni z procesu leczenia i przebytej rehabilitacji. W tym przypadku w badanej grupie u każdego pacjenta zastosowano fizjoterapię, dokładnie zabiegi z zakresu fizykoterapii, kinezyterapię, i masaż klasyczny okolicy stawów [35].

Kolejnym istotnym punktem w przeprowadzonej ankiecie były pytania dotyczące występujących dolegliwości, które są najbardziej dokuczliwe i stanowią największy problem dla badanej grupy. Odpowiedzi ankietowanych w przeważającej większości dotyczyły bólu stawów, aż 63% respondentów udzieliło właśnie takiej odpowiedzi. Kolejną najczęściej występującą dolegliwością była sztywność poranna, 16% chorych udzieliło właśnie takiej odpowiedzi. Podobny wynik osiągnięty został dla ograniczenia zakresu ruchów w stawach. Najmniej osób uskarżało się na porażenie, niedowład, obrzęki i zniekształcenie stawów. W przypadku występowania sztywności porannej najwięcej ankietowanych odpowiedziało, że ustępuje po rozruszaniu, takiej odpowiedzi udzieliło 76% ankietowanych, pozostała część badanej grupy 24%, odpowiedziała negatywnie. Ankietowani zostali w kwestionariuszu poproszeni o określenie w jakiej częstotliwości występuje sztywność poranna. Największa ilość osób odpowiedziała, że mała, te osoby stanowiły 33%, drugą w kolejności grupę stanowiły osoby, które udzieliły odpowiedzi średnia, 30% ankietowanych, następną grupą były osoby, które udzieliły odpowiedzi negatywnej, stanowiły one 26% badanych. Najmniejsza ilość osób stanowiąca 11%, to osoby odczuwające dużą sztywność poranną. Respondenci odpowiedzieli również na pytanie, kiedy objawy choroby nasilają się w największym stopniu. Ankietowani w zdecydowanej większości odpowiedzieli, że po długotrwałej bezczynności stawów, ta grupa stanowiła 77% badanych. Przy rozpoczęciu ćwiczeń najbardziej odczuwa dolegliwości jedynie 10%.

Badania Sierakowskiej i Sierakowskiego dały bardzo podobne wyniki. Pacjenci biorący w nich udział w większości również odczuwali sztywność stawów, objawy nasilały się wraz ze wzrostem wieku chorych. W przedziale wiekowym pacjenci powyżej 77 roku życia 78,3%, natomiast w wieku 61- 76 lat u 68,4% ankietowanych. Ponad połowa ankietowanych deklarowała trwałe ograniczenie ruchowości stawów. Wśród badanej grupy najwięcej osób odczuwało ból bardzo często, ci pacjenci stanowili 64%, natomiast chorzy, którzy odczuwali ból niekiedy, stanowili 36% [50].

Kolejną istotną kwestią było ustalenie jakości życia pacjentów z Chorobą Zwyrodnieniową Stawów i sprawdzenie czy pacjenci są z niego zadowoleni. Badanie własne

wykazało, że zdecydowana większość osób jest zadowolona ze swojego życia, ci pacjenci stanowili 64% badanych, bardzo zadowoleni pacjenci stanowili 19% badanych, 12% było bardzo niezadowolonych, pozostali byli niezadowoleni. W zdecydowanej większości ankietowani nie odczuwają, żeby byli ciężarem dla swojej rodziny, stanowią oni 75% badanych, tylko 4 % chorych zdecydowanie udzieliło odpowiedzi twierdzącej. Ankietowani zostali zapytani również o stan psychiczny podczas terapii. Większa część pacjentów określiła stan psychiczny jako dość dobry, stanowili oni 38% badanych, na drugim miejscu znaleźli się pacjenci, którzy określili swoją kondycję psychiczną jako dobrą, stanowili oni 33%. W złym stanie psychicznym znajdowało się 17% chorych, natomiast 12% w niezbyt dobrym.

Badania przeprowadzone przez Gajewskiego i Woźnicę dały podobne wyniki. Grupa pacjentów w tym badaniu, w zdecydowanej większości była zadowolona z jakości swojego życia, stanowili oni 51,3%, negatywnej odpowiedzi udzieliło tylko 12,6% pacjentów. Respondenci zostali również zapytani o inne problemy, wyłączając dolegliwości bólowe, które towarzyszą im w codziennym życiu. Najczęściej wymieniane przez pacjentów były problemy z poruszaniem się, taką odpowiedź zaznaczyło 44% ankietowanych, dużo osób wybrało wykonywanie codziennych czynności 36,6% odpowiedzi. Często również pojawiały się problemy takie jak samotność, brak opieki, brak wiary we własne możliwości, ale również subiektywne odczucie pacjentów dotyczące traktowania niepełnosprawnych [48].

Aktywność fizyczna w codziennym życiu pacjentów to kolejna bardzo istotna kwestia. Przeprowadzone badanie własne wykazało, że w przypadku zdecydowanej większości pacjentów choroba wpłynęła na ograniczenie aktywności fizycznej. Ankietowani w 64% odpowiedzieli twierdząco, w przypadku 36% choroba nie spowodowała zmian w aktywności fizycznej. Najczęściej wybieraną formą aktywności fizycznej było chodzenie i jazda na rowerze, odpowiedzi uzyskały po 31%. Następnie ankietowani wybierali pływanie 13%, bieganie 11%, sport 4% i bieganie 8%.

Badania Gajewskiego i Woźnicy wykazały pewną zbieżność. Wyniki badań pokazały, że ponad połowa ankietowanych, 50,6% spędza czas bardzo aktywnie lub raczej aktywnie. Mało aktywnie czas spędzało z kolei 46,6%, odpowiedzi na to pytanie nie udzieliło 2,8% ankietowanych. W tym badaniu zdecydowana większość pacjentów, bo aż 80,3% przyznała się, że nie udziela się w życiu społecznym i politycznym. Niewielka ilość osób, dokładnie 19,7% badanych zadeklarowała uczestnictwo w życiu społecznym i politycznym, najwięcej z nich zadeklarowało uczestnictwo w organizacjach o charakterze religijnym [48].

Wnioski

W wyniku przeprowadzonych badań wyciągnięto następujące wnioski:

1. Do głównych problemów zdrowotnych występujących przy Chorobie Zwyrodnieniowej Stawów zalicza się dolegliwości bólowe, sztywność poranną stawów i ograniczenie ruchowe stawów.
2. Dolegliwości bólowe, a także zaburzenia mobilności prowadzą do znacznego ograniczenia pacjentów w wykonywaniu codziennych obowiązków w sferze prywatnej i zawodowej.
3. W procesie leczenia należy zadbać o kondycję psychiczną pacjentów.
4. Objawy choroby są najbardziej odczuwalne po długotrwałej bezczynności stawów.
5. Najczęściej stanem chorobowym objęty jest staw biodrowy barkowy i kolanowy.
6. Osoby zmagające się z problemami zwyrodnienia stawów najczęściej mają nieprawidłowy wskaźnik BMI, objawiający się nadwagą.
7. Zdecydowana większość pacjentów pogodziła się z chorobą i jest zadowolona ze swojego życia.
8. Fizjoterapia jest skuteczną formą terapii.

Piśmiennictwo

1. Zimmermann- Górska I.: Reumatologia kliniczna, Tom 2. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, 767- 785.
2. Zimmermann- Górska I.: Choroby reumatyczne. Podręcznik dla lekarzy i studentów. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000, 242- 251.
3. Samborski W., Brzosko M.: Reumatologia praktyczna. ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2011, 279- 291.
4. Fauci A., S.: Harrison Reumatologia. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2012, 267- 279.
5. Zimmermann- Górska I.: Postępy reumatologii klinicznej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014, 327- 336.
6. Fauci A., S.: Harrison Reumatologia. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008, 295- 314.
7. Tłustochowicz W.: Ból w chorobach stawów. Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2010, 51- 55.
2. Marciniak W., Szulc A.: Wiktor Degi ortopedia i rehabilitacja. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, 274- 283.

3. <http://reumatologia.mp.pl/choroby/65000,choroba-zwyrodnieniowa-stawow> (dostęp 27.02.2017).
4. Zimmermann- Górka I.: Atlas płynu stawowego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1995, 75- 77.
5. Wall A.: Ortopedia, traumatologia i reumatologia. Elsevier Urban &Parter, Wrocław 2010, 158- 159.
6. Gaździk T., S.: Ortopedia i traumatologia. Podręcznik dla studentów medycyny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005, 328- 337.
7. Elias- Jones P.: Ortopedia i reumatologia. Edra Urban & Partner, Wrocław 2006, 73 -76.
8. Zimmermann- Górka I.: Reumatologia w praktyce lekarza rodzinnego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998, 12- 14.
9. Klimiuk P., A., Kuryliszyn- Moskal A.: Choroba zwyrodnieniowa stawów. Reumatologia, 2012, 50, 2, 162-165.
10. Mostofi S., B.: Szybka diagnoza w ortopedii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, 74- 75.
11. Nalazek A., Kamińska E., Kaźmierczak U., Trela E.: Leczenie, diagnostyka i profilaktyka stawu biodrowego w chorobie zwyrodnieniowej. Journal of Health Sciences, 2014, 04 (01),333- 338.
12. Dobrogowski J., Wordliczek J.: Medycyna bólu. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2005, 296- 309.
13. Puszczewicz M.: Wielka Interna. Reumatologia. Medical Tribune Polska, Warszawa 2010, 307- 312.
14. <http://www.czytelniamedyczna.pl/1115,zastosowanie-w-bolach-pochodzenia-nowotworowego-lekow-zawierajacych-paracetamol.html> (dostęp 02.03.2017).
15. Niedziałek D.: Leczenie farmakologiczne bólu w chorobach reumatycznych [w:] Ból w chorobach stawów, Tłustochowicz W. (red.). Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2010, 117- 151.
16. Tuchocka- Piotrowska A.: Możliwości farmakoterapii w chorobie zwyrodnieniowej stawów. Reumatologia. Przewodnik Lekarza, 2007, 3, 60- 71.
17. Snaith M., L.: Abc reumatologii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004, 52- 56.
18. <http://www.sport-med.pl/leczenie/endoproteza-kolana> (dostęp 20.03.2017).

19. Kusz D.: Kompendium ortopedii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004, 77- 80.
20. Dutton M.: Ortopedia Duttona, Tom 3. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, 675- 677.
21. Zimmermann- Górska I.: Reumatologia kliniczna. Złota seria interny polskiej, Tom 1. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, 363- 365.
22. Goodman S.: Choroba zwyrodnieniowa stawów. Medycyna po Dyplomie, Zeszyt edukacyjny. Reumatologia cz. II, 2010, 6 (35), 63- 71.
23. Nalazek A., Kamińska E.: Leczenie, diagnostyka i profilaktyka w chorobie zwyrodnieniowej. Journal of Health Sciences, 2014, 04 (01), 333- 338.
24. Mackiewicz S., Zimmermann- Górska I.: Reumatologia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1995, 223- 463.
25. Pazdur J.: Choroba zwyrodnieniowa stawów- postępowanie terapeutyczne. Przewodnik Lekarza, 2003 (6) 77- 82.
26. Kiwerski J.: Rehabilitacja medyczna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, 565- 569.
27. Klippel J. H., Dieppe P.: Reumatologia. Czelej, Lublin 2000, 315- 318.
28. Gaszewska E., Książopolska- Orłowska K.: Wstępna ocena wpływu kompleksowej rehabilitacji na stan emocjonalny i życia pacjentek z chorobą zwyrodnieniową stawów. Reumatologia, 2013, 51, 5, 342- 347.
29. Jankowski D., Kuryliszyn- Moskal A.: Ocena wpływu postępowania rehabilitacyjnego na stan kliniczny i funkcjonalny pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawu biodrowego. Reumatologia, 2014, 52,1, 57- 61.
30. Staniszevska- Varga, Szymańska- Jagiełło W.: Atlas radiologiczny, chorób reumatycznych. Medycyna Praktyczna, Kraków 2003, 137- 138.
31. Hough R., Ul Haq I.: Choroby wewnętrzne. Crash Course, Urban & Partner, Wrocław 2005, 452- 454.
32. Nowotny J.: Podstawy kliniczne fizjoterapii w dysfunkcjach narządów ruchu. Podręcznik dla studentów fizjoterapii i fizjoterapeutów. Medipage, Warszawa 2006, 97- 102.
33. <http://www.mp.pl/bol/wytyczne/91404,skale-oceny-bolu>, (dostęp 25.03.2017).
34. Wiland P., Madej M.: Monitorowanie stanu pacjenta w chorobach reumatycznych, Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2008, 75- 87.
35. <https://ojs.kardiologiapolska.pl/kp/article/viewFile/1569/4751>, (dostęp 25.03.2017).

36. Fam A. G., Lawry G. V.: Badanie układu kostno- stawowego i technika wstrzyknięć dostawowych. Urban & Partner Wrocław 2008, 48- 60.
37. Majda A., Walas K.: Jakość życia pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów biodrowych. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2013, 21 (1), 29- 37.
38. Łuckiewicz C., Majcher P.: Jakość życia pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów w środowisku wiejskim. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin*, 2005, LX, SUPPL. XVI, 295, Sectio D, 321- 324.
39. Sierakowska M., Wróblewska M.: Ocena problemów zdrowotnych pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów oraz zapotrzebowanie na wsparcie i edukację zdrowotną. *Problemy Pielęgnacyjne*, 2011, 19 (3), 353- 360.
40. Gburek Z., Goździk J.: Zmiany zwyrodnieniowe a choroba zwyrodnieniowa stawów. *Reumatologia*, 2004, 42, 435- 446.
41. Szczepański L.: Choroba zwyrodnieniowa stawów [w:] *Choroby Wewnętrzne*, Tom II, Szczeklik A. (red.). *Medycyna Praktyczna*, Kraków 2006, 1723- 1730.
42. Gajewski T., Woźnica I.: Wybrane aspekty jakości życia osób ze zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa i stawów. *Medycyna Ogólna i Nauka o Zdrowiu*, 2013, 19, 3, 362- 369.
43. Topolski A., Szczepański L.: Ograniczenie ruchowości stawów biodrowych u osób w wieku 50- 70 lat. *Reumatologia*, 2010, 48, 6, 366-371.
44. Sierakowska M., Sierakowski S.: Problemy zdrowotne pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów i ich wpływ na jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia. *Reumatologia*, 2010, 48, 6, 372- 379.
45. Zielazny P., Biedrowski P.: Stopień akceptacji choroby, przekonania na temat kontroli bólu oraz strategie radzenia sobie z bólem wśród pacjentów zakwalifikowanych do zabiegu z powodu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 2013, 22 (4), 251- 258.
46. Pop T., Hamerla K.: Czynniki wpływające na redukcję bólu u chorych z chorobą zwyrodnieniową stawu kolanowego. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego*, 2007, 4, 335- 345.
47. Andruszkiewicz A., Wróbel B.: Strategie radzenia sobie z bólem u pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi stawu biodrowego. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2008, 16 (3), 237- 240.
48. Bagiński P., Polewska E.: Choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych- pacjent i problemy funkcjonalne. *Journal of Education, Health and Sport*, 2015, 5 (8), 47- 54.

49. Pazdur J.: Objawy reumatyczne w przebiegu chorób narządów wewnętrznych. Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2009, 9-16.
50. Kaniewska K., Prokop I.: Choroba zwyrodnieniowa stawów jako problem ekonomiczny i społeczny w aspekcie leczenia zachowawczego. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu, 2014, 2 (39), 102- 107.
51. Klimiuk P.A., Kuryliszyn-Moskal A.: Choroba zwyrodnieniowa stawów [w:] Reumatologia. Wielka interna, Puszczewicz M. (red.). Medical Tribune Polska, Warszawa 2010, 307-310.

Chilimoniuk Maria¹, Łagoda Katarzyna², Kowalewska Beata³

1. NZOZ Przychodnia Lekarska w Białymstoku
2. Zakład Medycyny Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wpływ menopauzy na funkcjonowanie fizyczne i psychiczne kobiet

Wstęp

W ostatnich dekadach naszego wieku uległa znacznemu wydłużeniu średnia długość życia. Na początku XIX wieku kobiety przeżywały przeciętnie do 45-50 r. ż., a menopauza i jej następstwa praktycznie ich nie dotyczyła. Średnia długość życia kobiet w dzisiejszych czasach wynosi 76 – 80 lat [1, 2].

Stopniowe wydłużanie się średniej długości życia spowodowało, że okres po menopauzie stanowi 1/3 życia kobiety. Współcześnie w porównaniu do czasów przed 100 i więcej laty każdy z trzech zasadniczych okresów życia – dzieciństwa i młodości, reprodukcji i starości inaczej oceniany, zarówno biologicznie, jak i społecznie. Średnia długość życia nadal ulega wydłużeniu. W ciągu ostatnich 15 lat w Polsce długość życia wydłużyła się średnio o 3,5 roku dla kobiet i o 4 lata dla mężczyzn [1, 3, 4].

Na świecie żyje obecnie ponad 500 mln kobiet w wieku menopauzalnym. Prognozy demograficzne przewidują, że w 2030r. liczba ich wynosić będzie ponad 1,2 mld. Dlatego też, obowiązkiem nie tylko lekarzy, ale wszystkich pracowników ochrony zdrowia jest dołożenie wszelkich starań, aby kobieta przez ten nieraz trudny okres menopauzy przeszła w pełni zdrowa, cieszyła się życiem i była aktywna społecznie [3, 5].

Menopauza jest istotnym problemem, biorąc pod uwagę coraz większą liczbę populacji żeńskiej w starszym wieku. Według przewidywań WHO pod koniec XXI wieku w krajach wysokorozwiniętych więcej niż 50% ludności przekroczy 50 lat życia. Liczba kobiet wynosić będzie ponad 700mln w skali światowej [6, 7].

Dane te wskazują przed jak dużym wyzwaniem stoi obecnie ochrona zdrowia i jakie działanie musi podjąć, aby zapewnić odpowiednią diagnostykę i terapię dolegliwości tego okresu. Dolegliwości te dotyczą bowiem wszystkich aspektów życia fizycznego, psychicznego i społecznego kobiet [5, 8].

Menopauza to nie tylko ustanie czynności jajników oraz utrata płodności, ale także różnie nasilone zaburzenia somatyczne i psychiczne. Niedobór estrogenów powoduje wystąpienia licznych zmian w organizmie kobiety. Mogą one prowadzić do wzrostu zachorowalności na groźne dla zdrowia i życia choroby. Niedobór hormonów w okresie menopauzy nie wywołuje charakterystycznego zespołu objawów. Każda z kobiet doświadcza tego okresu w indywidualny sposób. Objawy mogą być bardziej lub mniej nasilone lub też wcale nie występują. Wspólnym objawem jest zanik miesiączki, a zaburzenia miesiączkowania są głównym objawem zbliżającej się menopauzy. Objawy naczynioruchowe należą do najczęstszych dolegliwości okresu okołomenopauzalnego. W okresie menopauzalnym występują również zaburzenia o podłożu psychogennym, takie jak: zaburzenia snu, zaburzenia koncentracji, chwiejność emocjonalna, drażliwość, stany depresyjne. Kobiety traktują okres przekwitania jako utratę kobiecości i atrakcyjności, a także towarzyszą im poczucie utraty sensu życia, a niekiedy nawet myśli samobójcze [9, 10].

W opiece nad kobietą w wieku około- i pomenopauzalnym należy uwzględnić promowanie zdrowego stylu życia, eliminację czynników ryzyka chorób układu sercowo – naczyniowego, motywowanie do utrzymania należytej masy ciała i zwiększenia aktywności fizycznej. Ze względu na zwiększone ryzyko zachorowania na nowotwory kobietom należy uświadomić konieczność systematycznego wykonywania badań profilaktycznych. Zmiana obrazu własnego ciała, trudności w akceptacji procesu starzenia się, a także złe samopoczucie psychiczne kobiet skłaniają do objęcia opieką psychologa. Działania terapeutyczne dotyczące leczenia fizycznych i psychicznych następstw menopauzy powinny być dostosowane do indywidualnych potrzeb każdej kobiety [5, 10, 11, 12].

Cel pracy

Celem pracy było określenie wpływu menopauzy na dolegliwości fizyczne i samopoczucie psychiczne w subiektywnej ocenie kobiet oraz ocena własnej wiedzy na temat menopauzy przez ankietowane.

Materiał i metodyka badań

Badaniem objęto 100 kobiet w wieku 41-64 lat, będących w okresie klimakterium, które zgłosiły się do Poradni „K” Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. J. Śniadeckiego w Białymstoku. Przed rozpoczęciem badania kobiety poinformowano o celu przeprowadzanej ankiety oraz o jej anonimowości i dobrowolnym uczestnictwie w badaniu.

Badania przeprowadzono za pomocą: ankiety konstrukcji własnej, Skali Greena, skali depresji Becka oraz Testu Hamiltona do oceny lęku.

Ankieta konstrukcji własnej zawierała 56 pytań dotyczących między innymi: dolegliwości ze strony poszczególnych układów i narządów związanych z menopauzą, wpływu menopauzy na funkcjonowanie psychiczne i społeczne.

W celu określenia nasilenia objawów klimakterycznych posłużono się skalą Greena, zawierającą 21 objawów, których natężenie oceniane było za pomocą 4 – stopniowej punktacji: 0 - objawy nie występują, 1 - niewielkie natężenie dolegliwości, 2 - duże natężenie dolegliwości, 3 - dolegliwości bardzo nasilone. Objawy klimakteryczne w tym kwestionariuszu podzielone są na 4 grupy. Pierwszą grupę stanowią zaburzenia związane ze sferą psychiczną, do których należy 11 objawów. W grupie tej dodatkowo wyróżnia się objawy lękowe, takie jak: kołatanie serca, uczucie napięcia lub zdenerwowania, zaburzenia snu, pobudliwość, napady strachu, paniki, trudności w koncentracji oraz objawy depresji. Następną grupę stanowią objawy zaliczane do objawów somatycznych, tj.: zawroty głowy, omdlenia, uczucie napięcia w głowie, tułowia, drętwienie lub mrowienie, bóle głowy, bóle mięśni, utrata czucia dłoni lub stopy, trudności w oddychaniu. Kolejne dolegliwości to objawy naczynioruchowe, do których należą: uderzenia gorąca oraz nocne poty. Ostatnią grupę stanowiły objawy dysfunkcji seksualnych.

Celem oceny obecności i nasilenia zaburzeń depresyjno – lękowych posłużono się skalą depresji Becka oraz skalą lęku Hamiltona. Skala depresji Becka ocenia głębokość nasilenia poszczególnych objawów depresyjnych i składa się z 21 punktów ocenianych, według intensywności objawów: od 0 do 3. Z każdego pytania badany powinien wybrać jedną odpowiedź, która jego zdaniem, w najlepszy sposób opisuje jego stan we wskazanym okresie. W pracy przyjęto następującą interpretację: 0 - 9 punktów - brak depresji lub obniżenie nastroju, 10 - 18 depresja o łagodnym nasileniu, 19 - 29 umiarkowanie ciężka depresja, 30 i więcej punktów - depresja ciężka.

W ocenie zaburzeń lękowych wykorzystano skalę lęku Hamiltona. Skala ta zawierające 13 grup objawów. Zaburzenia te dotyczą lęku, napięcia, różnego rodzaju obaw, bezsenności, sprawności intelektualnej, obniżenia nastroju, objawów somatycznych: mięśniowych oraz czuciowych, układu sercowo-naczyniowego, oddechowego, przewodu pokarmowego, moczowo-płciowego, objawów wegetatywnych oraz zachowania podczas badania. Oceny dokonywano za pomocą pięciostopniowej skali: 0 - objawu nie stwierdzono, 1- łagodne nasilenie objawu, 2 - umiarkowane nasilenie objawu, 3- ciężkie nasilenie objawu, 4- bardzo ciężkie nasilenie objawu.

Omawiana skala pozwala na uzyskanie od 0 do 52 punktów. Interpretacja uzyskanych wyników: 0 - 17 punktów świadczy o braku zaburzeń lękowych lub jej niewielkim nasileniu, 18 - 24 punktów o łagodnym nasileniu zaburzeń lękowych, 25 - 30 punktów o umiarkowanie ciężkim nasileniu zaburzeń lękowych, 31 i więcej punktów świadczy o bardzo dużym nasileniu zaburzeń lękowych.

W obliczeniach statystycznych do analizy zmiennych typu porządkowego oraz zmiennych ilościowych bez normalności rozkładu wykorzystano nieparametryczny test U–Manna–Whitneya oraz test ANOVA rang Kruskala–Wallisa. Do analizy zmiennych jakościowych wykorzystano test Chi-Kwadrat. Wyniki istotne statystycznie uznano na poziomie $p < 0,05$. W analizie statystycznej wykorzystano pakiet statistica 8.0 firmy STATSOFT.

Wyniki badań

Charakterystyka badanej grupy

Największą grupę stanowiły kobiety w przedziale wiekowym od 51 do 60 lat (55%). Kobiet w wieku od 40 do 50 lat było 40%. Najmniejszą grupę (5%) stanowiły kobiety w wieku powyżej 60 lat. Średnia wieku wynosiła $52,06 \pm 1,07$ lat.

Na podstawie pomiaru wzrostu i masy ciała określono wskaźnik BMI. Prawidłową wartość BMI posiadało 39% kobiet. Taka sama grupa kobiet pod względem liczebności miała nadwagę. Otyłość I° stwierdzono u 21% badanych, otyłość II° u 1%. W badanej populacji nie stwierdzono niedowagi oraz otyłości III°. Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie pomiędzy BMI a wiekiem ($p=0,265$), miejscem zamieszkania ($p=0,315$), stopniem narażenia na stres ($p=0,758$), poczuciem atrakcyjności ($p=0,719$), stosowaniem HTZ ($p=0,972$) i czasem stosowania HTZ ($p=0,482$).

Stwierdzono różnice istotne statystycznie na poziomie istotności $p=0,017$ między wskaźnikiem BMI a poziomem wykształcenia. Prawidłowa masa ciała występowała częściej u osób z wykształceniem wyższym. Większość badanych (61%) mieszkało w dużym mieście powyżej 100 tys. mieszkańców, w mieście poniżej 100 tys. mieszkańców mieszkało 20% kobiet, pozostałe 19% ankietowanych mieszkało na wsi. Prawie połowa kobiet uczestniczących w badaniu (53%) miała wykształcenie średnie, wykształcenie wyższe – 26%, natomiast wykształcenie zawodowe – 20% kobiet. Większość ankietowanych reprezentowały mężatki (65%). Wdowy stanowiły 15%, kobiet rozwiedzionych było 16%. Aż 80% kobiet pracuje zawodowo.

Pracę o charakterze umysłowym wykonywało 46%, natomiast pozostałych 34% osób pracuje fizycznie. Główne źródło utrzymania dla 79% kobiet stanowiła praca zawodowa, a emerytura -11% badanych. Renta była źródłem utrzymania 6% kobiet.

U ponad połowy ankietowanych kobiet (56%) I miesiączka wystąpiła w przedziale wiekowym 14 – 17 lat. Najwcześniej I miesiączka wystąpiła w wieku 9 – 11 lat u 7% kobiet. U pozostałych 37% kobiet miesiączka wystąpiła w wieku 14 – 17 lat. U połowy kobiet, występują cykle miesięczne regularnie, natomiast pozostałych 50% już nie miesiączkuje. Regularne cykle miesięczne występują u 26% kobiet, natomiast pozostałe 24% kobiet określiło swoje cykle jako nieregularne. U większości ankietowanych kobiet (59%) występowały objawy zespołu napięcia przedmiesiączkowego. U 32% badanych wyżej wymienione objawy nie występowały. Natomiast 9% respondentek nie potrafiło udzielić odpowiedzi na postawione pytanie.

Najczęściej zaobserwowanym objawem (52%) przez kobiety były nieregularne cykle miesięczne, u 27% wystąpiły zbyt obfite krwawienia miesięczne. U 18% ankietowanych cykle miesięczne były skrócone, 19% kobiet obserwowało skąpe miesiączki. Natomiast 24% kobiet nie zaobserwowało u siebie wczesnych objawów menopauzy. Pozostałe dane przedstawia Tabela I.

Tabela I. Wczesne objawy zbliżającej się menopauzy ankietowanych

Występowanie wczesnych objawów zbliżającej się menopauzy	n	%*
Nieregularne cykle miesięczne	52	52,0
Zbyt obfite krwawienia miesięczne	27	27,0
Nie zauważyłam żadnych objawów	24	24,0
Skąpe miesiączki	19	19,0
Skrócenie cykli miesięczkowych	18	18,0
Wydłużenie cykli miesięczkowych	10	10,0

*% nie sumuje się, ponieważ ankietowane udzieliły więcej niż jedną odpowiedź

Większość respondentek (54%) oceniła swoją aktywność fizyczną jako średnią, 28% jako niską, natomiast tylko 2 % ankietowanych przyznało, że nie podejmują w ogóle żadnej aktywności ruchowej. Pozostałych 16% określiło swoją aktywność fizyczną jako dużą. Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie pomiędzy deklarowaną przez ankietowane aktywnością fizyczną a wiekiem ($p=0,126$), miejscem zamieszkania ($p=0,178$), poziomem wykształcenia ($p=0,740$), narażeniem na stres ($p=0,397$) i poczuciem atrakcyjności ($p=0,096$).

Najczęściej podejmowaną formą aktywności fizycznej przez kobiety był spacer (66%), 44% badanych wskazało na pracę na działce, 23% respondentek jazdę na rowerze.

Z przeprowadzonych badań wynika, że 47 (47%) badanych utrzymuje abstynencję alkoholową. Wśród ankietowanych 41 (41%) kobiet przyznało, że pije alkohol 1–2 razy w miesiącu. Natomiast do spożywania alkoholu więcej niż 3 razy w miesiącu przyznało się 12% ankietowanych kobiet. Prawie $\frac{1}{3}$ kobiet przyznała, że pali papierosy, pozostałych 42% zaprzestało palenia, a $\frac{1}{4}$ kobiet nigdy nie paliła papierosów.

Do najczęściej występujących chorób wśród ankietowanych należały: nadciśnienie tętnicze (38,0%), żylaki kończyn dolnych (35,0%), nadczynność tarczycy (14,0%), choroba niedokrwienna serca (13,0%), hipercholesterolemia (13%). Pozostałe dane ilustruje Tabela II.

Tabela II. Choroby współistniejące u kobiet z menopauzą

Współistniejące choroby	n	%*
Nadciśnienie tętnicze	38	38,0
Żylaki kończyn dolnych	35	35,0
Choroba serca (w tym zawał)	13	13,0
Hipercholesterolemia	13	13,0
Nadczynność tarczycy	14	11,0
Kamica nerkowa	9	9,0
Choroby śródmiąższowe nerek	9	9,0
Nietrzymanie moczu	8	8,0
Cukrzyca	7	7,0
Osteoporoza	7	7,0
Depresja	6	6,0
Przewlekłe choroby wątroby	6	6,0
Hipertriglicydemia	4	4,0
Miażdżycy tętnic kończyn dolnych	3	3,0
Niedoczynność tarczycy	3	3,0

*% nie sumuje się, ponieważ ankietowane udzieliły więcej niż jedną odpowiedź

Stwierdzono różnice istotne statystycznie pomiędzy liczbą chorób współistniejących a wskaźnikiem BMI. Kobiety z większym BMI miały więcej chorób współistniejących

($p=0,183$). Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie między liczbą chorób współistniejących, a objawami depresji ($p=0,245$).

Za pomocą testu U Manna – Whitneya nie wykazano różnic istotnych statystycznie między stosowaniem HTZ, a chorobami współistniejącymi ($p=0,456$) oraz nasileniem objawów depresyjnych ($p=0,565$)

Prawie połowa kobiet (49%) miała w przeszłości wykonywane zabiegi ginekologiczne. Należą do nich: laparoskopie ginekologiczne (14%), plastyka krocza (14%) oraz usunięcie nadżerki (14%). Operacyjne usunięcie macicy dotyczyło 13% kobiet, natomiast usunięcie mięśniaków macicy 12% kobiet. Pozostałe dane przedstawia Tabela III.

Tabela III. Przebyte zabiegi ginekologiczne wśród ankietowanych

Przebyte zabiegi ginekologiczne	n	%*
Usunięcie jajników	10	10,0
Usunięcie macicy	13	13,0
Usunięcie mięśniaków macicy	12	12,0
Laparoskopia ginekologiczna	14	14,0
Usunięcie nadżerki	14	14,0
Brak zabiegów	51	51,0

*% nie sumuje się, ponieważ ankietowane udzieliły więcej niż jedną odpowiedź

Wśród ankietowanych najczęściej przyjmowanymi lekami były niesterydowe leki przeciwzapalne – 40% oraz leki hipotensyjne – 35%. Hormonalną terapię zastępczą (HTZ) przyjmuje 18%, a leki nasercowe przyjmuje 16% kobiet. Leki uspokajające przyjmuje 11% kobiet, leki nasenne 10% kobiet. Pozostałe dane przedstawia Tabela IV.

Tabela IV. Przyjmowane leki przez ankietowane

Przyjmowane leki	n	%*
Niesterydowe leki p/zapalne	40	40,0
Leki hipotensyjne	35	35,0
Hormonalna terapia zastępcza	18	18,0
Leki nasercowe	16	16,0
Leki uspokajające	19	19,0

Leki nasenne	24	24,0
Leki p/depresyjne	5	5,0
Leki przeciwcukrzycowe	4	4,0
Glikokortykosteroidy	2	2,0
Leki p/lękowe	2	2,0

*% nie sumuje się, ponieważ ankietowane udzieliły więcej niż jedną odpowiedź

Większość kobiet (88%) jest pod stałą kontrolą Poradni Ginekologicznej, pozostałe 12% kobiet przyznało, że nie kontroluje swego stanu zdrowia w poradni K. Spośród kobiet biorących udział w badaniu 30% korzysta w opieki ginekologicznej raz na rok, 28% kontroluje swoje zdrowie tylko w przypadku wystąpienia dolegliwości. Pozostałe dane przedstawia Tabela V.

Tabela V. Częstość uczęszczania na badania kontrolne do Poradni K

Częstość badań w poradni ginekologicznej	n	%
Raz na pół roku	11	11,0
Raz na rok	30	30,0
Raz na 2 lata	23	23,0
Raz na 3 lata	8	8,0
Tylko w przypadku wystąpienia dolegliwości	28	28,0
Ogółem	100	100,0

Wśród ankietowanych 28% kobiet jest pod stałą kontrolą Poradni Kardiologicznej. W Poradni Nefrologicznej i Diabetologicznej kontroluje swój stan zdrowia po 7% ankietowanych kobiet. Prawie ¼ respondentek leczy się w innych poradniach specjalistycznych (Alergologicznej, Endokrynologicznej). Pozostałych 38% kobiet nie korzysta z opieki Poradni Specjalistycznej.

Dolegliwości fizyczne związane z okresem menopauzy

Aż 42% kobiet zgłaszało dolegliwości dotyczące układu moczowo – płciowego związane z okresem menopauzy. Nietrzymanie moczu dotyczyło 36% kobiet, przy czym 7% z nich określiło dolegliwości związane z nietrzymaniem moczu jako duże. Często nawracające infekcje układu moczowo – płciowego występowało u 28% kobiet, natomiast obniżenie

narządu rodnego u 18% kobiet. Ponadto ankietowane zgłosiły: plamienia/krwawienia z narządu rodnego (17%), świąd w okolicy narządów płciowych (22%). Rodzaj dolegliwości ze strony układu moczowo-płciowego zgłaszanych przez ankietowane kobiety oraz ich nasilenie ilustruje Tabela VI.

Tabela VI. Rodzaj i nasilenie zgłaszanych dolegliwości związanych z układem moczowo – płciowym

Rodzaj dolegliwości ze strony układu moczowo – płciowego	Nasilenie					
	niewielkie		duże		b. nasilone	
	n	%*	n	%*	n	%*
Nietrzymanie moczu	29	29,0	7	7,0	0	0,0
Często nawracające infekcje	21	21,0	5	5,0	2	2,0
Kolka nerkowa	3	3,0	6	6,0	0	0,0
Pieczenie w okolicy pochwy i cewki moczowej	36	36,0	8	8,0	1	1,0
Plamienia/ krwawienia z narządów rodnych	13	13,0	4	4,0	0	0,0
Obniżenie narządów rodnych	15	15,0	3	3,0	0	0,0
Świąd w okolicy narządów płciowych	20	20,0	2	2,0	0	0,0

*% nie sumuje się, ponieważ ankietowane udzieliły więcej niż jedną odpowiedź

Aż 77% kobiet przyznało, że zmniejszyło się u nich zainteresowanie seksem, przy czym 64% kobiet określiło je jako niewielkie, 12% jako duże, a 3% jako b. nasilone. Innymi zgłaszanymi problemami było uczucie suchości pochwy oraz ból podczas współżycia. Dane przedstawia Tabela VII.

Tabela VII. Wpływ menopauzy na życie seksualne w opinii kobiet

Zmiany w życiu seksualnym	niewielkie		duże		b. nasilone	
	n	%*	n	%*	n	%*
Utrata zainteresowania seksem	64	64,0	12	12,0	3	3,0
Suchość pochwy	38	38,0	12	12,0	2	2,0
Ból podczas współżycia	21	21,0	6	6,0	1	1,0

*% nie sumuje się, ponieważ ankietowane udzieliły więcej niż jedną odpowiedź

Najczęściej występującą dolegliwością ze strony układu kostno – stawowego były ciągłe lub okresowe bóle stawów (58%), przy czym 39% kobiet nasilenie tych dolegliwości określiło jako niewielkie, a 15% jako duże. Ponadto u 51% kobiet występowały bóle mięśni w tym u 33% ankietowanych o niewielkim nasileniu, a u 15% o dużym nasileniu.

W ciągu ostatnich 3 lat u 30% ankietowanych kobiet wystąpił uraz kostno – stawowy. Najczęstszym urazem kostno–stawowym występującym u respondentek był uraz stopy (14%). Ponadto ankietowane wymieniły: dyskopatia (6%), złamanie lub zwichnięcie nadgarstka (5%), złamanie kości ramiennej (4%) i złamanie szyjki kości udowej (2%). Tylko 26% ankietowanych kobiet w wieku menopauzalnym miało wykonane badanie gęstości kości. Pozostałe dane przedstawia Tabela VIII.

Tabela VIII. Rodzaj urazu kostno – stawowego w ciągu ostatnich 3 lat wśród kobiet

Uraz kostno - stawowy w ciągu ostatnich 3 lat	n	%*
Dyskopatia	6	6,0
Zwichnięcie stawu skokowego	14	14,0
Złamanie kości ramiennej	4	4,0
Zwichnięcie/złamanie nadgarstka	5	5,0
Zwichnięcie barku	3	3,0
Złamanie szyjki kości udowej	2	2,0
Nie dotyczy	70	70,0

*% nie sumuje się, ponieważ ankietowane udzieliły więcej niż jedną odpowiedź

Do najczęściej występujących dolegliwości ze strony układu krążenia kobiety zaliczyły: kołatanie serca (72%) oraz zadyszkę występującą podczas wysiłku (67%). Prawie połowa kobiet miała obrzęki kończyn dolnych. U 43% kobiet w czasie wysiłku występowała duszność. Rodzaj oraz nasilenie występujących dolegliwości ze strony układu krążenia i ich nasilenie prezentuje Tabela IX.

Tabela IX. Dolegliwości ze strony układu krążenia związane z okresem menopauzy

Odczuwalne dolegliwości ze strony układu krążenia	niewielkie		duże		b. nasilone		brak	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*
Bóle w klatce piersiowej	22	22,0	9	9,0	0	0,0	69	69,0
Duszność wysiłkowa	27	27,0	16	16,0	0	0,0	57	57,0
Kołatanie serca	42	42,0	29	29,0	1	1,0	28	28,0
Obrzęki k. dolnych	35	35,0	14	14,0	3	3,0	48	48,0
Omdlenia	11	11,0	2	2,0	0	0,0	87	87,0
Zadyszka przy wysiłku	43	43,0	21	21,0	3	3,0	33	33,0

*% nie sumuje się, ponieważ ankietowane udzieliły więcej niż jedną odpowiedź

Zdecydowana większość kobiet (72%) zaobserwowała u siebie w okresie menopauzy niekorzystne zmiany w obrębie skóry związane z okresem menopauzy. Do najczęściej występujących zmian skórnych ankietowane zaliczyły: zmarszczki (51%), przebarwienia na skórze (39%), nadmierne rogowacenie skóry na stopach (34%).

Spośród innych objawów pacjentki wskazywały na: przerzedzenie włosów na głowie (28%), nadmierną potliwość skóry (33%), nadmiar owłosienia nad górną wargą (36%). Rodzaj występujących zmian skórnych związanych z menopauzą u ankietowanych kobiet oraz ich nasilenie prezentuje Tabela X.

Tabela X. Rodzaje zmian występujących na skórze w okresie menopauzy

Rodzaje zmian na skórze w okresie menopauzy	niewielkie		duże		b. nasilone	
	n	%*	n	%*	n	%*
Sucha skóra i błony śluzowe	34	34,0	7	7,0	1	1,0
Przebarwienia na skórze	39	39,0	11	11,0	0	0,0
Zmarszczki	51	51,0	23	23,0	4	4,0
Nadmiar owłosienia nad górną wargą	36	36,0	5	5,0	0	0,0
Nadmiar owłosienia na podbródku	28	28,0	3	3,0	0	0,0
Przerzedzenie włosów na głowie	28	28,0	13	13,0	0	0,0
Łysienie	5	5,0	2	2,0	0	0,0
Nadmierne rogowacenie skóry stóp	34	34,0	16	16,0	2	2,0
Nadmierne rogowacenie skóry dłoni	12	12,0	4	4,0	0	0,0
Nadmierna potliwość skóry	33	33,0	15	15,0	5	5,0
Krucze i łamliwe paznokcie	32	32,0	13	13,0	2	2,0
Uczucie mrowienia skóry	27	27,0	9	9,0	2	2,0

*% nie sumuje się, ponieważ ankietowane udzieliły więcej niż jedną odpowiedź

Tabela XI. Dolegliwości ze strony układu pokarmowego związane z okresem menopauzy

Odczuwalne dolegliwości ze strony układu pokarmowego	niewielkie		duże		b. nasilone	
	n	%*	n	%*	n	%*
Bóle głodowe w okolicy żołądka	14	14,0	5	5,0	0	0,0
Bóle poposiłkowe w okolicy żołądka	20	20,0	6	6,0	2	2,0
Częste uczucie przepełnienia	25	25,0	16	16,0	0	0,0
Częste uczucie wzdęcia	35	35,0	26	26,0	5	5,0
Zgaga	27	27,0	15	15,0	3	3,0
Kwaśne odbijanie	28	28,0	16	16,0	0	0,0
Gorzkie odbijanie	13	13,0	5	5,0	0	0,0
Nudności	18	18,0	3	3,0	0	0,0
Zwiększenie apetytu	23	23,0	27	27,0	5	5,0
Zaparcia	23	23,0	19	19,0	3	3,0

*% nie sumuje się, ponieważ ankietowane udzieliły więcej niż jedną odpowiedź

U 69% kobiet w ciągu ostatnich 2 lat nastąpił wzrost masy ciała. Przy czym 43% kobiet w ciągu ostatnich 2 lat nastąpił przyrost masy ciała do 5kg, natomiast u 21% respondentek wystąpił wzrost masy ciała o 6 – 10 kg więcej, tylko u 5% kobiet masa ciała zwiększyła się o ponad 10 kg. W okresie menopauzy u 25% kobiet rozpoznano nadciśnienie tętnicze. Chorobę wieńcową rozpoznano u 10% respondentek, nietrzymanie moczu u 8%, a depresję u 6% ankietowanych. Osteoporozę stwierdzono u 7% osób.

Pozostałe dane ilustruje Tabela XII.

Tabela XII. Rozpoznane choroby w okresie menopauzy

Rozpoznane choroby w okresie menopauzy	n	%*
Nadciśnienie tętnicze	25	25,0
Osteoporoza	7	7,0
Choroba wieńcowa serca	10	10,0
Nietrzymanie moczu	8	8,0
Depresja	6	6,0
Nie dotyczy	54	54,0

*% nie sumuje się, ponieważ ankietowane udzieliły więcej niż jedną odpowiedź

Zmiany psychologiczne związane z okresem menopauzy

W okresie okołomenopauzalnym zachodzi wiele zmian w psychice kobiety. Mają one związek ze zmianą wyglądu zewnętrznego, akceptacją zmian fizycznych zachodzących w organizmie kobiety, zmianą pełnionych ról społecznych i zawodowych.

Z przeprowadzonych badań wynika, że 45 (45%) kobiet czuje się mniej atrakcyjne. Spośród osób biorących udział w badaniu HTZ stosuje tylko 18% kobiet. Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie między stosowaniem HTZ a wiekiem ($p=0,212$), poziomem wykształcenia ($p=0,475$), stopniem narażenia na stres ($p=0,747$), poczuciem mniejszej atrakcyjności ($p=0,958$). Na poziomie istotności $p=0,015$ stwierdzono różnice między stosowaniem HTZ a miejscem zamieszkania. Częściej HTZ stosują kobiety mieszkające w dużym mieście. W okresie klimakterium 5% kobiet zaczęło stosować HTZ w momencie pojawienia się pierwszych objawów menopauzy, natomiast pozostałe 13% kobiet w momencie znacznego nasilenia się objawów (Tabela XIII).

Tabela XIII. Zastosowanie HTZ z uwzględnieniem nasilenia objawów menopauzy

Czas zastosowania hormonalnej terapii zastępczej	n	%
Pierwsze objawy menopauzy	5	5,0
Nasilone objawy menopauzy	13	13,0
Nie dotyczy	82	82,0
Ogółem	100	100,0

Za pomocą testu ANOVA stwierdzono różnice istotne statystycznie pomiędzy liczbą chorób współistniejących a zastosowaniem HTZ. Kobiety, które zastosowały HTZ w momencie znacznego nasilenia objawów menopauzy miały więcej chorób współistniejących. Spośród ankietowanych narażenie na stres jako duże określiło 38% ankietowanych, umiarkowane – 49% kobiet, natomiast jako małe -12%. Za pomocą testu ANOVA nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie między oceną narażenia na stres, a liczbą chorób współistniejących ($p=0,675$) oraz stopniem depresji ($p=0,484$) ocenianym za pomocą testu depresji Becka. Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie między subiektywną oceną narażenia na stres przez ankietowane, a ich wiekiem ($p=0,223$), poziomem wykształcenia ($p=0,094$), stosowaniem HTZ ($p=0,747$), czasem stosowania HTZ ($p=0,921$) i

poczuciem atrakcyjności ($p=0,309$). Na poziomie istotności $p=0,003$ stwierdzono różnice istotne statystycznie między subiektywną oceną narażenia na stres, a miejscem zamieszkania. Kobiety mieszkające w dużym mieście częściej oceniały narażenie na stres jako duże lub umiarkowane w porównaniu do kobiet mieszkających w mniejszych miasteczkach i na wsi.

Wśród respondentek 44% osoby jako metodę radzenia ze stresem podało unikanie sytuacji trudnych. W sytuacji stresu 42% kobiet rozmawia z bliskimi, 33% czyta książki/ czasopisma, 31% spotyka się z rodziną lub pracuje na działce. Poprzez płacz rozładowuje emocje 25% ankietowanych. Źródła stresu poszukuje tylko 7% badanych. Pozostałe dane ilustruje Tabela XIV.

Tabela XIV. Metody radzenia ze stresem

Sposób radzenia ze stresem	n	%*
Unikam sytuacji trudnych	44	44,0
Rozmawiam z bliskimi	42	42,0
Czytam książki/ prasę	33	33,0
Spotykam się z rodziną	31	31,0
Pracuję na działce	31	31,0
Płaczę	25	25,0
Oglądam telewizję	18	18,0
Poszukuję źródła stresu	7	7,0

*% nie sumuje się, ponieważ ankietowane udzieliły więcej niż jedną odpowiedź

Do objawów występujących w sytuacjach stresowych ankietowane wymieniły: niewielkie kołatania serca (72%), pocenie się (62%), zaczerwienienie twarzy (54%), problemy ze snem (71%), natomiast 30% zgłasza bóle brzucha. Na trudności z oddychaniem skarży się 31% ankietowanych. U 19 (19%) pacjentek w sytuacjach stresowych zwiększa się perystaltyka jelit i pojawia się biegunka, natomiast 16 (16%) respondentek w sytuacjach stresu cierpi na zaparcia. Rodzaj dolegliwości występujących u ankietowanych w sytuacji stresu oraz ich nasilenie prezentuje Tabela XV.

Tabela XV. Objawy fizyczne występujące w sytuacjach stresowych

Objawy występują w sytuacjach stresowych	niewielkie		duże		b. nasilone	
	n	%*	n	%*	n	%*
Drżenie rąk	29	29,0	14	14,0	2	2,0
Pocenie się	41	41,0	16	16,0	5	5,0
Kołatanie serca	42	42,0	29	29,0	1	1,0
Przyspieszony oddech	29	29,0	16	16,0	0	0,0
Zaczerwienienie twarzy	35	35,0	17	17,0	2	2,0
Trudności z oddychaniem	23	23,0	8	8,0	0	0,0
Bezsenność	33	33,0	32	32,0	6	6,0
Bóle brzucha	25	25,0	4	4,0	1	1,0
Biegunka	17	17,0	2	2,0	0	0,0
Zaparcia	9	9,0	5	5,0	2	2,0

*% nie sumuje się, ponieważ ankietowane udzieliły więcej niż jedną odpowiedź

Do najczęściej występujących objawów złego samopoczucia psychicznego ankietowane wymieniły uczucie przygnębienia (77%) i smutku (60%). Aż 73% kobiet odczuwało zmienność nastroju i osłabienie pamięci, a 60% zgłosiło zmniejszoną koncentrację uwagi. Prawie połowa respondentek wymieniła niechęć do wykonywania podstawowych czynności, nerwowość - 75%, utratę zainteresowań - 39%, zwiększoną płaczliwość - 58% i niecierpliwość - 62%. Dane przedstawia Tabela XVI.

Tabela XVI. Dolegliwości związane ze złym samopoczuciem psychicznym

Występowanie objawów	niewielkie		duże		b. nasilone	
	n	%*	n	%*	n	%*
Uczucie przygnębienia	51	51,0	13	13,0	1	1,0
Smutek	44	44,0	15	15,0	1	1,0
Niechęć do wykonywania	39	39,0	8	8,0	4	4,0
Nadmierna drażliwość	42	42,0	30	30,0	6	6,0
Nerwowość	36	36,0	33	33,0	6	6,0
Zmienność nastroju	48	48,0	21	21,0	4	4,0
Obniżony nastrój	45	45,0	15	15,0	0	0,0
Oslabienie koncentracji uwagi	47	47,0	10	10,0	3	3,0
Oslabienie pamięci	48	48,0	14	14,0	3	3,0
Zaburzenia snu	38	38,0	31	31,0	7	7,0
Skłonność do płaczu	41	41,0	20	20,0	4	4,0
Uczucie zmęczenia	54	54,0	24	24,0	4	4,0
Uderzenia krwi do głowy	35	35,0	19	19,0	1	1,0
Epizody lęku	15	15,0	5	5,0	0	0,0
Napady strachu	16	16,0	6	6,0	0	0,0
Napady paniki	15	15,0	4	4,0	0	0,0
Utrata zainteresowań	28	28,0	10	10,0	1	1,0
Płaczliwość	37	37,0	19	19,0	2	2,0
Niecierpliwość	39	39,0	23	23,0	0	0,0

*% nie sumuje się, ponieważ ankietowane udzieliły więcej niż jedną odpowiedź

Subiektywna ocena własnej wiedzy ankietowanych na temat menopauzy

Prawie $\frac{1}{3}$ ankietowanych kobiet oceniło swoją wiedzę na temat czynników przyspieszających wystąpienie menopauzy jako dobrą (30%) i dostateczną (32%). Brak wiedzy na ten temat zgłosiło 7% kobiet, a 19% oceniło swoją wiedzę jako niedostateczną. Tylko 12% kobiet określiło ją jako bardzo dobra.

Kobiety oceniły poziom swojej wiedzy na temat objawów menopauzy na ocenę dobrą (38%) lub dostateczną (38%). Jako bardzo dobry oceniło 15% kobiet, 7% określiło go jako niedostateczny, natomiast pozostałych 2% kobiet uważa, że nie posiada żadnej wiedzy na temat objawów menopauzy. Około $\frac{1}{3}$ ankietowanych oceniło poziom swojej wiedzy na temat metod leczenia menopauzy jako dobry, 26% kobiet jako dostateczny, a 25% jako niedostateczny. Tylko 10 (10%) osób oceniło stan swojej wiedzy jako bardzo dobry.

Tylko 9% kobiet oceniło swoją wiedzę na temat HTZ jako bardzo dobrą, 27% jako dobrą, 26% jako dostateczną i 24% jako niedostateczną. Pozostałe 14% kobiet przyznało, iż nie posiada żadnej wiedzy na temat HTZ.

Blisko połowa (40%) kobiet swoją wiedzę na temat metod radzenia ze stresem oceniło jako dobrą, pozostałych 30% uznało, że posiada wiedzę dostateczną, a 12% jako niedostateczną. Tylko 11% kobiet swoją wiedzę ocenia jako bardzo dobrą. Do braku wiedzy na temat metod radzenia ze stresem przyznało się 7% respondentek.

Oceniając swoją wiedzę na temat aktywności fizycznej 39% kobiet uważa, że posiada ją w stopniu dobrym. Wśród ankietowanych biorących udział w badaniu 36 (36%) kobiet oceniło swoją wiedzę na ten temat jako dostateczną, a 9 (9%) jako niedostateczną. Natomiast 5 (5%) uważa, że nie posiada wiedzy na ten temat.

Wśród ankietowanych 35% osób oceniło poziom swojej wiedzy na temat odżywiania w menopauzie na ocenę dobrą. Prawie $\frac{1}{3}$ kobiet określiła swoją wiedzę jako dostateczną, a 6% respondentek podaje, że nie posiada żadnej wiedzy na ten temat. Natomiast 15% kobiet określiło ją jako bardzo dobrą.

Ciężki stopień nasilenia objawów lękowych wg skali Hamiltona stwierdzono u 11%, średni i lekki u 13%. Natomiast u 63% nie stwierdzono objawów lękowych.

Najczęstszymi dolegliwościami wg skali Hamiltona zgłaszanymi przez ankietowane były: bezsenność – 83%, uczucie napięcia, skłonność do płaczu – 81%, objawy sercowo – naczyniowe – 75%, nastrój lękowy – 72%, obniżenie sprawności intelektualnej – 71%. Następne w kolejności – objawy somatyczne czuciowe – 67%, nastrój depresyjny 66%, objawy somatyczne mięśniowe i objawy przewodu pokarmowego 65%, objawy z układu moczowo – płciowego 64%, objawy z układu oddechowego – 63%. Najrzadziej występującymi dolegliwościami było uczucie obawy przed samotnością, ciemnością, obcymi ludźmi (36%).

W badanej grupie kobiet dokonano oceny stopnia nasilenia objawów depresyjnych za pomocą skali depresji Becka. Ponad $\frac{1}{3}$ kobiet nie wykazywała żadnych cech depresji, natomiast u 35% stwierdzono lekki stopień nasilenia objawów depresyjnych. Ponadto średnią depresję rozpoznano u 18%, a ciężką depresję u 11% ankietowanych kobiet.

Na poziomie istotności $p < 0,0001$ stwierdzono istnienie bardzo silnej korelacji dodatniej ($R=0,79$) pomiędzy oceną objawów depresji i lęku a także słabszej korelacji ($R=0,36$) pomiędzy objawami lęku, a liczbą chorób współistniejących.

Osoby odczuwające lęk częściej miały objaw depresji oraz większą ilość chorób współistniejących. Za pomocą testu ANOVA nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie

między poziomem lęku ocenianym skalą Hamiltona, a wiekiem kobiet ($p=243$), poziomem wykształcenia ($p=0,383$), oceną stopnia narażenia na stres ($p=0,282$). Za pomocą testu Manna – Whitneya stwierdzono różnice istotne statystycznie pomiędzy objawami lęku i spadkiem poczucia atrakcyjności. Kobiety czujące się mniej atrakcyjne istotnie częściej miały objawy lęku ($p<0,001$). Na poziomie istotności $p=0,045$ stwierdzono zależność istotną statystycznie pomiędzy objawami lęku a miejscem zamieszkania. Częściej objawy lęku występowały w grupie kobiet mieszkających na wsi.

Najczęściej zgłaszanym objawem depresji wg skali Becka było łatwe męczenie się – 86%, kłopoty ze snem zgłosiło 84%, nerwowość i drażliwość – 82%, spadek libido u 75% badanych, 72% ma trudności z podjęciem decyzji. Najrzadziej u ankietowanych występował spadek masy ciała (17%), myśli samobójcze (9%), zmniejszony apetyt (20%).

Objawy klimakteryczne wg skali Greena dotyczą zaburzeń związanych ze sferą psychiczną, somatyczną, objawów naczynioruchowych i dysfunkcji seksualnych. Ocena nasilenia objawów zespołu klimakterycznego wg tej skali w badaniach własnych wykazała, że 66% kobiet uzyskała <21 pkt, a 34% >21 pkt. Oznacza to, iż większa liczba kobiet – 66% odczuwa dolegliwości związane z menopauzą w stopniu niewielkim bądź objawy te nie występują wcale. Natomiast u 34% kobiet dolegliwości związane z menopauzą występują w stopniu dużym lub są bardzo nasilone.

Najczęściej zgłaszanym objawem zespołu klimakterycznego wg skali Greena było: uczucie zmęczenia lub braku energii u 89% kobiet, 79% respondentek skarżyło się na zaburzenie snu i kołatanie serca, u 85% występowało uczucie napięcia bądź zdenerwowania, u 77% - drażliwość, nerwowość, a 74% zgłaszało częste bóle głowy, 72% uczucie gorąca, trudności w koncentracji i utratę zainteresowania seksem. Ponad $\frac{2}{3}$ respondentek uskarżało się na poty nocne, bóle mięśniowe, uczucie smutku, utratę zainteresowań. Najrzadziej u ankietowanych kobiet występowały napady spazmów – 24%, utrata czucia dłoni i stóp – 28%, napady strachu i paniki – 38%.

Dyskusja

W Polsce kobiety w okresie około i pomenopauzalnym stanowią jedną z większych grup populacyjnych naszego kraju. Wiele z tych kobiet ma lub w przyszłości będzie się uskarżało na różne zaburzenia związane z okresem menopauzalnym i jego następstwami [13].

Z badań populacyjnych wynika, że tylko 10% kobiet nie doświadcza objawów poprzedzających menopauzę. Objawy uderzenia gorąca występują u około 10 – 25% kobiet

w wieku przedmenopauzalnym i u 15 – 25% kobiet występują one codziennie po menopauzie. Tylko 15 – 25% kobiet nie doświadcza ich wcale [14]. Do najczęstszych dolegliwości pojawiających się w okresie okołomenopauzalnym zalicza się: rozdrażnienie (92%), znużenie (88%), depresję (78%), bóle głowy (71%), uderzenia gorąca (68%), zaburzenia pamięci (64%), przyrost masy ciała (61%), zaburzenia snu (51%), bóle krzyża i stawów (48%), zlewne poty (46%), kołatanie serca (44%), napady płaczu (42%), zaparcia (37%) oraz problemy z oddawaniem moczu i zmniejszenie libido (20%) [15].

W badaniach własnych wykazano, że najczęstszym objawem w okresie przekwitania było zwiększone uczucie zmęczenia (54%) i przygnębienia (51%). Prawie połowa kobiet odczuwała zmienność nastroju i osłabienie pamięci, a 47% osób skarżyło się na osłabienie koncentracji uwagi. Ponad $\frac{1}{3}$ respondentek wymieniła niechęć do wykonywania podstawowych czynności, zwiększoną płaczliwość i niecierpliwość, 35% kobiet zwróciło uwagę na uderzenia krwi do głowy.

Z przeprowadzonych badań wynika również, że 72% kobiet odczuwa dolegliwości ze strony układu krążenia. Jako najczęstsze i nasilone dolegliwości związane z układem krążenia kobiety podały kołatanie serca – 72%, zadyszkę przy wysiłku – 67%, obrzęki kończyn dolnych – 52% i duszność wysiłkową – 43%.

Zdecydowana większość respondentek (69%) zgłaszała występowanie dolegliwości związanych z układem pokarmowym. Z przeprowadzonych badań wynika, iż u 27% kobiet często występowała zgaga, 35% respondentek odczuwało częste uczucie wzdęcia, a 23% pacjentek miała zwiększony apetyt. Nasilone w dużym stopniu zaparcia zgłosiło 19% ankietowanych. Bóle poposiłkowe w okolicy żołądka w stopniu bardzo nasilonym wymieniło 2% kobiet.

W okresie menopauzalnym zmniejsza się częstość i obfitość krwawień miesięcznych. Wynika to ze zmniejszonej produkcji estrogenów i progesteronu, które słabiej oddziałują na błonę śluzową jamy macicy. Niekiedy spotyka się dokładnie odwrotną postać krwawień w okresie przedmenopauzalnym, w postaci bardzo obfitych i częstych miesiączek. Często również pojawiają się przewlekłe plamienia i krwawienia [16].

W badaniach własnych najczęściej zaobserwowanym objawem u 52% kobiet były nieregularne cykle miesięczne, u 27% wystąpiły zbyt obfite krwawienia miesięczne. U 18% ankietowanych cykle miesięczne były skrócone, a 19% kobiet obserwowało u siebie skąpe miesiączki. Dolegliwości związane z obniżeniem narządów rodnych dotyczyły w stopniu niewielkim 15% kobiet, a o znacznym nasileniu objawy te zgłaszało 3%

ankietowanych. Tylko ¼ kobiet nie zauważyła żadnych nieprawidłowych objawów związanych z miesiączką.

Zespół napięcia przedmiesiączkowego zazwyczaj zanika w okresie okołomenopauzalnym. U kobiet, które doświadczyły zespołu napięcia przedmiesiączkowego istnieje zwiększone ryzyko wystąpienia uderzeń gorąca, trudności z zasypianiem, nastrojów depresyjnych, a także obniżenia libido w okresie przekwitania. Zespół napięcia przedmiesiączkowego uważany jest również za zwiastun nasilonych objawów klimakterycznych [17].

W okresie przedmenopauzalnym u menopauzalnym u większości ankietowanych kobiet, tj. 59% występowały objawy zespołu napięcia przedmiesiączkowego. U 32% badanych wyżej wymienione objawy nie występowały.

Choroby układu krążenia należą do największych zagrożeń życia i zdrowia w okresie pomenopauzalnym. Stanowią 53% zgonów kobiet związanych z wystąpieniem zawału mięśnia sercowego, udaru mózgu czy miażdżycy naczyń. Do głównych czynników ryzyka chorób układu krążenia zalicza się nadciśnienie tętnicze, otyłość, palenie tytoniu, a także niską aktywność fizyczną [18].

Po okresie menopauzy kobiety częściej zapadają na choroby układu krążenia, gdyż menopauza jest pojedynczym, silnym czynnikiem ryzyka. Do najczęściej występujących chorób wśród ankietowanych należało nadciśnienie tętnicze, które występowało u 38,0%, a choroba niedokrwienna serca u 13,0%. Prawie 1/3 ankietowanych przyjmuje leki hipotensyjne, a 16% natomiast leki nasercowe. W okresie menopauzy najczęściej rozpoznawaną jednostką chorobową było nadciśnienie tętnicze (25%). Natomiast chorobę wieńcową rozpoznano u 10% respondentek.

Chiarelli i wsp. w badaniach własnych stwierdzili, że istnieje pozytywna korelacja wysokich wartości BMI z nadciśnieniem i objawami nietrzymania moczu [19]. Zaobserwowali oni również, że wysoka wartość wskaźnika masy ciała związana jest z 30% wzrostem ryzyka nietrzymania moczu III^o oraz że nie notuje się przypadków nietrzymania moczu u pacjentek z BMI<20 [19]. Podobne wyniki uzyskali Santeniello i wsp. [20] oraz Elia i wsp. [21].

W badaniach własnych prawidłową wartość BMI wśród ankietowanych posiadało 39% kobiet. Taka sama grupa kobiet miała nadwagę. Otyłość I^o stwierdzono u 21% badanych, otyłość II^o u 1%. W badanej populacji nie stwierdzono niedowagi oraz otyłości III^o.

U 43% kobiet w ciągu ostatnich 2 lat nastąpił przyrost masy ciała o 5kg, natomiast 21% respondentek wystąpił wzrost masy ciała o 6 – 10kg, tylko u 5% kobiet masa ciała zwiększyła się ponad 10kg.

Odsetek kobiet palących w przedziale wiekowym okresu menopauzalnego wynosi w Polsce 40% [22]. Zaprzestanie palenia papierosów bądź chociaż zmniejszenie liczby wypalanych papierosów dziennie w okresie około- i pomenopauzalnym u obie stosujących hormonalną terapię zastępczą w znaczącym stopniu wpływa na zmniejszenie ryzyka powikłań sercowo – naczyniowych [22]. W przeprowadzonych przez mnie badaniach prawie $\frac{1}{3}$ kobiet przyznała, że pali papierosy, pozostałych 42,0% zaprzestało palenia. Tylko $\frac{1}{4}$ kobiet nigdy nie paliła papierosów.

W okresie menopauzy notuje się gwałtowne nasilenie objawów związanych z zaburzeniami funkcji układu moczowo – płciowego. Częstość występowania nietrzymania moczu u kobiet po menopauzie waha się od 19% do nawet 70% [23]. Wysiłkowe nietrzymanie moczu w populacji ogólnej kobiet występuje z częstością 50%, nagłace w 14%, a postać mieszana u 32%. W okresie pomenopauzalnym wzrasta częstość nagłacej i mieszanej postaci nietrzymania moczu [24]. Szacuje się, że nagłace nietrzymanie moczu występuje u 50 – 70% kobiet, a postać wysiłkowa u 20 – 40% [24]. W badaniach przeprowadzonych przez Gardziejewską i wsp. wśród 100 kobiet, aż 62% zwróciły uwagę na negatywny wpływ menopauzy na sferę seksualną. Aktywność seksualna kobiet w okresie klimakterium obniża się i stosunki płciowe są rzadsze niż przed okresem przekwitania [25]. Podobne wyniki uzyskano w badaniach własnych. Z przeprowadzonych badań wynika, że prawie połowa kobiet zgłaszała dolegliwości ze strony układu moczowo – płciowego związane z okresem menopauzy. Objawy związane z układem moczowo – płciowym w postaci nietrzymania moczu o nasileniu niewielkim zgłaszało 29% kobiet, a o dużym nasileniu – 7%. W badaniach Rechbergera w wsp. objawy nietrzymania moczu występowały z podobną częstotliwością (33%) [26].

Nietrzymanie moczu w badaniach własnych rozpoznano w trakcie menopauzy jako jednostkę chorobową u 8% ankietowanych. Często nawracające infekcje układu moczowego o nasileniu niewielkim zgłaszało 21% osób, w stopniu dużym 5% i bardzo nasilonym tylko 2%. Kolkę nerkową o nasileniu dużym zgłasza 6% kobiet i niewielkim 3% kobiet. Pieczenie w okolicy pochwy i cewki moczowej w stopniu niewielkim zgłasza 36% kobiet i w stopniu bardzo nasilonym 1% ankietowanych. Dokuczliwym objawem zgłaszanym przez ankietowane jest też świąd w okolicy narządów płciowych – zgłasza go w stopniu niewielkim 20% kobiet i z dużym nasileniem 2% kobiet.

W wyniku spadku poziomu estrogenów u kobiet po menopauzie dochodzi do wielu zmian o charakterze zanikowym w obrębie narządów rodnych. Często stają się one przyczyną spadku zainteresowania seksem. Niedobór hormonów płciowych po menopauzie prowadzi do wzrostu pH pochwy oraz zaniku fizjologicznej podatności na infekcje [9].

Do utraty zainteresowania seksem w badaniach własnych w stopniu niewielkim przyznało się aż 64% kobiet ankietowanych, w stopniu dużym 12%. Suchość pochwy w stopniu niewielkim zgłasza 38% kobiet, w stopniu dużym 12% respondentek. Na ból podczas współżycia o nieznacznym nasileniu skarżyło się 21% kobiet, a o dużym nasileniu 6% badanych.

Dolegliwości ze strony układu kostno – stawowego również nasilają się w okresie menopauzy [27]. Związane jest to z faktem, że najgwałtowniejsza utrata masy kostnej następuje w ciągu 5 lat po menopauzie [2]. W badaniach własnych stwierdzono, że u 60% badanych występują dolegliwości ze strony tego układu. Charakter dolegliwości związanych z układem kostno – stawowym dotyczył: ciągłych lub okresowych bólów stawów (58%), bólów mięśni (51%). Najczęstszym urazem kostno – stawowym występującym u respondentek był uraz stopy – 14%, rzadziej występuje dyskopatia – 6%, urazy nadgarstków – 5%, ramienia – 4%, złamanie szyjki kości udowej 2%.

We wczesniej diagnostyce osteoporozy wykorzystuje się badania densytometryczne. Tylko 26% kobiet w wieku menopauzalnym miało wykonywane badanie gęstości kości. Osteoporozę w badaniach własnych rozpoznano w trakcie menopauzy jako jednostkę chorobową u 7% ankietowanych.

Skóra w okresie menopauzalnym traci swoją gęstość. W wyniku zmian zachodzących w okresie menopauzy skóra jest cienka, mało elastyczna, pojawiają się na niej zmarszczki różnej głębokości. Zmienia się owal twarzy, pojawiają się strefy cienia i zaznaczają się zaburzenia odległości i proporcji twarzy, nadając jej starczy wygląd z powodu względnej androgenizacji może wystąpić przerzedzenie włosów w okolicy łonowej, pod pachami oraz na skórze głowy z objawami łysienia. W okresie menopauzalnym u części kobiet dochodzi do wystąpienia tzw. keratodermii klimakterycznej, polegającej na wzmożonym rogowaceniu okolicy podeszwowej oraz dłoniowej, z wtórnymi pęknięciami i rozpadlinami, powodującymi dolegliwości bólowe [28].

W przeprowadzonych badaniach większość kobiet (72%) zaobserwowała u siebie w okresie menopauzy niekorzystne zmiany w obrębie skóry związane z tym okresem. Ze zmian najczęściej występujących na skórze 51% respondentek wymieniało zmarszczki, przebarwienia na skórze 39%, nadmierne rogowacenie skóry stóp wystąpiło u 34% badanych, a uczucie mrowienia skóry u 27% kobiet. Spośród innych objawów kobiety zwróciły uwagę na: przerzedzenie włosów na głowie (28%), nadmierną potliwość skóry (33%) i nadmiar owłosienia nad górną wargą (36%).

Zmiana obyczajowości, emancypacja a także wydłużenie średniego czasu trwania życia sprawiły wzrost zainteresowania jakością życia kobiet po menopauzie [29]. Z przeprowadzonych badań wynika, że aż 45% kobiet czuje się mniej atrakcyjne po wystąpieniu menopauzy. Połowa ankietowanych (51%) podaje, iż nie odczuwa spadku akceptacji przez męża, 11% respondentek przyznaje się, że czują się mniej akceptowane przez męża. Natomiast aż 38% pacjentek nie potrafi udzielić konkretnej odpowiedzi na postawione pytanie.

Niskie stężenia estradiolu u pacjentek w okresie menopauzy korelują z występowaniem objawów wypadowych, ale nie z zaburzeniami nastroju [30]. Hormonalna terapia zastępcza wpływa pozytywnie na normalizację poziomu β -endorfiny, której obniżony poziom może odpowiadać za zaburzenia o charakterze depresji. Zaobserwowano bowiem, że doustna hormonalna terapia zastępcza w sposób istotny statystycznie podwyższała poziom krążącej β -endorfiny. Również hormony nadnerczowe mogą pozytywnie oddziaływać na zmiany nastroju u kobiet w okresie pomenopauzalnym. Stwierdzono, że suplementacja siarczanem dehydroepiandrosteronu podawanym w dawce 50 mg/dziennie wpływała pozytywnie na zmiany nastroju leczonych kobiet. Ponadto zastosowanie tego hormonu u pacjentek z nasiloną depresją i niskimi wyjściowymi stężeniami tego steroidu miało afekt antydepresyjny.

Dotychczasowe doświadczenia kliniczne wskazują, że estrogeny w dawkach standardowych stosowanych w HTZ nie wpływają istotnie na nastrój w ciężkiej depresji, natomiast wykazują zdecydowanie pozytywne działanie na ogólne samopoczucie i kondycję psychiczną zdrowych, nieobciążonych kobiet w okresie menopauzy. Ten pozytywny wpływ substytucyjnej terapii jest z dużym prawdopodobieństwem spowodowany oddziaływaniem steroidów na czynność układów adrenergicznego i serotonergicznego. W rzeczywistości estradiol działa bowiem jak agonista serotoniny, zwiększając jej biosyntezę oraz stężenie jej głównego metabolitu, jakim jest kwas 5-hydroksyindoloctowy [1, 30].

Wyniki randomizowanych badań klinicznych, takich jak Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study (HERS), Women's Health Initiative (WHI) oraz Estrogen Replacement and Atherosclerosis Study (ERAS) przyczyniły się do postawienia pytania: „czy terapia hormonalna jest bezpieczna oraz czy korzyści z niej płynące przewyższają ewentualne szkody?” Polskie Towarzystwo Ginekologiczne w 2004 roku stwierdziło, że „do wyników publikowanych badań należy podchodzić z pewną ostrożnością, a rezultatów tych badań nie można ekstrapolować w sposób prosty na wszystkie kobiety w wieku menopauzalnym, dotyczy to zwłaszcza młodszej grupy pacjentek po menopauzie” [31, 32].

HTZ ma duże znaczenie w medycynie, które jest udowodnione i przedstawione w wielu opracowaniach. Stosowanie HTZ pomaga uniknąć wielu chorób ogólnoustrojowych. Wyrównuje ona niedobory hormonalne zapobiegając schorzeniom. O wadze problemów okresu menopauzy świadczy fakt, iż panował przed laty pogląd o zakazie stosowania HTZ po leczeniu raka trzonu macicy [33].

W Europie około 10 – 35% kobiet w wieku postmenopauzalnym stosuje hormonalną terapię zastępczą. W USA odsetek ten wynosi około 40%. W Polsce natomiast szacuje się, że HTZ stosuje od 3 do 9% [34]. Stosowanie HTZ wyraźnie uzależnione jest od poziomu wykształcenia. Spośród osób biorących udział w badaniu HTZ nie stosuje zdecydowana większość kobiet, tj. 82%. Tylko 18% kobiet przyjmuje HTZ. Wśród kobiet w okresie klimakterium tylko 13% badanych stosuje HTZ z chwilą nasilenia się objawów, a 5% od momentu pojawienia się pierwszych objawów menopauzy. W badaniach własnych większość ankietowanych stosujących HTZ (podobnie jak obserwacje światowe) należy do kobiet o wyższym poziomie wykształcenia. Pomimo obserwowanego pozytywnego trendu powrotu stosowania HTZ przeprowadzone badania wskazują, że niewiele kobiet stosuje HTZ w zmniejszaniu bądź całkowitej eliminacji wielu negatywnych objawów okresu menopauzy.

Araszkiewicz i wsp. jak i wielu innych autorów obserwuje w okresie menopauzy większe ryzyko występowania objawów depresji w porównaniu z populacją ogólną [35]. częstość zaburzeń nastroju w okresie menopauzy wzrasta dwukrotnie, a sklasyfikowane zaburzenia nastroju występują u 19,1% kobiet [35]. Depresję w badaniach własnych rozpoznano w trakcie menopauzy jako jednostkę chorobową u 6% respondentek.

W analizowanej grupie kobiet oceniono stopień nasilenia objawów zespołu klimakterycznego według skali Grena oraz stopień nasilenia depresji przy użyciu skali Becka i Hamiltona. Najczęściej zgłaszanym objawem depresji wg skali Becka było łatwe męczenie się – 86%, kłopoty ze snem zgłosiło 84%, nerwowość i drażliwość – 82%, spadek libido 75% badanych, a 72% trudności z podjęciem decyzji.

Dla porównania w badaniach przeprowadzonych przez *Jagielską i wsp.* najczęściej zgłaszanym objawem była obawa przed przyszłością (81,97%), nerwowość (81,97%), łatwiejsze męczenie się (81,97%), kłopoty ze snem (75,41%), osłabienie libido (75,41%), trudności z podjęciem decyzji (70,49%), przygnębienie, smutek (68,85%).

Najrzadziej natomiast występowało poczucie winy i kary (6,56%) oraz myśl o samobójstwie (4,92%) [36]. Stopień nasilenia objawów wg skali Becka w przeprowadzonym badaniu kształtował się podobnie z wynikami uzyskanymi w badaniach *Jagielskiej i wsp.*

W badaniach własnych ciężki stopień nasilenia objawów depresji stwierdzono u 11%, stopień średni u 18%, lekki u 36%, a ich brak u 35% kobiet. Wyniki badań Jagielskiej i wsp. kształtowały się następująco: stopień ciężki – 9,84%, średni – 9,84%, lekki – 45,9%, brak objawów depresji u 34,42% [36]. Uzyskane wyniki były porównywalne również z wynikami uzyskanymi przez Bielawską – Batorowicz [7].

Najczęstszymi dolegliwościami związanymi ze złym samopoczuciem psychicznym według skali Hamiltona zgłaszanymi przez ankietowane było: bezsenność – 83%, uczucie napięcia, skłonność do płaczu – 81%, objawy sercowo – naczyniowe – 75%, nastrój lękowy – 72%, obniżenie sprawności intelektualnej – 71%. Następne w kolejności – objawy somatyczne czuciowe – 67%, nastrój depresyjny 66%, objawy somatyczne mięśniowe i objawy przewodu pokarmowego 65%, objawy z układu moczowo – płciowego 64%, objawy z układu oddechowego – 63%. Najrzadziej występującymi dolegliwościami u 36% kobiet było uczucie obawy przed samotnością, ciemnością, obcymi ludźmi.

W badaniach Jagielskiej i wsp. najczęstszymi dolegliwościami zgłaszanymi przez pacjentki było osłabienie libido (u 78,69%), dobowe wahania samopoczucia (u 78,69%), wczesne budzenie się (77,05%), oraz płytki, przerywany sen (u 67,21%) [36]. W analizowanej grupie w badaniach własnych ciężki stopień nasilenia objawów lękowych według skali Hamiltona stwierdzono u 11%, średni i lekki po 13%. Natomiast u 63% nie stwierdzono objawów lękowych.

Według przewidywań WHO pod koniec XXI wieku liczba kobiet po 50 r.ż. wynosić będzie ponad 700 mln w skali światowej. Dane te wskazują przed jak dużym wyzwaniem stoi obecnie ochrona zdrowia i jakie działania musi podjąć, aby zapewnić odpowiednią diagnostykę i terapię dolegliwości tego okresu. Dolegliwości te dotyczą bowiem wszystkich aspektów życia biologicznego kobiet, gdyż menopauza to nie tylko ustanie czynności hormonalnej jajników i utrata płodności, ale także różnie nasilone zaburzenia somatyczne i psychiczne. Niedobór estrogenów powoduje wystąpienie licznych zmian w organizmie kobiety. Osiągnięcia współczesnej medycyny powinny pomóc kobiecie przejść przez ten okres w sposób komfortowy i cieszyć się pełnią życia. Dlatego też podjęcie tego tematu wydaje się tak ważne i potrzebne.

Menopauza uważana jest za naturalny etap w życiu kobiety. Jednak, gdy objawy jej są dokuczliwe istnieją metody leczenia, które mogą przynieść ulgę. Do oceny stopnia nasilenia objawów służą różne skale i kwestionariusze. Do najpopularniejszych należą: skala Greena i kwestionariusz Kuppermana. Na ich podstawie decyzja o ewentualnym podjęciu leczenia jest łatwiejsza dla pacjentki i lekarza. Odpowiednie wyrównanie niedoborów hormonalnych

poprzez stosowanie HTZ jest skutecznym sposobem zapobiegania dolegliwości tego okresu. Jest to udowodnione i przedstawione w wielu opracowaniach.

Do najczęściej wymienianych dolegliwości fizycznych związanych z menopauzą w grupie badanych kobiet należały: nietrzymanie moczu (36%), często nawracające infekcje układu moczowego (28%), bóle stawowe (58%), bóle mięśniowe (51%), kołatanie serca (72%), zadyszka przy wysiłku (67%), obrzęki kończyn dolnych (52%), zmarszczki (78%), przebarwienia na skórze (50%), nadmierna potliwość (53%), częste uczucie wzdęcia (66%).

Spośród objawów złego samopoczucia psychicznego ankietowane kobiety wymieniły: zaburzenia snu (78%), uczucie przygnębienia (65%), nadmierna drażliwość (78%), skłonność do płaczu (65%), osłabienie pamięci (65%), uczucie zmęczenia (82%), obniżony nastrój (60%).

Spośród czynników ryzyka wczesnego wystąpienia menopauzy w ankietowanej grupie kobiet najczęściej występowały: zespół napięcia przedmiesiączkowego (59%), zabiegi ginekologiczne (26%) oraz zaburzenia hormonalne (10%).

Większość ankietowanych kobiet ocenia swój poziom wiedzy na temat menopauzy na ocenę dobrą i dostateczną. Znaczny odsetek kobiet wykazuje chęć poszerzenia wiedzy na temat menopauzy.

Wnioski

1. Zmiany hormonalne okresu menopauzy wywierają istotny wpływ na funkcjonowanie fizyczne, psychologiczne i społeczne ankietowanych kobiet.
2. Poziom wiedzy ankietowanych kobiet na temat menopauzy jest niewystarczający. Należy zwrócić większą uwagę na prowadzenie intensywnej edukacji na temat zmian fizycznych i psychologicznych związanych z menopauzą.
3. Istnieje duże zapotrzebowanie na edukację kobiet na temat: zalecanego stylu życia w okresie menopauzy, nefarmakologicznych i farmakologicznych metod łagodzenia dolegliwości, a także profilaktyki chorób związanych ze starzeniem się organizmu.

Piśmiennictwo

1. Adamiak A., Tomaszewski J., Mazur P., Skorupski P., Walaszek P., Rechberger T., Płachta Z.: Czy stan hormonalny kobiet w okresie menopauzy jest przyczyną zaburzeń nastrojów o typie depresji? *Przegląd Menopauzalny*, 2002, 3, 33-37.
2. Andrykowski G.: Suplementacja wapnia w menopauzie. *Przegląd Menopauzalny*, 2006, 5, 329-332.

3. Bakalczuk Sz., Bakalczuk G., Jakiel G.: Menopauza a zaburzenia seksualne u kobiet. *Seksuologia Polska*, 2005, 3, 2, 74-76.
4. Banach M., Barylski M.: Nieinwazyjne nietrzymanie moczu. *Geriatrya Polska*, 2005, 1, 71-77.
5. Bielawska – Batorowicz E.: Koncepcje menopauzy – część I – ujęcie demograficzne i kulturowe. *Przegląd Menopauzalny*, 2005, 2, 10-18.
6. Bielawska – Batorowicz E.: Koncepcje menopauzy – część II – ujęcie ewolucyjne i rozwojowe. *Przegląd Menopauzalny*, 2005, 4, 32-37.
7. Bielawska – Batorowicz E.: Stres, objawy i przekonania dotyczące menopauzy a obniżony nastrój u kobiet w wieku 45-55 lat. Próba weryfikacji zmodyfikowanego psychospołecznego modelu depresji w okresie okołomenopauzalnym. *Przegląd Menopauzalny*, 2006, 2, 68-74.
8. Bielawska – Batorowicz E.: Temperament, osobowość i styl radzenia sobie ze stresem a częstość i intensywność objawów menopauzalnych. *Przegląd Menopauzalny*, 2007, 2, 70-76.
9. Bielawska – Batorowicz E., Królikowska M.: Poczucie własnej atrakcyjności seksualnej u kobiet w okresie menopauzy. *Przegląd Menopauzalny*, 2003, 3, 67-71.
10. Bielawska – Batorowicz E., Rutkowska E.: Oczekiwania wobec hormonalnej terapii zastępczej u kobiet w okresie menopauzalnym. *Przegląd Menopauzalny*, 2003, 1, 34-40.
11. Celińska A.: Hormonalna terapia zastępcza – terapia przystosowana do potrzeb każdej pacjentki. *Ginekologia*, 2003, 10 (5/6), 505-508.
12. Ciszek – Doniec V., Biernat R., Biernat M.: Osteoporoza pomenopauzalna. *Ginekologia Praktyczna*, 2000, 8 (3), 4-12.
13. Coope J.: Menopauza [w]: *Problemy zdrowotne kobiet*, Mc Pherson A. (red.). PWN, Warszawa 1997, 203-229.
14. Czarnecka D., Zabojszcz M., Kawecka – Jaszcz K.: Zagrożenia okresu menopauzalnego – możliwości zapobiegania. *Terapia*, 2002, 12, 19-25.
15. Dębski R.: Hormonalna terapia zastępcza a choroby naczyń tętniczych. *Przegląd Menopauzalny*, 2006, 5, 274-279.
16. Pertyński T., Stachowiak G., Stetkiewicz T.: Rola ginekologa w okresie pre i okołomenopauzalnym. *Przegląd Menopauzalny*, 2007, 2, 63-69.
17. Wilamowska A.: Zespół napięcia przedmiesiączkowego – większe ryzyko objawów menopauzalnych. *Przegląd Menopauzalny*, 2006, 2, 116-119.

18. Stachowiak G., Faflik U., Stetkiewicz T., Pertyński T.: Choroby układu krążenia u kobiet – wpływ okresu menopauzy. *Przegląd Menopauzalny*, 2006, 6, 382-387.
19. Chiarelli P, Brown W, McElduff P. Leaking urine: prevalence and associated factors in Australian women. *Neurourologia Urodynamika*, 1999, 18, 567-77.
20. Santaniello F1, Giannantoni A, Cochetti G, Zucchi A, Costantini E. Body mass index and lower urinary tract symptoms in women. *Archivo Italiano di Urologia e Andrologia*, 2007, 79 (1), 17-9.
21. Elia G1, Dye TD, Scariati PD. Body mass index and urinary symptoms in women. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, 2001, 12 (6), 366-9.
22. Paszkowski T., Wrona W.: Hormonalna terapia zastępcza u kobiet uzależnionych od dymu tytoniowego. *Przegląd Menopauzalny*, 2005, 4, 68-72.
23. Rajewska J.: Hormonalna Terapia zastępcza w leczeniu chorób psychicznych. *Ordynator leków*, 2002, 7, 26-28.
24. Wilamowska A., Sobczuk A.: Otyłość u kobiet zakwalifikowanych do badania urodynamicznego. *Przegląd Menopauzalny*, 2007, 4, 204-207.
25. Gardziejewska A, Różańska-Kohsek A, Zalewski M, Heimrath J, Zalewski J: Seksualność kobiet w okresie klimakterium. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2014, 20 (4), 400–404.
26. Rechberger T., Tomaszewski J., Kulik – Rechberger B.: Znaczenie hormonalnej terapii zastępczej w uroginekologii. *Endokrynologia Polska*, 2004, 6, 864-873.
27. Skowrońska – Józwiak E., Lewiński A: Osteoporoza u kobiet i mężczyzn – podobieństwa i różnice. *Endokrynologia Polska*, 2006, 3, 260-266.
28. Wojnowska D., Juskiewicz – Borowiec M., Chodorowska G.: Wpływ menopauzy na starzenie się skóry. *Postępy Dermatologii i Alergologii*, 2006, 23, 3, 149-155.
29. Skrzypiec V., Droszol A., Ferensowicz J., Nowosielski K.: Ocena wybranych aspektów życia psychicznego i seksualnego kobiet w okresie okołomenopauzalnym. *Ginekologia Praktyczna*, 2006, 7, 26-34.
30. Droszol A., Skrzypulec V., Nowosielski K., Ferensowicz J., Rozmus – Warcholińska W., Pielą B.: Depresja i zaburzenia sfery seksualnej wśród kobiet w okresie około menopauzalnym, *Eukrasia*, 2003,7, 71-81.
31. Starczewski A., Brodowska A., Leszczyńska M.: DZ-20. Współczesne wskazania i przeciwwskazania do hormonalnej terapii zastępczej. *Medycyna Rodzinna*, 2007, 9, 2, 139-140.

32. Żak P., Olejek A., Rembielak – Stawecka B.: Menopauza – choroba czy naturalna konsekwencja starzenia się organizmu. Lekarz „Dodatek ginekologiczny”, 2005, 11, 8-12.
33. Śmiertka E.: Hormonalna terapia zastępcza, a niektóre nowotwory narządu rodne. Nowa Klinika, 2004, 9-10, 927-932.
34. Skrzypulec V., Rozmus – Warcholińska W., Stokłosa – Kwarcieńska H.: Czy fitoestrogeny zastąpią hormonalną terapię zastępczą. Ginekologia Praktyczna, 2005,3, 39-44.
35. Araszkiwicz A., Płocka-Lewandowska M.: Zaburzenia psychiczne w okresie przekwitania. Ginekologia Praktyczna, 2001, 1, 16–20.
36. Jagielska I., Grabiec M., Wolski B., Szymański W.: Częstość występowania objawów depresji w przebiegu zespołu klimakterycznego u kobiet w okresie postmenopauzy. Przegląd Menopauzalny, 2007, 3, 140–144.

Turosz Maria Anna¹, Brojek Anna²

1. Wydział Wychowania Fizycznego i Sportu w Białej Podlaskiej,
Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie
2. Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

Poziom jakości życia studentów wychowania fizycznego w świetle wybranych wymiarów zdrowia

Wstęp

Problematyka jakości życia to problematyka istotna dla człowieka niemalże od początku jego istnienia, bowiem już w starożytności wielcy myśliciele – Platon, Arystoteles, Sokrates [por.1, 2] zastanawiali się nad istotą ludzkiego życia zadając fundamentalne pytania dotyczące szczęśliwego życia.

„W ostatnich latach termin „jakość życia” zrobił wielką karierę, pojawiając się w naukach ekonomicznych, społecznych, humanistycznych i medycznych. (...) Jakość życia jest konstruktem – nie można bezpośrednio jej zaobserwować, ocenić i zmierzyć. Pozostaje w sferze subiektywnej percepcji, dlatego tak trudno ją zdefiniować i zbadać” [3, 4].

Pojęcie jakości życia, ujmowane obiektywnie może stanowić wyznacznik subiektywnie rozumianego pojęcia jakości życia, bowiem *„Subiektywnie pojęta jakość życia jest wynikiem oceny i wartościowania różnych sfer życia jako całości. Efekt oceny może mieć bardziej poznawczy charakter i wówczas mierzymy jakość życia poczuciem satysfakcji, może też być kategorią emocjonalno-przeżyciową i wówczas mówimy raczej o poziomie zadowolenia z różnych sfer życia i życia jako całości” [5, 6].*

Pomimo zainteresowania wielu dziedzin naukowych pojęciem jakości życia, do dziś pozostaje ono kwestią nierozstrzygniętą. Wyodrębniono za to kilka założeń, co do których badacze jakości życia są zgodni [3]:

- dotyczy ona trzech głównych sfer aktywności człowieka: fizycznej, psychologicznej i społecznej;
- ma dwa aspekty: obiektywny i subiektywny;
- decydującą rolę w wyznaczaniu jej poziomu odgrywa subiektywna ocena jednostki;
- ulega zmianom w czasie oraz wpływom czynników zewnętrznych i wewnętrznych;

Pojęcie jakości życia często jest utożsamiane z pojęciem zadowolenia z życia, poczucia szczęścia, dobrostanu, dobrego samopoczucie, satysfakcji z życia [7].

Badacze wskazują na szereg obiektywnych czynników jakości życia wywodzących się z różnych dziedzin jego funkcjonowania tj.: status materialny, poziom wykształcenia, sytuacja rodzinna, itd., przy czym zdrowie jawi się jako jeden z ważniejszych czynników [8].

Ponieważ tematem pracy jest charakterystyka wybranych wymiarów zdrowia w odniesieniu do poziomu jakości życia człowieka warto nieco szerzej omówić istotę tego pojęcia.

W psychologii zdrowia funkcjonują trzy modele zdrowia: biomedyczny, holistyczno – funkcjonalny, socjoekologiczny [6]. Istnieje jednak potrzeba analizy pojęcia „zdrowia” z perspektywy interdyscyplinarnej, stąd coraz więcej w literaturze przedmiotu pojawia się wielowymiarowych modeli zdrowia, przy czym najczęściej autorzy wskazują od trzech do sześciu wymiarów zdrowia tj. fizyczny, psychiczny, społeczny, duchowy, intelektualny czy też zawodowy [9].

Swoista trudność rodzi się w momencie operacjonalizacji zmiennych – sprowadzeniu wielkości teoretycznej do obserwowalnych wskaźników empirycznych.

Czabała i Wrześniewski wskazują, iż najczęściej stosowane narzędzia do pomiaru jakości życia mierzą funkcjonowanie:

- „w sferze fizycznej związanej z energią życiową, sprawnością ruchową, snem i bólem;
- w sferze psychicznej, czyli sprawność poznawczą i przeżywanie pozytywnych emocji, samoocenę i akceptację własnego wyglądu;
- w zakresie samodzielnego radzenia sobie z zadaniami życia codziennego;
- w sferze funkcjonowania społecznego, porozumiewania się, nawiązywania więzi, korzystania ze wsparcia społecznego, mobilizowania go i dawania wsparcia;
- w środowisku z poczuciem bezpieczeństwa fizycznego i społecznego oraz dostępność informacji i różnych elementów infrastruktury życia
- w sferze duchowej” [6].

Dla potrzeb niniejszych badań jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia jest rozumiana jako „stan dobrego samopoczucia, składającego się z dwu elementów: zdolności radzenia sobie z codziennymi zadaniami, co odzwierciedla dobre samopoczucie człowieka

w sferze fizycznej, psychicznej i społecznej oraz satysfakcji z jego funkcjonowania we wszystkich obszarach, a także kontroli nad chorobą i / lub objawami związanymi z zastosowaną metodą leczenia” [3].

Cel pracy

Celem pracy była diagnoza poziomu wybranych satysfakcji cząstkowych związanych z somatycznymi, psychicznymi i społecznymi wymiarami zdrowia studentów wychowania fizycznego WWFiS w Białej Podlaskiej o zróżnicowanym poziomie jakości życia.

Postawiono następujące pytania badawcze:

1. Jaki jest poziom jakości życia studentek i studentów II roku wychowania fizycznego Wydziału Wychowania Fizycznego i Sportu w Białej Podlaskiej?
2. Jaki jest procentowy udział studentek i studentów charakteryzujących się wysokim lub niskim poziomem jakości życia?
3. Jak oceniają stan swojego zdrowia fizycznego i psychicznego studentki i studenci o wysokim lub niskim poziomie jakości życia?
4. Jakie są relacje interpersonalne studentek i studentów o wysokim lub niskim poziomie jakości życia?

W pracy postawiono następującą hipotezę badawczą:

- Istnieje transakcja pomiędzy wysokim poziomem satysfakcji z życia a pozytywną oceną biopsychospołecznego zdrowia.

Materiał i metodyka badań

Osoby badane i sposób prowadzenia badań

W badaniach uczestniczyło 30 studentek i 106 studentów wychowania fizycznego II roku studiów magisterskich WWFiS w Białej Podlaskiej. Badania były dobrowolne i anonimowe i zostały przeprowadzone w semestrze kończącym pięcioletni okres studiów charakteryzowanej młodzieży akademickiej.

Metody i techniki badawcze

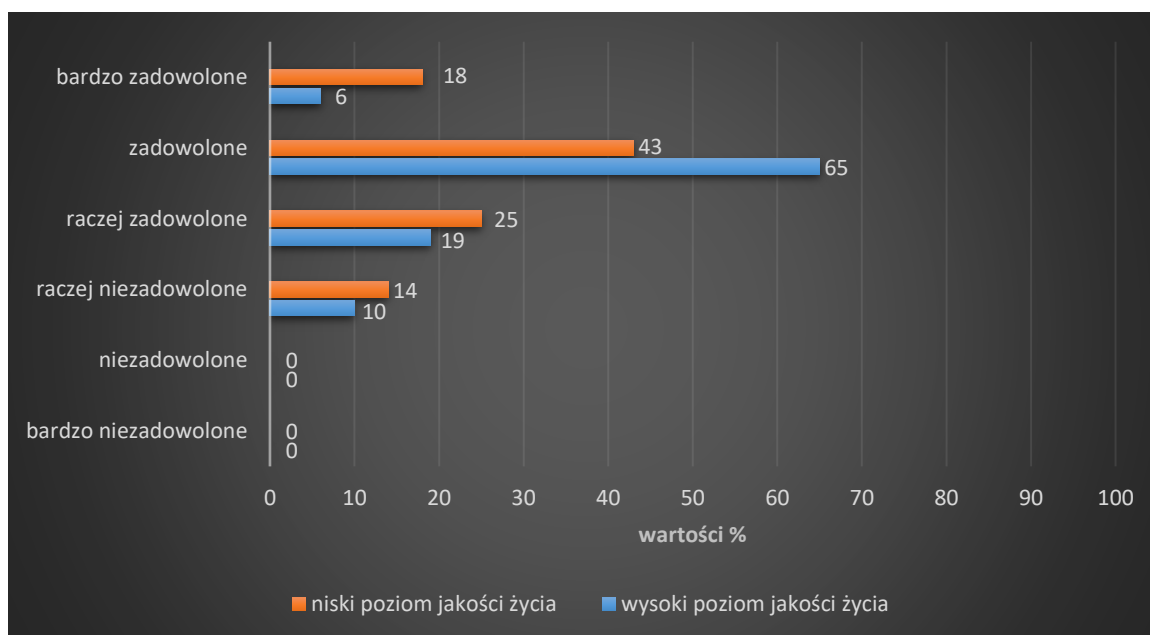
W pracy posłużono się metodą ankietową oraz kwestionariuszową. Do oceny jakości życia zastosowano kwestionariusz „Skalę Satysfakcji z Życia – SWLS” autorstwa: E. Dienera, R.A.Emmons, R.J.Larsona oraz S.Griffina. Do oceny satysfakcji cząstkowych wykorzystano

ankietę składającą się z dwunastu pytań, która została przygotowana na podstawie pytań wybranych z Diagnostyki Społecznej [1].

Wyniki badań

Na podstawie przeprowadzonych badań wśród młodzieży II roku studiów magisterskich wychowania fizycznego w WWFiS w Białej Podlaskiej ujawniono, iż 35% studentek oraz 39% studentów ujawnia wysoki poziom jakości życia. Natomiast 41% studentek oraz 34% studentów białskiej uczelni charakteryzuje się niskim poziomem jakości życia.

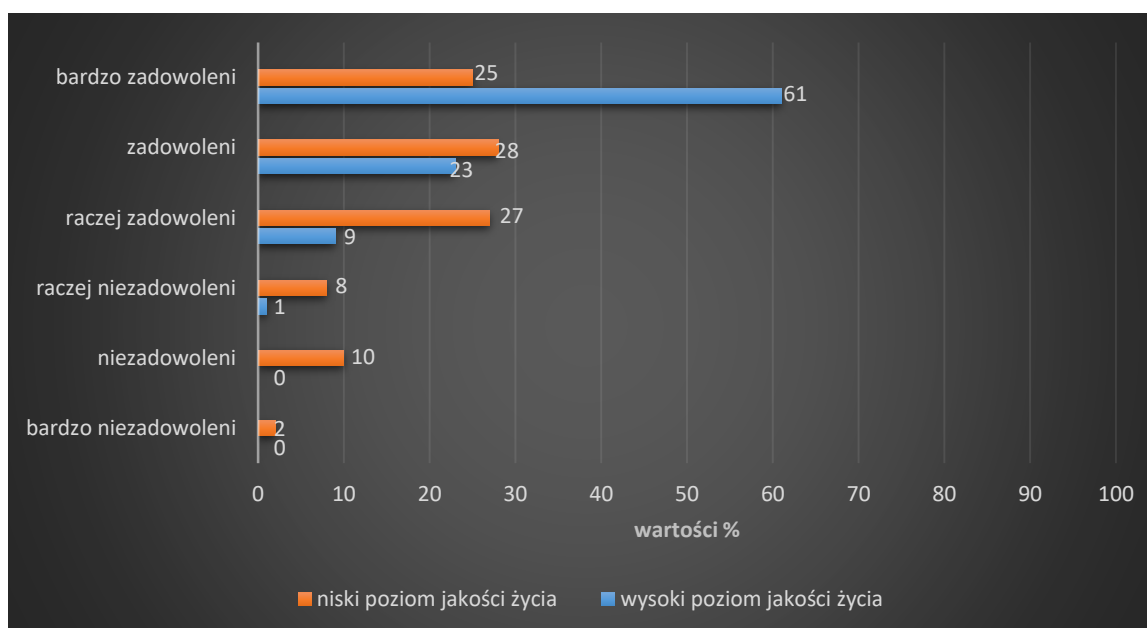
Omawiając stopień zadowolenia badanych ze swojego zdrowia warto podkreślić, iż bez względu na poziom oceny jakości życia studentki kończące studia w ponad 60% oceniają stan swojego zdrowia jako zadowalający (Rycina 1).



Rycina 1. Zadowolenie ze stanu swojego zdrowia studentek II roku studiów magisterskich wychowania fizycznego WWFiS w Białej Podlaskiej

Warto podkreślić, iż żadna z respondentek nie wskazuje na to, iż jest „niezadowolona” lub „bardzo niezadowolona” ze swojego zdrowia.

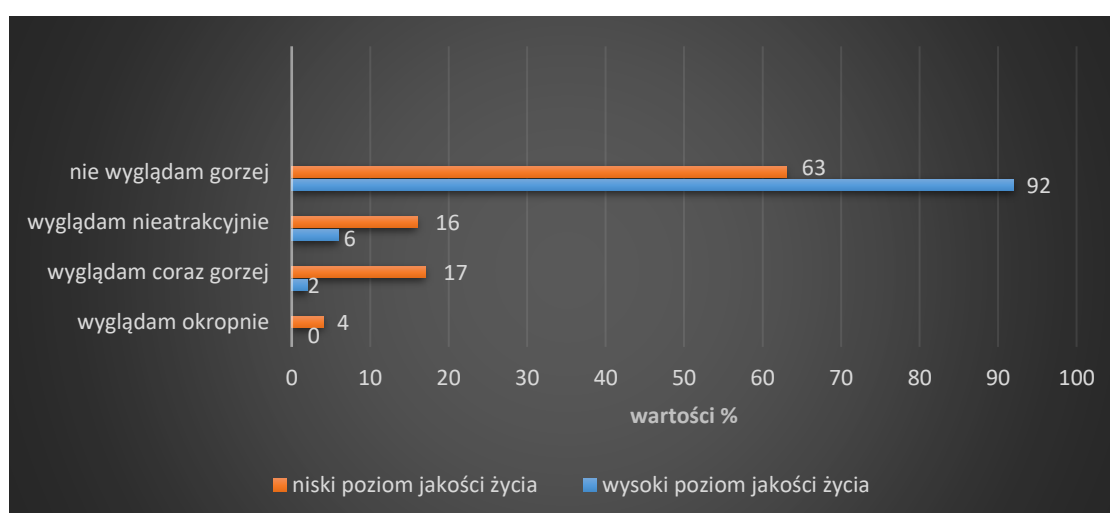
Studenci ujawniający wysoki poziom jakości życia w ponad 80% pozytywnie lub bardzo pozytywnie oceniają stan swojego zdrowia (Rycina 2).



Rycina 2. Zadowolenie ze stanu swojego zdrowia studentów II roku studiów magisterskich wychowania fizycznego WWFiS w Białej Podlaskiej

Te same prawidłowości w odniesieniu do studentów nisko oceniających jakość swojego życia stwierdzono jedynie u 53% badanych. Co piąty student z tej grupy jest w różnym stopniu niezadowolony ze stanu swojego zdrowia.

Prawie wszystkie studentki o wysokim poziomie jakości życia uważają, iż nie wyglądają gorzej (92%), tylko 8% z nich ocenia swój wygląd zewnętrzny negatywnie (Rycina 3).

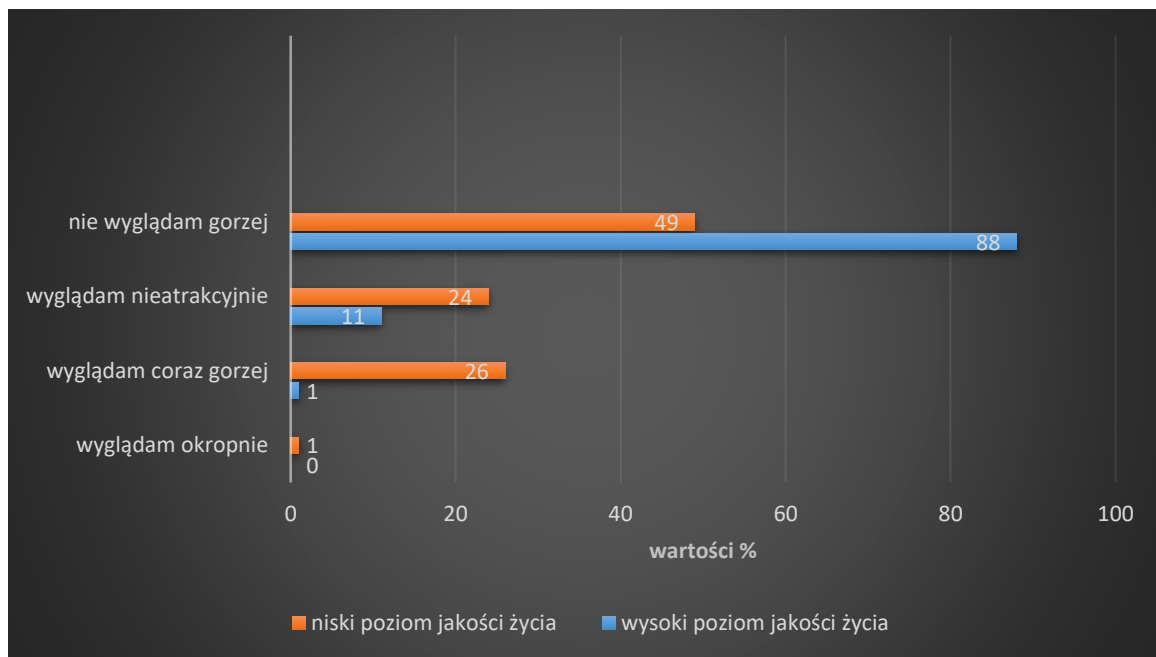


Rycina 3. Ocena własnego wyglądu zewnętrznego studentek II roku studiów magisterskich wychowania fizycznego WWFiS w Białej Podlaskiej

Natomiast w odniesieniu do studentek ujawniających niski poziom jakości swojego życia ujawniono, iż 37% z nich w różnym stopniu jest niezadowolonych ze swojego wyglądu zewnętrznego.

Wśród studentów ujawniających niski poziom jakości życia zaobserwowano, iż prawie połowa z nich (49%) jest zadowolona ze swojego wyglądu, co w odniesieniu do mężczyzn ujawniających wysoki poziom jakości życia może stwierdzić 88% badanych (Rycina 4).

50% studentów o niskim poziomie jakości swojego życia negatywnie ocenia swój wygląd zewnętrzny, podobnie sądzi jedynie 12% studentów o wysokim poziomie jakości życia.



Rycina 4. Ocena własnego wyglądu zewnętrznego studentów II roku studiów magisterskich wychowania fizycznego WWFiS w Białej Podlaskiej

Analizując oceny respondentów dotyczące jakości ich snu stwierdzono, iż 55% badanych studentek oraz 88% studentów ujawniających wysoki poziom jakości życia ocenia, iż „sypia dobrze”. W odniesieniu do respondentów ujawniających niski poziom jakości życia wyniki te prawidłowości potwierdzono u 36% kobiet i 51% mężczyzn. Co piąty mężczyzna nisko oceniający jakość swojego życia śpi „źle” lub „bardzo źle”

W odniesieniu do poziom zmęczenia ujawniono, iż bez względu na poziom jakości życia prawie połowa studentek oraz 56% studentów o wysokim poziomie jakości życia stwierdziło, iż „nie męczy się bardziej”. Ponad 64% studentów o niskim poziomie jakości życia wskazuje na to, iż zdecydowanie łatwiej się męczy i często odczuwają zmęczenie.

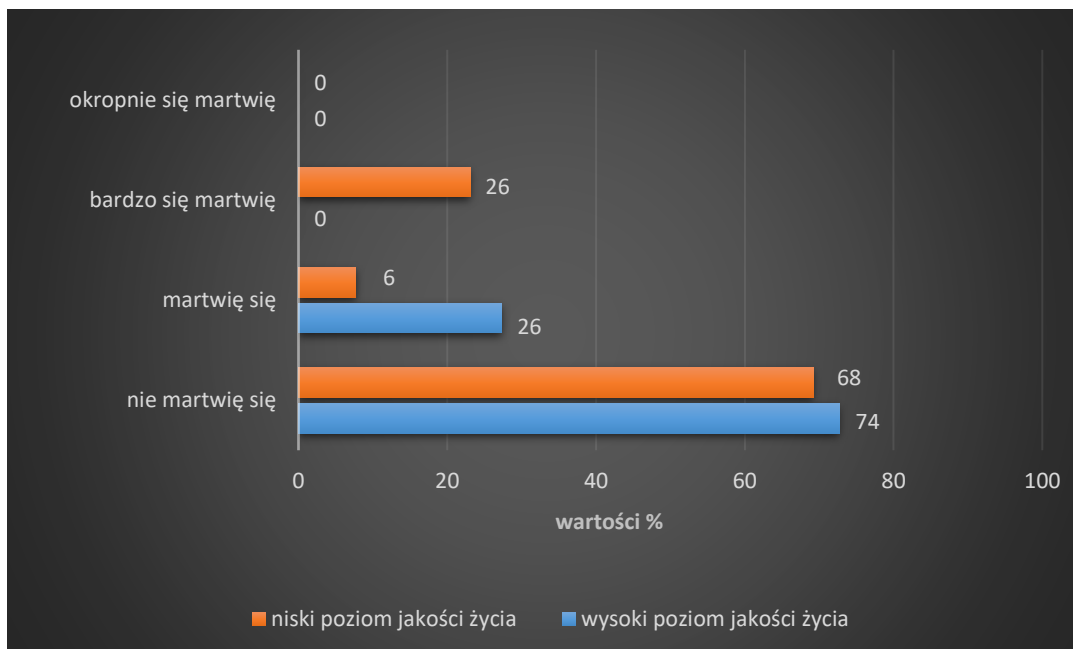
Bez względu na płeć ani poziom oceny jakości życia żaden z respondentów nie wskazał, iż jest „bardzo zmęczony”.

Charakteryzując ocenę apetytu badanej młodzieży stwierdzono, iż ponad 80% młodzieży akademickiej ujawniającej wysoki poziom jakości życia oraz ponad 60% studentek i studentów o niskim poziomie jakości życia określa swój apetyt jako „dobry”.

Jedynie 8% studentek, u których zdiagnozowano niski poziom jakości życia twierdzi, iż „nie ma apetytu”, czego nie można powiedzieć o żadnym badanym studencie.

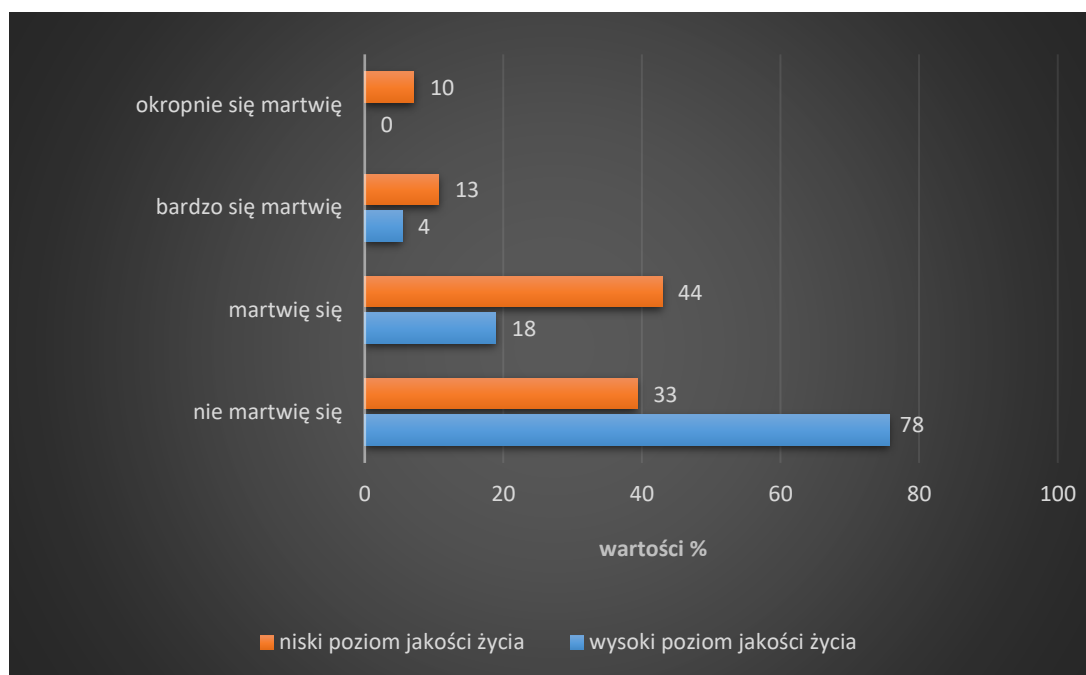
W odniesieniu do analizy stopnia zainteresowania badanymi seksem stwierdzono, iż 75% studentek oraz 100% studentów ujawniających wysoki, a także 65% studentek oraz 75% studentów ujawniających niski poziom jakości życia nadal jest zainteresowanych tą sferą życia i to zainteresowanie nie zmniejszyło się. Natomiast 14% studentek oraz 7% studentów o niskim poziomie jakości życia wskazuje, iż ich zainteresowanie seksem znacznie zmniejszyło się, a w odniesieniu do 7% studentek nie występuje wcale – czego nie można powiedzieć o żadnej studentce wysoko oceniającej jakość swojego życia. Żaden z badanych studentów, bez względu na poziom jakości życia, nie stracił zainteresowania seksem.

Bez względu na poziom oceny jakości życia studentki w około 70% „nie martwią się o swoje zdrowie bardziej niż dawniej” o swoje zdrowie (Rycina 5, Rycina 6).



Rycina 5. Martwienie się swoim zdrowiem studentek II roku studiów magisterskich wychowania fizycznego WWFiS w Białej Podlaskiej

Podobne prawidłowości zaobserwowano analizując wyniki badań studentów ujawniających wysoki poziom jakości życia (78%).



Rycina 6. Martwienie się swoim zdrowiem studentów II roku studiów magisterskich wychowania fizycznego WWFiS w Białej Podlaskiej

Warto podkreślić, iż co trzecia studentka ujawniająca niski poziom jakości życia (33%) oraz ponad połowa studentów z tej samej grupy (66%) w różnym stopniu martwi się o stan swojego zdrowia. Ich obawy dotyczą różnych dolegliwości np. bóle, rozstrój żołądka, zaparcia; osoby te ciągle o tej sytuacji myślą i są pełne obaw.

Charakteryzując zapał do pracy badanych ujawniających wysoki poziom jakości życia to ponad połowa z nich - bez względu na płeć (56% kobiet oraz 70% mężczyzn) wskazuje na dużą chęć do pracy. Natomiast wśród młodzieży akademickiej charakteryzującej się niskim poziomem jakości życia, bez względu na płeć proporcje są odmienne. Około 30% badanych ma dużo zapału do pracy, zaś około 60% mało.

Przechodząc do charakterystyki wymiarów zdrowia w sferze psychicznej i społecznej uwzględniono takie zmienne jak: stopień zadowolenia z relacji w rodzinie, z przyjaciółmi i partnerskich; poczucie bycia kochanym i darzonym zaufaniem; odczuwanie samotności oraz myśli samobójcze.

Analizując stopień zadowolenia młodzieży akademickiej z relacji ze swoją rodziną, przyjaciółmi/kolegami oraz partnerami stwierdzono, iż ocena ta jest dla prawie połowy badanych bez względu na płeć i poziom jakości życia pozytywna. Młodzież ocenia te relacje w kategoriach „zadowolony” lub „bardzo zadowolony” (Tabela I).

W odniesieniu do oceny relacji w rodzinie ujawniono, iż 82% studentek i 91% studentów ujawniających wysoki poziom jakości życia jest zadowolonych, a nawet bardzo zadowolonych z istniejących związków w swoich rodzinach. Taką prawidłowość stwierdzono jedynie u 52% studentek i 56% studentów oceniających nisko jakość swojego życia. Warto podkreślić, iż żadna z badanych w tej kategorii osób nie jest „bardzo niezadowolona” z relacji z własną rodziną

Tabela I. Stopień zadowolenia z relacji społecznych studentek i studentów II roku studiów magisterskich WWFiS w Białej Podlaskiej ujawniających wysoki lub niski poziom jakości życia

Stopień zadowolenia		bardzo zadowolony		zadowolony		różnie bywa		niezadowolony		bardzo niezadowolony	
		K	M	K	M	K	M	K	M	K	M
pleć		K	M	K	M	K	M	K	M	K	M
	W	49	69	33	22	16	9	9	0	0	0
relacje w rodzinie	N	8	22	44	34	42	35	6	9	0	0
	W	25	61	43	35	25	3	1	0	7	1
relacje z kolegami	N	13	20	45	45	23	30	3	5	16	0
	W	28	49	20	37	32	13	0	0	0	1
relacje partnerskie*	N	24	14	20	41	39	10	17	35	0	0

Legenda:

W - wysoki poziom jakości życia

N - niski poziom jakości życia

* -wyniki nie sumują się do 100% ponieważ dodano kategorię „nie dotyczy”

Zarówno 68% studentek, jak i 96% studentów z wysokim poziomem jakości życia jest bardzo zadowolonych lub zadowolonych z relacji ze swoimi kolegami i przyjaciółmi.

W odniesieniu do studentek lub studentów ujawniających niski poziom jakości życia wartości procentowe wynoszą 58% dla kobiet oraz 65% dla mężczyzn. Prawie co piąta badana w tej grupie studentka kobieta i co trzeci student nie potrafią jednoznacznie określić tych relacji opisując je w kategorii „różnie bywa”.

Analizując jakość relacji partnerskich w badanej grupie młodzieży akademickiej należy zaznaczyć, iż 19% studentek ujawniających wysoki poziom jakości życia w czasie badania nie utrzymywała takich relacji i wybrała odpowiedź „nie dotyczy”. Bez względu na wartość oceny poziomu jakości życia studentki ujawniające jej wysoki w 48% lub niski w 44% poziom są bardzo zadowolone lub zadowolone ze związku partnerskiego, w którym obecnie się znajdują. W grupie studentów można zauważyć takie prawidłowości w odniesieniu do 86% studentów charakteryzujących się wysokim poziomem jakości życia oraz 55% studentów o niskim poziomie jakości życia.

Niepokojąco wydaje się brzmieć informacja, iż 35% studentów ujawniających niski poziom jakości życia jest niezadowolonych ze swoich relacji partnerskich.

Biorąc pod uwagę wyróżnione w badaniu trzy rodzaje relacji społecznych: rodzinne, przyjacielskie i partnerskie, to właśnie z tych ostatnich młodzież akademicka ujawnia najmniejszy stopień zadowolenia.

W przeprowadzonych badaniach postawiono sobie również za zadanie odpowiedź na pytanie „Czy młodzież akademicka czuje się ogólnie kochana i darzona zaufaniem?” W odpowiedzi na to pytanie ujawniono, iż 100% studentek oraz 89% studentów ujawniających wysoki poziom jakości życia uważa, tak właśnie jest w ich życiu. W odniesieniu do młodzieży nisko oceniającej poziom jakości własnego życia odpowiedź pozytywną uzyskano u 51% studentek i 79% studentów.

Ta wydaje się dobra informacja dotycząca przeświadczenia u młodzieży, że są kochani i darzeni zaufaniem w swoim życiu nie powoduje, że nie czują się niejednokrotnie samotni. 72% studentek oraz 20% studentów ujawniających niski poziom jakości życia odczuwa w swoim życiu samotność. Około 90% zarówno studentek, jak i studentów ujawniających wysoki poziom jakości życia nie czuje się samotnie.

Niepokojącym jest fakt, iż u 17% studentek i 2% studentów bardzo często występują myśli samobójcze. Warto jednocześnie dodać, iż żadna ze studentek, czy też żaden ze studentów o wysokim poziomie jakości życia nie ma myśli samobójczych.

Dyskusja

Ocena satysfakcji z życia wynika z porównania własnej sytuacji życiowej z ustalonymi przez siebie kryteriami. Im bardziej zadowolający wynik tego porównania, tym większa satysfakcja z życia i odczuwany poziom jakości życia [10].

W ostatnich latach zaznacza się tendencja do przypisywania większej roli wskaźnikom subiektywnym [11]. Analiza 27 definicji jakości życia ujawnia, iż większość z nich uwzględnia pięć wymiarów: dobrostan emocjonalny (85%), zdrowie (70%), relacje rodzinne i społeczne (70%), dobrobyt materialny (59%), praca zawodowa lub inne formy aktywności (56%). Co ważniejsze wyniki badań wskazują, iż respondenci bardzo sobie cenią wysoki poziom tych wymiarów w swoim życiu [12].

W tym kontekście bardzo satysfakcjonujące wydają się być wyniki przeprowadzonych badań, które wskazują, iż ponad 80% zarówno studentek, jak i studentów ujawniających wysoki poziom jakości życia jest bardzo zadowolonych i zadowolonych ze swojego zdrowia, co u młodzieży ujawniającej niski poziom jakości życia stwierdzono jedynie w odniesieniu do połowy badanej grupy.

Warto dodać, iż w roku 2017 zgodnie z wynikami Głównego Urzędu Statystycznego 60,7% respondentów powyżej 16 roku życia oceniło swój stan zdrowia jako dobry lub bardzo dobry [13].

Analizując fizyczne wymiary zdrowia zaobserwowano prawidłowość, iż respondenci ujawniający niski poziom jakości życia zdecydowanie gorzej oceniają poziom swojego zadowolenia w takich wymiarach jak: wygląd zewnętrzny, sen, zmęczenie /co piąty respondent uważa, że wygląda gorzej lub okropnie; ma problemy ze snem, łatwiej się męczy/. Osoby te zdecydowanie bardziej martwią się o stan swojego zdrowia – bez względu na płeć, co piąty badany jest bardzo zaniepokojony. W odniesieniu do osób ujawniających wysoki poziom jakości życia taką prawidłowość ujawniono tylko u 4% mężczyzn, u kobiet nie stwierdzono istnienia takich obaw wcale.

„Istotną determinantą ogólnego dobrostanu jednostki są także kontakty z innymi ludźmi. Mogą być źródłem zadowolenia, radości, pomocy, a ponadto redukują wpływ stresu, mogą mobilizować do działania i zwiększać aktywność człowieka” [7, 10].

Powyższa teza znalazła potwierdzenie w uzyskanych wynikach badań, dotyczących społecznego wymiaru zdrowia, bowiem zarówno studentki, jak i studenci uzyskujący wysoki poziom jakości życia wskazują na proporcjonalnie wyższy poziom zadowolenia z relacji społecznych. Około 90% studentów wysoko oceniających jakość swojego życia jest bardzo

zadowolonych lub zadowolonych z relacji: w rodzinie, przyjacielskich, a także partnerskich. W odniesieniu do studentów nisko oceniających jakość swojego życia taką prawidłowość obserwujemy średnio u połowy badanych.

Podobną tendencję ujawniła Turossz stwierdzając, iż nieprzypadkowo studentki i studenci I roku wychowania fizycznego AWF w Warszawie ujawniający niski poziom jakości czują się osamotnieni ($p < 0,001$) [14].

Niepokojącym jest fakt, iż 72% studentek i 20% studentów ujawniających niski poziom jakości życia nie czuje się kochana i darzona zaufaniem, wręcz odwrotnie odczuwa samotność, co najgorsze 17% studentek z tej grupy i 2% studentów ma często myśli samobójcze, czego nie można powiedzieć o żadnej osobie o wysokim poziomie jakości życia. Dzieje się tak, ponieważ sieci społeczne, to inaczej źródła wsparcia, które w sytuacji silnego stresu działają jak bufory - obniżają napięcie stresowe, umożliwiają przezwyciężenie trudności. Brak wsparcia społecznego lub jego małe nasilenie uznaje się za deficyt i czynnik ryzyka [6].

Przedstawione wyniki badań zdają się w pełni potwierdzać znaczącą rolę zdrowia oraz więzi społecznych dla kształtowania się satysfakcji z życia [15]. Pojawiające się myśli samobójcze mogą wiązać się z brakiem umiejętności proaktywnego radzenia sobie ze stresem oraz skłonności do stosowania strategii ucieczkowych. „Im niższa samoocena podmiotowych zasobów, tym wyższy poziom odczuwanego stresu i distres psychiczny, niższa satysfakcja z całego życia (...) [16]. W tym ważnym okresie życia to relacje z drugim człowiekiem są najważniejsze, młodzież studencka wybiera najczęściej miłość i przyjaźń jako wartości będące źródłem sensu życia [17]. Bycie kochanym i darzonym zaufaniem sprzyja pozytywnemu wartościowaniu jakości życia młodzieży akademickiej [14].

Wnioski

1. Wysoki poziom fizycznych, psychicznych, społecznych wymiarów zdrowia sprzyja pozytywnemu wartościowaniu jakości życia studentów.
2. W toku studiów powinno się zintensyfikować działania dydaktyczne i wychowawcze, tak, aby młodzież akademicka mogła rozwijać i pomnażać zasoby osobiste kształtujące się w wyniku społecznych interakcji człowieka, a także nabywać umiejętności proaktywnego radzenia sobie ze stresem.

Piśmiennictwo

1. Derbis R.: Jakość rozwoju a jakość życia. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Częstochowa 2000.
2. Sampolska-Rzechuła A.: Jakość życia jako kategoria ekonomiczna. *Folia Pomeranae Universitatis Technologiae Stetiensis*, 2013, 301 (71), 127-140.
3. Dziurawicz – Kozłowska A.: Wokół pojęcia jakości życia. *Psychologia Jakości Życia*, 2002, 1 (2), 77 – 99.
4. Wrześniewski K.: Wybrane zagadnienia teoretyczne i metodologiczne pojęcia jakości życia [w:] *Psychologia zdrowia. Teoria, metodologia i empiria*, Pasikowski T., Sęk H. (red.). Bogucki Wydawnictwo Naukowe, Poznań 2006, 61-72.
5. Kowalik S.: Psychologiczne wymiary jakości życia [w:] *Myśl psychologiczna w Polsce Odrodzonej*, Bańka A., Derbis R. (red.). Gemini, Poznań 1993, 31 – 43.
6. Heszen I., Sęk H.: *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
7. Ogińska – Bulik N., Juczyński Z.: Osobowościowe wyznaczniki satysfakcji z życia [w:] *Psychologia zdrowia w poszukiwaniu pozytywnych inspiracji*, Heszen I., Życińska J. (red.). Wydawnictwo SWPS Academica, Warszawa 2008, 89-102.
8. Trzebińska E., Łuszczynska A.: *Psychologia Jakości Życia*. *Psychologia Jakości Życia*, 2002, 1 (2), 5 – 8.
9. Walentynowicz-Moryl K.: Wielowymiarowe modele zdrowia. *Hygeia Public Health*, 2017, 52(1), 1-12.
10. Kirschner H.: Pojęcie zdrowia i jego ocena [w:] *Medycyna zapobiegawcza i środowiskowa. Podręcznik dla studentów*, Jethon Z. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 1997, 20 – 25.
11. Chrobak M.: Ocena jakości życia zależnej od stanu zdrowia. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2009, 17 (2), 123-127.
12. Juczyński Z.: *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 2001.
13. Trzebiatowski J.: Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych. *Hygeia Public Health*, 2011, 46(1), 25-31.
14. Cummins R.: The domains of life satisfaction. An attempt to order chaos. *Social Indicators Reserach*, 1996, 38, 303-328.

15. Jakość życia w Polsce. Edycja 2017. Główny Urząd Statystyczny.
https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5486/16/4/1/jakosc_zycia_w_polsce_2017.pdf (data dostępu: 26 X 2018r.).
16. Turosz M.A.: Zasoby osobiste i deficyty a jakość życia studentów Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2011, 92(2), 204-210.
17. Argyle M.: *Psychologia szczęścia*. Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2004.

Budna Patrycja Anna¹, Łagoda Katarzyna²

1. Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Medycyny Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Medycyny Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Jakość życia osób z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc

Wprowadzenie

Jakość życia jest pojęciem wielowymiarowym i interdyscyplinarnym. W naukach medycznych jakość nie ma jednolicie określonej definicji. Wynika to z faktu, że jakość życia podlega wpływom wielu czynników, które zmieniają się wraz z upływem czasu. Potocznie jakość życia postrzegana jest jako „obraz własnego położenia i sytuacji życiowej w określonym czasie” [1]. W naukach medycznych funkcjonuje pojęcie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (ang. *health related quality of life* - HRQoL), która określa min. stan fizyczny i sprawność ruchową, stan psychiczny, sytuację społeczną, ekonomiczną, odczuwane dolegliwości oraz postrzeganie rzeczywistości w sytuacji choroby przez pacjenta [2]. Choroba przewlekła niesie ze sobą szereg ograniczeń wynikających nie tylko ze stanu zdrowia, lecz także stosowanej terapii, działań niepożądanych leków czy też ograniczenia pełnienia ról społecznych i zawodowych. Najczęściej występującą chorobą przewlekłą układu oddechowego jest przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP), która w istotny sposób wpływa na jakość życia pacjentów i ich bliskich. U pacjentów w zaawansowanym stopniu choroby często występuje niedożywienie, wyniszczenie organizmu, obniżony nastrój, lęk związany z niepewnym rokowaniem, zaburzenia snu oraz ciężka przewlekła niewydolność oddechowa.

Rozwinięcie

Celem pracy jest dokonanie przeglądu badań oceniających jakość życia chorych z POChP. Pozwoli to na wyciągnięcie ogólnych wniosków na temat funkcjonowania chorych podczas wykonywania czynności dnia codziennego oraz wpływie czynników towarzyszących na poziom jakości ich życia.

Według WHO jakość życia definiuje się jako „indywidualny sposób postrzegania przez jednostkę jej pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemu wartości, w którym żyje,

oraz w odniesieniu do zadań, oczekiwań i standardów wyznaczonych uwarunkowaniami środowiskowymi” [3].

Pojęcie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (ang. HRQoL) wprowadził Schipper i jego współpracownicy, definiując je jako „funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia odbierany (przeżywany) przez pacjenta”. Pojęcie HRQoL obejmuje 4 aspekty funkcjonowania człowieka takie jak: stan fizyczny i sprawność ruchową, stan psychiczny, sytuacja społeczna i ekonomiczna oraz postrzeganie rzeczywistości [4].

Według de Walden-Gałuszko [5] jakość życia to ocena osobistej pozycji życiowej uwzględniająca hierarchię wartości przyjętą przez człowieka. Może być również określana jako różnica pomiędzy oczekiwaniami człowieka a jego aktualną sytuacją życiową.

Jakość życia jest określeniem wieloelementowym, zmiennym w czasie, poddawany obiektywnej i subiektywnej ocenie. Poglądu obiektywnego dokonuje osoba trzecia biorąc pod uwagę położenie życiowe chorego. Natomiast subiektywna ocena jakości życia uwarunkowana jest osobistymi przeżyciami, doświadczeniem z przeszłości lub poglądami pacjenta [1]. HRQoL polega na dokonaniu samooceny pacjenta dotyczącej wpływu choroby i stosowanej terapii na funkcjonowanie fizyczne, psychiczne, społeczne i duchowe w codziennym życiu. Problemy chorego są rozpatrywane w ujęciu medycznym (odczuwane dolegliwości, samopoczucie psychiczne) oraz pozamedycznym (życie zawodowe, społeczne, rodzinne). Wysoka wartość wskaźnika HRQoL oznacza, że chory postrzega siebie jako jednostkę dobrze funkcjonującą pomimo ograniczeń wynikających z choroby czy też niepełnosprawności.

Przewlekła obturacyjna choroba płuc jest jedną z najczęściej występujących chorób przewlekłych układu oddechowego, stanowi też czwartą przyczynę zgonów w populacji osób dorosłych [6]. Rocznie umiera od 14 - 15 tys. chorych na POChP i liczba ta z roku na rok wzrasta. W ciągu ostatnich 30 lat liczba zgonów z powodu POChP wzrosła o około 70%. Szacuje się, że tylko u około 30% pacjentów choroba jest zdiagnozowana [7]. Występuje częściej u mężczyzn niż u kobiet, a stosunek płci wynosi 2:1 [8]. Charakteryzuje się trwałym oraz postępującym ograniczeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe. Przewlekłe zapalenie oskrzeli spowodowane jest zwężeniem drobnych odgałęzień oskrzeli oraz zniszczeniem miąższu płuc, w skutek działania szkodliwych gazów i pyłów [9]. Innymi czynnikami, które są odpowiedzialne za nieodwracalny charakter choroby są: naciek zapalny, skurcz i obrzęk mięśni w ścianie oskrzeli, zaleganie gęstego śluzu oraz zmniejszona sprężystość płuc. Główną przyczyną POChP jest palenie tytoniu (ok.80 % przypadków). Ważnymi czynnikami ryzyka zachorowania na POChP są m.in. zanieczyszczenie powietrza

atmosferycznego w miejscu pracy lub zamieszkania, palenie bierne tytoniu oraz nadreaktywność oskrzeli [7].

POChP należy podejrzewać u każdej osoby powyżej 40 rż., która przez wiele lat paliła papierosy lub była narażona na zanieczyszczenia powietrza w domu oraz miejscu pracy. W celu potwierdzenia POChP konieczne jest wykonanie badania spirometrycznego, jak również badania przedmiotowego oraz radiologicznego klatki piersiowej. Kluczowym elementem pomocnym w stwierdzeniu choroby jest wywiad z pacjentem, z którego możemy dowiedzieć się o objawach towarzyszących, czynnikach ryzyka oraz obciążeniach wywiadu rodzinnego [7].

Najważniejszymi objawami, które mają istotny wpływ na codzienne funkcjonowanie chorego i subiektywną jakość życia są: duszność, przewlekły kaszel, odksztuszenie dużej ilości gęstej plwociny oraz stale uczucie zmęczenia i znużenia. Duszność ma charakter przewlekły, postępujący oraz nasila się szczególnie podczas wysiłku fizycznego [9]. Podczas zaostrzeń choroby obserwuje się występowanie duszności również w charakterze spoczynkowym oraz kaszlu z odksztuszeniem większej ilości wydzieliny. Obecność dodatkowych objawów chorobowych zależy od stopnia zaawansowania choroby. Pacjent może zgłaszać objaw ucisku w klatce piersiowej, obserwuje się obecność świszczącego oddechu, firczenia oraz używanie dodatkowych mięśni oddechowych. Wraz z rozwojem choroby może wystąpić również duszność spoczynkowa, która uniemożliwia choremu wychodzenie z domu i ogranicza w znacznym stopniu wykonywanie podstawowych czynności życiowych. W czasie zaostrzenia choroby lub pojawienia się dodatkowej infekcji układu oddechowego może pojawić się krwioplucie. W zaawansowanej postaci choroby pojawia się przewlekła niewydolność oddechowa, która pogarsza funkcjonowanie fizyczne i psychiczne chorego oraz w znacznym stopniu uzależnia od pomocy i opieki innych osób.

Skutki rozwoju POChP dotyczą nie tylko układu oddechowego, ale zauważalne są w funkcjonowaniu całego organizmu. Są to np. zanik i zaburzenia czynności mięśni, zaburzenia odżywiania, kacheksja, osteoporoza, depresja oraz rozwój chorób sercowo-naczyniowych. Zaawansowanej postaci POChP nie można wyleczyć, a postępowanie diagnostyczno-lecznicze i rehabilitacja trwa przez całe życie. Opiera się ono na zaprzestaniu paleniu tytoniu co częściowo zapobiega dalszemu rozwojowi choroby bądź unikaniu narażenia na bierne palenie czy szkodliwy wpływ środowiska. Terapia pacjenta obejmuje także edukację, rehabilitację, poradnictwo żywieniowe, leczenie farmakologiczne, domowe leczenie tlenem bądź leczenie operacyjne [10]. Na jakość życia pacjentów z POChP istotny wpływ mają także takie czynniki

jak: wsparcie ze strony bliskich, akceptacja choroby, wiek zachorowania, czas trwania choroby, częstość zaostrzeń choroby i konieczności hospitalizacji.

Akceptacja choroby a jakość życia pacjentów z POChP

Obecność choroby ma wpływ na wiele poziomów funkcjonowania człowieka. POChP niesie trudności w wykonywaniu czynności dnia codziennego czy też w funkcjonowaniu w społeczeństwie. Akceptacja choroby w pewnym stopniu może korzystnie wpłynąć na sposób postrzegania swoich problemów. Przyjęcie pozytywnej postawy wobec zaistniałej sytuacji jest więc oznaką siły pacjenta. Im większa akceptacja choroby, tym lepsze przystosowanie i mniejsze poczucie dyskomfortu psychicznego. Akceptacja choroby zapobiega obniżeniu jakości życia, jest nieodłącznym elementem funkcjonowania człowieka chorego [11, 12]. Na poziom akceptacji choroby mogą mieć wpływ różne czynniki, tj. osobowość, sposób radzenia sobie ze stresem, obecność chorób współistniejących, czas trwania choroby czy stopień wsparcia społecznego.

W wielu badaniach wykazano zależność pomiędzy akceptacją choroby a płcią chorego na POChP. W badaniach Gościckiej [13] wykazano, że kobiety charakteryzowały się wyższym poziomem akceptacji choroby niż mężczyźni. Podobnie w badaniach Kupcewicz i Abramowicz [14] oraz Majdy i Józefowskiej [15] wykazały istotnie statystycznie, że chore pacjentki bardziej akceptowały swoją sytuację. Do oceny akceptacji choroby zastosowano standaryzowaną skalę akceptacji choroby (AIS). W badanej grupie średni wskaźnik akceptacji choroby wyniósł 20,6 co świadczyło o średnim poziomie życia. Wśród kobiet wyniósł 24,6 natomiast wśród mężczyzn - 18,9. Na niski poziom akceptacji choroby wskazało 17 pacjentów (17%), wyłącznie mężczyzn [15]. Natomiast, w badaniach Olek i wsp. [16] płeć pacjentów nie miała istotnego wpływu na poziom akceptacji.

Poziom akceptacji choroby w dużym stopniu zależy od wieku, dotychczasowego doświadczenia życiowego, czy też systemu wartości. Z badań Gościckiej [13] wynika, że pacjenci z młodszych grup wiekowych charakteryzują się lepszym poziomem akceptacji choroby w porównaniu ze starszą grupą wiekową. Wysoki poziom akceptacji choroby stwierdzono u ok. 4% osób w przedziale wiekowym 61- 67 lat, natomiast u osób w przedziale 46 - 60 lat wyniósł on ponad 14%. Również w pracy Kurowskiej i Brojakowskiej [17] wykazano, że wraz z wzrostem wieku grupy badanej malała ocena zarówno jakości życia, jak i ocena własnego zdrowia. W pracy Majdy i Józefowskiej [15] najwyższy wskaźnik akceptacji choroby mieli pacjenci w przedziale wiekowym 51- 60 lat i wynosił on 25,9. U chorych w kategorii wiekowej 41- 50 lat wskaźnik ten wyniósł 25,2 a pacjenci powyżej 61 roku życia

mieli wskaźnik akceptacji na poziomie 17,5. Stwierdzono również, że wartość tego wskaźnika zaczyna spadać wraz z wiekiem, mimo najwyższego wyniku w badanej pośredniej grupie wiekowej. Natomiast w badaniach Olek i wsp. [16] stwierdzono, że wiek ma znaczący wpływ na wartość skali AIS. Pacjenci w przedziale wiekowym 71- 80 znacznie częściej akceptują swoją chorobę niż młodsi. Lepszą akceptację choroby u starszych pacjentów można tłumaczyć, że są oni bardziej przyzwyczajeni do ograniczeń związanych z procesem starzenia i wiążącymi się z tym problemami w prawidłowym funkcjonowaniu.

Kolejnymi czynnikami mającymi wpływ na akceptację choroby są: miejsce zamieszkania i wykształcenie pacjentów. Z badań przeprowadzonych przez Gościcką [13] wynika, że pacjenci mieszkający w mieście wykazują wyższy poziom akceptacji choroby niż mieszkańcy wsi. Średni wynik uzyskało ponad 69% chorych żyjących w miastach. Gościcka przypuszcza, że może to wynikać z szybszego dostępu do specjalistycznej opieki medycznej w szpitalach. Podobne wyniki uzyskano w pracy Majdy i Józefowskiej [15]. Stwierdzono również, że im większe liczebnie miasto, tym wyższa była akceptacja choroby przez chorych. Natomiast w badaniach Olek i wsp. [16] nie zaobserwowano takiej zależności.

Biorąc pod uwagę wykształcenie chorych w wielu badaniach zauważono wyższy poziom akceptacji choroby u osób bardziej wykształconych. Taki wynik uzyskano m.in. w pracy Majdy [15], Bąk- Drabik i Ziory [18]. Ludzie wykształceni są bardziej zorientowani na swojej chorobie, mają wyższy poziom wiedzy na temat profilaktyki zaostrzeń i rehabilitacji. Pomaga im to w zaakceptowaniu zaistniałej sytuacji i przystosowaniu do otaczającej rzeczywistości.

Stan odżywienia a jakość życia pacjentów z POChP

Problemem wielu pacjentów oprócz płucnych następstw choroby są również nieprawidłowości w stanie odżywienia. Wywołane jest to m.in. poprzez zwiększone zapotrzebowanie na energię, które wynika ze wzmożonego wysiłku wkładanego w oddychanie. Innymi przyczynami zaburzeń odżywiania są: brak aktywności fizycznej, katabolizm w okresie zaostrzenia choroby, braki w uzębieniu, duszność utrudniająca spożywanie posiłków, brak apetytu oraz starzenie się organizmu [2]. Nieprawidłowością występującą najczęściej jest niedożywienie białkowo - energetyczne. Niedożywienie lub utrata masy ciała może dotyczyć aż 50% pacjentów z zaawansowaną postacią choroby [19].

W związku z występowaniem niedożywienia w toku trwania choroby prawidłowe odżywianie jest nieodłącznym elementem terapii chorego. W zależności od stopnia

zaawansowania choroby u pacjenta dochodzi do rozwoju problemów z połykaniem oraz duszności podczas spożywania posiłków. Problemy te powodują, że pacjent traci apetyt, a co za tym idzie, następuje spadek masy ciała. Skutkiem tego jest zmniejszenie siły mięśniowej, sprawności fizycznej oraz rozwój zaburzeń w psychice pacjenta. Czynniki te powodują znaczne obniżenie jakości życia. Najczęstszymi objawami niedożywienia jest utrata masy ciała i zmniejszenie masy mięśniowej. Dalszy postępujący proces wyniszczający z powodu braku składników odżywczych zwiększa śmiertelność chorych na POChP [20].

Otyłość występuje znacznie rzadziej u pacjentów z POChP. U pacjentów otyłych lub z nadwagą chorych na POChP zauważa się pogorszenie jakości życia w związku nasileniem objawów z układu oddechowego. Otyłość typu brzuszego może powodować niewydolność oddechową typu wentylacyjnego. Tkanka tłuszczowa w powłokach brzusznych i nagromadzenie tkanki tłuszczowej w jamie brzusznej (tłuszcz wisceralny) powodują wzrost ciśnienia w jamie brzusznej. Wpływa to ujemnie na wdechowy ruch przepony. Trudności w oddychaniu mogą być związane także z nadmiernym nagromadzeniem tłuszczu w okolicy szyi. The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) rekomenduje do powszechnego użycia 3 testy przesiewowe (standaryzowane kwestionariusze): Mini Nutritional Assessment (MNA), Malnutritional Universal Screening Tool (MUST) i Nutritional Risk Screening (NRS 2002) [19].

Wsparcie a jakość życia pacjentów z POChP

Obecność choroby przewlekłej znacząco wpływa na sposób postrzegania świata. Chory musi przystosować się do nowej rzeczywistości, życia z ograniczeniami wynikającymi z choroby, zmienić pełnione dotychczas role w społeczeństwie. To w jakim stopniu zaakceptuje swoją chorobę będzie miało przełożenie na poziom jakości życia. Niekiedy jednak sami pacjenci nie są w stanie sobie z tym poradzić i w związku z tym mogą wystąpić zaburzenia w psychice pacjenta, takie jak obniżony nastrój, depresja, zaburzenia snu czy też zaburzenia lękowe. Badania przeprowadzone przez Ślusarską i wsp. [22] wykazały, że aż 69% przebadanych pacjentów przyznało, że choroba wpływa na ich sferę psychiczną obniżając nastrój, prowadząc do rozwoju lęku czy depresji. Wiele pacjentów zmaga się również z poczuciem bezradności, która przekłada się na funkcjonowanie w społeczeństwie. W momencie, gdy choroba jest w fazie zaawansowanej u chorych zauważa się znaczący niepokój z powodu narastającej duszności, a nawet strach przed śmiercią. Istotnym elementem w terapii jest wtedy pomoc ze strony rodziny, przyjaciół bądź też wykwalifikowanej opieki medycznej, czyli szeroko rozumiane wsparcie społeczne.

Badania przeprowadzone przez Paluch [23] dowiodły, że pacjenci, którzy otrzymywali wsparcie ze strony najbliższych odczuwali znacząco wyższy poziom jakości życia. W badaniach Kurowskiej i Brojakowskiej [17] do oceny poziomu wsparcia wykorzystano skalę wsparcia społecznego Kmieciak-Baran oraz kwestionariusz WHOQOL – BREF. Na podstawie skali Kmieciak-Baran można było porównać różne składowe wsparcia społeczne tj. wartościujące, emocjonalne, informacyjne i instrumentalne. Najwyżej przez badanych pacjentów zostało ocenione wsparcie emocjonalne (83,8%), a najniżej otrzymywane wsparcie wartościujące (56,3%). Wraz ze wzrostem wsparcia emocjonalnego jak również całościowo wsparcia społecznego wzrastała również ocena jakości własnego życia, zdrowia oraz dziedzin funkcjonowania w sferze fizycznej, psychologicznej i środowiskowej.

Zmienne związane z przebiegiem choroby a jakość życia

Choroba przewlekła charakteryzuje się długim czasem trwania oraz wolnym postępem zmian chorobowych. Oceniając jakość życia pacjentów z POChP należy brać pod uwagę stały postęp choroby, zmienność objawów i częstość zaostrzeń choroby. Dodatkowo z biegiem czasu może dojść do rozwoju innych chorób współistniejących, które mogą prowadzić do ograniczeń i znacznego pogorszenia sytuacji zdrowotnej. Stopień zaawansowania choroby oraz problemy związane z obecnością chorób współistniejących odgrywają znaczącą rolę w ogólnej ocenie jakości życia.

W badaniu przeprowadzonym przez Gościcką [13] aż 81% respondentów potwierdziła występowanie innych chorób współistniejących. Obecność schorzeń negatywnie wpływa na poziom akceptacji choroby, co prowadzi do obniżenia jakości życia w dziedzinie fizycznej i psychicznej. W badaniach Kupcewicz [14] zauważono, że osoby, które chorowały powyżej 10 lat, miały niższy poziom jakości życia w porównaniu z krótszym czasem choroby. Źródłem dodatkowych problemów zdrowotnych były choroby współistniejące m.in. cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca, niewydolność nerek oraz choroby nowotworowe. Obecność schorzeń prowadziła do ograniczeń w funkcjonowaniu oraz znacząco obniżała jakość życia. Podobnie było w pracy Kurowskiej [17], gdzie wraz z upływem czasu malał poziom jakości życia oraz ocena zdrowia. Wśród respondentów badania Paluch [23] osoby, u których okres choroby był dłuższy niż 10 ocenilo, że są bardzo niezadowolony z jakości życia. Grupa pacjentów niezadowolonych charakteryzowała się obecnością innych chorób tj. nadciśnienie tętnicze i niewydolność serca.

Podsumowanie

Opierając się na wynikach badań oceniających jakość życia można stwierdzić, że chorzy na POChP charakteryzują się w większości średnim poziomem życia. Subiektywna ocena jakości życia przez pacjentów zależy od bardzo wielu czynników, m.in.: poziomu akceptacji choroby, czynników demograficznych, przebiegu, czasu trwania i ciężkości choroby, stanu odżywienia, sytuacji społecznej, czy też zakresu wsparcia emocjonalnego otrzymywanego ze strony bliskich. HRQOL zmienia się w zależności od nasilenia choroby i pogarsza się wraz z wiekiem i czasem trwania choroby. Systematyczne monitorowanie HRQOL umożliwia wczesne rozpoznanie problemów zdrowotnych pacjenta, właściwe planowanie terapii, bieżącą modyfikację leczenia oraz programu rehabilitacji i pielęgnacji pacjenta.

Piśmiennictwo

1. Ostrzyżek A.: Jakość życia w chorobach przewlekłych. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2008, 89 (4), 467-470.
2. Szyguła-Jurkiewicz B., Kowalska M., Mościński M.: Jakość życia jako element oceny stanu zdrowia i efektywności leczenia chorych ze schorzeniami układu sercowo-naczyniowego. *Folia Cardiologica Excerpta*, 2011, 6 (1), 62-71.
3. WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the world health organization. *Social Science & Medicine*, 1995, 41, 1403-1409.
4. Schipper H.: Quality of life: Principles of the clinical paradigm. *Journal of Psychosocial Oncology*, 1990, 8, 23, 171-185.
5. Zięba M., Cisoń- Apanasewicz U.: Jakość życia w naukach społecznych – podstawy teoretyczne [w:] *Jakość życia w naukach medycznych i społecznych*. Tom I, Kowalewska B., Jankowiak B., Rolka H., Krajewska – Kułak E. (red.). Wyd. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2017, 53 – 61.
6. Główny Urząd Statystyczny: *Rocznik Demograficzny 2017*, 324, TABL. 96 (126). Zgony według wybranych przyczyn; www.stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5515/3/11/1/rocznik_demograficzny_2017.pdf, pobrano dnia 17.10.2018.
7. Śliwiński P., Górecka D., Jassem E., Pierzchała W.: Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP). *Pneumonologia i Alergologia Polska*, 2014, 82, 3, 227-263.

8. Jasik A., Marcinowska - Suchowierska E.: Przewlekła obturacyjna choroba płuc. *Postępy Nauk Medycznych*, 2009 (22) 5, 340-344.
9. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2018 Report). Available from: <http://www.goldcopd.org/>. pobrano dnia 17.10.2018.
10. Szczeklik A., Gajewski P. (red): *Interna Szczeklika. Podręcznik chorób wewnętrznych* 2014. Wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków 2014.
11. Basińska M. A., Zalewska-Rydzkowska D., Paulina Wolańska, Junik R.: Dyspozycyjny optymizm a akceptacja choroby w grupie osób z chorobą Gravesa-Basedowa. *Endokrynologia Polska*, 2008, 59 (1), 23 – 28.
12. Kurpas D., Czech T., Mroczek B.: Akceptacja choroby pacjentów z cukrzycą oraz jej wpływ na jakość życia i subiektywną ocenę zdrowia. *Family Medicine & Primary Care Review*, 2012, 14, 3, 383–388.
13. Gościcka M.: Ocena akceptacji choroby przewlekłej na przykładzie pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu*, 2016, 2 (1), 7-9.
14. Kupcewicz E., Abramowicz A.: Wpływ wybranych czynników socjodemograficznych na stopień akceptacji choroby i poziom satysfakcji z życia u pacjentów leczonych z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. *Hygeia Public Health*, 2015, 50 (1), 142-148.
15. Majda A., Józefowska H.: Zasoby osobiste pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2009, (17) 4, 283-293.
16. Olek D., Uchmanowicz. I, Chudiak A., Jankowska-Polańska B.: Wpływ akceptacji choroby na jakość życia chorych w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2014, 22 (4), 471-476.
17. Kurowska K., Brojakowska M.: Wsparcie a jakość życia osób z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. *Nowiny Lekarskie*, 2010, 79 (6), 438–444.
18. Bąk-Drabik K., Ziora D.: Wpływ statusu socjoekonomicznego na jakość życia chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. *Pneumonologia i Alergologia Polska*, 2010, 78, 1, 3–13.
19. Posłuszna D., Doboszyńska A.: Ocena stanu odżywienia u chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP) oraz wpływ diety na ryzyko jej wystąpienia. *Pneumonologia i Alergologia Polska*, 2011, 79, 2, 109–115.

20. Odencrants S., Ehnfors M., Ehrenberg A.: Nutritional status and body composition among persons with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 2009, 1, 60–70.
21. Collins PF, Stratton RJ, Kurukulaaratchy R, Elia M.: The obesity paradox in chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*, 2010, 65 (Suppl 4), A73-A74.
22. Ślusarska B., Kwaśnik K., Piasecka H., Nowicki G.: Wybrane psychospołeczne problemy opieki pacjentów z POChP. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2016, 24 (1), 48–54.
23. Paluch M.: Jakość życia a sprawność funkcjonalna wśród pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej*, 2017, 1, 9–24.

Ostaszewska-Puchalska Iwona¹, Rostkowski Leszek²

1. Wydział Nauk o Zdrowiu, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży
2. Centrum Dializ Fresenius, Ośrodek Dializ nr 66 w Płońsku

Świąd skóry u hemodializowanych pacjentów

Wstęp

Przewlekła niewydolność nerek prowadzi do postępującego niszczenia ich struktur, a tym samym do stopniowego upośledzenia czynności aż do całkowitej utraty funkcji. W momencie, kiedy nerki nie zabezpieczają prawidłowego funkcjonowania organizmu, należy ich czynność zastąpić leczeniem nerkozastępczym. Ma ono zastosowanie w ostrej i przewlekłej niewydolności nerek. Do głównych form leczenia nerkozastępczego zalicza się: hemodializę i dializę otrzewnową. Najczęściej stosowana jest hemodializa, która polega na kilkugodzinnym oddziaływaniu na osocze krwi pacjenta roztworu leczniczego – płynu dializacyjnego, którego skład elektrolitowy zbliżony jest do składu osocza osoby zdrowej. Stężenie substancji znajdujących się w osoczu zmienia się pod wpływem kontaktu z płynem dializacyjnym [1].

W przebiegu hemodializy pojawiają się różne objawy uboczne m.in świąd skóry, hipotonia śródializacyjna, kurcze mięśni oraz odczyny gorączkowe, rzadziej zator powietrzny, zespół pierwszego użycia dializatora czy zespół niewyrównania [2]. Według oceny chorych przewlekle dializowanych najbardziej nieprzyjemnym objawem przewlekłej niewydolności nerek jest świąd, niezależnie od jego lokalizacji. Występuje on u 15-49% chorych z upośledzoną funkcją nerek jeszcze przed rozpoczęciem dializ oraz u 50-90% pacjentów w trakcie terapii nerkozastępczej, natomiast bardzo rzadko po przeszczepie nerek [3, 4]. Patomechanizm powstawania świądu u pacjentów dializowanych nie został do końca wyjaśniony. Znaczenie odgrywa wiele czynników, które nakładają się na siebie.

Cel pracy

Celem pracy była ocena częstości występowania świądu skóry u pacjentów hemodializowanych oraz określenie jego charakterystycznych cech i związku z zabiegami hemodializ.

Materiał i metodyka badań

Badania przeprowadzono w grupie 100 pacjentów Oddziału Nefrologicznego ze Stacją Dializ w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie i NZOZ Centrum Dializ Warszawa filia w Płońsku. Badani objęci byli leczeniem nerkozastępczym w postaci hemodializoterapii.

W badaniach wzięło udział 46 kobiet i 54 mężczyzn w wieku od 18 do 62 lat (średnia wieku 54 lata). Największą grupę obejmującą 54%, stanowiły osoby w przedziale wiekowym 61-62 lata. Kolejne grupy stanowili respondenci z przedziału wiekowego 41 – 60 lat - 30%, 31 - 40 lat - 10% i 18-30 lat - 6% badanych. 53% ankietowanych pochodziło ze wsi, a 47% z miasta. Dla 63% badanych przyczyną dializoterapii była przewlekła niewydolność nerek. Udział w badaniu był dobrowolny. Respondenci zostali poinformowani o anonimowości przeprowadzonych badań i możliwości z ich rezygnacji na każdym etapie.

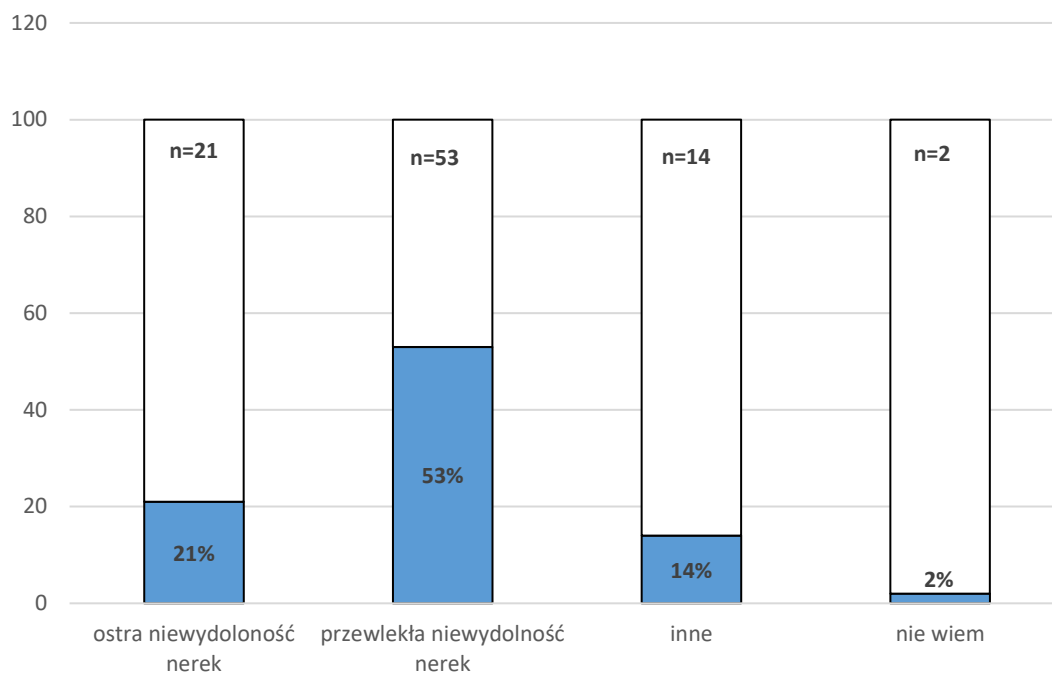
W pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, zrealizowanego za pomocą techniki ankietowej. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety składający się z dwóch części – pierwszej tzw. metryczkowej, zawierającej 5 pytań dotyczących danych pacjentów oraz drugiej, obejmującej 20 pytań związanych z poruszaną problematyką.

Uzyskane wyniki przedstawiono w postaci tekstowej oraz rycin. Obliczenia wykonano w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel.

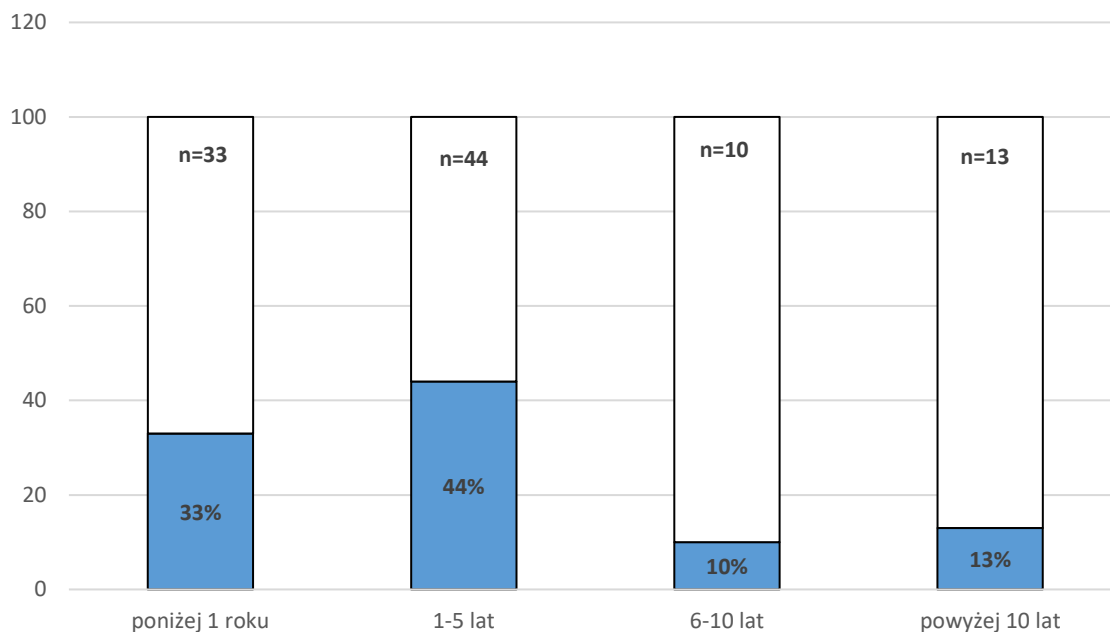
Wyniki badań

Analiza wyników kwestionariusza ankiety wykazała, że w przypadku 63% badanych pacjentów przyczyną rozpoczęcia dializoterapii była przewlekła niewydolność nerek, zaś dla 21% ankietowanych - ostra niewydolność. Z kolei 14% badanych wśród przyczyn rozpoczęcia leczenia nerkozastępczego wymieniła między innymi kłębuszkowe zapalenie nerek i wielotorbielowatość nerek, a 2% nie znało przyczyny choroby (Rycina 1).

U 44% respondentów dializoterapię włączono po 1 – 5 latach od rozpoczęcia leczenia choroby podstawowej, u 33% - po mniej niż po roku, a u 10% - po 6 – 10 latach trwania choroby nerek. U 13% pacjentów leczenie nerkozastępcze rozpoczęto po więcej niż 10 latach od rozpoznania choroby (Rycina 2). Świąd mocznicowy występował w grupie 62% dializowanych osób (Rycina 3). Ta grupa badanych odpowiadała na kolejne pytania.



Rycina 1. Przyczyna rozpoczęcia dializoterapii u respondentów (n=100)

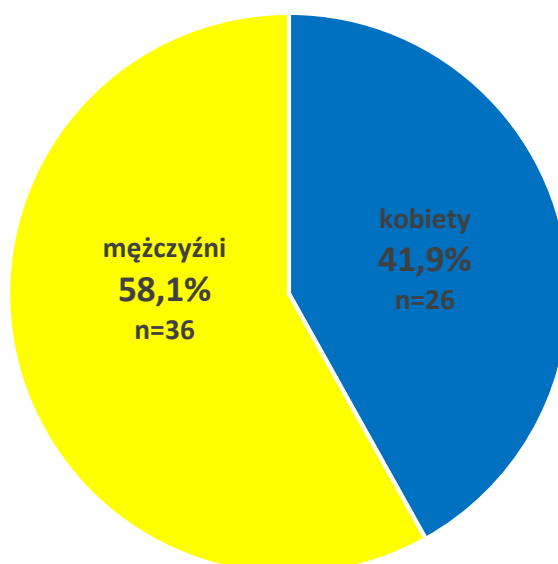


Rycina 2. Okres, po jakim włączono dializoterapię od momentu wystąpienia choroby podstawowej (n=100)

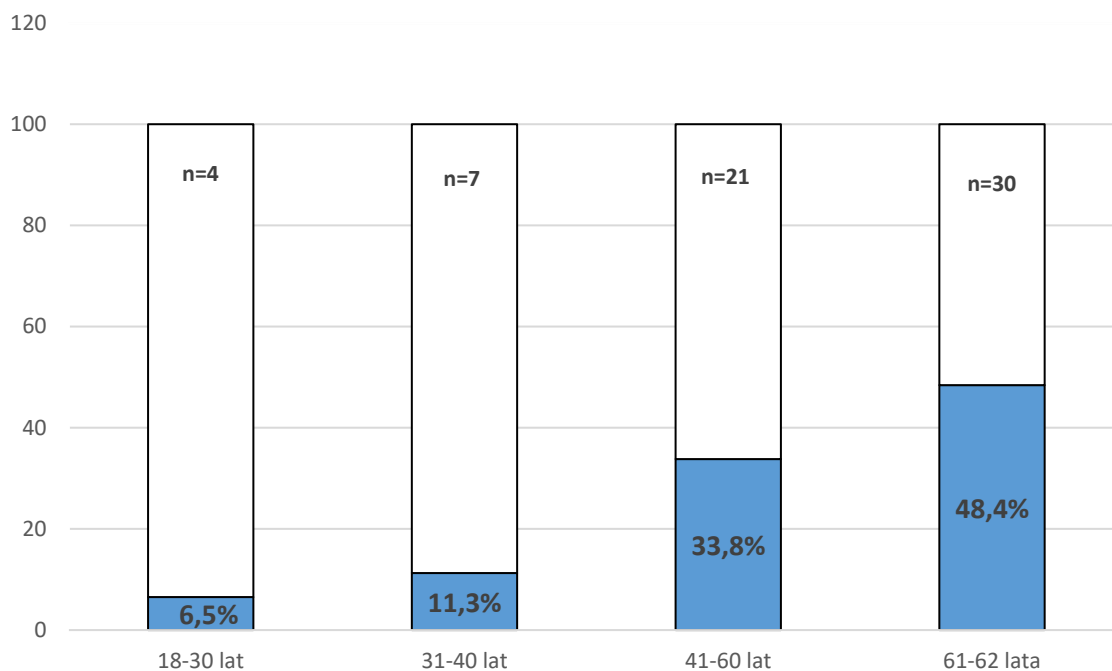


Rycina 3. Występowanie świądu u badanych chorych poddawanych dializoterapii (n=100)

Wśród 62 przewlekle dializowanych respondentów świąd częściej występował u mężczyzn (58,1% - 36 badanych) niż u kobiet (41,9% - 25 osób) (Rycina 4). Biorąc pod uwagę wiek ankietowanych, największą grupę stanowiły osoby w wieku 61-62 lat (48,4% - 30 osób), najmniejszą w przedziale wiekowym 18-30 lat (6,5% - 4 osoby). Obrazuje to Rycina 5.

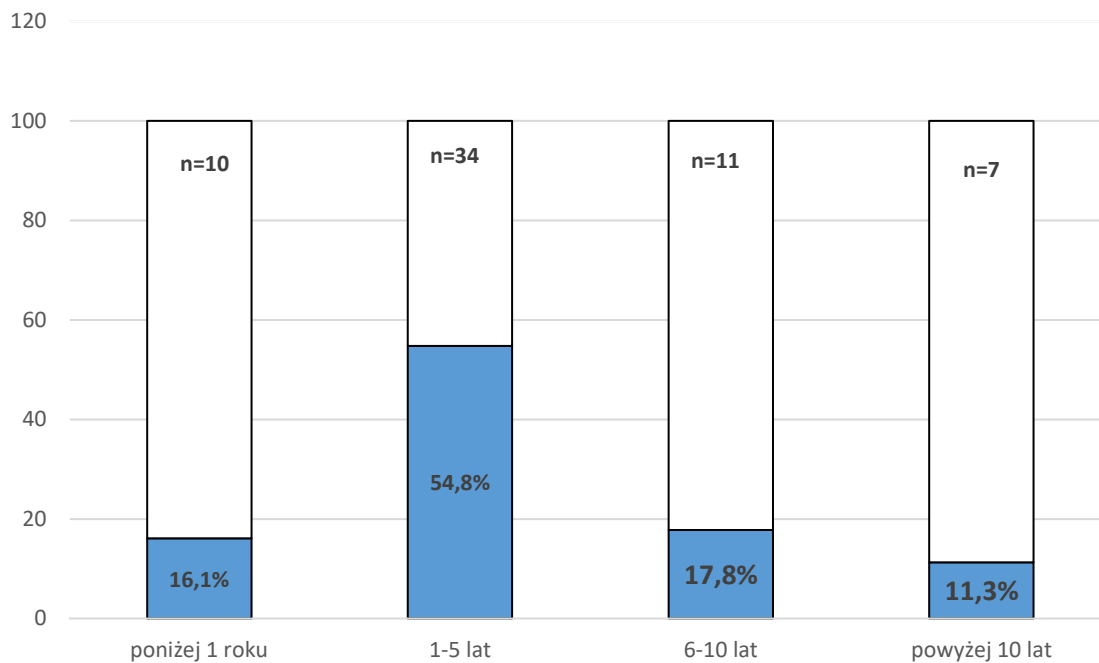


Rycina 4. Występowanie świądu u badanych chorych ze względu na płeć (n = 62)

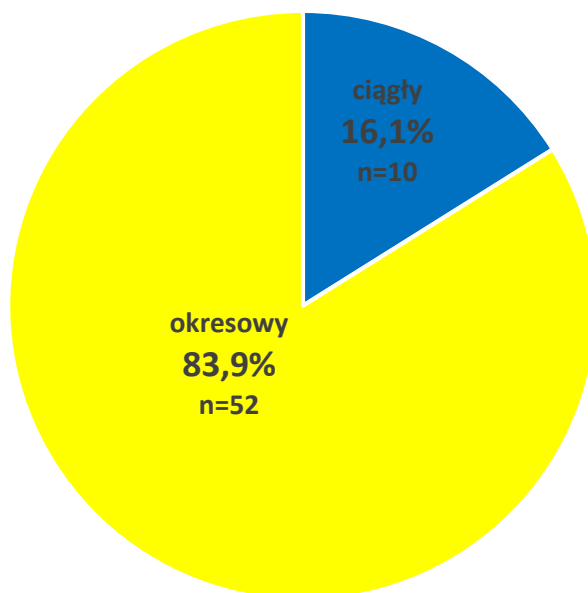


Rycina 5. Występowanie świądu u respondentów ze względu na wiek (n = 62)

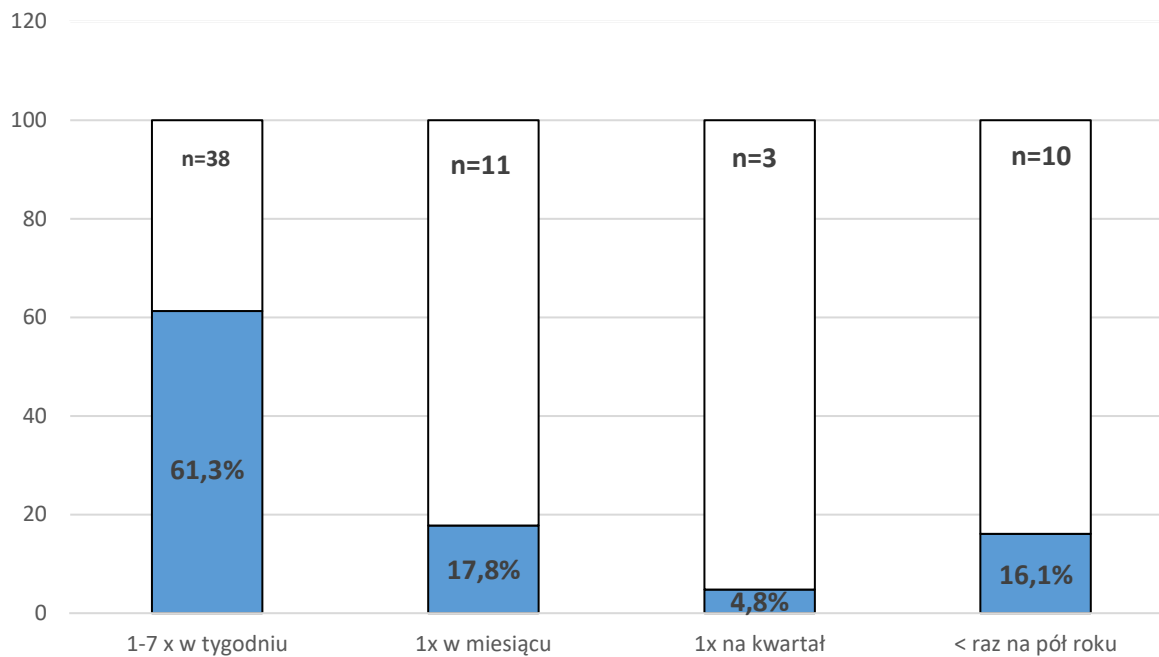
Świąd najczęściej występował w grupie osób dializowanych w okresie od 1 do 5 lat (54,8% - 34 osoby), zaś najrzadziej w grupie pacjentów mających zabiegi HD powyżej 10 lat (11,3% - 7 osób) (Rycina 6). U 16,1% respondentów (10 osób) świąd miał charakter ciągły, zaś u pozostałych badanych pojawiał się okresowo (83,9% - 52 osób) (Rycina 7). Najczęściej występował kilka razy (1 – 7 razy) w tygodniu (61,3% - 38 osób), najrzadziej „raz na kwartał” (4,8% - 3 osoby) (Rycina 8). Nasilenie świądu u 19/62 (30,6%) nie miało związku z dializami u 30,6% ankietowanych (19 osób). Pozostali pacjenci (69,4% - 46 osób) zauważyli, że świąd nasilał się po zakończeniu dializy (48,4% - 30 osób), w trakcie jej trwania (17,8% - 11 osób) lub przed jej rozpoczęciem (3,2% - 2 osoby) (Rycina 9).



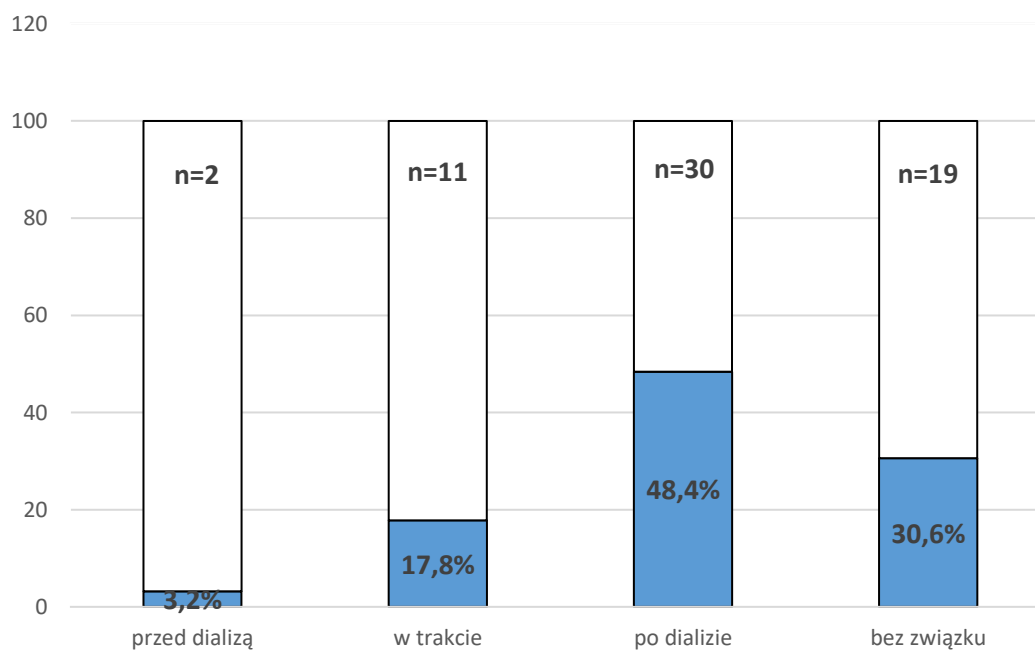
Rycina 6. Występowanie świądu u badanych chorych ze względu na czas trwania dializoterapii (n = 62)



Rycina 7. Charakter występującego świądu u ankietowanych pacjentów (n=62)

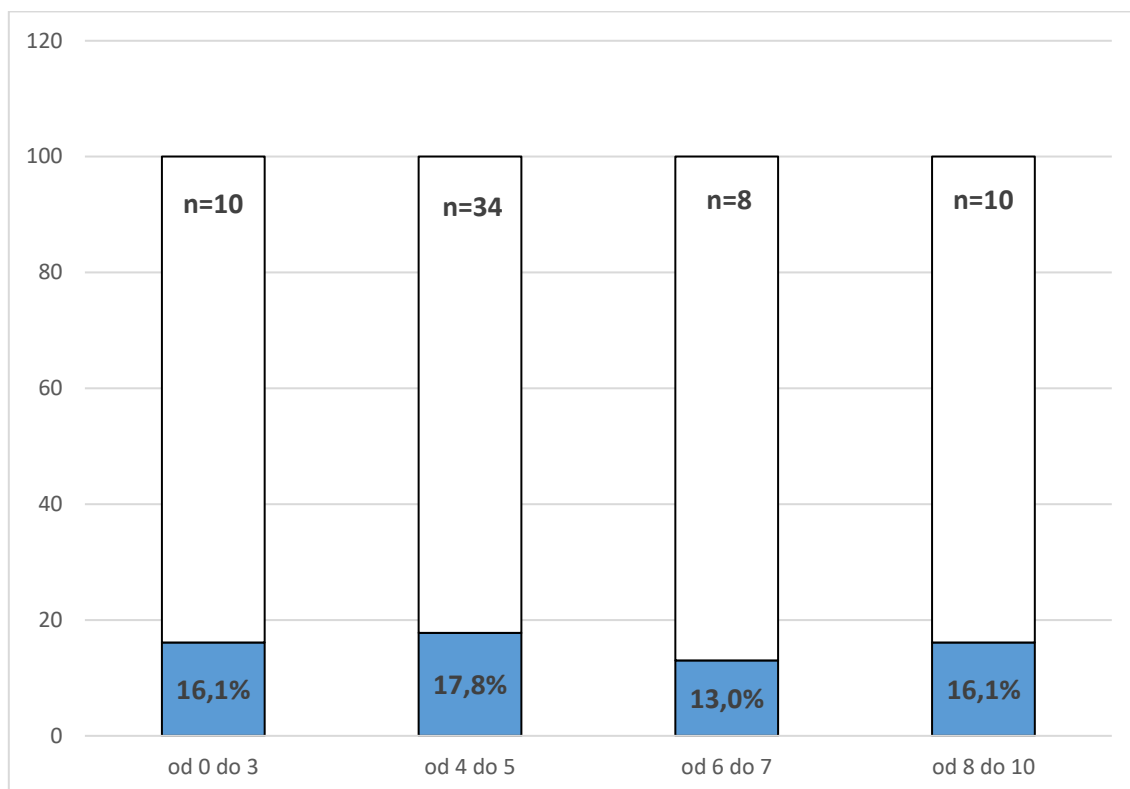


Rycina 8. Częstość występowania świądu u respondentów (n = 62)



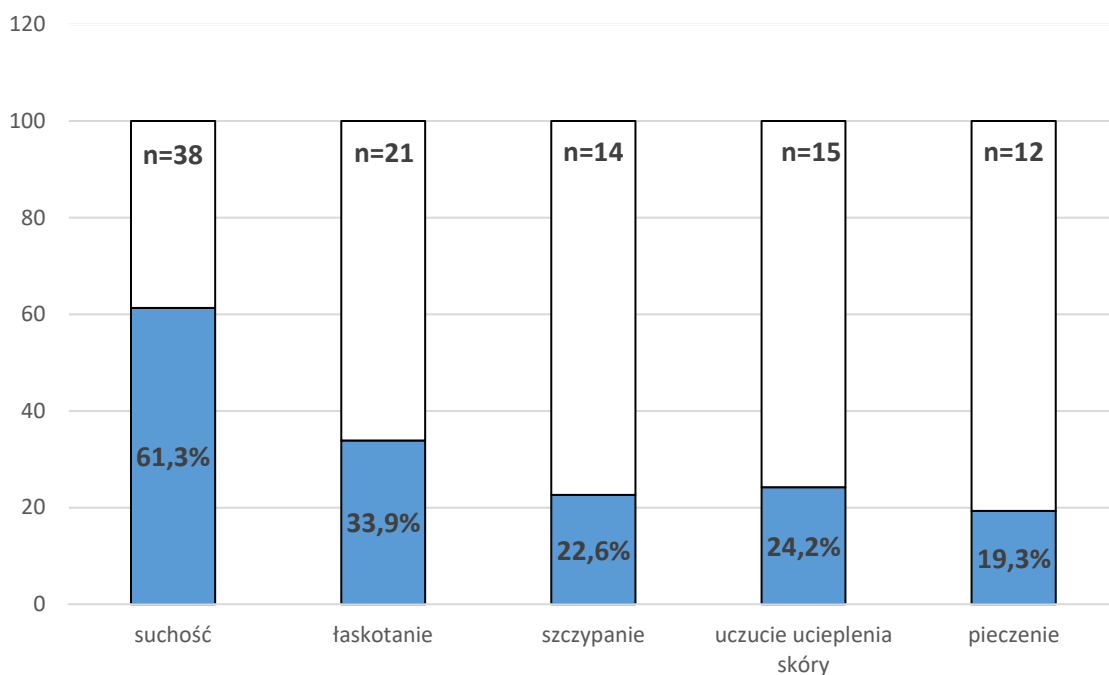
Rycina 9. Związek pomiędzy nasileniem się świądu a zabiegami hemodializ u respondentów (n = 62)

W kolejnym pytaniu badani zaznaczali na skali od 1 do 10 nasilenie odczuwanego świądu. Największą grupę (54,8% - 34 osoby) stanowili pacjenci, u których nasilenie świądu mieściło się w przedziale 4 – 5, najmniejszą (13% - 8 osób) – w przedziale 6-7 (Rycina 10).



Rycina 10. Nasilenie odczuwanego świądu u badanych respondentów w skali od 1 do 10 (n = 62)

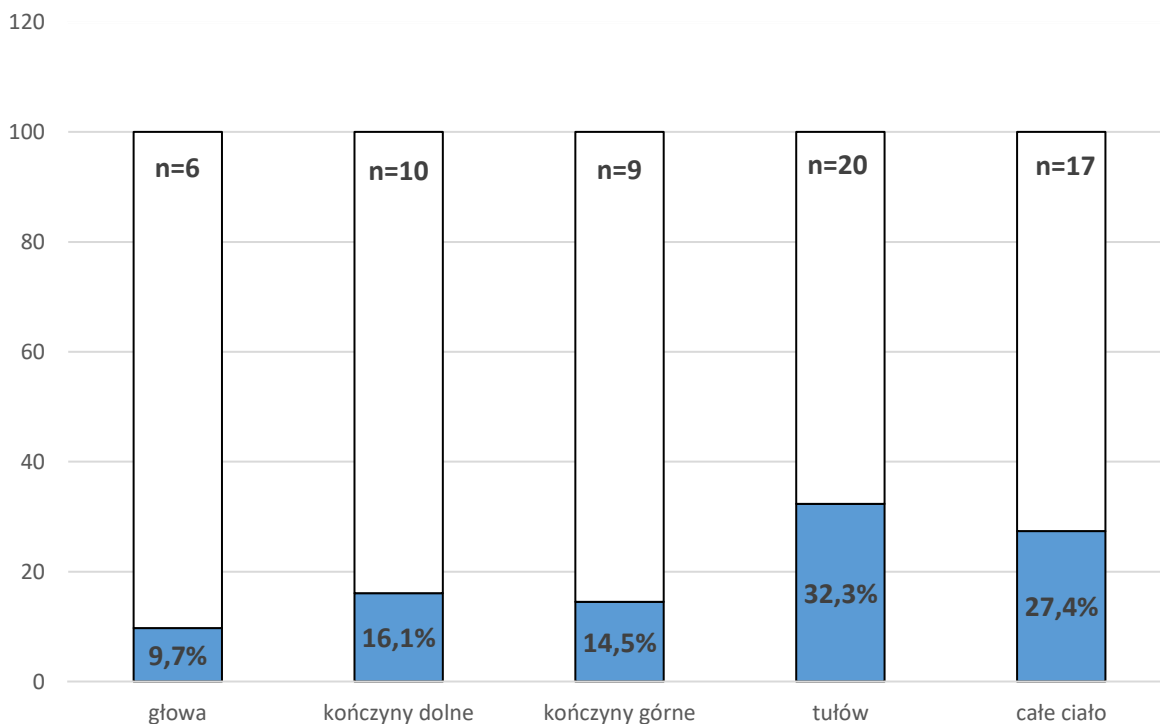
Z objawów towarzyszących świądowi, pacjenci najczęściej wymieniali: suchość skóry (61,3% - 38 osób), uczucie łaskotania (33,9% - 21 osoby), rzadziej uczucie ucieplenia skóry (15/62 – 24,2% -15 osób)), szczypanie (22,6% - 14 osób) oraz pieczenie (19,3% - 12 osób) (Rycina 11).



*Wyniki procentowe nie sumują się do 100%, ponieważ respondenci mieli możliwość wielokrotnego wyboru

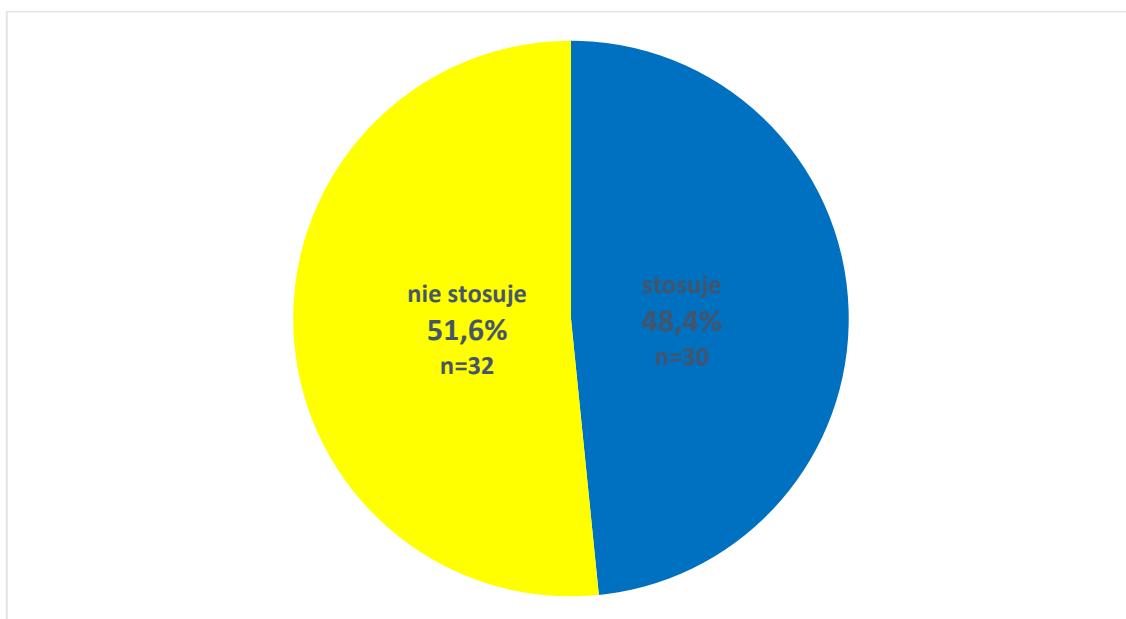
Rycina 11. Odczucia towarzyszące świądowi u respondentów (n = 62)

Świąd występujący u respondentów, najczęściej dotyczył okolicy tułowia (32,3% - 20 osób), rzadziej całego ciała (27,4% - 17 osób), kończyn dolnych (16,1% - 10 osób), kończyn górnych (14,5% - 9 osób), a najrzadziej (9,7% - 6 osób) okolicy głowy (Rycina 12).

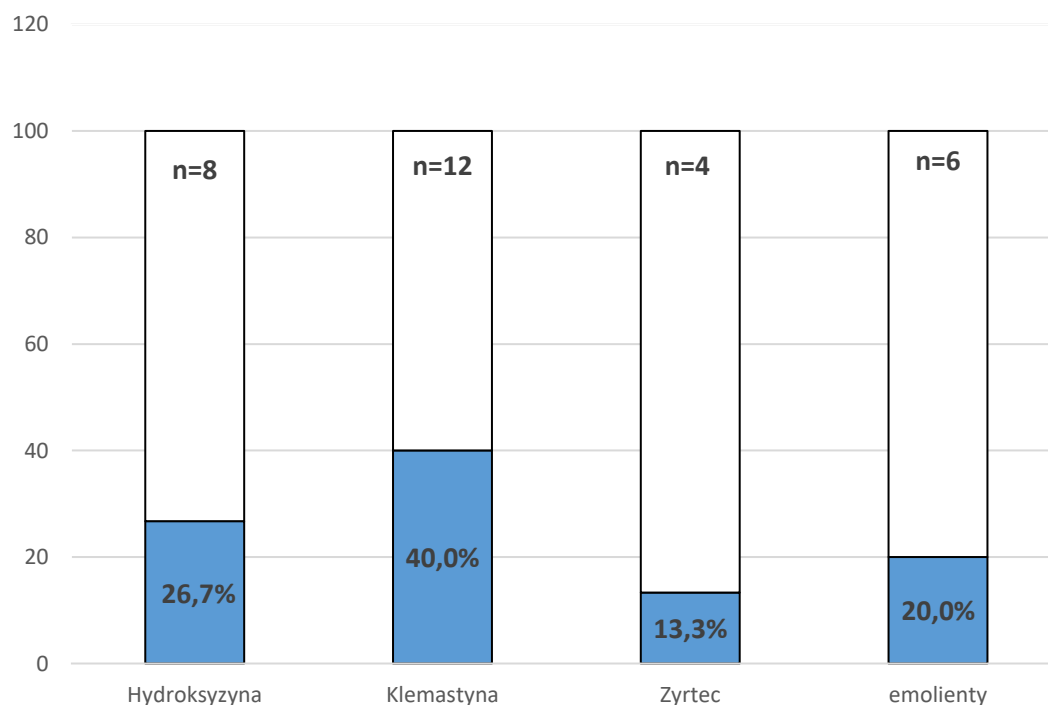


Rycina 12. Miejsce występowania świądu u respondentów (n = 62)

Leczenie przeciwświądowe stosowało 48,4% pacjentów (30 osób) (Rycina 13). Najczęściej wymieniane były: „Klemastyna” (40,0% - 12 osób), „Hydroksyzyna” (26,7% - 8 osób), „emolienty do nawilżania skóry” (20,0% - 6 osób) oraz „Zyrtec” (13,3% - 4 osoby) (Rycina 14). Leki przeciwświądowe 56,7% respondentów (17 osób) przynosiły ulgę, zaś pozostali badani (43,3% - 13 osób) nie odczuwali poprawy po zastosowanym leczeniu (Rycina 15).



Rycina 13. Stosowanie leczenia przeciwświądowego przez respondentów (n = 62)

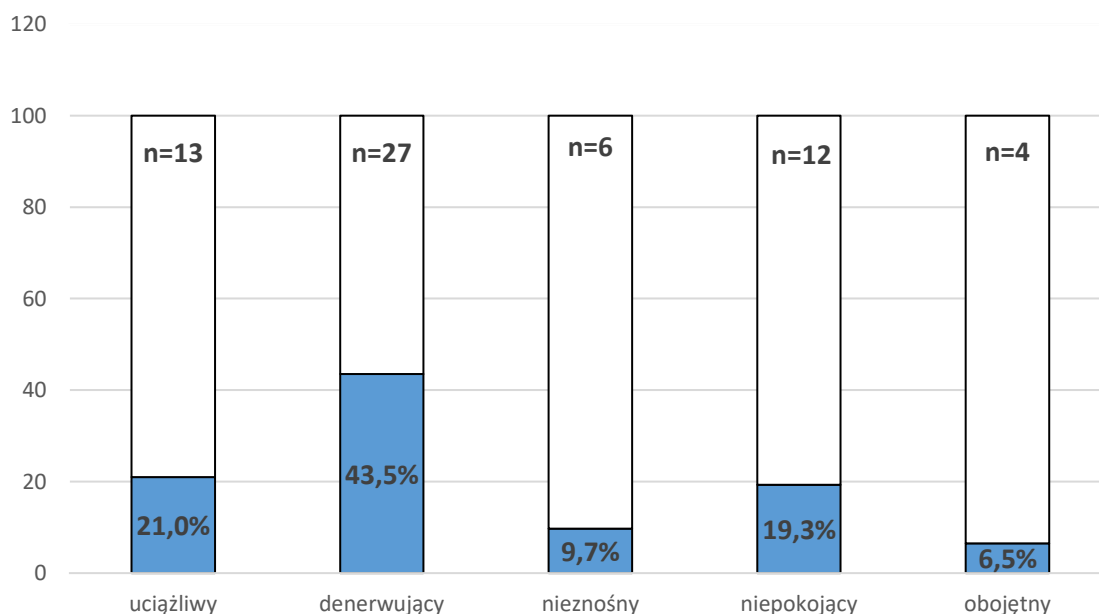


Rycina 14. Leki przeciwświądowe stosowane przez respondentów (n = 30)

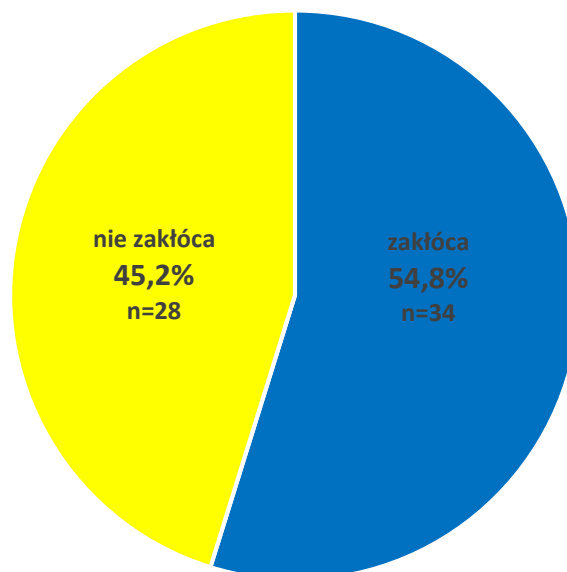


Rycina 15. Efekt działania leków przeciwświądowych stosowanych przez respondentów (n =30)

Kolejne pytania dotyczyły wpływu świądu na samopoczucie dializowanych pacjentów oraz na zakłócanie życia dnia codziennego. Jedynie w grupie 6,5% (4 osoby) respondentów, nie miał on żadnego wpływu na samopoczucie. Dla pozostałych badanych świąd najczęściej był „denerwujący” (43,5% - 27 osób), rzadziej „uciążliwy” (21% - 13 osób), „niepokojący” (19,3% - 12 osób), a najrzadziej „nieznośny” (9,3% - 6 osób) (Rycina 16). Świąd zakłócał czynności dnia codziennego w grupie 54,8% respondentów (34 osoby), a pozostałym 45,2% badanych (28 osób) nie był dokuczliwy (Rycina 17).



Rycina 16. Odczuwanie świądu przez respondentów (n = 62)



Rycina 17. Zakłócenie czynności dnia codziennego spowodowane świądem u respondentów (n = 62)

Dyskusja

Rozwój leczenia nerkozastępczego w znacznym stopniu wpłynął na poprawę bezpieczeństwa pacjentów oraz w znacznym stopniu przedłużył wielu z nich życie. Jednak z powodu m.in. błędów jatrogennych, awarii lub wad fabrycznych sprzętu nie jest możliwe całkowite wyeliminowanie powikłań występujących podczas zabiegu hemodializy. Jednym z najczęstszych działań niepożądanych jest świąd skóry. Częstość jego występowania u pacjentów dializowanych jest bardzo zróżnicowana i waha się do 10 do 90% [3, 5]. Ciężki lub bardzo nasilony świąd dotyczy 24,5% leczonych dializami [6]. Rozbieżności w uzyskanych przez różnych autorów wynikach badań wynikają m.in. z niejednorodnych kryteriów stosowanych w ocenie występowania i nasilenia świądu oraz z doboru grupy badanej [5]. Świąd w chorobach nerek często nasila się u pacjentów po wdrożeniu ich do programu dializoterapii. Badania własne wykazały obecność tego nieprzyjemnego objawu u 62% hemodializowanych pacjentów. Większość autorów uzyskała mniejsze odsetki występowania świądu: Solak i wsp. (18,9%) [7] Wiesshaar (25,2%) [5], Noh i wsp. (27,7%) [8], Kimata i wsp. (44%) [9], Asayesh i wsp. (52,8%) [10] oraz Ozen i wsp. (53,4%) [11]. Częstsze występowanie świądu w przebiegu hemodializ obserwował m.in. Kavurmaci (85,4%) [12]. Inni autorzy zwracają uwagę, że na przestrzeni lat powikłanie spotykane w przebiegu hemodializ w postaci świądu skóry uległo obniżeniu z 28% w 1996 roku do 18% w 2015 roku [13].

Świąd mocznicowy nie jest uzależniony od wieku, płci, choroby wywołującej niewydolność nerek czy czasu trwania dializoterapii [4, 14]. Na jego występowanie oraz nasilenie wpływają m.in. suchość skóry, poziom albumin w surowicy oraz wzrost liczby białych krwinek we krwi [11, 15]. Istotną rolę w patogenezie świądu odgrywają również zaburzenia homeostazy tryptazy i chymazy, neuropatia obwodowa oraz zaburzenia regulacji receptorów opioidowych [4]. Rezultaty badań własnych wykazały, że świąd mocznicowy występował u 41,9% kobiet i 58,1% mężczyzn. Najliczniejszą grupę, w której był on obecny (48,4%) stanowili chorzy w przedziale wiekowym 61 – 62 lat (48,4%). Najrzadziej obserwowano go w wieku 18-30 lat (6,5%). Biorąc pod uwagę okres dializoterapii największą grupę badanych (54,8%), stanowili ci, u których czas leczenia nerkozastępczego mieścił się w przedziale od 1 roku do 5 lat, a najmniejszą (11,3%) - powyżej 10 lat.

Świąd jest nieprzyjemnym odczuciem, które skłania do drapania, powodując różne zmiany skórne. Niektórzy odczuwają świąd jako łaskotanie czy pieczenie. Analiza badań własnych wykazała, że 33,9% respondentów odczuwało świąd w postaci łaskotania. Uczucie ucieplenia skóry występowało u 24,2%, szczypanie u 22,6%, a pieczenie u 19,3% badanych.

Świąd w przebiegu niewydolności nerek może być uogólniony lub ograniczony do skóry pleców, brzucha, kończyn czy głowy [4]. Zwykle jest symetryczny i nasila się nocą, powodując zaburzenia snu [4]. W pracy Myśliwiec i wsp. chorzy najczęściej zgłaszali świąd całego ciała (68,2%), rzadziej tułowia czy kończyn (po 11,4%) [16]. Nasilenie świądu było większe u pacjentów stosujących B-blokery [16]. Według badań Noh i wsp. świąd najczęściej dotyczył tułowia (plecy -30,4% i klatka piersiowa - 8,7%), rzadziej kończyn (kończyny dolne – 21,7%, kończyny górne – 13%), a najrzadziej – okolicy głowy (4,4%) [8]. Świąd uogólniony występował tylko u 13,3% ankietowanych [8]. Podobnie badania własne wykazały, że świąd najczęściej dotyczył okolicy tułowia (32,3%), rzadziej całego ciała (27,4%), kończyn dolnych (16,1%), kończyn górnych (14,5% - 9 osób), a najrzadziej (9,7%) okolicy głowy.

W piśmiennictwie zwraca się uwagę na występowanie u pacjentów hemodializowanych suchości skóry, której prawdopodobną przyczyną jest zanik gruczołów łojowych [10, 16]. U pacjentów z suchością skóry dochodzi do zwiększonej przelnaskórkowej utraty wody (*TEWL - Trans Epidermal Water Loss*), co wynika z zaburzeń w składzie lipidów w warstwie rogowej naskórka. Uszkodzona bariera skórna sprzyja wnikaniu substancji drażniących i nasilających świąd. Badania kliniczne różnych autorów wykazują, że suchość skóry występuje u większości respondentów poddawanych dializom (Asayesh i wsp. - 51,1%, Coulibaly i wsp. – 67,4%, Myśliwiec i wsp. - 75,9%) [10, 16, 17].

Suchość skóry jest ważnym czynnikiem ryzyka wystąpienia świądu skóry oraz nasilenia jego intensywności [7, 11]. Badania własne wykazały, że suchość skóry obecna była u 61,6% ankietowanych.

Nasilenie świądu koreluje z psychicznymi i somatycznymi aspektami jakości życia chorych hemodializowanych. Pacjenci ci czują się bardziej wyczerpani, mają poważne zaburzenia snu [4]. Świąd skóry znacznie pogarsza jakość życia dializowanych pacjentów. Ibrahim i wsp. wykazali, że jakość życia była statystycznie niższa w grupie pacjentów hemodializowanych, u których występował świąd w porównaniu z chorymi bez świądu [18]. Inni autorzy zwracają uwagę, że świąd skóry znacznie zwiększa ryzyko rozwoju depresji oraz zgonów u pacjentów poddawanych hemodializom [4, 13]. Badania własne wykazały, że dla 43,5% ankietowanych świąd był denerwujący, dla 21% - uciążliwy, dla 19,3% - niepokojący, a dla 9,7%, nieznośny. Drapanie przynosiło ulgę 77,4% badanych. Świąd skóry zakłócał czynności dnia codziennego u 54,8% ankietowanych pacjentów.

Świąd u chorych dializowanych bywa krótkotrwały lub ciągły, miejscowy lub uogólniony. Pacjenci poddawani zabiegom, z mniej lub bardziej nasilonym świądem twierdzą, że jest to najbardziej nieprzyjemny objaw przewlekłej niewydolności nerek. Analiza badań własnych wykazała, że u 16,1% chorych świąd utrzymywał się cały czas, w przypadku 27,4% występował przed tygodniem, u 22,6% przed miesiącem, zaś u 11,3% pacjentów przed rokiem.

Etiopatogeneza świądu mocznicowego nie została do końca poznana. W związku z tym, w większości przypadków terapia tego przykrego objawu jest mało skuteczna [19]. Duża liczba pacjentów wcale nie otrzymuje leczenia z powodu świądu [13]. Dotychczas nie opracowano standardów leczenia świądu mocznicowego [20]. W leczeniu stosuje się preparaty miejscowe specyficzne (m.in. leki znieczulające, inhibitory kalcyneuryny) i niespecyficzne (emolienty) oraz leki ogólne (m.in. gabapentyna, pregabalina, nalfurafina, butorfanol, preparaty przeciwdepresyjne, przeciwhistaminowe) [4]. Wykorzystuje się również różne metody fototerapii (UVB, PUVA). Lekiem z wyboru w zwalczaniu świądu mocznicowego są emolienty, zwłaszcza w przypadku pacjentów z cechami suchości skóry [4]. Są to preparaty ogólnie dostępne i niedrogie. Powinny być stosowane systematycznie co najmniej 2-3 dziennie. Za najbardziej skuteczny jednak środek przeciwświądowy uznaje się gabapentynę, będącą lekiem przeciwpadaczkowym [20]. W materiale własnym leczenie przeciwświądowe otrzymało tylko 48,4% badanych. Najczęściej była to klemastyna (40%), hydroksyzyna (26,7%) oraz „Zyrtec” (13,3%).

Nawilżanie skóry emolientami stosowało jedynie 27,4% ankietowanych, choć są one powszechnie dostępne i uważane za podstawę leczenia przeciwświądowego. Terapia

przeciwswiądowa przynosiła ulgę 56,7% badanych. W grupie pozostałych chorych była ona nieskuteczna.

Wnioski

Na podstawie uzyskanych wyników badań wyciągnięto następujące wnioski:

1. Świąd skóry obecny był u większości (62%) hemodializowanych pacjentów.
2. Świąd występował nieznacznie częściej u mężczyzn w porównaniu z kobietami oraz u chorych po 60 roku życia.
3. U większości ankietowanych (ok. 70%) świąd skóry miał związek z zabiegami hemodializ.
4. Świąd u pacjentów hemodializowanych najczęściej dotyczył tułowia i całego ciała i był o średnim nasileniu.
5. Tylko co drugi ankietowany pacjent otrzymał leczenie przeciwswiądowe.
6. U większości pacjentów (55%) świąd zakłócał czynności dnia codziennego i obniżał jakość ich życia.

Piśmiennictwo

1. Tylicki L., Rutkowski B.: Ogólne zasady postępowania w przewlekłej chorobie nerek [w:] Wielka interna – nefrologia, Myśliwiec M. (red.). Wyd. Medical Tribune Polska, Warszawa 2008, 351 – 355.
2. Trusewicz W., Kalinowski M.: Ostre powikłania hemodializ [w:] Leczenie nerkozastępcze w praktyce pielęgniarskiej, Rutkowski B. (red.). Wyd. Via Medica, Gdańsk 2008, 147 – 156.
3. Narita I., Iguchi S., Omori K., Gejyo F.: Uremic pruritus in chronic hemodialysis patients. *Journal of Nephrology*, 2008, 21 (2), 161–165.
4. Szepietowski J., Reich A.: Świąd. Patomechanizm, klinika, leczenie. Termedia Wyd. Med., Poznań 2010.
5. Weisshaar E.: Epidemiology of uraemic itch: New data. *European Journal of Pain*, 2016, 20 (1), 32-36.
6. Scherer J.S., Combs S.A., Brennan F.: Sleep Disorders, Restless Legs Syndrome, and Uremic Pruritus: Diagnosis and Treatment of Common Symptoms in Dialysis Patients. *American Journal of Kidney Diseases*, 2017, 69 (1), 117–128.

7. Solak B., Acikgoz S.B., Sipahi S., Erdem T.: Epidemiology and determinants of pruritus in pre-dialysis chronic kidney disease patients. *International Urology and Nephrology*, 2016, 48 (4), 585-591.
8. Noh S.H., Park K., Kim E.J.: The incidence of pruritus and biochemical marker associated with pruritus in hemodialysis patients. *Annals of Dermatology*, 2018, 30 (4), 473-475.
9. Kimata N., Fuller D.S., Saito A. et al.: Pruritus in hemodialysis patients: results from the Japanese Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (JDOPPS). *Hemodialysis International*, 2014, 18 (3), 657–667.
10. Asayesh H., Peykari N., Pavaresh-Masound M. et al.: Dermatological manifestations in hemodialysis patients in Iran: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Cosmetic Dermatology*, 2018 Mar 25. Doi: 10.1111/jocd.12531.
11. Ozen N., Cinar F.I., Askin D., Mut D.: Uremic pruritus and associated factors in hemodialysis patients: A multi-center study. *Kidney Research and Clinical Practice*, 2018, 37 (2), 138-147
12. Kavurmaci M.: Prevalence of uremic itching in patients undergoing hemodialysis. *Hemodialysis International*, 2015, 19 (4), 531-535.
13. Rayner H.C., Larkina M., Wang M. et al.: International comparisons of prevalence, awareness, and treatment of pruritus in people on hemodialysis. *Clinical Journal of American Society of Nephrology*, 2017, 12 (12), 2000-2007.
14. Wolska H.: Świąd skóry [w:] *Dermatologia w praktyce*, Błaszczyk – Kostanecka M., Wolska H. (red.). Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2009, 224 – 227.
15. Min J.W., Kim S.H., Kim Y.O. et al.: Comparison of uremic pruritus between patients undergoing hemodialysis and peritoneal dialysis. *Kidney Research and Clinical Practice*, 2016, 35 (2), 107-113.
16. Myśliwiec H., Flisiak I., Myśliwiec P., Myśliwiec M., Chodyncka B.: Obraz kliniczny świądu mocznikowego u chorych dializowanych. *Dermatologia Kliniczna*, 2007, 9, 213 – 216.
17. Coulibaly G., Korsaga-Some N., Fomena D.F. et al.: Cutaneous manifestations in patients on chronic hemodialysis in a developing country. *The Pan African Medical Journal (PAMJ)*, 2016, 24, 110.
18. Ibrahim M.K., Elshahid A.R., El Baz R.M. et al.: Impact of uremic pruritus on quality of life among end stage renal disease patients on dialysis. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 2016, 10 (3), WC01-5.

19. Takahashi N, Yoshizawa T, Tsuchiya S.: Current status and treatment strategies of hemodialysis-associated pruritus. *Contribution to Nephrology*, 2018, 196, 88-95.
20. Simonsen E., Komenda P., Lerner B. et al.: Treatment of uremic pruritus: a systemic review. *American Journal Kidney Diseases*, 2017, 70 (5), 638-655.

Żelechowska Marta¹, Kowalewska Beata², Kowalewska Justyna³

1. Oddział Noworodków i Wcześnieaków z Pododdziałem Patologii Noworodka i Intensywnej Opieki, Szpital Wojewódzki w Łomży
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Studentka, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

Wpływ uzależnienia od alkoholu na jakość życia

Wstęp

Jakość życia stanowi jeden z najważniejszych problemów badawczych. Wynika to z założenia, że najistotniejszymi elementami życia człowieka są samozadowolenie, szczęście, a także poczucie samospełnienia oraz sensu życia. Zainteresowanie jakością życia w psychologicznym wymiarze dotyczy przede wszystkim subiektywnych aspektów i badań nad oceną dobrostanu psychicznego, satysfakcji, jak również zadowolenia z życia [1].

Pojęcie jakości życia jest bardzo często używanym terminem. Zarówno w naukowych opracowaniach, publicystyce, jak i rozmowach codziennych. Jednakże trudno o jednoznaczną, wszystkich zadowalającą definicję. W potocznej komunikacji można pozwolić sobie na rozumienie intuicyjne, poprzestać na własnej interpretacji oraz odczuciach. Natomiast w nauce powinno się dążyć do wypracowania definicji, umożliwiającej jednoznaczne rozumienie terminu. W przypadku terminu jakość życia występuje wielość definicji. Nie są one ze sobą sprzeczne ani nieprzystające do siebie. Kładą nacisk na różne aspekty, eksponując odmienne sfery rzeczywistości, opierają się na innych fundamentach – jednakże najczęściej punktem wyjściowym są pytania: Jak żyje się ludziom? Jak oceniają swoją codzienność? Czy są zadowoleni ze swojej sytuacji [2]?

Jedna z definicji częściej używanych oraz powszechnie cytowanych została sformułowana przez Quality of Life Group, która działa w ramach Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Według niej jakość życia to „indywidualny sposób postrzegania przez jednostkę jej pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemu wartości, w którym żyje, oraz w odniesieniu do zadań, oczekiwań i standardów wyznaczonych uwarunkowaniami środowiskowymi” [3, 4]. Analizując definicję szczególnie warto zwrócić uwagę na perspektywę subiektywną – jednostka jest podmiotem będącym w stanie i jedynym, który może określić jakość swojego życia odnosząc się do kreowanych przez siebie ocen.

Ważna jest także kontekstualność oraz społeczno-kulturowe uwarunkowanie formułowanych ocen – postrzeganie, a także ocena własnej sytuacji życiowej dokonywane jest na podstawie przekazywanych społecznie wartości i norm. Wynika z miejsca jakie zajmuje jednostka w strukturze społecznej. Na uwagę zasługuje także wielowymiarowość jakości życia. Wskazuje ona na aspekty sytuacji jednostki, czy też grupy społecznej, które powinny być uwzględnione, by można dokonać kompleksowej oceny jakości życia. Definicja WHOQOL Group jest w stanie pogodzić część badaczy tego zagadnienia, którzy wywodzą się z różnych dyscyplin naukowych. Mimo, iż była tworzona w kontekście zdrowia publicznego. Z punktu widzenia socjologicznego szczególnie ważne jest podkreślenie powiązania indywidualnych aspektów funkcjonowania jednostki oraz formułowanych przez nią ocen z kontekstem społecznym stwarzającym ramy odniesienia. Z jednej strony stanowi źródło barier, jak i ograniczeń dla działających w nim podmiotów indywidualnych, a także zbiorowych. Z drugiej strony natomiast definiuje możliwości zaspokajania potrzeb oraz potencjalnego rozwoju. Rozważania WHOQOL poświęcone jakości życia, obok ogólnej definicji pojęcia, prezentują także wyszczególnienie sfer życia, które należy uwzględnić, jeżeli chcemy uchwycić istotę tego zjawiska. Należą do nich: zdrowie fizyczne i psychiczne, poziom niezależności od innych, relacje społeczne, osobiste przekonania jednostki, a także wpływ tych osobistych przekonań na środowisko, w którym żyje jednostka [2].

W pojęciu medycznym badanie jakości życia oznacza określenie problemów, które wynikają z choroby oraz stosowanego leczenia. Dotyczących aktywności człowieka w sensie fizycznym, psychicznym, a także społecznym. Badanie jakości życia w medycznym pojęciu uwzględnia także opisanie poglądów chorego na temat zdrowia i jego subiektywnego samopoczucia [3].

Uzależnienie od alkoholu

Uzależnienie jest terminem ustalonym przez Światową Organizację Zdrowia. Zgodnie z definicją WHO uzależnienie to: *„stan psychiczny, zwykle także i fizyczny wynikający ze współdziałania żywego organizmu i środka. Stan ten charakteryzuje się zmianami w zachowaniu i innymi następstwami, w tym zawsze trudno do odparcia chęcią ciągłego lub okresowego używania tego środka po to, aby doświadczyć psychicznych efektów jego działania lub aby uniknąć przykrych objawów, wynikających z jego braku. Temu zjawisku może towarzyszyć zmiana tolerancji. Człowiek może uzależniać się od więcej niż jednego środka”* [4].

Natomiast zdaniem Jellinka alkoholizm to: „*wszelkie używanie napojów alkoholowych, które powoduje szkody indywidualne, społeczne lub jedne i drugie*” [5].

Zdaniem Amerykańskiej Narodowej Rady ds. Alkoholizmu-10 uzależnienie od alkoholu obejmuje „*patologiczny wzór zażywania alkoholu przez okres co najmniej miesiąca i/lub uszkodzenia funkcjonowania społecznego lub zawodowego spowodowane piciem oraz tolerancją na alkohol i objawy abstynencyjne*” [4].

Zespół uzależnienia od alkoholu – zamiennie nazywany chorobą alkoholową, alkoholizmem, czy też uzależnieniem od alkoholu – rozumiany jest jako zaburzenie, które polega na utracie kontroli nad ilością spożywanego alkoholu. Rzeczywiście, trudność z kontrolowaniem ilości wypijanego alkoholu jest istotna. Stanowi podstawę do diagnozy choroby alkoholowej, jednakże wieloletnie badania wykazały, że jest to zaburzenie wieloaspektowe, które obejmuje właściwie wszystkie obszary życia człowieka [6, 7].

Polska należy do grupy krajów o wysokim poziomie spożycia alkoholu. Z ostatnich danych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych wynika, iż w 2014 roku spożycie średnie czystego alkoholu na głowę statystycznego mieszkańca wynosiło około 9,4 litra. Oznacza to właściwie spadek konsumpcji alkoholu o 0,27 litra w stosunku do 2013 roku, a jednocześnie znaczny wzrost w stosunku do roku 2004- ponad litr [8].

Należy również pamiętać, że są to dane sporządzane na podstawie oficjalnej sprzedaży alkoholu, która nie obejmuje rynku nielegalnego oraz produkcji domowej. W Polsce struktura spożycia alkoholu nie zmienia się istotnie od lat. Napojem alkoholowym spożywanym najczęściej jest piwo, stanowiące w 2014 roku 57,9% wypitego przez Polaków alkoholu. Niepokojący jest również fakt, że nadal duży udział w strukturze spożycia mają wyroby spirytusowe, które stanowią ponad 1/3 ogólnego spożycia alkoholu w Polsce (34,1%). Natomiast wino, jak i miody pitne mają niewielki udział – jedynie 8% [8].

Z danych GUS wynika, że statystyczny mieszkaniec Polski w 2014 roku wypił (w przeliczeniu na 100% alkohol) aż 98,9 litra piwa, 6,3 litra wina bądź miódów pitnych oraz 3,2 litra alkoholu typu wódka [9]. Niestety odsetek abstynentów jest niższy niż średnia europejska. Badania TNS OBOP przedstawiają, iż 16% dorosłych Polaków deklaruje abstynencję. Natomiast w skali Europy abstynencję deklaruje co czwarta osoba. Prawie dwukrotnie częściej abstynencja deklarowana jest przez kobiety – 20% w stosunku do 11% mężczyzn. Z tychże badań wynika również, że częściej po alkohol sięgają osoby lepiej wykształcone, a także mieszkańcy dużych miast.

Polacy najczęściej spożywają alkohol w towarzystwie znajomych (50%), ale również w towarzystwie partnera/partnerki jak również innych członków rodziny. Picie alkoholu samotne

znacznie częściej deklarują mężczyźni: 31% mężczyzn w stosunku do 7% kobiet [8]. Płeć to zmienna najbardziej różnicująca poziom spożycia, gdyż jak wynika z badań Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, mężczyźni spożywają 4,5 krotnie więcej alkoholu niż kobiety. Mężczyźni także częściej piją ryzykownie - dla mężczyzny w ciągu roku to 10 litrów czystego alkoholu - 19%, natomiast wśród kobiet odsetek ten wynosi 2,4% - w przypadku kobiet picie ryzykowne to w ciągu roku 7,5 litra wypitego czystego alkoholu) [9].

Uzależnienie od alkoholu od dawna jest uznawane za problem zdrowia publicznego [12]. Jednakże do tej pory nie odnaleziono jednoznacznej odpowiedzi na nurtujące pytanie: Jak to się dzieje, że niektórzy pijący alkohol nigdy się nie uzależniają, natomiast inni stopniowo popadają w chorobę alkoholową? Pytając różne osoby o powody spożywania alkoholu, otrzymamy uzasadnień takie jak: by się odprężyć, zniwelować zmęczenie, by zasnąć, rozweselić się, zapomnieć, itp. Inni natomiast twierdzą, iż „zabijają nudę” bądź podają, że piją alkohol dla jego walorów smakowych. Niektórzy uzasadniają picie chęcią podniesienia nastroju, stworzenia lepszej atmosfery w trakcie zabaw oraz spotkań towarzyskich. Jeszcze inni twierdzą, iż w ten właśnie sposób walczą z depresją albo piją, bo tak po prostu wypada. Młode osoby w taki sposób próbują pozyskać pozycję w grupie rówieśniczej bądź też traktują picie alkoholu jako formę buntu przeciwko różnym autorytetom oraz instytucjom [13].

Bardzo zróżnicowane są motywy sięgania po alkohol. Według Szczepańskiego przyczynami spożywania alkoholu są: chęć ucieczki od rzeczywistości, przyczyny ceremonialne, w związku z zabawą, dla dodania sobie odwagi oraz picie nałogowe [13].

Kępiński natomiast wyróżnia kilka stylów korzystania z alkoholu. Zależnie od przyczyn sięgania po ten środek odurzający: „neurasteniczny” styl picia – aby zredukować zmęczenie oraz rozdrażnienie, „kontaktywny” – aby ułatwić sobie nawiązywanie kontaktów z innymi ludźmi, „dionizyjski” – w celu uzyskania stanu oszołomienia, a także ucieczki od rzeczywistości, „heroiczny” – by osiągnąć poczucie mocy oraz styl „samobójczy” [13].

W badaniach naukowych rozróżniane są trzy grupy motywacji do picia:

- ucieczkowe – zapomnienie o kłopotach, poprawa nastroju oraz zredukowanie napięcia, i odprężenie się,
- społeczne – dla towarzystwa, z uprzejmości, z okazji,
- w poszukiwaniu przyjemności – dla smaku alkoholu, wiara w jego zdrowotne działanie [14].

W literaturze wyróżniane są podstawowe koncepcje stawiania się osobą uzależnioną. Wśród nich wymieniane są uwarunkowania biologiczne, psychologiczne, społeczne, a także duchowe.

Przyczyny biologiczne

Ważną rolę odgrywają czynniki genetyczne w powstawaniu uzależnienia. Bliźnięta, dzieci adoptowane, a także rodzeństwa naturalne pozwalają przypuszczać, że biologiczne czynniki mają znaczenie w powstawaniu uzależnienia od alkoholu. Alkoholicy posiadają też krewnych, którzy nadużywają alkoholu. Nie ulega również wątpliwości, iż dzieci alkoholików posiadają podłoże, na którym może, ale też nie musi rozwinąć się uzależnienie. Łatwo też zaobserwować, iż niektóre osoby po spożyciu alkoholu czują przyjemność oraz odprężenie, natomiast inni czują się źle. Dziedziczeniu podlega podłoże biochemiczne, w którym może rozwinąć się uzależnienie. Badania wykazują, że u ok. 60% osób uzależnionych od alkoholu, nie znaleziono przypadków uzależnień w rodzinie. Kobieta inaczej niż mężczyzna reaguje na alkohol. U płci żeńskiej dłużej pozostaje w stanie niezmiennym. Istotne znaczenie zmian zachodzących w organizmie ma sposób odżywiania się. Przede wszystkim osoby z niedoborem witaminy B1 źle tolerują alkohol. Osoby z nadciśnieniem mogą czuć się gorzej, gdyż alkohol powoduje wzrost ciśnienia krwi. Tak samo jest z osobami przyjmującymi leki przeciwcukrzycowe [14].

Przyczyny psychologiczne

Mechanizmy, które warunkują zachowanie człowieka są ściśle powiązane z cechami osobowości. Większość zachowań demonstrowanych przez alkoholików wynika z emocjonalnej niedojrzałości. Alkohol znacznie częściej spożywany jest przez osoby, które wyróżniają się niedojrzałością emocjonalną, poczuciem izolacji, niską samooceną, nadmierną zależnością, a także zmiennym stosunkiem do autorytetów, trudnościami w wyrażaniu uczuć, wysokim poziomem niepokoju, poczuciem winy, perfekcjonizmem, jak również głębokim przekonaniem, iż alkohol jest środkiem szczególnej wagi: w przyjaźni, w zaufaniu, w pozyskiwaniu znaczenia społecznego oraz towarzyskiego, w poszukiwaniu celu i sensu życia [16]. Picie ułatwia funkcjonowanie, ale też zaburza. Nawet uniemożliwia prawidłowe kształtowanie osobowości człowieka. Wśród alkoholików zauważalne są niewielkie różnice pomiędzy ojcem a córką bądź ojcem i synem. Od alkoholu uzależniają się różne osoby, które w końcowej fazie stają się do siebie podobni. Alkoholicy swoją postawą prezentują zachowania antyspołeczne oraz destruktywne – alkohol przestaje działać, nie wywiązują się z ról pełnionych w życiu – pracownika, małżonka czy też rodzica [15].

Przyczyny społeczne

Problem alkoholowy ma ścisły związek z postawami społecznymi, jak również obyczajowymi wobec picia alkoholu. Szczególne znaczenie ma środowisko rodzinne. Może ono zwiększać, ale też ograniczyć ryzyko uzależnienia. Dziedziczenie społeczne polega na stosowaniu w życiu dorosłym norm obowiązujących w domu rodzinnym. Najczęściej alkoholicy pochodzą z rodzin, w których oboje bądź jedno z rodziców byli alkoholikami, albo też z rodzin abstynenckich. Istotną rolę odgrywa także nieograniczona dostępność napojów alkoholowych. A mianowicie: łatwość ich nabycia i cena. Racjonowanie, jak też dostępność napojów o różnej zawartości alkoholu to sposobem ograniczenia dostępności alkoholu [15].

Przyczyny duchowe

Odzwierciedla kierunek zaangażowania emocjonalnego, a także charakteru związków z czymś bądź kimś najważniejszym. Dotyczy wartości, celu oraz sensu życia. Alkoholizm jest duchową chorobą, gdyż w miarę rozwoju alkohol staje się najważniejszą rzeczą w życiu człowieka. Próbuje on poprzez upojenie alkoholowe opanować lęk, zaspokoić potrzeby odczuwania przyjaźni, ufności, celu, wartości życia, a także jego sensu. Niektórzy spożywają alkohol by wypełnić pustkę życia. Osoba uzależniona nie zauważa, iż wypiera rzeczy wartościowe, uniemożliwia urzeczywistnienie posiadanych talentów, zdolności. Tym samym pogłębia istniejącą już pustkę. Kiedy alkohol przestaje działać zanika poczucie siły, przyjaźni, jedności. Pojawia się natomiast osamotnienie, od którego ucieczkę stanowi kolejna porcja alkoholu. W ten właśnie sposób następuje „błędne koło”. Osobie spożywającej alkohol przynosi on ulgę. Stopniowo zaczyna go traktować jako środek na poprawienie samopoczucia [14, 15].

U alkoholików przejście do nałogu nie przebiega w taki sam sposób. Nie we wszystkich przypadkach pojawiają się objawy zwiastujące chorobę. Jellinek w przebiegu alkoholizmu wyróżnia 4 fazy: wstępną, ostrzegawczą, krytyczną oraz przewlekłą [17].

Faza wstępna (przedalkoholowa) – może trwać od kilku miesięcy do kilku lat. Alkohol jest spożywany podczas uroczystości rodzinnych, spotkań towarzyskich bądź w celu rozładowania napięcia emocjonalnego. Niektóre osoby doświadczają wówczas większej niż inne ulgi, odprężenia. Należą one do grupy wysokiego ryzyka. Wraz z upływem czasu chory potrzebuje coraz większej ilości trunków, by osiągnąć pożądany stan ukojenia oraz odprężenia.

Zdaniem Jellinka, na tym etapie jeszcze nie występują większe problemy w społecznym funkcjonowaniu [17].

Faza ostrzegawcza (zwiastunowa) – trwa od pół roku do pięciu lat. Spożywając ilości alkoholu takie jak dotychczas, bez utraty przytomności, chory ma trudność z dokładnym przypomnieniem sobie tego, co robił dnia poprzedniego. Pojawiają się luki pamięciowe. Chory uświadamia sobie, iż ma problem, pije częściej, inaczej niż wcześniej. Dlatego też ma wyrzuty sumienia, unika tematu związanego z alkoholem, pije potajemnie z chciwością. Jego myśli krążą wciąż wokół alkoholu. Pije by zredukować zespół odstawienia. Odczuwa silny głód alkoholowy. Z czasem nawet niewielka ilość alkoholu powoduje luki w pamięci. Osoba uzależniona zaczyna mieć problemy w funkcjonowaniu społecznym. Objawiające się napadami irytacji. Staje się nieprzewidywalna, nie można na niej polegać. Oszukuje by ukryć problem alkoholowy [17].

Faza krytyczna (ostra) – początek faktycznego uzależnienia. Po spożyciu pierwszego kieliszka osoba uzależniona odczuwa jako przymus fizyczny pragnienie dalszego picia, które związane jest z utratą kontroli nad piciem. Pije na czczo, ukrywa oraz gromadzi alkohol. Nie dotrzymuje umówionych terminów, odseparowuje się od rodziny, a także zaniedbuje codzienne obowiązki. Usprawiedliwiając swoje picie chory stosuje różnorodne mechanizmy obronne tj.: wyparcie, racjonalizacja, projekcja oraz kręactwo. Z biegiem czasu traci szacunek dla samego siebie. Obwinia wszystkich dookoła, przede wszystkim najbliższych za fakt picia. Na tym etapie okresowo próbuje zachować abstynencję. Pojawiają się problemy zdrowotne tj.: zatrucia, brak łaknienia, obniżenie popędu seksualnego, zapalenia narządów wewnętrznych, halucynozja alkoholowa, itp. Faza krytyczna kończy się regularnym piciem od samego rana [17].

Faza przewlekła – charakterystyczne dla tejże fazy są „ciągi pijackie” - wielodniowe picie bez opamiętania przerywane krótkimi okresami, w których chory cierpi z powodu zespołu abstynenckiego. Organizm jest wyniszczony, co skutkuje utratą kontroli nad czynnościami fizjologicznymi, drżeniem rąk. Nasilają się problemy natury psychicznej: znaczne obniżenie sprawności intelektualnej oraz psychozy alkoholowe. Pojawia się bezradność wobec nałogu [17].

Jellinek dokonał także rozróżnienia typów alkoholizmu. Typ „Alfa” – jest to uzależnienie od alkoholu psychologiczne. Występuje u osób, które nie radzą sobie ze stresem oraz innymi trudnymi sytuacjami życiowymi. Obserwuje się niezbyt nasilone objawy upośledzonej kontroli

nad piciem alkoholu. Ten typ alkoholizmu może przekształcić się w typ Gamma, ale też może utrzymywać się bez większych zmian przez dziesiątki lat. W typie „Beta” – nie obserwuje się psychologicznych oraz fizycznych objawów uzależnienia od alkoholu. Problemy dotyczą przede wszystkim somatycznych konsekwencji nadmiernego picia. Natomiast objawy upośledzonej kontroli nad piciem nie są zbyt widoczne. Typ „Gamma” – charakteryzuje się obecnością psychicznych i fizycznych objawów uzależnienia, z utratą kontroli nad piciem, objawami abstynencyjnymi, a także zmianą tolerancji na alkohol. W typie „Delta” – występuje zdolność do kontrolowania ilości wypijanego alkoholu wspólnie z niemożnością powstrzymania się od picia. Ten typ alkoholizmu cechuje osoby pijące systematycznie, całymi tygodniami, miesiącami czy też latami niskoprocentowe alkohole, by utrzymać stałe stężenie alkoholu we krwi. Nie demonstrują one wyraźnych objawów intoksykacji. Typ „Epsilon” – charakteryzuje się okresowym występowaniem „ciąarów” picia, które przeplatane są okresami pełnej abstynencji. W literaturze znajdziemy również typ *Zeta*, przypisany jest on osobom, które zachowują się aspołecznie, np. są sprawcami przemocy [4, 18].

Diagnostyka uzależnienia od alkoholu

Wynik przeprowadzonej diagnozy nozologicznej stanowi pierwszy oraz zasadniczy krok w rozpoznaniu problemów związanych z nadużywaniem alkoholu. Podstawowy jej cel to określenie aktualnego stanu zdrowia jednostki, jak również sprawdzenie czy wymaga pomocy terapeutycznej. Utworzono dwa systemy diagnostyczne, które pozwalają w sposób rzetelny na identyfikację osób uzależnionych. Pierwszy to Diagnostic and Statistical Manual (DSM) Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, natomiast drugi – International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) Światowej Organizacji Zdrowia. Co kilka lat te systemy ulegają aktualizacji [19].

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, w maju 2013 roku, opublikowało piątą wersję Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych [20]. Uaktualnione wydanie klasyfikacji zawiera kategorię diagnostyczną tj. „zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu” odnoszącą się do „nadużywania alkoholu”, ale też „uzależnienia od alkoholu”, występujących w poprzedniej klasyfikacji (DSM-4) jako oddzielne kategorie diagnostyczne. Jednakże nie zmienia to definiowania uzależnienia od alkoholu jako zespołu somatycznych oraz behawioralnych objawów, występujących u osób nadużywających alkohol, obejmujących głód alkoholowy, zmianę tolerancji organizmu na alkohol, oraz zespół abstynencyjny przy odstawieniu alkoholu. W DSM-5 wyróżnionych zostało jedenaście kryteriów diagnostycznych. Powstały one na bazie wcześniejszych siedmiu objawów uzależnienia od alkoholu, a także dodatkowych czterech

objawów dotyczących nadużywania alkoholu. Problemowe spożywanie alkoholu występuje podczas identyfikacji dwóch objawów, które utrzymują się przez okres ostatnich 12 miesięcy [21].

W Polsce stosowane są kryteria diagnostyczne zawarte w Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych i Zaburzeń Zachowania w ICD-10. Zgodnie z tymi kryteriami zespół uzależnienia od alkoholu oznaczony kodem: F10.2 można zdiagnozować podczas występowania trzech bądź więcej z sześciu objawów osiowych, przez co najmniej miesiąc albo jeżeli utrzymywały się one krócej miesiąc, ale występowały w powtarzający się sposób w ciągu ostatniego roku. Zespół uzależnienia od alkoholu obejmuje zjawiska psychofizyczne, wśród których nad innymi zachowaniami, które w przeszłości stanowiły istotną wartość dla osoby uzależnionej dominuje spożywanie alkoholu [22].

Do rozpoznania zaburzeń związanych z nadużywaniem alkoholu wykorzystywane są także metody kwestionariuszowe [23]. Najczęściej, tego typu, stosowanymi technikami pomiarowymi, które wykorzystywane są w diagnozie klinicznej w placówkach leczenia uzależnień, są testy i kwestionariusze, m.in. MAST, AUDIT, a także CAGE. W rozpoznawaniu uzależnienia od alkoholu wykazano najistotniejszą przydatność testu MAST oraz testu CAGE. Test MAST złożony jest z dwudziestu czterech punktów. Stanowi kwestionariusz oceniający opinie pacjenta na temat spożywania alkoholu, opinie rodziny, przyjaciół, problemy spowodowane piciem, jak również objawy uzależnienia od alkoholu. Badany na pytania odpowiada „tak” bądź „nie”. Punktacja 5 i powyżej punktów wskazuje na występowanie uzależnienia od alkoholu. W badaniach, które zostały prowadzone na populacji amerykańskiej czułość testu wyniosła 98%. Test CAGE skonstruowany został w 1973 roku. Składa się z czterech pytań, przy czym odpowiedź pozytywna na 2 bądź więcej z nich wskazuje na wysokie prawdopodobieństwo nadmiernego spożywania alkoholu albo występowanie uzależnienia od alkoholu. Czułość tego testu w identyfikacji zespołu zależności alkoholowej wynosi 76%, a specyficzność 94%. Nie pozwala on odróżnić uzależnienia od alkoholu od nadmiernego spożywania alkoholu oraz picia szkodliwego [22].

Nowsze narzędzie to AUDIT. Ten test powstał w ramach badania prowadzonego przez Światową Organizację Zdrowia, które dotyczyło krótkich interwencji alkoholowych. Zawiera on 10 pytań pozwalających na oszacowanie spożycia alkoholu, a także ocenę zachowań związanych z piciem oraz problemów związanych z używaniem alkoholu, które wystąpiły w ciągu roku poprzedzającego badania. Im wyższe wyniki AUDIT tym coraz poważniejsze problemy związane z alkoholem. Wyniki od powyżej ośmiu punktów (maksimum 40) świadczą o picciu problemowym [24].

Konsekwencje nadużywania alkoholu

Skutki zdrowotne

Według Światowej Organizacji Zdrowia, alkohol usytuowany jest na trzecim miejscu wśród czynników ryzyka dla zdrowia populacji. Ponad 60 rodzajów różnych chorób oraz urazów ma związek z alkoholem. W Polsce każdego roku, z przyczyn bezpośrednio oraz pośrednio związanych ze spożywaniem alkoholu, umiera kilkanaście tysięcy osób. Połowę stanowią zgony bezpośrednio spowodowane jego używaniem [13]. Osobny typ szkód zdrowotnych to uszkodzenia płodu, które powstały w wyniku spożywania alkoholu przez kobiety ciężarne. Rezultatem może być wystąpienie u dziecka alkoholowego zespołu płodowego – Fetal Alcohol Syndrome (FAS). Objawia się on niską wagą urodzeniową, opóźnieniem wzrostu dziecka, obniżeniem odporności, a także uszkodzeniem układu nerwowego. Około 70% dzieci z FAS nigdy nie osiąga zdolności do życia samodzielnego [25]. Upośledzenie intelektualne oraz zaburzenia zachowania są dominującymi objawami FAS [13].

Uzależnienie jest przyczyną wielu poważnych chorób. Nawet niewielkie dawki alkoholu nie wywołujące widocznych zmian w zachowaniu się człowieka, powodują zaburzenia reakcji wzrokowej, słuchowej, pogarszają także precyzję ruchów. Wraz z ilością wypitego alkoholu obniża się zdolność osądu, zanika krytycyzm oraz możliwości precyzyjnego myślenia. Zakłócone zostają także inne funkcje ośrodków kory mózgowej. Uwidaczniają się instynkty i popędy oraz prymitywne zachowania. W miarę dłuższego picia narasta zatrucie organizmu alkoholem. Niszczący wpływ alkoholu dociera do rdzenia mózgowego, a także części pnia mózgowego. Może to doprowadzić do zahamowania pracy ważnych dla życia ośrodków mózgowych. Następstwem tego będą głębokie zaburzenia układu oddechowego, układu krążenia, a w skrajnych przypadkach – śmierć [26].

Niszczący wpływ alkoholu na obwodowe nerwy, poza toksycznym działaniem samego alkoholu, powoduje niedobór witamin z grupy B. Uszkodzenie nerwów obwodowych daje objawy zapalenia wielonerwowego – polineuropatii alkoholowej. Obserwuje się zaburzenia czucia w kończynach, nadwrażliwość na bodźce zewnętrzne. Pojawiają się kurcze łydek, drętwienie i mrowienie palców. W miarę postępowania choroba alkoholowa prowadzi do owrzodzeń troficcznych, zaników mięśniowych, a także niedowładu kończyn [26].

Zaburzenia akcji serca, gwałtowne rozszerzenie czy też zwężenie naczyń krwionośnych, stymulowane jest przez różne bodźce. Jednym z nich jest alkohol. Kardiomiopatia alkoholowa, tj. toksyczne uszkodzenie mięśnia sercowego wywołane alkoholem może ujawnić się dusznością, obrzękami podudzi, napadem częstoskurczu bądź migotaniem przedsionków. Wpływ alkoholu na naczynia krwionośne jest złożony. Bezpośrednio po spożyciu niewielkiej

dawki alkoholu ciśnienie na krótko podwyższa się, a po pewnym czasie obniża, później natomiast wraca do normy. Jednak po okresie kilkudniowego picia alkoholu zwyczajki ciśnienia utrzymują się przez jakiś czas, co może doprowadzić do trwałego nadciśnienia tętniczego [26].

Alkohol działa na przełyk drażniąco, a nudności oraz wymioty nim wywołane powodują zarzucanie do przełyku soku żołądkowego. Sok żołądkowy podrażnia tkanki, a nawet powoduje nadżerki. Alkohol w żołądku silnie pobudza wydzielanie kwasu solnego. W połączeniu z nieregularnym oraz niepełnowartościowym odżywianiem się, jak również różnymi sytuacjami stresowymi, prowadzi do zapalenia błony śluzowej żołądka, a także choroby wrzodowej. Alkohol destrukcyjnie wpływa także na wątrobę, Zaburza funkcje detoksykacyjne, co może prowadzić do żółtaczki, encefalopatii oraz śpiączki wątrobowej. Zaburza produkcji białek odpornościowych – dlatego też chorzy na marskość wątroby łatwo ulegają różnego rodzaju infekcjom. Dezorganizuje także produkcję białek układu krzepnięcia krwi – co może prowadzić do samoistnych krwotoków. Zaburza przemianę glukozy – czego konsekwencją może być hiperglikemia, a w fazie schyłkowej hipoglikemia. Destabilizuje też przemiany hormonalne – co może powodować zaburzenia miesiączkowania oraz niepłodność, a u mężczyzn feminizację [26].

W ok. 50 % przypadków ostre zapalenie trzustki rozwija się na skutek nadużycia alkoholu, który prowadzi do uszkodzenia oraz samotrąwienia się komórek trzustki z uwolnieniem enzymów trzustkowych, a także rozwojem nasilonego stanu zapalnego w obrębie całej jamy brzusznej. W sytuacjach najcięższych dochodzi do martwicy trzustki. W konsekwencji doprowadza to do ogólnoustrojowej reakcji zapalnej i do zgonu. Przewlekłe zapalenie trzustki to stan, w którym wieloletnie nadużywanie alkoholu powoduje nieprawidłową przebudowę oraz upośledzenie funkcji trzustki [26].

Alkohol osłabiając odporność ogólną ustroju człowieka stwarza sprzyjające warunki do rozwoju bakterii i wirusów. Powodują one przewlekłe zapalenia dróg oddechowych, co skutkuje uszkodzeniem rzęsek. Zanika więc mechanizm samooczyszczania dróg oddechowych. Drażniące oraz zakaźne czynniki nie usuwane na zewnątrz powodują większą podatność alkoholików na zapalenie dróg oddechowych, oskrzeli, a także płuc. Zachowania typowe dla przewlekłej fazy alkoholizmu nasilają również ryzyko rozwoju gruźlicy płuc [26].

Najczęściej spotykanymi zaburzeniami psychicznymi zgłaszanymi przez osoby uzależnione od alkoholu, są zaburzenia pamięci. Jednocześnie u wielu osób występują zaburzenia zainteresowań, myślenia oraz problemy z koncentracją. Znamienne są też objawy takie jak: zwiększona drażliwość, trudności w opanowywaniu agresji, a także zmienność nastroju. U osób uzależnionych od alkoholu stwierdza się również zmiany charakterologiczne.

Na ogół objawy zaburzeń psychicznych nie mają charakteru stałego oraz nie występują u każdego alkoholika. Wspólną ich cechą jest to, że jeżeli już występują, to mają tendencję do nasilania się. Można zatrzymać ich rozwój jedynie poprzez całkowitą rezygnację z alkoholu. Psychoza alkoholowa, otępienie alkoholowe, paranoja alkoholowa, majaczenie alkoholowe, halucynoza alkoholowa są to schorzenia bogate w objawy prowadzące do degradacji fizycznej i psychicznej osoby uzależnionej. Padaczka alkoholowa, czyli drgawkowe napady abstynencyjne – jest to choroba rozpoznawana w momencie wykluczenia wszystkich innych – poza alkoholem – przyczyn jej powstania. Objawy występują po zaprzestaniu picia bądź z chwilą spadku stężenia alkoholu we krwi [26].

Szacuje się, iż 6% zgonów poniżej 75 roku życia, a także 20% wszystkich nagłych przyjęć do szpitali stanowią konsekwencje nadużywania alkoholu [12]. U osób uzależnionych od alkoholu znacznie częściej niż w ogólnej populacji występuje ryzyko podjęcia próby samobójczej [13].

Skutki osobiste

Skutki picia alkoholu w życiu osobistym przejawiają się jako: wyrzuty sumienia związane z piciem, poczucie przygnębienia oraz nieszczęścia, poczucie winy i wstydu. Osoby uzależniają mają również kłopoty ze snem, a po przerwaniu picia często miewają koszmary nocne. Ponadto u osób pod wpływem alkoholu ujawniają się złe cechy osobowości. Podejmują zachowania prymitywne i ryzykowne. Z tego powodu popadają w kłopoty np. finansowe, prawne. Picie alkoholu wpływa niekorzystnie także na wygląd fizyczny. Prowadzi też do zaburzeń życia seksualnego. Dochodzi do utraty zainteresowań, odczuwania małej satysfakcji ze stylu życia. Dominuje poczucie braku rozwoju własnego. Skutkiem nadużywania alkoholu jest też wyzbywanie się własnych wartości i zasad moralnych. Ponadto często dochodzi do zaniedbań w życiu duchowym [27, 28].

Skutki społeczne

Picie alkoholu odbywa się najczęściej w przestrzeni społecznej, a mianowicie w określonych miejscach, czasie i w otoczeniu innych ludzi. Negatywne efekty działania alkoholu tj. agresja, przemoc, zachowania ryzykowne, zachowania przestępcze, wypadki dotyczą nie tylko pijącego, ale też otaczające go osoby: bliskie mu, jak również zupełnie przypadkowe. Najważniejsze szkody społeczne wynikające z picia alkoholu to zaburzenia życia rodzinnego związane z alkoholem, łącznie ze zjawiskiem przemocy w rodzinie oraz

nietrzeźwość w miejscach publicznych co skutkuje zakłóceniem porządku i nagabywaniem, przestępstwami, wykroczeniami, wypadkami [29].

Społeczne konsekwencje spożywania alkoholu mogą mieć charakter doraźny lub długofalowy. Nie tylko dla pijącego i jego rodziny, ale również dla całego systemu społecznego spożywanie alkoholu rodzi ogromne koszty. Obejmują one sferę opieki zdrowotnej, opieki społecznej, transporcie i wymiarze sprawiedliwości. Nietrudno zauważyć, iż nadużywanie alkoholu prowadzące dość często do: ubóstwa, sieroctwa, bezdomności, bezrobocia, niepełnosprawności, długotrwałej bądź ciężkiej choroby, przemocy w rodzinie, bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych oraz prowadzenia gospodarstwa domowego, przestępczości, uzależnienia od alkoholu, wypadków, a także zdarzeń losowych – generuje znaczną część uzasadnionych ustawowo powodów zgłaszania się ludzi po pomoc do ośrodków pomocy społecznej [12, 29].

Skutki rodzinne

Uzależnienie od alkoholu członka rodziny oraz związane z tym nieprawidłowości w jego funkcjonowaniu wywierają negatywny wpływ na pozostałych członków rodziny, dorosłych, a także dzieci, powodując problemy zdrowotne, psychologiczne, społeczne, jak również materialne. Dotkliwą konsekwencją życia z osobą uzależnioną może być współuzależnienie. Jest to szkodliwy sposób przystosowania się, który utrudnia funkcjonowanie oraz znacząco ogranicza realistyczną ocenę sytuacji. Przez co minimalizuje też możliwości rozwiązania problemów osobistych, ale i całej rodziny.

U osób współuzależnionych stwierdza się występowanie chorób o podłożu psychosomatycznym, problemów emocjonalnych, zaburzeń lękowych, depresyjnych [30, 31].

Przemoc w rodzinie to zaburzenie ściśle powiązane z używaniem alkoholu. Z punktu widzenia prawa stosowanie przemocy w naszym kraju jest przestępstwem ściganym. Przemoc może występować w każdym związku, jednakże badania dowodzą, iż w rodzinach, w których występuje problem alkoholowy jest ona stosunkowo częstym zjawiskiem. W takich rodzinach przemoc jest szczególnie ukrywana, gdyż obowiązują w nich trzy naczelne zasady „chroniące” rodzinę przed ujawnieniem jej problemów na zewnątrz wynikające ze współuzależnienia – „nie mów”, „nie ufaj” oraz „nie odczuwaj”. Dość powszechne jest przekonanie, iż picie alkoholu zwalnia od odpowiedzialności za swoje zachowanie. Takie postrzeganie daje bliskim sprawcy argument do trwania w związku, a zarazem nadzieję, iż w przypadku zaprzestania picia sprawca przestanie być agresywny [30, 31].

Szczególnie trudna jest sytuacja dzieci wychowujących się w rodzinie z problemem alkoholowym. Bowiem życie w takiej rodzinie zakłóca prawidłowy rozwój dziecka – emocjonalny, poznawczy oraz społeczny. Dzieci te doświadczają wielu trudnych dla siebie sytuacji, które zagrażają ich bezpieczeństwu oraz zdrowiu. Przeżywanie ciągłego stresu destrukcyjnie wpływa na rozwój fizyczny dziecka. Przez co mają one trudności z dostosowaniem się do środowiska, w którym żyją. Czują się gorsze i mniej wartościowe. Nie potrafią zaufać oraz nawiązywać właściwych relacji z innymi. W rodzinie dysfunkcyjnej brakuje prawidłowych wzorców, norm, a także systemu wartości, jakie dzieci w procesie socjalizacji powinny nabywać. Część z nich wynosi utrwalone schematy zachowań oraz reakcji emocjonalnych z domu rodzinnego. W znaczącym stopniu zakłócają one ich funkcjonowanie w dorosłym życiu. U takich osób mówimy o występowaniu Syndromu DDA (Dorośle Dzieci Alkoholików). Powrót takiego dziecka do stabilności wymaga długotrwałych interwencji psychoterapeutycznych [7, 30, 31].

Skutki zawodowe

Zrealizowane przez CBOS w 2008 roku badania ankietowe przedstawiają, iż tylko 8% badanych przyznało się do spożywania alkoholu w miejscu pracy. Natomiast 16% potwierdziło, że było świadkiem spożywania alkoholu w czasie wykonywania czynności zawodowych [13]. W Polsce dość powszechnie akceptowany jest pogląd, że obowiązki zawodowe wykluczają łączenie ich z alkoholem. Mimo to, pracodawcy w dalszym ciągu borykają się z problemami, które związane są z alkoholem o różnej etiologii oraz charakterze.

Przede wszystkim dotyczą one: obecności pracowników pod wpływem alkoholu w miejscu pracy; obecności pracowników pozornie trzeźwych w pracy, jednakże niesprawnych z powodu wcześniejszego nadużycia alkoholu; pogorszenia funkcjonowania zawodowego osób pijących w szkodliwy sposób bądź uzależnionych od alkoholu. Problemy te w znaczącym stopniu wpływają na wzrastającą absencję, zamieszanie oraz trudności z koncentracją, wypadkowość, obniżenie wydajności pracy, a także niewłaściwe relacje z innymi pracownikami [32].

Cele pracy

Celem pracy była:

1. Ocena jakości życia osób uzależnionych od alkoholu.
2. Zbadanie konsekwencji jakie niesie ze sobą uzależnienie od alkoholu.

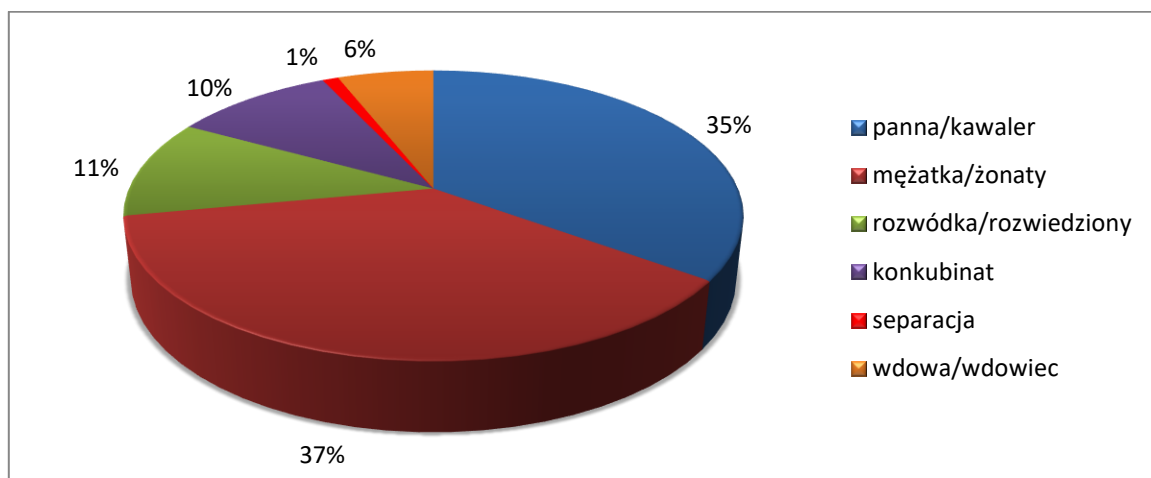
Material i metodyka badań

Badanie ankietowe zostało przeprowadzone w Wojewódzkim Ośrodku Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Łomży od stycznia do marca 2018 roku. Objeto nim osoby uzależnione od alkoholu, korzystające z różnych form leczenia. Badanie miało charakter anonimowy, udział każdego uczestnika był dobrowolny. Jako narzędzie badawcze wykorzystano kwestionariusz własnego autorstwa skonstruowany na potrzeby badania. Kwestionariusz ankiety, który został zastosowany w badaniu składał się z dwóch części – części szczegółowej i metryczki, całość zawiera 29 pytań. Pytania zostały sformułowane w taki sposób, aby możliwa była ocena jakości życia osób uzależnionych od alkoholu oraz zbadanie konsekwencji jakie niesie ze sobą uzależnienie od alkoholu. W metryczce ankietowanych zapytano o ich wiek, płeć, stan cywilny, wykształcenie, pracę oraz miejsca zamieszkania. Uzyskane wyniki zostały poddane analizie jakościowej oraz ilościowej i przedstawione w postaci opisowej i graficznej.

Wyniki badań

W badaniu udział wzięło 100 osób: 25 kobiet i 75 mężczyzn. Średnia wieku badanych wynosiła 39 lat \pm 12,70, gdzie minimum wynosiło 21 lat, a maksimum 70 lat. Struktura wieku badanych przedstawiała się następująco: 20-30 lat 32%, 31-40 lat 33%, 41-50 lat 13%, 51-60 lat 15%, 61-70 lat 7%.

Badani funkcjonowali w związkach małżeńskich 37%, a także byli stanu wolnego kawaler/panna 35%. Pozostali ankietowani byli rozwiedzeni 11% lub owdowiali 6%, żyli w konkubinacie 10% lub w separacji 1% (Rycina 1).



Rycina 1. Struktura badanych ze względu na stan cywilny

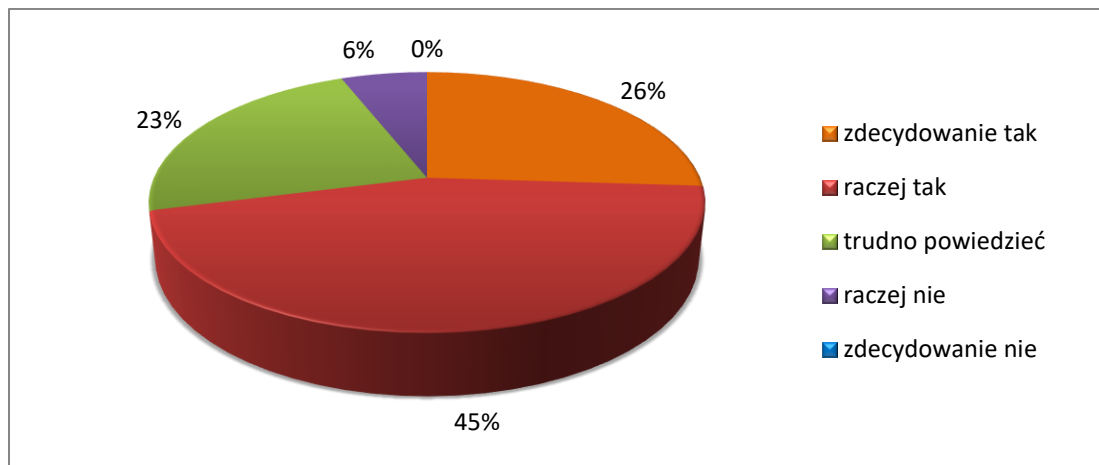
Struktura wykształcenia badanych przedstawiała się następująco: podstawowe wykształcenie miało 3% respondentów, zawodowe 40%, średnie 27%, wyższe 30%.

Większość badanych była aktywna zawodowo: umysłowo pracowało 20% respondentów a fizycznie 67%. Pozostali ankietowani byli bezrobotni (10%) lub mieli status emeryta/rencisty (3%). Większość badanych, 64%, mieszkało w mieście. Pozostałe osoby to mieszkańcy wsi (36%).

Szczegółowa analiza pytań ankiety

Pytanie: Czy Pan/i uważa, że jest osobą uzależnioną od alkoholu?

Większość ankietowanych 81% było świadomych swojego uzależnienia od alkoholu: zdecydowanie tak 26% i raczej tak 45%. Zdaniem 6% badanych problem uzależnienia alkoholowego ich nie dotyczył, a 23% nie potrafiło tego określić (Rycina 2).



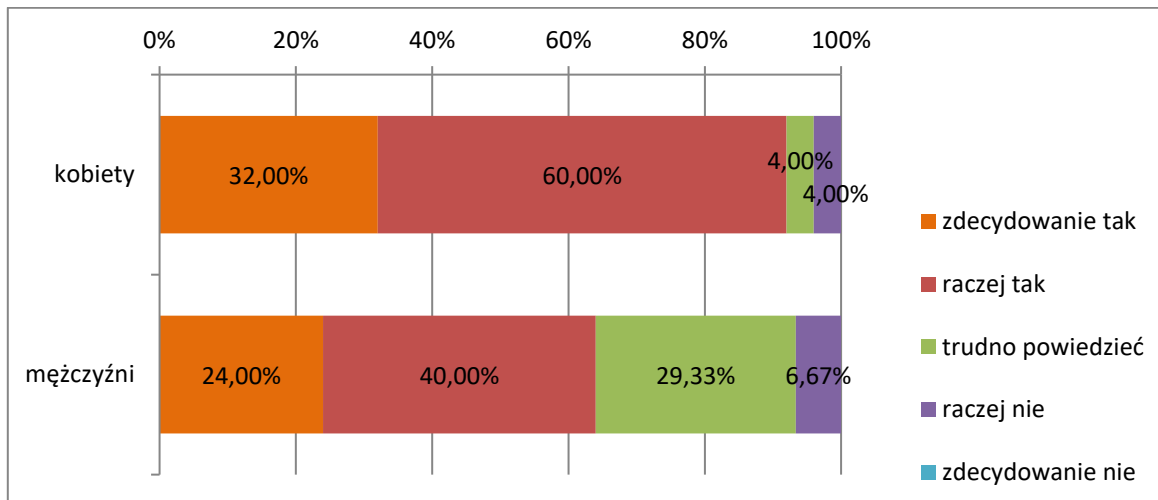
Rycina 2. Świadomość uzależnienia od alkoholu wśród badanych

Świadomość uzależnienia od alkoholu była istotnie zależała od płci, poziomu wykształcenia, miejsca zamieszkania (Tabela I).

Tabela I. Świadomość uzależnienia od alkoholu a płeć, wiek, poziom wykształcenia i staż pracy badanego

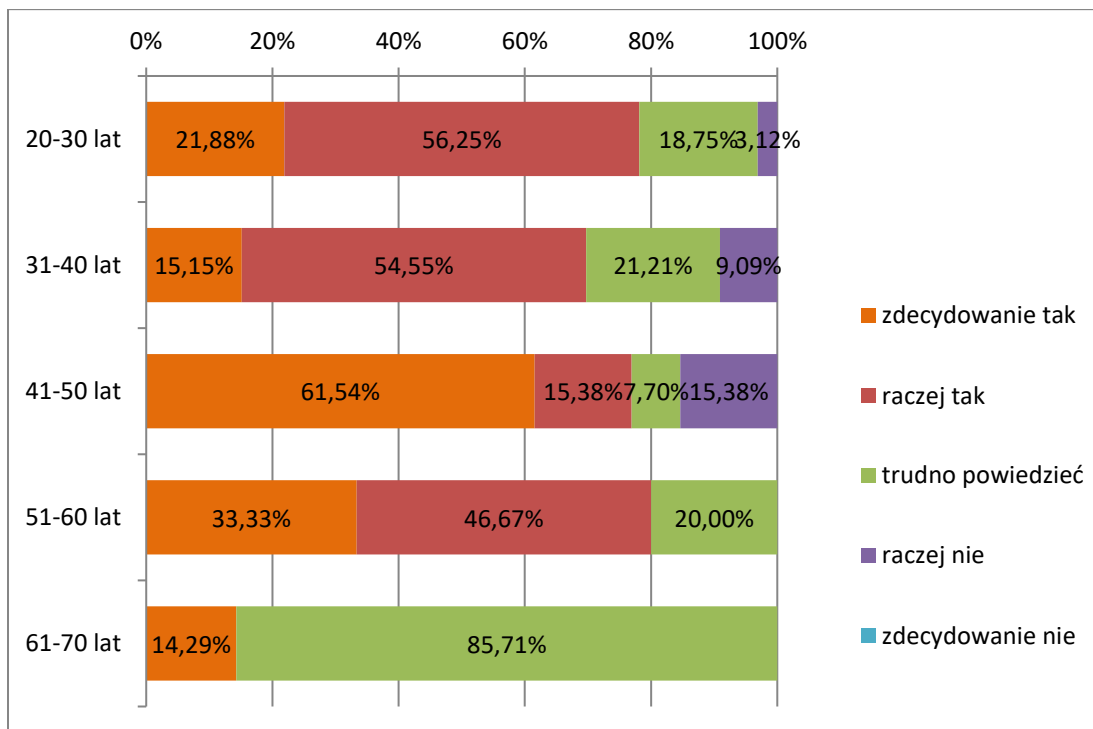
Wynik testu chi-kwadrat	Płeć	Wiek	Wykształcenie	Miejsce zamieszkania
współczynnik korelacji Pearsona	0,1971	0,0386	0,4696	0,3374
p (poziom istotności $\alpha=0,05$)	0,049	0,703	0,000	0,001

Stwierdzono, że kobiety istotnie częściej niż mężczyźni były świadome swojego uzależnienia (Rycina 3).



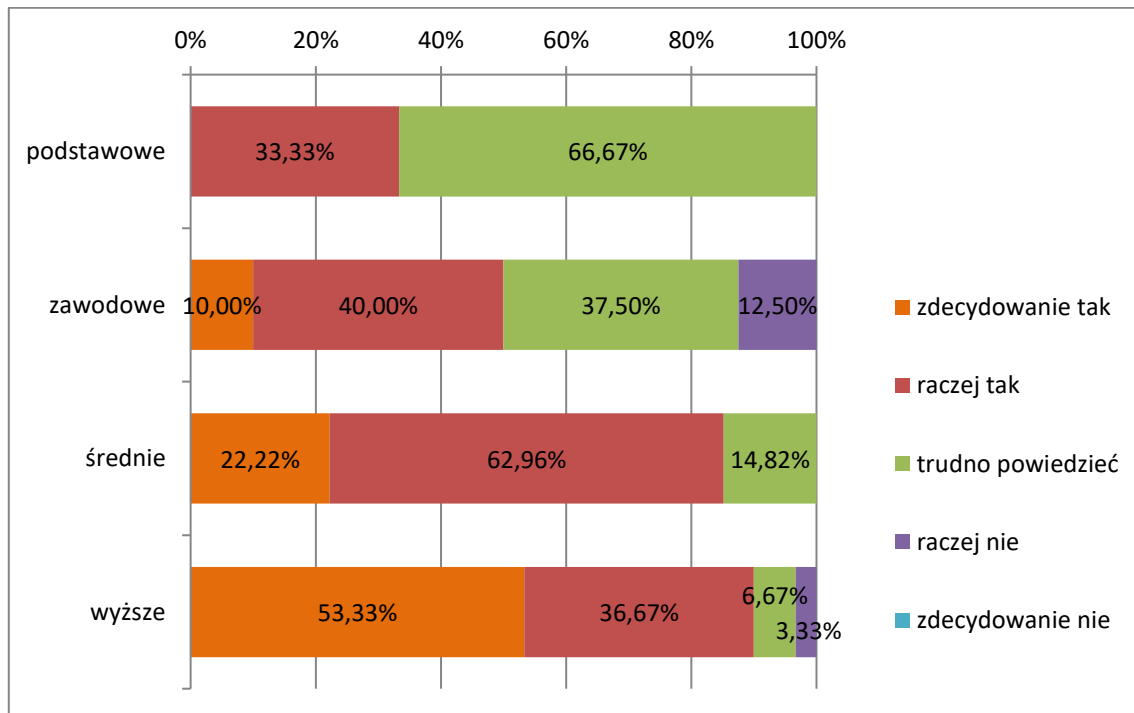
Rycina 3. Świadomość uzależnienia od alkoholu a płeć badanych

Otrzymano, że najrzadziej do uzależnienia od alkoholu przyznawali się badani powyżej 60 roku życia. Nie stwierdzono istotności różnic (Rycina 4).



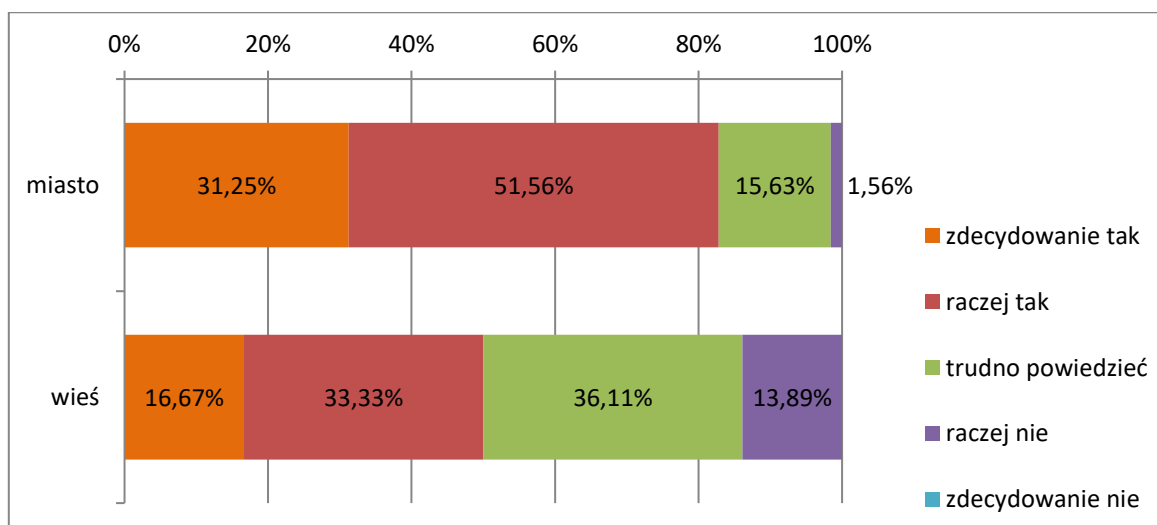
Rycina 4. Świadomość uzależnienia od alkoholu a wiek badanych

Otrzymano, że wraz z poziomem wykształcenia ankietowani znacząco częściej przyznawali się do uzależnienia od alkoholu (Rycina 5).



Rycina 5. Świadomość uzależnienia od alkoholu a wykształcenie badanych

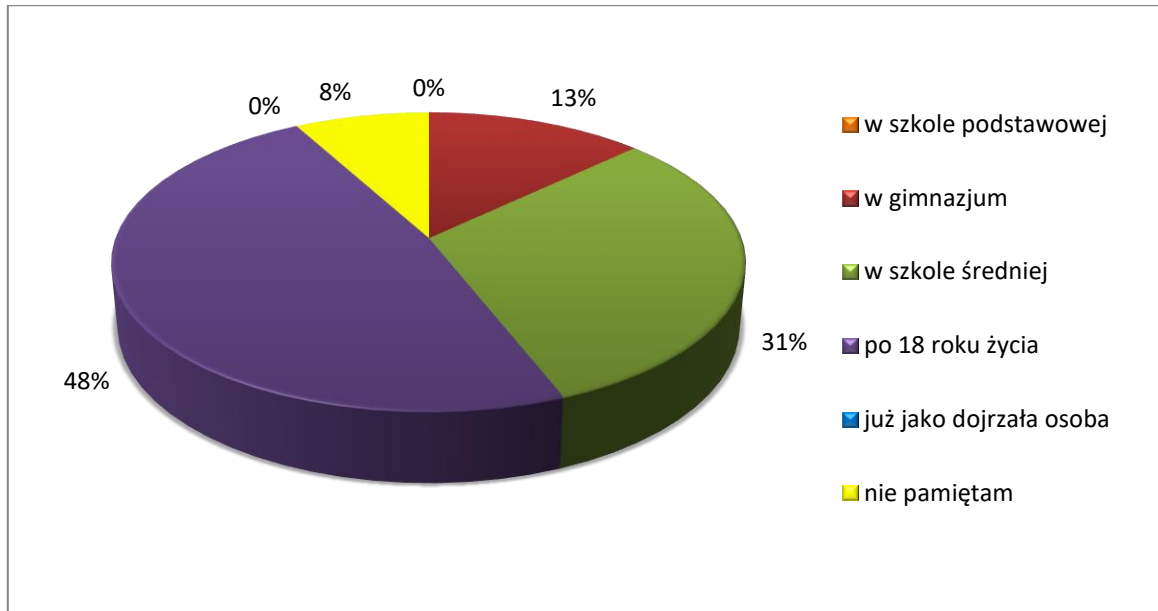
Stwierdzono, że mieszkańcy miast istotnie częściej niż mieszkańcy wsi byli świadomi swojego uzależnienia (Rycina 6).



Rycina 6. Świadomość uzależnienia od alkoholu a miejsce zamieszkania badanych

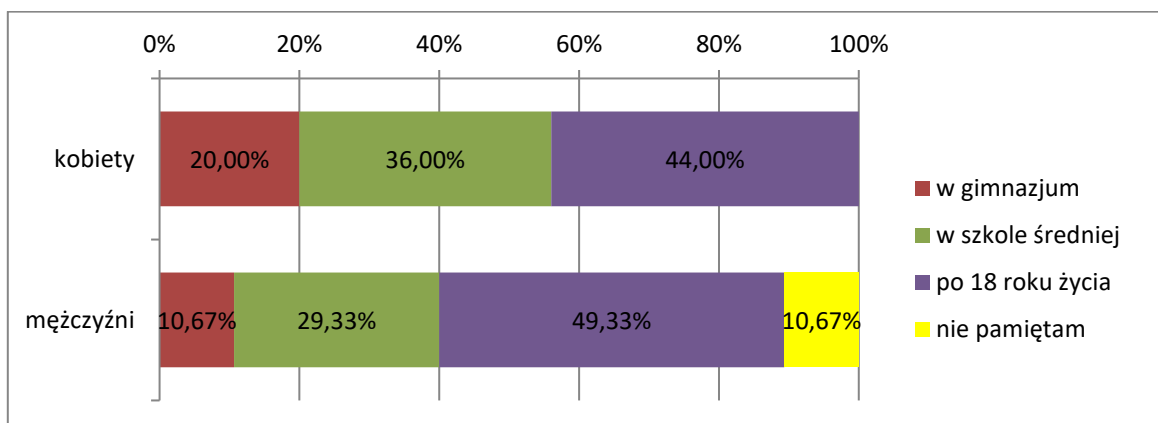
Pytanie: Kiedy po raz pierwszy spróbował/a Pan/i alkoholu?

Pierwszy raz badani spożyli alkohol w gimnazjum 13%, w szkole średniej 31%, ale najczęściej po 18 roku życia 48%, a 8% nie pamiętało, kiedy (Rycina 7).



Rycina 7. Pierwsze spożycie alkoholu wśród badanych

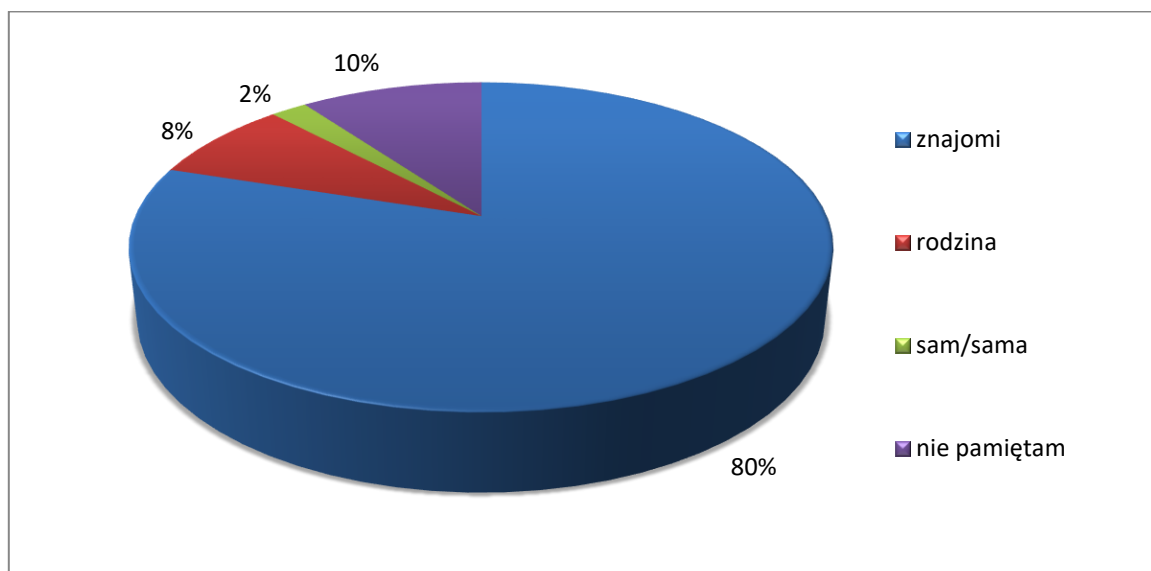
Stwierdzono, że kobiety znacząco wcześniej niż mężczyźni spożywały alkohol po raz pierwszy ($r(X, Y)=0,2039, p=0,042$) (Rycina 8).



Rycina 8. Świadomość uzależnienia od alkoholu a płeć badanych

Pytanie: Z kim pierwszy raz pił/a Pan/i alkohol?

Ankietowani pierwszy raz spożywali alkohol najczęściej w towarzystwie znajomych 80%, a także w rodzinie 8%, samotnie 2%. Co dziesiąta osoba wybrała odpowiedź *nie pamiętam* 10% (Rycina 9).



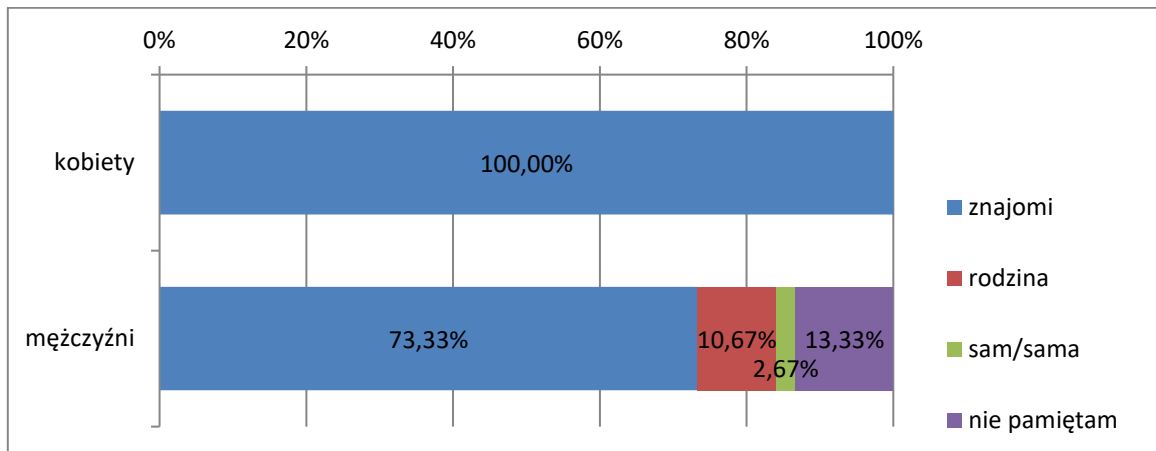
Rycina 9. Osoby towarzyszące podczas pierwszego spożycia alkoholu wśród badanych

W wyniku przeprowadzonych analiz stwierdzono, że towarzystwo, w którym po raz pierwszy spożywano alkohol istotnie zależało od płci, wieku, poziomu wykształcenia (Tabela II).

Tabela II. Osoby towarzyszące podczas pierwszego spożycia alkoholu a płeć, wiek, poziom wykształcenia i staż pracy badanego

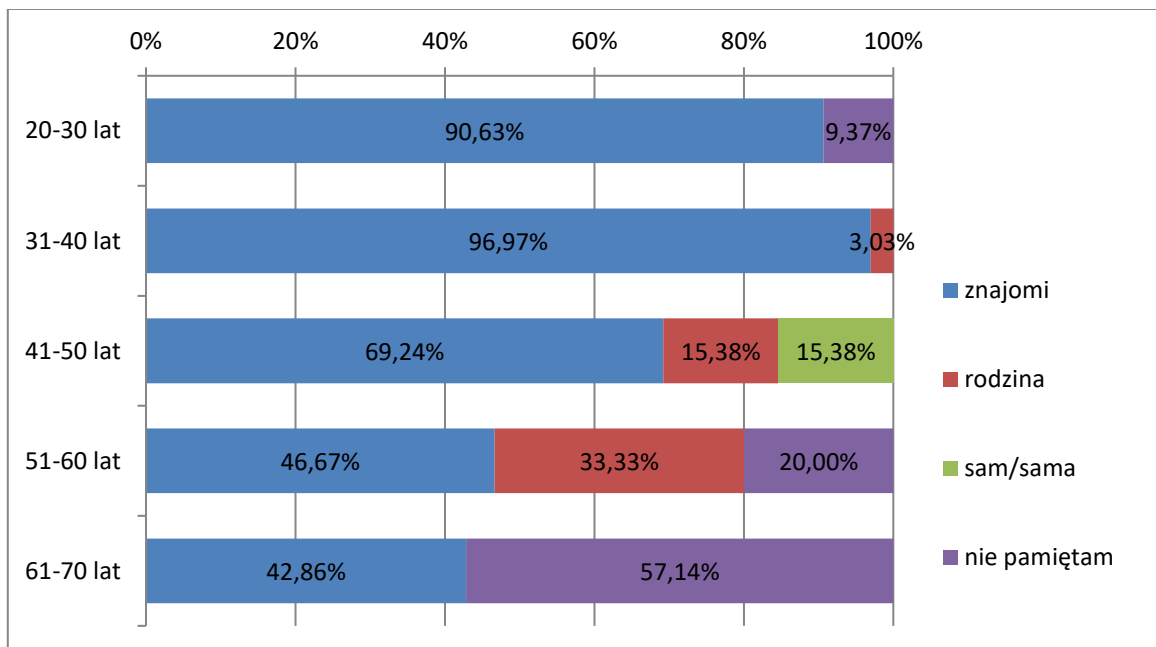
Wynik testu <i>chi-kwadrat</i>	Płeć	Wiek	Wykształcenie	Miejsce zamieszkania
<i>współczynnik korelacji Pearsona</i>	0,2580	0,4028	0,2301	0,0860
<i>p (poziom istotności $\alpha=0,05$)</i>	0,010	0,000	0,021	0,395

Stwierdzono, że kobiety istotnie częściej niż mężczyźni po raz pierwszy spożywały alkohol w towarzystwie znajomych (Rycina 10).



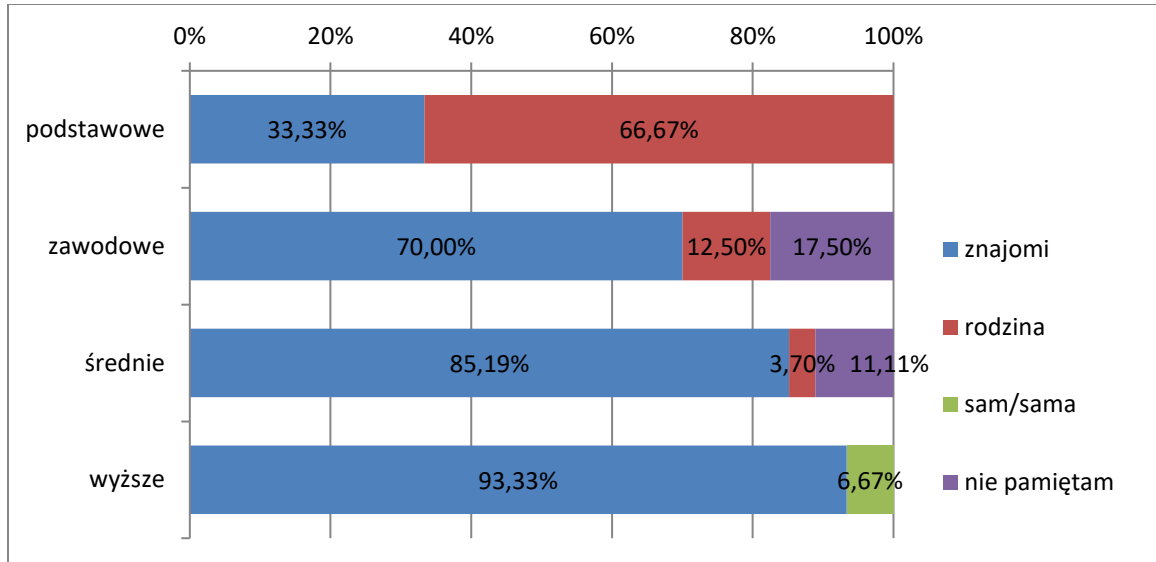
Rycina 10. Osoby towarzyszące podczas pierwszego spożycia alkoholu a płeć badanych

Otrzymano, że osoby w wieku do 40 lat istotnie częściej spożywały pierwszy raz alkohol w gronie znajomych, gdy wśród badanych pomiędzy 51 a 60 rokiem życia znacząco częściej wybrano odpowiedź: *rodzina* (Rycina 11).



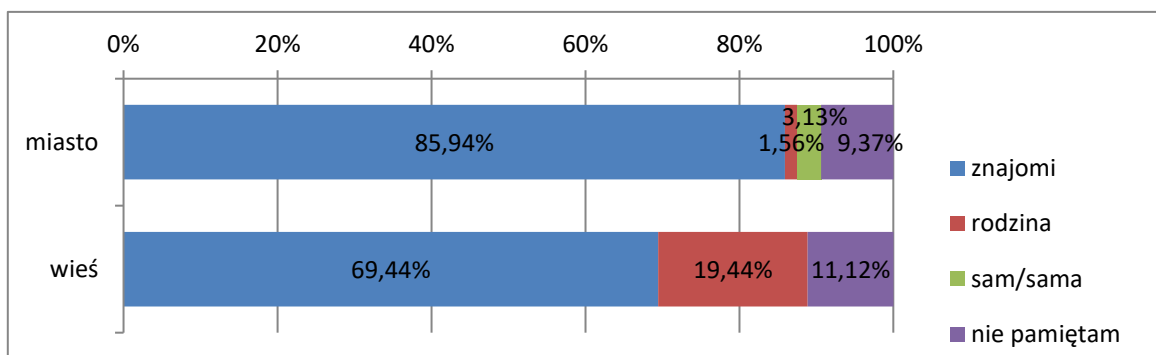
Rycina 11. Osoby towarzyszące podczas pierwszego spożycia alkoholu a wiek badanych

Stwierdzono, że wraz z poziomem wykształcenia ankietowani znacząco częściej po raz pierwszy spożywali alkohol ze znajomymi, gdy wśród osób z wykształceniem podstawowym 2/3 pierwszy raz spożyło alkohol z członkami rodziny (Rycina 12).



Rycina 12. Osoby towarzyszące podczas pierwszego spożycia alkoholu a wykształcenie badanych

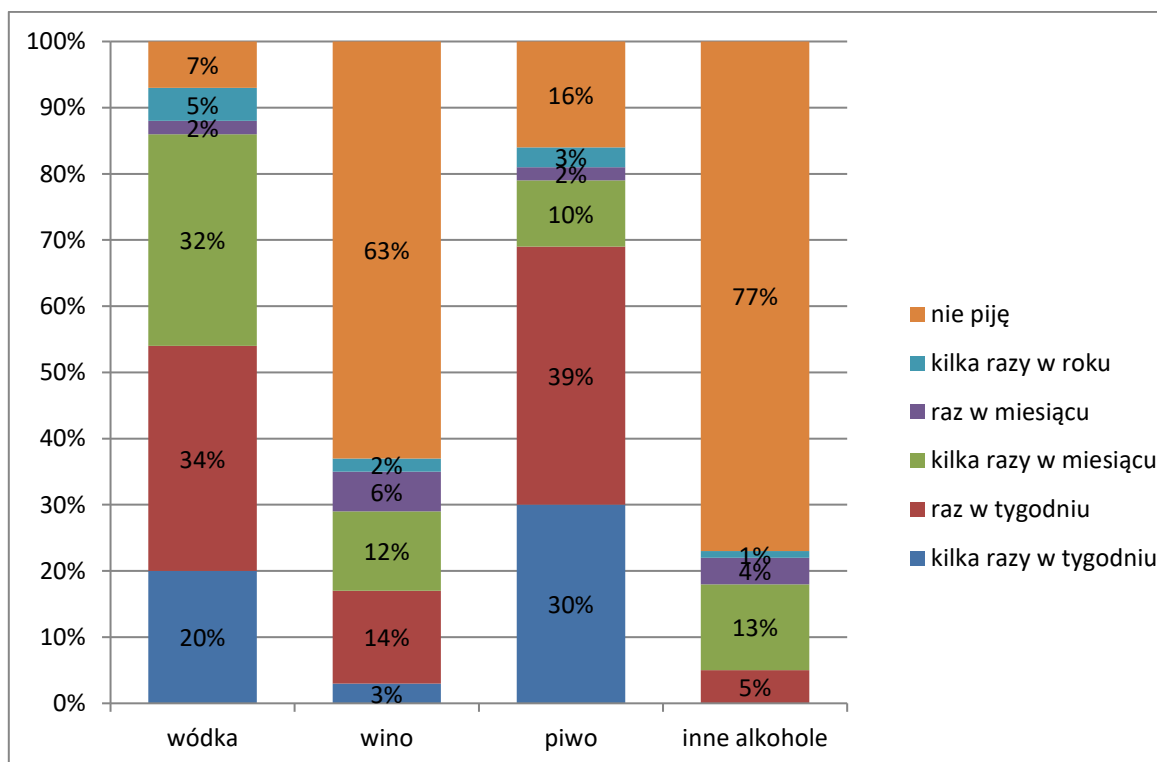
Otrzymano, że mieszkańcy miast częściej po raz pierwszy spożywali alkohol w towarzystwie znajomych, gdy mieszkańcy wsi – z członkami rodziny. Nie stwierdzono istotności różnic (Rycina 13).



Rycina 13. Osoby towarzyszące podczas pierwszego spożycia alkoholu a miejsce zamieszkania badanych

Pytanie: Jak często pije Pan/i alkohol?

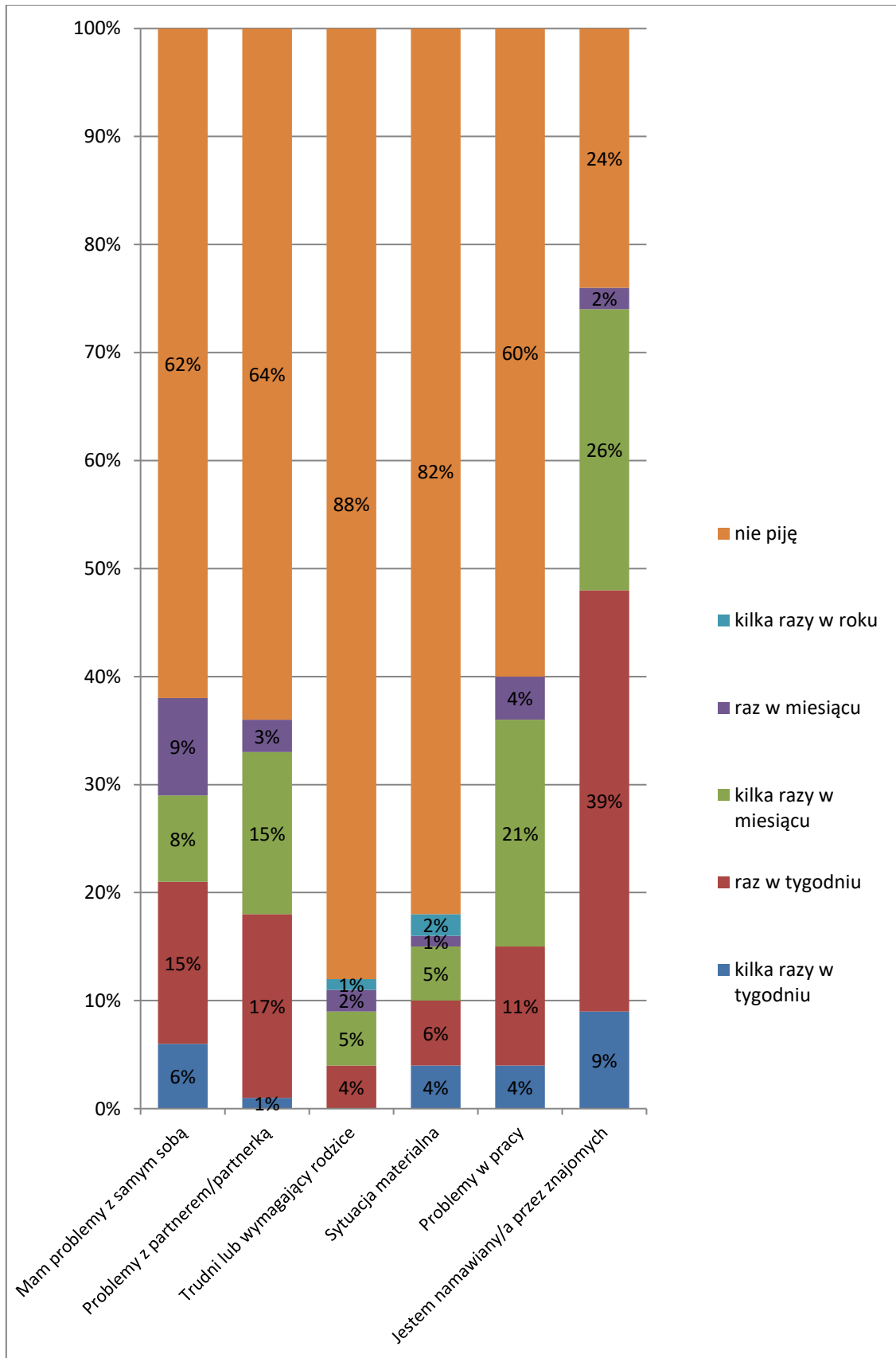
Ankietowani najczęściej spożywali piwo: *kilka razy w tygodniu* 30% i *raz w tygodniu* 39% oraz wódkę: *kilka razy w tygodniu* 20% i *raz w tygodniu* 34%. Badani najrzadziej sięgali po wino: *kilka razy w tygodniu* 3%, *raz w tygodniu* 14%, *kilka razy w miesiącu* 12%, a 63% wskazało, że nie pije w ogóle wina. Po inne alkohole niż wódka, piwo, wino sięgało 23% badanych (Rycina 14).



Rycina 14. Częstotliwość spożywania alkoholu przez badanych

Pytanie: Co powoduje, że Pan/i sięga po alkohol oraz jak często to się zdarza?

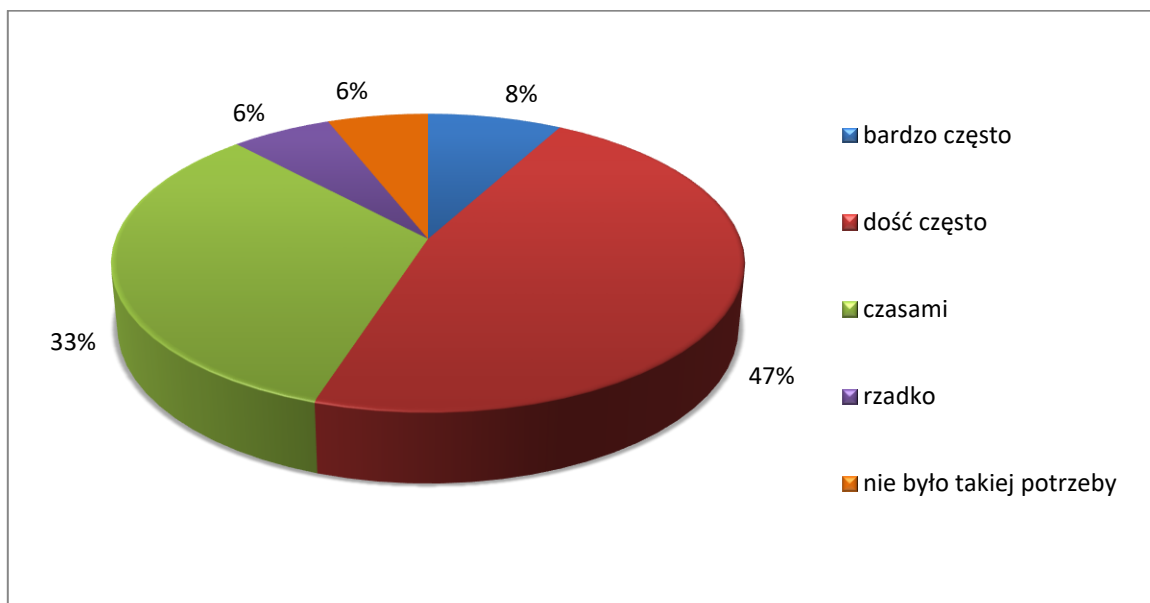
Ankietowani najczęściej sięgali po alkohol, gdyż byli namawiani przez znajomych: *kilka razy w tygodniu* 9%, *raz w tygodniu* 39%, *kilka razy w miesiącu* 26%, *raz w miesiącu* 2%. Tylko co czwarta osoba 24% wskazała, że nie pije z powodu namawiania przez znajomych. Następnie czynnikiem nasilającym spożycie alkoholu były problemy w pracy 40%, problemy z partnerem życiowym 36% oraz samym sobą 38%. Najrzadziej jako przyczynę picia wskazano sytuację materialną oraz konflikt z rodzicami – problemy te nie stanowiły powodu do picia alkoholu dla 82% i 88% badanych (Rycina 15).



Rycina 15. Powody spożywania alkoholu przez badanych

Pytanie: Czy kiedykolwiek w Pana/i życiu były okresy, kiedy rozważał/a Pan/i potrzebę ograniczenia swojego picia?

Odjęcie abstynencji rozważało 92% badanych, w tym 8% bardzo często, 47% często, 33% czasami, 6% rzadko. Wśród ankietowanych 6% wskazało, że nie było takiej potrzeby (Rycina 16).



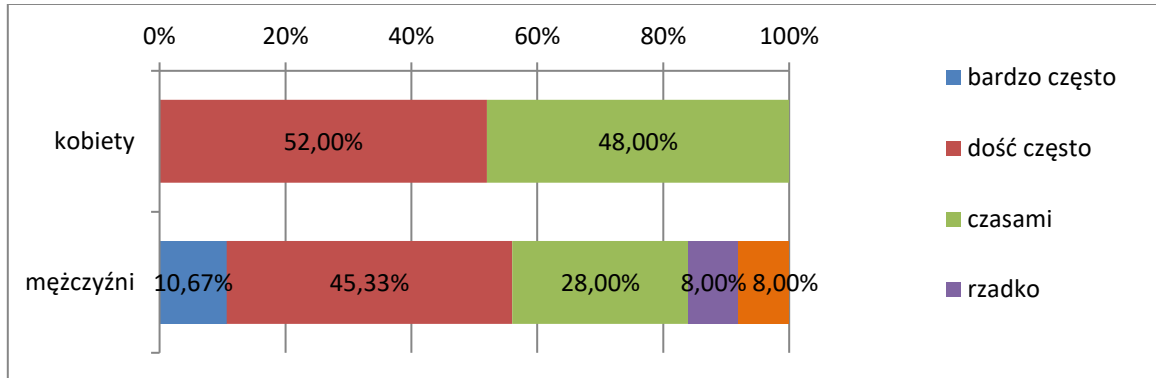
Rycina 16. Rozważania o abstynencji wśród badanych

W wyniku przeprowadzonych analiz stwierdzono, że rozważania o abstynencji istotnie zależało od wieku, poziomu wykształcenia, miejsca zamieszkania (Tabela III).

Tabela III. Rozważania o abstynencji wśród badanych płeć, wiek, poziom wykształcenia i staż pracy badanego

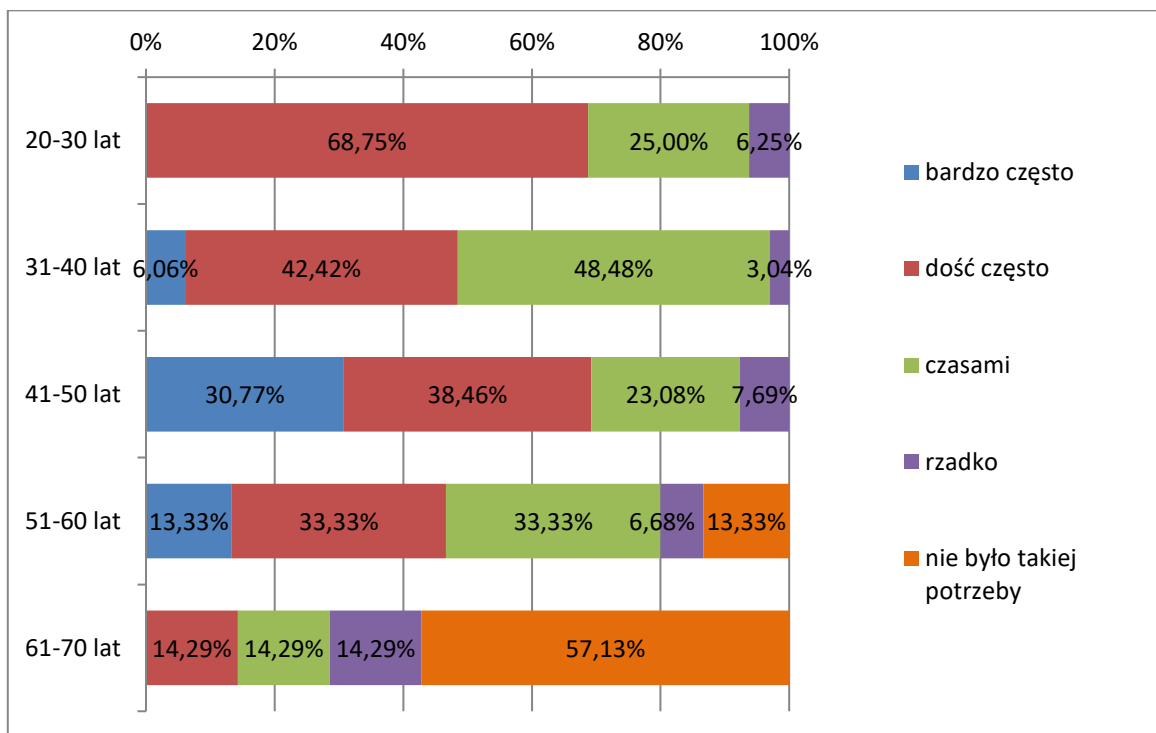
<i>Wynik testu chi-kwadrat</i>	Płeć	Wiek	Wykształcenie	Miejsce zamieszkania
<i>współczynnik korelacji Pearsona</i>	0,0429	0,3245	0,5145	0,3804
<i>p (poziom istotności $\alpha=0,05$)</i>	0,672	0,001	0,000	0,000

Zarówno wśród kobiet i mężczyzn połowa rozważała bardzo często i dość często możliwość podjęcia abstynencji. Osoby, które nie widziały takiej potrzeby były wyłącznie płci męskiej (Rycina 17).



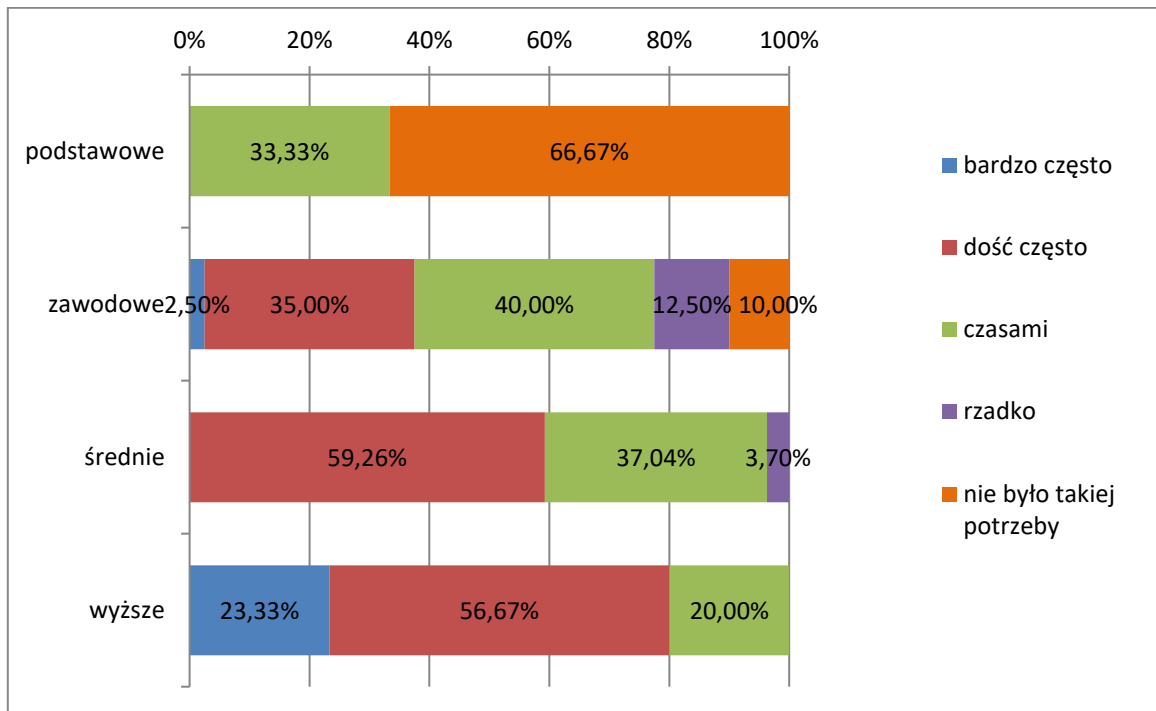
Rycina 17. Rozważania o abstynencji a płeć badanych

Stwierdzono, że o abstynencji istotnie częściej myślały osoby do 50 roku życia niż z grupy 50+. Osoby, które nie widziały takiej potrzeby były w wieku 51-60 lat 13,33% i 61-70 lat 57,13% (Rycina 18).



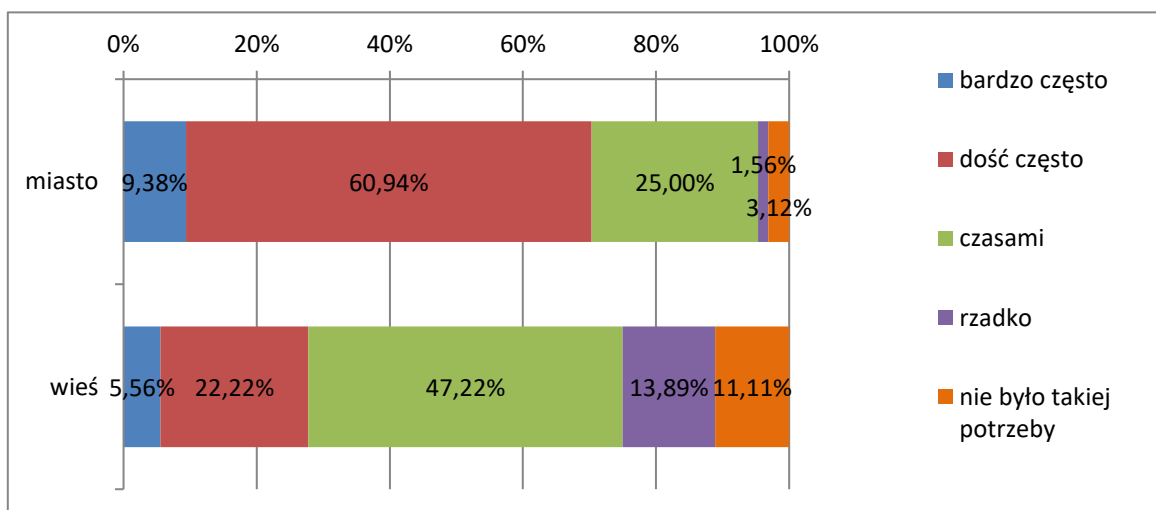
Rycina 18. Rozważania o abstynencji a wiek badanych

Stwierdzono, że wraz z poziomem wykształcenia ankietowani znacząco częściej dostrzegali potrzebę podjęcia abstynencji (Rycina 19).



Rycina 19. Rozważania o abstynencji a wykształcenie badanych

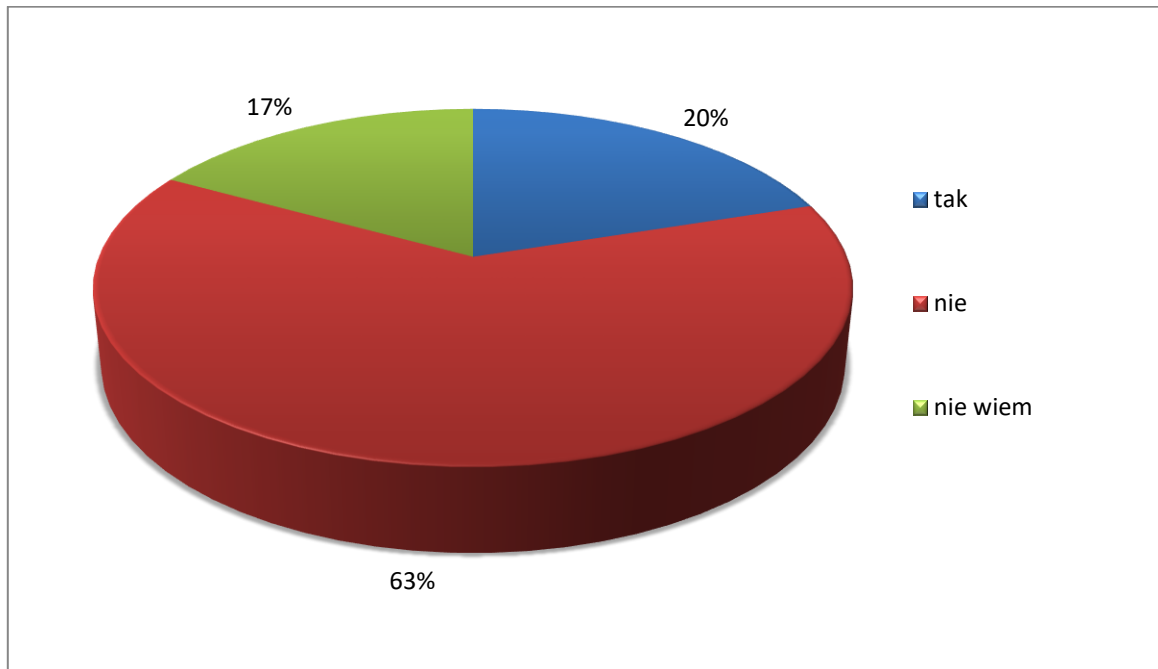
Otrzymano, że mieszkańcy miast istotnie częściej niż mieszkańcy wsi rozważali podjęcie abstynencji (Rycina 20).



Rycina 20. Rozważania o abstynencji a miejsce zamieszkania badanych

Pytanie: Czy ktoś z Pana/i bliskich nadużywa alkoholu?

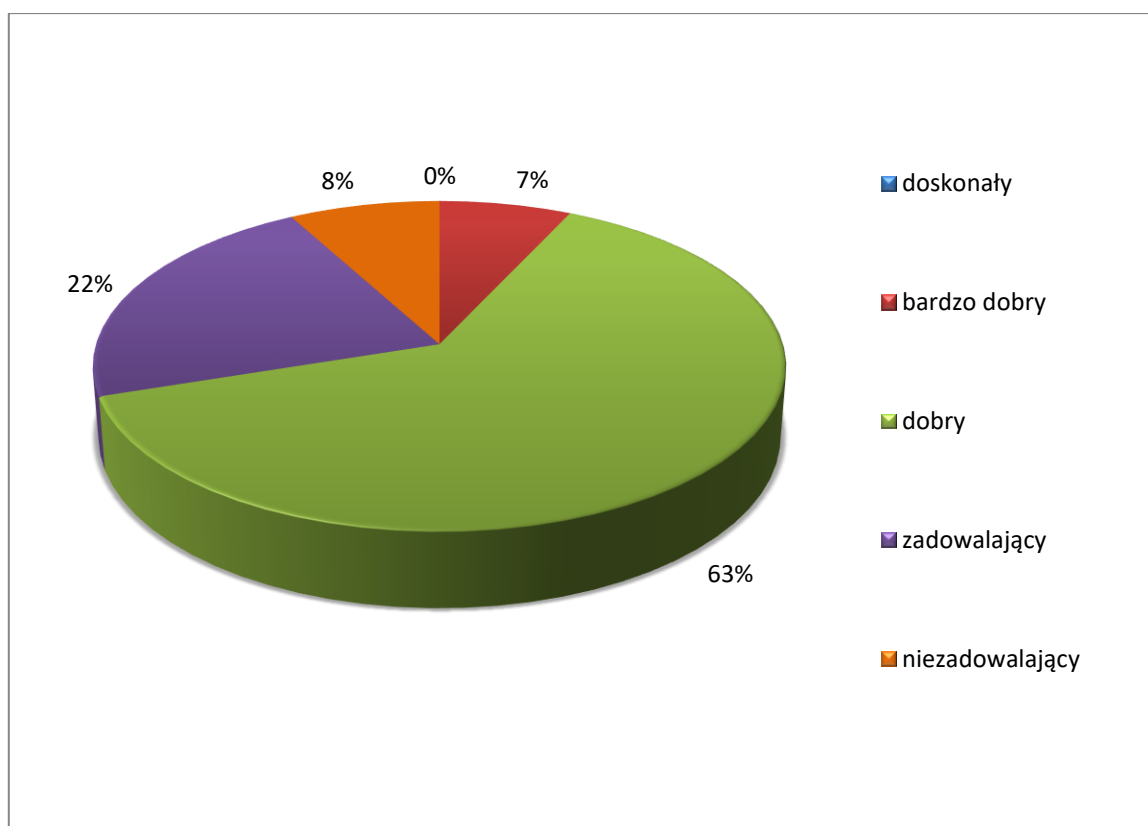
Co piąty ankietowany wskazał, że w jego rodzinie są osoby nadużywające alkoholu 20% - ojciec 50%, matka 5%, brat 30%, ojczym 15%. Problem ten nie występował w 63% przypadków, a 17% wskazało odpowiedź *nie wiem* (Rycina 21).



Rycina 21. Nadużywanie alkoholu przez członków rodziny badanych

Pytanie: Jaki jest stan Pana/i zdrowia?

Ankietowani ocenili swój stan zdrowia jako dobry 63%, a w 7% jako bardzo dobry. Pozostali badani użyli oceny zadowolający 22%, a 8% - niezadowolający (Rycina 22).



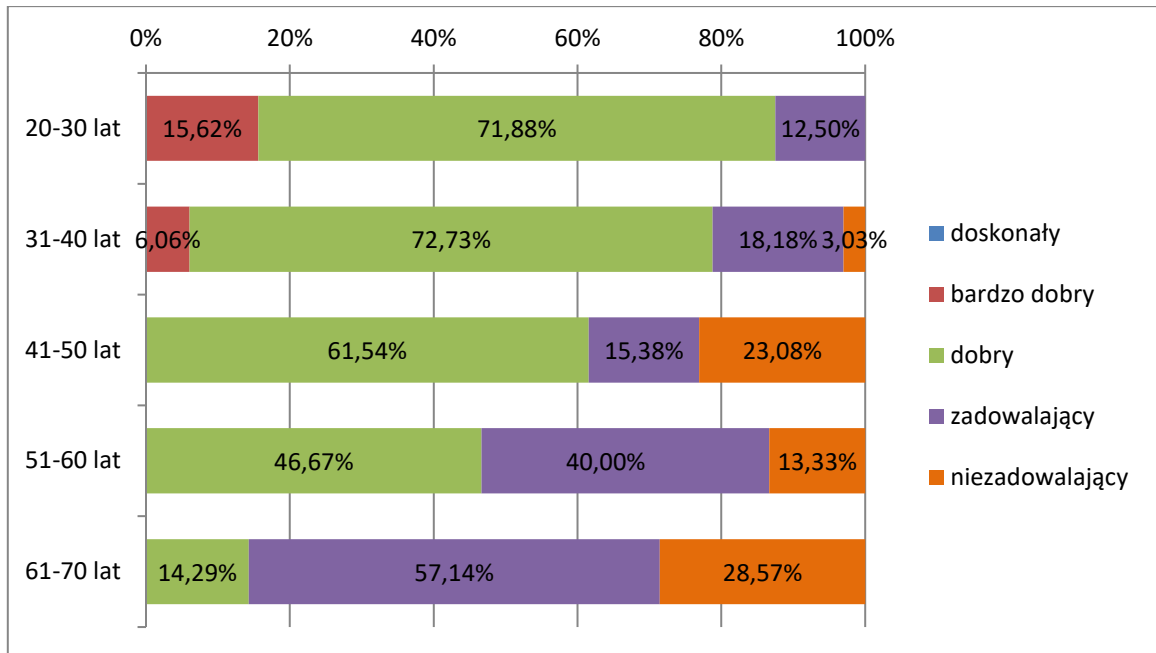
Rycina 22. Samoocena stanu zdrowia wśród badanych

W wyniku przeprowadzonych analiz stwierdzono, że ocena stanu zdrowia istotnie zależała od wieku badanych (Tabela IV).

**Tabela IV. Samoocena stanu zdrowia
a płeć, wiek, poziom wykształcenia i staż pracy badanego**

<i>Wynik testu chi-kwadrat</i>	Płeć	Wiek	Wykształcenie	Miejsce zamieszkania
<i>współczynnik korelacji Pearsona</i>	0,1047	0,4785	0,1559	0,0628
<i>p (poziom istotności $\alpha=0,05$)</i>	0,300	0,000	0,121	0,535

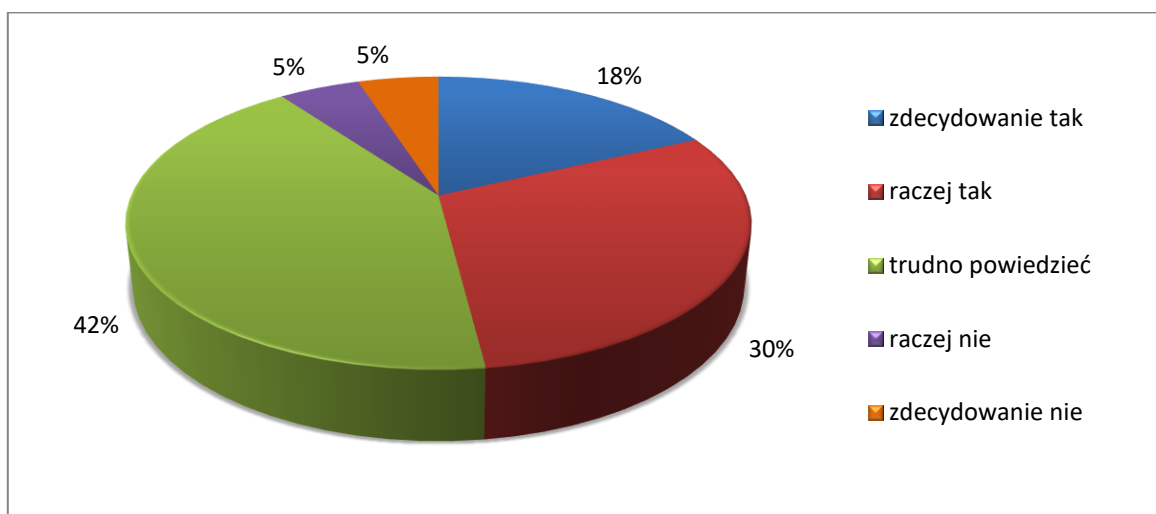
Stwierdzono, że z wiekiem badani znacząco gorzej oceniali swój stan zdrowia (Rycina 23).



Rycina 23. Rozważania o abstynencji a wiek badanych

Pytanie: Czy uzależnienie od alkoholu utrudnia Panu/i funkcjonowanie w życiu codziennym?

Większość badanych 48% wskazała, że uzależnienie utrudnia im funkcjonowanie w życiu codziennym: zdecydowanie tak 18% i raczej tak 30%. Odpowiedź przeczącą wskazało 10% grupy: raczej nie 5% i zdecydowanie nie 5%. Znaczna część badanych wybrała odpowiedź *trudno powiedzieć* 42% (Rycina 24).



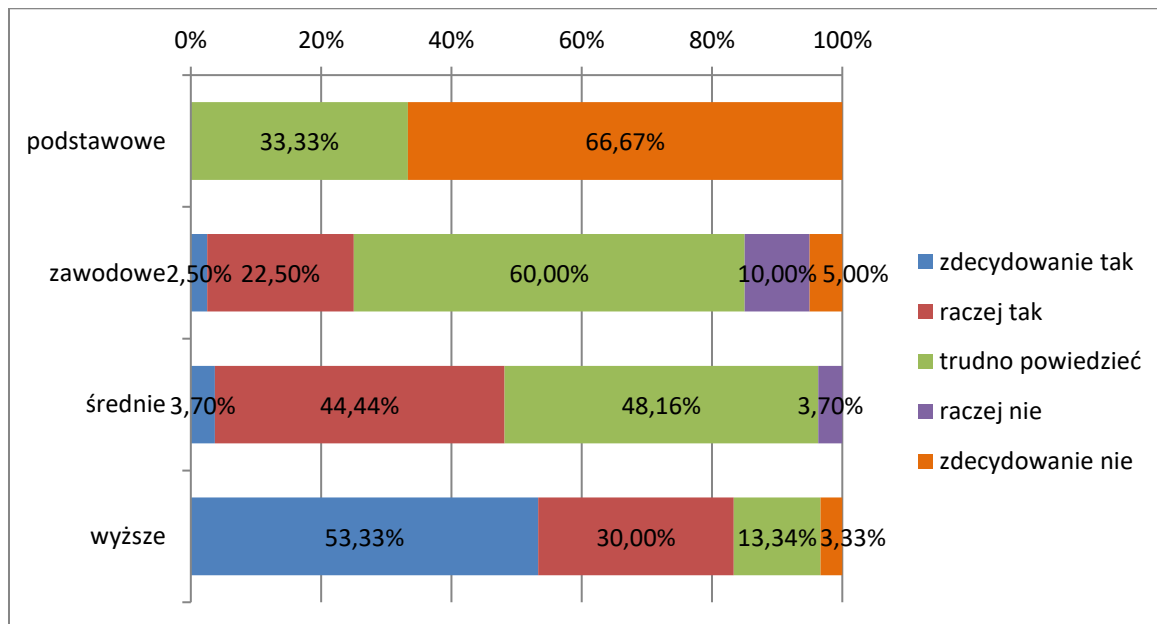
Rycina 24. Wpływ uzależnienia na codzienne funkcjonowanie w opinii badanych

W wyniku przeprowadzonych analiz stwierdzono, że wpływ uzależnienia na codzienne funkcjonowanie zależał od wykształcenia i miejsca zamieszkania badanych (Tabela V).

Tabela V. Wpływ uzależnienia na codzienne funkcjonowanie a płeć, wiek, poziom wykształcenia i staż pracy badanego

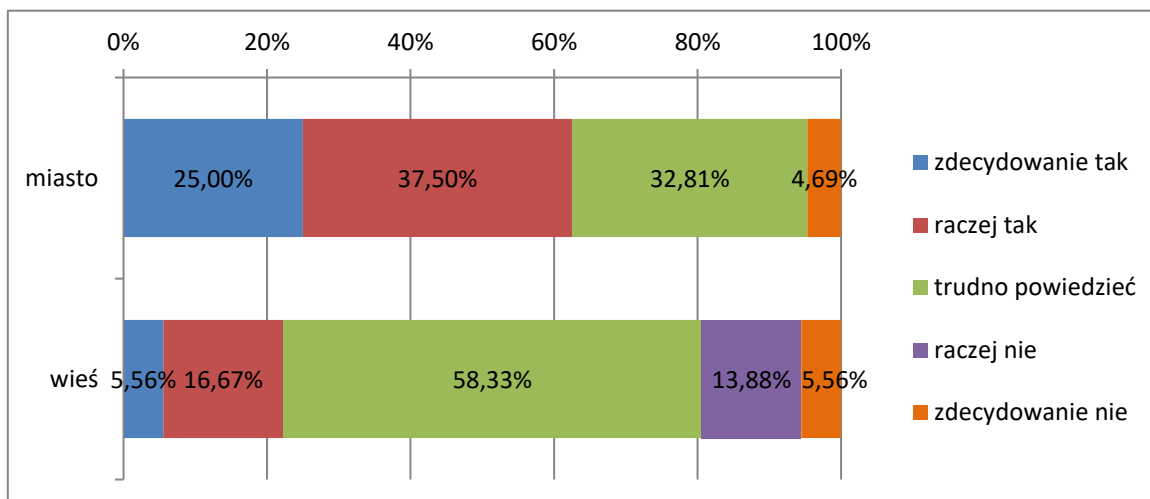
<i>Wynik testu chi-kwadrat</i>	Płeć	Wiek	Wykształcenie	Miejsce zamieszkania
<i>współczynnik korelacji Pearsona</i>	0,1896	0,1451	0,5823	0,3599
<i>p (poziom istotności $\alpha=0,05$)</i>	0,059	0,150	0,000	0,000

Stwierdzono, że wraz z poziomem wykształcenia ankietowani znacząco częściej odczuwali utrudnienia w życiu codziennym z powodu alkoholizmu (Rycina 25).



Rycina 25. Wpływ uzależnienia na codzienne funkcjonowanie a wykształcenie badanych

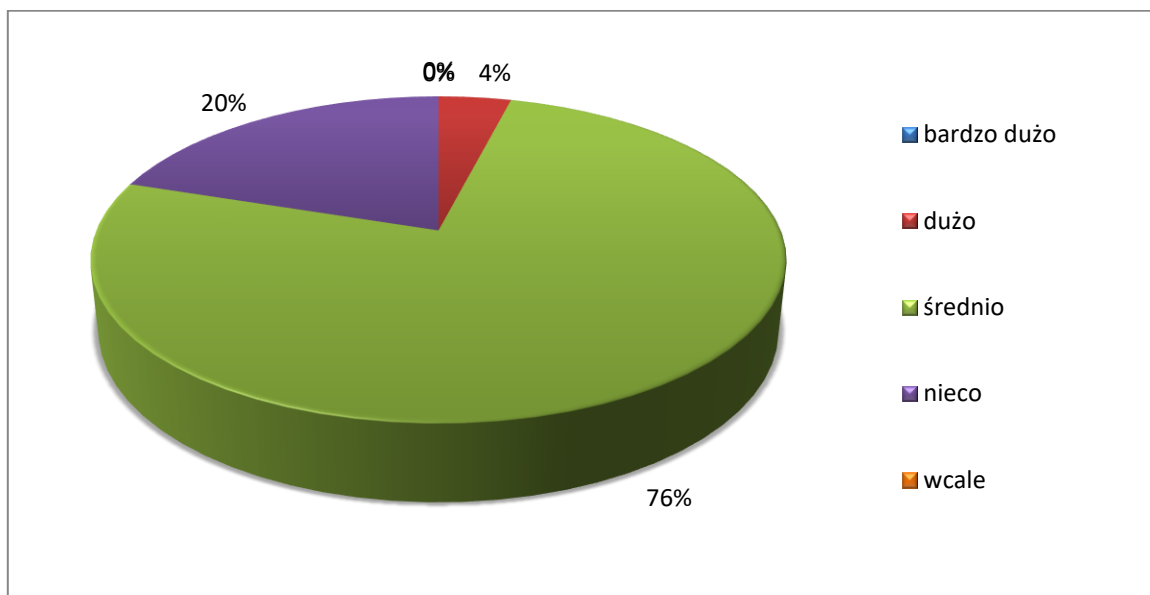
Otrzymano, że mieszkańcy miast istotnie częściej niż mieszkańcy wsi odczuwali wpływ uzależnienia na codzienne funkcjonowanie (Rycina 26).



Rycina 26. Wpływ uzależnienia na codzienne funkcjonowanie a miejsce zamieszkania badanych

Pytanie: Ile ma Pan/i radości w życiu?

Ankietowani ocenili poziom radości w swoim życiu jako *średni* 76%, pozostali użyli oceny *nieco* 20% i *dużo* 4% (Rycina 27).



Rycina 27. Poczucie radości w codziennym życiu w opinii badanych

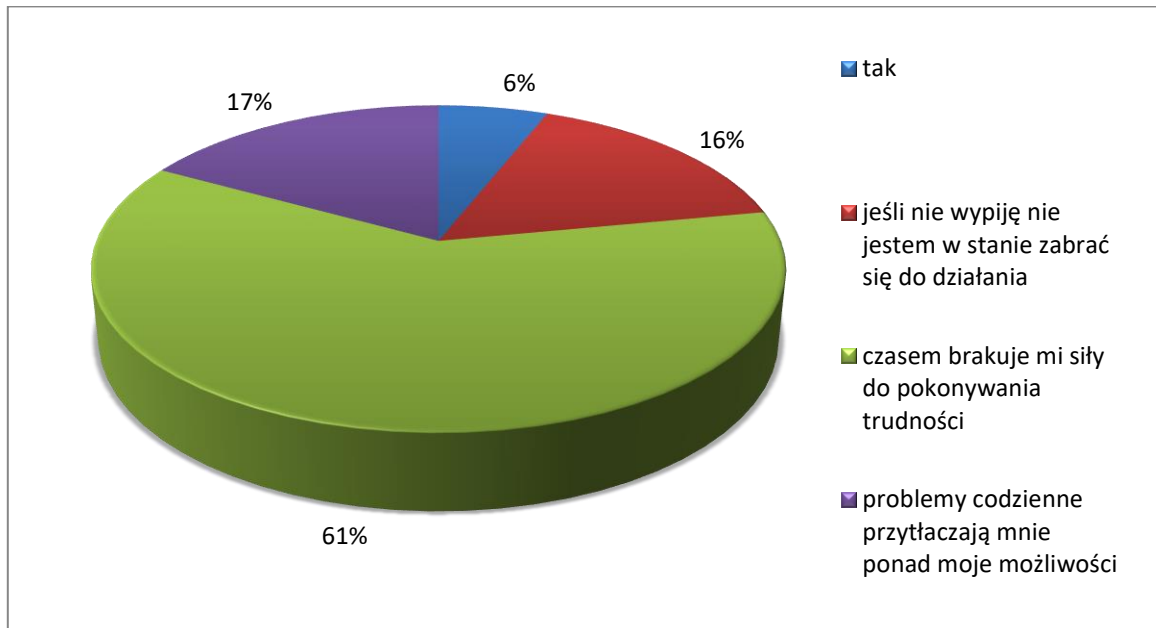
W wyniku przeprowadzonych analiz nie stwierdzono, aby ocena poziomu radości w codziennym życiu znacząco zależała od płci, wieku, wykształcenia, miejsca zamieszkania (Tabela VI).

**Tabela VI. Poczucie radości w codziennym życiu
a płeć, wiek, poziom wykształcenia i staż pracy badanego**

<i>Wynik testu chi-kwadrat</i>	Płeć	Wiek	Wykształcenie	Miejsce zamieszkania
<i>współczynnik korelacji Pearsona</i>	0,1496	0,1355	0,0863	0,1692
<i>p (poziom istotności $\alpha=0,05$)</i>	0,137	0,179	0,393	0,092

Pytanie: Czy ma Pan/i wystarczająco energii w codziennym życiu?

Najczęściej badani wskazali, że *czasem brakuje im siły do pokonywania trudności* 61%, w 17% wybrano: *problemy codzienne przytłaczają mnie ponad moje możliwości*, a w 16% stwierdzono, że *jeśli nie wypiję nie jestem w stanie zabrać się do działania*. Tylko 6% grupy uważało, że ma wystarczająco energii w codziennym życiu (Rycina 28).



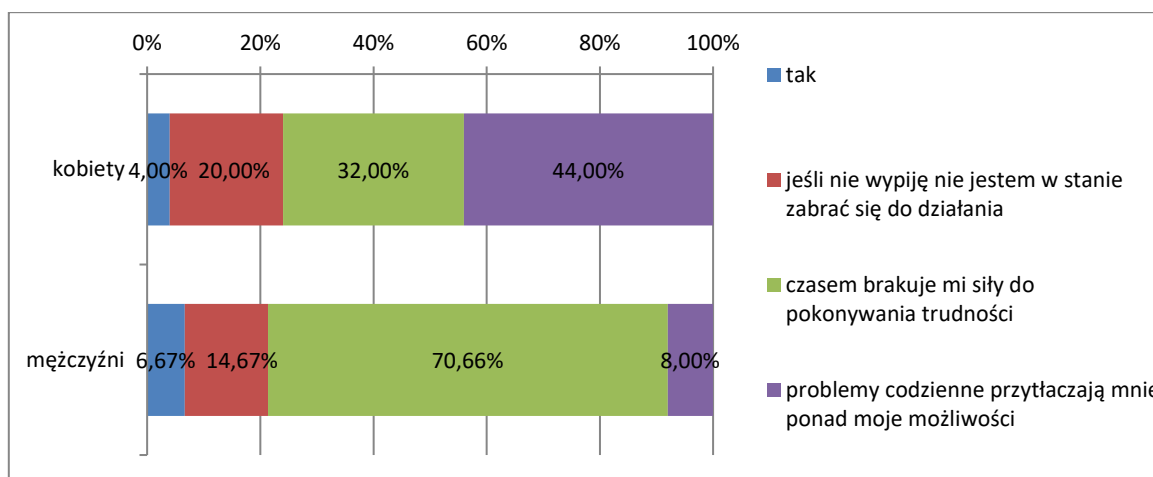
Rycina 28. Poczucie energii w codziennym życiu w opinii badanych

W wyniku przeprowadzonych analiz stwierdzono, że poczucie energii w codziennym życiu znacząco zależało od płci, wieku, wykształcenia, miejsca zamieszkania (Tabela VII).

Tabela VII. Poczucie energii w codziennym życiu a płeć, wiek, poziom wykształcenia i staż pracy badanego

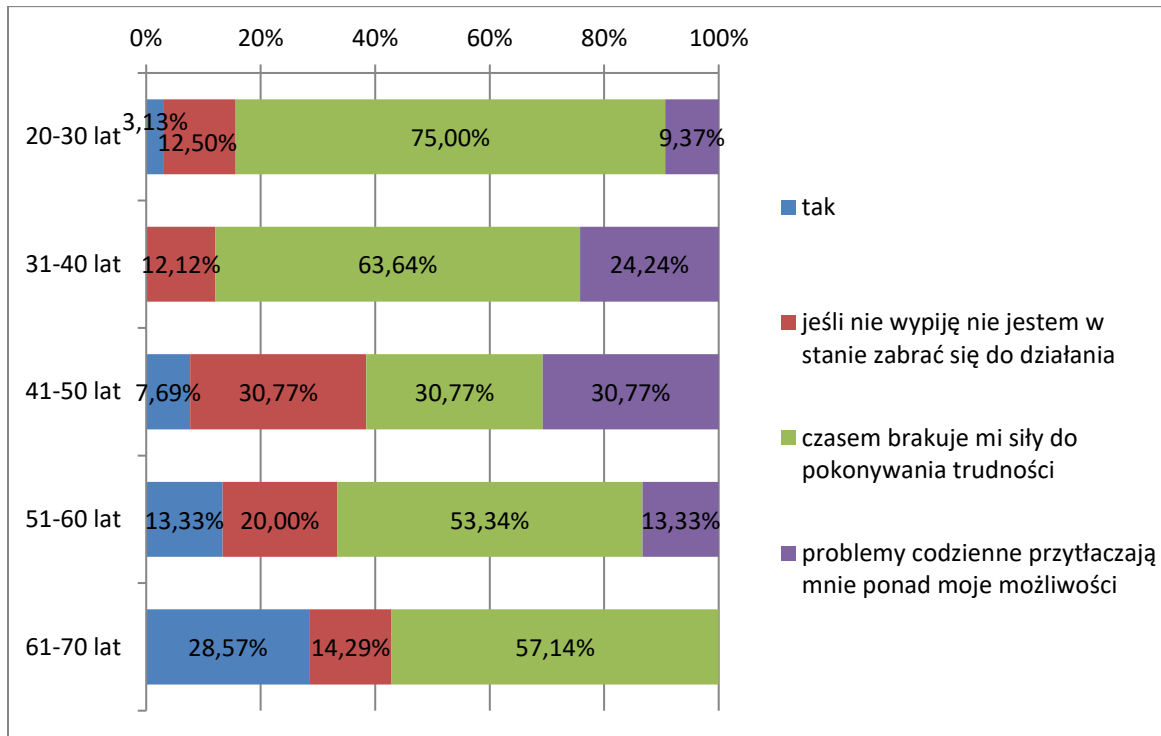
<i>Wynik testu chi-kwadrat</i>	Płeć	Wiek	Wykształcenie	Miejsce zamieszkania
<i>współczynnik korelacji Pearsona</i>	0,2087	0,2183	0,2139	0,2243
<i>p (poziom istotności $\alpha=0,05$)</i>	0,037	0,029	0,033	0,025

Kobiety istotnie częściej wskazywały, że problemy codzienne są ponad ich możliwości, gdy mężczyźni znacząco częściej wybierali odpowiedź: *czasem brakuje im siły do pokonywania trudności* (Rycina 29).



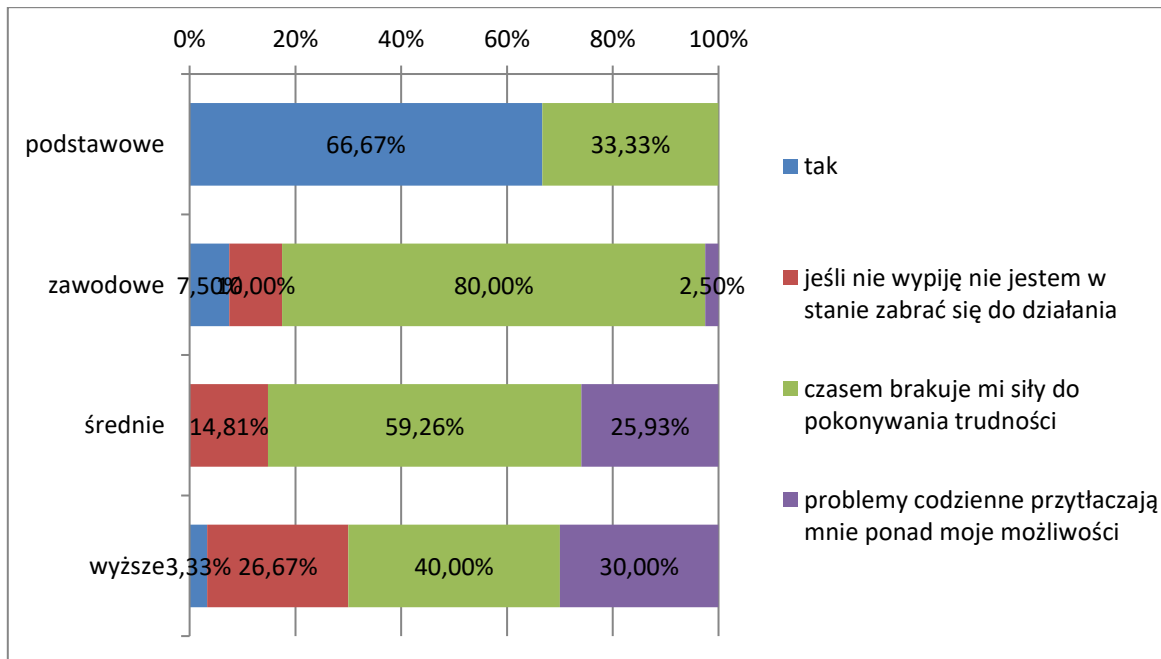
Rycina 29. Poczucie energii w codziennym życiu a płeć badanych

Stwierdzono, że poczucie energii w codziennym życiu znacząco nasilało się z wiekiem badanych z 3,13% w grupie 20-30 lat do 28,57% w grupie 61-70 lat (Rycina 30).



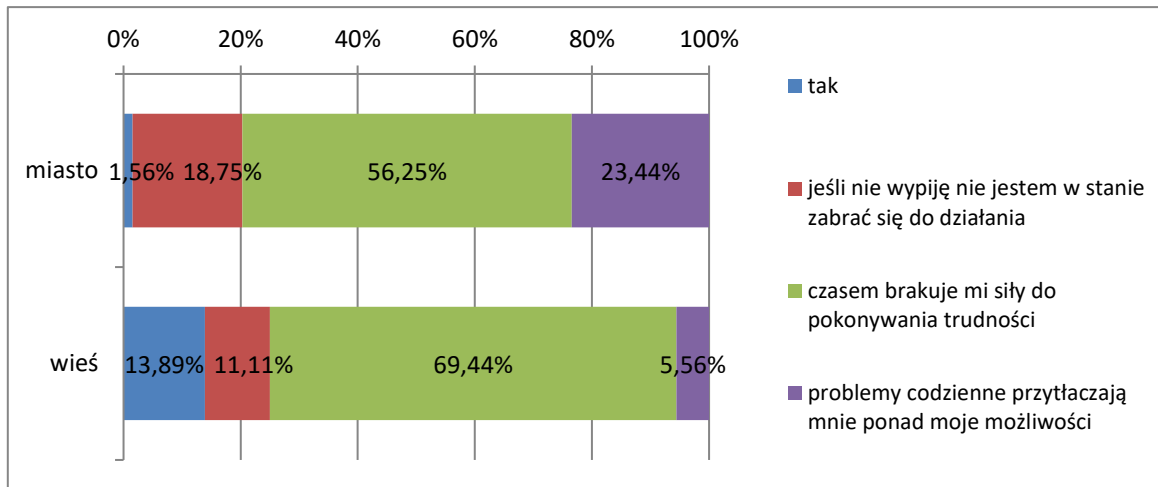
Rycina 30. Poczucie energii w codziennym życiu a wiek badanych

Stwierdzono, że poczucie energii w codziennym życiu znacząco obniżało się z poziomem wykształcenia (Rycina 31).



Rycina 31. Poczucie energii w codziennym życiu a wykształcenie badanych

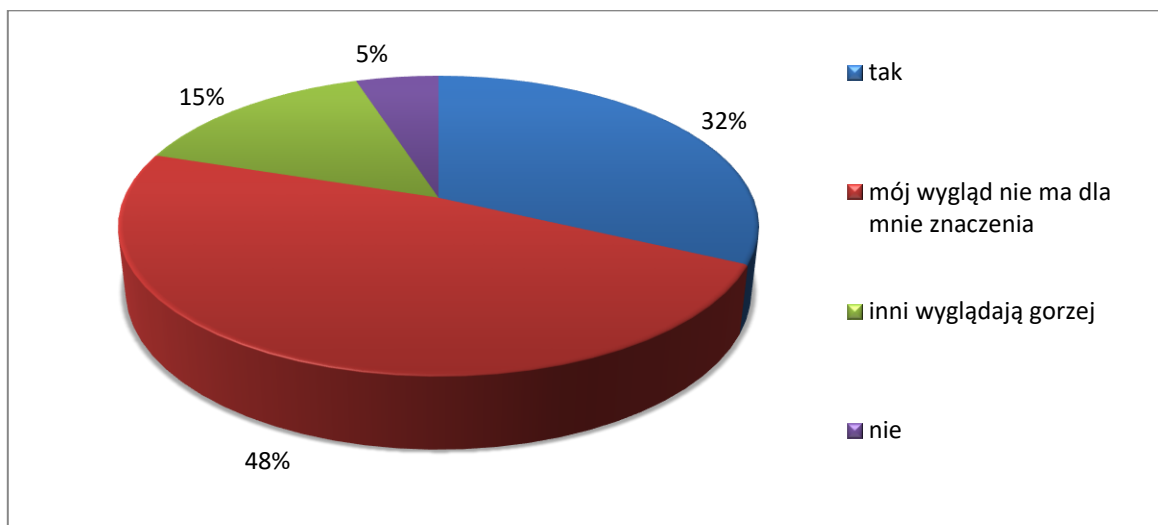
Otrzymano, że mieszkańcy miast istotnie częściej niż mieszkańcy wsi byli przytłoczeni swoim uzależnieniem w codziennym życiu (Rycina 32).



Rycina 32. Poczucie energii w codziennym życiu a miejsce zamieszkania badanych

Pytanie: Czy jest Pan/i w stanie zaakceptować swój wygląd?

Wśród ankietowanych 32% akceptowało swój wygląd, a 48% wskazało, że ich wygląd nie ma dla nich znaczenia. Pozostali badani stwierdzili, że inni wyglądają gorzej 15%, a na brak akceptacji wyglądu zewnętrznego wskazało 5% grupy (Rycina 33).



Rycina 33. Poziom akceptacji wyglądu zewnętrznego wśród badanych

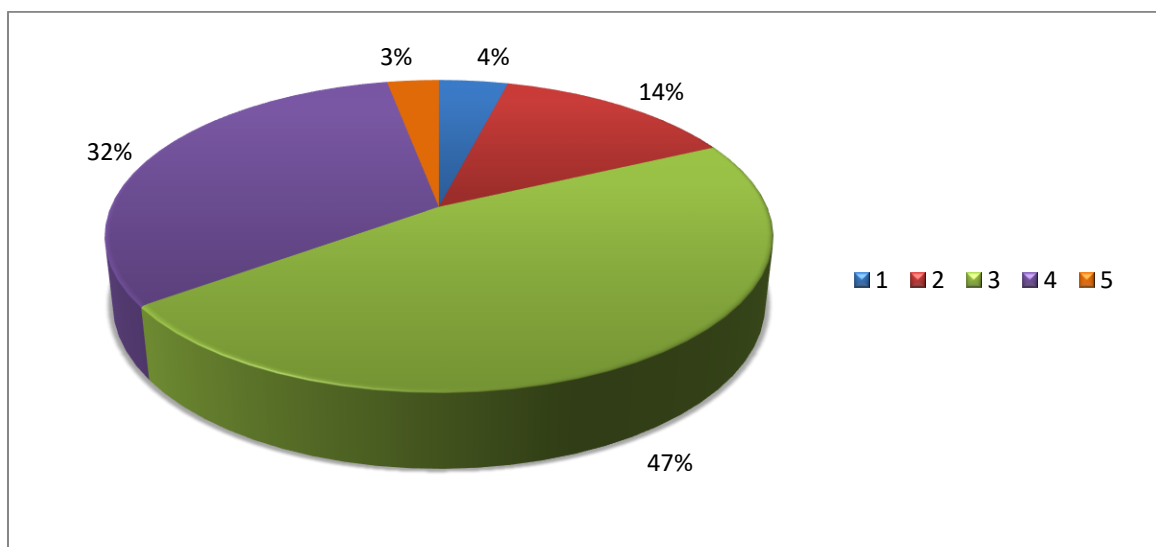
W wyniku przeprowadzonych analiz nie stwierdzono, aby akceptacja wyglądu zewnętrznego znacząco zależała od płci, wieku, wykształcenia, miejsca zamieszkania (Tabela VIII).

Tabela VIII. Poziom akceptacji wyglądu zewnętrznego a płeć, wiek, poziom wykształcenia i staż pracy badanego

<i>Wynik testu chi-kwadrat</i>	Płeć	Wiek	Wykształcenie	Miejsce zamieszkania
<i>współczynnik korelacji Pearsona</i>	0,1487	0,0074	0,0671	0,0899
<i>p (poziom istotności $\alpha=0,05$)</i>	0,140	0,942	0,507	0,374

Pytanie: W skali od 1 do 5 na ile punktów ocenia Pan/i swój wygląd?

W skali 1-5 przeciętna ocena własnego wyglądu wynosiła $3,16 \pm 0,85$. Ankietowani najczęściej oceniali swój wygląd na 3 punkty 47% i 4 punkty 32%. Pozostali badani wskazali na 1 – 4%, 2 – 14%, 5 – 3% (Rycina 34).



Rycina 34. Ocena wyglądu zewnętrznego wśród badanych

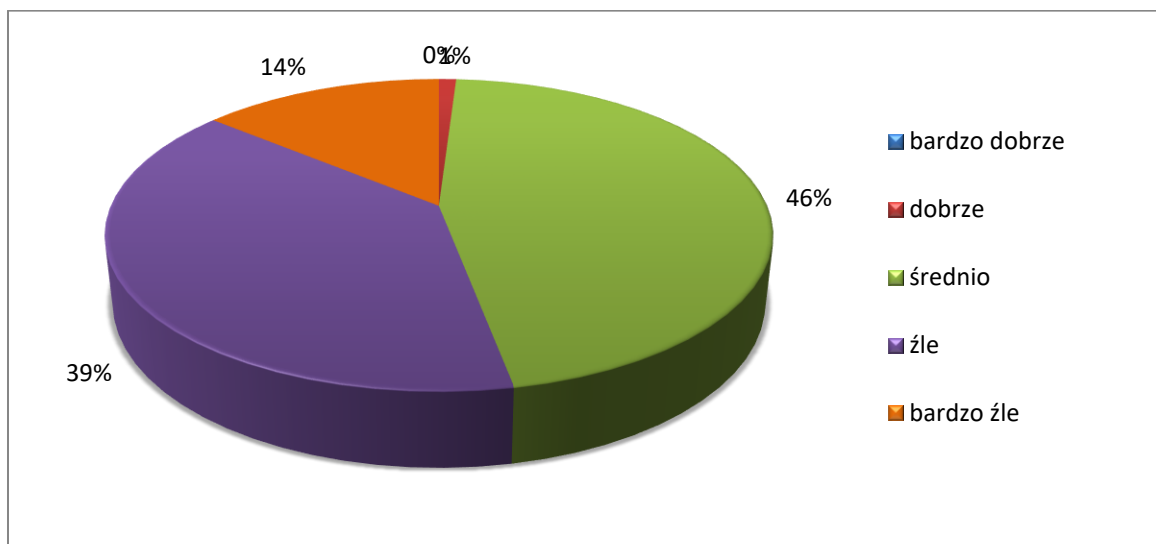
W wyniku przeprowadzonych analiz nie stwierdzono, aby ocena wyglądu zewnętrznego znacząco zależała od płci, wieku, wykształcenia, miejsca zamieszkania (Tabela IX).

**Tabela IX. Ocena wyglądu zewnętrznego
a płeć, wiek, poziom wykształcenia i staż pracy badanego**

<i>Wynik testu chi-kwadrat</i>	Płeć	Wiek	Wykształcenie	Miejsce zamieszkania
<i>współczynnik korelacji Pearsona</i>	0,0000	0,1142	0,1120	0,1045
<i>p (poziom istotności $\alpha=0,05$)</i>	1,000	0,258	0,267	0,301

Pytanie: Jak odnajduje się Pan/i w sytuacji bycia osobą uzależnioną?

Swoją sytuację życiową w związku z uzależnieniem akceptowało średnio 46% grupy, gdy pozostali źle 39% i bardzo źle 14%. W przypadku jednostkowym wskazano odpowiedź dobrze: kobieta, 25 lat, miasto, wykształcenie wyższe (Rycina 35).



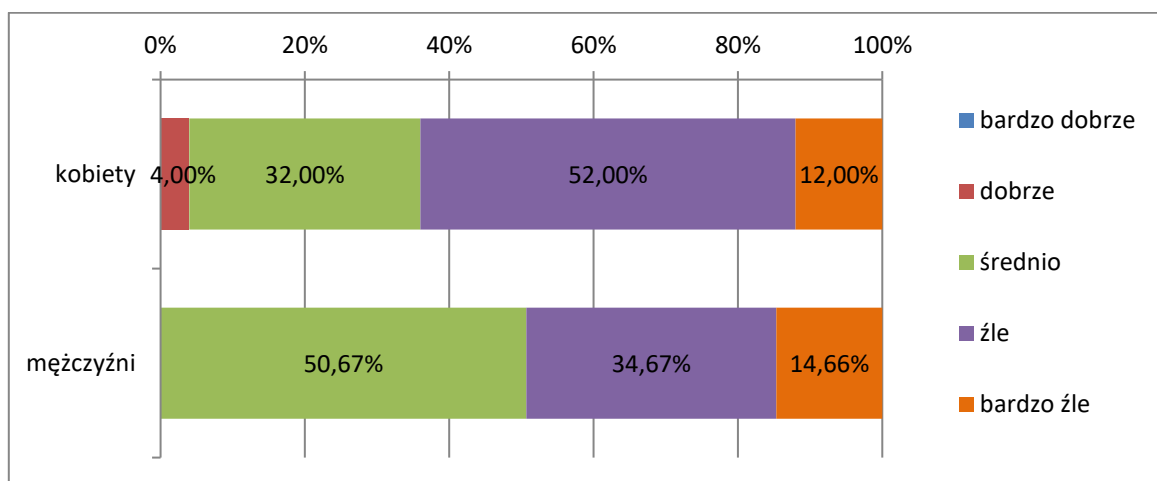
Rycina 35. Akceptacja własnej sytuacji życiowej wśród badanych

W wyniku przeprowadzonych analiz stwierdzono, że akceptacja własnej sytuacji życiowej znacząco zależała od wykształcenia i miejsca zamieszkania (Tabela X).

Tabela X. Akceptacja własnej sytuacji życiowej a płeć, wiek, poziom wykształcenia i staż pracy badanego

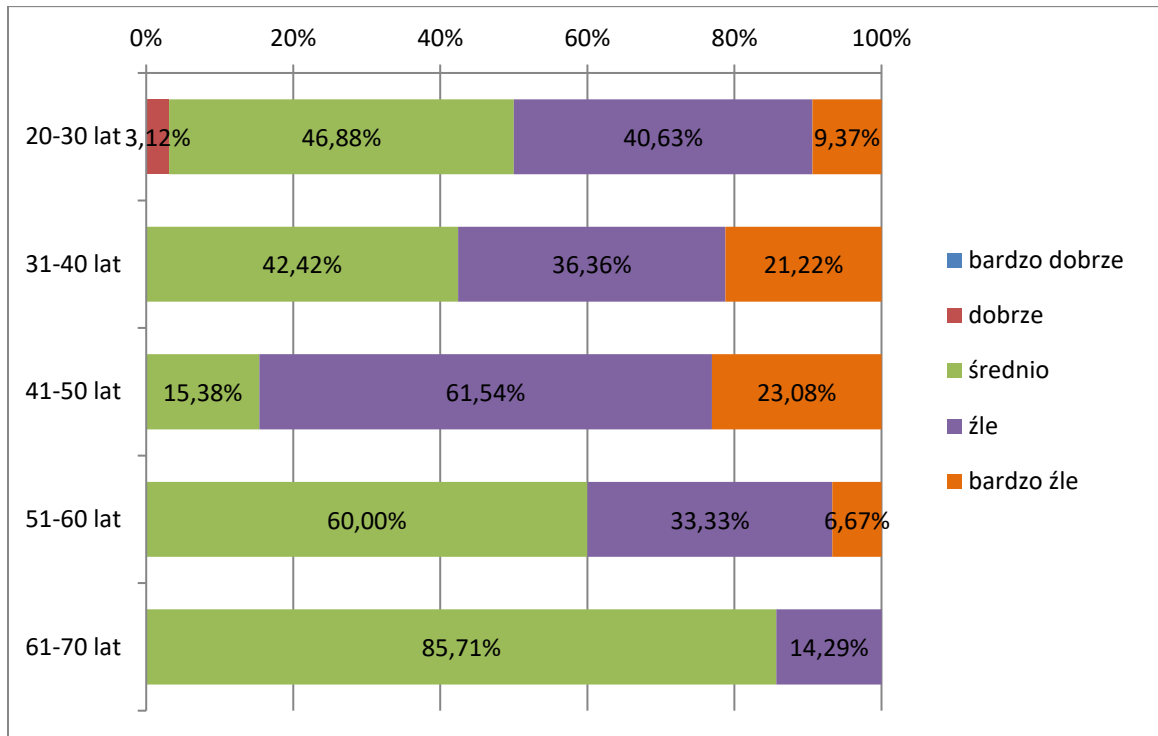
<i>Wynik testu chi-kwadrat</i>	Płeć	Wiek	Wykształcenie	Miejsce zamieszkania
<i>współczynnik korelacji Pearsona</i>	0,0478	0,0893	0,3960	0,2520
<i>p (poziom istotności $\alpha=0,05$)</i>	0,636	0,377	0,000	0,011

Kobiety częściej niż mężczyźni oceniły swoją sytuację jako złą i bardzo złą. Nie stwierdzono istotności różnic (Rycina 36).



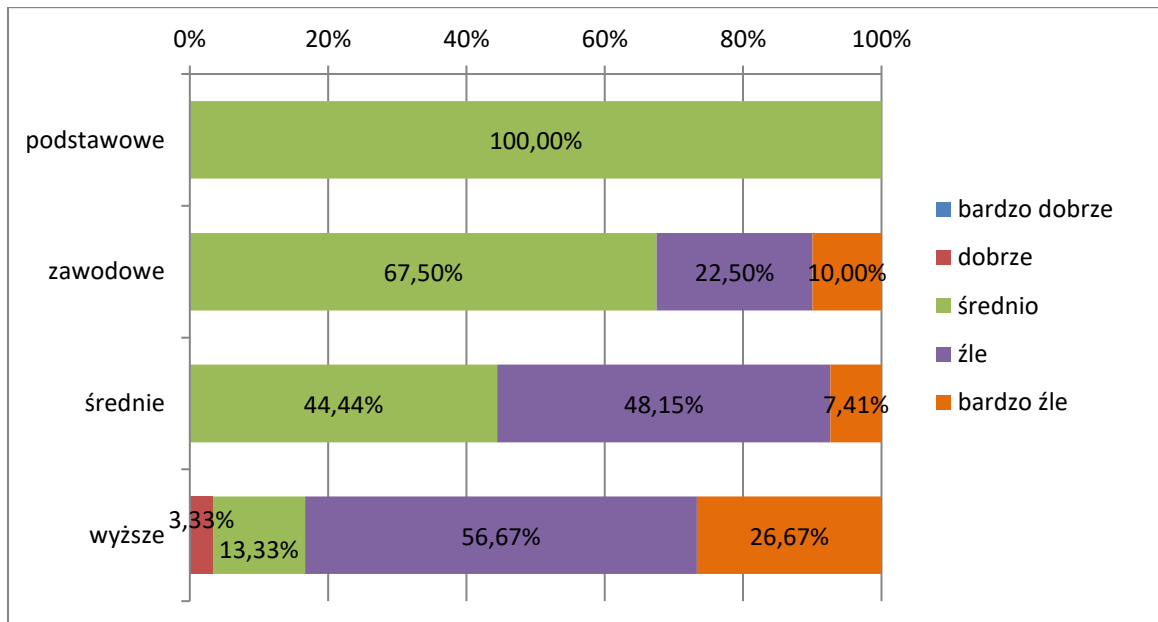
Rycina 36. Akceptacja własnej sytuacji życiowej a płeć badanych

Najgorzej swoją sytuację życiową oceniały osoby pomiędzy 41 a 50 rokiem życia, najlepiej badaniu w wieku 61-70 lat. Nie stwierdzono istotności różnic (Rycina 37).



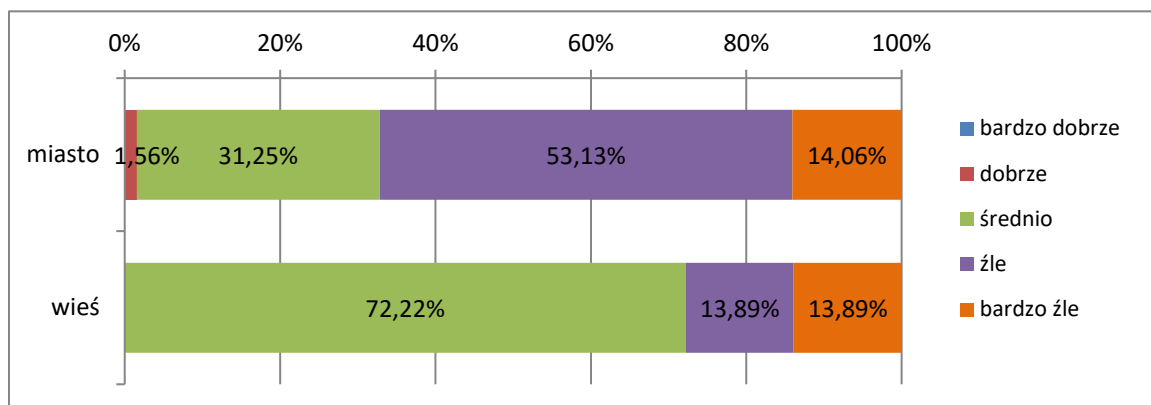
Rycina 37. Akceptacja własnej sytuacji życiowej a wiek badanych

Stwierdzono, że poziom akceptacji własnej sytuacji znacząco obniżał się z poziomem wykształcenia (Rycina 38).



Rycina 38. Akceptacja własnej sytuacji życiowej a wykształcenie badanych

Otrzymano, że mieszkańcy miast istotnie częściej niż mieszkańcy wsi nie akceptowali swojej sytuacji życiowej (Rycina 39).



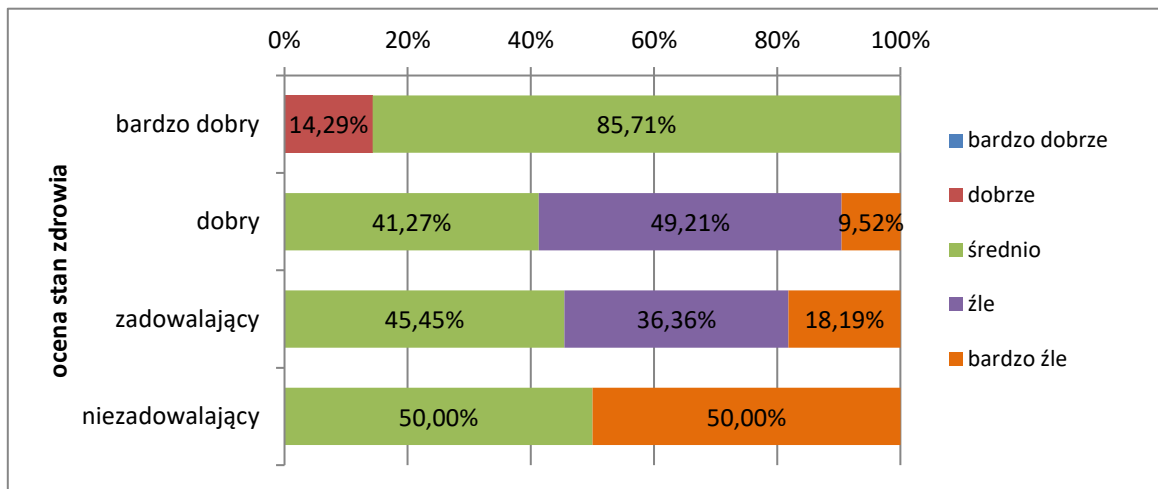
Rycina 39. Akceptacja własnej sytuacji życiowej a miejsce zamieszkania badanych

W wyniku przeprowadzonych analiz stwierdzono także, że akceptacja własnej sytuacji życiowej znacząco zależała od dokonanej oceny zdrowia, wpływu uzależnienia na codzienne funkcjonowanie, poziomu poczucia radości i energii, oceny wyglądu zewnętrznego (Tabela XI).

Tabela XI. Akceptacja własnej sytuacji życiowej a płeć, wiek, poziom wykształcenia i staż pracy badanego

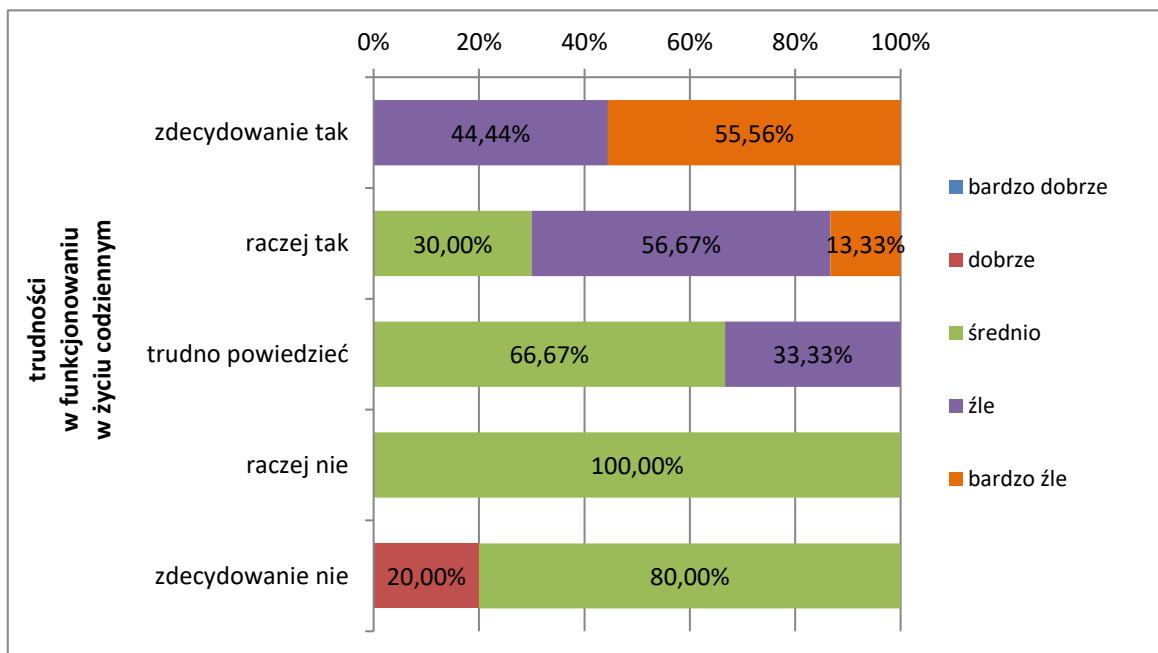
Wynik testu chi-kwadrat	Ocena stanu zdrowia	Trudności w funkcjonowaniu w życiu codziennym	Poczucie radości	Poczucie energii	Ocena wyglądu zewnętrznego	Rozważania o podjęciu abstinencji
współczynnik korelacji Pearsona	0,2416	0,6780	0,3710	0,2636	0,3686	0,6200
p (poziom istotności $\alpha=0,05$)	0,015	0,000	0,000	0,008	0,000	0,000

Stwierdzono, że ze spadkiem oceny stanu zdrowia znacząco obniżał się poziom akceptacji sytuacji życiowej przez badanych (Rycina 40).



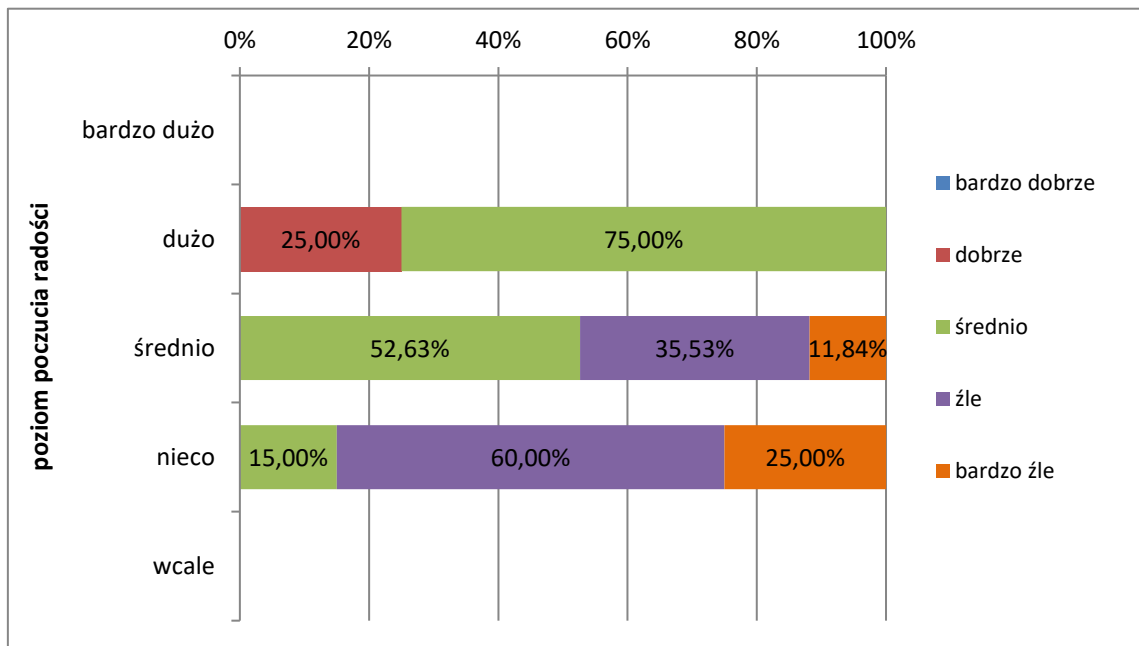
Rycina 40. Akceptacja własnej sytuacji życiowej a ocena stanu zdrowia

Stwierdzono, że odczuwanie trudności w codziennym życiu znacząco obniżało poziom akceptacji sytuacji życiowej przez badanych (Rycina 41).



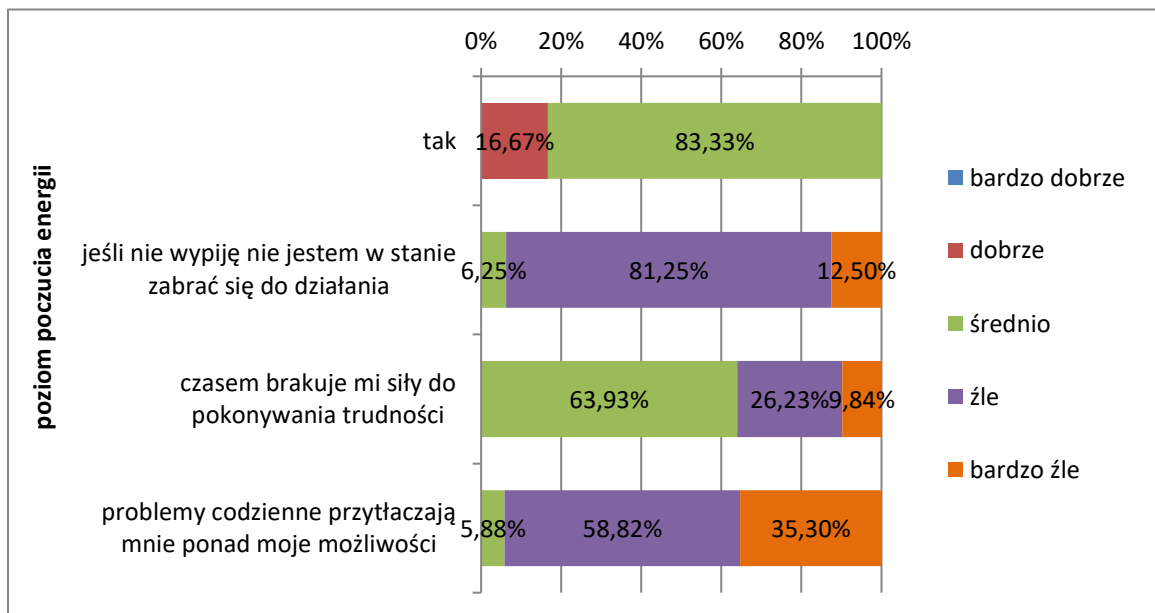
Rycina 41. Akceptacja własnej sytuacji życiowej a ocena funkcjonowania w życiu codziennym

Stwierdzono, że ze spadkiem poczucia radości znacząco obniżał się poziom akceptacji sytuacji życiowej przez badanych (Rycina 42).



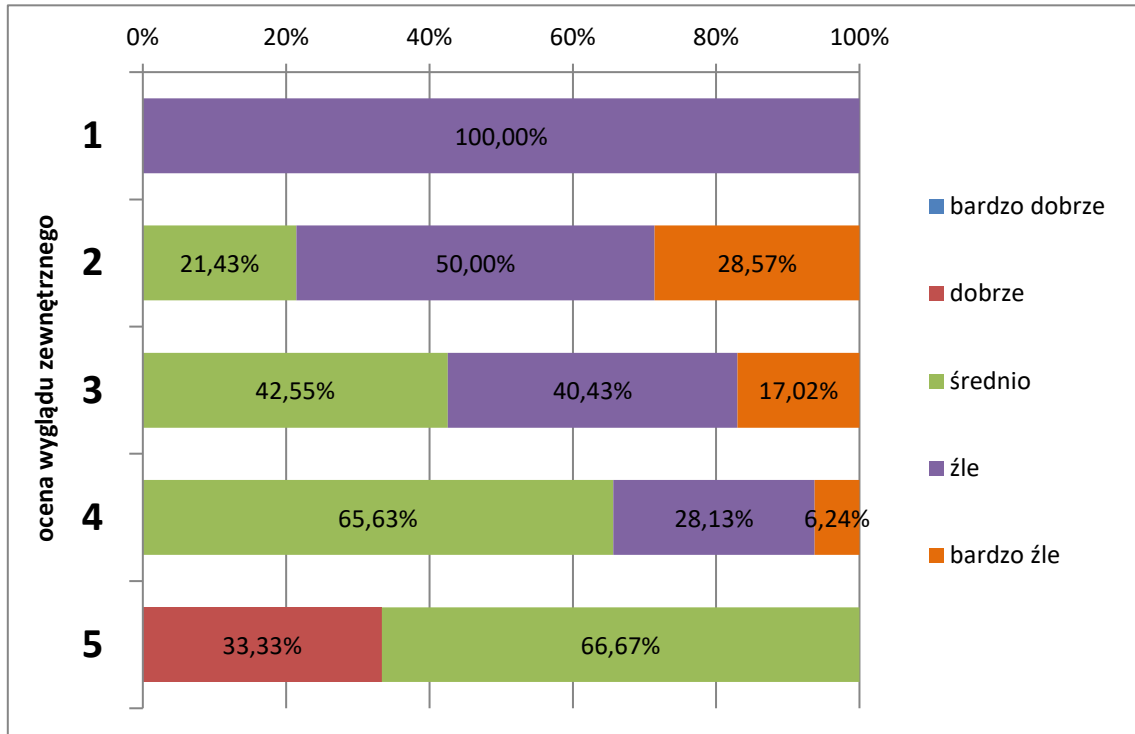
Rycina 42. Akceptacja własnej sytuacji życiowej a poziom poczucia radości

Stwierdzono, że ze spadkiem poczucia energii znacząco obniżał się poziom akceptacji sytuacji życiowej przez badanych (Rycina 43).



Rycina 43. Akceptacja własnej sytuacji życiowej a poziom poczucia energii

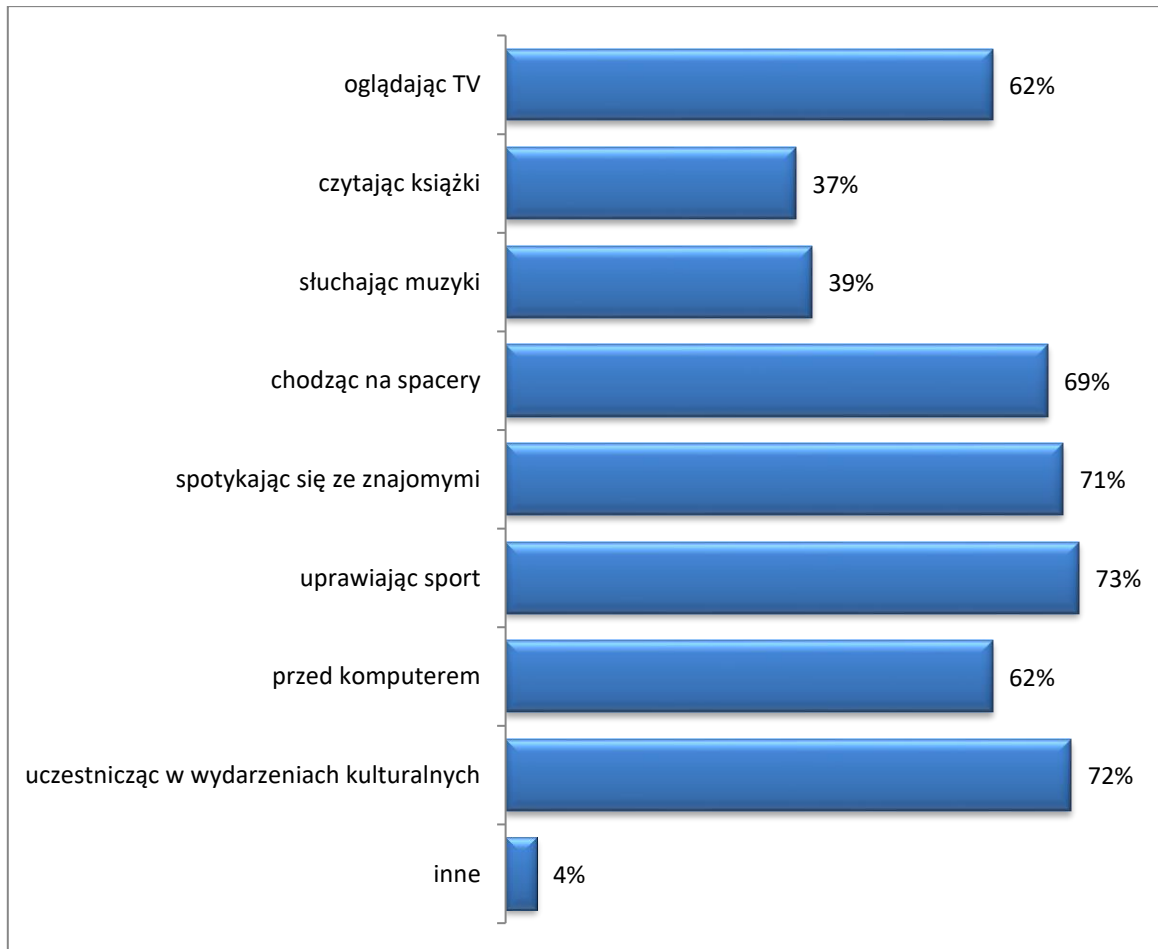
Stwierdzono, że ze wzrostem oceny własnego wyglądu zewnętrznego znacząco wzrastał się poziom akceptacji sytuacji życiowej przez badanych (Rycina 44).



Rycina 44. Akceptacja własnej sytuacji życiowej a ocena wyglądu zewnętrznego w skali 1-5

Pytanie: W jaki sposób by chciał/a Pan/i spędzać czas wolny?

Swój czas wolny ankietowani najczęściej spędzali uprawiając sport 73%, uczestnicząc w wydarzeniach kulturalnych 72%, spotykając się ze znajomymi 71%, chodząc na spacer 69%, oglądając TV 62%, przed komputerem 62%, a rzadziej słuchając muzyki 39% czy czytając książki 37%. W przypadkach jednostkowych wskazano inne formy spędzania wolnego czasu: łowienie ryb, spędzanie czasu z rodziną (Rycina 45).

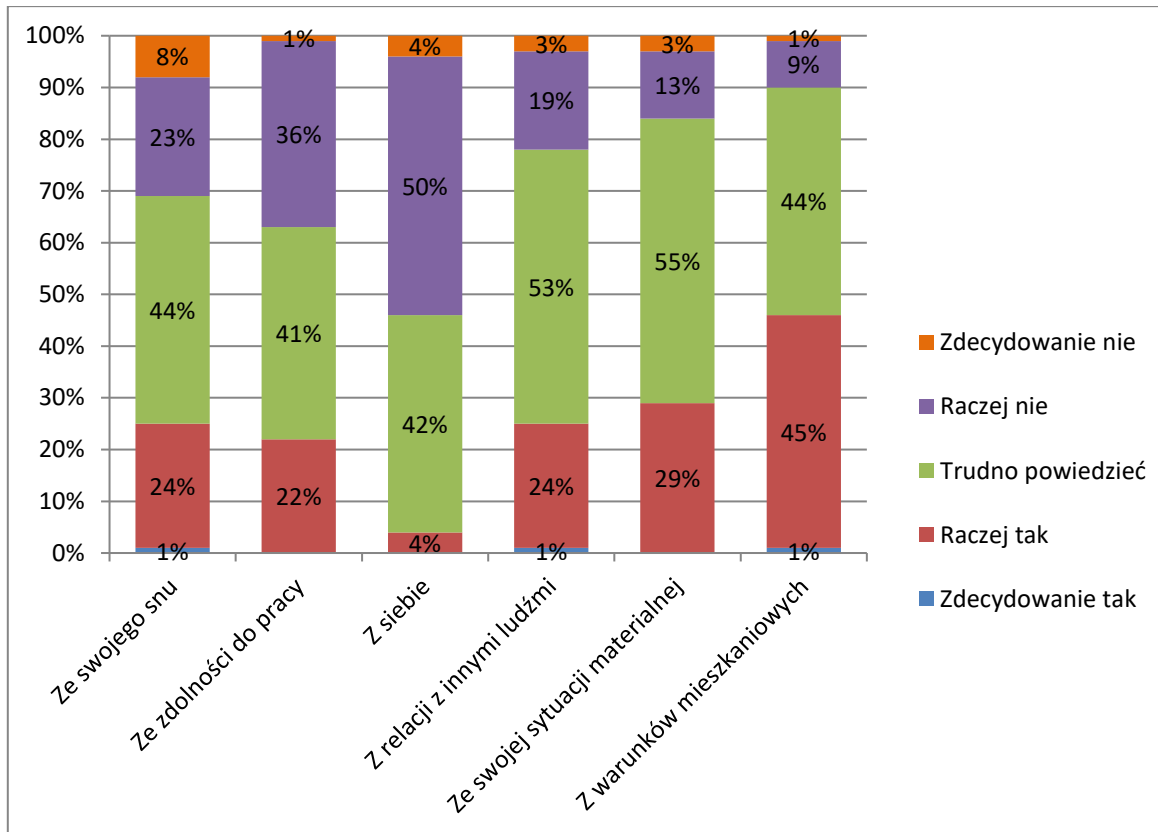


(wyniki nie sumują się do 100% - możliwa wielokrotność wyboru odpowiedzi)

Rycina 45. Spółdzianowanie wolnego czasu wśród badanych

Pytanie: Czy zadowolony/a jest Pan/i?

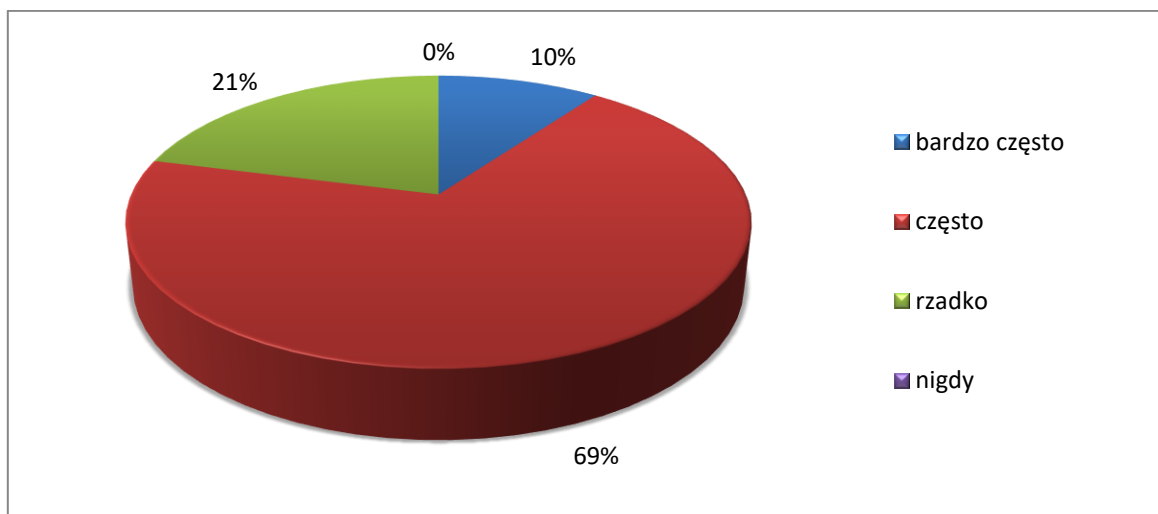
Ankietowani najbardziej byli zadowoleni z posiadanych warunków mieszkaniowych: zdecydowanie tak 1% i raczej tak 45%, a rzadziej ze swojej sytuacji materialnej: zdecydowanie tak 0% i raczej tak 29%, relacji z ludźmi: zdecydowanie tak 1% i raczej tak 24% oraz snu: zdecydowanie tak 1% i raczej tak 24%. Najmniejsze zadowolenie badani wyrazili w kwestii własnej zdolności do pracy: raczej nie 36% i zdecydowanie nie 1% oraz ogólnie z własnej osoby: raczej nie 50% i zdecydowanie nie 4% (Rycina 46).



Rycina 46. Poziom zadowolenia z wybranych sfer życia wśród badanych

Pytanie: Jak często przeżywa Pan/i nieprzyjemne nastroje np.: smutek, lęk, chandra?

Negatywne emocje występowały u badanych często 69% i bardzo często 10%. Tylko 21% grupy wskazało, że rzadko ma nieprzyjemne nastroje (Rycina 47).



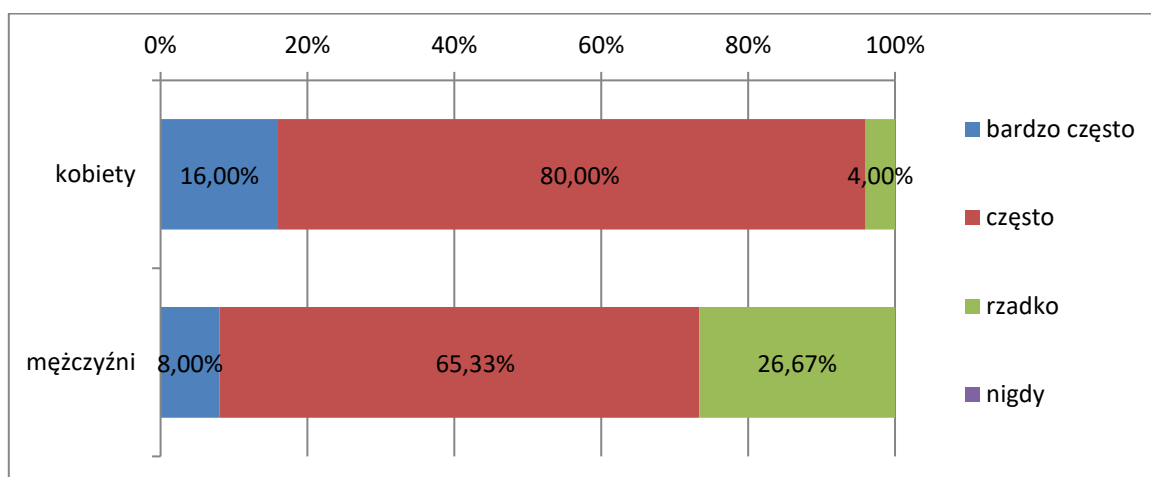
Rycina 47. Występowanie negatywnych nastrojów wśród badanych

W wyniku przeprowadzonych analiz stwierdzono, że występowanie negatywnych nastrojów znacząco zależało od płci, wykształcenia i miejsca zamieszkania (Tabela XII).

Tabela XII. Występowanie negatywnych nastrojów a płeć, wiek, poziom wykształcenia i staż pracy badanego

<i>Wynik testu chi-kwadrat</i>	Płeć	Wiek	Wykształcenie	Miejsce zamieszkania
<i>współczynnik korelacji Pearsona</i>	0,2433	0,1383	0,3133	0,2024
<i>p (poziom istotności $\alpha=0,05$)</i>	0,015	0,170	0,002	0,045

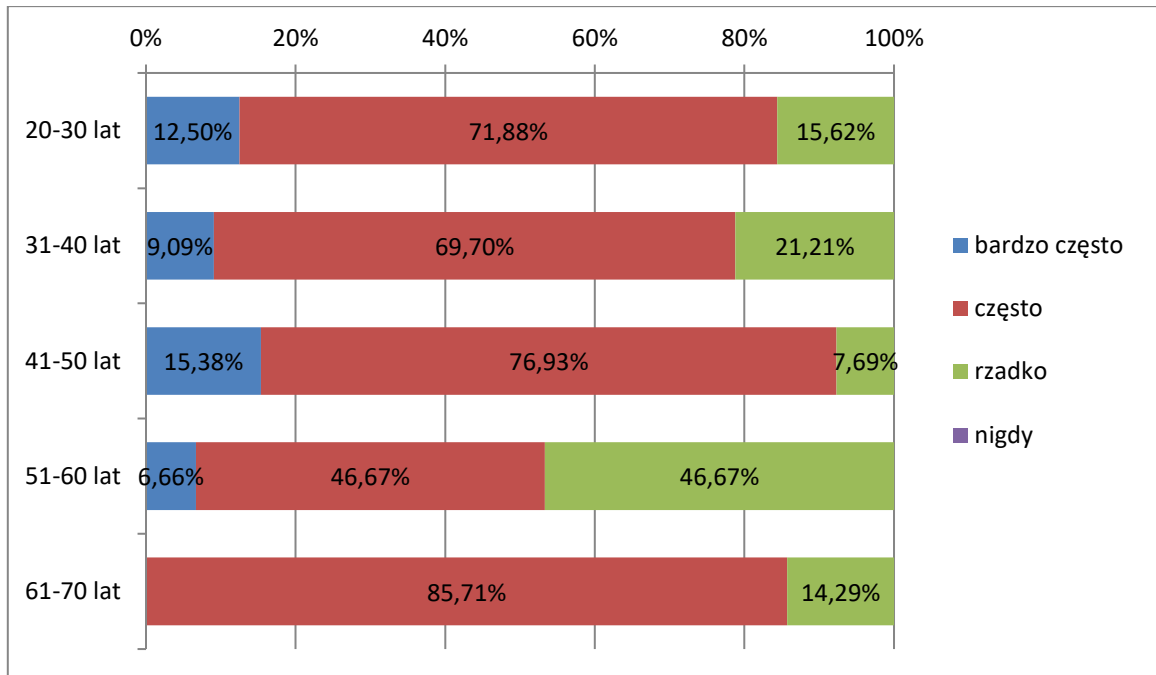
Stwierdzono, że kobiety znacząco częściej niż mężczyźni doświadczają negatywnych emocji (Rycina 48).



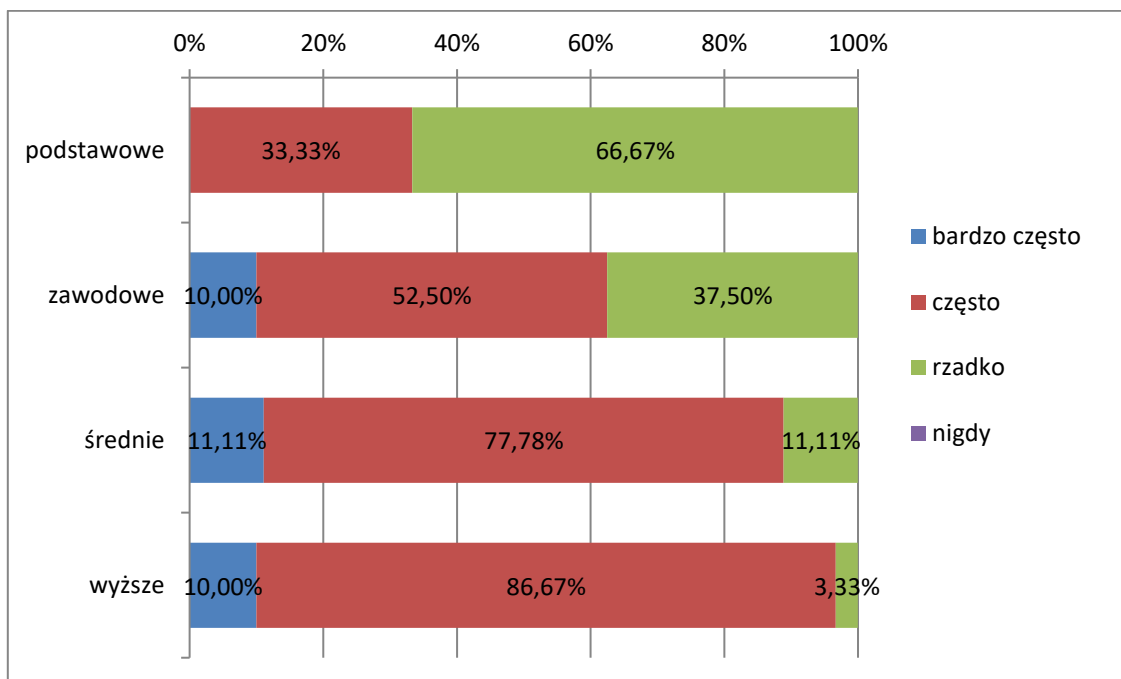
Rycina 48. Występowanie negatywnych nastrojów a płeć badanych

Najczęściej negatywne emocje odczuwały osoby pomiędzy 41 a 50 rokiem życia, a najrzadziej badaniu w wieku 61-70 lat. Nie stwierdzono istotności różnic (Rycina 49).

Stwierdzono, że występowanie negatywnych emocji znacząco nasilało się wraz z poziomem wykształcenia (Rycina 50).

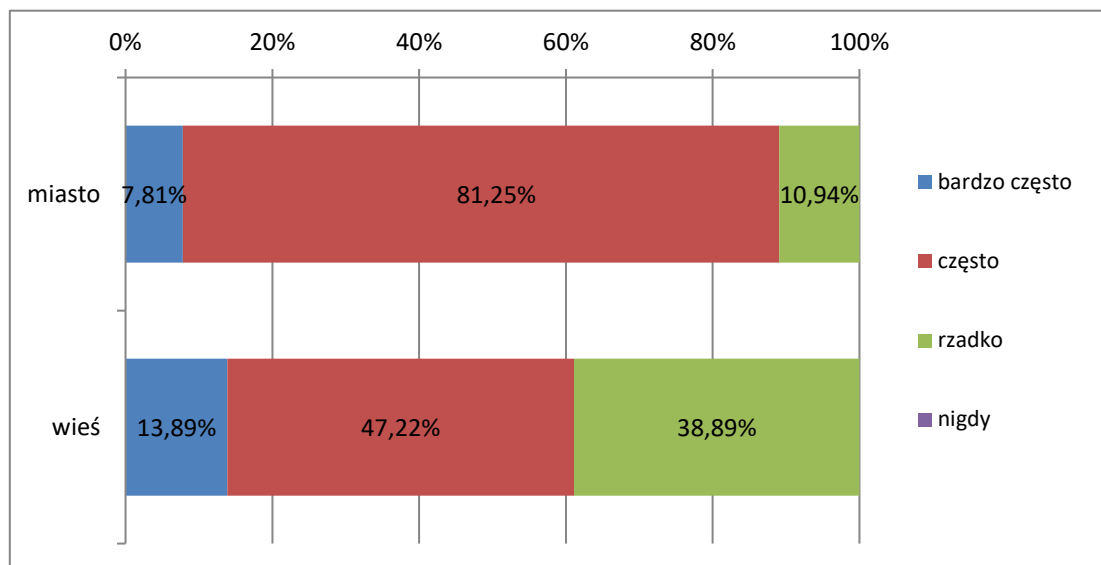


Rycina 49. Występowanie negatywnych nastrojów a wiek badanych



Rycina 50. Występowanie negatywnych nastrojów a wykształcenie badanych

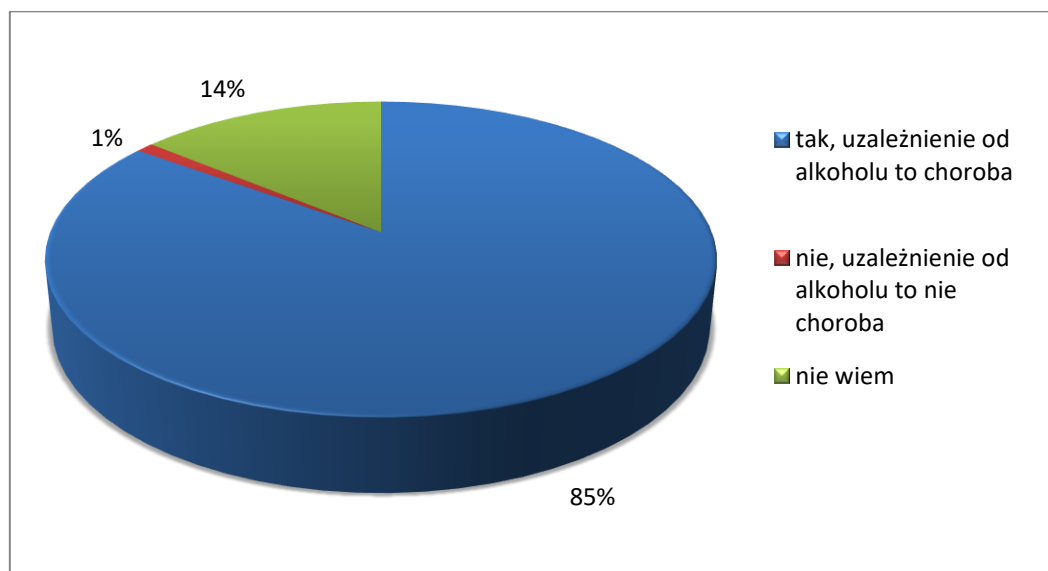
Stwierdzono, że negatywne nastroje istotnie częściej występowały wśród mieszkańców miast niż wsi (Rycina 51).



Rycina 51. Występowanie negatywnych nastrojów a miejsce zamieszkania badanych

Pytanie: Czy uzależnienie od alkoholu jest chorobą?

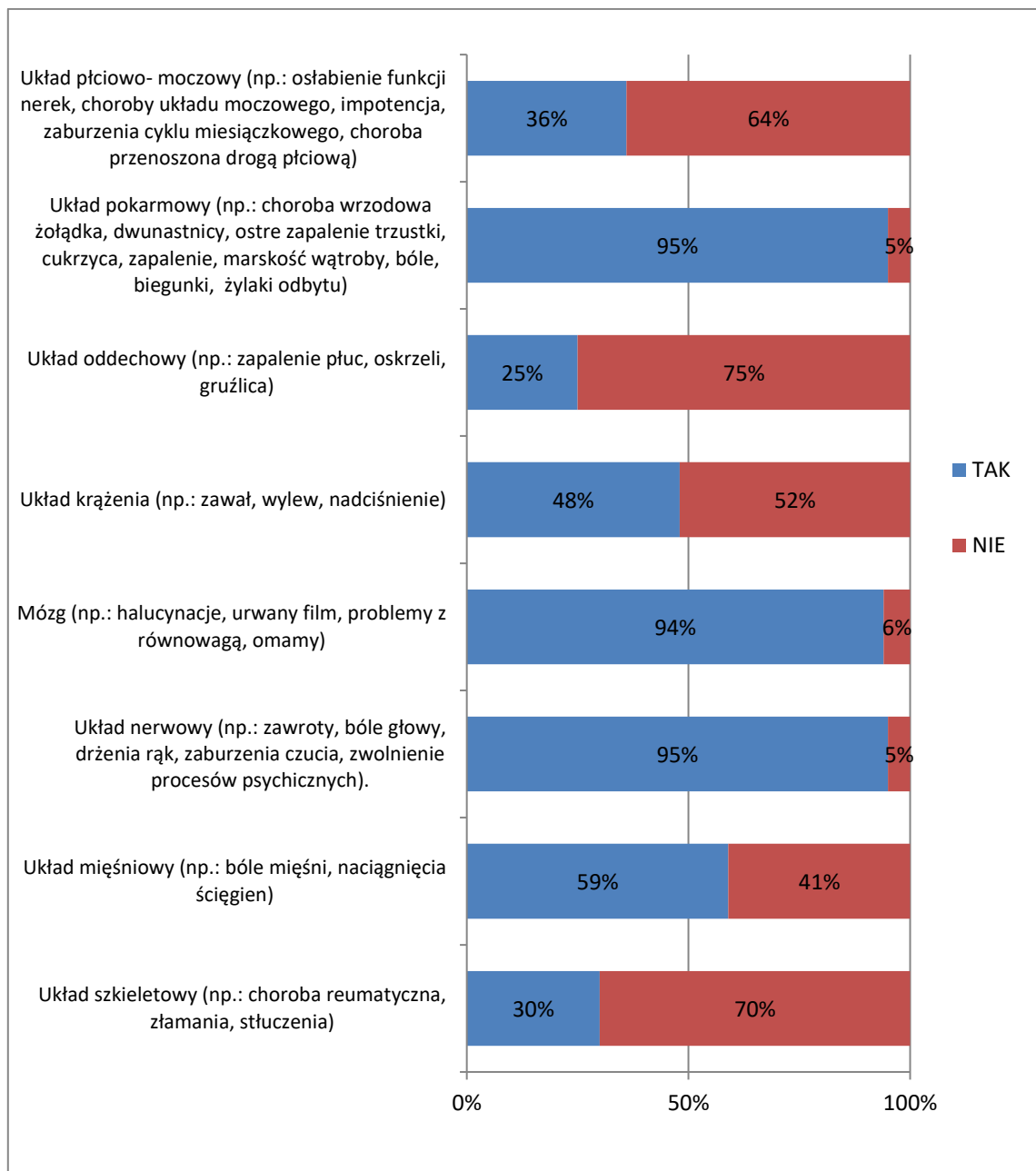
Zdaniem 85% ankietowanych uzależnienie od alkoholu to choroba. Opinię przeciwną wyraziło 1% grupy. Pozostałe 13% wybrało odpowiedź *nie wiem* (Rycina 52).



Rycina 52. Postrzeganie uzależnienia od alkoholu jako choroby wśród badanych

Pytanie: Czy doświadczył/a Pan/i problemów zdrowotnych związanych ze spożyciem alkoholu?

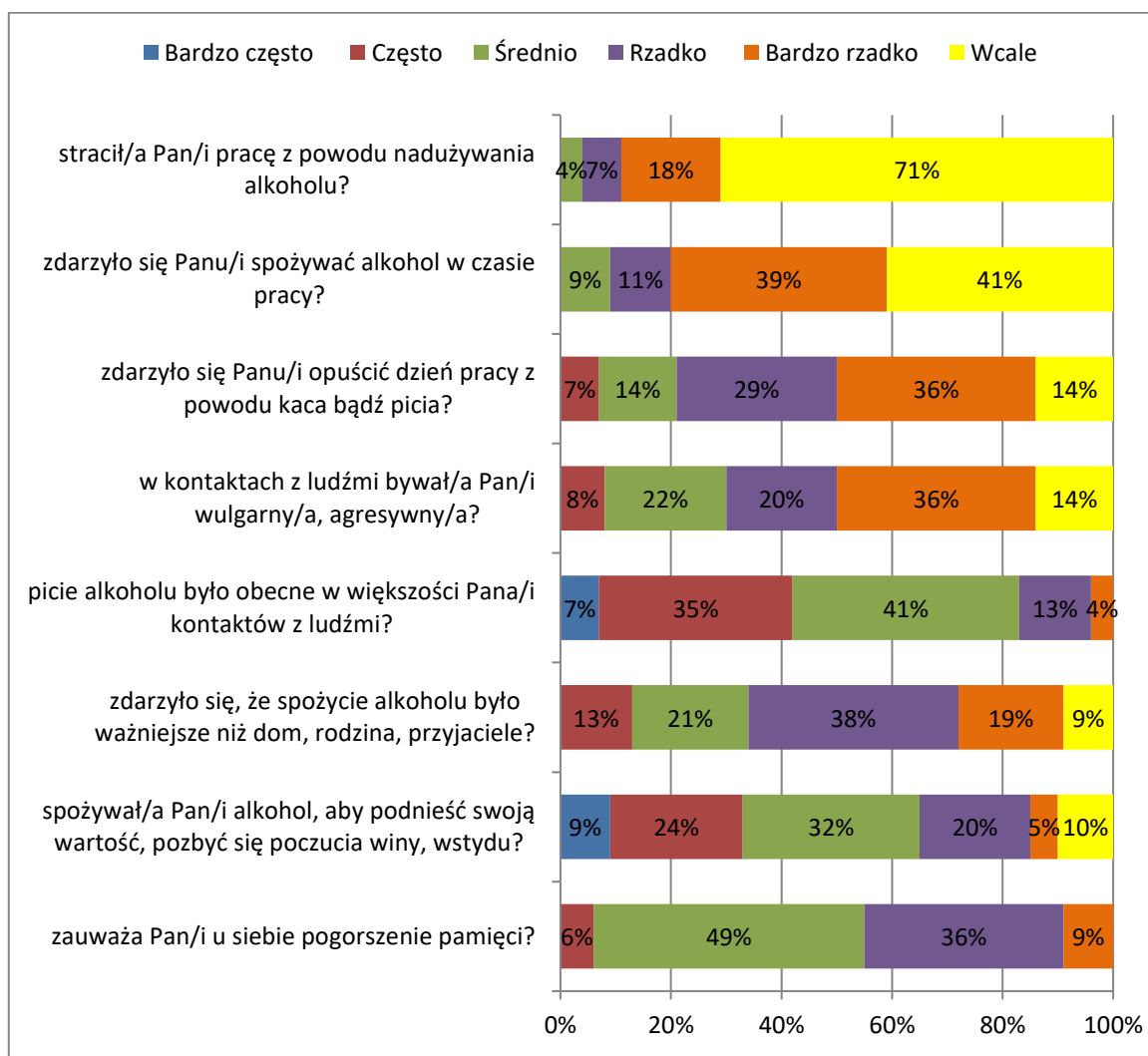
Ankietowani potwierdzili negatywny wpływ alkoholu przede wszystkim na układ nerwowy 95%, mózg 94%, układ pokarmowy 95%. Połowa badanych odczuwała dolegliwości ze strony układu mięśniowego 59% oraz układu krążenia 48%. Alkohol powodował również problemy z funkcjonowaniem układu płciowo-moczowego 36%, układu szkieletowego 30%, układu oddechowego 25% (Rycina 53).



Rycina 53. Problemy zdrowotne związane z alkoholem wśród badanych

Pytanie: Czy doświadczył Pan/Pani poniższych sytuacji związanych ze spożyciem alkoholu?

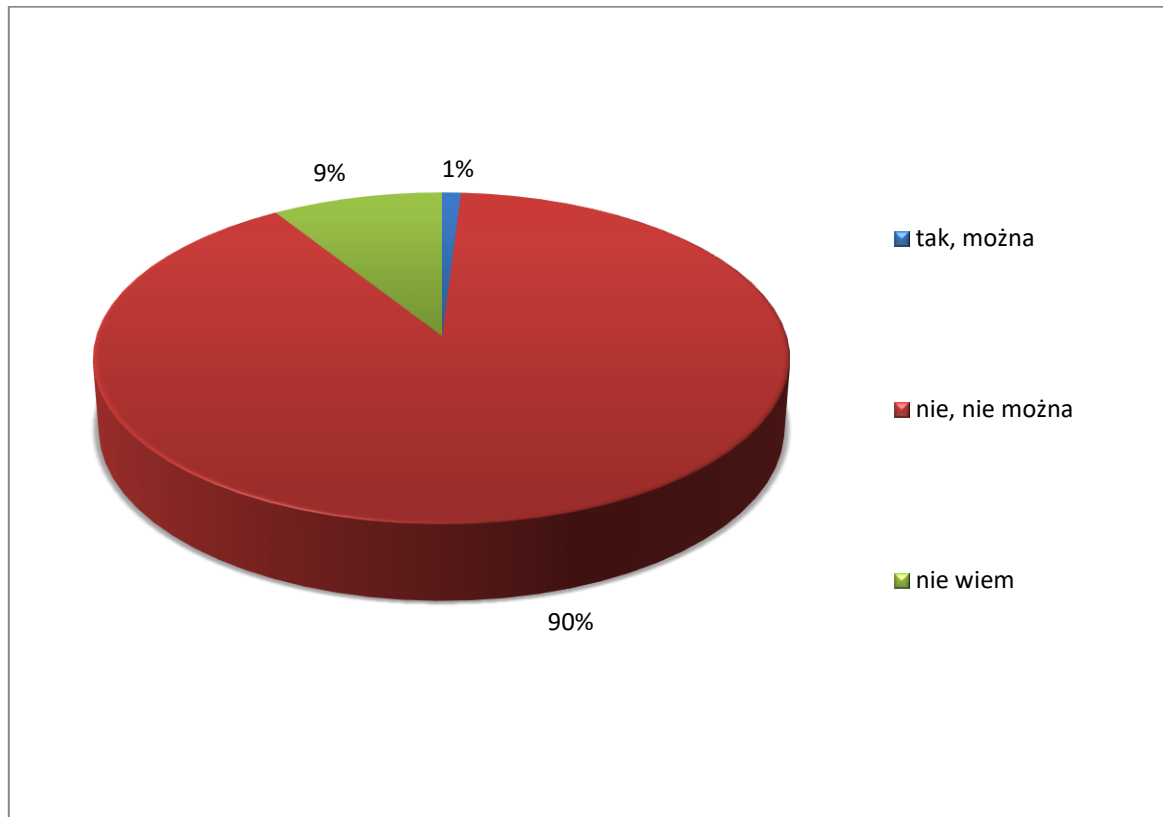
Ankietowani nigdy lub bardzo rzadko z powodu alkoholu doświadczyli straty pracy 89%, spożywali alkoholu w pracy 80%, opuścili pracę z powodu kaca 50%, byli w kontaktach z ludźmi wulgarni lub agresywni 50%. Większość badanych łączyło alkohol z kontaktami z ludźmi: bardzo często 7%, często 35%, średnio 41%, a także spożywali alkohol dla podniesienia odwagi: bardzo często 9%, często 24%, średnio 32%. Ankietowani nie obserwowali u siebie pogorszenia pamięci w związku ze spożywaniem alkoholu: średnio 32%, rzadko 20%, bardzo rzadko 5%, wcale 10%. Alkohol był ważniejszy od domu, rodziny, przyjaciół: często 13%, średnio 21%, rzadko 38%, bardzo rzadko 19%, nigdy 9% (Rycina 54).



Rycina 54. Sytuacje związane z alkoholem wśród badanych

Pytanie: Czy Pana/Pani, zdaniem po wypiciu 1 piwa można prowadzić pojazd mechaniczny?

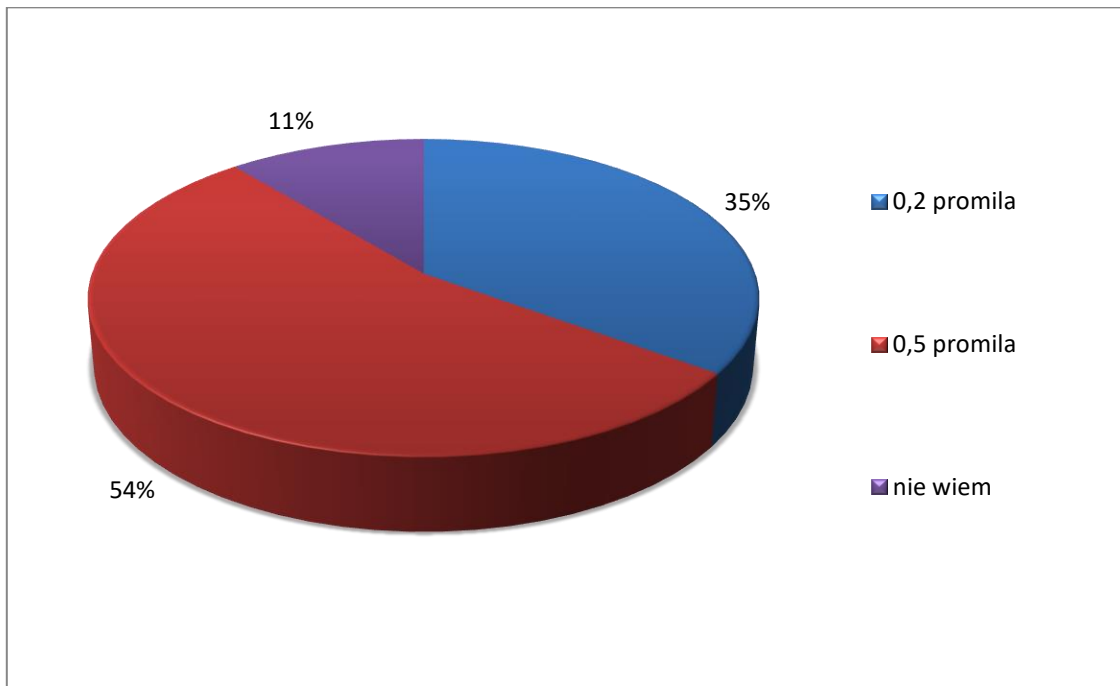
Zdaniem 90% ankietowanych po wypiciu 1 piwa nie można prowadzić pojazdów mechanicznych, gdy 9% wybrało odpowiedź *nie wiem*. Jedna osoba wskazała, że można prowadzić po 1 piwie: mężczyzna, 63 lata, wykształcenie wyższe, miasto (Rycina 55).



Rycina 55. Postrzeganie uzależnienia od alkoholu jako choroby wśród badanych

Pytanie: Według obowiązujących w Polsce przepisów prawnych stan nietrzeźwości występuje, gdy stężenie alkoholu we krwi przekracza?

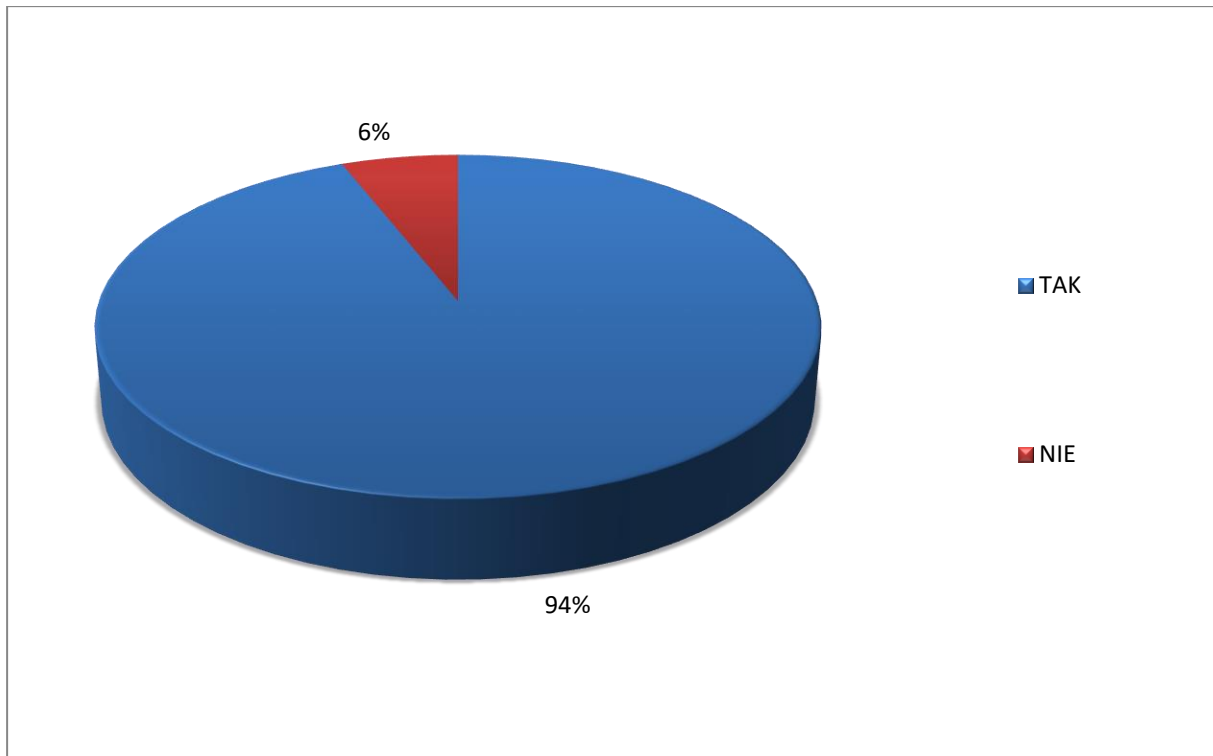
Ponad połowa badanych 54% była świadoma, że stan nietrzeźwości według polskiego prawa określa się przy stężeniu alkoholu we krwi powyżej 0,5 promila, odpowiedź 0,2 promila wskazało 35%, a pozostałe 11% grupy wybrało odpowiedź *nie wiem* (Rycina 56).



Rycina 56. Stężenie alkoholu we krwi interpretowane jako stan nietrzeźwości według przepisów prawa w Polsce w opinii badanych

Pytanie: Czy zdarzało się Panu/i pić alkohol wbrew zaleceniom lekarza, pomimo kłopotów finansowych bądź problemów rodzinnych, zawodowych, prawnych itp., o których wiadomo, że mogły mieć związek z piciem alkoholu?

Alkohol wbrew zaleceniom lekarza, pomimo kłopotów finansowych bądź problemów rodzinnych, zawodowych, prawnych itp., o których wiadomo, że mogły mieć związek z piciem alkoholu, spożywało 94% grupy. Odpowiedzi przeczącej udzieliło 6% badanych (Rycina 57).



Rycina 57. Spożywanie alkoholu pomimo świadomości konsekwencji

Dyskusja

Alkohol jest w Polsce popularną używką, po którą sięga ponad 80% społeczeństwa. Konsumpcja alkoholu niesie za sobą wiele zagrożeń dla jednostek, ich rodzin i całego społeczeństwa. Bez wątpienia konsekwencje picia alkoholu mają wymiar społeczny i ekonomiczny, dlatego działania profilaktyczne powinny stanowić troskę władz państwowych, instytucji rządowych i pozarządowych, jak również i każdego obywatela [33, 34].

W niniejszej pracy podjęto temat jakości życia osób uzależnionych i odczuwanych konsekwencji związanych ze spożywaniem alkoholu. W badaniach udział wzięło 100 osób z problemem alkoholowym: 25 kobiet i 75 mężczyzn, wśród których mieszkańcy miast stanowili 64%, a mieszkańcami wsi 36%.

Struktura wykształcenia przedstawiała się następująco: podstawowe 3%, zawodowe 40%, średnie 27%, wyższe 30%. Większość ankietowanych była aktywna zawodowo: praca umysłowa 20% i fizyczna 67%, gdy pozostali byli bezrobotni 10% lub mieli status emeryta/rencisty 3%.

Obecny poziom spożycia alkoholu w Polsce jest najwyższy od XIX wieku. Według rankingu WHO z 2017 Polska znajduje się w pierwszej piątce krajów o największym spożyciu alkoholu w świecie. Miejsce pierwsze zajęła Litwa, drugie Białoruś, trzecie Łotwa, a Polska

razem z Rosją zajęła czwartą pozycję. Określono, że w przeliczeniu na jednego Polaka (powyżej 15 roku życia) w ubiegłym roku przypadło 12 litrów czystego alkoholu. To dwukrotnie więcej niż wynosi światowa średnia z wcześniejszych lat i tylko o 4 litry mniej od liderów tej niechlubnej listy. Należy także podkreślić, że w Polsce występuje stosunkowo duża grupa osób, które nie piją alkoholu. Jej wielkość szacuje się na ok. 20% populacji [8, 33].

Według raportu CBOS wiek inicjacji alkoholowej w Polsce to 12-13 lat. Napoje alkoholowe stanowią najbardziej rozpowszechnioną substancję psychoaktywną wśród młodzieży szkolnej, po którą częściej sięgają niż po papierosy czy narkotyki. Otrzymano, że w ciągu miesiąca poprzedzającego badanie w 2016 roku: 72% uczniów przynajmniej raz piło piwo, 63% - wódkę i inne możliwe alkohole, a 41% - wino. Istotnym problemem jest upijanie się uczniów, co zdarzyło się przynajmniej raz w ciągu ostatniego miesiąca 44% badanych. Według CBOS: *Jeżeli mają państwo dzieci w wieku 13-17 lat, to możecie być pewni, że już próbowały alkoholu* [34]. Z badań HBSC wynika, że w Polsce 21,1% dzieci w wieku 11–15 lat upiło się co najmniej raz w życiu, a 6,4% pije alkohol co najmniej raz tygodniu [35]. Zgliczyński [33] uważa za zastanawiające przytaczane statystyki w państwie, gdzie zabrania się spożywania i sprzedaży alkoholu osobom poniżej 18. r.ż. Liczby alarmują: osoby niepełnoletnie spożywają napoje alkoholowe i jest to kwestia będąca poważnym wyzwaniem dla zdrowia publicznego [33].

Badania własne zdają się potwierdzać niepokojące tendencje związane z obniżaniem się wieku inicjacji alkoholowej w Polsce, jak również problem powszechności spożywania alkoholu wśród młodzieży. Ankietowani o średniej wieku 39 lat określili, że pierwszy raz spożyli alkohol w gimnazjum 13% (13-15 lat), w szkole średniej 31% (16-17 lat), ale najczęściej po 18 roku życia 48%, co pokazuje, że próg inicjacji alkoholowej w Polsce obniża się. Stwierdzono, że kobiety znacząco wcześniej niż mężczyźni sięgały po alkohol – najczęściej w szkole średniej. Obecnie również potwierdza się wzrost niekorzystnych zachowań związanych z piciem alkoholu wśród dziewcząt, gdy wśród chłopców obserwuje się pozytywne zmiany, szczególnie w zakresie wieku inicjacji alkoholowej [33]. Większość badanych swój pierwszy raz przeżyła w towarzystwie znajomych 80%, a także w rodzinie 8% lub samotnie 2%. Po alkohol dla towarzystwa znacząco częściej sięgały kobiety niż mężczyźni, w wieku do 40 roku życia, osoby z wykształceniem średnim i wyższym. Należy podkreślić, że spożywanie po raz pierwszy alkoholu w rodzinie było charakterystyczne dla osób pomiędzy 51 a 60 rokiem życia, z wykształceniem podstawowym, na terenach wiejskich. W odniesieniu do postaw współczesnej młodzieży nie zmienił się jeden czynnik – nadal młodzi ludzie sięgają po alkohol

w towarzystwie swoich rówieśników i to oni mają największy wpływ na ich decyzje związane z alkoholem, zaraz po rodzicach [34].

Według CBOS po alkohol sięgają chłopcy i dziewczęta, uczniowie dobrzy i słabsi, mieszkańcy miast i wsi, osoby w złej i dobrej sytuacji finansowej i materialnej, dzieci rodziców lepiej i gorzej wykształconych. Jedynym czynnikiem różnicującym jest postawa religijna młodzieży – im silniej zaangażowani religijnie są młodzi ludzie, tym rzadziej zgłaszają przypadki upijania się [34]. Wojciech Stefan Zgliczyński [33] wskazuje, że jednym z głównych czynników mających wpływ na wielkość spożycia alkoholu jest jego dostępność, zarówno w wymiarze ekonomicznym, jak i fizycznym [33]. Istotną rolę odgrywa również reklama napojów alkoholowych. Zakaz ustawowego reklamowania napojów spirytusowych i win, nie przeszkadza powszechnie obecnej reklamie piwa. Według statystyk PARPA czas antenowy poświęcony na reklamy piwa w 2014 r. wyniósł 90.630 minut w telewizjach komercyjnych oraz 25.589 minut w telewizji publicznej, gdy w tym samym okresie telewizja publiczna poświęciła 11.154 minut na audycje dotyczące zagrożeń związanych z używaniem alkoholu [8]. Liczby te wskazują, że na 10 minut reklamy piwa przypadała 1 minuta działań profilaktycznych. Stosunek ten wydaje się wyjaśniać, dlaczego Polska znalazła się w czołówce państw z najwyższym wskaźnikiem spożycia alkoholu na jednego dorosłego mieszkańca [33].

Jak donosi Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych 25% dorosłych Polaków sięga po alkohol co najmniej raz w tygodniu (38% mężczyzn i ponad 10% kobiet). Polacy najczęściej piją napoje alkoholowe w domu (65%), u znajomych, przyjaciół, rodziny (24%) i na świeżym powietrzu (12%). Znacznie rzadziej deklarują konsumpcję alkoholu w pubach (8%), restauracjach (5%), klubach i dyskotekach (4%) [8]. Według raportu TNS Global spożycie alkoholu jest powiązane z poziomem wykształcenia i wiekiem – im wyższy poziom wykształcenia, tym mniejszy udział abstynentów oraz im więcej lat, tym mniej pijących alkohol [36].

W badaniach własnych ankietowani najczęściej spożywali piwo: *kilka razy w tygodniu* 30% i *raz w tygodniu* 39% oraz wódkę: *kilka razy w tygodniu* 20% i *raz w tygodniu* 34%. Badani najrzadziej sięgali po wino: *kilka razy w tygodniu* 3%, *raz w tygodniu* 14%, *kilka razy w miesiącu* 12%, a 63% wskazało, że nie pije w ogóle wina. Po inne alkohole niż wódka, piwo, wino sięgało 23% badanych. Badani po alkohol sięgali najczęściej po wpływem znajomych 76%, problemów w pracy 40%, problemów z partnerem życiowym 36% oraz samym sobą 38%. Najrzadziej jako przyczynę picia wskazano sytuację materialną oraz konflikt z rodzicami – problemy te nie stanowiły powodu do picia alkoholu dla 82% i 88% badanych.

Według badań Instytutu Psychiatrii i Neurologii, w Polsce 11,9% dorosłej populacji (18–64 lat), tj. blisko 3 mln osób, nadużywa alkoholu, w tym uzależnionych jest ok. 600 tys. osób, tj. 2,4% populacji. Zaburzenia związane z konsumpcją alkoholu dotyczą zarówno mężczyzn, jak i kobiet. Konsekwencje uzależnienia od alkoholu i nadużywania alkoholu dotyczą również członków rodzin tych osób [33].

W badaniach własnych 85% ankietowanych określiło uzależnienie od alkoholu jako chorobę. Wśród badanych 71% przyznało się do swojego uzależnienia od alkoholu, gdy 6% nie postrzegało tego jako problemu. Świadomość uzależnienia istotnie częściej potwierdzały kobiety niż mężczyźni, mieszkańcy miast niż wsi, osoby mające wykształcenie średnie lub wyższe. Podjęcie abstynencji rozważało 92% badanych, w tym 8% bardzo często, 47% często, 33% czasami, 6% rzadko. O abstynencji znacząco częściej myślały osoby do 50 roku życia, mieszkające w mieście, mające wykształcenie średnie lub wyższe. Jednak otrzymano, że alkohol wbrew zaleceniom lekarza, pomimo kłopotów finansowych bądź problemów rodzinnych, zawodowych, prawnych, itp., o których wiadomo, że mogły mieć związek z piciem alkoholu, spożywało nadal 94% grupy.

Alkohol jest jednym z głównych czynników ryzyka utraty zdrowia populacji. Według Światowej Organizacji Zdrowia z używaniem alkoholu wiąże się ponad 200 rodzajów chorób i urazów, w tym m.in.: uzależnienia, depresje i samobójstwa, wypadki, utonięcia, a także choroba wieńcowa, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia rytmu serca, udary mózgu oraz zwiększone ryzyko powstawania nowotworów jamy ustnej, gardła, przełyku, wątroby, jelita grubego, piersi, a także wad wrodzonych płodu [33].

W badaniach własnych ankietowani najczęściej oceniali swój stan zdrowia jako dobry 63%, gdy pozostali badani wskazali odpowiedź zadowolający 22%, bardzo dobry 7%, niezadowolający 8%. Stwierdzono, że z wiekiem badani znacząco gorzej oceniali swój stan zdrowia.

Ankietowani potwierdzili negatywny wpływ alkoholu przede wszystkim na układ nerwowy 95%, mózg 94%, układ pokarmowy 95%. Połowa badanych odczuwała dolegliwości ze strony układu mięśniowego 59% oraz układu krążenia 48%. Alkohol powodował również problemy z funkcjonowaniem układu płciowo-moczowego 36%, układu szkieletowego 30%, układu oddechowego 25%.

Problemy związane z nadużywaniem alkoholu i uzależnieniem od alkoholu stale narastają i stanowiąc duże obciążenie zarówno dla jednostki, jak i jej otoczenia, prowadząc do zaburzeń depresyjnych [37]. W badaniach własnych ankietowani doświadczali negatywnych

często 69% i bardzo często 10%. Tylko 21% grupy wskazało, że rzadko ma nieprzyjemne nastroje, jak lęk, chandra, smutek.

Nadużywanie alkoholu prowadzi do licznych szkód zdrowotnych, społecznych, ekonomicznych, co w różnym stopniu ogranicza funkcjonowanie jednostki [37]. Konsumpcja alkoholu związana jest ze stratami dla rynku pracy, przez m.in. absencję chorobową, utraconą produktywność, wypadki przy pracy i wcześniejszą emeryturę [33].

W badaniach własnych ankietowani wskazali, że z powodu alkoholu nie doświadczyli straty pracy (89%), nie spożywali alkoholu w pracy (80%), nie opuścili pracy z powodu kaca (50%), nie byli w kontaktach z ludźmi wulgarni lub agresywni (50%). Ankietowani nie obserwowali u siebie pogorszenia pamięci w związku ze spożywaniem alkoholu: średnio 32%, rzadko 20%, bardzo rzadko 5%, wcale 10%. Stwierdzono, że alkohol był ważniejszy od domu, rodziny, przyjaciół: często 13%, średnio 21%, rzadko 38%, bardzo rzadko 19%, nigdy 9%. Większość badanych łączyło alkohol z kontaktami z ludźmi: bardzo często 7%, często 35%, średnio 41%, a także spożywali alkohol dla podniesienia odwagi: bardzo często 9%, często 24%, średnio 32%. Jak donosi w wywiadzie dla Gazety Lekarskiej dr Aleksandra Piotrowska [34] z Wydziału Pedagogicznego Uniwersytetu Warszawskiego, w Polsce nie ma świętowania bez alkoholu. Młodzi ludzie od najmłodszych lat nasiąkają „kulturą” picia, którą przekazują im osoby bardzo bliskie, a więc tym bardziej jest to silny wpływ niż w przypadku osób przypadkowych [34]. Według CBOS im więcej ryzykownych zachowań w domu, im więcej alkoholu, upijania się, im jest to częstsze, tym dziecko częściej sięga po alkohol, co jednak nie może uspać czujności, gdyż dzieci z domów „bez alkoholu” również deklarują, że już próbowały napojów wysokowych [34].

Następstwa somatyczne, psychologiczne i społeczno-ekonomiczne szkodliwego picia alkoholu wyraźnie zaburzają funkcjonowanie jednostki, negatywnie wpływając na jakość jej życia, mogą także ograniczać dostęp do opieki medycznej [37].

Uzależnienie od alkoholu utrudniało funkcjonowanie w codziennym życiu połowie badanych, znacząco częściej osobom z wykształceniem wyższym i mieszkającym w mieście niż na wsi. W większości przypadków ankietowani ocenili poziom radości w swoim życiu jako średni (76%). Badani wskazali, że czasem brakuje im siły do pokonywania trudności (61%), gdy 17% wskazało, że problemy codzienne przytłaczają ich ponad możliwości, a w 16% wybrano odpowiedź: jeśli nie wypiję nie jestem w stanie zabrać się do działania. Tylko 6% grupy uważało, że ma wystarczająco energii w codziennym życiu. Swoją sylwetkę akceptował, co trzeci badany (32%), gdy połowa grupy wskazała, że nie ma ona dla nich znaczenia (48%). Podsumowując, swoją sytuację życiową w związku z uzależnieniem akceptowało średnio 46%

grupy, gdy pozostali źle 39% i bardzo źle 14%. Istotnie częściej brakiem akceptacji swojego życia charakteryzowali się badani z wykształceniem wyższym oraz mieszkający w mieście niż na wsi. Poziom akceptacji sytuacji życiowej znacząco obniżał się wraz ze spadkiem oceny stanu zdrowia, odczuwaniem trudności w życiu codziennym, niskim poczuciem radości i energii, brakiem akceptacji wyglądu zewnętrznego. Ankietowani byli zadowoleni z posiadanych warunków mieszkaniowych 46%, jednak w znacznie mniejszym stopniu ze swojej sytuacji materialnej 29%, relacji z ludźmi 24%, snu 25%, zdolności do pracy 22%, z własnej osoby 4%. Stwierdzono, że alkoholizm znacząco silniej obniżał poczucie jakości życia wśród osób lepiej wykształconych oraz mieszkających ośrodkach miejskich.

Większość dotychczasowych wyników badań potwierdza, że jakość życia pogarsza się wraz z nasileniem uzależnienia od alkoholu [38,39,40,41]. Badania przeprowadzone przez Damiana Czarneckiego i wsp. [37] potwierdzają, że jakość osób uzależnionych od alkoholu jest znacząco niższa we wszystkich wymiarach życia w porównaniu do osób zdrowych [37]. Potwierdza to również w swojej publikacji Jan Chodkiewicz [42] stwierdzając, że problemy alkoholika implikują problemy psychiczne, co znacząco wpływa na odczuwaną satysfakcję z życia. Autor wykazuje, że odbyta terapia odwykowa znacząco podnosi jakość życia w obrębie zdrowia fizycznego i psychicznego oraz poziom niektórych wymiarów zadowolenia z życia, a także zadowolenie ogólne [42]. Marcin Wnuk i Jerzy Marcinkowski [43], badając jakość życia w chorobach przewlekłych porównali ze sobą satysfakcję z życia wśród pacjentów psychiatrycznych, onkologicznych oraz uzależnionych od alkoholu. Autorzy stwierdzili, że osoby uzależnione od alkoholu uczęszczające na mityngi grup samopomocy mają szansę na poprawę swojej jakości życia nawet do poziomu ludzi zdrowych [43].

Przegląd literatury przedmiotu wskazuje na kilka najistotniejszych elementów dla kształtowania jakości życia tej populacji, z których najważniejszymi wydaje się być zachowywanie abstynencji oraz zaangażowanie w ruch samopomocy [44, 45, 46]. Samochowiec i wsp. podkreślają, że wysoki procent nawrotowości w leczeniu uzależnienia od alkoholu oraz współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych i somatycznych związanych ze spożywaniem alkoholu stanowi poważne wyzwanie dla specjalistów ze względu na wielopłaszczyznowe następstwa tej choroby [21].

Alkoholizm w Polsce stanowi problem społeczny i ekonomiczny, który nasila się z każdym rokiem. Zjawisko niesie za sobą wiele zagrożeń m.in. w postaci chorób i urazów, wypadków, przestępczości i obniżonej produktywności. Liczone dochody z przemysłu alkoholowego w efekcie kilkakrotnie przekraczają koszty związane z leczeniem, utrzymaniem

placówek odwykowych, instytucji profilaktycznych rządowych i pozarządowych, niezbędnym wsparciem socjalnym. Niepoliczalne i nieodwracalne są straty poniesione przez członków rodzin z problemem alkoholowym. Konieczne jest podjęcie działań w kierunku ograniczenia dostępu do alkoholu poprzez odpowiednie regulacje, jak również zwiększenie społecznej świadomości zagrożeń związanych z piciem alkoholu.

Wnioski

1. Większość alkoholików była świadoma swojego uzależnienia.
2. Osoby uzależnione, po raz pierwszy alkohol spożywały najczęściej w towarzystwie znajomych i namawianie do picia przez znajomych wskazywały jako najczęstszą przyczynę dalszego spożywania alkoholu.
3. Badani rozważali decyzję o abstynencji, gdyż odczuwali ciężar swojego uzależnienia w codziennym życiu, nie akceptowali tej sytuacji i nie byli zadowoleni z samych siebie.
4. Alkoholizm znacząco silniej obniżał poczucie jakości życia wśród osób lepiej wykształconych oraz mieszkających ośrodkach miejskich.
5. Akceptacja własnej sytuacji życiowej znacząco obniżała się wraz ze spadkiem oceny stanu zdrowia, rosnącymi trudnościami w codziennym funkcjonowaniu, niskim poczuciem radości i energii, brakiem zadowolenia z wyglądu zewnętrznego.
6. Osoby uzależnione miały świadomość, że alkoholizm jest chorobą, która stopniowo wyniszcza organizm człowieka.
7. Obserwowane problemy zdrowotne, szczególnie w zakresie zaburzeń pracy układu nerwowego i pokarmowego, jak również zalecenia lekarzy i prośby najbliższych, problemy finansowe, zawodowe czy prawne, dla większości badanych nie były wystarczającym powodem do podjęcia abstynencji.

Piśmiennictwo

1. Telka E.: Ocena jakości życia w wymiarze psychologicznym, zdrowotnym i społecznym. *Nowa Medycyna*, 2013, 4, 184-186.
2. Petelewicz M., Drabowicz T.: Jakość życia- globalnie i lokalnie. Pomiar i wizualizacja. Wyd. Katedra Socjologii Ogólnej Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny Uniwersytet Łódzki, Łódź 2016, 7-17.

3. Szyguła-Jurkiewicz B., Kowalska M., Mościński M.: Jakość życia jako element oceny stanu zdrowia i efektywności leczenia chorych ze schorzeniami układu sercowo-naczyniowego. *Folia Cardiologica Excerpta*, 2011, 6(1), 62–71.
4. Chodkiewicz J.: Ocena jakości życia alkoholików przed i po terapii odwykowej. Co zmienia się w trakcie leczenia? *Alkoholizm i Narkomania*, 2012, 25(2), 133- 150.
5. Cungi Ch.: Stawić czoło uzależnieniom. Wyd. Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa 2007,13-15, 213-218.
6. Mellibruda J., Sobolewska-Mellibruda Z.: Integracyjna psychoterapia uzależnień. Wyd. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 2006, 36-39.
7. Mellibruda J.: Integracyjna psychologia uzależnień. Wyd. Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa 2006, 30-57, 76-115, 343-361.
8. Wnuk M., Marcinkowski J.T.: Alkoholizm – przegląd koncepcji oraz metod leczenia. *Hygeia Public Health*, 2012, 47(1), 49-55.
9. Fudała J.: Leczenie osób uzależnionych w Polsce [w:] *Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych*, Miller P.M. (red.). Wyd. Uniwersytet Warszawski, Warszawa 2013, 441-461.
10. <http://www.parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki>, pobrano 15.03.2017r.
11. Główny Urząd Statystyczny: Dostawy na rynek krajowy oraz spożycie niektórych artykułów konsumpcyjnych na 1 mieszkańca w 2014 r. Warszawa 2015.
12. TNS OBOP: Spożycie alkoholu w Polsce w 2012 r. Raport z badania. TNS, 2013.
13. <http://www.parpa.pl/download/wzory%202008%20wnioski%20.pdf>, pobrano 15.03.2017r.
14. Durasiewicz A.: Alkoholizm jako patologia społeczna – aspekt lokalny i krajowy [w:] *Trzeźwość i uzależnienia jako wyzwanie duszpasterskie i akademickie*, Linowski K., Jędrzejko M. (red.). Wyd. Diecezji Radomskiej, Radom 2012, 165-181.
15. Frąckowiak M., Motyka M.: Charakterystyka problemów społecznych związanych z nadużywaniem alkoholu. *Hygeia Public Health*, 2015, 50(2), 314-322.
16. Woronowicz B.T.: Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia. Wyd. Ed. Parpamedia, Warszawa 2009,139-148.
17. Jędrzejko M., Walancik M.: Człowiek i uzależnienia-uwarunkowania zjawiska [w:] *Zachowania ryzykowne i uzależnienia*, Jędrzejko M., Janusz M., Walancik M. (red.). Wyd. Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2013, 13-30.

18. Reish-Klose J., Głowacz E.: Alkoholik. Instrukcja Obsługi. Wyd. IPS, Warszawa 2013, 52-99.
19. Dudek K.: Specyfika kobiecego uzależnienia od alkoholu. *Fides et ratio*, 2011, 4(8), 14-28.].
20. Woronowicz B.T.: Na zdrowie. Jak poradzić sobie z uzależnieniem od alkoholu. Wyd. Media Rodzina, Poznań 2008, 96.
21. Stewart S.H.: Uzależnienie i diagnoza. [w:] *Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych*, Miller P.M. (red). Wyd. Uniwersytet Warszawski, Warszawa 2013, 92-102.
22. Vahia V.N.: Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5: A quick glance 5. *Indian Journal of Psychiatry*, 2013, 55(3), 220-223.
23. Samochowiec A., Chęć M., Kołodziej Ł. i wsp.: Zaburzenia używania alkoholu: Czy nowe kryteria diagnostyczne implikują zmianę strategii terapeutycznych? *Alkoholizm i Narkomania*, 2015, 18, 55-63.
24. Frąckowiak M., Motyka M.: Zespół zależności alkoholowej: charakterystyka, fazy rozwoju, metody diagnozowania. *Hygeia Public Health*, 2015, 96(2), 315-320.
25. Waszkiewicz N, Szulc A.: Diagnoza nadużywania alkoholu. *Przegląd Lekarski*, 2009, 66(9), 529-534.
26. Maisto S.A, Krenek M.: Historia używania i aktualne używanie substancji psychoaktywnych [w:] *Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych*, Miller P.M. (red). Wyd. UW, Warszawa 2013, 63-91.
27. Chodkiewicz J.: Terapia osób uzależnionych od alkoholu: lęk i depresja a zasoby osobiste. *Alkoholizm i Narkomania*, 2010, 23(3), 201–216.
28. Ryszkowski A., Wojciechowska A., Kopański Z. i wsp.: Walka z uzależnieniem alkoholowym. *Journal of Clinical Healthcare*, 2015, 1, 14-17.
29. Szczygieł Ł.: Psychofarmakoterapia uzależnienia od alkoholu. *Gazeta Farmaceutyczna*, 2008, 8, 24-27.
30. Kampam K. M.: Biologiczne metody leczenia uzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. *Psychiatria po Dyplomie*, 2010, 7(2), 47-54.
31. Steinbarth-Chmielewska K.: Nie ma cudownej tabletki. *Terapia uzależnienia i współuzależnienia*, 2012, 3, 17.
32. Kędra E., Borczykowska- Rzepka M.: Poalkoholowe uszkodzenia płodu jako przyczyna problemów zdrowotnych dziecka [w:] *Płodowy zespół alkoholowy w ujęciu*

- interdyscyplinarnym, Kędra E., Borczykowska- Rzepka M. (red.). Wyd. Instytut Śląski, Opole 2015, 35-44.
33. Kościan A.: Przyczyny i przejawy uzależnienia od alkoholu. *Fides et ratio*, 2011, 4(8), 5-13.
34. Kędra E., Borczykowska- Rzepka M.: Alkohol i jego konsekwencje psychospołeczne [w:] *Płodowy zespół alkoholowy w ujęciu interdyscyplinarnym*, Kędra E., Borczykowska- Rzepka M. (red.). Wyd. Instytut Śląski, Opole 2015, 9-26.
35. Fudała J., Dąbrowska K., Łukowska K.: *Uzależnienie od alkoholu- między diagnozą, a działaniem*. Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2014.
36. Ciosek M.: Sekretny świat rodziny z problemem alkoholowym. *Studia Gdańskie, Wizje Rzeczywistości*, 2011, 8, 270-282.
37. Ryś M.: Role pełnione w rodzinie z problemem alkoholowym a poczucie własnej wartości i relacje interpersonalne z najbliższymi u Dorosłych Dzieci Alkoholików. *Fides et ratio*, 2011, 4(8), 93-130.
38. Fudała J.: Rozwiązywanie problemów alkoholowych w miejscu pracy. *Świat Problemów*, 2009, 12, 31-35.
39. Zgliczyński W.S.: Alkohol w Polsce. Biuro Analiz Sejmowych INFOS, 2016, 11(216), 1-4.
40. Malczewski A.: *Młodzież a substancje psychoaktywne. Raport CBOS. Młodzież 2016*. Warszawa 2016, 200-225.
41. Mazur J. (red.): *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014*. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, 2015.
42. Mellibruda J., Sobolewska-Mellibruda Z.: *Integracyjna psychoterapia uzależnień*. Wyd. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 2006, 36-39.
43. <http://www.tnsglobal.pl/jakpijapolacy/pdf/raport.pdf>, pobrano 10.04.2018r.
44. Czarnecki D., Ziółkowski M., Chodkiewicz J. i wsp.: Jakość życia i jej korelaty u mężczyzn uzależnionych od alkoholu – leczonych stacjonarnie odwykowo i bezdomnych przebywających w schronisku lub hostelu. *Alcohol Drug Addict*, 2017, 30(1), 41-58.
45. Li Y.Y., Zhou J.Y.: Role of lipin-1 in the pathogenesis of alcoholic fatty liver disease. *Zhonghua Gan Zang Bing Za Zhi*, 2016, 24(3), 237-240.
46. Lahmek P., Berlin I., Michel L., Berghout C., Meunier N., Aubin H.J.: Determinants of improvement in quality of life of alcohol-dependent patients during an inpatient

- withdrawal programme. *The International Journal of Medical Sciences*, 2009, 6(4), 160-167.
47. Karpyak V.M., Biernacka J.M., Geske J.R., Abulseoud O.A., Brunner M.D., Chauhan M.: Gender-specific effects of comorbid depression and anxiety on the propensity to drink in negative emotional states. *Addiction*, 2016, 111(8), 1366-1375.
48. François C., Rahhali N., Chalem Y., Sørensen P., Luquiens A., Aubin H.J.: The Effects of as-Needed Nalmefene on Patient-Reported Outcomes and Quality of Life in Relation to a Reduction in Alcohol Consumption in Alcohol- Dependent Patients, *PLoS One*, 2015, 10(6): e0129289.
49. Wnuk M., Marcinkowski J.T.: Jakość życia w chorobach przewlekłych. *Hygeia Public Health*, 2013, 48(3), 274-278.
50. Frischknecht U., Sabo T., Mann K.: Improved drinking behaviour improves quality of life: a follow-up in alcohol-dependent subjects 7 years after treatment. *Alcohol Alcohol*, 2013, 48(5), 579-584.
51. Luquiens A., Reynaud M., Falissard B., Aubin H.J.: Quality of life among alcohol dependent patients: how satisfactory are the available instruments? A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 2012, 125(3), 192-202.
52. Barnes A.J., Xu H., Tseng C.H., Ang A., Tallen L., Moore A.A.: The Effect of a Patient-Provider Educational Intervention to Reduce At-Risk Drinking on Changes in Health and Health-Related Quality of Life Among Older Adults: The Project SHARE Study. *The Journal of Substance Abuse Treatment*, 2016, 60, 14-20.

Łepicka Emilia¹, Jankowiak Barbara²

1. Blok Operacyjny Szpitala w Giżycku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Stygmatyzacja osób uzależnionych od alkoholu i ich rodzin

Wstęp

Alkoholizm – istota schorzenia

Istotą choroby alkoholowej jest fizyczne i psychiczne uzależnienie od środka, którym jest alkohol. Psychiczne uzależnienie polega na konieczności picia alkoholu dla poprawy samopoczucia. Fizyczne uzależnienie przejawia się wzrostem tolerancji na alkohol, utratą kontroli nad ilością i częstością wypijanego alkoholu oraz wystąpieniem Alkoholowego Zespołu Abstynencji po odstawieniu alkoholu i całkowitymi lub częściowymi zanikami pamięci w wyniku upojenia alkoholowego [1, 2].

Należy pamiętać, że alkoholizm jest chorobą i powinien być leczony tak, jak każda inna. Często jednak choroba alkoholowa traktowana jest w kategoriach moralnych. Według wielu ludzi jest to grzech, który jak trąd niszczy ducha i ciało. Jest to dla nich dowód upadku moralnego i słabego charakteru. Spora część ludzi nie widzi potrzeby leczenia alkoholików, pomimo że alkoholizm jest chorobą, ma swój numer statystyczny i definicję, która znajduje się w spisie chorób uznawanych przez WHO [2].

Istotą choroby alkoholowej, tak jak każdej innej, jest powolne odchodzenie od zdrowia. Choroba ta nie przebiega raptownie, lecz trwa przez całe lata. Ma swój początek, przebieg i koniec [3].

Definicja alkoholizmu

Alkoholizm według Światowej Organizacji Zdrowia, określany jest jako „każda forma picia, która przekracza tradycje i zwyczaje stosowania alkoholu, wykraczająca poza istniejące w danej wspólnotce normy społeczne dotyczące picia towarzyskiego, zależne od czynników etiologicznych prowadzących do tego rodzaju zachowań i niezależnie od tego, w jakim stopniu te czynniki związane są z dziedzicznością, konstytucją i nabytymi wpływami patofizjologicznymi i metabolicznymi” [2].

Termin „alkoholizm” został wprowadzony przez Magnusa Husa i oznacza chorobę, która jest jednym z następstw nadużywania alkoholu. Jest to spożywanie alkoholu w sposób powodujący negatywne konsekwencje zarówno dla osoby spożywającej alkohol, jak i dla jego najbliższego środowiska. Jest to stan, w którym człowiek kontynuuje picie alkoholu pomimo, iż powoduje to dokuczliwe skutki, w różnych dziedzinach jego życia.

Choroba ta głęboko zaburza świadomość i wolność człowieka, a dla większości uzależnionych staje się chorobą śmiertelną. Jest to choroba pierwotna, czyli jest przyczyną powstania wielu innych chorób, m.in. marskości wątroby, gruźlicy, chorób wenerycznych, chorób nowotworowych, nieprawidłowego przebiegu ciąży i rozwoju płodu [1, 3].

Choroba alkoholowa jest jednym z najgroźniejszych problemów natury społecznej i medycznej. Z medycznego punktu widzenia alkoholizm jest zespołem chorobowym wymagającym terapii, zaś w aspekcie socjologicznym jest przejawem społecznego nieprzystosowania, zjawiskiem niepożądanym. Natomiast psychologowie uważają, że alkoholizm jest to zaburzenie w rozwoju osobowym jednostki.

Alkoholizm jest chorobą przewlekłą wymagającą systematycznego leczenia, opieki i wsparcia. Jest to choroba nieuleczalna i nieodwracalna. Osoba uzależniona będzie do końca życia alkoholikiem, czyli kimś, kto nie potrafi pić alkoholu w sposób kontrolowany. Nie można być byłym alkoholikiem, można stopniowo wychodzić z czynnej fazy choroby i stać się trzeźwym alkoholikiem [4].

Alkoholizm w Polsce i na świecie - dane epidemiologiczne

Alkoholizm w Polsce, jak i na świecie, jest uznawany za najbardziej zagrażający zdrowiu psychoaktywny środek. Jest problemem ogólnospołecznym. Na alkoholizm choruje ok. 140 milionów ludzi na całym świecie, w Polsce ok. 600-800 tys., większość stanowią mężczyźni [5].

W Polsce notuje się mniejsze spożycie alkoholu niż w wielu europejskich państwach. Polskę wyprzedza w rankingu kilkanaście krajów, m.in. Niemcy, Hiszpania, Francja, Czechy i Wielka Brytania. Polska w konsumpcji na poziomie 10,6 litra 100% alkoholu na mieszkańca powyżej 15 roku życia plasuje się poniżej unijnej średniej wynoszącej 10,85 litra. Najnowsze statystyki świadczą o spadku sprzedaży mocnych trunków. Większość alkoholu jest wypijana w napojach niskoprocentowych. W 2011 roku przeciętny Polak (15+) wypił 0,4 litra wina gronowego, 6,1 litra piwa i 3,7 litra napojów spirytusowych przeliczając na 100% alkoholu [5].

Dane WHO dotyczące konsumpcji alkoholowej pokazują, że Polacy piją mniej niż niejedna europejska nacja, co zaprzecza stereotypowym opiniom na temat Polaków. Tymczasem Francuzi, Belgowie czy Hiszpanie, o których się mówi, że mają wysoką kulturę picia alkoholu, piją od nas znacznie więcej [5].

W rankingu spożywania alkoholu przodują Czesi – 15 litra 100% alkoholu na mieszkańca powyżej 15 roku życia. Zaraz za Czechami jest Estonia (13,36 litra), Litwa (12,62 litra) czy Rumunia (13,3 litra) [5].

Fazy alkoholizmu

Rozpoznanie uzależnienia od alkoholu oraz podjęcie działań mających na celu pomoc osobie uzależnionej jest bardzo trudne. Wynika to z braku rozpowszechnienia wiedzy na temat mechanizmów uzależnienia, funkcjonowaniu potocznych opinii, które błędnie przedstawiają problem uzależnienia oraz społecznym przyzwoleniu wobec picia alkoholu. Sprzyja to bagatelizowaniu ostrzegawczych objawów, umacnianiu systemu zaprzeczeń osobie uzależnionej [6, 7].

Można wyodrębnić kilka faz tej choroby. Wraz z rozwojem kolejnej fazy choroba ta staje się coraz bardziej widoczna, alkoholik i jego otoczenie coraz bardziej odczuwają negatywne skutki uzależnienia.

▪ Faza wstępna uzależnienia

Jest to okres, podczas którego jest wytwarzane uzależnienie psychiczne. Po alkoholu sięga się w celu poprawy nastroju, zmniejszenia napięcia, stopniowo poszukiwanie sytuacji i wytłumaczenia sięgania po alkohol. Po spożyciu alkoholu, często, ale nie zawsze, występuje zmienność nastroju, poczucie obniżonej samooceny. Osoba uzależniona zabezpiecza sobie zapas alkoholu na rozładowanie stresu i poprawę nastroju. Na tym etapie pojawia się skłonność do rozrzutności, dla poprawy nastroju kupowanie różnych rzeczy, brak troski o bliskie osoby i konsekwencji w działaniu. Osoba na tym etapie ma tendencje do wypijania alkoholu bezpośrednio z butelki. Zmniejsza się tolerancja alkoholu, nadal jednak jest zachowana kontrola na spożywaniem alkoholu. Osoba nie upija się rozładowując napięcia lub zdarza się to sporadycznie [8].

▪ Faza ostrzegawcza

Celem staje się poszukiwanie okazji do picia. Odczucie odprężenia po spożyciu alkoholu sprzyja coraz częstszym spotkaniom w celu wypicia, nadawaniu tempa picia

towarzystwu. Pojawia się zjawisko utraty kontroli nad spożywaniem alkoholu, przez co zakończenie picia staje się niemożliwe. Tolerancja na alkohol wzrasta. Stan upojenia pojawia się później niż na początku, sprzyja to temu, że pijący jest w przekonaniu, że posiada kontrolę nad piciem. Pacjent zaczyna nie pamiętać sytuacji, które się wydarzyły podczas picia, tzw. „urwania filmu”. Czasami występują nawet po niewielkiej ilości alkoholu. Etap ten charakteryzuje się tym, że osoba uzależniona zaczyna uzasadniać okoliczności picia. Szuka ludzi, których może obwinić za swoje picie. Pojawia się zaprzeczanie. Kolejnym problemem, który się pojawia jest brak umiejętności podejmowania decyzji, niewłaściwe rozumienie emocji, intencji otoczenia, zniekształcanie wspomnień i zapominanie faktów. Na etapie fazy ostrzegawczej pojawia się picie w samotności, unikanie rozmów na temat picia. O ile w fazie wczesnej uzależnienia alkoholik pił, by rozładować napięcie i lepiej się poczuć, to w fazie ostrzegawczej pije, by czuć się normalnie. Pije po to, aby znieść negatywne stany emocjonalne (wyrzuty sumienia, obniżony nastrój, lęk), doznać ulgi. Pojawia się zjawisko „klinowania” - przyjmowanie alkoholu na kaca w celu uzyskania lepszego samopoczucia fizycznego. Postępujący charakter alkoholizmu prowadzi do kolejnej fazy - fazy ostrej [8].

- **Faza ostra (faza krytyczna)**

Chęć dalszego picia powoduje nawet niewielka dawka wypijanego alkoholu. Alkoholik coraz częściej sięga po alkohol. Traci kontrolę nad piciem. Wypija coraz większe ilości alkoholu. Potrzeba wypicia alkoholu pojawia się już w godzinach rannych. Obniża się tolerancja na alkohol. Osoba pije ciągami, z krótkimi okresami przerwy, chcąc udowodnić sobie i otoczeniu, że potrafi kontrolować picie. Pojawiają się negatywne skutki uboczne – alkoholik ponosi konsekwencje zdrowotne (drżenia, napięcia, zaburzenia pamięci, popędu seksualnego), pojawia się problem relacji z otoczeniem, uzależniony staje się agresywny, popada w konflikty z prawem. Alkoholik zaniedbuje swój wygląd zewnętrzny. Wydłużają się okresy picia od kilku tygodni do kilku miesięcy. Alkoholik staje się bezsilny wobec uzależnienia. Nie potrafi już udowodnić swojej kontroli na piciem. Wszystkie te zachowania sprzyjają przejściu w kolejną fazę – fazę przewlekłą [8].

- **Faza przewlekła**

Jest to ostatni etap uzależnienia. Alkoholik pije stale bez oporów i prób ukrycia trudnej sytuacji. Osoba uzależniona zaczyna pić tygodniami, miesiącami, pije w domu, na ulicy i w pracy. Wzrasta ilość negatywnych skutków zdrowotnych i psychospołecznych. Alkoholik często traci pracę, rodzinę, staje się degeneratem społecznym. Zaczyna nawiązywać kontakt

z tzw. „marginesem społecznym” - pije z każdym i wszędzie. Osoba uzależniona pije w celu zniesienia objawów abstynencji, poprawy samopoczucia. Powstaje mechanizm błędnego koła, który kończy się wystąpieniem objawów zatrucia. Na etapie tej fazy osoba uzależniona często pozbawiona jest jakichkolwiek środków do życia, sprzedaje różne przedmioty w celu uzyskania pieniędzy na alkohol. Zaczyna żebrać i kraść. W końcowym stadium tej fazy może dojść do śmierci z powodu zatrucia i powikłań przewlekłego spożywania alkoholu. Alternatywnym działaniem jest podjęcie leczenia. Alkoholik uświadamia sobie swoją bezsilność wobec nałogu, staje się to dla niego momentem przełomowym, ułatwia mu to podjęcie decyzji o leczeniu [8].

Przyczyny i skutki uzależnienia od alkoholu

Obecność alkoholu w naszym życiu jest powszechna, a jego nadmierna konsumpcja powoduje w sposób nieuchronny немало szkód i zagrożeń. Ryzyko wystąpienia tych zagrożeń wzrasta szczególnie wtedy, jeśli alkohol jest spożywany w dużych ilościach lub też w niewłaściwych okolicznościach [9].

Picie alkoholu jest uwarunkowane czynnikami:

- genetycznymi
- społecznymi
- psychologicznymi.

Czynniki genetyczne

Czynniki genetyczne odgrywają dużą rolę w wielu rodzinach z problemami alkoholowymi. Wpływ czynników genetycznych na dziedziczenie podatności na ZZA ocenia się na 40-60%. Dziedziczenie cech takich jak lęk i impulsywność są powiązane ze skłonnością do przekazywania podatności na ZZA [10].

Stwierdzono, że u synów ojców alkoholików - alkohol powoduje mniejsze zaburzenia niż u synów ojców niealkoholików, co może świadczyć o dziedziczeniu tolerancji na alkohol. Synowie ojców alkoholików odczuwają silne, przyjemne efekty działania alkoholu, ponieważ mają tzw. „mocną głowę” – wyższą tolerancję na alkohol. Zwiększa to zagrożenie wystąpienia zjawiska uzależnienia od alkoholu u synów ojców alkoholików [11].

Czynniki społeczne

Alkoholikiem może być osoba z różnych grup i kategorii społecznych. Dotyka zarówno osób młodych, jak i wieku podeszłym, kobiet, jak i mężczyzn. Alkoholizm jest to problem

psychofizyczny, jak i społeczny. Czynniki społeczne to m.in. kultura w jakiej żyjemy, tradycje, warunki, nawyki – wszystko to, czego uczymy się i doświadczamy żyjąc między ludźmi. Picie dla towarzystwa, z uprzejmości, z jakiejś okazji. Jedną z przyczyn należących do czynników społecznych jest ogólne przyzwolenie na używanie alkoholu właściwie zawsze i wszędzie, jak i również kultywowanie przekonania, że „mężczyzna musi się napić”. Do społecznych czynników zwiększających ryzyko uzależnienia zalicza się również ogólną dostępność napojów alkoholowych oraz stosunkowo niską cenę napojów alkoholowych [10, 11].

Czynniki psychologiczne

Powszechnie uważa się, że spożywanie alkoholu wiąże się z jego właściwościami zmniejszającymi lęk i niepokój. Jest to jedna z przyczyn zwiększonego picia alkoholu. Alkohol ma działanie euforyzujące, rozluźnia, pozwala zapomnieć o kłopotach. Osoba pije w celu uzyskania redukcji napięcia psychicznego.

Problemy związane z nadużywaniem alkoholu dotyczą właściwie każdej dziedziny życia, powodując określone skutki. Skutki które, dotyczą osoby uzależnionej, jak i jej otoczenia. Do najważniejszych skutków społecznych zaliczyć można:

- przemoc domową
- alkoholową dezorganizację środowiska pracy
- naruszenie prawa i porządku przez osoby nietrzeźwe
- koszty ekonomiczne
- nadużywanie alkoholu przez młodzież [9].

Przemoc domowa

Jest to jeden z najczęstszych skutków alkoholizmu. Rodziny osób uzależnionych od alkoholu doświadczają przemocy fizycznej, psychicznej, seksualnej oraz wszelkiego rodzaju zaniedbań [9].

Alkoholowa dezorganizacja środowiska pracy

Spożywanie alkoholu w miejscu pracy powoduje absencję, wypadki oraz obniżoną wydajność pracy. Przychodzenie do pracy w stanie nietrzeźwym lub na kacu powoduje zmniejszenie efektywności wykonywanej pracy, zmniejszenie bezpieczeństwa pracy, podważa wiarygodność firmy, powoduje straty finansowe i marketingowe, niewłaściwe relacje z innymi

pracownikami, niezwykłe zachowanie oraz trudności w przypominaniu sobie poleceń, w wypełnianiu wyznaczonych zadań [9].

Naruszenia prawa i porządku przez osoby nietrzeźwe

Alkohol wpływa niemal na każdy rodzaj przestępczości, m.in. zabójstwa, bójki, pobicia, zgwałcenia, kradzież, rozbój. Osoby nietrzeźwe łamią również przepisy prowadząc samochód pod wpływem alkoholu [9].

Ekonomiczne koszty nadużywania alkoholu

Do kosztów tych zaliczamy koszty poniesione przez osobę spożywającą alkohol, jak i koszty poniesione przez innych z powodu problemów alkoholowych osób nadużywających alkoholu. Ekonomiczne koszty związane są przede wszystkim z ochroną zdrowia i opieką społeczną, startami w przemyśle, jak kosztami wypadków drogowych, wydatkami związanymi z egzekwowaniem prawa [9, 12].

Nadużywanie alkoholu przez młodzież

Do skutków nadużywania alkoholu przez młodzież można zaliczyć: zaburzenia w rozwoju potrzebnych w tym wieku umiejętności, problemy z rodzicami i przyjaciółmi, wczesne rozpoczęcie życia seksualnego, przypadkowe stosunki seksualne, zabójstwa, bójki, samobójstwa, wypadki drogowe [13].

Życie osoby uzależnionej od alkoholu w społeczeństwie i rodzinie

Uzależnienie od alkoholu niesie ze sobą znaczny spadek jakości życia. Przeprowadzone badania nad jakością życia alkoholików sugerują, iż osoby uzależnione od alkoholu mają obniżony poziom dobrostanu [14].

W większości kultur i społeczeństw osoba uzależniona od alkoholu w początkowej fazie alkoholizmu doświadcza często satysfakcjonujących relacji z grupą odniesienia i rodziną. Osoba ta jest dobrym kompanem do zabawy, wszyscy ją lubią. Alkoholik utrzymuje liczne kontakty towarzyskie, jednak mają one powierzchowny charakter i najczęściej prowadzą do jednego, czyli do wspólnego picia alkoholu. Z czasem uzależniony ma ograniczone możliwości w umiejętności nawiązywania nowych relacji. W bliskich kontaktach jest bardzo wycofany i napięty. Wraz z rozwojem uzależnienia alkoholik coraz bardziej unika relacji wewnątrzrodzinnych bądź też staje się agresywny i rodzina rezygnuje z relacji z tą osobą. Jego

jedynie kontakty społeczne sprowadzają się do grupy osób, która tak jak ona nadużywa alkoholu [14].

Współuzależnienie od alkoholika – problem najbliższych

Alkoholizm jest chorobą, która dotyka całej rodziny, a nie tylko osoby uzależnionej. Picie alkoholu przez jednego członka rodziny organizuje i nadaje kształt życiu całej rodziny [3].

Współuzależnienie (koalkoholizm) jest to zespół skutków psychologicznych będących wynikiem życia w jednej rodzinie z alkoholikiem. Pomimo niepowodzeń i cierpień związanych z tym zjawiskiem, osoba współuzależniona jest przekonana o posiadaniu zdolności do wywierania dużego wpływu na drugą osobę. Współuzależnienie charakteryzuje się przede wszystkim stałym stawianiem potrzeb innych osób przed swoimi potrzebami. Prowadzi do wyniszczenia fizycznego i emocjonalnego. Jest to przystosowanie się do nieprawidłowego układu relacji międzyludzkich [3]

Według Wegscheidera Crusa współuzależnienie występuje u wszystkich osób będących w związku małżeńskim lub miłosnym z osobą uzależnioną od alkoholu oraz tych którzy mają lub mieli jedno lub dwoje rodziców lub dziadków uzależnionych od alkoholu [3].

Współuzależnienie najczęściej dotyczy kobiet, ale nie zawsze każda żona alkoholika choruje na współzależnie. Część z tych kobiet nie umie poradzić sobie z piciem partnera i nie szuka wsparcia wśród terapeutów. Wynika to z predyspozycji osobowościowych, od możliwości uzyskania wsparcia od najbliższych czy też nasilenia stresu [15].

Stygmatyzacja - problem uzależnionego od alkoholu i jego rodziny

Pojęcie stygmatyzacji alkoholików jest dość jednoznacznie kojarzone. Większość ludzi wiąże je z negatywnymi postawami społecznymi wobec osób uzależnionych. Ostatnimi czasy wiele powiedziano i napisano o tym zjawisku. Stygmatyzacja jest procesem zakłócającym zdrowienie i wpływa na jakość życia [16].

Według Linka i Phelana stygmatyzacja istnieje wtedy, gdy:

- zostaje wyodrębniona różnica i nadana etykieta osobie lub osobom, u których zauważona została ta różnica
- następuje przypisanie niepożądanych cech etykietowanym ludziom, stanowiących odzwierciedlenie uformowanym wcześniej stereotypów
- występuje odizolowanie osób oznaczonych etykietką („ich”) od grupy własnej („nas”)

- osoby zaetykietowane tracą status i doświadczają dyskryminacji np.: pozbawienie prawa do opieki medycznej, do zatrudnienia, prawa do równości, godności czy szacunku itp. Pociąga to za sobą degradację społeczną, jak i ekonomiczną [17].

Powszechną konsekwencją stygmatyzacji człowieka uzależnionego od alkoholu jest pozbawienie go możliwości podejmowania ról zawodowych i rodzinnych. Konsekwencją jest również pozbawienie kontaktów towarzyskich, czyli wykluczenie społeczne. Osobie uzależnionej często przypisywana jest rola osoby bezużytecznej, mało wartościowej, co pogłębia alienację społeczną [17].

Stygmatyzacja ma duże znaczenie w kreowaniu struktury własnego Ja- obrazu samego siebie i samooceny. Postawa stygmatyzująca jest rodzajem negatywnej interakcji społecznej, co oznacza, że niskie poczucie własnej wartości zwiększa prawdopodobieństwa izolacji i odrzucenia społecznego [17].

Często procesowi stygmatyzacji ulegają dzieci alkoholików. Dziecko pochodzące z rodziny nadużywającej alkohol postrzegane jest jako osoba, która w przyszłości zostanie alkoholikiem. Społeczeństwo zakłada z góry, że osoby pochodzące z rodzin z problemem alkoholowym przesiąkają wzorcami osobowościowymi swoich opiekunów i w przyszłości też będą miały problem z alkoholem. Społeczeństwo trzyma dystans i podejrzliwość co do takich osób, zamiast wspierać i próbować zrozumieć. Taka postawa społeczeństwa często skutkuje samospełniającym się proroctwem - osoby z przypiętą etykietą zaczynają zachowywać się w taki sposób, jaki oczekiwało od nich społeczeństwo, co prowadzi do spełnienia przepowiedni i powielenia zachowań opiekunów i podzielenia ich losów [17, 18].

Osoba stygmatyzowana często nie dostrzega swoich pozytywnych wartości, widzi siebie przez pryzmat etykiety. „Poczucie dezorientacji, bezradności i zagrożenia manifestuje się w retorycznym pytaniu „dlaczego ja?“, które temu towarzyszy oraz poczucie totalnej klęski, a także myśli, a nawet czynów samobójczych”. Osoba naznaczona będzie traktować siebie w kategoriach naznaczenia i zgodnie ze stygmatem [18].

Osoba identyfikuje się z nieakceptowanymi przez siebie wartościami, co sprawia, że jednocześnie zgadza się na status „gorszości”, bądź stanie się agresywnym w stosunku do społeczeństwa. Osoby takie mają niskie poczucie własnej wartości, niskie pozytywne wyobrażenia siebie, mniejszą pewność siebie, skłonność do przeceniania swoich negatywnych cech. Wszystkie te cechy powodują, że osoba stygmatyzowana zamyka się w sobie, izoluje się, wycofuje z kontaktów społecznych [18].

Cel pracy

Celem pracy była:

1. Ocena częstości dyskryminacji osób uzależnionych od alkoholu oraz ich rodzin przez społeczeństwo.
2. Ocena zależności pomiędzy doświadczeniem stygmatyzacji osób uzależnionych od alkoholu i ich rodzin a ich charakterystyką społeczno-demograficzną.

Material i metodyka badań

Badanie przeprowadzono wśród osób uzależnionych od alkoholu i ich rodzin należących do Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Giżycku. Ośrodek jest miejscem leczenia osób uzależnionych od alkoholu i ich rodzin.

Badaniem objęto dwie grupy 70 osobowe. Pierwszą grupę stanowiły osoby uzależnione, zaś drugą grupę osoby współuzależnione.

Narzędziem badawczym wykorzystanym w trakcie badań były dwa autorskie kwestionariusze ankiety. Pierwszy z autorskich kwestionariuszy ankiety dotyczył osób uzależnionych od alkoholu i składał się z 30 pytań zasadniczych i 7 pytań metryczkowych, zaś drugi kwestionariusz przeznaczony był dla rodzin osób uzależnionych od alkoholu. Składał się z 34 pytań zasadniczych i 8 pytań metryczkowych. Pytania w obu kwestionariuszach dotyczyły głównie problemów i tego, jak się czują osoby uzależnione i ich rodziny w społeczeństwie.

Na prowadzenie badań uzyskano zgodę Senackiej Komisji Etyki PWSiP w Łomży.

Wyniki badań

Badaniem objęto 140 osób będących pacjentami Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Giżycku. Grupę badawczą stworzyły dwie grupy ankietowanych: I grupę stanowiły osoby współuzależnione, II grupę - osoby uzależnione od alkoholu. Ankietowanych podzielono pod względem zmiennych – wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia, warunków materialnych, stanu cywilnego oraz źródła dochodów. W obu grupach znalazło się po 70 osób. Dane demograficzne obu grup badanych znajdują się w Tabeli I.

Tabela I. Zestawienie zmiennych zależnych grupy badawczej

Zmienna	Grupa I		Grupa II	
	N	%	N	%
Płeć:				
Kobiety	50	71	12	17
Mężczyźni	20	29	58	83
Wiek:				
Do 25 lat	6	9	-	-
26 - 35 lat	22	31	14	21
36 - 45 lat	24	34	22	31
46 - 55 lat	6	9	24	34
Powyżej 56 lat	12	17	10	14
Miejsce zamieszkania:				
Wieś	20	29	24	34
Miasto	50	71	46	66
Wykształcenie:				
Podstawowe	6	9	16	23
Zawodowe	14	20	28	40
Średnie	32	45	26	37
Wyższe	18	26	-	-
Warunki materialne:				
Nie zaspakajam podstawowych potrzeb	6	9	6	9
Dostateczne	20	28	32	46
Dobre	40	57	26	36
Bardzo dobre	4	6	6	9
Stan cywilny:				
Panna/ Kawaler	10	14	16	23
Mężatka/ Żonaty	52	75	36	51
Wdowiec/ Wdowa	-	-	-	-
Rozwodnik/ Rozwódka	8	11	18	26
Źródło dochodów:				
Pracownik fizyczny	36	51	42	60
Pracownik umysłu	20	29	6	9
Renta/ Emerytura	10	14	4	6
Uczeń/ Student	2	3	-	-
Rolnik	2	3	2	3
Bezrobotny	-	-	16	22

Dane zestawione w Tabeli II dotyczą okresu trwania uzależnienia od alkoholu. Wśród osób współuzależnionych najliczniejszą grupę stanowiły osoby, które żyją z osobą uzależnioną od 10 – 20 lat. Natomiast w grupie uzależnionych najwięcej osób zmagало się z problemem alkoholowym w przedziale 1-9 lat.

Tabela II. Problem uzależniania w grupie ankietowanych w zależności od płci i miejsca zamieszkania

Zmienna	Płeć	Miejsce zamieszkania	Grupa I		Grupa II	
			N	%	N	%
1-9 lat	Kobiety	Wieś	4	6	3	4
		Miasto	11	15	1	2
	Mężczyźni	Wieś	2	3	9	13
		Miasto	2	3	19	27
10-20 lat	Kobiety	Wieś	3	4	2	3
		Miasto	21	30	5	7
	Mężczyźni	Wieś	1	2	4	6
		Miasto	5	7	15	21
Ponad 20 lat	Kobiety	Wieś	2	3	-	-
		Miasto	9	13	1	2
	Mężczyźni	Wieś	8	11	6	8
		Miasto	2	3	5	7
Razem			70	100	70	100

W Tabeli III zestawione zostały dane dotyczące długości trwania współuzależnienia ze względu na wiek i płeć. Badania wykazują, że grupa kobiet w wieku 36-45 lat, które borykały się z tym problemem od 1-20 lat była najliczniejsza (18%). Wśród mężczyzn, najliczniejszą grupę stanowili mężczyźni w wieku powyżej 56 lat, których współuzależnienie trwa ponad 20 lat - 20%.

Tabela IV ilustruje okres uzależnienia od alkoholu ze względu na płeć i wiek. Najliczniejszą grupę wśród kobiet - 26%, jak i mężczyzn – 17% stanowiły osoby w wieku 46-55 lat, których uzależnienia trwa 10-20 lat.

Tabela III. Problem uzależnienia w grupie współuzależnionych w zależności od płci i wieku

Zmienna	Grupa I - współuzależnionych						
	Wiek grupy	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
		N	%	N	%	N	%
1 -9 lat	Do 25 lat	1	2	-	-	1	2
	26 - 35 lat	5	10	2	10	7	10
	36 - 45 lat	5	10	1	5	6	8
	46 - 55 lat	3	6	-	-	3	4
	Powyżej 56 lat	1	2	1	5	2	3
10- 20 lat	Do 25 lat	-	-	2	10	2	3
	26 - 35 lat	8	16	-	-	8	12
	36 - 45 lat	9	18	2	10	11	16
	46 - 55 lat	3	6	-	-	3	4
	Powyżej 56 lat	4	8	2	10	6	8
Ponad 20 lat	Do 25 lat	-	-	3	15	3	4
	26 - 35 lat	7	14	-	-	7	10
	36 - 45 lat	4	8	3	15	7	10
	46 - 55 lat	-	-	-	-	-	-
	Powyżej 56 lat	-	-	4	20	4	6
Razem		50	100	20	100	70	100

Tabela IV. Problem uzależnienia od alkoholu w zależności od płci i wieku

Zmienna	Grupa II - uzależnionych						
	Wiek grupy	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
		N	%	N	%	N	%
1 -9 lat	Do 25 lat	-	-	-	-	-	-
	26 - 35 lat	2	17	2	3	4	6
	36 - 45 lat	-	-	11	19	11	16
	46 - 55 lat	1	8	8	14	9	13
	Powyżej 56 lat	1	8	7	12	8	12
10- 20 lat	Do 25 lat	-	-	-	-	-	-
	26 - 35 lat	2	17	4	7	6	8
	36 - 45 lat	1	8	5	9	6	8
	46 - 55 lat	3	26	10	17	13	19
	Powyżej 56 lat	1	8	-	-	1	1
Ponad 20 lat	Do 25 lat	-	-	-	-	-	-
	26 - 35 lat	-	-	4	7	4	6
	36 - 45 lat	-	-	5	9	5	7
	46 - 55 lat	-	-	2	3	2	3
	Powyżej 56 lat	1	8	-	-	1	1
Razem		12	100	58	100	70	100

Większość współuzależnionych osób nie potrafiła jednoznacznie określić czy decyzja o leczeniu była dla nich trudna – 43% zaznaczyło odpowiedź „nie wiem”. Natomiast dla uzależnionych mężczyzn pochodzących z miasta decyzja o leczeniu nie była trudna (38%). Rezultaty badań przedstawia Tabela V. Najtrudniej było podjąć decyzję o leczeniu

mężczyznom z grup współuzależnionych w wieku 36 – 45 lat (25%).

Tabela V. Stosunek grupy badawczej do trudności podjęcia decyzji o leczeniu w zależności od płci i miejsca zamieszkania

Zmienna	Płeć	Miejsce zamieszkania	Grupa I		Grupa II	
			N	%	N	%
Tak	Kobiety	Wieś	1	2	4	6
		Miasto	10	14	6	8
	Mężczyźni	Wieś	5	7	13	18
		Miasto	5	7	11	15
Nie	Kobiety	Wieś	2	3	1	2
		Miasto	11	15	1	2
	Mężczyźni	Wieś	4	6	4	6
		Miasto	2	3	27	38
Nie wiem	Kobiety	Wieś	6	8	-	-
		Miasto	20	29	-	-
	Mężczyźni	Wieś	2	3	2	3
		Miasto	2	3	1	2
Razem			70	100	70	100

W Tabeli VI zilustrowany został problem kłopotów w pracy z powodu alkoholu. W obydwóch grupach nie było osób, które nigdy nie pracowały. W grupie współuzależnionych największy odsetek stanowiły kobiety, pochodzące z miasta (50%), które nie miały problemów w pracy z powodu uzależnienia od alkoholu bliskiej im osoby. W grupie uzależnionych ponad połowa ankietowanych (52%) miała problemy w pracy z powodu alkoholu. Problem ten dotyczył zdecydowanie częściej mężczyzn mieszkających w mieście. Wśród osób współuzależnionych, największą grupę stanowiły osoby w wieku 36-45 lat (23%), które nie miały z powodu współuzależnienia problemów w pracy. Wśród uzależnionych było 25% kobiet i 21% mężczyzn, którzy mieli problemy w pracy, były to osoby w wieku 46-55 lat.

**Tabela VI. Uzależnienie alkoholowe a problem w zakładzie pracy – opinia grupy
w zależności od płci i miejsca zamieszkania**

Zmienna	Płeć	Miejsce zamieszkania	Grupa I		Grupa II	
			N	%	N	%
Tak	Kobiety	Wieś	7	10	2	3
		Miasto	6	8	5	7
	Mężczyźni	Wieś	10	15	10	15
		Miasto	3	4	19	27
Nie	Kobiety	Wieś	2	3	3	4
		Miasto	35	50	2	3
	Mężczyźni	Wieś	1	2	9	13
		Miasto	6	8	20	28
Nie wiem	Kobiety	Wieś	-	-	-	-
		Miasto	-	-	-	-
	Mężczyźni	Wieś	-	-	-	-
		Miasto	-	-	-	-
Razem			70	100	70	100

Stosunek grupy do uzależnienia od alkoholu przedstawiono w Tabeli VII. Zdecydowanie większość, bo aż 88% z grupy współuzależnionych uważało, że osoby uzależnione od alkoholu powinny się leczyć, z tego 53% to kobiety z miasta w wieku 26-35 lat. Wśród ankietowanych nie było osób, które uważały, że chorych powinno się zamykać lub zostawić w spokoju. Podobnie, jak w grupie współuzależnionych, grupa uzależnionych w 90% opowiedziała się za tym, by osoby z problemem alkoholowym leczono, w tym 53% mężczyzn pochodzących z miasta. Żaden z uzależnionych nie uważał, że powinno się ich zamykać lub karać. Najwięcej było kobiet (34%), jak i mężczyzn (30%) w wieku 36 -45 lat, którzy uważają, że chorobę alkoholową powinno się leczyć. Najliczniejszą grupę wśród osób uzależnionych, która uważała, że alkoholizm powinno się leczyć były osoby w wieku 36-45 i 46-55 lat.

Tabela VII. Stosunek grupy do uzależnienia alkoholowego w zależności od płci i miejsca zamieszkania

Zmienna	Płeć	Miejsce zamieszkania	Grupa I		Grupa II	
			N	%	N	%
Leczyć	Kobiety	Wieś	9	13	1	2
		Miasto	37	53	6	8
	Mężczyźni	Wieś	11	15	19	27
		Miasto	5	7	38	53
Zamykać	Kobiety	Wieś	-	-	-	-
		Miasto	-	-	-	-
	Mężczyźni	Wieś	-	-	-	-
		Miasto	-	-	-	-
Karać	Kobiety	Wieś	-	-	-	-
		Miasto	2	3	-	-
	Mężczyźni	Wieś	-	-	-	-
		Miasto	2	3	-	-
Zostawić w spokoju	Kobiety	Wieś	-	-	1	2
		Miasto	-	-	-	-
	Mężczyźni	Wieś	-	-	-	-
		Miasto	-	-	1	2
Nie mam zdania	Kobiety	Wieś	-	-	3	4
		Miasto	2	3	1	2
	Mężczyźni	Wieś	-	-	-	-
		Miasto	2	3	-	-
Razem			70	100	70	100

W grupie współuzależnionych nikt nie uważał, że alkoholizm nie jest chorobą. 44% ankietowanych było całkowicie przekonanych, że alkoholizm jest chorobą, w tym 22% to kobiety z miasta. Podobnie, jak w grupie pierwszej, 43% osób uzależnionych zdecydowanie potwierdziła, że alkoholizm jest chorobą, w tym 27% to mężczyźni z miasta. Najliczniejszą

grupą kobiet współuzależnionych, które raczej akceptują swoją chorobę było w wieku 26 – 35 lat (16%), natomiast wśród mężczyzn najliczniejszą grupą były osoby w wieku 36-45. Wśród osób uzależnionych zarówno osoby w wieku 36-45 lat (16%), jak i w wieku 46-55 lat (16%) były najliczniejszą grupą, która uważała, że alkoholizm jest chorobą (Tabela VIII).

Tabela VIII. Stosunek grupy do alkoholizmu jako choroby w zależności od płci i miejsca zamieszkania

Zmienna	Płeć	Miejsce zamieszkania	Grupa I		Grupa II	
			N	%	N	%
Zdecydowanie tak	Kobiety	Wieś	4	6	2	3
		Miasto	15	22	2	3
	Mężczyźni	Wieś	9	13	7	10
		Miasto	2	3	19	27
Raczej tak	Kobiety	Wieś	3	4	2	3
		Miasto	13	18	3	4
	Mężczyźni	Wieś	2	3	3	4
		Miasto	3	4	9	12
Raczej nie	Kobiety	Wieś	-	-	-	-
		Miasto	-	-	-	-
	Mężczyźni	Wieś	-	-	2	3
		Miasto	-	-	3	4
Zdecydowanie nie	Kobiety	Wieś	-	-	-	-
		Miasto	-	-	-	-
	Mężczyźni	Wieś	-	-	2	3
		Miasto	-	-	3	4
Trudno powiedzieć	Kobiety	Wieś	2	3	1	2
		Miasto	13	18	2	3
	Mężczyźni	Wieś	-	-	5	7
		Miasto	4	6	6	8
Razem			70	100	70	100

Ponad połowa opiniodawców (56%) z grupy współuzależnionych była w większym bądź mniejszym stopniu zadowolona z życia. W grupie tej nie było osób ze wsi. W przeciwieństwie do pierwszej grupy ponad 50% osób uzależnionych nie była zadowolona ze swojego życia, w tym 27% mężczyzn pochodzących z miasta. Niewielki odsetek ankietowanych, którzy zaznaczyli odpowiedź „tak” pochodził w 100% ze wsi (Tabela IX). Najliczniejszą grupą wśród ankietowanych kobiet współuzależnionych były kobiety w wieku 36-45 lat, które raczej były zadowolone ze swojego życia (36%). Natomiast mężczyźni powyżej 56 roku życia w 20% raczej nie byli zadowoleni ze swojego życia. Wśród kobiet uzależnionych najliczniejszą grupą były kobiety w wieku 46-55 lat (26%), które raczej są zadowolone ze swojego życia, natomiast wśród mężczyzn najliczniejszą grupę byli mężczyźni w wieku 46-55 lat (20%), którzy raczej nie są zadowoleni ze swojego życia.

Tabela IX. Zadowolenie grupy z własnego życia w zależności od płci i miejsca zamieszkania

Zmienna	Płeć	Miejsce zamieszkania	Grupa I		Grupa II	
			N	%	N	%
Tak	Kobiety	Wieś	-	-	1	2
		Miasto	7	10	-	-
	Mężczyźni	Wieś	-	-	5	7
		Miasto	1	3	-	-
Raczej tak	Kobiety	Wieś	-	-	3	4
		Miasto	30	43	2	3
	Mężczyźni	Wieś	-	-	10	14
		Miasto	-	-	13	18
Raczej nie	Kobiety	Wieś	4	5	3	4
		Miasto	4	5	2	3
	Mężczyźni	Wieś	2	3	2	3
		Miasto	8	11	19	27
Nie	Kobiety	Wieś	5	7	-	-
		Miasto	-	-	1	2
	Mężczyźni	Wieś	9	13	2	3
		Miasto	-	-	7	10
Razem			70	100	70	100

Dyskryminacja społeczna z powodu uzależnienia i współuzależnienia jest częstym zjawiskiem występującym w społeczeństwie. 51% ankietowanych z grupy I twierdziło, że jest dyskryminowana społecznie z powodu swojej choroby, w tym 30% to kobiety z miasta. W przeciwieństwie do grupy I, osoby uzależnione w ponad połowie uważają, że nie były dyskryminowane społecznie, w tym 30% to mężczyźni z miasta. Tabela X zawiera szczegółową analizę danych. Najczęściej dyskryminowane czuły się kobiety w wieku 26-35 lat (28%), natomiast wśród mężczyzn najliczniejszą grupą byli mężczyźni powyżej 56 roku życia (30%), którzy nie czują się dyskryminowani społecznie. Najliczniejszą grupą wśród osób uzależnionych były osoby w wieku 46-55 lat, 36-45 lat, które „raczej nie” bądź „zdecydowanie nie” nie były dyskryminowane społecznie z powodu uzależnienia.

Tabela X. Dyskryminacja społeczna z powodu współuzależnienia i uzależnienia w zależności od płci i miejsca zamieszkania

Zmienna	Płeć	Miejsce zamieszkania	Grupa I		Grupa II	
			N	%	N	%
Tak	Kobiety	Wieś	9	12	-	-
		Miasto	1	2	1	2
	Mężczyźni	Wieś	-	-	5	7
		Miasto	-	-	-	-
Raczej tak	Kobiety	Wieś	-	-	2	3
		Miasto	21	30	3	4
	Mężczyźni	Wieś	-	-	1	2
		Miasto	5	7	18	25
Raczej nie	Kobiety	Wieś	-	-	3	4
		Miasto	19	27	3	4
	Mężczyźni	Wieś	1	2	1	2
		Miasto	4	6	21	30
Nie	Kobiety	Wieś	-	-	-	-
		Miasto	-	-	-	-
	Mężczyźni	Wieś	10	14	12	17
		Miasto	-	-	-	-
Razem			70	100	70	100

Jednym z etapów terapii antyalkoholowej jest akceptacja własnej choroby. Jak wynika z badań 46% współuzależnionych nie akceptuje swojej choroby, w tym 33% kobiet pochodzących z miasta. 77% osób uzależnionych od alkoholu i będących na terapii antyalkoholowej, akceptuje fakt, że są chorzy, w tym 53% to mężczyźni pochodzący z miasta. Dane dotyczące tej kwestii ilustruje Tabela XI. Połowa osób współuzależnionych w wieku 26-35, 36-45 lat i mniej więcej w takim samym procencie zarówno akceptuje bądź nie swoją chorobę. Ponad połowa ankietowanych uzależnionych akceptuje swoją chorobę, w tym najliczniejszą grupę, która potrafi pogodzić się ze swoim problemem były osoby w wieku 36-45 lat (25%) oraz 46-55 lat (24%).

Tabela XI. Akceptacja choroby – opinia współuzależnionych i uzależnionych w zależności od płci i miejsca zamieszkania

Zmienna	Płeć	Miejsce zamieszkania	Grupa I		Grupa II	
			N	%	N	%
Tak	Kobiety	Wieś	5	7	5	7
		Miasto	18	26	3	4
	Mężczyźni	Wieś	-	-	9	13
		Miasto	1	2	37	53
Nie	Kobiety	Wieś	4	6	-	-
		Miasto	23	33	3	4
	Mężczyźni	Wieś	5	7	5	7
		Miasto	-	-	2	3
Zależy od sytuacji	Kobiety	Wieś	-	-	-	-
		Miasto	-	-	1	2
	Mężczyźni	Wieś	6	8	5	7
		Miasto	8	11	-	-
Razem			70	100	70	100

Osobom borykającym się z problemem uzależnienia lub współuzależnienia, zdarza się odczuwać dyskomfort w relacjach międzyludzkich. Takie osoby często izolują się, unikają spotkań z innymi ludźmi. W grupie współuzależnionych problem ten dotyczył 59% ankietowanych. Podobnie jak w grupie I, 60% osób uzależnionych odczuwało dyskomfort

w kontaktach międzyludzkich. Wyniki badań ilustruje Tabela XII.

Wśród osób współuzależnionych, grupa 36-45 lat (17%) była najliczniejszą grupą wiekową, która nie widziała powodu, by unikać kontaktów międzyludzkich. Natomiast osoby w wieku 26-35 lat (25%), często bądź czasami czują się nieakceptowane i starają się unikać innych ludzi. Osoby między 46 a 55 rokiem życia stanowiły największy odsetek osób (18%), których problem dyskomfortu w kontaktach międzyludzkich zupełnie nie dotyczy. Najwięcej osób, które często czują się niezrozumiałe znajdowało się w grupie wiekowej 36-45 lat (20%).

Tabela XII. Dyskomfort w kontaktach międzyludzkich spowodowany współuzależnieniem lub uzależnieniem od alkoholu w zależności od płci i miejsca zamieszkania

Zmienna	Płeć	Miejsce zamieszkania	Grupa I		Grupa II	
			N	%	N	%
Często	Kobiety	Wieś	-	-	2	3
		Miasto	8	11	-	-
	Mężczyźni	Wieś	3	4	5	7
		Miasto	2	3	23	33
Czasami	Kobiety	Wieś	5	7	3	4
		Miasto	18	26	2	3
	Mężczyźni	Wieś	2	3	1	2
		Miasto	3	4	6	8
Nigdy	Kobiety	Wieś	4	6	-	-
		Miasto	15	22	5	7
	Mężczyźni	Wieś	6	8	13	19
		Miasto	4	6	10	14
Razem			70	100	70	100

W poniższej Tabeli XIII zestawione zostały wyniki dotyczące niskiego poczucia własnej wartości wśród osób uzależnionych i współuzależnionych. Ponad połowa ankietowanych z grupy współuzależnionych miała zniżoną samoocenę. Natomiast 63%

respondentów z grupy uzależnionych zaprzeczało temu, że ma niskie poczucie własnej wartości. Najliczniejszą grupą wśród osób współuzależnionych, która miała zaniżone poczucie własnej wartości, byli ankietowani w przedziale wiekowym 26-35 lat (19%). W przeciwieństwie do nich, najwięcej osób w wieku 36-45 lat (17%) raczej nie, bądź nie, nie miało niskiego poczucia własnej wartości. 33% kobiet w wieku 46-55 lat w grupie uzależnionych miała niskie poczucie własnej wartości, w przeciwieństwie do mężczyzn w wieku 36-45, 46-55 lat, którzy w 57% „raczej nie” bądź „nie” odczuwali niskiego poczucia własnej wartości.

Tabela XIII. Odczuwanie niskiego poczucia własnej wartości wśród członków grup współuzależnionych i uzależnionych w zależności od płci i miejsca zamieszkania

Zmienna	Płeć	Miejsce zamieszkania	Grupa I		Grupa II	
			N	%	N	%
Tak	Kobiety	Wieś	2	3	4	6
		Miasto	10	14	5	7
	Mężczyźni	Wieś	3	4	5	7
		Miasto	2	3	9	13
Raczej tak	Kobiety	Wieś	4	6	-	-
		Miasto	12	17	-	-
	Mężczyźni	Wieś	2	3	-	-
		Miasto	3	4	3	4
Raczej nie	Kobiety	Wieś	-	-	-	-
		Miasto	8	12	-	-
	Mężczyźni	Wieś	2	3	4	6
		Miasto	-	-	11	15
Nie	Kobiety	Wieś	3	4	1	2
		Miasto	11	15	2	3
	Mężczyźni	Wieś	4	6	10	14
		Miasto	4	6	16	23
Razem			70	100	70	100

Poza poczuciem własnej wartości ważną kwestią jest postrzeganie własnej osoby w oczach innych ludzi. Powszechnie jest postrzeganie alkoholika jako osoby z „marginesu społecznego”, jednak zapomina się o tzw. „trzeźwych alkoholikach” i z góry traktuje się osoby chore z dystansem. W grupie współuzależnionych 29% uważało, że były postrzegane jako osoby z „marginesu społecznego”, natomiast drugie 29% odpowiedziało, że czuje się jak osoba, którą traktuje się z dystansem. Grupy te stanowiły w większości kobiety z miasta. W grupie uzależnionych, 38% ankietowanych uważało się za osobę normalną. Żaden z respondentów w dwóch grupach nie uważał się za osobą godną zaufania lub wyjątkową. Szczegółowe dane przedstawia Tabela XIV.

Tabela XIV. Postrzeganie własnej osoby w oczach innych ludzi w zależności od płci i miejsca zamieszkania

Zmienna	Płeć	Miejsce zamieszkania	Grupa I		Grupa II	
			N	%	N	%
Normalna osoba	Kobiety	Wieś	2	3	2	3
		Miasto	6	8	2	3
	Mężczyźni	Wieś	2	3	12	16
		Miasto	3	4	12	16
Osoba niższej kategorii	Kobiety	Wieś	1	2	2	3
		Miasto	1	2	2	3
	Mężczyźni	Wieś	-	-	-	-
		Miasto	2	3	14	20
Osoba z „marginesu społecznego”	Kobiety	Wieś	2	3	1	2
		Miasto	13	17	2	3
	Mężczyźni	Wieś	3	4	7	10
		Miasto	4	5	4	6
Osoba którą traktuje się z dystansem	Kobiety	Wieś	2	3	-	-
		Miasto	14	20	1	2
	Mężczyźni	Wieś	3	4	-	-
		Miasto	1	2	7	10
Osoba która wzbudza litość	Kobiety	Wieś	2	3	-	-
		Miasto	7	10	-	-
	Mężczyźni	Wieś	1	2	-	-
		Miasto	1	2	2	3
Osoba wyjątkowa	Kobiety	Wieś	-	-	-	-
		Miasto	-	-	-	-
	Mężczyźni	Wieś	-	-	-	-
		Miasto	-	-	-	-
Osoba budząca zaufanie	Kobiety	Wieś	-	-	-	-
		Miasto	-	-	-	-
	Mężczyźni	Wieś	-	-	-	-
		Miasto	-	-	-	-
Razem			70	100	70	100

Nałogowe spożywanie alkoholu to dla niektórych ankietowanych powód do wstydu. Dlatego też część z nich nie przyznaje się do problemów związanych z alkoholem bądź współuzależnieniem w towarzystwie. 34% kobiet z miasta ukrywało problem współuzależnienia w swoim towarzystwie. W przeciwieństwie do osób współuzależnionych, 25% mężczyzn z miasta nie ukrywało swojego problemu w towarzystwie. Szczegółowe wyniki badań ilustruje Tabela XV.

Tabela XV. Ukrywanie problemów alkoholowych w towarzystwie w zależności od płci i miejsca zamieszkania

Zmienna	Płeć	Miejsce zamieszkania	Grupa I		Grupa II	
			N	%	N	%
Tak	Kobiety	Wieś	4	6	2	3
		Miasto	24	34	4	6
	Mężczyźni	Wieś	3	4	7	10
		Miasto	3	4	12	17
Nie	Kobiety	Wieś	2	3	2	3
		Miasto	6	8	2	3
	Mężczyźni	Wieś	4	6	8	11
		Miasto	4	6	18	25
Zależy od sytuacji	Kobiety	Wieś	3	4	1	2
		Miasto	11	16	1	2
	Mężczyźni	Wieś	4	6	4	6
		Miasto	2	3	9	12
Razem			70	100	70	100

Osoby dotknięte problemem uzależnienia lub współuzależnienia często czują się wyeliminowane, nieakceptowane przez społeczeństwo przez to nie potrafią utrzymywać swobodnych relacji z innymi ludźmi, bądź są one mocno ograniczone. Z analizy danych zawartych w Tabeli XVI wynika, że 42% współuzależnionych w ogóle nie czuło się swobodnie w relacjach międzyludzkich, w tym 23% to kobiety z miasta. 30% ankietowanych z grupy pierwszej dobrze czuło się w towarzystwie innych osób. Odczucia pozostałych respondentów

zależą od sytuacji w jakiej się znajdują. W grupie uzależnionych 37% utrzymywało kontakty towarzyskie, w tym 24% to mężczyźni pochodzący z miasta.

Tabela XVI. Swobodne relacje międzyludzkie w obliczu problemu alkoholowego w zależności od płci i miejsca zamieszkania

Zmienna	Płeć	Miejsce zamieszkania	Grupa I		Grupa II	
			N	%	N	%
Tak	Kobiety	Wieś	2	3	2	3
		Miasto	12	17	2	3
	Mężczyźni	Wieś	5	7	5	7
		Miasto	2	3	17	24
Nie	Kobiety	Wieś	5	7	2	3
		Miasto	16	23	3	4
	Mężczyźni	Wieś	4	6	1	2
		Miasto	4	6	12	17
Zależy od sytuacji	Kobiety	Wieś	2	3	1	2
		Miasto	13	18	2	3
	Mężczyźni	Wieś	2	3	13	18
		Miasto	3	4	10	14
Razem			70	100	70	100

Przez negatywny stosunek społeczeństwa, zdarza się, że osoby obarczone chorobą alkoholową izolują się od otoczenia. Problem ten częściej dotyczy samych uzależnionych niż współuzależnionych. Jak wynika z badań, co drugi ankietowany z grupy współuzależnionych nie starał się odseparować od społeczeństwa. Aż 82% badanych z grupy uzależnionych uważało, że problem ten dotyczy ich czasami lub często. 48% stanowili mężczyźni pochodzący z miasta, którzy często izolowali się od otoczenia. Tabela XVII ilustruje szczegółowe wyniki badań.

Tabela XVII. Izolowanie się od otoczenia w zależności od płci i miejsca zamieszkania

Zmienna	Płeć	Miejsce zamieszkania	Grupa I		Grupa II	
			N	%	N	%
Często	Kobiety	Wieś	2	3	1	2
		Miasto	8	11	1	2
	Mężczyźni	Wieś	2	3	2	3
		Miasto	2	3	6	8
Czasami	Kobiety	Wieś	3	4	3	4
		Miasto	12	18	4	6
	Mężczyźni	Wieś	3	4	12	17
		Miasto	2	3	29	40
Nigdy	Kobiety	Wieś	4	6	1	2
		Miasto	21	30	2	3
	Mężczyźni	Wieś	6	8	5	7
		Miasto	5	7	4	6
Razem			70	100	70	100

W grupie współzależnionych - 69% przynajmniej raz spotkało się z krytyką ze strony osób trzecich. 30% kobiet z miasta czasami była krytykowana z powodu współzależnienia. W grupie uzależnionych z krytyką osób trzecich spotkało się aż 82%, w tym 30% to mężczyźni pochodzący z miasta, którzy z tym problemem spotykali się dosyć często. Wyniki badań ilustruje Tabela XVIII.

Poczucie wstydu z powodu choroby alkoholowej to częste zjawisko. Dotyczy 74% osób z grupy współzależnionych, w tym 44% kobiet pochodzących z miasta. 86% osób uzależnionych wstydziło się tego, że pije. Szczegółowe dane ilustruje Tabela XIX.

Tabela XVIII. Krytyka otoczenia z powodu współuzależnienia i uzależnienia alkoholowego w zależności od płci i miejsca zamieszkania

Zmienna	Płeć	Miejsce zamieszkania	Grupa I		Grupa II	
			N	%	N	%
Często	Kobiety	Wieś	2	3	3	4
		Miasto	6	9	3	4
	Mężczyźni	Wieś	4	6	10	14
		Miasto	3	4	21	30
Czasami	Kobiety	Wieś	5	7	2	3
		Miasto	21	30	3	4
	Mężczyźni	Wieś	4	6	7	10
		Miasto	3	4	9	13
Nigdy	Kobiety	Wieś	2	3	-	-
		Miasto	14	20	1	2
	Mężczyźni	Wieś	3	4	2	3
		Miasto	3	4	9	13
Razem			70	100	70	100

Tabela XIX. Uczucie wstydu z powodu problemów alkoholowych w zależności od płci i miejsca zamieszkania

Zmienna	Płeć	Miejsce zamieszkania	Grupa I		Grupa II	
			N	%	N	%
Tak	Kobiety	Wieś	5	7	4	6
		Miasto	21	30	5	7
	Mężczyźni	Wieś	6	8	12	17
		Miasto	4	6	24	34
Nie	Kobiety	Wieś	2	3	-	-
		Miasto	10	14	1	2
	Mężczyźni	Wieś	4	6	3	4
		Miasto	2	3	6	8
Niekiedy	Kobiety	Wieś	2	3	1	2
		Miasto	10	14	1	2
	Mężczyźni	Wieś	1	2	4	6
		Miasto	3	4	9	12
Razem			70	100	70	100

Ankieta zawierała pytanie, w której respondenci zostali poproszeni o zdefiniowanie pojęcia „alkoholik”. Ponad połowa wszystkich ankietowanych zdefiniowała pojęcie alkoholik jako osobę, która utraciła zdolność do kontrolowania picia alkoholu. Wyniki badań ilustruje Tabela XX.

Tabela XX. Zdefiniowanie pojęcia alkoholik w zależności od płci i miejsca zamieszkania

Zmienna	Płeć	Miejsce zamieszkania	Grupa I		Grupa II	
			N	%	N	%
Osoba która codziennie pije alkohol	Kobiety	Wieś	4	6	2	3
		Miasto	16	23	2	3
	Mężczyźni	Wieś	4	6	8	11
		Miasto	3	4	9	13
Utraciła zdolność do kontrolowania picia alkoholu	Kobiety	Wieś	5	7	3	4
		Miasto	24	34	5	7
	Mężczyźni	Wieś	7	10	10	14
		Miasto	6	8	30	43
Osoba która pije alkohol parę razy w tygodniu	Kobiety	Wieś	-	-	-	-
		Miasto	1	2	-	-
	Mężczyźni	Wieś	-	-	1	2
		Miasto	-	-	-	-
Razem			70	100	70	100

Osoby dotknięte współuzależnieniem w 76% uważały, że zasługują na współczucie i pomoc, natomiast sugerowanej odpowiedzi jaką było „potępienie” nie wybrał żaden z ankietowanych. 38% ankietowanych uważało, że powinno się je traktować normalnie. Wyniki badań dotyczące tej kwestii zawarte zostały w Tabeli XXI.

Tabela XXI. Na co zasługują osoby dotknięte współuzależnieniem i nałogiem alkoholowym, podział w zależności od płci i miejsca zamieszkania

Zmienna	Płeć	Miejsce zamieszkania	Grupa I		Grupa II	
			N	%	N	%
Współczucie i pomoc	Kobiety	Wieś	7	10	2	3
		Miasto	31	45	5	7
	Mężczyźni	Wieś	8	11	12	17
		Miasto	7	10	24	35
Potępienie	Kobiety	Wieś	-	-	-	-
		Miasto	-	-	-	-
	Mężczyźni	Wieś	-	-	-	-
		Miasto	-	-	-	-
Normalne traktowanie	Kobiety	Wieś	2	3	3	4
		Miasto	10	14	2	3
	Mężczyźni	Wieś	3	4	7	10
		Miasto	2	3	15	21
Razem			70	100	70	100

Przy leczeniu choroby alkoholowej niezwykle ważne jest wsparcie rodziny, przyjaciół, znajomych z pracy. Ankietowani mieli za zadanie odpowiedzieć na pytanie, jak często otoczenie odmawia im pomocy. Ponad połowie ankietowanych (54%) w grupie współuzależnionych przynajmniej raz odmówiono pomocy. Natomiast w grupie uzależnionych z odmową pomocy spotkało się znacznie więcej osób, bo aż 67% ankietowanych chociaż raz nie otrzymało wsparcia ze strony otoczenia. Szczegółowe dane zawarte są w Tabeli XXII.

Tabela XXII. Wsparcie otoczenia w sytuacjach problemowych i wymagających pomocy w zależności od płci i miejsca zamieszkania

Zmienna	Płeć	Miejsce zamieszkania	Grupa I		Grupa II	
			N	%	N	%
Często	Kobiety	Wieś	3	4	1	2
		Miasto	8	11	1	2
	Mężczyźni	Wieś	3	4	4	6
		Miasto	2	3	12	16
Czasami	Kobiety	Wieś	3	6	2	3
		Miasto	12	16	3	6
	Mężczyźni	Wieś	4	6	8	11
		Miasto	3	4	15	21
Nigdy	Kobiety	Wieś	3	4	2	3
		Miasto	21	30	3	4
	Mężczyźni	Wieś	4	6	7	10
		Miasto	4	6	12	16
Razem			70	100	70	100

Dyskusja

Alkoholizm jest chorobą społeczną. Na jej temat większość osób posiada niewielką wiedzę. Alkoholikiem może być każdy, bez różnicy na wiek, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania czy też stan cywilny. Płeć jest jednym z czynników który wpływa na podatność organizmu na alkohol. Na co dzień obserwuje się znaczące różnice w częstości występowania uzależnienia u kobiet i mężczyzn [19]. Z badania Kucińskiej i wsp. wynika, że w badanej przez nią populacji osób uzależnionych uczestniczących w terapii antyalkoholowej było 82% mężczyzn i 12% kobiet [20]. Z przeprowadzonych badań w prezentowanej pracy wynika, że spośród grupy osób uzależnionych od alkoholu, która liczyła 70 osób, aż 83 % to mężczyźni.

Analizując własne badania można zauważyć, że w długości trwania uzależnienia najczęściej kobiet było w grupie 10-20 lat, natomiast mężczyzn w grupie 1-9 lat uzależnienia. Wyniki przeprowadzone przez Mielecką-Kubień i Wędzich mówią, że wśród osób uzależnionych od alkoholu leczących się w Ośrodku Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia

badani mają za sobą najczęściej długi okres picia: kobiety 5-15 lat, mężczyźni najczęściej 15-20 lat [21]. Według naszych badań 80% ankietowanych uczęszczało na terapię dla osób uzależnionych od kilku miesięcy.

Do podstawowych czynników mających wpływ na tempo uzależnienia się od alkoholu jest wiek. Widomo, że choroba alkoholowa rozpoczyna się tym szybciej im wcześniej sięgnie się po raz pierwszy po alkohol. Z przeprowadzonych przeze mnie badań wynika, że osoby w wieku 36-45, 45-55 lat częściej popadają w nałóg alkoholowy. W badaniach Kucińskiej i wsp. średnia wieku badanej populacji osób uzależnionych wynosiła 38 lat. Połowa pacjentów biorących udział w badaniach to osoby w wieku 35 – 44 lata. Z badań wynika, że działanie etanolu osłabia się wraz z wiekiem, dotyczy to w szczególności mężczyzn, tym samym zwiększa to ich wrażliwość na skutki nadmiernego spożywania alkoholu. Ludzie starsi często spożywają duże ilości leków, co za tym idzie zwiększa się ich podatność na alkohol [20].

Kurza w swojej pracy sugeruje, że wiek badanych kobiet z problemem współuzależnienia mieścił się w przedziale 41 - 50 lat (44%) i 31 - 40 lat (32%) [22]. Natomiast w naszych badaniach najwięcej kobiet było w wieku 26 - 35 (40%) i 36 - 45 lat (36%).

Badania mówią o tym, że największą grupę pijących znajdziemy w większych miastach, a nie na wsiach czy małych miasteczkach [19]. W badaniach Nikodemskiej 71% badanej przez nią populacji osób uzależnionych leczonych w ośrodku uzależnień pochodzi ze średnich i dużych miast. Znacznie rzadziej w badanej populacji można było spotkać osobę pochodzącą z małego miasta (13%) lub ze wsi (15%) [23]. Również w badanej przez nas populacji odsetek osób w mieście (66%) był znacznie większy niż na wsi (34%).

Kucińska i wsp. w swojej pracy sugerują, że najwięcej kobiet współuzależnionych mieszkało w dużym mieście (71%), a tylko 9% na wsi [24]. Nasze badania zgadzają się z powyższymi. 82% ankietowanych przez nas kobiet pochodziło z miasta, natomiast tylko 12% ze wsi.

Z przeprowadzonej analizy niniejszych badań wynika, że kobiety współuzależnione najczęściej posiadały wykształcenie średnie (54%) lub wyższe (32%), żadna z kobiet nie miała wykształcenia podstawowego. Badane przez Kurzę kobiety współuzależnione również były dobrze wykształcone, aż 22% z nich posiadała wykształcenie wyższe, a ponad 80% wykształcenie średnie [22].

Przedstawione przez Brosowską i wsp. wyniki badań przeprowadzone na osobach uzależnionych od alkoholu biorących udział w terapii antyalkoholowej wskazują na to, że większość ankietowanych (68%) posiadała wykształcenie średnie, kolejną grupą były osoby z wykształceniem zawodowym (19%), natomiast wykształcenie podstawowe posiadało 5%,

a wyższe 8% badanych [1]. W przeprowadzonych badaniach w prezentowanej pracy, osób uzależnionych ze średnim wykształceniem było 37%, natomiast z zawodowym 40%. Podstawowe wykształcenie posiadało 23% ankietowanych, żaden z respondentów nie posiadał wykształcenia wyższego.

W badaniach Brosowskiej i wsp. 14% respondentów wskazało na bardzo dobre warunki materialno-bytowe, 54% twierdziło, że są one dobre. 28% osób posiadało średnie warunki. Tylko 4% osób wskazały na to, że żyją w złych warunkach [1]. Wyniki przeprowadzonych przez nas badań wskazują na to, że 46% grupy osób uzależnionych posiada warunki bytowe dostateczne, natomiast 36 % dobre. Tylko 9% nie jest w stanie zaspokoić podstawowych potrzeb. Taki sam odsetek posiada bardzo dobre warunki materialne.

Większość badanych osób współuzależnionych według Kucińskiej i wsp. oceniała swoją sytuację materialną jako "taką sobie". Co piąta współuzależniona (22%) postrzegała ją jako złą lub bardzo złą. Wyniki te wskazują na korzystne warunki bytowe badanych osób współuzależnionych, mając na uwadze fakt życia z alkoholem [24]. Z przeprowadzonych naszych badań wynika, że większość ankietowanych współuzależnionych posiada dobre warunki materialne (56%). Zła sytuacja bytowa dotyczy stosunkowo niewielu rodzin (2%).

Kucińska i wsp. w swojej pracy sugerują, że ponad połowa współuzależnionych kobiet była zatrudniona na pełen etat, 10% prowadziło własną działalność, natomiast 22% nie posiadało stałego miejsca pracy [24]. Z naszych badań wynika, że 86% kobiet posiadało pracę, resztę grupy stanowili emeryci/renciści i studenci. Żadna z ankietowanych nie była bezrobotna.

Zrozumienie i uświadomienie własnych zachowań, potrzeb i sytuacji jest pierwszym krokiem ku zmianie. Następnym krokiem jest podjęcie leczenia [20]. Jak wynika z prezentowanych badań decyzja dla 34% uzależnionych ankietowanych była trudna, a 33% respondentów nie miała trudności z podjęciem decyzji o leczeniu.

Leczenie alkoholizmu jest wstydlivym problemem. Choroba alkoholowa jest negatywnie spostrzegana przez społeczeństwo, przez co pacjenci starają się ją ukryć. Co za tym idzie decyzja o podjęciu leczenia jest dla pacjenta trudna [20].

Przychodzenie w stanie trzeźwym lub na kacu do pracy, bądź też spożywanie alkoholu w godzinach pracy obniża efektywność i jakość pracy. Osoba w takim stanie zmniejsza wiarygodność firmy, naraża ją na straty materialne. Konsekwencje spożywania alkoholu w pracy lub też przychodzenie do pracy w stanie nietrzeźwym lub na kacu ponosi nie tylko firma, w której pracownik jest zatrudniony, ale również sam pracownik, który naraża siebie na niebezpieczeństwo. Przez to może utracić daną posadę. Dezorganizacja w pracy jest jednym ze skutków nadużywania alkoholu. Kociel w swojej pracy sugeruje, że spożycie alkoholu w pracy

zmniejszyło się w ciągu kilku ostatnich lat, jednak w dalszym ciągu stanowi istotny problem. W sondażu przeprowadzonym w 2000 roku większość uzależnionych ankietowanych przyznało się do tego, że spożywają alkohol w miejscu pracy, przychodząc nietrzeźwi lub na kacu, przez co mają problemy [9]. W naszych badaniach na postawione pytanie „Czy miał/a Pan/ Pani kiedykolwiek kłopoty w pracy z powodu alkoholu?” 51% ankietowanych odpowiedziało, że z powodu uzależnienia miało problemy w pracy, natomiast 49% nie miało kłopotów.

Alkoholizm jest jedną z chorób, która nie leczona prowadzi do śmierci. Mimo tego w aktach zgonu mało jest rozpoznań - alkoholizm. Przeważnie jest to objaw choroby alkoholowej np. marskość wątroby. Alkoholizm jest to jednak choroba i powinna być leczona tak, jak każda inna. Niestety często traktowana jest w kategoriach moralnych. Dla wielu osób jest objawem słabego charakteru i upadku moralnego. Wielu ludzi nie uznaje potrzeby leczenia alkoholików. Na zadane w mojej ankiecie pytanie „Czy zgadza się Pan/Pani z opinią, że alkoholizm jest chorobą i powinien być leczony?” ankietowani przez mnie respondenci z grupy uzależnionych w 43% odpowiedziało „zdecydowanie tak”. W badaniach przeprowadzonych przez Ścisło, Kozak i Gorczyce ankietowani mieli zdefiniować alkoholizm. Badaniom poddano osoby uzależnione od alkoholu. Według większości respondentów alkoholizm to choroba (77,1%). W następnym pytaniu ankietowane osoby zostały poproszone o zdefiniowanie słowa alkoholik 52,9% odpowiedziało, że alkoholik „to ktoś, kto nie może kontrolować picia” [25]. Z analizy naszych wyników większość ankietowanych (69%) była za odpowiedzią, że alkoholik to osoba, która „utraciła zdolność do kontrolowania picia alkoholu”. Na pytanie „Czy Pana/Pani zdaniem osoby uzależnione od alkoholu powinno się: leczyć, zamykać, karać, zostawić w spokoju?”. Ankietowani z grupy uzależnionej w 91% odpowiedzieli, że osoby uzależnione należy leczyć.

Według Hędzalek i wsp. współuzależnienie jest nierozzerwalnie połączone z chorobą alkoholową jednego z członków rodziny, co wywiera znaczny wpływ na możliwości jego leczenia. Wydaje się to być najefektywniejsze w połączeniu z terapią osoby uzależnionej od alkoholu. Udział rodziny w programach terapeutycznych znacznie zwiększa szanse powodzenia kuracji antyalkoholowej [3]. W przeprowadzonych naszych badaniach na zadane pytanie „Czy zgadza się Pan/Pani z opinią, że współuzależnienie jest chorobą i powinno być leczone?” respondenci z grupy współuzależnionych w 73% odpowiedzieli twierdząco.

Na pytanie „Jak często otoczenie odmawia Panu/ Pani pomocy z powodu choroby?” większość z ankietowanych osób uzależnionych zaznaczyło odpowiedź „czasami”. Najczęściej dotyczyło to osób w przedziale wiekowym 46-55 lat. Z badań Chodkiewicza przeprowadzonych wśród osób uzależnionych wynika, że osoby uzależnione są słabo

wspierane przez społeczeństwo i mają silne poczucie osamotnienia. Ich dotychczasowe relacje sprowadzały się do kontaktów z osobami również uzależnionymi, które prawdziwego wsparcia nie zapewniają [26]. Według badań przeprowadzonych przez Brosowską i wsp. dla uzależnionych pacjentów największym źródłem wsparcia są grupy samopomocy. Wyniki badań wskazują, że osoby w wieku 30-50 lat otrzymały najwięcej wsparcia. W analizie wykazano, że osobom w mieście chętniej udzielano pomocy [1].

Nadużywanie alkoholu wiąże się z różnorodnymi problemami społecznymi, między innymi w kontaktach z innymi ludźmi. Na pytanie czy „Czuje się Pan/Pani całkowicie swobodnie i jest sobą przy innych ludziach?” ankietowani przez mnie respondenci w 25% odpowiedzieli, że nie czują się swobodnie, natomiast 37% ankietowanych nie odczuwa dyskomfortu w kontaktach interpersonalnych. Według badań Kucińskiej wśród osób uzależnionych problemy interpersonalne występują u 23.5% badanych, a ogółem w różnym stopniu nasilenia obserwowane są u 70% pacjentów [20].

Jak napisała Bocian, autorka książki „Jedwabna Pajęczyna” - „Alkoholizm w dalszym ciągu jest chorobą wstydliwą, którą ukrywa się przed otoczeniem. Kto najbardziej cierpi przez alkohol? Matki, żony, córki, synowie. Ze strachu przed wykluczeniem, plotkami i ujawnieniem własnych słabości czy niedoskonałości, zamykają się w czterech ścianach” [27]. Na postawione przez nas pytanie „Czy izoluje się Pan/ Pani od innych ludzi?” ponad połowa (51%) ankietowanych odpowiedziała, że nigdy nie izoluje się od społeczeństwa, 29% czasami, natomiast 20% ankietowanych często izoluje się od otoczenia.

Codziennie relacje z osobą uzależnioną naruszają zdolności przystosowawcze, utrudniają bądź uniemożliwiają samorealizację poszczególnych członków rodziny. Według artykułu Hędzelka i wsp. osoby współuzależnione charakteryzują się niskim poczuciem własnej wartości. Niepowodzenia w powstrzymaniu osoby uzależnionej w rodzinie od spożywania alkoholu powodują to, że osoby współuzależnione czują się bezwartościowe.

Poczucie wartości osób, które żyją z alkoholikiem jest uzależnione od spostrzegania zdolności kontrolowania i wywierania wpływu na uczucia i zachowania własne oraz innych ludzi - pomimo powtarzających się w tym zakresie niepowodzeń [3]. Z naszych badań wynika, że ponad połowa (63%) uzależnionych ankietowanych nie ma niskiego poczucia własnej wartości. Jak wynika z przeprowadzonych badań na postawione pytanie „Czy jako osoba uzależniona ma Pan/Pani niskie poczucie własnej wartości w społeczeństwie?” ponad połowa (63%) ankietowanych z grupy uzależnionej zaznaczyła odpowiedź „raczej nie”, „nie”.

Według Mellibruda „pierwszy kontakt z problemami tożsamości alkoholowej pacjentów, z którymi zaczynamy pracę to najczęściej kontakt z negacją, wyrażającą się

w zdecydowanym stwierdzeniu "nie jestem alkoholikiem" [28]. Zaprzeczanie ściśle związane jest z osobistą definicją bycia alkoholikiem. Jeżeli ta definicja jest bardzo negatywna, to zaprzeczanie jest próbą obrony resztek poczucia własnej godności, wartości. Jest to zrozumiałe przekonanie, lecz odsuwa ono człowieka uzależnionego od rzeczywistości, jego opłakanej sytuacji i życia [28].

Choroba alkoholowa jest coraz bardziej powszechnym problemem w Polsce i na świecie. Nałóg ten dotyka, każdej grupy społecznej, niezależnie od wieku, płci, miejsca zamieszkania. Jest to związane m.in. z powszechną dostępnością alkoholu. Na szczęście coraz więcej jest prowadzonych badań związanych z nadużywaniem alkoholu. Internet, media przekazują olbrzymią wiedzę na ten temat.

Wnioski

1. Problem uzależnienia częściej dotyka mężczyzn niż kobiet, natomiast osobami współuzależnionymi najczęściej są kobiety.
2. Ponad połowa osób uzależnionych nie czuje się dyskryminowana społecznie z powodu swojej choroby, natomiast osoby współuzależnione w połowie czują się dyskryminowane, w połowie nie.
3. Większość respondentów z grupy uzależnionych akceptuje swoją chorobę, w przeciwieństwie do osób współuzależnionych, które w większości nie akceptują choroby.
4. Ankietowani w grupie uzależnionych, jak i współuzależnionych w większości odczuwają dyskomfort w kontaktach międzyludzkich.
5. Ponad połowa osób uzależnionych nie ma niskiego poczucia własnej wartości, w przeciwieństwie do osób współuzależnionych, którzy w ponad połowie mają niskie poczucie własnej wartości.
6. Osoby uzależnione widzą siebie najczęściej w oczach innych ludzi jako „normalne osoby”, w przeciwieństwie do osób współuzależnionych, którzy widzą siebie jako osoby „z marginesu społecznego” bądź też jako „osoby, które traktowane są z dystansem”.
7. Osoby z grupy osób współuzależnionych, jak i uzależnionych często ukrywają swój problem w towarzystwie.
8. Osoby uzależnione często lub czasami izolują się od otoczenia.

9. Osoby uzależnione często są krytykowane przez społeczeństwo z powodu swojej choroby.
10. W grupie osób uzależnionych, jak i współuzależnionych większość ankietowanych wstydzi się swojego problemu.

Piśmiennictwo

1. Brosowska B., Glińska J., Lewandowska M., Zasada J.: Czynniki demograficzne a formy otrzymanego wsparcia u osób uzależnionych od alkoholu. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2010, 3, 279-283.
2. Nowak A., Wysocka E.: Problemy i zagrożenia społeczne we współczesnym świecie. *Elementy patologii społecznej i kryminologii*. Wydawnictwo Naukowe ŚLĄSK, Kraków 2001.
3. Hędzulek M., Wnuk M., Marcinowski J.: Choroba współuzależnienia od alkoholu- diagnoza konsekwencje, leczenie. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2009, 3, 309-315.
4. Cierpiałowska L., Ziarko M.: *Psychologia uzależnień- alkoholizm*. Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2010.
5. <http://www.egospodarka.pl/art/galeria/79723,Spozycie-alkoholu-w-Polsce-nizsze-od-sredniej-UE,1,39,1.html>
6. Gosek P.: Rodzaje alkoholizmu. *Medycyna po Dyplomie*, 2013, 2, 74-79.
7. Mazur J., Woynarowska B.: Picie alkoholu przez 15-letnią młodzież w Polsce w latach 2002-2010. Zmiany w ogólnej populacji oraz według płci i zamożności rodziny. *Alkoholizm i Narkomania*, 2011, 4, 275-296.
8. Farnik M.: Mechanizmy i etapy uzależnienia od alkoholu. *Świat Medycyny i Farmacji*, 2009, 2, 52-53.
9. Kopiel A.: Społeczne skutki naużywania alkoholu. *Medycyna Ogólna*, 2004, 1-2, 49-56.
10. Gersterkon A., Suwała M.: Problem medyczno-społeczny spożywania alkoholu w grupie przyszłych lekarzy. *Wiadomości Lekarskie*, 2003, 9-10, 402-406.
11. Świątkiewicz G.: Socjologia uzależnień-krótki przegląd najważniejszych teorii socjologii problemów społecznych. *Psychiatria po Dyplomie*, 2011, 4, 67-70.
12. Woźny E.: Alkohol. Zagrożenia spowodowane nadużywaniem alkoholu. *Żywnienie Człowieka i Metabolizm*, 2010, 2, 115-126.
13. Poprawa R.: Zasoby szczęścia a motywacja do picia i ryzyko problemów alkoholowych wśród studentów. *Alkoholizm i Narkomania*, 2010, 1, 27-49.

14. Wyrzykowska E.: Uzależnienie od alkoholu jako wynik deficytu w zakresie relacji przywiązania. *Alkoholizm i Narkomania*, 2012, 3, 307-315.
15. Pilszyk A.: Obraz psychopatologiczny sprawcy przemocy w rodzinie. *Psychiatria Polska*, 2007, 6, 827-836.
16. Bronowski P.: Stygmatyzacja psychiatrów. *Psychiatria po Dyplomie*, 2013, 1, 45-49.
17. Urban B., Stanik J.: *Resocjalizacja*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
18. Czykwin E.: *Stygmat społeczny*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
19. Kaseprowicz-Dąbrowiecka A.: Różnice płci w alkoholizmie. *Kosmos*, 2003, 1, 83-86.
20. Kucińska M., Mellibruda J., Włodawiec B.: Charakterystyka populacji pacjentów uczestniczących w programie APETA - analiza przebiegu i efektów terapii alkoholików. *Alkoholizm i Narkomania*, 1997, 3, 14-18.
21. Mielecka-Kubień Z., Wędzicha E.: Ocena skutków picia alkoholu przez osoby uzależnione (na podstawie badań ankietowanych). *Alkoholizm i Narkomania*, 2008, 1, 21-38.
22. Kurza K.: Charakterystyka kobiet współuzależnionych. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 2000, 6, 24-29.
23. Nikodemaska S.: Demograficzny portret pacjenta cz I. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 1999, 4, 44-46.
24. Kucińska M., Mellibruda J., Włodawiec B.: Wyniki badań pilotażowych programu APETOW - charakterystyka pacjentek współuzależnionych. *Alkoholizm i Narkomania*, 1997, 3, 19-28.
25. Gorczyca P., Kozak M., Ścisło P.: Opinie personelu i pacjentów leczonych odwykowo stacjonarnie i ambulatoryjnie dotyczące przyczyn i leczenia uzależnienia od alkoholu. Opinie pacjentów o alkoholizmie. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 2012, 3, 165-174.
26. Chodkiewicz J.: Terapia osób uzależnionych od alkoholu: lęk i depresja a zasoby osobiste. *Alkoholizm i Narkomania*, 2010, 3, 201-216.
27. Bocian M.: *Jedwabna pajęczyna*. Wydawnictwo BIS, Warszawa 2013.
28. Mellibruda J.: Praca nad zmianą tożsamości alkoholowej. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 1999, 4, 34-39.

ROZDZIAŁ II

DIAGNOSTYKA, LECZENIE I INTERWENCJE PIEŁĘGNIARSKIE

Chmur Ewa¹, Doroszkiewicz Halina², Snarska Katarzyna Krystyna³

1. Oddział Obserwacyjno- Zakaźny SP ZOZ w Bielsku Podlaskim
2. Klinika Geriatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Zakład Medycyny Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Postępowanie pielęgniarские w opiece nad pacjentem z kleszczowym zapaleniem mózgu

Wstęp

Kleszczowe zapalenie mózgu (KZM) jest wirusową chorobą centralnego układu nerwowego. Występuje w dwóch odmianach: środkowoeuropejskie kleszczowe zapalenie mózgu i rosyjskie wiosenno – letnie kleszczowe zapalenie mózgu. Jest wywoływane przez wirusa z rodziny Flaviviridae. Wirus jest przenoszony przez kleszcze z rodzaju Ixodes. Rezerwuarem wirusa są przede wszystkim małe ssaki. Do zakażenia ludzi dochodzi najczęściej poprzez ukłucie przez zakażonego kleszcza. Możliwe jest też zachorowanie po spożyciu surowego mleka pochodzącego od zakażonych zwierząt (kozy, owce, krowy). Choroba występuje sezonowo: od kwietnia do października, najczęściej wiosną i wczesnym latem. Swoim zasięgiem obejmuje zarówno kraje europejskie, jak i Azję [1]. Corocznie rejestruje się około 5-7 tysięcy przypadków zachorowań na obu kontynentach. W Polsce terenem najczęstszego występowania KZM jest region północno-wschodni kraju [2].

W typowo przebiegającym zachorowaniu można wyróżnić dwie fazy. Pierwsza faza trwa 2 – 8 dni i charakteryzuje się występowaniem niespecyficznych objawów grypopodobnych (gorączka, osłabienie, bóle mięśniowe). Po tym okresie następuje remisja, brak jest jakichkolwiek dolegliwości nawet przez okres 4 tygodni. Następnie dochodzi do zajęcia układu nerwowego. Może wystąpić zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych, mózgu a nawet rdzenia kręgowego. Ta faza może trwać kilka tygodni a nawet miesięcy. W Polsce najczęściej występuje łagodna postać oponowa, po której następuje całkowite wyzdrowienie [3].

Nie opracowano dotychczas leczenia przyczynowego, nie ma leku niszczącego wirusa. W leczeniu KZM obowiązuje hospitalizacja. Podaje się leki łagodzące objawy choroby: ból, gorączkę. Można natomiast zapobiegać chorobie. Unikać ukłuć przez kleszcze lub też zaszczepić się. Szczepionki przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu są zalecane przez

Ministra Zdrowia. Stanowią najpewniejszy sposób zapobiegania tej potencjalnie groźnej chorobie [4].

Anatomia ogólna centralnego układu nerwowego

Układ nerwowy człowieka spełnia bardzo ważną funkcję. Integruje czynność wszystkich narządów i układów. Sprawia, że organizm stanowi sprawnie funkcjonującą całość.

Ogólnie układ nerwowy dzielimy na:

- układ nerwowy ośrodkowy (centralny)
- układ nerwowy obwodowy
- układ nerwowy autonomiczny.

Na układ nerwowy ośrodkowy (łac. *systema nervosum centrale*) składa się mózgowie i rdzeń kręgowy. Mózgowie (łac. *encephalon*) stanowi część górną, większą, umieszczoną w jamie czaszki. Rdzeń kręgowy (łac. *medulla spinalis*) znajduje się w kanale kręgowym. W mózgowiu wyróżniamy dwie półkule (łac. *hemisphaeria cerebri*), mózdzek (łac. *cerebellum*) oraz pień mózgu (łac. *truncus cerebri*). Centralny układ nerwowy otaczają błony łącznotkankowe zwane oponami (łac. *meninges*). Ich zadaniem jest oddzielenie mózgowia od ściany jamy czaszki oraz rdzenia kręgowego od kanału kręgowego. Wyróżniamy trzy opony:

- oponę twardą
- oponę pajęczą
- oponę miękka [5, 6].

Najbardziej na zewnątrz leży opona twarda (łac. *dura mater*). Jest mocna i gruba, ściśle przylega do wewnętrznej ściany czaszki. Dzieli jamę czaszki na oddzielne przegrody. Dzięki temu delikatna tkanka mózgowa nie może nadmiernie się przemieszczać w przypadku nagłego hamowania czy też przyspieszania. Chroni to mózgowie przed rozerwaniem. Bardziej do wewnątrz znajduje się opona pajęczą (łac. *arachnoid mater*). Ta opona jest z kolei bardzo delikatna. Oddziela ją od opony twardej wąska szczelina nazywana przestrzenią podtwardówkową. Pajęczynówka swą nazwę zawdzięcza cienkim pasemkom tkanki, przypominającym nić pajęczą, dzięki którym jest przytwierdzona do kolejnej opony.

Opona ta, ściśle przylegająca do powierzchni mózgu i rdzenia kręgowego to opona miękka (łac. *pia mater*). Przestrzeń oddzielająca opony pajęczą i mięką jest wypełniona płynem mózgowo – rdzeniowym i nosi nazwę przestrzeni podpajęczynówkowej [7].

Płyn mózgowo – rdzeniowy (łac. *liquor cerebrospinalis*) u zdrowego człowieka wyglądem przypomina wodę. Jest przezroczysty i w swoim składzie zawiera te same ciała co osocze krwi. Nie ma prawie wcale białka i tylko około 6 komórek w 1 ml. Do celów diagnostycznych płyn uzyskuje się przez nakłucie lędźwiowe, rzadziej przez nakłucie podpotyliczne. Pełni funkcję ochronną. Jako poduszka płynowa otacza mózgowie i rdzeń kręgowy, chroniąc je przed urazami mechanicznymi. Umożliwia też szybkie wyrównywanie ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Płyn znajduje się w stałym krążeniu. Powstaje w splotach naczyniówkowych komór: bocznej i trzeciej. Odpływa poprzez ziarnistości pajęczynówki do krwi żyłnej. Wytwarzany jest w ilości dziennej około 550 ml, z czego w przestrzeniach mózgowia i rdzenia kręgowego znajduje się przeważnie około 135 ml. Większa część wypełnia przestrzeń podpajęczynówkową (3/4), mniejszej komory mózgowia (1/4) [6, 8].

Epidemiologia kleszczowego zapalenia mózgu (KZM)

Po raz pierwszy chorobę określaną obecnie jako kleszczowe zapalenie mózgu (TBE – ang. *tick – borne encephalitis*) opisano w 1932 roku na terenach dalekowschodniej Rosji. Początkowo sądzono, że jest przenoszona poprzez kontakt z zakażonym człowiekiem. Dopiero w 1937 roku Silber dokonał obserwacji, z których wynikało, że sprawcą choroby jest wirus, a przenoszą go kleszcze. Na terenie Europy pierwsze przypadki KZM wykryto na terenach ówczesnej Czechosłowacji w 1948 roku [9].

KZM występuje obecnie na terenach endemicznych (szczególnie obfitujących w roznoszące wirusy kleszcze) 27 krajów europejskich oraz 7 azjatyckich. Dochodzi też do zachorowań wśród turystów odwiedzających Europę. Wzrost zapadalności na kleszczowe zapalenie mózgu oraz rozprzestrzenianie się terytorialne wirusa spowodowały konieczność analizy zaistniałej sytuacji. ECDC (ang. *European Centre for Disease Prevention and Control*) w 2012 roku sporządziło raport, który przyczynił się do obowiązkowej rejestracji przypadków KZM. Dzięki temu można porównać wskaźniki zachorowalności w poszczególnych krajach Unii Europejskiej [10].

W Polsce pierwsze zachorowania odnotowano w 1947 roku. Od 1970 roku obowiązuje zgłaszanie przypadków kleszczowego zapalenia mózgu do terenowych stacji sanitarno – epidemiologicznych. Dzięki temu stało się możliwe określenie obszarów endemicznych występowania wirusa KZM na obszarze naszego kraju.

Znaczna większość przypadków (około 90%) pochodzi z terenów północno – wschodnich, tj. z województwa podlaskiego i warmińsko – mazurskiego. Do dziś najlepiej zbadany jest rejon Puszczy Białowieskiej i nadal jest on czynnym ogniskiem występowania wirusa KZM [9].

Kleszcze zamieszkują obszary lasów i dzikich łąk. Coraz częściej można je także spotkać w parkach, ogródkach działkowych, na trawnikach. Zachorowalność na kleszczowe zapalenie mózgu cechuje sezonowość, pomiędzy kwietniem a październikiem. Wiąże się to z cyklem życiowym kleszczy. Osoby przebywające na terenach endemicznych (myśliwi, leśnicy, zbieracze runa leśnego, turyści) są narażone na zachorowanie. Najrzadziej KZM stwierdza się u małych dzieci. Najczęściej chorują osoby ze średniej i starszej grupy wiekowej [4]. W latach 90-tych ubiegłego wieku najbardziej zagrożeni infekcją wirusem kleszczowego zapalenia mózgu byli pracownicy leśni. Po trzydziestokrotnym wzroście zachorowań w 1993 roku (w 1992 roku zgłoszono tylko 8 przypadków) dokonano systematycznych szczepień. Dzięki temu w obecnym czasie leśnicy są grupą zawodową najmniej narażoną na zachorowanie na KZM.

W ciągu ostatnich 30 lat zachorowalność w krajach europejskich znacznie wzrosła (o 400%). Również w Polsce odnotowuje się wzrost (w 2015 roku 149 przypadków, w 2016 roku 283 przypadki) częstości występowania kleszczowego zapalenia mózgu. Ponieważ nie istnieje leczenie przyczynowe, jedyną skuteczną metodę zapobiegania stanowią szczepienia uodparniające. W krajach, w których wprowadzono masowe szczepienia liczba zachorowań znacznie się obniżyła. Przykładem może być Austria. Blisko 90% ludności jest zaszczepionych. Dzięki temu liczba chorych spadła z około 700 przypadków rocznie do 40 – 60. Niestety Polska nie może się poszczycić takimi danymi. W naszym kraju zaszczepione jest tylko 1% populacji [12, 13].

Wzrost zachorowalności tłumaczy się większą zapadalnością w znanych już ogniskach endemicznych (Europa Środkowa), ale też rozszerzaniem się dotychczasowego zasięgu wirusa kleszczowego zapalenia mózgu (Austria, Finlandia, Słowacja, Niemcy, Dania). Przyczyną mogą być zarówno zmiany klimatyczne: cieplejsze zimy, wilgotne lato, ale i też zmiany w zachowaniu ludzi: popularyzacja spędzania czasu na świeżym powietrzu, turystyka piesza, dorywcza praca przy zbieraniu runa leśnego [11].

Etiologia kleszczowego zapalenia mózgu

Wirusy (łac. virus – jad) są wewnątrzkomórkowymi pasożytami. Wnikają do żywych komórek, w których się rozmnażają. Zainfekowane komórki zaspokajają ich potrzeby metaboliczne [14].

A. Wirus kleszczowego zapalenia mózgu

Wirus wywołujący kleszczowe zapalenie mózgu należy do rodziny Flaviviridae. Znanych jest 70 wirusów z tej rodziny, chorobotwórczych jest tylko 30. Zachorowania spowodowane przez nie występują endemicznie. Wyróżnia się trzy podtypy wirusa KZM, blisko ze sobą spokrewnione: europejski, syberyjski i dalekowschodni. Wszystkie te typy wirusa są przenoszone przez kleszcze, różnią się zasięgiem geograficznym. Podtyp europejski występujący na terenie prawie całej Europy powoduje dwufazową chorobę o niewielkiej śmiertelności (1 – 2%). Kleszczowe zapalenie mózgu wywołane przez podtyp dalekowschodni ma najcięższy przebieg, śmiertelność wynosi nawet 20%, a powikłania występują u ponad połowy chorych. Występuje na wschodzie Rosji, w Chinach, Japonii. Trzeci podtyp – syberyjski obejmuje azjatycką część Rosji, śmiertelność wśród chorych zakażonych tym wirusem wynosi 6 – 8% [4, 15].

Wirus kleszczowego zapalenia mózgu jest przenoszony przez kleszcze. Ulegają one zakażeniu podczas wysysania krwi i płynów tkankowych od zwierząt będących w okresie wiremii. Rezerwuarem wirusa KZM są głównie gryzonie, ale również ssaki, ptaki, zwierzęta domowe. Zarówno zakażone zwierzęta, jak i kleszcze nie chorują. Do końca życia są źródłem rozprzestrzeniania się wirusa. Wirus może być przekazywany transstadialnie, z jednego stadium rozwojowego kleszcza na drugie, ale też i transowarialnie, z samicy na jaja. Zakażony samiec może przekazać wirusa samicy podczas kopulacji. Czasami obserwuje się wśród kleszczy kanibalizm, który również może być źródłem zakażenia. Infekcja może być też przekazana z kleszcza zakażonego na niezakażonego, jeśli żerują obok siebie na jednym żywicielu. Człowiek jest ogniwem końcowym [9]. Nie wszystkie kleszcze są zakażone. Badania wykazują, że odsetek zakażonych kleszczy wynosi 3 – 15 % i zależy od terenu ich występowania [11].

Wirus KZM jest wrażliwy na działanie wysokiej temperatury, na wysuszenie i środki dezynfekcyjne. Nie działa na niego kwaśny sok żołądkowy [3].

B. Drogi zakażenia u ludzi

Najczęściej do zakażenia wirusem kleszczowego zapalenia mózgu u ludzi dochodzi w wyniku ukłucia przez zainfekowanego kleszcza. Wirus znajduje się w gruczołach ślinowych kleszcza, więc jest przekazywany wraz ze śliną wkłuwającego się kleszcza. Ponieważ ślina ma właściwości znieczulające, więc ukłucie często pozostaje niezauważone.

Do zakażenia może też dojść drogą pokarmową, po spożyciu niepasteryzowanych produktów mlecznych (masło, sery) i mleka pochodzących od zakażonych zwierząt (kozy, owce, krowy). Spowodowane jest to przechodzeniem wirusa z krwi do gruczołów mlecznych zainfekowanych zwierząt i jego niewrażliwością na niskie pH panujące w żołądku. Zdolność do wirulencji (w mleku pochodzącym od zarażonych zwierząt) wirus zachowuje nawet 8 dni. Pasteryzacja mleka powoduje pełną ochronę przed zainfekowaniem. Rzadkie, ale możliwe są przypadki zarażenia podczas prac laboratoryjnych, w wyniku przypadkowego skaleczenia, po przetoczeniu krwi czy też drogą wziewną, w efekcie wdychania cząstek wirusowych. W temperaturze pokojowej wirus w powietrzu zachowuje zakaźność nawet 6 godzin. Niemożliwe jest przeniesienie wirusa kleszczowego zapalenia mózgu z człowieka na człowieka [4, 9, 11].

C. Biologia kleszczy

Kleszcz należy do pajęczaków. Jest spokrewniony ze świerzbowcem ludzkim i roztocami. Wyodrębniono około 650 gatunków kleszczy. W Polsce znaczenie epidemiologiczne ma 20 gatunków. Najpospolitszy ze wszystkich jest kleszcz *Ixodes ricinus* (kleszcz pospolity, zwany też psim albo pastwiskowym). Stanowi wektor i rezerwuar wirusa KZM w Europie Środkowej. Jest pasożytem długości 1-2 mm, żerującym na dostępnych kręgowcach. Jak większość kleszczy przechodzi trzy stadia rozwojowe: larwy, nimfy oraz postaci dorosłej (imago). Z jaja wykluwa się drobniutka larwa. Podobnie jak nimfa (mierząca 1 – 1,5 mm) ma trzy pary odnóży. Osobniki dorosłe mają ich cztery [16].

Kleszcze bytują w lasach mieszanych i liściastych, na sąsiadujących z nimi łąkach i pastwiskach. Coraz częściej można też je spotkać na obszarach zieleni miejskiej. Lubią niezbyt wysoką roślinność (rozlewiska rzek, brzeg lasu) [4]. Kleszcze cechuje sezonowość procesów życiowych. Aktywność rozpoczynają wczesną wiosną, gdy temperatura wzrośnie do 7 – 10 stopni Celsjusza. W naszych warunkach klimatycznych sezon aktywności kleszczy trwa od marca/kwietnia do października/listopada. Spowodowane to jest łagodnymi zimami i wcześniejszą wiosną. Pajęczaki te nie lubią światła słonecznego, wolą cień i wilgoć. Przy wilgotności powyżej 92% mogą przeżyć bez pożywienia nawet kilka miesięcy [17].

Powszechnie uważa się, że kleszcze wspinają się na drzewa i stamtąd spadają na ludzi. Nie jest to prawda. Poszczególne stadia rozwojowe żyją na różnej wysokości. Larwy bytują na wysokości 30 cm (trawy, runo leśne), nimfy na krzewach do 1 m wysokości. Kleszcze dojrzałe zaś, na drzewach i krzewach do 1,5 – 2 m wysokości wyczekują na potencjalnego żywiciela. Pasożyty te są ślepe i mało ruchliwe, lecz dzięki specjalnym narządom zlokalizowanym na pierwszej parze odnóży mogą rejestrować zmiany zachodzące w otoczeniu. Wyczuwają najlżejszy ruch, dwutlenek węgla w wydychanym powietrzu, woń potu. Mogą zarejestrować różnicę w oświetleniu spowodowaną cieniem przechodzącego zwierzęcia. Potrafią wyczuć najmniejsze zmiany temperatury otoczenia i udać się w obiecującym kierunku [16,17]. Długość żerowania jest uzależniona od stadium rozwojowego. Im mniejszy kleszcz, tym mniejszy żywiciel. Larwy żerują od 2 do 5 dób na drobnych gryzoniach (ryjówki, wiewiórki) i ptakach. Podobnych żywicieli mają nimfy, żerujące od 2 do 7 dób. Dorosłe kleszcze żywią się zarówno krwią średnich i dużych zwierząt dzikich (jelenie, sarny), jak też i domowych (kozy, krowy, owce, psy) przez okres od 6 do 9 dób. Żerowanie może się zakończyć pobraniem patogenu, jeżeli zwierzę jest w stanie wiremii [4, 18]. Żywicielem kleszcza może też być człowiek. Kleszcze poszukują miejsc, gdzie skóra jest wilgotna i cienka. Umiejscawiają się pod kolanami, w okolicach pachwin, za uszami, pod pachami [17].

Cykl rozwojowy kleszcza wynosi od dwóch do trzech lat. Każde stadium rozwojowe ma jednego żywiciela, żywi się krwią, limfą lub płynem tkankowym. Po najedzeniu, przekształca się w kolejne stadium rozwojowe. Samica, aby złożyć jaja potrzebuje dużej ilości krwi. Potrafi wchłonąć ilość krwi ważącą 100 razy więcej od siebie. Składa nawet do 3000 jaj, po czym ginie. Ilość jaj jest zależna od stopnia nasycenia krwią. Samiec ginie zaraz po zapłodnieniu samicy. W momencie, gdy temperatura powietrza spada poniżej 7^o C, kleszcze zapadają w letarg (diapauza). Uaktywniają się ponownie po wzroście temperatury [16, 19].

D. Przebieg zakażenia wirusem kleszczowego zapalenia mózgu

U człowieka typowe kleszczowe zapalenie mózgu przebiega dwufazowo. Do infekcji dochodzi już w momencie ukłucia przez kleszcza, ponieważ wirus znajduje się w jego ślinie. Ślina zawiera też substancje znieczulające i hamujące krzepnięcie, więc często ukłucie pozostaje niezauważone. Okres inkubacji wynosi 7 – 14 dni po ukłuciu przez kleszcza, a po spożyciu zakażonego mleka jest krótszy: 3 – 4 dni.

Początkowo wirus replikuje się (namnaża) w miejscu dostania się do organizmu. Po ukłuciu – w komórkach skóry, po spożyciu mleka – w ścianie jelit. Komórki gospodarza

służą też wirusowi do przemieszczania się. Drogą naczyń limfatycznych dociera najpierw do węzłów chłonnych, gdzie dalej się namnaża. W okresie tym nie występują objawy kliniczne. Następnie wirus dociera do krwioobiegu. Jest to pierwsza faza, trwająca 1 – 10 dni, związana z obecnością wirusa we krwi (wiremia). Później wirus atakuje inne narządy: szpik kostny, śledzionę, wątrobę. Po pierwszej fazie, w której występują nieswoiste objawy, przez około 7 dni trwa okres bezobjawowy. Gdy wirus dotrze do komórek ośrodkowego układu nerwowego następuje druga faza. Zakażone komórki nerwowe obumierają. Powstaje stan zapalny, w wyniku, którego dochodzi też do niszczenia neuronów nie zainfekowanych wirusem [9, 14, 18].

Objawy kliniczne kleszczowego zapalenia mózgu

Nie każde ukłucie przez kleszcza kończy się zachorowaniem. Nawet ukłucie przez zainfekowanego pajęczaka nie musi wywołać choroby. Tak dzieje się u 30% zakażonych. Ich układ odpornościowy działa sprawnie i eliminuje wirusa. U pozostałych, po okresie inkubacji, pojawiają się niespecyficzne objawy grypopodobne (osłabienie, ogólne zmęczenie, stany podgorączkowe lub gorączka, ból głowy i mięśni). Utrzymują się od 2 dni do 2 tygodni i ustępują nawet bez leczenia. Są zazwyczaj traktowane jako infekcja dróg oddechowych.

Inne objawy już się nie pojawiają. Jednak u 30% osób po okresie nawet 3 tygodni, gdy wirus zaatakuje układ nerwowy, rozwija się druga faza choroby. Objawy są gwałtowniejsze i mocniej wyrażone. Kleszczowe zapalenie mózgu może przybrać postać oponową, oponowo – mózgową lub oponowo – mózgowo – rdzeniową.

Zapalenie opon mózgowych (łac. meningitis) przebiega najłagodniej i występuje najczęściej (około 50 – 70% przypadków). Przede wszystkim postać ta dotyczy dzieci i ludzi młodych. W badaniu przedmiotowym stwierdza się objawy oponowe (sztywność karku). Utrzymuje się wysoka gorączka (do 40° C), nudności, wymioty, bóle głowy. Ból głowy jest na tyle silny, że chory przyjmuje pozycję leżącą. Występuje nadwrażliwość na światło i dźwięki. Chorzy niechętnie spożywają posiłki i piją. Choroba trwa około 2 – 3 tygodni i pacjent powraca do zdrowia.

Zapalenie opon i mózgu (łac. encephalomeningitis) występuje rzadziej (około 30 – 40% przypadków). Ta postać częściej dotyczy ludzi w podeszłym wieku. Objawy wynikają z uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Stwierdza się objawy oponowe. Występują zaburzenia świadomości, orientacji, pamięci. Z powodu zawrotów głowy i ataksji chorzy mają

problemy z poruszaniem się. Są nadpobudliwi i często agresywni. Odwrócony jest rytm snu i czuwania. Chorzy mają objawy psychotyczne (omamy, urojenia). Wynikiem porażenia nerwów czaszkowych są zaburzenia połykania i mowy. Obserwuje się oczopląs, drżenia kończyn, niedowład połowiczny. Senność może narastać aż do stanu śpiączki. Wstępuje też niepokój. Jeżeli dojdzie do zajęcia pnia mózgu, mogą wystąpić zaburzenia oddychania i krążenia. Może to przyczynić się do nagłego zgonu. Choroba trwa znacznie dłużej, co najmniej 5 – 6 tygodni. Zwykle pozostawia przemijające powikłania.

Zapalenie opon, mózgu i rdzenia kręgowego (łac. meningoencephalomyelitis) jest postacią o najcięższym przebiegu. Występuje stosunkowo rzadko (1 – 10% przypadków). Charakteryzuje się występującymi niedowładami i porażeniami kończyn, głównie obręczy barkowej. Stwierdza się ich osłabienie a nawet zanik odruchów, występują zaburzenia czucia. Może dojść też do porażenia mięśni oddechowych, co wymaga prowadzenia wentylacji zastępczej. Występują objawy oponowe. Zajęcie rdzenia przedłużonego skutkuje powstaniem zespołu opuszkowego. Jest to nagłe zatrzymanie krążenia i oddechu. Ta postać KZM trwa nawet kilka miesięcy i pozostawia trwałe następstwa [4, 11, 14].

Rozpoznanie kleszczowego zapalenia mózgu

Rozpoznawanie kleszczowego zapalenia mózgu opiera się na trzech składowych: wywiadzie, obrazie klinicznym i wynikach badań laboratoryjnych [11].

– Badanie podmiotowe

Wywiad jest istotną częścią w rozpoznawaniu KZM. Zakażenie należy podejrzewać u osób, które przebywały na terenie endemicznym, tym bardziej, jeśli w wywiadzie podają ukłucie przez kleszcza. Charakterystyczne jest też zgłaszane przez chorego dwufazowe występowanie gorączki [15]. Brak informacji o kontakcie z kleszczem nie wyklucza zachorowania, gdyż często ten fakt pozostaje niezauważony. Zgłaszane objawy są niespecyficzne i utrudniają postawienie właściwej diagnozy. Chorzy w późniejszym okresie choroby mogą zgłaszać nudności, światłowstręt, nadwrażliwość na dźwięki, silny ból i zawroty głowy, ogólne złe samopoczucie i osłabienie siły mięśniowej [11, 14].

– Badanie przedmiotowe

W badaniu przedmiotowym, w drugiej fazie kleszczowego zapalenia mózgu, gdy wirus dotrze do układu nerwowego stwierdza się objawy oponowe. Są one wynikiem

podrażnienia opon mózgowo – rdzeniowych przez stan zapalny. Bada się sztywność karku, objaw Kerniga i objaw Brudzińskiego. Badanie przeprowadza się na leżąco.

Badanie sztywności karku polega na biernym przyginaniu głowy pacjenta do klatki piersiowej. Odległość brody od mostka ocenia się w centymetrach. Trudność w wykonaniu tego badania można napotkać u ludzi w podeszłym wieku, ze względu na zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa w odcinku szyjnym.

Objaw Kerniga ocenia się próbując biernie prostować nogę zgiętą w stawie kolanowym i biodrowym. Opór występujący podczas prostowania kończyny świadczy o podrażnieniu opon mózgowych. Stwierdza się w takim przypadku dodatni objaw Kerniga.

O dodatnim objawie Brudzińskiego mówimy wówczas, gdy podczas biernego przyginania głowy występuje jednoczesne zgięcie kończyn dolnych w stawach biodrowym i kolanowym [5, 20].

– *Badania laboratoryjne*

W okresie pierwszej fazy, gdy występują niespecyficzne objawy kliniczne, wyniki badań laboratoryjnych również są niespecyficzne i nie pozwalają rozpoznać kleszczowego zapalenia mózgu. U pacjentów w pierwszej fazie zachorowania (10 – 20% przypadków) stwierdza się neutropenię, podwyższenie aktywności aminotransferaz wątrobowych, trombocytopenię. Natomiast druga faza (45 – 74% chorych) objawia się leukocytozą. Ponadto w 80% przypadków występuje podwyższone CRP. W badaniu płynu mózgowo – rdzeniowego nie wykrywa się nieprawidłowości. Nie stwierdza się też obecności swoistych przeciwciał ani we krwi, ani w płynie mózgowo – rdzeniowym [11, 14].

Podstawową metodą diagnostyki kleszczowego zapalenia mózgu są testy serologiczne ELISA (ang. enzyme – linked immunosorbent assay). Testy immunoenzymatyczne umożliwiają wykrywanie przeciwciał skierowanych przeciwko patogenom wirusowym. Oznacza się je we krwi i w płynie mózgowo – rdzeniowym. Występowanie w surowicy krwi jednocześnie przeciwciał klasy IgM i IgG potwierdza świeże zachorowanie. Przeciwciała IgM można wykryć we krwi po około 10 – 14 dniach od momentu infekcji wirusem KZM. Są one typowe dla ostrego okresu choroby. Maksymalne stężenie osiągają około 4 – 5 tygodnia, po czym ich ilość obniża się i zanika. Natomiast przeciwciała IgG pojawiają się później, po upływie 3 – 4 tygodni, a ich poziom narasta wolniej. Przeciwciała tej klasy utrzymują się w surowicy krwi nieraz do końca życia. Zapewniają odporność na ponowne zakażenie. Kryterium rozpoznania serologicznego jest stwierdzenie co najmniej czterokrotnego wzrostu ilości przeciwciał klasy IgG w 2 próbkach krwi, pobranych w odstępie czasu 2 tygodni.

Również w badaniu płynu mózgowo – rdzeniowego stwierdza się przeciwciała obu klas: IgM i IgG [1, 14, 21].

Najpewniejsze rozpoznanie można postawić w momencie izolacji materiału genetycznego wirusa we krwi lub w płynie mózgowo – rdzeniowym. Wykrycie obecności kwasów nukleinowych (RNA) umożliwia test PCR (reakcja łańcuchowej polimerazy). Badanie to ma jednak małą przydatność. Chorzy zgłaszają się najczęściej do lekarza w momencie, gdy wirusa już nie ma w surowicy i płynie mózgowo – rdzeniowym, w drugiej fazie choroby [11, 21].

– *Nakłucie lędźwiowe i badanie płynu mózgowo – rdzeniowego*

Nakłucie lędźwiowe (punctio lumbalis) wykonuje się w celu pobrania płynu mózgowo–rdzeniowego do badań laboratoryjnych. Polega ono na wprowadzeniu do przestrzeni podpajęczynówkowej cienkiej igły punkcyjnej. Wskazaniem jest m.in. podejrzenie zapalenia opon mózgowo – rdzeniowych. Badanie płynu mózgowo – rdzeniowego stanowi w tym przypadku możliwość szybkiej diagnostyki. Umożliwia też zróżnicowanie charakteru zakażenia: wirusowego lub bakteryjnego. Pobiera się jak najmniejszą ilość płynu mózgowo – rdzeniowego (3 – 5 ml). Ocenia się przejrzystość płynu, jego barwę, ilość występujących elementów morfotycznych (krwinki białe i czerwone) oraz zawartość białka [8, 22, 23].

W wirusowym zapaleniu opon mózgowo – rdzeniowych płyn mózgowo – rdzeniowy jest przejrzysty. Zawiera znaczną ilość komórek (cytoza może wynosić nawet 1000 komórek w 1 mm³). Są to przeważnie limfocyty (w początkowej fazie choroby mogą dominować neutrofile). Poziom białka jest podwyższony nawet powyżej 100 mg/dl [24].

Jak każdy zabieg, tak i punkcja lędźwiowa może być obarczona powikłaniami. Najczęstszym jest zespół popunkcyjny, występujący w około 30 – 40% wykonanych nakłuć. Objawia się on wystąpieniem bólu głowy w czasie 24 – 48 godzin od wykonania punkcji lędźwiowej. Ból nasila się przy przyjmowaniu pozycji stojącej lub siedzącej w ciągu 15 minut, w takim też czasie ustępuje po przyjęciu pozycji leżącej. Towarzyszą mu dodatkowo sztywność karku, szum w uszach, nudności lub nadwrażliwość na ostre światło. Ból mija samoistnie [22]. Spowodowany jest wyciekaniem płynu mózgowo – rdzeniowego po wykonanym nakłuciu. Jeżeli utracona ilość jest większa niż możliwość jego wytworzenia, obniża się ciśnienie wewnątrzczaszkowe. Zanika efekt ochronny płynu. Pojawiające się bóle głowy są skutkiem ucisku na tkankę mózgową, zwłaszcza po nagłej zmianie pozycji ciała [25]. Aby zapobiec wystąpieniu zespołu popunkcyjnego, zaleca się choremu pozostanie w pozycji

leżącej przez czas od 1 do 12 godzin. Stosuje się intensywne nawadnianie. Ważna jest też technika wykonania nakłucia lędźwiowego: użycie atraumatycznej igły, nakłucie cieńszą igłą, odpowiednie ustawienie ostrza igły [22].

– *Badania obrazowe*

Badania obrazowe nie stanowią ważnego elementu diagnostyki kleszczowego zapalenia mózgu. Tylko w około 20% przypadków wykonanie rezonansu magnetycznego (MRI – ang. magnetic resonance imaging) wykazuje zmiany w mózgu. Dzieje się tak dlatego, że zmiany mają charakter krótkotrwały. Badanie to może bardziej przydać się w kontrolowaniu powikłań po KZM [11].

Leczenie kleszczowego zapalenia mózgu

Nie opracowano dotychczas leczenia przyczynowego, nie ma leku, który umożliwiłby zniszczenie wirusa kleszczowego zapalenia mózgu. Leczenie KZM jest wyłącznie objawowe. Obowiązuje leczenie szpitalne. Zalecane jest pozostanie w łóżku. Uzupełniane są niedobory elektrolitów, wywołane przez wymioty. Nawadnia się chorego, aby wyrównać straty wody z powodu gorączki. Łagodzi bóle głowy podając leki przeciwbólowe. W przypadku obrzęku mózgu pacjent otrzymuje leki zmniejszające obrzęk. Stosowane leczenie łagodzi dokuczliwe objawy. Nie skraca się czas chorowania. Podobnie jak i w innych chorobach wirusowych najlepszym lekarstwem jest odpoczynek i oszczędzający tryb życia. W przypadkach ciężkich potrzebna bywa rehabilitacja i psychoterapia [4, 14].

Powikłania po kleszczowym zapaleniu mózgu

Powikłania neurologiczne po przechorowaniu kleszczowego zapalenia mózgu występują u 20 – 50% chorych. Ich wystąpienie jest uzależnione od kilku czynników: wieku chorego, zjadliwości wirusa, stopnia ciężkości zachorowania, współistniejących chorób, stresu, upośledzonej odporności organizmu [24]. Zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych zazwyczaj kończy się powrotem do pełnego zdrowia. Jednak w około 30% przypadków przez okres kilku miesięcy mogą pojawiać się poinfekcyjne bóle głowy. Mają one charakter nawracający. Współistnieją z zawrotami głowy, zaburzeniami koncentracji, osłabionym zapamiętywaniem. Mogą pojawić się objawy depresji, czy zmienność nastroju [4, 15].

Zapalenie mózgu jest cięższą postacią KZM, pozostawia dolegliwości, które mogą trwać nawet kilka lat. Są to: bóle głowy, szybkie męczenie się, zmienność nastroju, upośledzona koncentracja, osłabienie słuchu, zaburzenia snu czy nawet objawy psychotyczne [4].

Zapalenie rdzenia kręgowego pozostawia trwałe następstwa w postaci porażień i niedowładów mięśni, zwłaszcza mięśni obręczy barkowej. Stwierdza się też porażenia i niedowłady nerwów czaszkowych (nerw twarzowy) i obwodowych. Często występują objawy spowodowane uszkodzeniem mózdzku (drżenie zamiarowe, zaburzenia mowy, nieprawidłowy chód, oczopląs). Także powikłania ze strony sfery psychicznej (zespoły depresyjne, charakteropatie, neurastenie, zespoły psychoorganiczne) i intelektualnej (zaburzenia uwagi i pamięci). Możliwe jest występowanie napadów padaczkowych [4, 15, 24].

Inny rodzaj powikłań po kleszczowym zapaleniu mózgu stanowi PES (post encephalitis syndrome). Charakteryzuje się zmianami w zachowaniu chorego po przebytych wirusowym zapaleniu mózgu. Objawy są niecharakterystyczne. Pacjenci skarżą się na ogólne zmęczenie i osłabienie, drażliwość. Mają zaburzenia snu. Zmieniają im się nawyki żywieniowe. Występują zaburzenia w sferze seksualnej. Obserwuje się trudności w przyswajaniu nowych wiadomości. Stwierdza się obniżoną zdolność do pracy. Zmiany te zazwyczaj są odwracalne [11].

Postać środkowoeuropejska kleszczowego zapalenia mózgu w około 2% przypadków może zakończyć się śmiercią chorego. Natomiast przebycie zakażenia, nawet jeśli nie wystąpiły objawy kliniczne, pozostawia trwałą odporność [11, 15].

Profilaktyka kleszczowego zapalenia mózgu

W zapobieganiu kleszczowemu zapaleniu mózgu można wyróżnić dwa sposoby. Pierwszy to uniknięcie zakażenia, drugi dotyczy zaszczepienia się.

A. Profilaktyka nieswoista

Nie można przewidzieć, czy dany kleszcz jest zakażony wirusem KZM. Należy więc dążyć do zminimalizowania możliwości ukłucia przez tego pasożyta. Do działań profilaktycznych należy:

- unikanie przebywania na terenach endemicznych,
- zakładanie odpowiedniego ubrania na czas przebywania w środowisku bytowania kleszczy (las i jego obrzeża, łąki): zakładanie koszul z długimi rękawami, długich spodni, stosowanie nakryć głowy i obuwia zakrywającego całe stopy, wybieranie jasnych kolorów, które umożliwią łatwiejsze dostrzeżenie kleszcza,
- stosowanie środków odstraszających kleszcze (repelentów), można nimi spryskiwać odkryte części ciała i ubranie,

- właściwe postępowanie po powrocie z miejsc zagrożonych występowaniem kleszczy: dokładne sprawdzenie ciała w kierunku ewentualnego znalezienia kleszczy (obejrzenie zwłaszcza miejsc pod kolanami, w pachwinach, pępku, za uszami, pod pachami), przejrzanie też ubrania,
- prawidłowe usuwanie kleszczy przyczepionych do skóry. Należy tego dokonać natychmiast po zauważeniu kleszcza, można użyć pęsety lub innych przyrządów dostępnych w aptekach. Kleszcza trzeba uchwycić blisko skóry i zdecydowanym ruchem pociągnąć ku górze. Miejsce ukłucia zdezynfekować. Nie można smarować kleszcza żadnymi substancjami, gdyż kleszcz wymiotując może wprowadzić do organizmu wirusy [26].

Ponieważ można się zarazić drogą pokarmową, należy unikać spożywania surowego mleka (owczego, koziego, krowiego) i jego przetworów, zwłaszcza pochodzącego od zwierząt z terenów endemicznych.

Ważnym działaniem jest edukacja zdrowotna społeczeństwa. Przekazywanie podstawowej wiedzy na temat kleszczy i chorób, które są przez nie przenoszone oraz sposobów zabezpieczenia się przed infekcją [17, 27].

B. Profilaktyka swoista

Immunoprofilaktyka czynna (szczepienia) jest obecnie jedyną skuteczną metodą zapobiegania kleszczowemu zapaleniu mózgu. Zapewnia ona wytworzenie przeciwciał przeciwko wirusowi KZM [17].

Ryzyko zachorowania dotyczy praktycznie każdej osoby przebywającej na terenach bytowania kleszczy. Rozporządzenie Rady Ministrów określa rodzaje czynności zawodowych, przy których są zalecane szczepienia przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu. Są to:

- „czynności bezpośrednio związane z uprawą roślin lub hodowlą zwierząt na obszarach endemicznego występowania zachorowań na kleszczowe zapalenie mózgu,
- czynności wykonywane w kompleksach leśnych oraz na terenach zadrzewionych na obszarach endemicznego występowania zachorowań na kleszczowe zapalenie mózgu” [28].

W Polsce szczepienia przeciwko KZM nie są finansowane z budżetu Ministra Zdrowia. Kalendarz szczepień ochronnych określa, że są zalecane „osobom przebywającym na terenach o nasilonym występowaniu tej choroby w szczególności; osobom zatrudnionym przy eksploatacji lasu, stacjonującemu wojsku, funkcjonariuszom straży pożarnej i granicznej, rolnikom, młodzieży odbywającej praktyki oraz turystom i uczestnikom obozów i kolonii” [29].

Obecnie w naszym kraju są dostępne dwie szczepionki o podobnym składzie: FSME – IMMUN oraz ENCEPUR. Obie zawierają inaktywowanego (zabitego) wirusa typu europejskiego. Dawkowanie obejmuje szczepienia podstawowe i przypominające. Schemat szczepienia przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu jest taki sam dla dorosłych i dla dzieci. Szczepienie najlepiej jest rozpocząć w miesiącach zimowych, zapewni to ochronę już od początku aktywności kleszczy (marzec – kwiecień).

Schemat szczepienia podstawowego jest taki sam dla obu szczepionek:

- pierwsza dawka w wybranym czasie,
- druga dawka po 1 – 3 miesiącach od pierwszej,
- trzecia dawka po 5 – 12 miesiącach od drugiej.

Przeciwciała pojawiają się po około 2 tygodniach od podania drugiej dawki. Szczepionki wykazują się wysoką skutecznością, ponad 95% zaszczepionych osób wytwarza przeciwciała. Po podaniu trzech podstawowych dawek szczepionki odporność utrzymuje się przez okres co najmniej 3 lat. Po tym czasie należy stosować szczepienia przypominające. Schemat wygląda następująco:

Szczepionka FSME – IMMUN:

- poniżej 60 roku życia, pierwsza dawka po 3 latach od ostatniego szczepienia podstawowego, kolejne dawki przypominające co 5 lat,
- powyżej 60 roku życia, pierwsza dawka po 3 latach od ostatniego szczepienia podstawowego, kolejne dawki przypominające co 3 lata.

Szczepionka ENCEPUR:

- poniżej 49 roku życia: pierwsza dawka po 12 – 18 miesiącach od ostatniego szczepienia podstawowego, kolejne dawki przypominające co 5 lat,
- powyżej 49 roku życia: pierwsza dawka po 12 – 18 miesiącach od ostatniego szczepienia podstawowego, kolejne dawki przypominające co 3 lata.

Szczepienia dokonuje się domięśniowo, w mięsień naramienny u dorosłych, u dzieci poniżej 18 miesiąca życia w udo (mięsień obszerny boczny).

Przeciwwskazaniem do zaszczepienia jest ostra choroba infekcyjna, reakcja anafilaktyczna po podaniu wcześniej innych szczepionek oraz nasilona reakcja alergiczna na składniki szczepionki. Alergia na białko jaja kurzego nie jest przeciwwskazaniem do szczepienia, wymaga jedynie dłuższej obserwacji po zaszczepieniu. Tak jak w przypadku innych szczepień, mogą wystąpić objawy poszczepienne. Zazwyczaj mają charakter miejscowy: ból, zaczerwienienie, obrzęk. Mogą też wystąpić reakcje ogólnoustrojowe: stany podgorączkowe, ból głowy lub mięśni, nudności, osłabienie. Ponieważ szczepionka zawiera zabity wirus, nie może dojść do zakażenia [30].

Możliwe jest też uodpornienie bierne. Polega ono na podaniu immunoglobuliny przeciwko wirusowi kleszczowego zapalenia mózgu w ramach profilaktyki poekspozycyjnej. Należy to zrobić w czasie do 96 godzin od momentu ukłucia przez kleszcza. Skutkiem jest natychmiastowe uodpornienie [14].

Cel pracy

1. Rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych pacjenta z kleszczowym zapaleniem mózgu
2. Ustalenie planu indywidualnej opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z kleszczowym zapaleniem mózgu
3. Określenie roli pielęgniarki w opiece nad pacjentem z kleszczowym zapaleniem mózgu
4. Realizacja zaplanowanych działań w procesie diagnostyki i leczenia.

Materiał i metodyka badań

Badaniem została objęta pacjentka w wieku 66 lat w drugiej dobie hospitalizacji w SP ZOZ w Bielsku Podlaskim w Oddziale Obserwacyjno – Zakaźnym, z podejrzeniem zapalenia opon mózgowo – rdzeniowych.

W postępowaniu badawczym zastosowano metodę obserwacji pielęgniarskiej, pomiary bezpośrednie i pośrednie, a także wywiad i analizę dokumentacji medycznej.

Badanie odbyło się poprzez zastosowanie następujących metod:

Obserwacja – jest to uważne i wnikliwe spostrzeżenie przedmiotów lub zjawisk. W przypadku obserwacji pielęgniarskiej polega na gromadzeniu danych o pacjencie.

Postrzeganiu jego wyglądu, zachowania w określonej sytuacji, reakcji na otoczenie i inne osoby.

Wywiad – jest to ukierunkowana rozmowa z pacjentem lub jego rodziną. Jej celem jest uzyskanie danych subiektywnych i obiektywnych. Wywiad należy przeprowadzić zgodnie z ustalonym wcześniej planem. Niezbędne jest przy tym nawiązanie relacji z pacjentem, zdobycie jego zaufania. Język porozumiewania się powinien być zrozumiały i prosty. Pielęgniarka musi wykazać się otwartością i zaangażowaniem. Nie może oceniać chorego.

Analiza dokumentacji medycznej pacjenta – jest to uzyskiwanie danych z dokumentacji medycznej chorego (dokumenty własne i wewnątrzszpitalne) dotyczące przebiegu jego leczenia.

Pod uwagę wzięto następującą dokumentację medyczną:

- historię choroby,
- indywidualną kartę zleceń,
- kartę gorączkową,
- wyniki badań laboratoryjnych.

Pomiar – jest to czynność mająca na celu oznaczenie ilościowe istotnych dla leczenia parametrów. Metoda pomiaru może być bezpośrednia (np. pomiar tętna, ciśnienia tętniczego krwi, temperatury ciała) lub pośrednia (np. BMI) [20, 31].

Proces pielęgnowania – definicja

„Proces pielęgnowania (nursing proces) jest propozycją opieki pielęgniarskiej, w której dochodzi do rozpoznania stanów biologicznego, psychicznego, społecznego, kulturowego i duchowego, podejmowania celowych i planowych działań przyczyniających się do utrzymania lub zmiany dotychczasowego stanu zdrowia oraz oceniania uzyskanych wyników” [20].

„Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) proces pielęgnowania jest to termin odnoszący się do systemu interwencji charakterystycznych dla pielęgniarstwa, a znaczących dla zdrowia jednostki, rodziny i/lub innych społeczności. Proces pielęgnowania wymaga stosowania naukowych metod do zidentyfikowania potrzeb zdrowotnych jednostki, rodziny lub innych społeczności oraz znajdowania sposobów możliwie najlepszego zaspokajania tych potrzeb” [31].

Proces pielęgnowania jest złotym standardem opieki pielęgniarskiej, zbudowany jest z kilku kolejno następujących po sobie etapów, w skład których wchodzi jeszcze mniejsze elementy (fazy) [20].

Etapy procesu pielęgnowania

I Etap: **Rozpoznanie** – polega na gromadzeniu danych o pacjencie i jego środowisku. Źródłem informacji może być np. obserwacja, wywiad z pacjentem, rodziną oraz z osobami bliskimi pacjentowi, pomiar, analiza dokumentacji. Dane powinny dotyczyć sfery biologicznej, psychicznej i społecznej.

Fazy:

- Gromadzenie danych
- Analizowanie, syntetyzowanie danych
- Formułowanie diagnozy pielęgniarskiej

II Etap: **Planowanie** – ustalenie interwencji, jakie musi podjąć pielęgniarka, aby rozwiązać rozpoznane potrzeby chorego. Należy ustalić problemy priorytetowe, wymagające natychmiastowego działania. Dalej są potrzeby nie zagrażające życiu chorego, a na końcu problemy nie związane bezpośrednio z chorobą, ale mogące wpływać na jego dobre samopoczucie.

Fazy:

- Ustalenie celów pielęgnowania
- Dobieranie osób, działań, sprzętu do realizacji działań
- Formułowanie planu opieki pielęgniarskiej

III Etap: **Realizowanie** – zastosowanie w praktyce ustalonego wcześniej planu pielęgnowania. Na tym etapie ważną rolę odgrywają umiejętności pielęgniarki, jej wiedza i zaangażowanie, współpraca z pacjentem. Istotny jest też sprzęt i udogodnienia, które można wykorzystać.

Fazy:

- Przygotowanie pielęgniarki do realizowania planu pielęgnowania
- Realizacja planu pielęgnowania

IV Etap: **Ocenianie** – porównywanie osiągniętych wyników z założonymi celami. Oceny dokonuje się na bieżąco. Jeżeli nie osiągnięto założonych celów, należy skorygować plan opieki, biorąc pod uwagę aktualny stan pacjenta.

Fazy:

- Analizowanie wyników opieki pielęgniarskiej
- Formułowanie oceny.

Każdy etap procesu pielęgnowania wymaga udokumentowania. Pozwala to na przekazywanie informacji pozostałym członkom zespołu terapeutycznego. Stanowi też źródło danych.

Cechy procesu pielęgnowania

- Całościowe – obejmuje człowieka we wszystkich aspektach: biologicznym, psychicznym, społecznym, duchowym i kulturowym
- Planowe i celowe – pielęgnowania dokonuje się w oparciu o ustalony plan i określone cele
- Ciągłe i dynamiczne – konsekwentnie przechodzi się od etapu do etapu, może być wielokrotnie powtarzany [8, 20, 31].

Wyniki badań

Opis przypadku

Badaniem objęto 66 – letnią pacjentkę, hospitalizowaną w Oddziale Obserwacyjno – Zakaźnym w SP ZOZ w Bielsku Podlaskim. Do szpitala chora została przyjęta z powodu trwającego od 3 – 4 dni ogólnego złego samopoczucia, osłabienia, zawrotów i bólu głowy, niechęci do jedzenia, nudności wymiotów. Wystąpiła gorączka do 39,6°C. Postawiono rozpoznanie: zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych.

Chora mieszka na wsi, z mężem. Obecnie jest emerytką. Przedtem prowadzili z mężem gospodarstwo rolne, które przekazali synowi. Syn mieszka z żoną i dziećmi w tej samej wsi. Pacjentka pomaga mu czasami w lżejszych pracach gospodarskich. Często chodzi do pobliskiego lasu zbierać jagody i grzyby. Przypomina sobie, że po ostatniej wizycie w lesie (2 – 3 tygodnie przed wystąpieniem objawów), podczas wieczornej kąpieli zauważyła w okolicy pępka wkłutego kleszcza. Ponieważ zdarzało się jej to już w przeszłości, nie przejęła się zbyt. Kleszcza usunęła. Po pewnym czasie, przez parę dni, miała gorsze samopoczucie, które samoistnie ustąpiło. Dlatego też nie konsultowała się z lekarzem rodzinnym. Nie była szczepiona przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu, nie wiedziała, że

jest dostępna taka szczepionka. Kilka dni temu zaczęła gorączkować, wymiotowała i bardzo bolała ją głowa. Udała się do lekarza rodzinnego, który skierował ją do szpitala.

Chora od kilku lat leczy się na nadciśnienie tętnicze. Stosuje Piramil. Leki przyjmuje w miarę regularnie. Nie prowadzi kontroli pomiarów ciśnienia, gdyż uważa to za stratę czasu. Doraznie przyjmuje leki przeciwbólowe dostępne bez recepty, ponieważ czasami dokuczają jej dolegliwości bólowe stawów kolanowych. Przyznaje się do palenia papierosów od około 10 lat, pół paczki dziennie. Mąż nie pochwała jej nałogu i dopinguje do rzucenia palenia. Chociaż próbowała skończyć z nałogiem, dotychczas się jej to nie udało. Alkohol spożywa okazjonalnie.

Oceny stanu zdrowia dokonano w drugiej dobie hospitalizacji. Chora jest spowolniona psychoruchowo. Skarży się na utrzymujący się silny ból głowy. Przeszkadza jej światło słoneczne i dochodzące odgłosy z sąsiedniej sali. Przebywa w sali 1 – osobowej. U pacjentki występują ranne nudności, w wyniku czego pojawia się niechęć do spożywania pokarmów. Chora niechętnie też pije. Śluzówki jamy ustnej są podsuchające. Pacjentka cały czas przebywa w łóżku, wychodzi tylko do toalety. Przy pionizacji odczuwa zawroty głowy. Nie czuje się na siłach, żeby pójść do łazienki znajdującej się poza salą, żeby wziąć prysznic. Odczuwa też potrzebę zapalenia papierosa, lecz postanowiła wykorzystać pobyt w szpitalu jako okazję do rzucenia nałogu. Pacjentka jest po raz pierwszy hospitalizowana poza pobylem w szpitalu kilkadziesiąt lat wstecz, gdy rodziła syna. Jest to dla niej nowa, mało komfortowa sytuacja.

Chora wyraziła zgodę na wykonanie punkcji lędźwiowej, która zaplanowana jest w drugiej dobie hospitalizacji. Martwi się o przebieg zabiegu, ponieważ nie do końca zrozumiała, na czym on polega. Miewa okresy bezsenności nocnej z powodu swojej choroby i stanu zdrowia oraz troski o męża. Pacjentka jest smutna i przygnębiona.

Dokonano pomiaru podstawowych parametrów:

- RR – 160/80
- HR – 110
- Temperatura ciała – 38,6° C
- Ciężar ciała – 75 kg
- Wzrost – 160 cm
- BMI – 29,2 (nadwaga)

Dodatkowo:

- Dolegliwości bólowe oceniono za pomocą skali analogowo – wzrokowej (VAS). Chora określiła je jako „7”, co świadczy o silnym natężeniu bólu.

- W badaniu przedmiotowym stwierdza się dodatnie objawy oponowe: sztywność karku i objaw Kerniga.
- W badaniach laboratoryjnych wykazano leukocytozę, hipokaliemię i hyponatremię.
- W farmakoterapii stosuje się: Kalium Chloratum, Paracetamol Kabi, 0,9% NaCl, Plasmalyte, Hydroxyzynę 25 mg.

Plan opieki

- I. Problem pielęgnacyjny:** Dyskomfort fizyczny i psychiczny spowodowany objawami toczącego się procesu zapalnego w ośrodkowym układzie nerwowym (gorączka, ból głowy, nudności).

Cel działania: poprawa samopoczucia.

Planowane działania:

- Systematyczna kontrola i dokumentowanie temperatury ciała
- Wygodne ułożenie w łóżku
- Sprawne wykonywanie czynności pielęgnacyjnych
- Stosowanie chłodzących okładów na okolice przebiegu dużych naczyń krwionośnych i czoło
- Zmiana w razie potrzeby bielizny osobistej i pościelowej (nadmierne pocenie się)
- Zapewnienie warunków do odpoczynku
- Zapewnienie miski nerkowatej i ligniny w razie nudności
- Izolowanie od natężonych bodźców dźwiękowych i ostrego światła
- Podawanie zgodnie ze zleceniem lekarskim leków przeciwbólowych, przeciwgorączkowych, przeciwwymiotnych
- Kontrola skuteczności podawanych leków

Ocena: Samopoczucie chorej poprawiło się, temperatura ciała obniżyła się, wymioty nie wystąpiły. Problem wymaga dalszego monitorowania.

- II. Problem pielęgnacyjny:** Możliwość wystąpienia zaburzeń wodno – elektrolitowych spowodowanych zaburzeniami łaknienia, utrzymującą się gorączką, ewentualnymi wymiotami.

Cel działania: Zapobieganie zaburzeniom wodno – elektrolitowym.

Planowane działania:

- Prowadzenie karty bilansu płynów uwzględniającej płyny przyjęte i utracone (uwzględnić potliwość)
- Oceniać stopień nawodnienia organizmu (stan skóry i błon śluzowych, ocena świadomości)
- Kontrola parametrów tętna i ciśnienia tętniczego krwi
- Poinformowanie chorej o konieczności przyjmowania odpowiedniej ilości płynów i skutkach odwodnienia
- Zapewnienie dostępu do wody lub napojów (poinformowanie rodziny o potrzebie dostarczenia płynów)
- W razie niedostatecznego przyjmowania płynów drogą doustną, na zlecenie lekarskie nawadnianie drogą dożylną

Ocena: Nie wystąpiły cechy odwodnienia. Problem wymaga dalszego monitorowania.

III. Problem pielęgnacyjny: Możliwość pogorszenia się ogólnego stanu zdrowia z powodu toczącego się stanu zapalnego w ośrodkowym układzie nerwowym (wzrost ciśnienia śródczaszkowego, obrzęk mózgu).

Cel działania: Zapobieganie pogorszeniu się stanu zdrowia chorej.

Planowane działania:

- Obserwacja pacjentki w kierunku możliwych do wystąpienia zaburzeń świadomości
- Monitorowanie parametrów życiowych (RR, HR, oddech)
- Kontrolowanie stopnia natężenia bólu głowy
- Informowanie lekarza o wszelkich niepokojących objawach
- Podawanie na zlecenie lekarza środków obniżających ciśnienie wewnątrzczaszkowe

Ocena: Nie wystąpiły objawy świadczące o wzmożonym ciśnieniu śródczaszkowym.

IV. Problem pielęgnacyjny: Niepokój pacjentki spowodowany obawą przed planowanym wykonaniem zabiegu nakłucia lędźwiowego i ewentualnymi powikłaniami po wykonanym zabiegu.

Cel działania: Uspokojenie chorej.

Planowane działania:

- Poinformowanie chorej o celu wykonania, przygotowaniu i przebiegu nakłucia lędźwiowego oraz postępowaniu po zabiegu.
- Umożliwienie kontaktu z lekarzem w celu wyjaśnienia wątpliwości
- Upředzenie o konieczności pozostania w pozycji leżącej co najmniej 2 godziny po wykonaniu nakłucia
- Zapewnienie o stałej dostępności personelu pielęgniarskiego
- Okazanie zrozumienia i uważne wysłuchanie wątpliwości pacjentki
- Uzyskanie pisemnej zgody na wykonanie zabiegu

Ocena: Wyjaśniono wszystkie wątpliwości pacjentki. Spokojnie czeka na wykonanie zabiegu nakłucia lędźwiowego.

V. Problem pielęgnacyjny: Możliwość wystąpienia powikłań z powodu założonego wkłucia obwodowego.

Cel działania: Ograniczenie możliwości wystąpienia powikłań.

Planowane działania:

- Założenie karty obserwacji miejsca wkłucia obwodowego
- Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki podczas manipulacji przy wkłuciu obwodowym
- Zmiana opatrunku co 24 godziny lub w razie potrzeby
- Przestrzeganie czasu utrzymywania kaniuli w naczyniu żylnym (72 godziny)
- Obserwacja stanu skóry wokół miejsca wkłucia

Ocena: Powikłania nie wystąpiły.

VI. Problem pielęgnacyjny: Ryzyko upadku spowodowane zawrotami głowy występującymi przy pionizacji.

Cel działania: Zapobieganie upadkom i ewentualnym urazom.

Planowane działania:

- Asystowanie chorej przez pielęgniarkę podczas spacerów i wychodzenia do toalety
- Zapewnienie pacjentki o stałej dostępności personelu pielęgniarskiego
- Zorganizowanie odpowiedniej przestrzeni w sali do swobodnego poruszania się, usunięcie niepotrzebnych sprzętów

- Ograniczenie do minimum potrzeby wychodzenia z łóżka
- Dostarczenie przez rodzinę bezpiecznego, wygodnego obuwia
- Zapewnienie sprzętu pomocniczego (balkonik)
- Okazanie cierpliwości podczas chodzenia, nieponaglanie chorej

Ocena: Upadki i urazy ciała nie wystąpiły.

VII. Problem pielęgnacyjny: Ograniczona samodzielność w wykonywaniu codziennych czynności spowodowana spadkiem wydolności fizycznej.

Cel działania: Umożliwienie wykonywania codziennych czynności (mycie, ubieranie, jedzenie).

Planowane działania:

- Zmiana bielizny pościelowej i osobistej
- Zaprowadzenie chorej do łazienki, asekurowanie w czasie kąpieli
- Podawanie posiłków zgodnie z zaleconą dietą
- Włączenie rodziny do pomocy przy wykonywaniu codziennych czynności
- Okazanie zrozumienia i cierpliwości

Ocena: Podstawowe potrzeby zostały zaspokojone.

VIII. Problem pielęgnacyjny: Obniżony nastrój spowodowany hospitalizacją i obawą o wynik leczenia.

Cel działania: Poprawa nastroju.

Planowane działania:

- Zapoznanie z topografią oddziału i personelem
- Poinformowanie o możliwości kontaktu z lekarzem prowadzącym
- Informowanie i wyjaśnianie celu wykonywanych działań
- Stworzenie atmosfery bezpieczeństwa, zapewnienie o stałej dostępności personelu pielęgniarskiego
- Udzielanie wsparcia psychicznego, uważne wysłuchiwanie problemów
- Umożliwienie kontaktu z rodziną
- Zapoznanie z innymi pacjentami

Ocena: Nastrój chorej poprawił się.

IX. Problem pielęgnacyjny: Nadwaga spowodowana nieodpowiednimi nawykami żywieniowymi.

Cel działania: Redukcja masy ciała.

Planowane działania:

- Edukacja w zakresie zasad prawidłowego odżywiania się
- Uświadomienie chorej, że nadwaga może prowadzić do otyłości, która jest czynnikiem ryzyka chorób sercowo – naczyniowych
- Umożliwienie spotkania z dietetykiem
- Dostarczenie ulotek lub broszur informacyjnych na temat prawidłowego żywienia
- Wskazanie roli aktywności fizycznej w procesie redukcji masy ciała

Ocena: Chora rozumie potrzebę redukcji masy ciała, wykazuje chęć zastosowania się do wskazówek.

X. Problem pielęgnacyjny: Brak wiedzy pacjentki na temat możliwości wystąpienia powikłań spowodowanych podwyższonym ciśnieniem tętniczym krwi.

Cel działania: Utrzymanie prawidłowych wartości ciśnienia tętniczego krwi.

Planowane działania:

- Uświadomienie chorej zagrożeń wynikających z utrzymywania się podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi
- Sprawdzenie umiejętności samodzielnego pomiaru ciśnienia
- Wskazanie roli systematycznej kontroli i dokumentowania pomiarów (dzienniczek kontroli ciśnienia)
- Uświadomienie o konieczności regularnego przyjmowania leków
- Poinformowanie o konieczności ograniczenia soli w pożywieniu
- Zwrócenie uwagi na rolę aktywności fizycznej w regulowaniu ciśnienia tętniczego krwi

Ocena: Chora rozumie potrzebę utrzymania prawidłowych wartości ciśnienia tętniczego krwi.

XI. Problem pielęgnacyjny: Złe samopoczucie spowodowane niemożnością zapalenia papierosa.

Cel działania: Poprawa samopoczucia chorej.

Planowane działania:

- Odwrócenie uwagi chorej, zapewnienie prasy, rozmowy z innymi pacjentami
- Okazanie życzliwości i zrozumienia
- Wskazanie metod i środków ułatwiających zakończenie palenia papierosów
- Wykorzystanie okazji do edukacji na temat zagrożeń jakie stanowi palenie tytoniu
- Wyliczenie korzyści płynących z rzucenia nałogu
- Włączenie rodziny w proces wychodzenia z nałogu
- Wspieranie chorej w utrzymaniu decyzji o zaprzestaniu palenia

Ocena: Chora wydaje się być przekonana do rzucenia nałogu. Problem wymaga dalszego monitorowania.

XII. Problem pielęgnacyjny: Trudności z zasypianiem spowodowane pobytem w nowym środowisku.

Cel działania: Ułatwienie zasypiania.

Planowane działania:

- Poinformowanie chorej o wskazanym unikaniu podsypiania w dzień
- Zorganizowanie czasu wolnego (dostarczenie prasy przez rodzinę)
- Pomoc pacjentce w przyjęciu wygodnej pozycji w łóżku przed zaśnięciem
- Utrzymanie odpowiedniego mikroklimatu w sali
- Zmiana pościeli w razie potrzeby
- Zapewnienie ciszy i spokoju, zgaszenie światła
- Pomoc w wykonaniu toalety wieczornej
- W razie konieczności podanie na zlecenie lekarza środków nasennych

Ocena: Podjęte działania ułatwiły chorej zaśnięcie

XIII. Problem pielęgnacyjny: Brak dostatecznej wiedzy na temat chorób przenoszonych przez kleszcze.

Cel działania: Uświadomienie chorej zagrożenia jakie stanowią kleszcze.

Planowane działania:

- Przedstawienie chorej podstawowych wiadomości na temat biologii kleszczy i najczęstszych chorób przez nie przenoszonych

- Poinformowanie o sposobach zabezpieczenia się przed ukłuciem podczas pobytu w lesie
- Pokazanie prawidłowego sposobu usuwania kleszcza

Ocena: Chora posiada podstawową wiedzę, która umożliwi jej zminimalizowanie możliwości ukłucia przez kleszcza.

Zalecenia dla chorej po wypisaniu ze szpitala

- Umiarkowana aktywność fizyczna, unikanie przemęczenia się
- Dostateczna ilość snu i odpoczynku
- Unikanie sytuacji stresowych
- Prawidłowe odżywianie się
- Redukcja masy ciała
- Dbanie o właściwe nawodnienie organizmu (1,5 l płynów na dobę)
- Regularne przyjmowanie leków obniżających ciśnienie tętnicze krwi
- Prowadzenie kontroli pomiarów ciśnienia
- W razie potrzeby przyjmowanie zleconych leków przeciwbólowych
- Zaprzestanie palenia tytoniu
- Zabezpieczanie się przed pokłuciem przez kleszcze podczas pobytu w lesie

Wnioski

1. W oparciu o zastosowane metody badawcze: obserwację, wywiad, analizę dokumentacji i pomiar wyodrębniono następujące problemy pielęgnacyjne:
 - Dyskomfort fizyczny i psychiczny spowodowany objawami toczącego się procesu zapalnego w ośrodkowym układzie nerwowym
 - Możliwość wystąpienia zaburzeń wodno – elektrolitowych
 - Możliwość pogorszenia ogólnego stanu zdrowia z powodu ewentualnego obrzęku mózgu lub wzrostu ciśnienia wewnątrzczaszkowego
 - Niepokój spowodowany obawami przed planowanym wykonaniem nakłucia lędźwiowego
 - Możliwość wystąpienia powikłań z powodu założonego dostępu naczyniowego
 - Ryzyko upadku spowodowane występującymi zawrotami głowy
 - Ograniczoną samodzielność w wykonywaniu codziennych czynności

- Obniżony nastrój z powodu hospitalizacji
 - Nadwagę
 - Brak wiedzy na temat ryzyka wystąpienia powikłań spowodowanych nadciśnieniem
 - Złe samopoczucie z powodu niemożności zapalenia papierosa
 - Trudności z zasypianiem
 - Brak dostatecznej wiedzy na temat chorób odkleszczowych.
2. Na podstawie zebranych szczegółowych informacji o pacjentce opracowano indywidualny plan opieki pielęgniarskiej, uwzględniający różnorodność i złożoność problemów chorej. Zaproponowano działania pozwalające na realizację założonych celów.
 3. Dokonano oceny stopnia realizacji założonych celów pielęgnacyjnych. Zwrócono szczególną uwagę na poprawę ogólnego samopoczucia chorej, zmniejszenie dolegliwości bólowych, dyskomfortu spowodowanego pobytem w szpitalu oraz wystąpienia powikłań.
 4. W celu utrzymania ciągłości opieki sformułowano wskazówki do dalszego postępowania. Uwzględniono wskazówki do prowadzenia zdrowego stylu życia.

Piśmiennictwo

1. Kasper D. L., Fauci A.S.: Harrison Choroby Zakaźne. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2012, 1311.
2. <http://www.medycynatropikalna.pl/chorobazakazna/9/kleszczowe-zapalenie-mozgu;> 12.12.2017, godz. 20:30.
3. Godek A.: Borelioza i inne choroby przenoszone przez kleszcze. Wydawnictwo Borgis, Warszawa 2016, 32-34.
4. Majda – Stanisławska E.: Zapalenie mózgu związane z ukłuciem przez kleszcza. Jak je rozpoznać, jak zapobiegać. Praktyka lekarska. Zeszyty Specjalistyczne, 2016, 146, 6-10.
5. Adamkiewicz B., Głąbiński A., Klimek A.: Neurologia dla studentów wydziału pielęgniarstwa. Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2010, 14, 25.
6. Markowski J., Narkiewicz O.: Układ nerwowy ośrodkowy [w:] Anatomia człowieka, pod red. Łasiński W. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014.
7. Walsch K., Darby D.: Neuropsychologia kliniczna. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2016, 43-45.

8. Jaracz K., Kozubski W.: Pielęgniarstwo neurologiczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
9. Drelich A., Kruszyński P., Wąsik T. J.: Etiopatogeneza kleszczowego zapalenia mózgu (KZM). *Annales Academiae Medicae Silesiensis*, 2012, 66 (6), 45-65.
10. Zajkowska J.: Kleszczowe zapalenie mózgu w Europie. Nowe zagrożenia. *Forum Zakażeń*, 2017, 8 (3), 197-201.
11. Zajkowska J., Czupryna P.: Kleszczowe zapalenie mózgu – epidemiologia, patogeneza, obraz kliniczny, diagnostyka, profilaktyka i leczenie. *Forum Zakażeń*, 2013, 4 (1), 43-51.
12. <http://www.roik.pl/kleszczowe-zapalenie-mozgu-mapy-obszarow-narazonych-na-epidemie>, 19.01.2018, godz. 01:10.
13. <https://trawka.org/topic/16325-uwaga-na-kleszcze/?page=4>, 19.03.2018, godz.15:10.
14. Cianciara J., Juszczak J.: Choroby zakaźne i pasożytnicze. Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2012, 46, 628-630.
15. Boroń – Kaczmarska A., Wiercińska – Drapała A.: Choroby zakaźne i pasożytnicze. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2017, 83, 110-112.
16. Storl W. D.: Naturalne leczenie boreliozy. Wydawnictwo Purana, Wrocław, 2012, 40-43.
17. Zajkowska J.: Pokłucie przez kleszcza a ryzyko wystąpienia kleszczowego zapalenia mózgu. Jak uchronić się przed pokłuciem i zachorowaniem. *Forum Zakażeń*, 2015, 6 (2), 127-133.
18. Zajkowska J.M.: Transmisja i krążenie patogenów odkleszczowych (KZM i boreliozy) i rola zmieniającego się środowiska. *Przegląd Epidemiologiczny*, 2010, 64 (4), 525-531.
19. www.esccap.pl/kleszcze, 19.03.2018, godz. 15:00.
20. Krajewska – Kułak E., Szczepański M.: Badanie fizykalne w praktyce pielęgniarek i położnych. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008, 39-43, 275.
21. Pancewicz S., Garlicki A. M. i wsp.: Diagnostyka i leczenie chorób przenoszonych przez kleszcze. Rekomendacje polskiego towarzystwa epidemiologów i lekarzy chorób zakaźnych. *Przegląd Epidemiologiczny*, 2015, 69, 421-428.
22. Klimaszewska K., Baranowska A., Krajewska- Kułak E. (red.): Podstawowe czynności medyczne i pielęgnacyjne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017, 503-510.
23. Kózka M., Płaszewska – Żywko L.: Procedury pielęgniarskie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, 457-459.

24. Moniuszko A., Pancewicz S. A. i wsp.: Diagnostyka wybranych wirusowych zakażeń ośrodkowego układu nerwowego. Przegląd Epidemiologiczny, 2010, 64 (3), 355-360.
25. Guzek J. W.: Patofizjologia człowieka w zarysie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, 454.
26. <https://pediatria.mp.pl/pierwszypomoc/66747,jak-usunac-kleszcza>, 19.03.2018, godz. 20:27.
27. Dutkiewicz J., Cisak E. i wsp.: Profilaktyka chorób odkleszczowych. Bezpieczeństwo Pracy: Nauka i Praktyka, 2014, 4, 21-23.
28. https://mojepanstwo.pl/dane/dziennik_ustaw/62751,rozporzadzenie-w-sprawie-wykazu-rodzajow, 29.12.2017, godz. 22:40.
29. https://gis.gov.pl/images/pso_2018_r_.pdf, 28.02.2018, godz. 12:30.
30. <http://szczepienia.pzh.gov.pl/szczepionki/kleszczowe-zapalenie-mozgu/?print-version>, 04.12.2017, godz. 22:15.
31. Kózka M., Płaszewska – Żywko L.: Diagnozy i interwencje pielęgniarские. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, 27-34.

Łojewska Marlena¹, Mirończuk-Chodakowska Iwona², Szwed Olga³

1. Absolwentka kierunku Dietetyka, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Biotechnologii Żywności, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Studencie Koło Naukowe przy Zakładzie Biotechnologii Żywności
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Ocena natężenia stresu oraz wybranych nawyków żywieniowych i stylu życia wśród studentów

Wstęp

Stres jest pojęciem trudnym do jednoznacznego zdefiniowania. W ujęciu klasycznym (biologicznym) oznacza reakcję organizmu na szereg czynników biologicznych tak zwanych stresorów. Natomiast w ujęciu psychologicznym oznacza najczęściej przykrą reakcję emocjonalną [1].

Stres jest nieodłącznym elementem codziennego życia, dotyczy każdego bez względu na wiek czy płeć. Rozwój cywilizacji oraz warunki codziennej egzystencji wpływają na szybki wzrost odsetka osób odczuwających somatyczne i psychiczne skutki długotrwałego działania stresu. Najczęstszymi symptomami stresu są: problemy żołądkowe, bezsenność lub pogorszenie pamięci, bóle głowy, tiki nerwowe oraz drżenie kończyn [2].

Czynnikami, w dużej mierze, warunkującymi odporność na stres są: prawidłowe nawyki żywieniowe oraz regularna aktywność fizyczna, które są nieodłącznymi elementami zdrowego stylu życia [3].

Racjonalne żywienie powinno opierać się przede wszystkim na dostarczaniu odpowiedniej ilości energii dostosowanej do wieku, płci oraz stylu życia. Prawidłowo zbilansowana dieta powinna uwzględniać równomierne rozłożenie posiłków w ciągu dnia oraz ich prawidłowy skład [4].

Osoby narażone na długotrwały stres zwykle odżywiają się gorzej niż osoby mniej podatne na jego działanie. Wykazują tendencję do spożywania większej ilości pokarmów, o wysokiej zawartości cukrów prostych oraz tłuszczu. Wykazują również tendencję do nieregularnego spożywania posiłków. Osoby odczuwające silne emocje częściej sięgają po różnego rodzaju używki, które stają się sposobem radzenia sobie ze stresem [2].

Kształtowanie prawidłowych nawyków żywieniowych uwarunkowane jest przez czynniki społeczno-psychologiczne, demograficzne, warunki kulturowe oraz tryb życia.

Rozpoczęcie studiów jest nieodłącznie związane ze zmianą trybu życia oraz sytuacjami towarzyszącymi: zmianą otoczenia, podjęciem samodzielności, określeniem swojej pozycji w grupie rówieśniczej. Co w dużej mierze zwiększa podatność na czynniki stresowe [5].

Według dostępnych badań studenci zgłaszają częściej niż grupa wiekowo porównywalna osób niestudiujących, występowanie problemów psychicznych, często będących konsekwencją nieradzenia sobie ze stresem [5]. Dlatego bardzo istotne jest, aby w tym okresie życia zwracać szczególną uwagę na wzmacnianie zachowań prozdrowotnych [3].

Prawidłowe odżywianie i zdrowy styl życia stanowią podstawę dobrostanu organizmu oraz jego prawidłowego funkcjonowania. Odpowiednio zbilansowana dieta oraz regularna aktywność fizyczna, zapewniają właściwy rozwój, zmniejszają ryzyko chorób oraz poprawiają odporność na stres. Nieprawidłowe nawyki żywieniowe mogą prowadzić do niedoborów składników odżywczych, mineralnych oraz witamin. Skutkiem ich niedostatecznej podaży jest zwiększone ryzyko występowania objawów takich jak: zmęczenie, rozdrażnienie oraz brak koncentracji, co w konsekwencji prowadzi również do inicjowania sytuacji stresowych. Wśród wielu składników niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania układu nerwowego, na szczególną uwagę zasługują magnez i witaminy z grupy B. Zbilansowana dieta oraz zdrowy styl życia, a w tym: regularna aktywność fizyczna, wystarczająca ilość snu oraz stronięcie od używek są istotne w redukowaniu negatywnych emocji.

Cel pracy

Celem niniejszej pracy była ocena stylu życia i nawyków żywieniowych oraz natężenia stresu wśród studentów.

Material i metodyka badań

Badania zostały przeprowadzone w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku w roku akademickim 2017/2018. Grupę badaną stanowiło 100 studentów z Wydziału Nauk o Zdrowiu, z kierunków dietetyka i elektroradiologia.

Dane zebrano przy pomocy autorskiego kwestionariusza ankiety oraz standaryzowanego kwestionariusza PSS-10 Skala Odczuwanego Stres z Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, który służy do badania osób

dorosłych, zdrowych i chorych. Składa się z 10 pytań dotyczących częstości odczuwanych negatywnych emocji oraz umiejętności radzenia sobie z nimi. Pozwala na dokonanie oceny natężenia stresu związanego z sytuacją życiową na przestrzeni ostatniego miesiąca. Interpretacji wyników dokonano przy pomocy podręcznika NPSR– Narzędzia Pomiaru Stresu i Radzenia Sobie ze Stresem Zygryda Jurczyńskiego i Niny Ogińskiej-Bulik [6].

Analizę danych przeprowadzono przy pomocy programów komputerowych Microsoft Excel 2017 oraz Statistica 13.1 StatSoft.

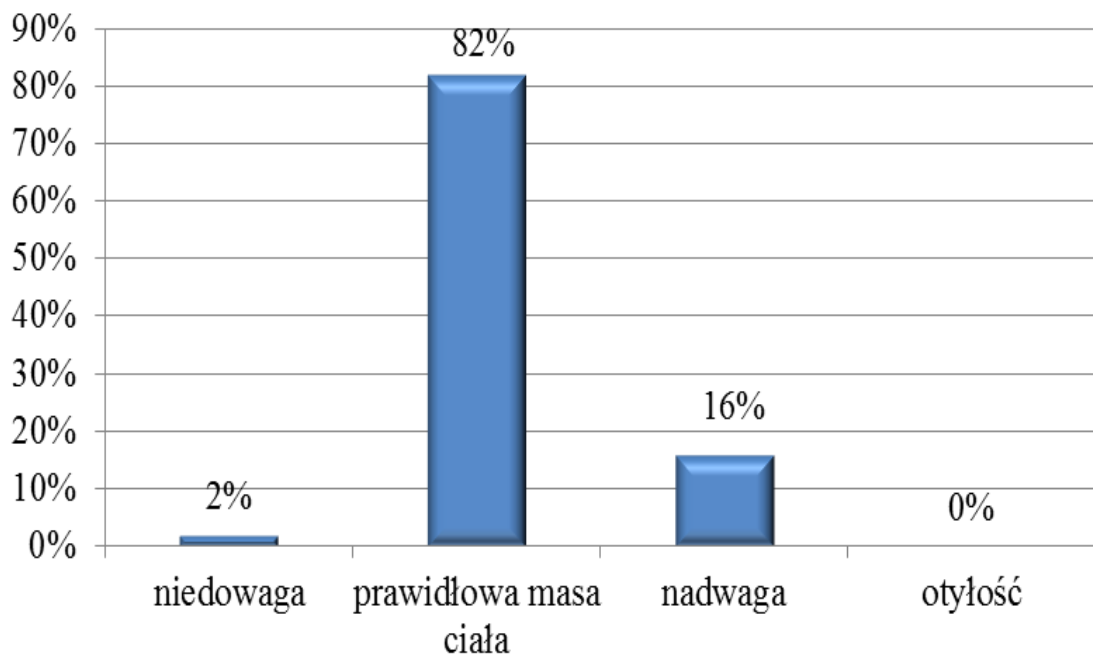
Wyniki badań i ich omówienie

W badaniu wzięło udział 85 kobiet i 15 mężczyzn w wieku od 20 do 24 lat (Tabela I). Średni wzrost studentów wynosił 168 cm, masa ciała 63 kg, wskaźnik BMI kształtował się na poziomie 22 kg/m².

Tabela I. Charakterystyka grupy badanej

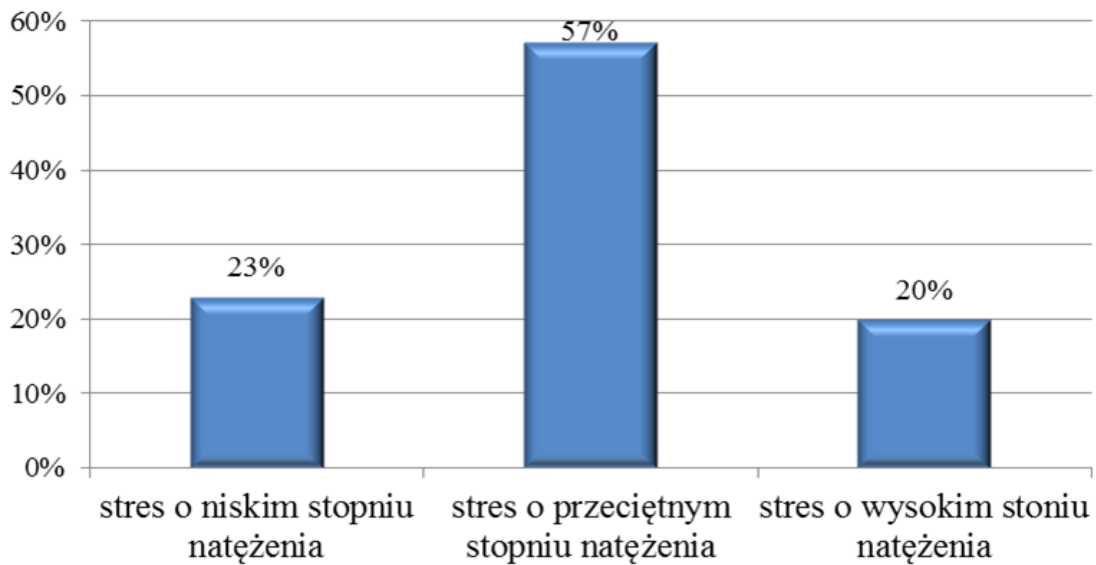
Grupa studentów: Kobiety n= 85; Mężczyźni n= 15		
	Średnia	Zakres
wiek	21,76	20- 24
wzrost (cm)	168,26	158- 194
masa ciała (kg)	63,37	44-125
BMI (kg/m ²)	22,23	17,75- 27,04

Na Rycinie 1 przedstawiono rozkład procentowy wskaźnika BMI (Body Mass Index) wśród studentów biorących udział w badaniu. Największą grupę stanowiły osoby o prawidłowej masie ciała (82%). Niedowaga dotyczyła 2% studentów, natomiast nadwaga 16%. Wśród badanych nie było osób z otyłością. Natomiast w badaniach dotyczących stanu odżywienia i sposobu żywienia studentów Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie, otyłość stwierdzono średnio u 5 %, nadwagę u 22%, a niedowagę u 2,5 % badanych [7].



Rycina 1. Procentowy rozkład współczynnika BMI wśród badanych

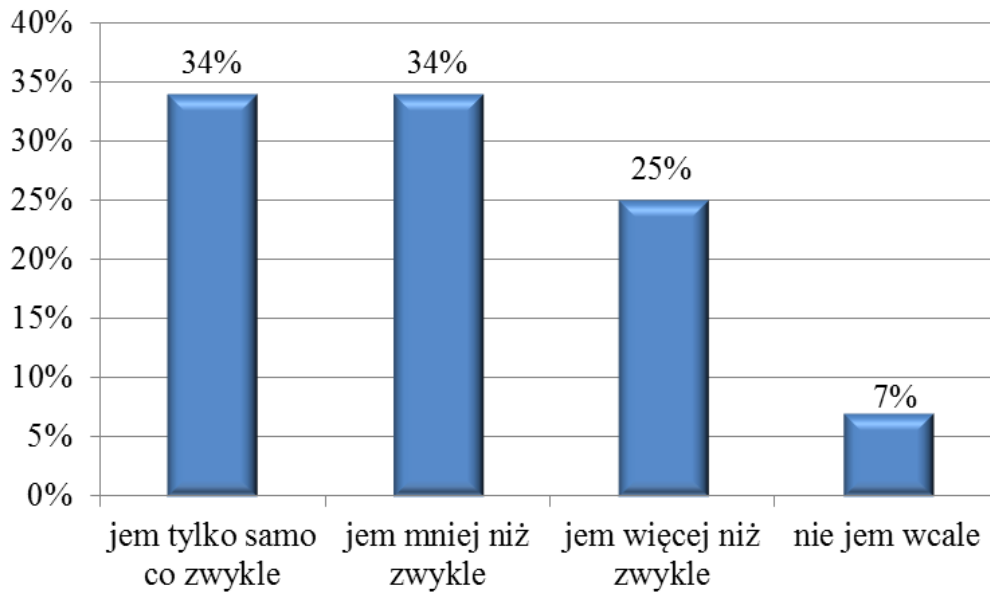
Na Rycinie 2 przedstawiono procentowy udział studentów odczuwających stres o różnym stopniu nasilenia. Pomiar odczuwanego stresu w subiektywnej ocenie studentów, przeprowadzono przy pomocy standaryzowanego kwestionariusza PSS-10 - Skala Odczuwanego Stresu. Badani odczuwający stres o przeciętnym stopniu nasilenia należeli do większości (57%). Jedna czwarta badanych odczuwała stres o niskim stopniu natężenia, natomiast 20% stres o wysokim stopniu natężenia. Inni autorzy posługujący się skalą PSS-10 w badaniach prowadzonych wśród studentów uczelni wyższych uzyskali zbliżone wyniki. Mediana natężenie stresu wśród studentek zdrowia publicznego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach kształtowało się na poziomie 6-7 stena, co według interpretacji wyników traktowane jest jako przeciętne nasilenie stresu [8]. Podobne wyniki uzyskali studenci ratownictwa medycznego, wśród których średni wynik natężenia stresu kształtował się na poziomie 6 stena [9]. Najwyższe natężenie stresu stwierdzili autorzy prowadzący badania wśród studentów kierunku lekarskiego [10].



Rycina 2. Stopień natężenia stresu odczuwanego wśród studentów

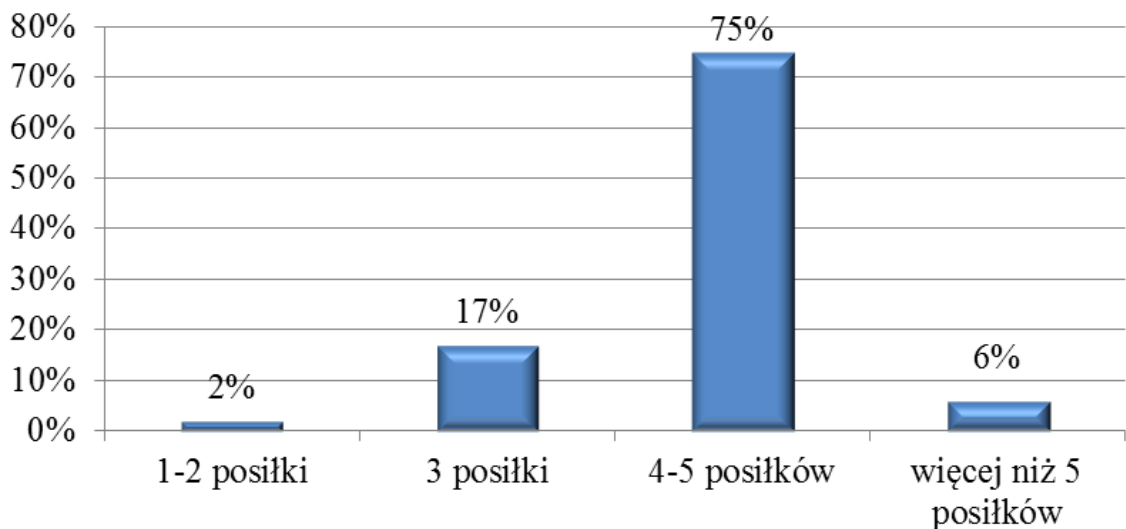
Rycina 3 prezentuje procentowy udział osób odczuwających zmiany apetytu w wyniku sytuacji stresowej. Jak prezentują badania własne ankietowani studenci podczas sytuacji stresowych najczęściej jedli tyle samo bądź mniej niż zwykle (34%). Tylko 25% studentów jadło więcej niż zwykle. Natomiast według Dąbskiej i wsp. 39% studentów reagowało objadaniem się w sytuacji stresowej [11]. W niniejszych badaniach wykazano, że jedynie 7% ankietowanych zgłosiło brak apetytu w sytuacji stresowej. Natomiast badania przeprowadzone wśród studentów Politechniki Lubelskiej wykazały ponad ośmiokrotnie wyższy procent osób (61%), które w wyniku odczuwania silnego stresu nie były w stanie nic zjeść [11].

Jednym z głównych czynników, które kształtują zachowania żywieniowe, obok ekonomicznych i społeczno-kulturowych, jest stres. Napięcie emocjonalne często wiązane jest z zaburzeniami kontroli spożywania posiłków. W czasie zmożonego napięcia niektóre osoby mają tendencję do przejadania się, inne z kolei jedzą mniej niż zwykle. Fizjologiczną reakcją na silny i nagły stres według Jeżewskiej–Zychowicz oraz Torresy i Nowsona jest ograniczenie jedzenia [12, 13].



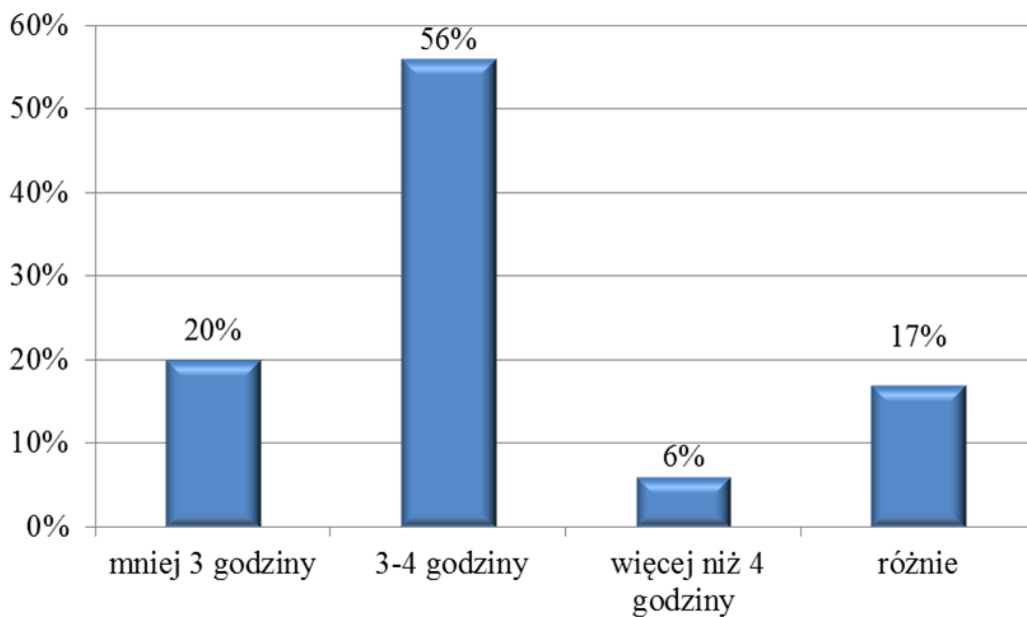
Rycina 3. Procentowy udział osób odczuwających zmiany apetytu w wyniku sytuacji stresowej

W badaniach własnych stwierdzono, że 75% ankietowanych spożywało 4-5 posiłków dziennie (Rycina 4). Natomiast badania przeprowadzone wśród studentów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi wykazały, że konsumpcję 4 -5 posiłków dziennie zadeklarowało 34,1% ankietowanych natomiast ponad 40% deklarowało spożycie 3 posiłków na dobę [14]. W badaniach własnych spożywanie 3 posiłków na dobę deklarowało jedynie 17% respondentów. Odsetek studentów w badaniach własnych spożywających 2 lub mniej posiłków na dobę wynosił 2 %. Analogiczne wyniki uzyskała Radziejewicz –Ghun i wsp. [15].



Rycina 4. Liczba spożywanych posiłków dziennie

Młodzież akademicka jest grupą, która ze względu na szereg zajęć może mieć problem z realizacją zaleceń żywieniowych dotyczących liczby i częstości spożywania posiłków [16]. Jednakże studenci kierunków medycznych powinni wykazywać się większą świadomością w zakresie zaleceń żywieniowych w porównaniu do studentów innych uczelni. Potwierdziły to badania własne, w których 56% studentów deklarowało regularne spożywanie posiłków (Rycina 6), w odstępach co 3-4 godziny. Natomiast 44% ankietowanych nie przestrzegało prawidłowych przerw. Podobną tendencję obserwowano w badaniach Rodziewicz-Gruhn i Połacik, gdzie brak regularnego spożywania posiłków deklarował znaczący odsetek studentów - 58% kierunków humanistycznych oraz 59% studentek wychowania fizycznego [15]. Niestety niektórzy autorzy wskazują również na problem nieregularnego spożywania posiłków wśród młodzieży studiującej na kierunkach o profilu związanym z żywnością i żywieniem [17].



Rycina 6. Częstotliwość spożycia posiłków w ciągu doby

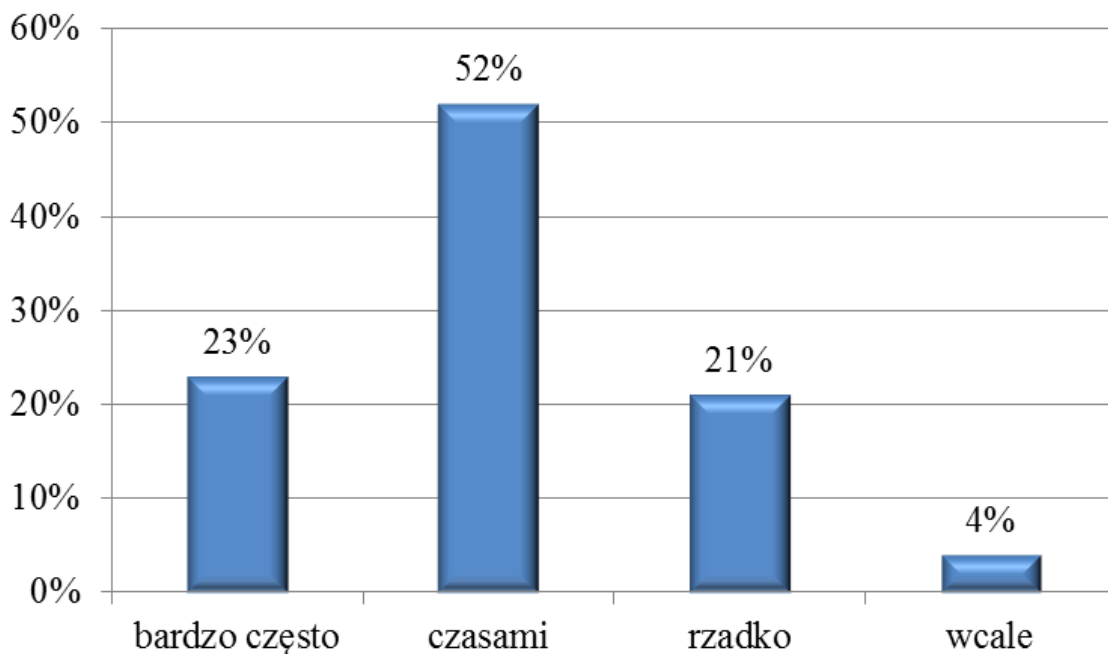
Słodycze u wielu osób wywołują pozytywne skojarzenia z okresem dzieciństwa oraz z nagradzaniem pożądaných zachowań. W popularyzowaniu słodyczy swój udział mają również środki masowego przekazu, które znacząco kształtują wybory konsumentów [18]. Z badań własnych wynika, że ankietowani studenci nie poddają się sugestii reklam i zachowują umiar w spożyciu słodyczy. Zaledwie 23% ankietowanych spożywa słodycze bardzo często. Natomiast ponad połowa ankietowanych (52%) deklaruje, że spożywa tego

rodzaju produkty tylko czasami. Jak wynika z badań innych autorów największa częstotliwość spożycia słodczy dotyczy populacji do 18 roku życia [19, 20].

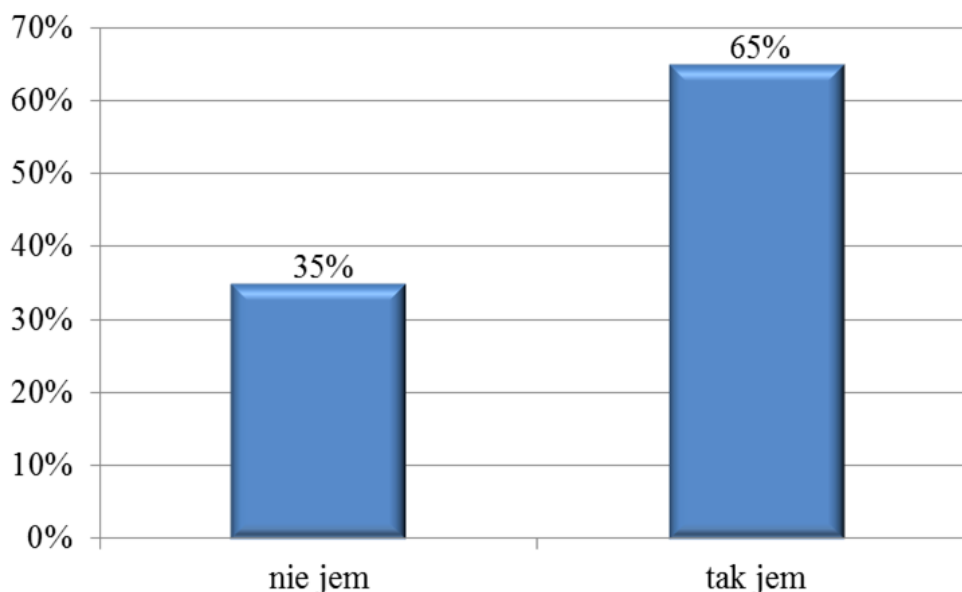
Wysoka zawartość węglowodanów w tych produktach powoduje wzrost tryptofanu we krwi, co skutkuje pobudzeniem mózgu do wytwarzania serotoniny poprawiającej nastrój [18].

Studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku zapytano również, czy jedzą słodczy podczas sytuacji stresowych (Rycina 8). 65% ankietowanych zadeklarowało sięganie po te produkty w sytuacji wzmożonego napięcia emocjonalnego.

Według Kosickiej- Gębskiej i wsp. w sytuacjach stresowych 22% populacji polskiej sięga po słodczy [21]. Natomiast w badaniach Kozłowskiej i wsp. zaobserwowano, że spożycie słodczy zależy od rodzaju odczuwanych emocji. Pod wpływem smutku słodczy spożywało 40%, a strachu 13% badanych [22].

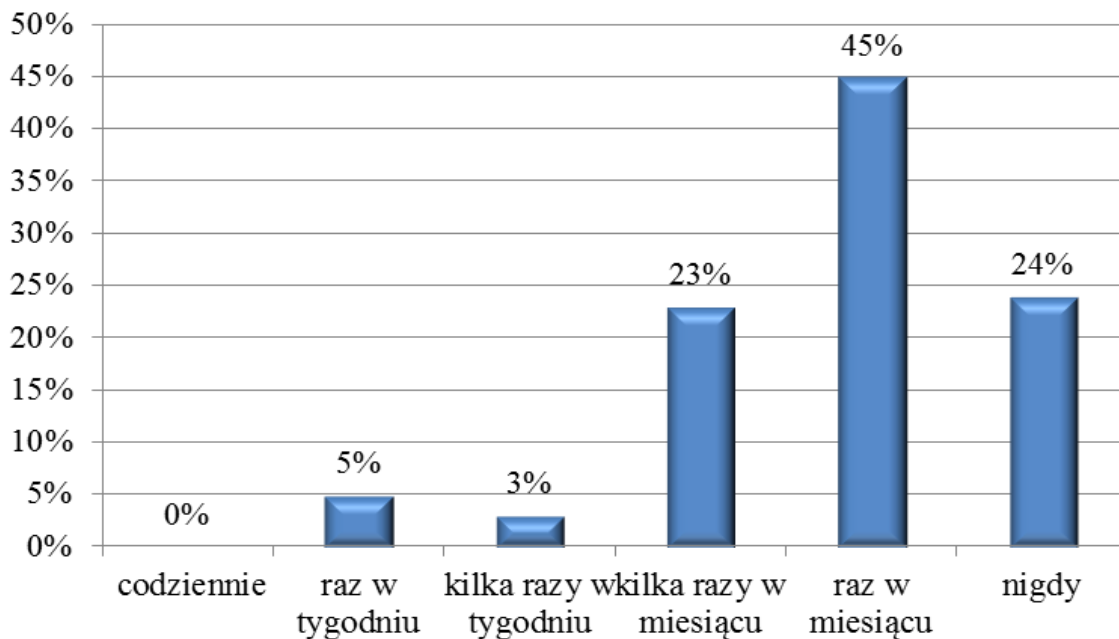


Rycina 7. Częstość spożycia słodczy



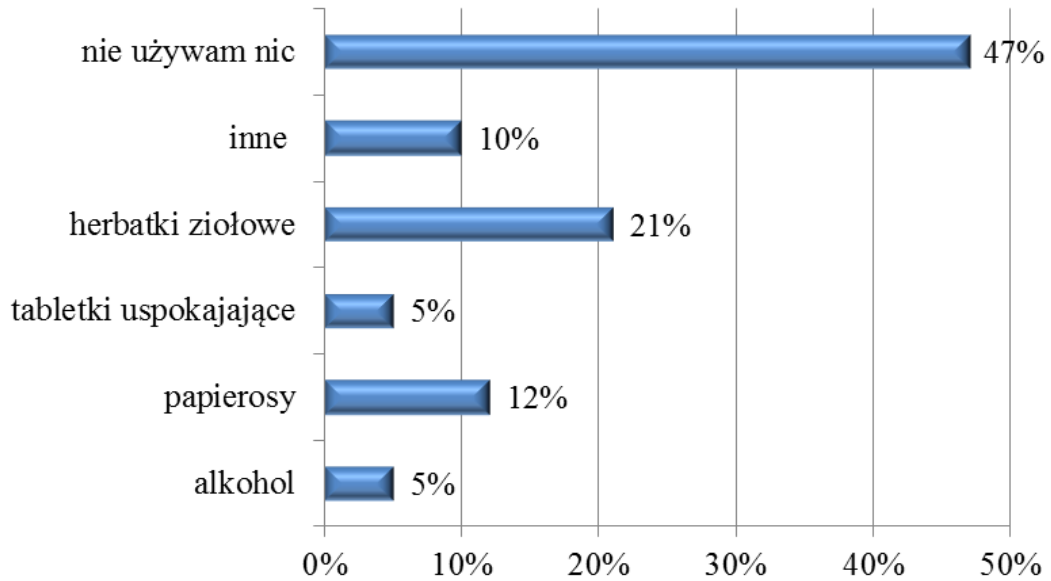
Rycina 8. Wpływ odczuwanego stresu na spożywanie słodczy

Rycina 9 prezentuje częstotliwość korzystania z restauracji typu fast-food przez badaną grupę studentów. Jak wynika z badań własnych tylko niewielki odsetek (8%) ankietowanych, odwiedzał bary szybkiej obsługi z częstotliwością od jednego do kilku razy w tygodniu. Najwięcej osób zadeklarowało spożycie żywności typu fast-food raz w miesiącu (45%). Podobne wyniki uzyskali autorzy badający zwyczaje żywieniowe wśród studentów Politechniki Wrocławskiej oraz Akademii Medycznej we Wrocławiu. Spożycie żywności typu fast-food wśród studentów tych uczelni ograniczało się do kilku razy w tygodniu, u nie więcej niż 15% ankietowanych. Natomiast rzadziej niż raz w miesiącu tego rodzaju produkty konsumowało 36-41% ankietowanych [23]. Podobną częstotliwością spożycia produktów typu fast-food charakteryzowali się studenci Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, wśród których tylko 43% spożywało tego typu żywność rzadziej niż raz w miesiącu [24]. Żywność typu fast-food charakteryzowała się natomiast dużą większą popularnością wśród studentów z uczelni szczecińskich, gdzie prawie 60% z nich wybierało jedzenie z barów szybkiej obsługi przynajmniej raz w tygodniu [25].



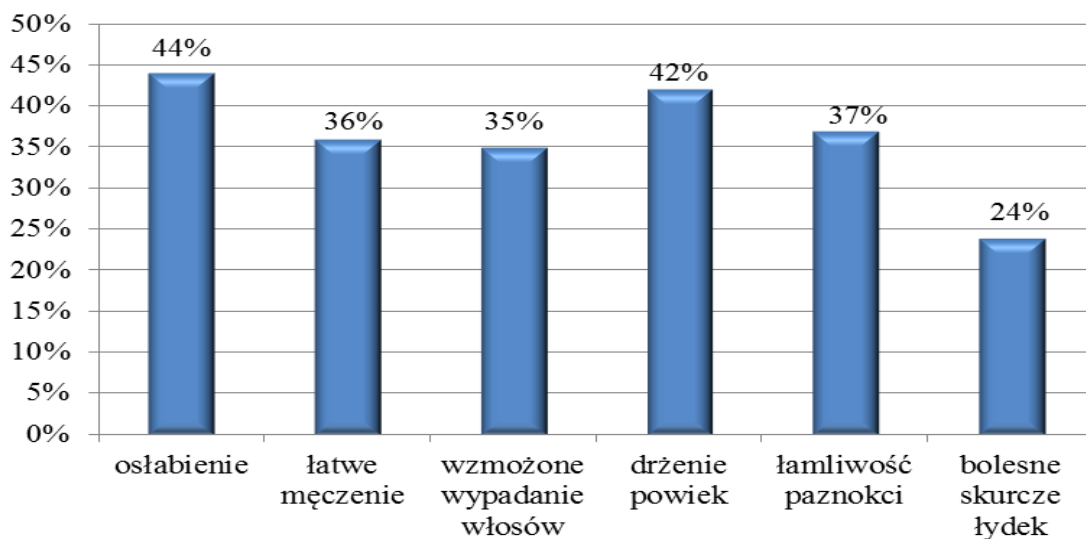
Rycina 9. Częstotliwość korzystania z restauracji typu fast-food

Rycina 10 obrazuje jakich preparatów w sytuacjach stresowych używali ankietowani - 47% z nich nie stosowało żadnych środków wspomagających. Wśród wszystkich preparatów i używek największą popularnością charakteryzowały się herbatki ziołowe (21%), w drugiej kolejności papierosy (12%). Natomiast po 5% ankietowanych sięgało po tabletki uspokajające oraz alkohol. Analogiczny odsetek (5%) stanowią studenci wspomagający się alkoholem według Dąbskiej i wsp. [11] natomiast wg Kozłowskiej i wsp. studenci płci męskiej sięgali po alkohol częściej (45%), niż koleżanki z uczelni [22]. Według badań innych autorów studenci palili papierosy w sytuacjach stresowych ponad dwukrotnie częściej w porównaniu do badań własnych [11], a herbatki ziołowe były również najczęściej wybieranym preparatem uspokajającym wśród studentek lubelskich [22].



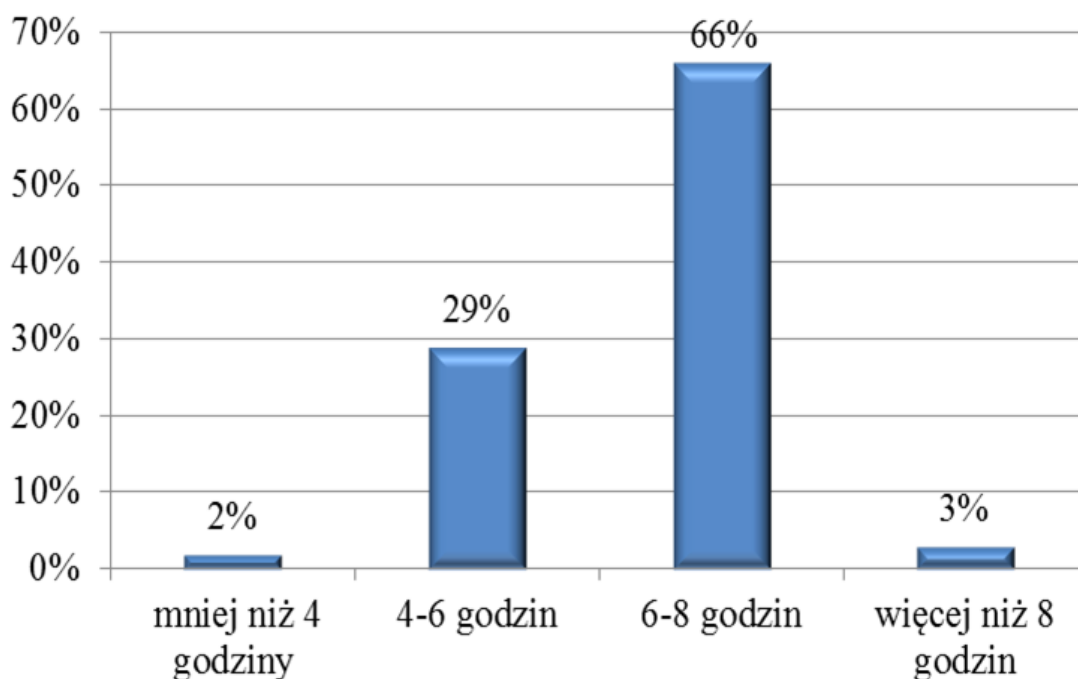
Rycina 10. Preparaty i używki stosowane w celu łagodzenia objawów stresu

Rycina 11 obrazuje odpowiedzi na pytanie z jakimi dolegliwościami, które mogą być spowodowane niską podażą magnezu, zmagają się studenci. 44% ankietowanych zgłosiło osłabienie, a 36% łatwe męczenie. Do częstych objawów niedoboru tego makroelementu wśród badanych można zaliczyć również drżenie powiek, które występowało u 42% oraz problemy kosmetyczne takie jak wzmożone wypadanie włosów i łamliwość paznokci, które deklarowało odpowiednio: 35% i 37% badanych. Bolesne skurcze mięśni dotyczyły 24% ankietowanych. W pracy Skrzek i wsp. analogiczne objawy niedoboru magnezu były powodem włączenia suplementacji tym pierwiastkiem wśród ankietowanych studentów [26].



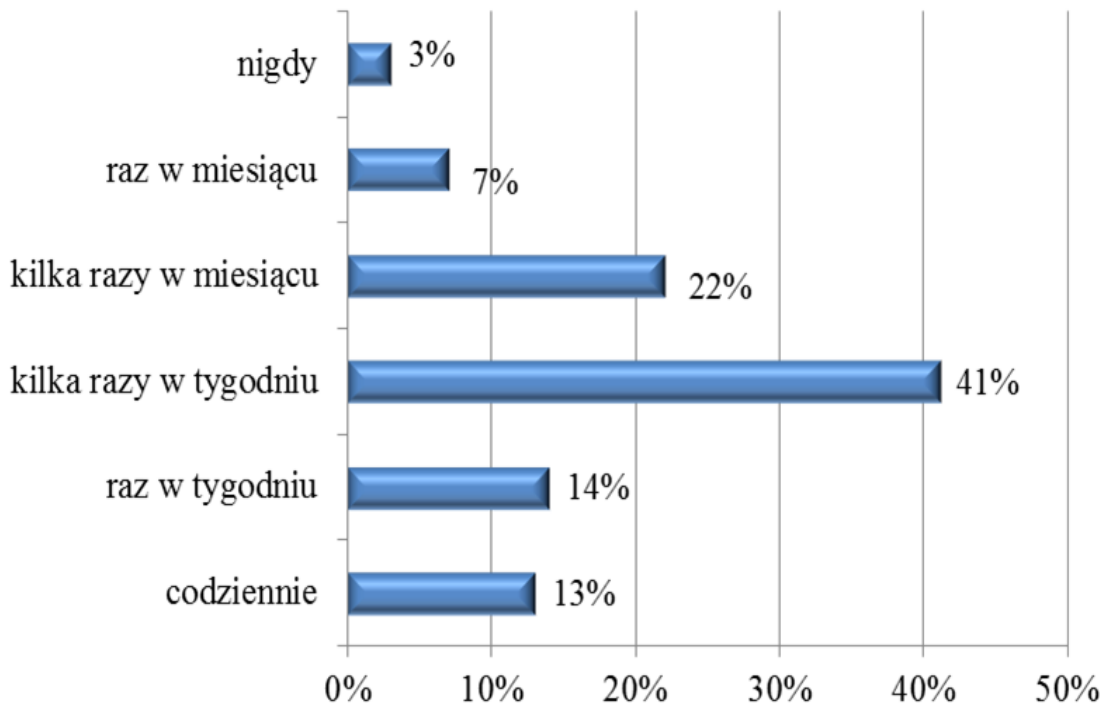
Rycina 11. Objawy związane ze stresem towarzyszące studentom

Zdrowy sen warunkuje samopoczucie psychofizyczne, dlatego długość i jakość snu może być znaczącym czynnikiem wpływającym na natężenie odczuwanego stresu. Według przeprowadzonych badań 66% ankietowanych spało 6-8 godzin w ciągu doby. Co trzeci ankietowany na odpoczynek nocny przeznaczał od 4 do 6 godzin. Najmniej liczne grupy stanowiły osoby, które spały mniej niż 4 godziny (2%) i więcej niż 8 godzin (3%) – Rycina 12. Zbliżone wyniki uzyskała Romanowska, w których ponad połowa badanych studentów trzech uczelni wrocławskich przeznacza na sen 6-8 godzin na dobę [27].



Rycina 12. Liczba przesypianych godzin w ciągu doby

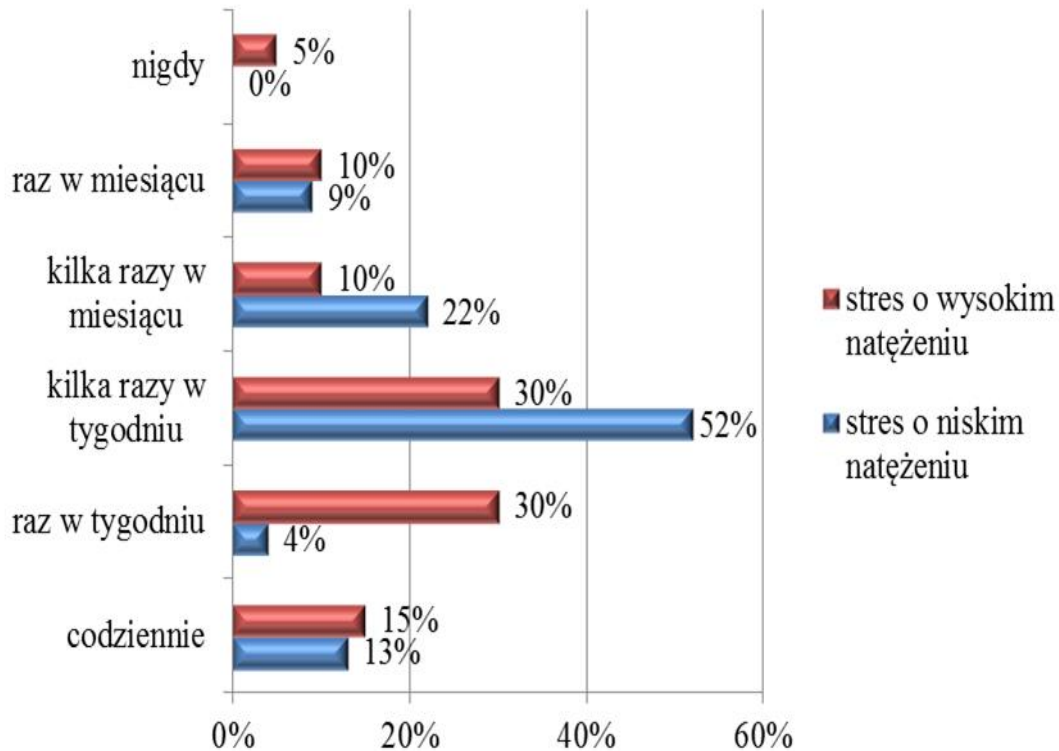
Wśród badanych studentów zaobserwowano, że najczęściej (41%) podejmowali aktywność fizyczną kilka razy w tygodniu (Rycina 13). O połowę mniej ćwiczyło z częstotliwością kilka razy w miesiącu (22%), a raz w tygodniu 14%, natomiast codziennie tylko 13% ankietowanych. Najniższy odsetek wśród badanych stanowiły osoby z dwóch grup: nigdy nie ćwiczących (3%) oraz ćwiczących raz w miesiącu (7%). W badaniach Łaszek i wsp. oceniających aktywność fizyczną wśród studentów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi uzyskano analogiczne wyniki dla aktywności raz w tygodniu oraz nieznacznie niższe dla aktywności kilka razy w tygodniu [14].



Rycina 13. Częstość uprawiania aktywności fizycznej

Rycina 14 przedstawia częstość wykonywanych ćwiczeń fizycznych przez osoby odczuwające stres o różnym natężeniu. Niemal co trzeci spośród studentów odczuwających stres o wysokim natężeniu podejmował aktywność fizyczną kilka razy w tygodniu (30%) lub raz w tygodniu (30%). 15% ankietowanych z tej grupy ćwiczyło codziennie, natomiast co dziesiąty (10%) kilka razy w miesiącu bądź raz w miesiącu. Najmniej liczną grupę ankietowanych stanowiły osoby niepodejmujące żadnej aktywności fizycznej (5%).

Ponad połowa (52%) opiniodawców odczuwających stres o niskim natężeniu podejmowała aktywność fizyczną kilka razy w tygodniu. 22% studentów ćwiczyło kilka razy w miesiącu. Najrzadziej studenci z tej grupy wybierali codzienną aktywność fizyczną (13%) oraz raz w tygodniu (4%).



Rycina 14. Częstość podejmowania aktywności fizycznej wśród osób odczuwających stres o różnym natężeniu

W Tabeli II przedstawiono częstotliwość spożycia produktów bogatych w magnez. Najczęściej spożywanymi spośród nich były banany (41% - kilka razy w tygodniu) oraz płatki owsiane (35% - kilka razy w tygodniu). Ankietowani kilka razy w miesiącu spożywali gorzką czekoladę, kakao, kaszę gryczaną oraz szpinak - odpowiednio 38%, 34%, 50% i 41% badanych. Pozostałe produkty takie jak: ryby, orzechy, pestki, pistacje oraz nasiona soi spożywane były okazjonalnie lub nigdy.

Tabela III prezentuje częstotliwość spożycia produktów bogatych w witaminę B₆. Biodostępność witaminy B₆ z prawidłowo zbilansowanej diety wynosi 75% [28]. Według odpowiedzi badanych najczęstszym źródłem tej witaminy w codziennej diecie było mięso z piersi kurczaka, spożywane kilka razy w tygodniu przez 42% ankietowanych. Rzadszymi źródłami tej witaminy były- ziemniaki, ryż brązowy, nasiona słonecznika oraz papryka czerwona - spożywane kilka razy w miesiącu. Natomiast orzechy, rodzynki, otręby pszenne oraz mięso z łososia i fasola w większości wybierane były okazjonalnie.

Tabela II. Częstotliwość spożycia produktów bogatych w magnez

Jak często w ostatnich czasie spożywano	Nigdy	Okazjonalnie	Raz w miesiącu	Kilka razy w miesiącu	Kilka razy w tygodniu	Codziennie	Kilka razy dziennie
Banan	6%	8%	3%	24%	41%	18%	0%
Dorsz	19%	41%	23%	13%	4%	0%	0%
Gorzka czekolada	12%	28%	10%	38%	12%	0%	0%
Kakao	9%	26%	13%	34%	17%	1%	0%
Kasza gryczana	9%	17%	11%	50%	12%	1%	0%
Makrela	22%	31%	17%	28%	2%	0%	0%
Migdały	13%	35%	17%	17%	14%	4%	0%
Orzechy arachidowe, laskowe	10%	31%	16%	23%	12%	7%	1%
Pestki dyni	14%	39%	17%	20%	7%	3%	0%
Pistacje	18%	59%	11%	12%	0%	0%	0%
Płatki owsiane	11%	11%	8%	23%	35%	10%	2%
Soja	61%	27%	5%	4%	3%	0%	0%
Szpinak	14%	17%	8%	41%	19%	1%	0%

Tabela III. Częstotliwość spożycia produktów bogatych w witaminę B6

Jak często w ostatnich czasie spożywano	Nigdy	Okazjonalnie	Raz w miesiącu	Kilka razy w miesiącu	Kilka razy w tygodniu	Codziennie	Kilka razy dziennie
Brukselka	66%	27%	7%	4%	1%	0%	0%
Fasola biała	26%	55%	11%	8%	0%	0%	0%
Łosoś	14%	32%	19%	30%	5%	0%	0%
Nasiona słonecznika	8%	24%	20%	31%	15%	2%	0%
Orzechy laskowe	12%	44%	18%	18%	5%	3%	0%
Orzechy włoskie	9%	35%	20%	24%	8%	4%	0%
Otręby pszenne	14%	29%	10%	27%	5%	4%	1%
Papryka czerwona	2%	9%	6%	27%	7%	3%	0%
Pierś z kurczaka	2%	8%	2%	36%	42%	10%	0%
Rodzynki suszone	20%	33%	15%	21%	10%	1%	0%
Ryż brązowy	18%	19%	14%	36%	12%	1%	0%
Ziemniaki	2%	17%	3%	43%	32%	3%	0%

Wnioski

1. Ponad połowa badanych studentów odczuwała stres o przeciętnym stopniu natężenia (57%). Resztę stanowiły osoby odczuwające stres w niskim (23%) i wysokim (20%) nasileniu.
2. Studenci w większości charakteryzowali się prawidłowymi nawykami żywieniowymi.
3. Większość ankietowanych charakteryzował zdrowy styl życia, badani stronili od używek, a na odpoczynek nocny przeznaczali odpowiednią liczbę godzin. Zastrzeżenie może budzić niewystarczająca częstość podejmowanej aktywności fizycznej, wśród około 50% studentów.
4. Stwierdzono niewystarczającą konsumpcję produktów spożywczych bogatych w magnez i witaminę B6.

Piśmiennictwo

1. Putowski M., Podgórnjak M., Padała O., Zawiślak J., Piróg M., Sadowska M.: Stres i jego negatywny wpływ na rozrodczość człowieka. *European Journal of Medical Technologies*, 2014, 3(4), 24-28.
2. Leśniewska G.: Stres a równowaga życiowa. *Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania*, 2015, 40(2), 119-129.
3. Gawlikowska-Sorka A., Dzieciołowska-Baran E., Szczurowski J.: Ocena nawyków żywieniowych studentów polskich pierwszego roku medycyny. *Pomeranian Journal of Life Sciences*, 2015, 61(2), 186-187.
4. Mendyk K., Antos-Latek K., Kowalik M., Pagacz K., Lewicki M., Obel E.: Zachowania prozdrowotne w zakresie odżywiania i aktywności fizycznej u dzieci i młodzieży szkolnej w wieku do 18 roku życia. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2017, 26(1), 13-17.
5. Franczak R.: Psychoterapia wśród studentów. Stan aktualny i potrzeby. *Annales Universitatis Mariae Curie –Skłodowska Lublin – Polonia*, 2016, 29(1), 251-262.
6. Juczyński Z., Ogińska-Bulik N.: *Narzędzia Pomiaru Stresu i Radzenia Sobie ze Stresem*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2009.

7. Kłós A., Tomczak A., Kłós K., Kęska A., Bertrandt J.: Ocena stanu odżywienia oraz zachowań żywieniowych studentów Akademii Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie. *Bromatologia i Chemia Toksykologiczna*, 2016, 49(2), 138–144.
8. Nowak G., Żelazko A., Nowak D., Waliczek M., Pawlas K.: Zależność między zachowaniami zdrowotnymi a poziomem stresu i występowaniem bezsenności oraz depresji u studentów zdrowia publicznego. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2015, 5(3), 231–238.
9. Bartczak M., Bartczak M.: Natężenie stresu i sposoby radzenia sobie ze stresem u ratowników medycznych i studentów ratownictwa medycznego. *Rocznik Naukowy Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy*, 2010, 5, 7–17.
10. Waqas A., Khan S., Sharif W., Khalid U., Ali A.: Association of academic stress with sleeping difficulties in medical students of a Pakistani medical school: a cross sectional survey. *PeerJ*, 2015, 3, 1–11.
11. Dąbska O., Wołoszynek E., Kowalczyk A., Kozłowska E.: Sposoby radzenia sobie ze stresem- badanie ankietowe studentów wybranych szkół wyższych z Lublina. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2017, 26(1), 27-34.
12. Jeżewska-Zychowicz M.: *Zachowania żywieniowe i ich uwarunkowania*. Wyd. SGGW, Warszawa 2007.
13. Torres S.J., Nowson C.A.: Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition*, 2007, 23(11-12), 887–894.
14. Łaszek M., Nowacka E., Gaworn-Skarbek A., Szatko F.: Negatywne wzorce zachowań zdrowotnych studentów. Część II. Aktywność ruchowa i nawyki żywieniowe. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2011, 92 (3), 461-465.
15. Rodziewicz-Gruhn J., Połacik J.: Diagnostyka nawyków żywieniowych studentów różnych kierunków studiów w Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. *Kultura Fizyczna*, 2013, 12(2), 174-191.
16. Orkusz A.: Ocena wybranych zwyczajów żywieniowych studentów Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu. Część I. Nauki Inżynierskie i Technologie, 2014, 14(3), 74-84.
17. Tyrpień M., Kasperczyk J., Joško-Ochojska J.: Ocena sposobu żywienia i odżywiania studentów Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w aspekcie jakościowym

- i ilościowym. Część I. Energia i podstawowe składniki odżywcze. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2014, 95(2), 303-309.
18. Jeznach M., Jeżowska-Zychowicz M., Kosicka-Gębska M.: Konsumpcja słodczy i jej społeczno-kulturowe uwarunkowania. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2011, 92(4), 806-809.
 19. Szczepańska E., Piórkowska K., Niedworok E., Muc-Wierzgoń M.: Konsumpcja słodczy i napojów wysokosłodzonych w aspekcie występowania otyłości na przykładzie dzieci zamieszkujących obszary miejskie i wiejskie. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*, 2010, 6(2), 78–84.
 20. Marcysiak M., Zagroba M., Ostrowska B., Wiśniewska E., Marcysiak M., Skotnicka-Klonowicz G.: Aktywność fizyczna a zachowania żywieniowe dzieci i młodzieży powiatu ciechanowskiego. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2010, 18(2), 176-183.
 21. Kosicka-Gębska M., Jeznach M., Jeżowska-Zychowicz M.: Spożycie słodczy a poglądy konsumentów i ich wpływie na zdrowie i funkcjonowanie człowieka. *Bromatologia i Chemia Toksykologiczna*, 2011, 44(3), 999-1004.
 22. Kozłowska K., Śnieżek A., Winiarska-Mieczan A., Rusinek-Prystupa E., Kwiecień M.: Wpływ czynników stresogennych na odżywianie. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2017, 98(1), 57-62.
 23. Seń M., Zacharczuk A., Lintowska A.: Zachowania żywieniowe studentów wybranych uczelni wrocławskich a wiedza na temat skutków zdrowotnych nieprawidłowego żywienia. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2012, 2, 113-123.
 24. Kardjalik K., Bryła M., Maniecka-Bryła I: Zachowania zdrowotne związane z odżywianiem oraz występowanie nadwagi i otyłości w grupie studentów. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2012, 93, 71-79.
 25. Starczewska M., Mikołajewska I., Grochans E., Jurczak A., Szkup-Jabłońska M., Kuczyńska M., Grzywacz A., Żukrowska A.: Sposób odżywiania jako jeden z determinantów stylu życia studentów wybranych uczelni szczecińskich. *Family Medicine & Primary Care Review*, 2012, 14, 63-69.
 26. Skrzek A., Stolarz-Skrzypek K., Klocek M., Czarniecka D.: Suplementacja preparatów magnezu u mężczyzn i kobiet z nadciśnieniem tętniczym. *Przegląd Lekarski*, 2016, 73, 368-372.
 27. Romanowska-Tołłoczko A.: Styl życia studentów oceniany w kontekście zachowań zdrowotnych. *Hygeia Public Health*, 2011, 46(1), 89-93.
 28. Jarosz M.: Normy żywienia dla populacji Polski. Wyd. IŻŻ, Warszawa 2017.

**Łukjaniuk Tomasz^{1,2}, Misiak Bianka^{1,3}, Lewko Jolanta⁴,
Dziekońska Mirosława^{1,5}**

1. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
2. Wojewódzki Szpital Zespolony w Białymstoku
3. Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny w Białymstoku
4. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
5. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

Opieka pielęgniarska nad pacjentem z ostrym zapaleniem trzustki hospitalizowanym w oddziale intensywnej terapii

Wprowadzenie

Ostre zapalenie trzustki (OZT) jest chorobą, która pojawia się nagle i przebiega gwałtownie. Charakteryzuje się stałym wzrostem wskaźnika zachorowalności, ciężkości przebiegu, umieralności, wzrastającą ilością powikłań, a także przejściem ze stanu ostrego w stan przewlekły. Zapadalność na OZT wynosi 240/milion osób rocznie. W ostatnich latach wyraźnie wzrasta częstość występowania choroby, obniża się zaś wiek zachorowalności. Średni wiek chorych wynosi 50-55 lat [1, 2].

Większość przypadków OZT ma łagodną postać i udaje się je wyleczyć w przeciągu kilkunastu dni oraz charakteryzuje się niską śmiertelnością, około 1%. Ciężka postać OZT występuje u około 15-25% chorych i wiąże się ze śmiertelnością w granicach od 10 do 40%.

Rozwinięcie

Objawy podmiotowe

Ból brzucha jest głównym objawem OZT. Często jest bardzo nasilony oraz szybko narasta. Zazwyczaj jest opisywany jako opasający, promieniujący do kręgosłupa i obustronnie do łopatek lub też do lewej łopatki. Początkowo ma charakter trzewny, jednak z czasem przechodzi w mieszany, somatyczno - trzewny. Natężenie bólu jest stałe lub ulega nasileniu. Obejmuje on nadbrzusze lub też cały brzuch oraz okolice lędźwiowe, dlatego choremu ciężko jest precyzyjnie go zlokalizować.

Współistniejącymi objawami w początkowym okresie choroby są nudności i wymioty nieprzynoszące ulgi, bladość skóry oraz pocenie się. Innymi objawami zgłaszanymi przez chorego są duszności, lęk i wzmożone pragnienie. Czasami mogą wystąpić również objawy psychiatryczne, takie jak halucynacje i omamy [3, 4].

Objawy przedmiotowe

Chory często układa się na boku, a kończyny dolne ma zgięte w stawach kolanowych i biodrowych. Czasami jest wyraźnie pobudzony. Stopniowo ustępuje początkowa bladość skóry, a w skutek działania histaminy i kinin rozszerzają się naczynia i na twarzy pojawia się rumień. W niektórych przypadkach może pojawić się marmurkowatość skóry zlokalizowana na brzuchu oraz kończynach (objaw Halsteda), która jest przejawem zaburzeń krążenia. Stwierdza się sinicę lub żółtaczkę, suchość błon śluzowych, wzdęcie brzucha i uwypuklenie się podbrzusza występujące w pozycji siedzącej, co świadczy o obecności w jamie otrzewnej wolnego płynu [4, 5].

W około 1% przypadków można zaobserwować zasinienie skóry w okolicy lędźwiowej (objaw Greya Turnera), które zazwyczaj występuje w przebiegu ciężkiego OZT jako objaw podskórnej martwicy tkanki tłuszczowej. Zasinienie można też zaobserwować w okolicy pępka (objaw Cullena). W badaniu palpacyjnym stwierdza się opór w rzucie trzustki, wzdęcie i tkliwość. Pojawić się mogą objawy otrzewnowe, takie jak objaw Blumberga, czy obrona mięśniowa oraz cechy odwodnienia [4, 6].

Podczas badania tętna zwraca uwagę tachykardia oraz słabe napięcie i wypełnienie, będące cechą hipowolemii. Niekiedy stwierdza się podczas opukiwania płuca w jamie otrzewnej, bębnicę, a w lewej jamie opłucnej odczynowy wysięk. Osłabione lub zniesione mogą być szmery perystaltyczne, wystąpić też mogą szmery naczyniowe. U skrajnie odwodnionych chorych usłyszeć można tarcie opłucnowe, a osłabiony lub zniesiony szmer pęcherzykowy stwierdza się w przypadku obecności płynu w lewej jamie opłucnej. W badaniu per rectum zazwyczaj nie stwierdza się żadnych zmian, jednak w niektórych przypadkach można stwierdzić bolesne i wypełnione płynem zagłębienie odbytniczo-macicze (zatoka Douglasa), lub zagłębienie odbytniczo-pęcherzowe. Niekiedy występuje smolisty bądź krwisty, z domieszką śluzu stolec, który powstaje w skutek rozwoju owrzodzeń stresowych lub enteropatii krwotocznej w przebiegu OZT. Pojawić się również może skąpomocz lub bezmocz.

Do ustalenia wstępnego rozpoznania OZT zazwyczaj wystarcza dokładne wykonanie badań podmiotowych i przedmiotowych, a w celu uzyskania dodatkowych danych i potwierdzenia diagnozy przeprowadza się badania obrazowe i laboratoryjne [4, 6].

Rozpoznanie OZT

Według bieżących wytycznych (Rewizja 2012 Klasyfikacji z Atlanty) [7], aby rozpoznać OZT, konieczne jest potwierdzenie dwóch z trzech niżej wymienionych cech:

- typowego bólu zlokalizowanego w nadbrzuszu, który określa się jako nagły, stały i silny, często promieniujący do kręgosłupa,
- przynajmniej trzykrotnego zwiększenia w surowicy krwi obwodowej aktywności amylazy lub lipazy,
- specyficznego dla OZT obrazu tomografii komputerowej z kontrastem, ultrasonografii jamy brzusznej lub rezonansu magnetycznego [7].

W praktyce jednak, do ustalenia diagnozy OZT wystarcza najczęściej obraz kliniczny oraz badania biochemiczne, rzadziej zaś badania obrazowe [7, 8].

OZT występuje zazwyczaj w średnim i podeszłym wieku. Pacjent zgłasza nagle występujący ból w nadbrzuszu, który staje się stopniowo bardzo silny. Promieniuje zazwyczaj do pleców i zwykle towarzyszą mu wymioty. W ciągu 24 godzin, u pacjentów z ciężkim napadem, pojawić się mogą objawy niewydolności narządowej. Podczas badania przedmiotowego występuje rozlana bolesność uciskowa brzucha, o największym nasileniu w nadbrzuszu. Pacjent ma objawy wstrząsu i odwodnienia oraz gorączkę, która odzwierciedla ogólnoustrojowy stan zapalny. Wystąpić może również niewielka żółtaczka, która jest spowodowana niedrożnością przewodu żółciowego wspólnego, wywołana przez kamień lub obrzęk. W późniejszym czasie w trakcie badania przedmiotowego ujawnić można zasinienie w obrębie tkanki podskórnej w okolicy łędźwiowej – objaw Greya Turnera lub w okolicy pępka – objaw Cullena. Powodem tych objawów jest krwawienie pojawiające się w ciężkim krwotocznym zapaleniu trzustki [8, 9].

Potwierdzenie rozpoznania dokonuje się poprzez pomiar stężenia amylazy w surowicy krwi. Prawidłowe wartości wynoszą od 80 do 150 j.m., powyżej 1000 j.m. bardzo prawdopodobne jest wystąpienie OZT. Inną przyczyną podwyższenia stężenia amylazy może być ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego, perforacja wrzodu dwunastnicy oraz zawał serca.

Wielkość stężenia amylazy nie jest związana ze stopniem nasilenia tych schorzeń. Aby określić, którzy pacjenci ewentualnie wymagają wsparcia oddziału intensywnej opieki medycznej, ważna jest ocena stopnia nasilenia napadu. Oprócz oznaczenia stężenia amylazy, wykonuje się również następujące testy:

- oznaczenie stężenia mocznika, elektrolitów, hemoglobiny oraz liczby białych krwinek
- badania czynnościowe wątroby, w których oznacza się stężenie glukozy i wapnia
- zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej i brzucha, które pomogą wykluczyć niedrożność jelit lub perforację wrzodu
- badanie ultrasonograficzne brzucha, które wykonuje się, aby zidentyfikować kamienie żółciowe
- elektrokardiogram
- gazometrię [8, 10].

Postęp choroby po przyjęciu do szpitala ocenia się poprzez codzienny pomiar następujących parametrów: stężenie wapnia, białka C-reaktywnego, mocznika, elektrolitów oraz liczby białych krwinek [8, 10].

Dzięki tym badaniom można wykryć rozwijającą się niewydolność nerek, a także hiperglikemię lub hipokalcemię. W przeciągu pierwszego tygodnia, u pacjentów z ciężkim napadem stwierdzonym w badaniach biochemicznych, należy wykonać tomografię komputerową jamy brzusznej. Wytacza się w ten sposób granice martwicy i właściwą identyfikację pacjentów, którzy są zagrożeni późniejszym rozwinięciem się zakażenia [8, 10].

W żółciopochodnym OZT jako metodę terapeutyczną wykorzystuje się endoskopową cholangiopankreatografię wsteczną (ECPW), w połączeniu ze sfinkterotomią endoskopową. Przy zastosowaniu ECPW można doskonale zobrazować drogi żółciowe oraz zlokalizować ewentualne złoże żółciowe i jednocześnie je usunąć. Do rutynowej praktyki wprowadzono wykonywanie sfinkterotomii endoskopowej w pierwszych 24 godzinach od wystąpienia żółciopochodnego OZT. Dzięki temu, w niektórych ośrodkach śmiertelność spadła do 1,8% oraz wyraźnie zmniejszyła się liczba powikłań [4,11]. Korzyści z zastosowania takiej metody terapeutycznej odnoszą chorzy, u których istnieje duże ryzyko wystąpienia ciężkiej postaci żółciopochodnego OZT, gdyż dzięki temu choroba przebiega łżej i zmniejsza się liczba powikłań. Warunkiem jest przeprowadzenie tej procedury przed upływem 48 godzin od ataku

bólowego. W przypadku OZT o innej etiologii, nie wykonuje się ECPW, ze względu na możliwość wystąpienia powikłań [4].

Leczenie

U chorych na łagodną postać OZT, stosuje się głównie leki przeciwbólowe oraz płynoterapię dożylną. Wprowadzenie zgłębnika do żołądka konieczne jest wówczas, kiedy występują uporczywe wymioty. Jeżeli nie stwierdzi się współistniejących infekcji, nie zalecane jest stosowanie profilaktyki antybiotykowej. Zazwyczaj w przebiegu 48-72 godzin dochodzi do poprawy stanu zdrowia chorego. Żywnienie doustne można rozpocząć po ustąpieniu dolegliwości bólowych [4].

W przypadku OZT o ciężkiej postaci, chorzy powinni być hospitalizowani w specjalistycznych ośrodkach lub na Oddziałach Intensywnej Terapii (OIT), gdzie możliwe jest dokładne monitorowanie podstawowych funkcji życiowych, takich jak ciśnienie tętnicze krwi, ośrodkowe ciśnienie żyłne, częstotliwość akcji serca czy objętość diurezy. Przy dużym prawdopodobieństwie wystąpienia miejscowych bądź układowych powikłań, należy wdrożyć leczenie operacyjne lub inne inwazyjne interwencje [7].

Odpowiednia dożylna podaż płynów jest jedną z kluczowych czynności terapeutycznych w pierwszych dobach OZT. Dzięki utrzymaniu perfuzji trzustki oraz jelit, nie dochodzi do ich niedokrwienia, co mogłoby doprowadzić do translokacji bakteryjnej oraz wtórnego zakażenia i martwicy. Częstość ciężkich powikłań oraz śmiertelności w OZT zależne jest od niedostatecznego nawodnienia chorego. Rozpoczęcie dożylną podażą płynów powinno się zacząć w dawce 250-300ml na godzinę lub takiej, która zapewnia diurezę przynajmniej 0,5ml/kg/h. W ciągu pierwszej doby trwania choroby zaleca się przetoczenie ponad 1/3 objętości łącznego, 72 godzinowego zapotrzebowania na płyny [12]. Aby można było uzyskać prawidłową diurezę, niezbędne jest wyrównanie ośrodkowego ciśnienia tętniczego, stabilizacja ciśnienia tętniczego i czynności serca oraz umiarkowane zmniejszenie hematokrytu. Całkowita ilość płynów powinna być dostosowana do masy ciała pacjenta, jego wieku, współistniejących chorób, wyników badania podmiotowego czy badań laboratoryjnych, które odzwierciedlają stężenie mocznika i hematokrytu. Chorzy w zaawansowanym wieku, z niewydolnością nerek oraz układu krążenia, wymagają szczególnej ostrożności, intensywnego nadzoru podczas płynoterapii, może być również wymagane jednoczesne monitorowanie ośrodkowego ciśnienia żylnego.

Rodzaj stosowanych płynów nie jest do końca określony, jednak jedno z ostatnich badań z randomizacją [13] wykazało, że roztwór Ringera zbuforowany mleczanami ma przewagę nad roztworem soli fizjologicznej w zapobieganiu rozwojowi zespołu ogólnoustrojowej reakcji zapalnej (SIRS) [13, 14].

Leczenie przeciwbólowe

W OZT istnieje kilka metod uśmierzania silnego bólu. Najbardziej skutecznym sposobem jest podawanie poprzez cewnik założony do przestrzeni zewnątrzoponowej leków miejscowo znieczulających oraz przeciwbólowych leków opioidowych. Zaletami takiej metody leczenia bólu są: brak istotnych interakcji z innymi lekami, duża skuteczność, możliwość przewlekłego stosowania z niskim ryzykiem uzależnienia chorego od silnych leków przeciwbólowych oraz to, że są dobrze tolerowane przez chorych [15]. W ciężkiej postaci OZT, ze wstrząsem septycznym bądź sepsą, występuje małopłytkowość oraz zaburzenia krzepnięcia. Z tego powodu należy szybko podjąć decyzję o zastosowaniu cewnika do przestrzeni zewnątrzoponowej, zanim wystąpią zaburzenia krzepnięcia. Ze względu na możliwość wywołania indukowanego opioidami skurczu zwieracza Oddiego, podawanie chorym na OZT silnych leków opioidowych budzi wiele obaw, jednak analiza badań klinicznych pod tym kątem wykazała, że nie zwiększają one ryzyka wystąpienia powikłań [16]. Do leczenia bólu o umiarkowanym oraz silnym natężeniu zaleca się oksykodon, który po podaniu parenteralnym ma trochę silniejsze działanie od morfiny; zaś rzadziej niż morfina przyczynia się do halucynacji, wymiotów i sedacji, oraz nie ma działania immunosupresyjnego [15].

Niedostatecznie kontrolowany ból przyczynia się do lęku, depresji, bezsenności, wyczerpania oraz dyskomfortu chorego. Spowodowana bólem hiperwentylacja, która często występuje u chorych z OZT, sprzyja utracie wody, zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia zakażenia dróg oddechowych oraz predysponuje do powstawania ognisk niedodmy. Niedostatecznie leczony ból niesie za sobą ryzyko innych zagrażających życiu powikłań, jak zawał serca lub zakrzepica żył głębokich [15].

Profilaktyka antybiotykowa

Wciąż kontrowersyjna pozostaje rola antybiotykoterapii. Nie ulega jednak wątpliwości, że w przypadku ciężkiej postaci OZT, należy ją podejmować. Przeprowadzone badania kliniczne [17] wykazały w przebiegu ciężkiej postaci choroby, korzystny wpływ podawania antybiotyków. Antybiotyki penetrujące do mięszu trzustki i soku trzustkowego oraz

fluorochinolony, są szczególnie zalecane. Wciąż istnieją jednak wątpliwości, od kiedy rozpocząć leczenie, który lek przeciwbakteryjny zastosować jako pierwszy oraz, jak długo je kontynuować. Podstawowym celem postępowania terapeutycznego jest zapobieganie powikłaniom infekcyjnym, jednak w przypadku OZT nieuzasadniona antybiotykoterapia przyczynia się do rozwoju zakażeń grzybiczych oraz opornych szczepów [4].

Leczenie żywieniowe

Sposób żywienia chorych na OZT zmienił się w ciągu ostatnich 18 lat. Wiele prospektywnych badań wykazało, że zachowanie integralności przewodu pokarmowego podczas trwania choroby ma podobny wpływ na końcowy efekt leczenia, jak ograniczenie stymulacji trzustki w trakcie resorpcji zapalnego nacieku. Alimentacja dojelitowa poprzez zgłębnik nosowo-jelitowy, który jest wprowadzony endoskopowo poniżej więzadła Treitza do jelita czczego, jest głównym sposobem żywienia chorych na ciężką postać OZT. Poprzez wdrożenie żywienia dojelitowego można złagodzić przebieg choroby, poprawić ogólny stan chorego oraz zmniejszyć stres oksydacyjny. Całkowite żywienie parenteralne zarezerwowane powinno być jedynie dla chorych nietolerujących żywienia enteralnego lub utrzymywania zgłębnika jelitowego. W przeciągu 4-5 dni od ustalenia rozpoznania, należy rozpocząć leczenie enteralne. U chorych na ciężkie żłóciopochodne OZT należy w ciągu 48 godzin wykonać sfinkterotomię endoskopową [18].

Pielęgnacja pacjenta w OIT

W oddziale intensywnej terapii pielęgnacją pacjenta zajmuje się wykwalifikowany personel pielęgniarski. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra z dnia 16.12.2016 roku w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii [19], pielęgniarka anestezjologiczna, to pielęgniarka, która ukończyła specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub pielęgniarka, która ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub pielęgniarka w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki [19].

Niezależnie od stanu klinicznego, postawionego rozpoznania oraz podjętego leczenia, w oddziale intensywnej terapii odbywa się monitorowanie pacjenta 24 godziny na dobę. Monitorowanie parametrów życiowych ma na celu szybką diagnozę, właściwą reakcję na stany

zagrożenia życia oraz wdrożenie skutecznej terapii [20]. Na stanowisku nadzoru pielęgniarskiego zapewniona jest możliwość obserwacji bezpośredniej każdego pacjenta [19].

Monitorowanie EKG pozwala na bieżąco wychwycić zaburzenia rytmu serca oraz pośrednio informuje o wydolności serca w przebiegu chorób serca oraz innych schorzeń. Pozwala również na pośrednie rozpoznanie zaburzeń elektrolitowych. Podczas obserwacji zmiany zapisu krzywej EKG oraz odcinka ST-T, można w krótkim czasie rozpoznać bezobjawowe niedokrwienie mięśnia sercowego. Elementem inwazyjnego monitorowania ciśnienia jest analiza fali dynamicznie zmieniającego się stanu klinicznego pacjenta. Za jego pomocą ocenia się rzut serca oraz objętość wyrzutową lewej komory [21].

Obserwacja pacjenta jest również bezpośrednim sposobem badania czynności układu oddechowego. O wentylacji, utlenowaniu oraz skuteczności wymiany gazowej informuje kolor skóry oraz błon śluzowych. Ten rodzaj monitorowania nie jest jednak wystarczająco skuteczny. Powszechnym sposobem kontrolowania zawartości tlenu jest pulsoksymetria, czyli przezskórne monitorowanie wysycenia hemoglobiny tlenem. Dostarcza ona również informacji o częstotści tętna oraz stanie krążenia obwodowego. Ciągły pomiar pozwala na szybką interwencję w przypadku, kiedy dochodzi do zmian w wydolności układu oddechowego, co objawia się spadkiem saturacji. Wykonywana przez pielęgniarkę ewakuacja wydzieliny z drzewa oskrzelowego pozwala poprawić saturację oraz utlenowanie [22].

Pomiar temperatury ciała oraz diurezy godzinowej jest szczególnie istotny u pacjentów leczonych w OIT, z niewydolnością wielonarządową oraz w ciężkim stanie. Temperatura jest podstawowym parametrem stanu zapalnego. Jej wzrost pozwala na analizę stanu klinicznego, co przyczynia się do włączenia skutecznej antybiotykoterapii. Diureza godzinowa informuje zaś o wolemii, wypełnieniu łóżyska oraz stopniu wydolności nerek. Ważnym elementem wśród obserwacji pielęgniarskich jest monitorowanie czynności OUN poprzez ocenę świadomości pacjenta [23].

Pacjent przebywający w OIT jest szczególnie narażony na zakażenia, dlatego istotnego znaczenia nabiera obserwacja oraz właściwa pielęgnacja pacjenta, zwłaszcza: rurek intubacyjnych i tracheostomijnych, cewników naczyniowych, zgłębnika żołądkowego, drenów ran pooperacyjnych, cewników moczowych. Obecność cewników naczyniowych jest nieodłącznym elementem leczenia pacjentów w OIT. Są one wykorzystywane do: podawania leków, dializoterapii, pomiaru ośrodkowego ciśnienia żylnego (OCŻ), a także do podawania żywienia pozajelitowego. Wszelkie założone dostępy naczyniowe wpływają na przerwanie

pierwszej bariery ochronnej, jaką stanowi skóra, przez co może dojść do ciężkich uogólnionych zakażeń [23].

Cewnik do prowadzenia żywienia pozajelitowego wymaga szczególnej pielęgnacji, ponieważ preparaty stosowane w żywieniu enteralnym są doskonałą pożywką dla drobnoustrojów. Zapobieganie VAP jest również ważnym elementem profilaktyki, stąd do odkażania jamy ustnej i gardła zaleca się glukonian chlorheksydyny. Poprzez stosowanie do pielęgnacji śluzówek jamy ustnej specjalnych preparatów, zapobiega się rozwojowi zakażeń grzybiczych jamy ustnej, osadzeniu się bakterii w rurce intubacyjnej, uszkodzeniom śluzówek, a także tworzeniu się kamienia nazębnego. Aby zapobiec powstawaniu odleżyn w kąci ust, należy pamiętać o prawidłowym umocowaniu rurki intubacyjnej. Równie ważne jest dbanie o czystość i drożność jamy nosowej [24]. Właściwa pielęgnacja rany operacyjnej jest także jednym z elementów zapobiegania infekcjom, które mogą się rozwinąć w wyniku powikłań po zabiegach operacyjnych. Zakażenie rany operacyjnej może dotyczyć mięśni, tkanki podskórnej, powięzi oraz skóry. Zakażenie rany mogą przyspieszyć liczne czynniki ryzyka ze strony środowiska, jak i pacjenta [23].

Z uwagi na powyższe, prawidłowa pielęgnacja odgrywa ważną rolę w profilaktyce zakażeń [23].

Zadaniem opieki pielęgniarskiej jest jednocześnie współpraca w zespole interdyscyplinarnym, stworzenie jak najlepszych warunków do szybkiego powrotu do zdrowia oraz zapobieganie ewentualnym powikłaniom. Możliwość realizacji tych zadań daje praca zespołu pielęgniarskiego w oparciu o założenia procesu pielęgnowania [25].

Podsumowanie

Ostre zapalenie trzustki najczęściej ma łagodny przebieg, jednak w niektórych przypadkach ma ciężką postać oraz występują powikłania. Problemy pielęgnacyjne i leczenie uzależnione są ciężkości choroby, wieku chorego oraz współistniejących schorzeń. W niektórych przypadkach niezbędne jest wdrożenie leczenia operacyjnego. Brak samoopieki chorego drastycznie wzrasta po przebytych zabiegu, zmienia się również zakres opieki nad chorym. Działania pielęgniarskie w opiece nad pacjentem z OZT związane są z pełnieniem funkcji terapeutycznej, opiekuńczej oraz profilaktycznej.

Piśmiennictwo

1. Noszczyk W.: Chirurgia – repetytorium. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014, 359-365.
2. Rupniewska-Ładyko A., Zielińska-Borkowska U.: Leczenie ciężkiej postaci ostrego zapalenia trzustki. Postępy Nauk Medycznych, 2014, 8, 592-596.
3. Kużdżał J., Szmidt J.: Podstawy chirurgii. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2010, 1002-1008.
4. Laudański J., Nikliński J.: Podstawy chirurgii. Podręcznik dla lekarzy specjalizujących się w chirurgii ogólnej. Wydawnictwo Medycyny Praktycznej, Kraków 2010, 994-1021.
5. Bradbury A.W., Forsythe J.L., Garden O.J., Parks R.W.: Chirurgia podręcznik dla studentów. Wydawnictwo Urban & Partner, Wrocław 2009, 307-311.
6. Kolber W., Kuśnierz-Cabala B., Kuźniewski M. i wsp.: Przewidywanie ciężkiego przebiegu ostrego zapalenia trzustki – wybrane skale i markery laboratoryjne użyteczne we wczesnej fazie rozwoju choroby. Przegląd Lekarski, 2015, 5, 263-265.
7. Rogowska A.: Ostre zapalenie trzustki. Postępy Nauk Medycznych, 2014, 1, 17-23.
8. Alderson D., Rawlinson N.: Choroby chirurgiczne – Diagnostyka i leczenie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014, 238-240.
9. Fabian T., Peitzman A., Rhodes M., Schwab W., Yealy D.: Chirurgia stanów nagłych. Wydawnictwo Medipage, Warszawa 2010, 778-783.
10. Brzostek T., Chmiel I., Czuprna A., Górkiewicz M.: Przyczyny zachorowania na ostre zapalenie trzustki a zakres interwencji psychoedukacyjnej dla rekonwalescentów. Studia Medyczne, 2008, 11, 51-56.
11. Noszczyk W.: Chirurgia – repetytorium. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014, 359-365.
12. Bartel M.J.I., Kurtzman J.T., Warndorf M.G.: Early fluid resuscitation reduces morbidity among patients with acute pancreatitis. Clinical Gastroenterology and Hepatology, 2011, 9, 705-709.
13. Gardner T.H., Hwang J.Q., Wu B.U.: Lactated Ringer's solution reduces systemic inflammation compared with saline in patients with acute pancreatitis. Clinical Gastroenterology and Hepatology, 2011, 9, 710-717.

14. Chari S.T., Gardner T.B., Vege S.S.: Faster rate of initial fluid resuscitation in severe acute pancreatitis diminishes in-hospital mortality. *Pancreatology*, 2009, 9, 770-776.
15. Rupniewska-Ładyko A., Zielińska-Borkowska U.: Leczenie ciężkiej postaci ostrego zapalenia trzustki. *Postępy Nauk Medycznych*, 2014, 8, 592-596.
16. Basurto Ona X., Rigau Comas D., Urrutia G.: Opioids for acute pancreatitis pain. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013, 7, CD009179.
17. Mayer B., Scheele J., Wittau M.: Systemic review and meta-analysis of antibiotic prophylaxis in severe acute pancreatitis. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 2011, 46, 261-270.
18. Szopiński J.: Leczenie żywieniowe w ostrym zapaleniu trzustki. *Postępy Żywienia Klinicznego*, 2017, 2, 14-21.
19. Rozporządzenie Ministra z dnia 16.12.2016 roku w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz. U. z 2016 r. poz. 2218)
20. Woźniak W.: Anatomia człowieka – podręcznik dla studentów i lekarzy. Wydawnictwo Elsevier Urban & Pratner, Wrocław 2009, 362-363.
21. Rybicki Z. Aspekty kliniczne i praktyczne monitorowania w intensywnej terapii. Wydawnictwo Makmed, Lublin 2009, 120– 223.
22. Beale R., Camporota L., Smith J.: Monitoring arterial blood pressure and cardiacoutput using central or peripheral arterial pressure waveforms [w:] *Yerbook of Intensive Care and Emergency Medicine*, Vincent J.L. (ed.). Springer, Heidelberg 2009, 285– 296.
23. Zielińska-Borkowska U.: Rola pielęgniarki w procesie terapeutycznym pacjentów leczonych w oddziale intensywnej terapii. *Pielęgniarstwo w Anestezjologii i Intensywnej Opiece*, 2015, 1(2), 69-72.
24. Alexander M., O’Grady N.P.: Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. *Clinical Infectious Disease*, 2011,52(9), 162– 193.
25. Kurowska K., Sędziak D.: Ostre zapalenie trzustki. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 2011, 7-8, 28-29.

Machulska Magdalena Agnieszka¹, Tyrakowska- Dadello Zuzanna Judyta²

1. Studentka kierunku Elektroradiologia Wydziału Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Radiologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Diagnostyka udaru niedokrwiennego mózgu przy pomocy Tomografii Komputerowej i Rezonansu Magnetycznego

Wprowadzenie

W ciągu ostatnich lat w medycynie nastąpił ogromny rozwój nowoczesnych technologii, co umożliwia sprawniejsze postawienie prawidłowej diagnozy oraz szybkie wdrożenie skutecznego leczenia. Przy ustaleniu rozpoznania wykorzystywanych jest szereg działań diagnostyki medycznej, z czego znaczącą rolę odgrywa diagnostyka obrazowa. Metodami tej dziedziny stanowiącymi ogromną pomoc dla lekarzy jest Tomografia Komputerowa i Rezonans Magnetyczny. Dzięki ich zastosowaniu możliwe jest wykrycie i ocena nawet niewielkich zmian ognisk chorobowych, które stanowią stan zagrożenia życia. Przykładem takiego stanu jest udar niedokrwienny mózgu, który jest trzecią w kolejności przyczyną zgonów wśród osób dorosłych oraz najczęstszym czynnikiem powodującym trwałą niepełnosprawność [1]. Aby maksymalnie ograniczyć skutki udaru, niezbędne jest natychmiastowe wdrożenie leczenia, dlatego tak ważne jest, by proces diagnostyczny był możliwie krótkotrwały, a czułość badań pozostawała na wysokim poziomie [2].

Niniejsza praca porusza niezwykle istotny problem, jaki w ostatnich latach stanowi udar niedokrwienny mózgu. Rozpoznanie przez otoczenie chorego objawów wskazujących na udar, szybki transport pacjenta do szpitala oraz stawianie diagnozy wciąż stanowi duże wyzwanie zarówno dla pacjenta jak i zespołu diagnostycznego. Informacje o udarze niedokrwiennym powinny być aktywniej rozpowszechniane zarówno w środowisku medycznym jak i wśród populacji, gdyż to właśnie przekazywanie wiedzy i świadomość sytuacji, kreuje zachowania mające wpływ na ludzkie życie i zdrowie [2].

Rozwinięcie

Najczęściej występującym udarem mózgu w populacji, jest udar niedokrwienny, który stanowi blisko 80-85% przypadków. Schorzenie to nie powinno być rozpatrywane jako samodzielna jednostka chorobowa, a jako zespół objawów, które obejmują zaburzenia mowy, widzenia, równowagi, a także objawy ruchowe i czuciowe [1]. Przyczyną tych nieprawidłowości jest zaburzenie krążenia krwi w obrębie ośrodkowego układu nerwowego, związane wyłącznie z patologiami w przepływie naczyniowym. Następstwem tych zaburzeń jest ogniskowa lub globalna, nieprawidłowa czynność mózgu, której objawy trwają powyżej 24 godzin lub kończy się śmiercią pacjenta przed końcem upływu tego czasu. Do najczęściej wymienianych przyczyn niedokrwienia mózgowia powodujących udar zalicza się patologie miażdżycowe w obrębie dużych naczyń zewnątrzczaszkowych lub wewnątrzczaszkowych (20-30% przypadków), uszkodzenie niewielkich naczyń mózgowych (20-25%), zatory pochodzenia sercowego (20-30%) oraz inne, sporadycznie występujące przyczyny (ok. 5%).

Ze względu na czas od wystąpienia niedokrwienia, wyróżnia się poszczególne fazy udaru niedokrwiennego mózgu:

- Faza nadostra (0–6 h)
- Faza ostra (7–12 h)
- Faza podostra (13 h–3 tygodnie)
- Faza przewlekła (> 3 tygodni) [2].

Diagnostyka udaru z wykorzystaniem Tomografii Komputerowej

Badanie Tomografii Komputerowej (TK, Computed Tomography) od wielu lat stanowi podstawową metodę obrazowania mózgowia i jest pierwszym badaniem radiologicznym wykonywanym pacjentowi z podejrzeniem udaru mózgu [3]. Pierwsze objawy radiologiczne w badaniu TK w przypadku wystąpienia omawianego schorzenia pojawiają się po około 6 godzinach od momentu wystąpienia objawów, przy czym szybkie pojawienie się zmian w obrazach TK świadczy o wysokiej dynamice zmian i ich dużej rozległości. Stosunkowo późna możliwość obserwacji zmian wynika z faktu, iż w fazie nadostrej dochodzi do obrzęku cytostatycznego w mózgowiu, który nie wpływa na densyjność obrazu. Dopiero powstanie obrzęku naczyniopochodnego oraz pojawienie się efektu masy, wskazuje na wystąpienie udaru [4].

W Tomografii Komputerowej możliwa jest ocena wieku zmian ogniska niedokrwienego. Ognisko niedokrwienne w pierwszych 21 dniach od wystąpienia objawów, zauważalne jest w obrazach TK jako hipodensyjny obszar w porównaniu do zdrowej tkanki mózgowej. Różnica współczynnika osłabienia promieniowania wynosi około 10- 30 HU jednostek w skali Hounsfielda. Po upływie 3 tygodni, mają miejsce fazy uporządkowania udaru i powstanie blizny poudarowej. W badaniu Tomografii Komputerowej blizna poudarowa ma postać niskich wartości liniowego współczynnika osłabienia i zniekształcenia układu komorowego [4].

Do początkowych objawów udaru niedokrwienego mózgu zalicza się:

- zaciśnięcie bruzd kory mózgowej;
- zmniejszenie zróżnicowania między istotą szarą i białą w obszarze niedokrwienia
- ucisk na przestrzenie płynowe poprzez przesunięte struktury (efekt masy)
- zwiększenie gęstości tętnicy odpowiedzialnej za niedokrwienie (za hiperdensyjność tętnicy odpowiada zlokalizowany w niej materiał zakrzepowy oraz obecne w nim produkty przemiany hemoglobiny, a także spowolnienie przepływu krwi w naczyniu) [4].

Angiografia TK

Technika umożliwia określenie naczynia i jego rejonu, w którym powstało zwężenie lub doszło do niedrożności, spowodowanej nagromadzeniem materiału zakrzepowego. Jest szczególnie pomocna przy wątpliwościach w wyborze metody leczenia między trombolizą dotętniczną a trombolizą dożylną. Wadą angio- TK jest konieczność podania środka kontrastującego [4].

Badanie perfuzji mózgowej TK

Badanie polega na wykonaniu ilościowych pomiarów przepływu krwi w całym mózgowiu lub jego określonych obszarach w czasie. Umożliwia w odróżnieniu od rutynowej Tomografii Komputerowej, wykrycie obszaru o obniżonym przepływie krwi, a także dokładną ocenę obszaru niedokrwienia poprzez wskazanie obszaru o zaburzonej perfuzji (tzw. obszar penumbry) [5].

Technika ta pozwala na pomiar parametrów przepływu takich jak:

- **CBF** (*Cerebral Blood Flow* –mózgowy przepływ krwi) - parametr określający ilość krwi, która przepłynęła w czasie, przez określony obszar tkanki mózgowej,
- **CBV** (*Cerebral Blood Volume* – objętość przepływającej krwi) - określa, jaka ilość krwi została zgromadzona w naczyniach na 100 gram tkanki mózgowej,
- **MTT** (*Mean Transit Time* – średni czas przejścia) - określa czas przepływu krwi ze środkiem kontrastowym przez naczynia w miejscu pomiaru,
- **TTP** (*Time to Peak* – czas osiągnięcia szczytu krzywej) - czas, w którym doszło do maksymalnego przepływu krwi z kontrastem w miejscu pomiaru parametru.

Do wykonania oceny powyższych parametrów, wymagana jest prawidłowa identyfikacja poszczególnych struktur anatomicznych w mózgu (np. tętnice, istota szara), co możliwe jest dzięki ocenie współczynnika osłabienia promieniowania w wybranych rejonach zainteresowania (ROI – *Region of Interest*). Parametry te mogą zostać zobrazowane w postaci kolorowych map perfuzji [5].

Wady i zalety oraz ograniczenia metody

Tomografia Komputerowa jest obecnie „złotym standardem” w diagnostyce obrazowej udaru niedokrwiennego mózgu. Metoda ta posiada wiele zalet, do których zalicza się szeroką dostępność badania oraz jego krótki czas, co sprawia, że nawet pacjenci pobudzeni lub mający problem z komunikacją mogą zostać poddani diagnostyce. Ważną zaletą Tomografii Komputerowej jest możliwość różnicowania patologii naczyniowych oraz określenie typu udaru, co jest kluczowe w wyborze metod terapeutycznych [5, 6].

Metoda TK, pomimo wielu przedstawionych zalet, posiada również poważne niedogodności. Pierwszą z nich jest ekspozycja pacjenta na promieniowanie rentgenowskie, które w przypadku częstego narażenia bądź stosowania dużych dawek, może w przyszłości wywołać lub przyczynić się do ubytku zdrowia. Dlatego ważne jest, by osoby odpowiedzialne za przebieg procedury radiologicznej, zawsze stosowały zasadę ALARA (*As Low As Reasonably Achievable*) [7]. Niestety, stosowanie dużo niższych dawek promieniowania w badaniu TK istotnie pogarsza jakość obrazu, przez co jego wartość diagnostyczna maleje. Obrazy uzyskiwane przy wykorzystaniu dużo niższych dawek charakteryzują się w szczególności zmniejszoną kontrastowością, która ma wpływ na precyzyjność ustalenia granicy zmiany, co ostatecznie prowadzi do niedokładności analiz ilościowych [8].

Kolejną wadą omawianej metody, jest stosunkowo późne pojawienie się pierwszych objawów niedokrwienia w obrazach tomograficznych. W badaniu TK pierwsze zmiany wskazujące na wystąpienie udaru niedokrwiennego mózgu, pojawiają się po około 6 godzinach od wystąpienia objawów sugerujących omawiane schorzenie. [4].

Dużą niedogodnością TK jest problem oceny struktur lokalizujących się w okolicy tylnego dołu czaszki, z powodu mnogości struktur kostnych mieszczących się w tej okolicy głowy. Jednakże zmniejszenie grubości warstw obrazów oraz upowszechnienie się nowoczesnych aparatów wielorzędowych znacznie podniosło możliwość oceny okolicy struktur mózdzku oraz pnia mózgu [4].

Ograniczeniem metody może być w niektórych przypadkach konieczność podania środka kontrastującego, jak ma to miejsce np. w badaniu angio-CT. Środki cieniujące mogą wywołać reakcje alergiczne oraz powodują wydłużenie procedury badania, co opóźnia diagnozę. Dodatkowo należy pamiętać o neurotoksyczności omawianych środków, szczególnie w przypadku stosowania jonowych środków kontrastujących [5].

Metoda Rezonansu Magnetycznego w diagnostyce udaru niedokrwiennego mózgu

Charakterystyczną cechą omawianej metody, jest możliwość przeprowadzenia badania w wielu sekwencjach, które charakteryzują się określonym ciągiem impulsów RF, zaprogramowaną pracą systemu nadawczo- odbiorczego oraz systemu gradientowego. W zależności od wybranej sekwencji, określone sygnały mogą zostać wytłumione, przez co charakter obrazu ulega zmianie, co umożliwia ocenę struktur będących obiektem badania. W diagnozowaniu udaru niedokrwiennego za pomocą metody Rezonansu Magnetycznego, niezbędne jest wykorzystanie zaawansowanych sekwencji takich jak FLAIR, DWI czy PWI ze względu na możliwość zobrazowania objawów niedokrwienia już po kilkudziesięciu minutach od czasu wystąpienia jego pierwszych objawów [9, 10].

Dyfuzyjna Technika Rezonansu Magnetycznego

Dyfuzyjna sekwencja Rezonansu Magnetycznego (DWI- *Diffusion-Weighted Imaging*) opiera się na zjawisku wielokierunkowej dyfuzji protonów cząsteczek wody w tkankach. W warunkach prawidłowego krążenia w obszarze tkanki mózgowej ruchy dyfuzyjne są przypadkowe, a ich rozkład w całej objętości mózgowia jest równomierny. Ponadto wymiana wody między płynem wewnątrz- i zewnątrzkomórkowym jest swobodna. Ogromną zaletą sekwencji DWI jest możliwość obserwacji pierwszych obszarów niedokrwienia w czasie

pierwszej godziny od wystąpienia objawów, ze względu na rozwijający się jako pierwszy obrzęk cytotoksyczny, który znacznie zmniejsza możliwość dyfuzji cząsteczek wody [10, 11]. W omawianej sekwencji obszary o zwiększonej dyfuzji charakteryzują się hipointensywnym sygnałem, natomiast rejony zmniejszonej dyfuzji są hiperintensywne. W pierwszych godzinach i dniach od wystąpienia udaru (faza nadostrej, ostra i część podostrej) obszary niedokrwienne charakteryzują się wysokim sygnałem, który pod koniec fazy podostrej zmienia swój charakter na izointensywny. Przewlekłe udary w DWI uwiadcniają się jako hipointensywne obszary, gdyż ruchliwość cząsteczek wody zwiększa się. Badanie Rezonansem Magnetycznym w sekwencji DWI często jest stosowane w ocenie skuteczności leczenia trombolitycznego pacjenta, w szczególności wykorzystania metody trombolizy dotętnicznej [5].

Perfuzja Rezonansu Magnetycznego

Perfuzja MR (PWI - *Perfusion Weighted Imaging*) jest sekwencją pozwalającą na ocenę hemodynamiki tkanek oraz narządów. W obrazowaniu perfuzji mózgowia wykorzystywane są trzy techniki:

- Metoda pierwszego przejścia (DSC - *Dynamic Susceptibility Contrast Imaging*), polega na dożylnym podaniu środka kontrastującego, będącego pochodną gadoliny w dawce 0,2 ml/kg mc. w badaniu szybkimi sekwencjami, takimi jak technika echa planarnego (EPI). Cząsteczki paramagnetycznego środka kontrastowego powodują zmianę fazy protonów w naczyniu, w którym się znajduje, co objawia się w obrazach MR jako zmiana sygnału w obrazach T2- zależnych w miejscu wystąpienia niedokrwienia. Głównymi wskazaniami do wykonania badania tą techniką są ostre oraz przewlekłe stany zaburzenia krążenia mózgowego. W praktyce klinicznej coraz częściej stosuje się DSC razem z obrazowaniem DWI w przypadku podejrzenia wystąpienia udaru mózgu [5].
- Wzmocnienie kontrastowe (DCE- *Dynamic Contrast Enhanced*) jest techniką umożliwiającą otrzymywanie danych o stanie mikrokrażenia w tkance mózgowej. Polega na uzyskaniu obrazów T1- zależnych mózgowia, dożylnym podaniu środka kontrastującego i dalszym badaniu w sekwencji PWI. Sygnał odebrany z obszarów, w których gromadzi się środek kontrastowy, zostanie podwyższony względem sygnału obszarów przed podaniem środka. Dzięki wykorzystaniu tej metody możliwa jest ocena perfuzji mózgowej, poprzez dynamiczne śledzenie krążenia środka kontrastującego w badanym narządzie w różnych fazach jego przepływu (faza napływu,

wysycenia oraz wypłukiwania). Technika DCE znosi ograniczenie obrazów T1-zależnych, które ukazują zmianę sygnału tylko w określonym czasie [12, 13].

- Znakowania spinów krwi tętniczej (ASL - *Arterial Spin Labeling*), opiera się na wykorzystywaniu właściwości magnetycznych przepływającej w naczyniu krwi. Zawarta we krwi woda zostaje „znakowana” przez pulsacyjną energię o częstotliwości radiowej. Po „znakowaniu” wody i uzyskaniu wyników magnetyzacji tkankowej przed inwersją spinową oraz po niej, następuje subtrakcja obrazów, która umożliwi ocenę różnic w magnetyzacji. Niestety, technika ta ze względu na długi czas trwania, nie jest często standardem diagnostycznym, pomimo możliwości wielokrotnego powtarzania pomiaru oraz braku konieczności podawania środka kontrastującego [5].

Ocena obrazów DWI i PWI

Obrazy DWI i PWI uzyskiwane za pomocą aparatu Rezonansu Magnetycznego powinny być oceniane sumarycznie, gdyż wykazano, iż obszar niedokrwienia widoczny w obu technikach jest różny. Przeprowadzone badania wskazują na to, że obszar o zmniejszonej perfuzji sugerujący ostry udar niedokrwienny, jest większy niż obszar o nieprawidłowej dyfuzji. Różnica między tymi obszarami, nazwana obszarem niedopasowania (ang. *Perfusion-Diffusion Mismatch*) pokrywa się z odwracalnym obszarem niedokrwienia [10].

Angiografia Rezonansu Magnetycznego

Angiografia Rezonansu Magnetycznego (tzw. *angio-MR*) jest pomocnym, nieinwazyjnym badaniem, umożliwiającym ocenę stanu naczyń tętniczych w mózgu oraz wykrycie ich nieprawidłowości, takich jak zwężenia. Według niektórych autorów, zgodność *angio-MR* z inwazyjnym, badaniem naczyniowym DSA (ang. DSA, *Digital Subtraction Angiography*- cyfrowa angiografia subtrakcyjna) wynosi nawet 86%. Angiografia MR możliwa jest do wykonania zarówno w przypadku podania środka kontrastującego, jak i bez używania pochodnych gadoliny w badaniu. Nie korzystając ze środków kontrastowych, konieczne jest używanie technik akwizycji danych takich jak czas przejścia (TOF - *Time Of Flight*) i fazy kontrastu (PC - *Phase Contrast*) [4].

Technika czasu przejścia

Technika czasu przejścia (TOF- *Time of Flight*) polega na uzyskiwaniu wysokiego sygnału namagnetyzowanej krwi napływającej do diagnozowanego obszaru, przy jednoczesnym wytłumieniu sygnału z tkanek nieruchomych, co umożliwia uzyskiwanie obrazów naczyń, takich jak tętnic lub żył. Niestety niemożliwe jest odróżnienie dużego zwężenia od niedrożności, ze względu na uzyskiwanie niedostatecznie silnego sygnału przy znacznie zwolnionym przepływie krwi, by można było odróżnić od siebie wady naczyniowe [4].

Metoda fazy kontrastu

W przeciwieństwie do TOF, metoda fazy kontrastu (PC - *Phase Contrast*) nie jest w aż tak znacznym stopniu zależna od prędkości przepływu. Stosowana jest do uzyskiwania sygnału magnetyzacji poprzecznej i dzięki zastosowaniu impulsów wzbudzających, uzyskuje się silny sygnał krwi płynącej w badanym naczyniu. Do wad omawianej zalicza się wysoka wrażliwość na artefakty ruchowe oraz dłuższy czas badania [4].

Wady i zalety oraz bezpieczeństwo Rezonansu Magnetycznego

Obecnie największe niebezpieczeństwo metody związane jest nie z biologicznym oddziaływaniem zjawisk fizycznych na badanego, lecz z obecnością w ciele pacjenta lub w jego otoczeniu przedmiotów ferromagnetycznych, wrażliwych na silne wartości pola magnetycznego [14]. Z tego powodu, bezwzględny przeciwwskazaniem do wykonania badania Rezonansu Magnetycznego jest posiadanie wszczepionych implantów stymulacyjnych, takich jak kardiostymulator, kardiowerter, defibrylator, implant ślimakowy oraz stymulator ośrodkowego układu nerwowego. Umieszczenie pacjenta z wszczepionym urządzeniem stymulującym, może doprowadzić do zmiany jego położenia lub nagrzania, co w konsekwencji może doprowadzić do uszkodzenia życiowo ważnych narządów. Ograniczenie to jednak może za kilka lat wraz z rozwojem techniki stracić na znaczeniu, ze względu na testowanie aparatów stymulujących serce, które zapewniają bezpieczeństwo pacjentowi nawet podczas przebywania w silnym polu magnetycznym [15].

Kolejnym ograniczeniem omawianej metody jest długi czas badania, przez co na obrazach często obserwuje się artefakty ruchowe, których pojawienie się niekiedy wymaga powtórzenia całej sekwencji, co dodatkowo przedłuża diagnostykę. Z tego też względu, na badanie powinni być kierowani pacjenci, którzy będą w stanie nawiązać współpracę z personelem i będą wykonywać jego polecenia [15].

Do niewątpliwych zalet badania MR zalicza się brak narażenia pacjenta na promieniowanie jonizujące. Ma to szczególne znaczenie w przypadku pacjentów, którzy ze względów zdrowotnych, wielokrotnie w swoim życiu muszą zostać poddawani badaniom obrazowym. Następną dogodnością metody jest stosowanie w badaniu paramagnetycznych środków kontrastujących, zawierające związki gadolinu. Cechują się one niską neurotoksycznością i niewielkim ryzykiem wystąpienia działań niepożądanych, jednak ich cena jest wysoka [16]. Kolejną zaletą MR jest możliwość obrazowania udarów w rejonie pnia mózgu i mózdzku, ze względu na brak artefaktów pochodzących od struktur kostnych [4].

Porównanie metody Tomografii Komputerowej i Rezonansu Magnetycznego w diagnostyce udaru niedokrwiennego

W pierwotnej diagnostyce udaru, metodą z wyboru jest Tomografia Komputerowa. Przewagą metody jest niewątpliwie fakt, iż postawienie diagnozy pochłania znacznie mniej czasu niż w przypadku neuroobrazowania za pomocą MR. Wielokrotnie zostało wspomniane, jak ważny jest sprawny proces diagnostyczny, ze względu na zmniejszenie skuteczności leczenia niektórymi sposobami, po upływie określonego, krótkiego czasu. Aparaty tomografu są obecnie na wyposażeniu w zdecydowanej części szpitali, zaś skanery rezonansu ze względu na wysoki koszt zakupu i eksploatacji są zakupione głównie w dużych ośrodkach leczniczych. Sam czas procedury badania TK również jest nieporównywalnie krótszy niż badanie rezonansu, co jest istotne w przypadku diagnozy osób w ciężkim stanie klinicznym. Kolejnym argumentem przemawiającym za badaniem TK jako metodą z wyboru, jest możliwość szybkiego wykluczenia krwotoku śródczaszkowego, który jest przeciwwskazaniem do leczenia trombolitycznego [17].

Przewagą MR w obrazowaniu ognisk niedokrwiennych, jest wysoka skuteczność w wykrywaniu niewielkich ognisk o niedostatecznym ukrwieniu, a w szczególności udarów lakunarnych. Kolejną zaletą jest możliwość wykrycia obszaru niedokrwienia w pierwszych minutach od wystąpienia objawów, bez konieczności podawania środka kontrastującego, dzięki zastosowaniu sekwencji DWI [9]. Dużą wartość diagnostyczną wnosi możliwość obrazowania

wielopłaszczyznowego oraz w wielu sekwencjach, dostarczających ważnych informacji, np. o stanie drożności naczyń w obrębie mózgowia. Niezwykle istotną zaletą MR jest wyższa skuteczność w obrazowaniu struktur tylnego dołu czaszki i jego okolicy, ze względu na brak artefaktów pochodzących od mnogich struktur kostnych tego obszaru [4]. Ponadto dużą wartość diagnostyczną posiada sumaryczna ocena obrazów DWI i PWI, która pozwala na określenie obszarów objętych odwracalną strefą niedokrwienia [6].

Podsumowanie

Ze względu na specyfikę omawianych metod i znaczne różnice między nimi, niemożliwym jest stwierdzenie, która z przedstawionych technik jest korzystniejsza w obrazowaniu udaru. W wielu jednostkach standardem jest wykonanie Tomografii Komputerowej bez użycia środka kontrastującego jako pierwszego badania. W przypadku wykluczenia krwawienia śródczaszkowego, podawany jest niejonowy środek kontrastujący i przeprowadzone jest badanie angiografii TK. Rezonans Magnetyczny wykonywany jest tylko w wysoko specjalistycznych ośrodkach lub w przypadku wątpliwości zespołu diagnostycznego [5].

Piśmiennictwo

1. Mazur R., Świerkocka-Miastkowska M.: Udar mózgu — pierwsze objawy. *Choroby Serca i Naczyń*, 2005, 2 (2), 84–87.
2. Kozera G., Nyka W., Siebert J.: Aktualne zasady terapii ostrej fazy udaru mózgu. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2011, 5 (2), 147–155.
3. Szczuchniak W., Sobolewski P., Kozera G.: Opóźnienia przed- i wewnątrzszpitalne w udarze mózgu: przyczyny, skutki, zapobieganie. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2016, 10, 119–128.
4. Szarmach A., Szurowska E., Kozera G., Studniarek M.: Współczesne metody diagnostyki obrazowej zmian udarowych w obrębie struktur mózgowych tylnego dołu czaszki. *Udar Mózgu*, 2008, 10 (1), 27-39.
5. Okrój-Lubecka J., Szurowska E., Kozera G.: Metody neuroobrazowania ostrej fazy udaru niedokrwiennego mózgu w praktyce klinicznej. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2015, 9 (6), 460–470.

6. Witkowski G., Ryglewicz D.: CT perfuzyjne w ostrym okresie udaru niedokrwiennego mózgu- czy może zastąpić ocenę penumbry za pomocą MRI? *Polski Przegląd Neurologiczny*, 2008, 4, 62-63.
7. Garcarek J., Falkowski A., Janczak D., Weyde W.: Higiena radiacyjna w pracowniach radiologicznych. *Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej*, 2013, 67, 1391-1396.
8. Węgliński T, Fabijańska A: Poprawa jakości obrazów tomograficznych o niskiej dawce promieniowania. *IAPGOŚ*, 2013, 4, 7-9.
9. Szewczyk P., Guziński M., Sasiadek M.: Zastosowanie obrazowania dyfuzji rezonansu magnetycznego (DWI) w różnicowaniu świeżych i przewlekłych zmian niedokrwiennych- opis przypadku. *Udar Mózgu*, 2008, 1, 49-54.
10. Walecki J.: Diagnostyka obrazowa wczesnego udaru mózgu. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 2010, 6 (1), 1–16.
11. Cichocka M: Techniki obrazowania rezonansu magnetycznego (MR). *Inżynier i Fizyk Medyczny*, 2015, 6 (4), 337-342.
12. Brix G., Semmler W., Port R., Schad L.R., Layer G., Lorenz W.J.: Pharmacokinetic parameters in CNS Gd-DTPA enhanced MR imaging. *The Journal of Computer Assisted Tomography*, 1991, 15, 621–628.
13. Tofts P.S., Kermode A.G.: Measurement of the blood-brain barrier permeability and leakage space using dynamic MR imaging. 1. Fundamental concepts. *Magnetic Resonance in Medicine*, 1991, 17, 357–367.
14. Karpowicz J., Gryz K.: Zagrożenia zawodowe dla personelu medycznego obsługującego rezonans magnetyczny. *Acta Bio-Optica et Informatica Medica, Inż Biomed*, 2008, 3 (14), 255-257.
15. Sokół M., Waligórski M., Wicher M., Walecki J.: Bezpieczeństwo w pracowni rezonansu magnetycznego. *Inżynier i Fizyk Medyczny*, 2016, 3 (5), 119-128.
16. Kaczmarek M., Zabiszak M., Jastrząb R.: Biologicznie aktywne kompleksy jonów lantanowców- związki nowej generacji [w:] *Na pograniczu chemii i biologii*, Koroniak H., Barciszewski J. (red.). Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań, 2015, 201-203.
17. Wiszniewska M., Kobayashi A., Członkowska A.: Postępowanie w udarze mózgu. *Skrót Wytycznych Grupy Ekspertów Sekcji Chorób Towarzystwa Neurologicznego z 2012 roku*. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 2012, 8 (4), 161–175.

Marciszewska Urszula^{1,2}, Misiak Bianka^{1,2}, Lewko Jolanta³

1. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
2. Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny w Białymstoku
3. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Immunoterapia swoista na jad osy – interwencje personelu pielęgniarskiego

Wprowadzenie

Alergia na jad owadów błonkoskrzydłych stanowi ogromny problem kliniczny i społeczny. Część osób na użądlenie reaguje tylko odczynem miejscowym lub łagodnym systemowym. Uogólnione reakcje alergiczne po ekspozycji na jad osy i pszczoły dotyczą 5 - 8,9% populacji osób dorosłych i 1,5% dzieci; z kolei u ok. 10% z nich objawy są ekstremalnie ciężkie [1, 2].

Owady, których jad wywołuje taki stan pochodzą przede wszystkim z rzędu błonkoskrzydłych; są to: pszczoła miodna, trzmiel, szerszeń, osa. Osobnicze ryzyko użądlenia przez te owady wynosi około 30% w ciągu życia. Wśród przyczyn anafilaksji, użądlenia owadów znajdują się na 3 miejscu. Nadwrażliwość na jad ma najczęściej mechanizm immunologiczny, IgE - zależny [3, 4].

Wszystkie przypadki anafilaksji wymagają natychmiastowego leczenia, hospitalizacji oraz obserwacji szpitalnej, celem uniknięcia wystąpienia drugiej fazy jej objawów, których cechą charakterystyczną jest nawrót wszystkich lub większości objawów w przeciągu kilku godzin do maksymalnie trzech dni, mimo braku narażenia na czynnik, pierwotnie tę reakcję zapoczątkowujący [5, 6].

Rozwinięcie

Alergia na jad owadów błonkoskrzydłych oznacza nadmierną, z reguły bardzo gwałtownie przebiegającą (miejscową lub ogólną) reakcję po użądleniu owada. W Polsce najczęściej występującymi alergiami tego typu jest alergia na jad osy i pszczoły, co wiąże się z powszechnym występowaniem tych owadów [1]. Osa może żądlić kilkakrotnie, za każdym razem aplikując 10-40 mikrogramów jadu. Z kolei pszczoła żądli tylko jeden raz - podczas użądlenia wstrzykuje 50-100 mikrogramów jadu, pozostawia żądło w skórze przeciwnika

i ginie [7]. Za wystąpienie objawów chorobowych po ekspozycji odpowiedzialne są składniki jadu. Najczęściej są to białka, głównie o charakterze enzymów [7].

Objawy nadwrażliwości na jad owadów błonkoskrzydłych

U osoby, która jest uczulona, wystarczy użądlenie tylko jednego owada, aby wywołać objawy choroby, niekiedy bardzo ciężkie i bezpośrednio zagrażające życiu [2]. U osób nieuczulonych, w miejscu ekspozycji mogą wystąpić: zaczerwienienie, bolesność i niewielki obrzęk. Jeżeli objawy te nie są nasilone, tzn. średnica obrzęku jest mniejsza niż 10 centymetrów i utrzymuje się nie dłużej niż 24 godziny, określana jest reakcją fizjologiczną [2].

Charakterystyczną cechą dla osób z nadwrażliwością, jest ostre pojawienie się objawów, zawsze mających związek czasowy z użądleniem owada. Do rozwoju dochodzi najczęściej w ciągu od kilku, kilkunastu minut do kilku godzin. U niektórych chorych, po początkowej poprawie ogólnego stanu, objawy mogą nawrócić, najczęściej w ciągu kilkunastu godzin. Taką sytuację nazywa się reakcją dwufazową [8].

Im szybciej objawy wystąpią, tym większe prawdopodobieństwo gwałtownego, potencjalnie zagrażającego życiu przebiegu. Reakcja uczuleniowa po użądleniu przez owada może mieć charakter, tzw. dużej reakcji miejscowej lub reakcji całego organizmu [3].

Mueller [9] przedstawił klasyfikację reakcji ogólnoustrojowych po użądleniu przez owady (w każdym kolejnym, wyższym stopniu ciężkości, występują z reguły objawy ze stopni niższych):

- stopień I - uogólniona pokrzywka, świąd skóry, ogólne osłabienie, niepokój
- stopień II - jakikolwiek z wyżej wymienionych objawów i co najmniej dwa z następujących: obrzęk naczynioruchowy, uczucie ucisku w klatce piersiowej, nudności, wymioty, biegunka, ból brzucha, zawroty głowy
- stopień III - jakikolwiek z wyżej wymienionych objawów i co najmniej dwa z następujących: duszność, świszczący wydech, stridor, zaburzenia mowy, chrypka, osłabienie, splątanie, lęk przed śmiercią
- stopień IV - jakikolwiek z wyżej wymienionych objawów i co najmniej dwa z następujących: znaczny spadek ciśnienia tętniczego krwi, zapaść, utrata przytomności, nietrzymanie moczu i stolca, sinica [9].

Łagodne objawy ogólne, to najczęściej reakcja skórna objawiająca się rozległym zaczerwienieniem skóry (pokrzywka) i swędzeniem, a w razie większego nasilenia - obrzękiem

naczynioruchowym. Dotyczy on najczęściej okolic dobrze ukrwionych: twarzy, ust, powiek i uszu. Objawy nadwrażliwości mogą też dotyczyć układu pokarmowego i mają postać skurczowych bólów brzucha, nudności i wymiotów. Objawy ogólne dotyczące układu oddechowego mogą wynikać z obrzęku gardła (zaburzenia mowy, trudności w połykaniu), obrzęku krtani (świszczący wdech, chrypka), czy też skurczu oskrzeli (świszczący i wydłużony wydech). Symptomy ze strony układu krążenia obejmują spadek ciśnienia tętniczego krwi, sinicę, zapaść oraz utratę przytomności. Nasilone objawy dotyczące układu krążenia i układu oddechowego powodują stan bezpośredniego zagrożenia życia i wymagają sprawnego, kompleksowego działania mającego na celu niedopuszczenie do śmierci chorego [3, 4].

Postępowanie po użądleniu przez owady błonkoskrzydłe

W przypadku użądlenia przez pszczołę zalecane jest, celem zapobiegania dalszemu rozwojowi objawów, jak najszybsze, najlepiej do 30 sekund, usunięcie żądła poprzez jego podważenie. Na miejsce użądlenia wskazane jest, w miarę możliwości, przyłożenie okładu z lodu. Niska temperatura wpływa na obkurczenie się naczyń skóry, a co za tym idzie, chroni przed przedostawaniem się składników jadu do krwioobiegu i dalej do całego organizmu [7].

W przypadku dużej reakcji miejscowej dotyczącej kończyn, wystarcza podanie doustnie leku przeciwhistaminowego, bez konieczności interwencji lekarskiej. Zawsze zaleca się obserwację osoby użądzonej pod kątem ewentualnego rozwoju dalszych, niepokojących objawów [3].

Wyjątkiem jest sytuacja, kiedy osoba dotychczas nieuczulona została użądłona w głowę, szyję, jamę ustną, język lub doszło do połknięcia owada. W zaistniałym przypadku, ze względu na to, iż może dojść do potencjalnie zagrażającemu życiu obrzęku miejscowych tkanek oraz do uduszenia, należy pilnie skontaktować się z najbliższą placówką medyczną [7].

Jeśli ogólne objawy są łagodne (skórne), to po zażyciu leku przeciwhistaminowego i glikokortykosteroidu, należy udać się do najbliższej placówki medycznej. W przypadku bardziej niepokojących symptomów, powinno się pilnie wezwać pogotowie ratunkowe. W razie złego samopoczucia i podejrzenia reakcji anafilaktycznej z objawami ze strony układu krążenia, wskazane jest położenie chorego na plecach z uniesionymi nogami - postępowanie to ogranicza wystąpienie reakcji wstrząsowej [7].

Chorzy, u których w przeszłości wystąpiły objawy ogólnoustrojowe po użądleniu przez owada, zaraz po pierwszym zdarzeniu powinni mieć przepisane przez lekarza leki do natychmiastowego zastosowania w razie ponownego użądlenia. Obejmują one preparat

przeciwhistaminowy i steroid w tabletkach do zażycia drogą doustną oraz w przypadku, gdy doszło wcześniej do ciężkiej reakcji ogólnej - adrenalinę w ampułkostrzykawce do szybkiego podania domięśniowego. Pacjenci chorujący na astmę oskrzelową powinni również dodatkowo być wyposażeni w inhalator z lekiem rozszerzającym oskrzela. Wymienione leki pacjent powinien, w porze aktywności owadów, mieć zawsze przy sobie. Musi być też świadomy, iż lek przeciwhistaminowy i steroid nie stanowią alternatywy dla adrenaliny - leku, który jest jedynym lekiem ratującym życie w sytuacji rozwijającej się reakcji anafilaktycznej. Wskazaniem do jej zastosowania u osoby uczulonej na jad owadów jest ekspozycja w okolicę głowy, szyi i jamy ustnej, lub sytuacja, kiedy po zażyciu zaleconych leków doustnych samopoczucie chorego nadal się pogarsza oraz rozwijają się kolejne objawy uczuleniowe. Nie powinno się zwlekać z podaniem adrenaliny przy gwałtownym rozwijaniu się objawów ogólnych, gdyż opóźnienie zwiększa ryzyko śmierci chorego [4, 7, 9].

Chory powinien być dokładnie przeszkolony przez personel medyczny, w jaki sposób posługiwać się ampułkostrzykawką z adrenaliną. Niewiedza lub też lęk przed jej użyciem mogą być powodem groźnego w skutkach opóźnienia w podaniu leku [9].

Niezależnie od podania adrenaliny, chory powinien pilnie skontaktować się z lekarzem, a jeśli sytuacja tego wymaga, należy bezzwłocznie wezwać pogotowie ratunkowe, zaznaczając podczas wezwania, iż nastąpiła silna reakcja anafilaktyczna [9].

Postępowanie zespołu terapeutycznego, w reakcjach anafilaktycznych opiera się na schemacie VIP:

- V (Ventilate): drożność dróg oddechowych oraz wentylacja
- I (Infuse): dożylnie przetaczanie płynów
- P (Pump): przywrócenie i utrzymanie właściwej czynności mięśnia sercowego; utrzymanie ciśnienia tętniczego krwi [4, 10].

W podjętych działaniach uwzględnia się: ocenę stanu przytomności chorego, funkcji układu oddechowego i krążenia, przerwanie narażenia pacjenta na działanie czynnika alergizującego, a w przypadku użądlenia przez pszczołę, usunięcie żądła, ułożenie chorego w pozycji przeciwwstrząsowej (na plecach z uniesionymi kończynami dolnymi), a w przypadku, gdy u pacjenta stwierdza się duszność, w pozycji półsiedzącej lub siedzącej, tlenoterapię, założenie dojścia żylnego (optymalnie dwóch), celem szybkiego przetoczenia dużej ilości płynów, podaż leków. W sytuacji dużego obrzęku krtani wykonanie wczesnej intubacji dotchawiczej, a jeśli jest to niemożliwe, zastosowanie zabiegu konikopunkcji [10].

Diagnostyka nadwrażliwości na jad owadów błonkoskrzydłych

We współczesnej diagnostyce chorób alergicznych istnieje wiele metod pozwalających potwierdzić lub wykluczyć uczulenia IgE-zależne oraz zakwalifikować do odpowiedniej immunoterapii alergenowej. Należy, jednakże pamiętać o tym, iż żadne metody diagnostyczne nie mogą zastąpić dokładnie przeprowadzonego badania fizykalnego oraz wywiadu zebranego od chorego [11]. W alergii na jad owadów błonkoskrzydłych postawienie rozpoznania opiera się łącznie na badaniu podmiotowym, przedmiotowym i badaniach dodatkowych [3].

Badanie podmiotowe ma na celu ustalenie, jakiego gatunku owad wywołał objawy i stanowi przyczynę alergii, stąd należy zadać następujące pytania [9, 12]: jak wyglądał dany owad (pszczoła - włochata, brunatna, słabo zaznaczone prążkowanie tułowia; osa - wyraźnie prążkowana w czarno - żółte pasy, słabo owłosiona, smuklejsza od pszczoły); czy w skórze pozostało żądło (jest to typowe dla użądlenia pszczoły); po jakim czasie od momentu ekspozycji żądło zostało usunięte (im później, tym objawy mogą być cięższe); ile owadów użądliło (symptomy po użądleniu jednego owada wskazują na alergię, natomiast użądlenie wielu owadów jest reakcją toksyczną); w którą okolicę ciała nastąpiła ekspozycja (większe ryzyko ciężkiej reakcji występuje po użądleniu w okolicę głowy, szyi, jamy ustnej); podczas wykonywania jakich czynności doszło do użądlenia (użądlenie w pobliżu pasieki, czy podczas wykonywania pracy przy ulach wskazuje na pszczołę; natomiast użądlenia podczas chodzenia boso po trawie, spożywania napojów lub pokarmów poza domem - bardziej wskazuje na osę); o jakiej porze dnia doszło do użądlenia (użądlenia, do których doszło w porze nocnej, nie są wywołane przez pszczoły i osy - o tej porze owady te są nieaktywne) [9, 12].

W niektórych przypadkach nie można dokładnie ustalić, który z owadów użądlił pacjenta. W takiej sytuacji używa się stwierdzenia „owad niezidentyfikowany”. Z medycznego punktu widzenia istotne jest to, czy do użądlenia przez owada danego gatunku doszło po raz pierwszy, a jeśli nie, to kiedy zdarzyły się poprzednie oraz czy reakcja jest słabsza, czy silniejsza w porównaniu do wcześniejszych ekspozycji.

Reakcje słabsze (szczególnie przy długiej przerwie pomiędzy nimi) świadczą o wygaszaniu uczulenia, zaś reakcje coraz silniejsze (przy krótkim odstępie czasu pomiędzy użądleniami) mogą znamionować narastanie stopnia uczulenia [9, 12].

Badanie przedmiotowe u pacjentów z reakcją anafilaktyczną odgrywa największą rolę w okresie objawów ostrych. Umożliwia zakwalifikować je do określonego stopnia ciężkości.

Jego zadaniem jest też ustalenie rozległości objawów uczuleniowych - czy są to tylko objawy miejscowe, czy też ogólne. Każdy pacjent z reakcją ogólną, w tym także łagodną, powinien mieć mierzone i monitorowane podstawowe funkcje życiowe (ciśnienie tętnicze krwi, tętno, oddech) [1, 9].

Badania dodatkowe w diagnostyce nadwrażliwości na jad owadów błonkoskrzydłych dotyczą pacjentów z uogólnionymi reakcjami po użądleniu i mają na celu wyłonienie osób, które kwalifikują się do leczenia metodą swoistej immunoterapii jadowej [9].

Do badań dodatkowych stosowanych w diagnostyce alergii na jad owadów błonkoskrzydłych zalicza się: testy skórne - punktowe (tzw. prick test), testy śródskórne oraz oznaczenie w surowicy krwi stężenia swoistych przeciwciał IgE skierowanych przeciwko jadowi [12].

W ocenie ryzyka wystąpienia ciężkiej reakcji alergicznej, w sytuacji kolejnego użądlenia, stosuje się dodatkowo oznaczenia tryptazy w surowicy krwi. Stężenie tryptazy ściśle wiąże się z ciężkością występujących objawów klinicznych, a w największym stopniu ze spadkiem ciśnienia tętniczego krwi [4, 12].

Jeżeli wyniki przeprowadzonych badań wskazują na uczulenie IgE- zależne oraz objawy alergii miały duże nasilenie, chory powinien być bezwzględnie leczony metodą immunoterapii swoistej [12].

Leczenie przyczynowe (immunoterapia swoista) to jedyny, obok unikania kontaktu z alergenem, sposób leczenia przyczynowego nadwrażliwości na jad owadów błonkoskrzydłych i jest metodą z wyboru. Prowadzi ono do eliminacji bądź zmniejszenia stopnia nasilenia objawów choroby, poprzez spowodowanie tolerancji na jad owadów. Wiele badań potwierdza jej skuteczność, notując wysoki, sięgający blisko 100% spadek częstości reakcji układowych po powtórnych użądleniach w przypadku pacjentów z alergią na jad osy i wynoszący około 90% u uczulonych na jad pszczoły [13, 14].

Immunoterapia polega na wielokrotnym podawaniu rosnących dawek alergenu (jadu osy lub pszczoły), celem uzyskania tolerancji układu odpornościowego [9]. Przed rozpoczęciem immunoterapii chory powinien zapoznać się z pisemną informacją o tej metodzie leczenia, z uwzględnieniem jej potencjalnych działań ubocznych i wymaganej dyscypliny podczas leczenia. Jak każda specyficzna immunoterapia, również odczulanie na jad osy i pszczoły, nie jest pozbawione ryzyka. W każdym przypadku istnieje ryzyko wystąpienia

reakcji anafilaktycznej i konieczności podjęcia natychmiastowych czynności ratujących życie chorego [15]. W związku z tym wymagane jest wyrażenie świadomej zgody na ten rodzaj terapii.

W immunoterapii swoistej rozróżnia się dwa etapy leczenia. Pierwszy, w którym stopniowo zwiększa się dawkę danego alergenu (faza wstępna lub indukcja), aż do osiągnięcia dawki podtrzymującej (100 mikrogramów jadu), oraz drugi, kiedy każdorazowo podaje się tę samą dawkę, tak zwaną podtrzymującą, odpowiadającą 100 mikrogramom jadu owada. Faza wstępna immunoterapii może być prowadzona według trzech różnych protokołów różniących się okresem, w jakim osiągnięta jest pełna dawka podtrzymująca [14].

Wyróżnia się następujące metody: ultraszybką (ultra - rush), w której dawka podtrzymująca osiągnięta jest po 3-5 godzinach, w sześciu szczepieniach w odstępie minimum 30 minut; szybką (rush) - dawka podtrzymująca osiągnięta jest po kilku dniach oraz konwencjonalną - faza indukcji trwa kilka tygodni [14].

Faza indukcji szczepień poprzedzona jest podaniem choremu leku przeciwhistaminowego (30 minut przed szczepieniem). Protokół ultraszybki i szybki powinien być przeprowadzany w warunkach szpitalnych, gdyż częściej niż w metodzie konwencjonalnej występują objawy uboczne (zwiększone ryzyko reakcji systemowej) [14].

Wybór odpowiedniej dla danego pacjenta metody szczepień zależy przede wszystkim od pory roku (w okresie wiosenno - letnim wybierane są protokoły szybkie) oraz doświadczeń i preferencji ośrodka specjalistycznego prowadzącego immunoterapię [9].

W sytuacji wystąpienia reakcji systemowej w trakcie szczepień, terapia może być wznowiona najwcześniej po 12 godzinach z użyciem dawki zredukowanej o dwa poziomy, a następnie dalej kontynuowana według odpowiedniego protokołu [9].

Dawki podtrzymujące podaje się co 4 tygodnie w pierwszym roku immunoterapii i jeżeli chory dobrze je toleruje, to przerwy między nimi można wydłużyć do 6-8 tygodni w kolejnych latach terapii. Czas trwania immunoterapii jest określany indywidualnie, ale zazwyczaj wynosi on 3-5 lat. Czas odczulania na jad pszczoły jest dłuższy niż na jad osy. Dłużej prowadzi się też szczepienia u osób chorych na mastocytozę (czasami całe życie), z podwyższonym poziomem tryptazy w surowicy krwi oraz u osób, u których w trakcie trwania immunoterapii występowały reakcje alergiczne [1, 3].

Efekty uboczne w postaci reakcji miejscowych czy objawów uogólnionych, występują głównie w fazie wstępnej immunoterapii. Wielu pacjentów ma duże odczyny lokalne na początku leczenia, najczęściej przy dawkach 20-30 mikrogramów i nie pojawiają się one ponownie przy większych dawkach. Ponadto mogą wystąpić bóle głowy, uczucie zmęczenia

albo wręcz wyczerpania. Właściwym postępowaniem w tych przypadkach jest podanie leków przeciwhistaminowych i zastosowanie, na miejsca poszczepienne z dużym odczynem alergicznym, maści z kortykosteroidem. W przeważającej większości, reakcje alergiczne na zastosowane leczenie, występują w ciągu 30 minut od momentu zaszczepienia, dlatego też obowiązuje taki czas obserwacji chorego po podaniu szczepionki [14].

Decyzja o zakończeniu leczenia metodą immunoterapii jadem owadów jest podejmowana indywidualnie dla danego pacjenta. Brane są pod uwagę takie aspekty jak: przebieg immunoterapii, dodatkowe czynniki ryzyka, wyniki testów dodatkowych. Ponadto niektóre ośrodki specjalistyczne dokonują oceny reakcji na użądlenie w teście prowokacji z żywym owadem. Jednakże testów tych nie wykonuje się rutynowo, a ich wynik nie jest jednoznaczny z odpowiedzią na tak zwane użądlenie polne [7].

Po zakończeniu leczenia metodą swoistej immunoterapii nie są wymagane kontrolne badania laboratoryjne, aczkolwiek roczne kontrole stężenia swoistych przeciwciał IgE w surowicy krwi lub testy skórne są pomocne dla lekarza w podjęciu decyzji o zakończeniu terapii [9, 13].

Profilaktyka w nadwrażliwości na jad owadów błonkoskrzydłych

Obecnie nie istnieje możliwość jakichkolwiek badań diagnostycznych pozwalających na wyłonienie chorych potencjalnie zagrożonych wystąpieniem objawów alergii po użądleniu przez owady błonkoskrzydłe. Zaleca się przestrzeganie zasad profilaktyki dla uniknięcia sytuacji sprzyjających użądleniom i, w konsekwencji, objawom chorobowym [7].

Wśród podstawowych zasad profilaktyki użądleń należy wymienić: unikanie przebywania w takich miejscach, jak łąki czy sady, pośród kwitnących roślin, zwłaszcza, jeśli na ziemi znajdują się dojrzałe owoce; chodzenia boso po trawie, plaży; nie spożywanie owoców, lodów oraz słodkich napojów podczas przebywania na zewnątrz domu; szczelne zamykanie kubłów na śmieci i resztki żywności, noszenie ubrań w stonowanych barwach; podczas przebywania w miejscach zwiększonej ekspozycji na owady błonkoskrzydłe należy zakładać długie spodnie, koszule z długim rękawem, kryte buty i kapelusz na głowę; pamiętać, iż zapach potu, perfum i dezodorantów przyciąga owady; w razie ataku os lub pszczoł należy zasłonić głowę; nie zabijać bezpotrzebnie owadów, gdyż może to wywołać atak innych, przebywających w pobliżu; jeśli osa lub pszczoła użądliła kogoś w pobliżu, należy oddalić się na odległość co najmniej 50 metrów, gdyż mogą nadlecieć kolejne owady; stale, w okresie aktywności owadów, nosić przy sobie leki, a szczególnie adrenalinę w ampułkostrzykawce [7, 9].

Edukacja pacjentów z nadwrażliwością na jad owadów błonkoskrzydłych

Chory z rozpoznaną anafilaksją wymaga ścisłej opieki ośrodka specjalistycznego. Personel pielęgniarstwa i lekarski powinien zajmować się nie tylko leczeniem, ale również edukacją pacjenta oraz jego rodziny na temat profilaktyki kolejnych reakcji anafilaktycznych, postępowania w razie ich wystąpienia, a także sposobu podawania adrenaliny [5].

Podstawowe zagadnienia postępowania długoterminowego u chorych z nadwrażliwością na jad owadów obejmują [1, 9]: edukację chorego i jego rodziny w zakresie leczenia interwencyjnego, w tym naukę podawania adrenaliny; opracowanie pisemnego planu leczenia i postępowania w sytuacjach nagłych; pełną diagnostykę z oceną ryzyka powtórnej anafilaksji; przedstawienie choremu metod prewencji, czyli udzielenie informacji o profilaktyce w użądleniach przez owady; leczenie chorób współistniejących, na przykład astmy; zmodyfikowanie dotychczasowego leczenia farmakologicznego (inhibitory ACE, beta-blokery); przekazanie pisemnej informacji dla lekarza rodzinnego, opiekunów i nauczycieli w przypadku dzieci i młodzieży; wizualizację informacji o istniejącej anafilaksji (bransoletka, paszport pacjenta); w uzasadnionych przypadkach podjęcie immunoterapii swoistej na jad owadów błonkoskrzydłych [1, 9].

Podsumowanie

Nadwrażliwość na jad owadów błonkoskrzydłych stanowi poważny problem kliniczny, społeczny i jednostkowy. Potencjalne zagrożenie życia, które towarzyszy alergii, nakazuje konieczność objęcia tych osób specjalnym programem opieki. Jediną, skuteczną metodą leczenia tej choroby jest immunoterapia swoista jadem owadów błonkoskrzydłych. Prowadzi ona do eliminacji lub zmniejszenia stopnia nasilenia objawów choroby, poprzez spowodowanie tolerancji na jad owadów.

Niezmiernie ważnym elementem zapobiegania występowaniu reakcji uczuleniowej, w postaci anafilaksji, u osób z nadwrażliwością na jad owadów błonkoskrzydłych jest edukacja pacjenta i jego najbliższego otoczenia na temat profilaktyki przeciwużądleniowej oraz znajomość pierwszych objawów zwiastujących zbliżającą się reakcję anafilaktyczną. Idealem byłoby, gdyby osoby uczulone miały przy sobie, tzw. paszport anafilaksji lub też bransoletkę informującą o rodzaju alergii oraz zestaw leków interwencyjnych. Wiedza i sprawne działanie mogą zapobiec rozwojowi wstrząsu anafilaktycznego, który bezpośrednio zagraża życiu osoby uczulonej.

Piśmiennictwo

1. Dowbór-Dzwonka A. i wsp.: Hipersensytyzacja na jady błonkówek. *Alergia Astma Immunologia*, 2012, 47(2), 157-163.
2. Nittner-Marszalska M.: Alergia na owady [w:] *Alergologia Kompendium*, Pawliczak R. (red.). Wydawnictwa Medyczne Termedia, Poznań 2013, 213-216.
3. Cichocka-Jarosz E.: Anafilaksja na jad owadów. *Alergia Astma Immunologia*, 2014, 19(1), 10-15.
4. Rogala B. i wsp.: Anafilaksja - złożony problem kliniczny. *Alergia Astma Immunologia*, 2014, 19(1), 3-9.
5. Nittner-Marszalska M.: Anafilaksja [w:] *Alergologia Kompendium*, Pawliczak R. (red.). Wydawnictwa Medyczne Termedia, Poznań 2013, 236-237.
6. Świerczyńska – Krępa M.: Wstrząs anafilaktyczny (anafilaksja) <https://alergie.mp.pl/chorobyalergiczne/choroby/59318,wstrzas-anafilaktyczny-anafilaksja>; (data pobrania 06.03.2018, godz. 9:45).
7. Jutel M., Cichocka-Jarosz E.: Alergia na jad owadów <https://alergie.mp.pl/chorobyalergiczne/choroby/59841,alergia-na-jad-owadow>; (data pobrania 09.01.2018, godz.17:15)
8. Smorawska-Sabanty E., Kowalski M.: Reakcje nadwrażliwości na jad owadów błonkoskrzydłych: charakterystyka kliniczna i dwufazowość reakcji po użądleniu. *Alergia Astma Immunologia*, 2008, 13(3), 151-160.
9. Cichocka-Jarosz E., Lange J., Lis G.: Program opieki nad chorymi z nadwrażliwością na jady owadów błonkoskrzydłych - założenia, zasady realizacji. *Alergia Astma Immunologia*, 2008, 13(1), 1-9.
10. Kurzawa R.: Anafilaksja-nie jedno ma imię. *Alergia Astma Immunologia*, 2017, 22(2-3), 30-32.
11. Bodzenta-Łukaszyk A., Łukaszyk M., Dawidziuk T.: Diagnostyka chorób alergicznych [w:] *Alergologia Kompendium*, Pawliczak R. (red.). Wydawnictwa Medyczne Termedia, Poznań 2013, 105-118.
12. Bodzenta-Łukaszyk A., Łukaszyk M.: Immunoglobulina E [w:] *Alergologia Kompendium*, Pawliczak R. (red.). Wydawnictwa Medyczne Termedia, Poznań 2013, 37-39.
13. Kempański K., Niedożytko M.: Skuteczność immunoterapii w alergii na jad owadów błonkoskrzydłych. *Alergia Astma Immunologia* 2011, 16(3), 123-131

14. Pawliczak R.: Immunoterapia swoista [w:] Alergologia Kompendium, Pawliczak R. (red.). Wydawnictwa Medyczne Termedia, Poznań 2013, 265-270.
15. Rogala B.: Leczenie alergii na jad owadów [https://alergie.mp.pl/chorobyalergiczne/wartowiedziec/57621,leczenie-alergii-na-jad-owadow](https://alergie.mp.pl/chorobyalergiczne/wartowiedziec/57621,leczenie-alergii-na-jad-owadow;); (pobrano dnia 05.04.2018, godz.18:20).

Reska Sylwia¹, Tyszko Joanna Jolanta²

1. Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo,
Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży
2. Oddział Chirurgiczny, Szpital Wojewódzki w Łomży

Pielęgnowanie pacjenta po operacji usunięcia pęcherzyka żółciowego metodą laparoskopową z powodu kamicy żółciowej

Wstęp

Schorzenia dróg żółciowych są najczęstszą przyczyną działań chirurgicznych w obrębie jamy brzusznej. Usunięcie pęcherzyka żółciowego to najczęściej wykonywany zabieg operacyjny zarówno w Polsce, jak i w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej. Szybki rozwój technologiczny umożliwił ewolucję metod rozpoznania i leczenia schorzeń dróg żółciowych w kierunku technik mniej inwazyjnych [1, 2].

Żółć wątrobowa to zabarwiony, izotoniczny płyn o gorzkim smaku. Wątroba produkuje żółć w ilości 500-1100 ml dziennie. Natomiast całkowite podstawowe wydzielanie żółci na dobę wynosi około 500-600 ml. W jej skład wchodzi głównie: kwasy żółciowe (ok. 80%), lecytyna oraz inne fosfolipidy stanowiące około 16%, a także cholesterol (4%). Poza tym składnikami żółci są: bilirubina związana, elektrolity, białka (albuminy, immunoglobuliny oraz produkty przemiany hormonów), śluz, jak również dość często środki farmakologiczne i ich metabolity [3].

Głównym zadaniem żółci jest emulsyfikacja tłuszczu, które znajdują się w spożywanych pokarmach, co sprzyja łatwiejszemu trawieniu i wchłonięciu lipidów w jelitach. W znacznym stopniu ułatwia ona wchłanianie witamin, m.in. A, D, E oraz K. Umożliwia także usuwanie wielu zbędnych substancji z organizmu, np. bilirubiny, która powstaje na skutek rozpadu erytrocytów w wątrobie. Wykazano również, że żółć wpływa na motorykę jelit [4].

Kamica żółciowa charakteryzuje się występowaniem kamieni żółciowych w obrębie zewnątrz- i wewnątrzwątrobowych dróg żółciowych. Najczęściej spotyka się kamice pęcherzyka żółciowego. Złogi formują się w wyniku wytrącania się w żółci

nierozpuszczalnych substancji wchodzących w jej skład, do których należą m.in.: cholesterol, sole kwasów żółciowych, bilirubina, białka, jak również inne barwniki żółciowe oraz sole wapnia. W Polsce w dużej mierze przyczyną kamicy żółciowej są złoży cholesterolowe, stanowiące ponad 90% wszystkich kamieni żółciowych [1, 7].

Na pojawienie się kamicy żółciowej często wpływ ma jednocześnie kilka czynników, spośród niżej wymienionych:

- płeć żeńska,
- wiek (ryzyko zachorowania jest wprost proporcjonalne do wieku),
- otyłość (ryzyko zachorowanie 2-krotnie częściej przy 20% nadwadze),
- dieta bogata w tłuszcze; szczególnie zwierzęce, a uboga w błonnik,
- cukrzyca,
- marskość wątroby,
- zespół krótkiego jelita,
- hemoliza,
- terapia fibratami lub estrogenami,
- stosowanie doustnych środków antykoncepcyjnych,
- choroba Leśniowskiego- Crohna,
- ciąża oraz czynniki genetyczne [8, 9].

Kamica pęcherzyka żółciowego występuje u około 10-20% populacji polskiej, w tym 20% stanowi kamica objawowa. Choroba ta może dotyczyć ludzi w różnym wieku, jednak najczęściej zachorowalność obserwuje się po 50-tym roku życia. Na schorzenie to w Polsce cztery razy częściej zapadają kobiety. Zgodnie z regułą 5xF zwiększone ryzyko zachorowania pojawia się u kobiety otyłej, jasnowłosej, płodnej w wieku około 40 lat. Z badań wynika, iż u 17-20 % pacjentów, u których zdiagnozowano kamice pęcherzyka żółciowego, stwierdza się również kamice przewodową [7, 12].

Istotnym elementem diagnostyki kamicy pęcherzyka żółciowego jest wywiad, poza tym należy wykonać wiele badań przedmiotowych w tym ultrasonograficznych, laboratoryjnych i obrazowych [6].

Kamica pęcherzyka żółciowego posiada bardzo zróżnicowany obraz kliniczny. Choroba ta może występować w postaci kamicy: objawowej, bezobjawowej, powikłanej [11].

Kamica objawowa zwykle charakteryzuje się:

- kolką żółciową (wątrobową),

Zwykle jest pierwszym i typowym objawem w prawie każdym przypadku. Mianem kolki żółciowej określa się nagły, stały ból, który rozpoczyna się w nadbrzuszu lub prawym górnym kwadrancie brzucha. Może on promieniować w różnym kierunku. Trwa on zazwyczaj od 15 minut do 5 godzin. Pojawia się jako następstwo skurczu pęcherzyka i dróg żółciowych z powodu podrażnienia przez przemieszczający się zółg. W wielu przypadkach spożycie obfitego, tłustego posiłku, cebuli, śmietany, czekolady powoduje, że w ciągu 2-3 godzin po posiłku rozpoczyna się kolka żółciowa. W wyjątkowych sytuacjach może pojawić się w skutek wysiłku, potrząsania czy też przeżyć psychicznych. Przedłużający się napad kolki powyżej 5 godzin stanowi podstawę do podejrzewania kamicy powikłanej.

- nudnościami oraz wymiotami zabarwionymi żółcią, które nie przynoszą ulgi,
- objawami dyspeptycznymi tj. zgaga, odbijanie, dyskomfort w nadbrzuszu, wzdęcie brzucha, uczucie rozpierania i pełności,
- obroną mięśniową w prawej okolicy podżebrowej,
- dodatnim objawem Chełmońskiego,
- u wielu chorych objawy pojawiają się zwykle w nocy [10, 13, 14].

W około 50% przypadków występuje kamica bezobjawowa. Rozpoznanie jest ona zwykle przypadkowo podczas badania ultrasonograficznego jamy brzusznej [7].

Do powikłań kamicy pęcherzyka żółciowego zalicza się:

- a) powikłania spowodowane obecnością kamieni w pęcherzyku:
 - ostre oraz przewlekłe zapalenie pęcherzyka żółciowego
 - wodniak lub ropniak pęcherzyka żółciowego
 - perforacja i /lub zgorzel ściany pęcherzyka żółciowego
 - marskość pęcherzyka
- b) powikłania powstałe na skutek przemieszczenia się zółgów do dróg żółciowych lub poza nie:
 - żółtaczką mechaniczną
 - ostre żółciopochodne zapalenie trzustki
 - stany zapalne dróg żółciowych

- przetoka powstająca pomiędzy przewodem żółciowym lub pęcherzykiem, a przewodem pokarmowym
- zwężenie i / lub zatkanie brodawki większej dwunastnicy
- żółciowa marskość wątroby
- ropień podwątrobowy lub podprzeponowy
- żółciowe zapalenie otrzewnej (ograniczone lub rozlane)
- żółciowa niedrożność jelit, powstaje zwykle na skutek przedostania się kamienia żółciowego przez przetokę żółciowo-dwunastniczą.

Bardzo rzadkim powikłaniem jest zespół Mirizziego (zaklinowanie złoгу żółciowego powodujące ucisk dróg żółciowych przez pęcherzyk żółciowy). Uważa się, iż odległym powikłaniem jest również rak pęcherzyka żółciowego [1, 7].

Sposoby leczenia kamicy pęcherzyka żółciowego

Nie w każdym przypadku rozpoznania kamicy pęcherzyka żółciowego należy podejmować działania chirurgiczne. Można rozważyć też postępowanie zachowawcze. Do zabiegu operacyjnego powinni być kwalifikowani chorzy z objawową lub powikłaną kamicią pęcherzykową, a także niektórzy pacjenci z postacią bezobjawową [11].

U pacjentów z objawową kamicią pęcherzykową leczeniem z wyboru jest chirurgiczne usunięcie pęcherzyka żółciowego. Wykonywane jest ono zwykle w trybie wczesnym, planowym. Zabieg operacyjny można wykonać metodą laparoskopową lub klasyczną. Współcześnie cholecystektomię laparoskopową uznaje się za „złoty standard” w leczeniu kamicy pęcherzyka żółciowego i przeprowadza się ją w ponad 90% przypadków [7, 15].

Rzadziej stosowanym sposobem leczenia jest litotrypsja (ESWL), polegająca na rozbijaniu złoгуw ultradźwiękową falą uderzeniową [6, 8].

Kamica przewodowa polega na występowaniu złoгуw w przewodach zewnątrz- lub wewnątrzwątrobowych. Powstaje zwykle jako następstwo przemieszczenia się niewielkich kamieni żółciowych z pęcherzyka do przewodu żółciowego wspólnego w momencie wystąpienia napadu kolki żółciowej. Również kamienie mogą tworzyć się w przewodach. [14, 16].

Przebieg kamicy przewodowej zwykle jest objawowy. Symptomy:

- ból zlokalizowany w środkowym nadbrzuszu lub z prawej strony, któremu może współtowarzyszyć żółtaczka mechaniczna, a także gorączka z dreszczami tzw. objawy triady Charcota,
- nudności i wymioty.

Długo trwająca niedrożność przewodu żółciowego wspólnego prowadzi do nasilenia się żółtaczki. Pojawiają się wtedy świąd skóry, odbarwione stolce oraz ciemny mocznik [11, 16].

Diagnostyka kamicy przewodowej opiera się na wywiadzie oraz przeprowadzeniu badań diagnostycznych. U około 60% osób z kamicy przewodową obserwuje się nieprawidłowości w badaniach biochemicznych [17].

Zarówno kamica przewodowa objawowa, jak również bezobjawowa stanowi wskazanie do leczenia endoskopowego lub operacyjnego. W terapii kamicy przewodowej zastosowanie znajdują:

- ECPW ze sfinkterotomią
Jest metodą, która zapobiega nawrotom choroby w 90% przypadków.
- Leczenie operacyjne stosowane jest w sytuacji, gdy leczenie endoskopowe nie przyniosło oczekiwanych rezultatów lub nie ma możliwości jego przeprowadzenia.
- Liotrypsja pozaustrojowa z zastosowaniem fali uderzeniowej.
- Wszczepienie protezy do przewodu żółciowego wspólnego.

Metoda wykorzystywana, gdy poprzednie sposoby okazały się nieskuteczne [8, 9].

Cholecystektomia laparoskopowa jest zabiegiem chirurgicznym, który polega na usunięciu pęcherzyka żółciowego. Została ona uznana jednym z najlepszych sposobów leczenia chirurgicznego dla prawie każdego pacjenta, u którego trzeba usunąć pęcherzyk żółciowy z powodu kamicy żółciowej. Wynika to przede wszystkim z krótszego czasu hospitalizacji pacjenta, mniejszego nasilenia dolegliwości po zabiegu, pozostawienia mniejszej blizny pooperacyjnej jak również mniejsza liczba zrostów mogących stać się przyczyną niedrożności [18, 19].

W dużym stopniu na rozwój cholecystektomii laparoskopowej wpłynął Erich Mühe. W roku 1986 wykonał on jako pierwszy usunięcie pęcherzyka żółciowego metodą laparoskopową. W Polsce jako pierwszy tego rodzaju zabieg przeprowadził Jacques Domergue 15 maja 1991r. w Poznaniu. Natomiast pierwsza cholecystektomia laparoskopowa, która

została wykonana w obsadzie tylko polskich lekarzy miała miejsce 20 czerwca 1991r. w Klinice Chirurgii Ogólnej i Chorób Wątroby Akademii Medycznej w Warszawie [5, 20].

Najczęstszym wskazaniem do wykonania cholecystektomii metodą laparoskopową jest objawowa kamica pęcherzyka żółciowego. Według najnowszych wytycznych, jeżeli nie ma przeciwwskazań, metodę tę uznaje się za złoty standard w leczeniu tego schorzenia. Oprócz tego wskazaniami są również:

- ostre oraz przewlekłe zapalenie pęcherzyka żółciowego wraz z kolką wątrobową,
- stan po zapaleniu trzustki powstały w skutek kamicy żółciowej,
- stany zapalne oraz polipy pęcherzyka żółciowego nie wynikające z kamicy pęcherzyka żółciowego.

W dużym stopniu wybór techniki operacyjnej zależy od indywidualnego stanu pacjenta, umiejętności operatora, a także warunków przeprowadzenia operacji [19, 20].

Współcześnie głównym przeciwwskazaniem do wykonania cholecystektomii laparoskopowej jest niemożność dokładnej oceny budowy anatomicznej dróg żółciowych [5].

Do bezwzględnych przeciwwskazań zalicza się:

- brak zgody chorego,
- ciężka postać przewlekłej obturacyjnej choroby płuc,
- schyłkowa niewydolność wątroby,
- kamica przewodowa,
- wrodzone wady serca,
- przeciwwskazania do znieczulenia ogólnego (w tym niewydolność krążenia z EF poniżej 20% i niewydolność oddechowa, co może wiązać się z nietolerancją odmy otrzewnowej),
- rozlane zapalenie otrzewnej,
- ropniak pęcherzyka żółciowego,
- ciężkie zaburzenia układu krzepnięcia,
- stan po rozległych operacjach żołądkowo-jelitowych, wiąże się on z licznymi zrostami w jamie brzusznej,
- nowotwór pęcherzyka żółciowego [5, 20].

Przeciwwskazania względne to:

- otyłość znacznego stopnia [20],

- ciąża - szczególnie pierwszy i drugi trymestr,
- zapalenie trzustki i dróg żółciowych,
- przetoka żółciowa lub żółciowo-jelitowa,
- przepukliny jamy brzusznej (przepuklina rozworu przełykowego przepony, przepuklina pępkowa, a także wiele innych przepuklin powstałych w bliznach pooperacyjnych),
- nadciśnienie wrotne związane z marskością wątroby,
- zmieniony zapalnie pęcherzyk żółciowy (niemożność dokładnej oceny anatomicznej z powodu nacieku zapalnego) [20, 21].

Całkowita liczba powikłań po tym zabiegu wynosi 2,1-5,1%. Zdarzają się one stosunkowo rzadko w porównaniu z cholecystektomią klasyczną, gdzie liczba powikłań waha się w granicach 4,5- 21%. Jednym z najpoważniejszych powikłań po laparoskopowym usunięciu pęcherzyka żółciowego jest uszkodzenie dróg żółciowych, które może prowadzić do wielu groźnych dla zdrowia i życia następstw [2, 15].

Oprócz tego ogólnie powikłania po cholecystektomii laparoskopowej można podzielić na cztery grupy:

- **powikłania mogące powstać w związku z wytwarzaniem odmy otrzewnowej:**
 - bole barków
 - wytworzenie odmy w przestrzeni przedotrzewnowej na skutek zbyt płytkiego wprowadzenia igły Veressa
 - ogóle następstwa odmy otrzewnowej wiążące się z dwutlenkiem węgla takie jak: hiperkapnia z kwasicą, bradykardia oraz obniżenie się ciśnienia tętniczego, objawy zatoru powietrznego
- **powikłania wiążące się z wprowadzaniem trokarów:**
 - krwawienie,
 - uszkodzenia trzewi
 - urazy dużych naczyń krwionośnych, np. żyły głównej dolnej, aorty
 - uszkodzenia jelit
- **powikłania śródoperacyjne:**
 - uszkodzenie ściany pęcherzyka i dróg żółciowych oraz wypadanie kamieni żółciowych

- krwawienia śródoperacyjne
- termiczne uszkodzenia w trakcie koagulacji

➤ **powikłania pooperacyjne:**

- krwawienie (z łoży po wycięciu pęcherzyka żółciowego lub z uszkodzonej tętnicy pęcherzykowej)
- wypływ żółci do jamy brzusznej, pojawia się u około 1% operowanych
- zakażenie rany pooperacyjnej
- ropnie śródbrzusze
- powstanie przepukliny pooperacyjnej
- wczesne i późne zwężenie dróg żółciowych. Zwężenia powstałe w skutek założenia klipsa, uszkodzeń termicznych lub zapalnych. Mogą ujawnić się w odstępie kilku dni lub tygodni, a nawet po kilku latach
- pozostawienie złogów w drogach żółciowych i żółtaczka pooperacyjna [20, 22, 23].

„Zespół po cholecystektomii” jest to grupa dolegliwości, która występuje u około 10-15% pacjentów po prawidłowo przeprowadzonej operacji usunięcia pęcherzyka żółciowego [23, 24]. Objawia się najczęściej: bólami w nadbrzuszu oraz prawej okolicy podżebrowej, wzdęciami po posiłkach, nudnościami oraz biegunkami, nietolerancją niektórych pokarmów, uczuciem dyskomfortu w nadbrzuszu oraz prawym górnym kwadrancie brzucha oraz zgagą [25]. W przypadku długotrwałego utrzymywania się objawów, pacjent powinien udać się do lekarza [4, 26, 27].

Cele pracy

Celami niniejszej pracy było:

1. Rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych u pacjenta po operacji usunięcia pęcherzyka żółciowego metodą laparoskopową.
2. Opracowanie zindywidualizowanego planu opieki pielęgniarzkiej w odniesieniu do chorego po operacji usunięcia pęcherzyka żółciowego.
3. Przygotowanie zaleceń oraz wskazówek dla pacjenta do domu.

Material i metoda

Badaniem objęto kobietę w wieku 61 lat, po operacji usunięcia pęcherzyka żółciowego metodą laparoskopową. Pacjentka była hospitalizowana w Oddziale Chirurgicznym Szpitala Wojewódzkiego w Łomży w okresie od 18.12.2017r. do 20.12.2017r.

Informacje o pacjentce zgromadzono na podstawie wywiadu pielęgniarskiego oraz obserwacji własnej, a także pomiarów bezpośrednich oraz pośrednich. Dodatkowo analizie poddano dokumentację medyczną chorej.

Obserwacja pielęgniarska- to świadome rozpoznanie wyglądu chorego, sposobu jego zachowania oraz funkcjonowania poszczególnych układów zarówno w okresie zdrowia, jak i choroby mające na celu zgromadzenie informacji i opracowanie planu pielęgnowania [28, 29].

Dane na temat stanu bio-psycho-społecznego chorej zebrano w oparciu o Arkusz do gromadzenia danych o pacjencie na Oddziale Chirurgicznym. Innymi narzędziami badawczymi, które wykorzystano były skale:

- Skala VES-13. Stosowana do oceny stanu zdrowia oraz sprawności funkcjonalnej.
- Skala numeryczna NRS - ocenia nasilenie bólu od 0 do 10
- Skala Baxtera - służy do monitorowania i rozpoznania powikłań mogących pojawić się podczas kaniulacji żył.
- Skala Glasgow - wykorzystywana do oceny stanu świadomości. Ocenie podlega: otwieranie oczu, kontakt słowny oraz reakcja ruchowa.

Posłużono się również wskaźnikiem BMI.

Zgromadzone informacje umożliwiły opracowanie indywidualnego planu opieki pielęgniarskiej oraz zaleceń dla pacjenta po operacji usunięcia pęcherzyka żółciowego.

Wyniki badań

Opis przypadku

Dnia 18.12.2017r. 61- letnia kobieta K.D. została przyjęta w trybie planowym, na podstawie skierowania w Oddział Chirurgiczny Szpitala Wojewódzkiego w Łomży. Pacjentka została skierowana do szpitala w celu operacyjnego leczenia objawowej kamicy pęcherzyka żółciowego, bez zapalenia pęcherzyka żółciowego. Chora została zakwalifikowana do

cholecystektomii laparoskopowej. Jak wynika z wywiadu z pacjentką objawy kamicy żółciowej od niedawna się nasiliły. Ostatni atak kolki żółciowej wystąpił u kobiety w listopadzie 2017r. Pacjentka trafiła do szpitala w stanie ogólnym dobrym. Kobieta nie zgłaszała dolegliwości bólowych. Stan świadomości kobiety prawidłowy. Kontakt słowny zachowany. Skóra wilgotna, bez zmian skórnych. Stan odżywienia chorej dobry. U pacjentki około 6 lat temu rozpoznano nadciśnienie tętnicze. K.D. regularnie przyjmuje leki hipotensyjne, dzięki czemu ciśnienie tętnicze krwi utrzymuje się w normie. Kobieta była leczona kilka lat temu w szpitalu z powodu wrzodu opuszki dwunastnicy. Pacjentka nie jest na nic uczulona. Stan psychiczny chorej dobry. W dniu przyjęcia: ciśnienie tętnicze krwi wynosiło: 122/80 mmHg, tętno: 68/ min, oddech: 15 oddechów/ min., temperatura ciała: 36,6°C, wzrost: 164 cm, masa ciała: 76 kg, BMI: 28,26, co wskazywało na nadwagę.

Pacjentka przed operacją prowadziła nieregularny tryb życia: niezdrowo się odżywiała, spożywała nieregularnie w pośpiechu 3-4 posiłki dziennie, piła mało płynów (około 1,5 litra/d), sporadycznie uprawiała aktywność fizyczną, narażona była na stres związany z wykonywaną przez nią pracą. Dodatkowo wypijała 4-5 filiżanek kawy w ciągu dnia.

Kobieta mieszka wraz z rodziną w domu jednorodzinnym niedaleko Łomży. Warunki socjalno-bytowe dobre. Pacjentka z zawodu jest bankowcem, obecnie jest już emerytką. Rodzina zapewnia chorej opiekę. K.D nie pali papierosów ani nie pije alkoholu. Chora wcześniej nie była operowana.

Kobieta przed operacją została oceniona wg modelu oceny ryzyka Capriniego, w tej skali uzyskała 4 punkty, co wskazuje na wysokie ryzyko rozwoju choroby zakrzepowozatorowej. W ramach profilaktyki tej choroby lekarz prowadzący zalecił podanie Clexane w dawce 1x 40 mg po zabiegu operacyjnym usunięcia pęcherzyka żółciowego. W skali VES-13 chora zdobyła 0 punktów, co świadczy o małym ryzyku pogorszenia się stanu zdrowia, sprawności funkcjonalnej pacjentki w ciągu kolejnych dni.

W dniu obserwacji

Pacjentka zakwalifikowana do cholecystektomii laparoskopowej. W przeddzień oraz w dniu operacji kobieta pozostała na czczo. W dniu poprzedzającym zabieg chora otrzymała Bisacodyl w postaci czopka doodbytniczego w celu oczyszczenia przewodu pokarmowego. W dniu zabiegu operacyjnego pacjentce założono kaniulę obwodową typu wenflon. Kobieta odczuwa niepokój o własne zdrowie i lęk spowodowany zabiegiem operacyjnym. W dniu zabiegu zalecono, aby kobieta wykonała toaletę całego ciała oraz usunięto owłosienie

z miejsca planowanego pola operacyjnego. Następnie przewieziono pacjentkę na blok operacyjny.

Po zabiegu operacyjnym pacjentka przewieziona do Oddziału Chirurgicznego z sali pooperacyjnej o godzinie 11.15. Kobieta była wydolna krążeniowo i oddechowo. Chora została oceniona wg skali Glasgow, w której uzyskała 15 punktów, co dowodziło o jej pełnym stanie świadomości. W karcie pielęgniarskiej odnotowano wartości parametrów życiowych. Opatrunek na ranie pooperacyjnej był suchy. Pacjentce podano zlecony przed operacją Clexane w dawce 1x40 mg podskórnie w celu profilaktyki choroby zakrzepowo-zatorowej. Kobieta odczuwa dyskomfort spowodowany bólem w okolicy rany pooperacyjnej. Oceniono nasilenie bólu pooperacyjnego w skali NRS, chora uzyskała 4 punkty. Zastosowano lek przeciwbólowy na pisemne zlecenie lekarza. Kobieta jest leżąca i cały czas pozostaje w łóżku. Wszystkie czynności przy chorej trzeba wykonywać. Pacjentka ma założoną kaniulę obwodową typu wenflon na stronie grzbietowej lewej dłoni. Chora odczuwa lęk i niepokój spowodowany niedostateczną wiedzą na temat odżywiania oraz samopielęgnacji po powrocie do domu. Kobieta ma założony dren Redona w prawej okolicy podżebrowej pozostawiony po przeprowadzonym zabiegu operacyjnym. Cztery godziny od zabiegu operacyjnego pacjentka oddała mocz.

Oddech: 16/ min, **Ciśnienie tętnicze:** 122/83 mmHg, **Tętno:** 68/ min

Temperatura ciała: 36,6°C **Saturacja (SpO₂):** 98

Plan opieki

- przed zabiegiem operacyjnym

I. Problem pielęgnacyjny: Możliwość pojawienia się powikłań związanych z operacją z powodu niewłaściwego przygotowania fizycznego pacjentki do zabiegu operacyjnego.

Cel działania: Zmniejszenie ryzyka pojawienia się powikłań pooperacyjnych poprzez właściwe przygotowanie chorej do zabiegu operacyjnego.

Planowane działania:

- Pomiar oraz dokumentacja parametrów podstawowych funkcji życiowych przed zabiegiem operacyjnym na pisemne zlecenie lekarza.
- Przygotowanie pacjentki oraz uczestnictwo w zleconych pisemnie przez lekarza badaniach laboratoryjnych (m.in. próby wątrobowe, morfologia, stężenie białka, mocznika, elektrolitów, bilirubiny oraz mocznika, czas krwawienia oraz krzepnięcia,

grupa krwi) oraz diagnostycznych (tj. EKG, RTG klatki piersiowej, ECPW, USG jamy brzusznej).

- Wy tłumaczenie chorej jak ważne są ćwiczenia oddechowe oraz przedstawienie zasad ich prowadzenia.
- Nauczenie kobiety gimnastyki oddechowej.
- Przekazanie chorej informacji o konieczności pozostania na czczo w dniu zabiegu operacyjnego.
- Właściwe przygotowanie przewodu pokarmowego pacjentki (zastosowanie głodówki bądź wprowadzenie diety bezresztkowej, podanie preparatów przeczyszczających).
- Udzielenie kobiecie informacji o konieczności wykonania toalety całego ciała w dniu poprzedzającym zabieg jak również w dniu operacji ze szczególnym uwzględnieniem okolicy miejsca operacyjnego.
- Usunięcie owłosienia ze skóry w obrębie planowanego miejsca interwencji chirurgicznej za pomocą jednorazowej maszynki do golenia w czasie najkrótszym od zabiegu operacyjnego (optymalny czas to 1-2 godziny przed operacją).
- Założenie pacjentce kaniuli obwodowej typu wenflon.
- Dożylnie podawanie płynów infuzyjnych zgodnie z pisemnym zleceniem lekarza.
- Przygotowanie oraz podaż środków rozkurczających i przeciwbólowych zgodnie z kartą zleceń lekarskich.
- Zastosowanie antybiotykoterapii okołoperacyjnej zgodnie z pisemnym zleceniem lekarskim.
- Poinformowanie kobiety o tym, że paznokcie u rąk i stóp na czas zabiegu powinny być pozbawione lakieru.
- Przed zabiegiem operacyjnym należy zdjąć wszystkie metalowe rzeczy, np. obrączki, biżuterie, spinki do włosów itp.
- Zalecenie pacjentce, aby przed transportem na salę operacyjną opróżniła pęcherz moczowy.
- Założenie cewnika do pęcherza moczowego, aby kontrolować diurezę godzinową.
- Zastosowanie premedykacji pisemnie zlecanej przez lekarza anestezjologa.
- Transport pacjentki do bloku operacyjnego.

Ocena: U pacjentki nie wystąpiły powikłania pooperacyjne. Kobieta została przygotowana do zabiegu zgodnie z procedurą.

II. Problem pielęgnacyjny: Niepokój oraz lęk pacjentki związany z zaplanowanym zabiegiem operacyjnym.

Cel działania: Uspokojenie pacjentki oraz zapewnienie jej poczucia bezpieczeństwa psychicznego.

Planowane działania:

- Wsparcie psychiczne chorej poprzez rozmowę z nią. Rozmowa pielęgniarki z pacjentką sprzyja rozwianiu wątpliwości, które mogą być przyczyną stanu napięcia emocjonalnego u kobiety.
- Zapewnienie kobiecie możliwości kontaktu z rodziną oraz ważnymi dla niej osobami.
- Dostarczenie chorej informacji dotyczących planowanego zabiegu operacyjnego.
- Objaśnienie pacjentce interesujących ją kwestii związanych z zabiegiem operacyjnym. Nie należy zbyt dużo informacji przekazywać pacjentce, gdyż ich natłok może dodatkowo nasilać u niej lęk.
- Zapewnienie kobiecie możliwości kontaktu z lekarzem, który będzie przeprowadzał zabieg operacyjny oraz lekarzem anestezjologiem.
- Okazywanie życzliwości, empatii i serdeczności pacjentce.

Ocena: Pacjentka stała się spokojniejsza. Rzadziej pojawia się u niej lęk związany z planowanym zabiegiem.

- po zabiegu operacyjnym

III. Problem pielęgnacyjny: Możliwość wystąpienia zaburzeń czynności życiowych z powodu przebytego zabiegu operacyjnego oraz znieczulenia.

Cel działania: Zapobieganie oraz wczesne rozpoznawanie zaburzeń w układzie oddechowym i krążenia poprzez dokładne monitorowanie stanu pacjentki oraz czynności pielęgnacyjne.

Planowane działania:

- Pomiar oraz dokumentowanie wartości parametrów podstawowych czynności życiowych. Regularna ocena rodzaju i ilości oddechów oraz saturacji, ciśnienia tętniczego krwi oraz częstości tętna oraz powłok skórnych. Monitorowanie tych parametrów co 15 minut - pierwsza godzina od przyjęcia w oddział, później co pół godziny – 2-3 godzina, a następnie co 1 godzinę przez 4-5 godzinę pacjentki w oddziale.
- Nauka oraz motywowanie pacjentki do wykonywania ćwiczeń oddechowych.

- Zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu w sali (temperatura powietrza 19-22°C, wilgotność 60-75%).
- Ułożenie kobiety w pozycji na placach na płasko w czasie bezpośrednio po zabiegu operacyjnym.
- W razie potrzeby podanie tlenu na pisemne zlecenie lekarza.

Ocena: Stan pacjentki utrzymuje się w normie. Nie występują zaburzenia ze strony układu krążenia i oddechowego.

IV. Problem pielęgnacyjny: Ryzyko pojawienia się zaburzeń wodno-elektrolitowych z powodu zaleceń dietetycznych oraz obniżenia się zawartości krwi krążącej w organizmie.

Cel działania: Zapobieganie zaburzeniom w gospodarce wodno-elektrolitowej oraz utrzymywanie odpowiedniej objętości krwi krążącej poprzez właściwe postępowanie.

Planowane działania:

- Sprawdzanie oraz dokumentacja wartości temperatury ciała, oddechów, ciśnienia tętniczego krwi, tętna, diurezy co kwadrans przez pierwszą godzinę od momentu przyjęcia pacjentki z sali pooperacyjnej, później w odstępach półgodzinnych przez kolejne 2-3 godziny, a następnie co godzinę w ciągu kolejnych 4-5 godzin.
- Podawanie płynów infuzyjnych dożylnie na pisemne zlecenie lekarza.
- Prowadzenie bilansu wodnego.
- Regularna kontrola charakteru i ilości drenowanej treści przez dren Redona (co 30 minut).
- Udział pielęgniarki w przeprowadzaniu badań laboratoryjnych pisemnie zleconych przez lekarza.
- Regularna ocena stanu skóry i błon śluzowych pacjentki regularnie co 30 minut.

Ocena: U chorej nie pojawiły się symptomy mogące świadczyć o zaburzeniach wodno-elektrolitowych.

V. Problem pielęgnacyjny: Dyskomfort spowodowany dolegliwościami bólowymi w okolicy rany operacyjnej.

Cel działania: Zmniejszenie dyskomfortu poprzez złagodzenie dolegliwości bólowych.

Planowane działania:

- Wyjaśnienie pacjentce, iż ból to naturalna, przemijająca odpowiedź na uszkodzenie tkanek podczas interwencji chirurgicznej.

- Ocena charakteru oraz nasilenia odczuwanego przez kobietę bólu pooperacyjnego na podstawie zgłaszanych przez nią dolegliwości.
- Regularna kontrola nasilenia dolegliwości bólowych w punktowej skali NRS przed oraz po podaniu leków przeciwbólowych. Kontrola bólu, co najmniej raz w ciągu doby przy braku dolegliwości bólowych.
- Monitorowanie podstawowych parametrów życiowych (tętno, oddech, ciśnienie tętnicze krwi, temperatura ciała) co 15 minut przez pierwszą godzinę pobytu chorej na oddziale, następnie co 30 minut przez kolejne 2-3 godziny, a później co godzina w ciągu następnych 4-5 godzin.
- Pomoc chorej w przyjęciu pozycji ułożenia łagodzącej nasilenie bólu oraz poprawiającej ogólny komfort.
- Zapewnienie ciszy i spokoju, aby podwyższyć próg bólowy.
- Umożliwienie pacjentce kontaktu z bliskimi mające na celu zmniejszenie dyskomfortu odczuwanego przez pacjentkę.
- Zapewnienie atmosfery wyrozumiałości, empatii oraz życzliwości, co pozytywnie wpływa na stan psychiczny.
- Podawanie pacjentce leków przeciwbólowych na pisemne zlecenie lekarza.

Ocena: Nastąpiło złagodzenie dolegliwości bólowych. Dyskomfort zmniejszył się.

VI. Problem pielęgnacyjny: Zwiększone ryzyko wystąpienia krwotoku z miejsca rany pooperacyjnej na skutek obniżenia się stężenia czynników krzepnięcia we krwi.

Cel działania: Zmniejszenie ryzyka wystąpienia krwotoku z rany operacyjnej poprzez dokładną obserwacją stanu chorej oraz systematyczną kontrolę opatrunku.

Planowane działania:

- Sprawdzenie stanu opatrunku na ranie pooperacyjnej w czasie przyjmowania pacjentki w oddział po operacji.
- Regularna kontrola czystości (suchy czy przesiąknięty) opatrunku na ranie pooperacyjnej co 30 minut.
- Systematyczna ocena oddechu, ciśnienia tętniczego krwi, tętna, temperatury ciała, zabarwienia powłok skórnych. Sprawdzanie wartości wyżej wymienionych parametrów nie rzadziej niż co kwadrans przez 1 godzinę pobytu chorej w oddziale, później przez kolejne 2-3 godziny w odstępach półgodzinnych, a w późniejszych 4-5 godzinach regularnie co godzinę.

- Dokładna obserwacja nasilenia krwawienia z rany pooperacyjnej.
- Systematyczne monitorowanie oraz dokumentacja ilości oraz jakości treści wpływającej z drenu umieszczonego w jamie brzusznej w odstępach co 30 minut.
- Współuczestnictwo pielęgniarki w czasie wykonywanych badań laboratoryjnych na pisemne zlecenie lekarza.
- Poinformowanie lekarza w przypadku potrzeby częstej zmiany opatrunku na ranie pooperacyjnej, aby zapobiec groźnym powikłaniom tj. wstrząs hipowolemiczny.
- W razie potrzeby udział pielęgniarki w przetaczaniu preparatów krwiopochodnych pisemnie zleconych przez lekarza.

Ocena: U pacjentki nie wystąpił krwotok z rany pooperacyjnej.

VII. Problem pielęgnacyjny: Możliwość rozwinięcia się powikłań związanych z pozostawionym drenem Redona w jamie brzusznej (zakażenie w okolicy założonego drenu oraz zainfekowanie rany pooperacyjnej).

Cel działania: Wczesne rozpoznanie objawów zakażenia oraz zminimalizowanie ryzyka wystąpienia infekcji rany pooperacyjnej poprzez odpowiednią kontrolę i pielęgnację miejsca interwencji chirurgicznej.

Planowane działania:

- Omówienie pacjentce istoty pozostawienia drenu w jamie brzusznej. Udzielenie informacji o tym, aby uważać na to by dren nie uległ zagięciu, zaciśnięciu lub wypadnięciu.
- Higieniczne umycie i dezynfekcja rąk oraz założenie rękawiczek jednorazowego użytku przed przystąpieniem do zabiegu zmiany opatrunku oraz pielęgnacji skóry wokół rany.
- Stosowanie jałowych narzędzi, sprzętu oraz materiałów podczas wymiany opatrunku, założenie jałowych rękawic do założenia nowego opatrunku.
- Zachowanie zasad aseptyki i antyseptyki podczas zmiany opatrunku oraz wykonywania czynności pielęgnacyjnych.
- Obserwacja miejsca rany operacyjnej pod kątem objawów zakażenia tj. ból (szczególnie przy dotyku), zaczerwienienie i pieczenie w okolicy rany operacyjnej, obrzęk oraz ucieplenie skóry w pobliżu rany.
- Zmiana opatrunku na ranie regularnie oraz miarę potrzeby (np. opatrunek zabrudzony, przesiąknięty lub przesunięty).

- Przy zmianie opatrunku przemywanie rany środkiem antyseptyczny np. Octeniseptem przy ranach „czystych” oczyszczanie rany od środka do zewnątrz, natomiast przy ranach „sączących” od części zewnętrznych do środka.
- Obserwacja rany w kierunku martwicy, wysięku, nadmiernego obrzęku, rozejścia się brzegów rany.
- Dokładna pielęgnacja skóry wokół drenu Redona.
- Systematyczna kontrola temperatury ciała kobiety w pierwszych godzinach po zabiegu, a później (dwa razy w ciągu doby oraz w razie potrzeby).
- Kontrola drożności drenu połączonego z butelką do drenażu ran typu Redon
- Ograniczenie manipulacji przy drenie Redona do minimum.
- Kontrola i dokumentowanie jakości oraz ilości drenowanej przez dren Redona treści (regularnie co pół godziny).

Ocena: Nie zaobserwowano niepokojących zmian w miejscu rany pooperacyjnej. Problem wymaga dalszej obserwacji.

VIII. Problem pielęgnacyjny: Ryzyko wystąpienia zakażenia w miejscu założenia kaniuli obwodowej typu wenflon.

Cel działania: Zmniejszenie ryzyka wystąpienia zakażenia w miejscu założenia kaniuli obwodowej typu wenflon oraz utrzymanie jej drożności poprzez właściwą pielęgnację.

Planowane działania:

- Higieniczne umycie i dezynfekcja rąk oraz założenie rękawiczek jednorazowego użytku przed wykonaniem każdej czynności związanej z dostępem dożylnym.
- Postępowanie zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki podczas wykonywania działań związanych z dostępem dożylnym.
- Dokonywanie zmiany opatrunku do mocowania kaniuli regularnie i w zależności od potrzeby, np. po zabrudzeniu.
- Kontrola miejsca wkłucia w kierunku objawów zakażenia (pieczenie oraz zaczerwienienie w okolicy kaniuli, ból i ucieplenie skóry miejscu założenia kaniuli, obrzęk, pojawienie się ropnej wydzieliny) w czasie np. podawania leków przez kaniulę.
- Regularny pomiar temperatury ciała pacjentki w bezpośrednim czasie po zabiegu i później dwa razy dziennie (rano i wieczorem) oraz w sytuacji, gdy jest potrzeba.

- Zapewnienie stałej jałowości kaniuli poprzez stosowanie jałowych korków luer-lock, przyrządów do przetaczania płynów infuzyjnych, strzykawkę oraz aparatów do kroplówek.
- Przestrzeganie maksymalnego przepływu przez kaniulę podczas podawania leków dożylnych lub płynów infuzyjnych.
- W sytuacji przerwania podaży płynów infuzyjnych lub leków dożylnych należy zachować drożność kaniuli obwodowej typu wenflon poprzez regularne przepłukiwanie jej jałowym roztworem 0,9% soli fizjologicznej (co 8 godzin).
- Przed podaniem leki lub podłączeniem wlewu dożylnego sprawdzenie drożności kaniuli poprzez przepłukanie 2-5 ml jałowego roztworu 0,9% soli fizjologicznej.
- Wymiana kaniuli dożylnej co 48-72 godziny oraz w razie potrzeby.
- Po podaniu leku ze strzykawki lub po odłączeniu wlewu kroplowego przepłukanie kaniuli obwodowej typu wenflon jałowym roztworem 0,9% soli fizjologicznej w objętości 2-5 ml.

Ocena: Nie występują objawy zakażenia w miejscu założenia kaniuli obwodowej typu wenflon (ocena według skali Baxtera; 0- wkłucie bez widocznych zmian).

IX. Problem pielęgnacyjny: Niewydolność w zakresie samoopieki oraz samopielęgnacji z powodu ograniczonej aktywności ruchowej pacjentki.

Cel działania: Pomoc pacjentce w wykonaniu czynności higienicznych (ubieranie, toaleta ciała i jamy ustnej) oraz zmianie pozycji ułożeniowej.

Planowane działania:

- Pomoc pacjentce w wykonaniu toalety całego ciała dwa razy dziennie (rano i wieczorem) oraz w razie potrzeby.
- Motywowanie chorej do wykonywania ćwiczeń oddechowych.
- Pomoc kobiecie przy wykonywaniu toalety jamy ustnej.
- Zachęcanie kobiety do stopniowego rozpoczęcia aktywności fizycznej, wykonywania lekkich ćwiczeń.
- Rozpoczęcie usprawniania pacjentki najwcześniej jak to możliwe, przy braku jakichkolwiek przeciwwskazań lekarskich.
- Udzielenie pomocy pacjentce w zmianie pozycji.
- Poinformowanie chorej, że może tylko zwilżać usta płynami, najlepiej wodą mineralną niegazowaną i że nie może nic pić.

- Pomoc pacjentce przy zmianie ubrania.
- Wymiana bielizny osobistej i pościelowej w razie potrzeby.

Ocena: Udzielono pacjentce pomocy w zmianie pozycji ułożenia oraz czynnościach pielęgnacyjnych.

X. Problem pielęgnacyjny: Możliwość rozwoju żółtaczki pooperacyjnej w skutek utrudnień w odpływie żółci bezpośrednio do dwunastnicy lub przez dren Redona.

Cel działania: Zmniejszenie ryzyka wystąpienia żółtaczki pooperacyjnej poprzez właściwe działania profilaktyczne i pielęgnacyjne.

Planowane działania:

- Ocena ilości oraz charakteru treści wypływającej przez dren Redona co 30 minut.
- Dokumentowanie ilości oraz jakości drenowanej treści.
- Monitorowanie stanu zabarwienia twardówek gałek ocznych oraz powłok skórnych co 30 minut.
- Kontrola zabarwienia moczu i stolca po każdym oddaniu moczu oraz stolca.
- Uczestnictwo pielęgniarki w przeprowadzanych badaniach laboratoryjnych (np. poziom bilirubiny w surowicy krwi) na pisemne zlecenie lekarza.
- Przygotowanie pacjentki do badań diagnostycznych pisemnie zleconych przez lekarza.

Ocena: U pacjentki nie pojawiły się objawy mogące świadczyć o żółtaczce pooperacyjnej.

XI. Problem pielęgnacyjny: Duże ryzyko wystąpienia powikłań zakrzepowo-zatorowych z powodu przebytego zabiegu oraz ograniczonej aktywności ruchowej pacjentki.

Cel działania: Zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań zakrzepowo-zatorowych poprzez właściwe postępowanie pielęgniarstwa.

Planowane działania:

- Regularna kontrola podstawowych parametrów życiowych oraz ocena zabarwienia powłok skórnych co 30 minut.
- Podanie drobnocząsteczkowej heparyny po zabiegu operacyjnym zgodnie z pisemnym zleceniem lekarza.
- Zapoznanie pacjentki z czynnikami ryzyka rozwoju żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej, np. wiek po 50 roku życia, otyłość (BMI powyżej 30), występowanie żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej w rodzinie, czynniki związane z samym zabiegiem tj.

miejsce, technika, czas zabiegu, rodzaj znieczulenia oraz czas unieruchomienia w okresie po zabiegu.

- Motywowanie pacjentki do stopniowej aktywności fizycznej w łóżku, np. powolna zmiana pozycji ułożenia w łóżku, unoszenie i opuszczanie kończyny dolnej, ćwiczenia z unoszeniem palców kończyny dolnej do sufitu, napinanie mięśni łydek, zginanie i prostowanie kończyny górnej w stawie łokciowym.
- Rozpoczęcie aktywizacji kobiety jak najwcześniej, jeżeli nie ma do tego przeciwwskazań lekarskich.
- Wyjaśnienie chorej jak ważny jest prawidłowo wykonywany oddech oraz zalecenie pacjentce, aby oddychała średnio głęboko.
- Polecenie kobiecie, aby zwilżała usta w sytuacji, gdy ma pragnienie. Pacjentka nie może dużo pić.
- Dostarczenie kobiecie informacji na temat nadwagi i zasad skutecznego radzenia sobie z nią.

Ocena: Nie wystąpiły powikłania zakrzepowo-zatorowe.

XII. Problem pielęgnacyjny: Ryzyko wystąpienia niebezpiecznych następstw ze strony różnych układów i narządów spowodowane nadwagą u pacjentki.

Cel działania: Ograniczenie ryzyka rozwoju groźnych powikłań układowych i narządowych oraz edukacja chorej i jej rodziny w zakresie nadwagi oraz sposobu radzenia sobie z nią.

Planowane działania:

- Wsparcie psychiczne chorej, podkreślanie jej mocnych stron oraz ciągła motywacja pacjentki do zmian.
- Edukacja pacjentki w zakresie wpływu nadmiernej masy ciała na pracę poszczególnych narządów oraz układów.
- Omówienie zasad diety wątrobowej oraz motywowanie chorej do jej stosowania.
- Dokładne wyjaśnienie reguł przyrządzania potraw (m.in. unikanie smażenia oraz pieczenia na tłuszczu oraz smażenia w głębokim oleju).
- Polecenie spożywania owoców i warzyw w miarę możliwości – według zaleceń diety wątrobowej.
- Poinformowanie chorej o konieczności ograniczenia deserów, ciast, słodczy.
- Polecenie kobiecie, aby posiłki spożywała regularnie, o stałych porach dnia.

- Przedstawienie pozytywnych aspektów redukcji masy ciała (np. obniżenie ciśnienia tętniczego, mniejsze ryzyko udaru mózgu, miażdżycy, zawału serca, poprawa samopoczucia itd.)
- Przekazanie chorej wiedzy na temat konieczności unikania produktów typu fast food.
- Motywowanie kobiety do systematycznej kontroli masy ciała (np. codziennie o tej samej porze, najlepiej na czczo, po wstaniu z łóżka, najlepiej w piżamie).
- Mobilizowanie pacjentki do regularnej aktywności fizycznej, niezbyt nasilonej w pierwszych tygodniach po zabiegu operacyjnym (jazda na rowerze, spacer).
- Poinformowanie kobiety, iż ważne jest, aby wypijała co najmniej 1,5- 2 litry płynów dziennie, najlepiej wody mineralnej niegazowanej po powrocie do domu.
- Dostarczenie pacjentce broszurek, ulotek, informacji na tematów nadwagi, jej przyczyn, sposobów jej zwalczania, jak również jej następstw.
- Zachęcenie chorej do podjęcia niezbyt obciążającej, ale regularnej aktywności fizycznej, po upływie kilku miesięcy od zabiegu, jeśli nie będzie do tego przeciwwskazań lekarskich.
- Edukacja rodziny chorej w zakresie wsparcia psychicznego oraz mobilizacji pacjentki do podjęcia działań mających na celu zmniejszenie masy ciała.
- Zaproponowanie bliskim pacjentki, aby wspólnie z nią wykonywali aktywność fizyczną, dostosowaną do jej możliwości.

Ocena: Pacjentce została przekazana wiedza dotycząca nadwagi oraz zasad postępowania sprzyjającego redukcji masy ciała. Wyedukowano rodzinę chorej w zakresie wsparcia pacjentki w podejmowanych przez nią działaniach.

XIII. Problem pielęgnacyjny: Lęk oraz niepokój chorej spowodowane niedostateczną wiedzą dotyczącą odżywiania oraz samopielęgnacji po powrocie do domu.

Cel działania: Zminimalizowanie lęku pacjentki poprzez udzielenie wskazówek oraz edukację chorej i jej rodziny.

Planowane działania:

- Dostarczenie pacjentce materiałów informacyjnych dotyczących usunięcia pęcherzyka żółciowego.
- Prowadzenie przez pielęgniarkę edukacji chorej oraz jej rodziny związanej z postępowaniem po usunięciu pęcherzyka żółciowego.

- Udzielenie pacjentce informacji na temat konieczności przyjmowania środków farmakologicznych zleconych przez lekarza.
- Umożliwienie chorej konsultacji z dietetykiem.
- Dokładne omówienie zaleceń dietetycznych do domu.
- Przedstawienie produktów zalecanych i przeciwwskazanych w diecie wątrobowej.
- Motywowanie pacjentki do stosowania zaleceń diety wątrobowej.
- Przekazanie chorej informacji na temat wyłączenia z diety co najmniej na 2 miesiące produktów ciężko strawnych.
- Polecenie pacjentce prowadzenia oszczędnego trybu życia okresie kilku tygodni po operacji.
- Poinformowanie kobiety o konieczność zgłoszenia się na zleczone wizyty kontrolne w poradni chirurgicznej.
- Przekazanie pacjentce zaleceń dotyczących pielęgnacji rany pooperacyjnej w warunkach domowych.
- Udzielenie pacjentce informacji o potrzebie ograniczenia wysiłku fizycznego przez okres około 6-9 miesięcy, aby zapobiec przepuklinie pooperacyjnej.
- Dostarczenie chorej informacji, iż w przypadku pojawienia się, stanów podgorączkowych (temperatura ciała 37,1°C do 37,9°C), dolegliwości bólowych, złego samopoczucia, zażółcenia twardówek gałek ocznych oraz powłok skórnych, należy skontaktować się z lekarzem.

Ocena: Pacjentka rzadziej odczuwa lęk. Przekazano informacje na temat odżywiania oraz samopielęgnacji w domu.

Dyskusja

Kamica pęcherzyka żółciowego jest najczęstszą przyczyną operacyjnego usunięcia pęcherzyka żółciowego. Choroba ta spotykana jest coraz częściej w społeczeństwie. Obecnie kamicy żółciową rozpoznaje się u około 10-20% populacji polskiej. Metodą z wyboru w leczeniu tego schorzenia jest cholecystektomia laparoskopowa, którą przeprowadza się u około 90% chorych.

Jak podają Karges i Al Dahouk czynnikami zwiększającymi ryzyko wystąpienia kamicy żółciowej są: płeć żeńska, wiek; szczególnie po 50-tym roku życia, nadwaga, stosowanie diety bezresztkowej zawierającej dużą ilość cholesterolu, predyspozycje genetyczne, cukrzyca,

choroba Leśniowskiego-Crohna, marskość wątroby, terapia estrogenami lub fibratami, jak również hemoliza [8].

W analizowanym przypadku czynnikami, które mogły wpłynąć na pojawienie się kamicy żółciowej były: płeć żeńska, nadwaga, preferowanie diety z małą ilością błonnika oraz dużą zawartością tłuszczu, szczególnie pochodzenia zwierzęcego. Objęta badaniem pacjentka była w wieku 61 lat. Wskaźnik BMI u kobiety wynosił 28,26, co świadczyło o nadwadze. Jak wynikało z wywiadu z chorą, do dodatkowych czynników ryzyka, mogących przyczynić się do wystąpienia choroby u niej zaliczyć można było: dostarczenie do organizmu niewielkiej ilości płynów, mała aktywność fizyczna oraz długie okresy głodzenia się.

Jak podaje Żurawka i Błaszczuk przygotowanie pacjenta do zabiegu operacyjnego dotyczy sfery fizycznej, jak również psychicznej. Działania podejmowane przez pielęgniarkę w ramach przygotowania chorego do operacji wpływają znacząco na pomyślność przebiegu zabiegu oraz stanowią o bezpieczeństwie i ogólnym komforcie chorego. Pacjent fizycznie przygotowany jest zgodnie z procedurą przygotowania do konkretnego zabiegu operacyjnego. Autorzy wskazują również na duże nasilenie lęku oraz niepokoju u pacjenta w okresie przedoperacyjnym oraz bezpośrednio po operacji. W tym czasie bardzo ważne jest objaśnienie choremu wszystkich interesujących go kwestii, a także zmniejszenie jego obaw związanych z hospitalizacją i zabiegiem operacyjnym [30].

W analizowanym przypadku pacjentka została przygotowana fizycznie zgodnie z zasadami przygotowania do zabiegu usunięcia pęcherzyka żółciowego metodą laparoskopową. U chorej przed zabiegiem operacyjnym pojawił się niepokój wynikający z pobytu w szpitalu i lęk o swoje zdrowie oraz życie. Pacjentka stała się spokojniejsza po rozmowie z pielęgniarką. Lekarza chirurg wyjaśnił jej jak będzie przebiegać zabieg i omówił interesujące pacjentkę zagadnienia związane z zabiegiem. Dodatkowo lekarz anestezjolog przeprowadził z chorą rozmowę w celu rozwiązania jej wszelkich wątpliwości.

Według Błędowskiej pacjenci po zabiegu operacyjnym usunięcia pęcherzyka żółciowego metodą laparoskopową narażeni są na wiele powikłań związanych z wytworzeniem odmy otrzewnowej, wprowadzeniem do jamy brzusznej trokarów, a także powikłania śródoperacyjne i pooperacyjne. Autorka wymienia powikłania takie jak: bóle barków, insulfacja przestrzeni przedotrzewnowej, hiperkapnia z kwasicą, bradykardia, obniżenie ciśnienia tętniczego krwi, objawy zatoru powietrznego, uszkodzenie naczyń w obrębie jamy brzusznej, krwawienie z powłok brzusznych, uszkodzenia jelit, urazy dróg żółciowych, rozcięcie ściany pęcherzyka żółciowego i przemieszczenie kamieni żółciowych do jamy

brzuszej, wyciek żółci, krwawienie z łoży pęcherzyka żółciowego, ropnie śródbrzuszne, zwężenie dróg żółciowych, zakażenie rany pooperacyjnej oraz przepuklina pooperacyjna [20].

U pacjentki objętej badaniem na potrzeby niniejszej pracy nie powiły się żadne z powikłań, które podaje Błędowska.

Jarosz zwraca uwagę na to, iż u pacjentów po operacji usunięcia pęcherzyka żółciowego może wystąpić tzw. „zespół po cholecystektomii”. Wśród charakterystycznych objawów tego zespołu wymienia się: bóle oraz dyskomfort w nadbrzuszu lub prawym podżebrzu, nudności, biegunki, wzdęcia, stany podgorączkowe oraz nietolerancję niektórych pokarmów [4].

W analizowanym przypadku nie wystąpiły dolegliwości mogące świadczyć o pojawieniu się „zespołu po cholecystektomii”.

Juda podaje, że jednym z głównych problemów pacjentów chirurgicznych jest ból pooperacyjny. Nieleczony ból w dużym stopniu jest przyczyną wielu nieprawidłowych reakcji fizjologicznych i psychologicznych, a to w konsekwencji może prowadzić do groźnych powikłań. Ból niekorzystnie wpływa na układ oddechowy i krążenia. Zwiększa on także ryzyko wystąpienia powikłań zakrzepowo-zatorowych, osłabienia, bezsenności, jak również przyspiesza metabolizm. Wraz z bólem często współwystępuje lęk, który dodatkowo nasilany jest przez dolegliwości bólowe [31].

U pacjentki, którą objęłam badaniem na potrzeby niniejszej pracy również nadrzędnym problemem był ból rany pooperacyjnej. Chora oceniona według skali NRS w „0” dobie po zabiegu operacyjnym uzyskała 4 punkty. W celu leczenia przeciwbólowego podano lek przeciwbólowy na pisemnie zlecenie lekarza. Lęk o własne zdrowie to problem, który u pacjentki współwystępował wraz z bólem. Kobieta bała się o własne zdrowie i życie. Obawiała się również czy poradzi sobie po powrocie do domu.

Wnioski

1. Nadrzędnym problemem pacjentki w czasie przedoperacyjnym był niepokój związany z planowanym zabiegiem operacyjnym oraz lęk o własne życie i zdrowie.
2. Głównymi problemami biologicznymi chorej bezpośrednio po zabiegu były:
 - dyskomfort związany z bólem w miejscu rany pooperacyjnej,
 - możliwość wystąpienia zaburzeń ze strony układu krążenia i oddechowego,
 - ryzyko krwotoku z miejsca interwencji chirurgicznej,
 - niewydolność w zakresie samoopieki oraz samopielęgnacji.

3. Wiodącym problemem natury psychicznej u pacjentki w okresie pooperacyjnym był niepokój i lęk wynikający z braku wiedzy w zakresie postępowania po powrocie do domu.
4. U kobiety występowało duże ryzyko rozwoju żylnych chorób zakrzepowo-zatorowej, co było związane z wiekiem oraz przeprowadzonym zabiegiem laparoskopowym.
5. Pacjentka nie posiadała wiedzy dotyczącej pielęgnowania rany pooperacyjnej oraz odżywiania w warunkach domowych.
6. Ważnym problemem niezwiązanym z zabiegiem była możliwość wystąpienia groźnych następstw narządowych oraz układowych z powodu nadwagi.

Piśmiennictwo

1. Fibak J.: Chirurgia pęcherzyka i przewodów żółciowych [w:] Chirurgia. Podręcznik dla studentów, Fibak J. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014, 537-552.
2. Głuszek S. (red.): Chirurgia. Wydawnictwo CZELEJ, Lublin 2008, 390-401.
3. Paumgartner G., Greenberger N.: Choroby pęcherzyka i dróg żółciowych [w:] Interna Harisona, Tom 3, Fauci A., Braunwald E., Kasper D. i wsp. Wydawnictwo CZELEJ, Lublin 2009, 2213-2225.
4. Jarosz M., Dzieniszewski J.: Kamica żółciowa. Porady dla lekarzy i dietetyków. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015.
5. Chari R., Shah S.: Drogi żółciowe [w:] Sabiston Chirurgia, Tom 4, Townsend C., Beauchamp R., Evers B. i wsp.(red.). Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2013, 448- 492.
6. Krawczyk M.: Pęcherzyk i drogi żółciowe [w:] Chirurgia, Tom 2, Noszczyk W.(red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, 822-837.
7. Nowakowska-Duława E.: Choroby dróg żółciowych [w:] Vademecum medycyny wewnętrznej, Duława J.(red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015, 1224-1251.
8. Karges W., Al Dahouk S.: Interna w 5 dni. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013, 289- 294.
9. Noszczyk W.: Chirurgia repetytorium. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014, 346-356.

10. Paumgartner G., Greenberger N.: Kamica żółciowa [w:] Gastroenterologia, hepatologia i endoskopia, Tom 2, Greenberger N., Blumberg R., Burakoff R. Wydawnictwo CZELEJ, Lublin 2013, 566-577.
11. Kozicki Ireneusz.: Kamica żółciowa [w:] Podstawy chirurgii. Podręcznik dla lekarzy specjalizujących się w chirurgii ogólnej, Tom 2, Szmidt J., Kuźdżał J., Gruca Z. i wsp. (red.). Medycyna Praktyczna, Kraków 2010, 950-963.
12. Hahn H.: Choroby wewnętrzne. MedPharm Polska, Wrocław 2015, 56-58, 414-419.
13. Rawlinson N., Alderson D. (red.): Choroby chirurgiczne. Diagnostyka i leczenie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013, 217-234.
14. Ścisło Lucyna.: Opieka nad pacjentami z wybranymi chorobami pęcherzyka żółciowego, dróg żółciowych i wątroby [w:] Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego, Walewska E. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017, 303- 324.
15. Żyłuk A.(red.): Zarys chirurgii. Podręcznik dla studentów i lekarzy w trakcie specjalizacji. MediPage, Warszawa 2016.
16. Gąsiorowska A., Małecka- Panas E.: Kamica żółciowa i zapalenie dróg żółciowych [w:] Interna Szczeklika, Gajewski P. (red.). Medycyna Praktyczna, Kraków 2017, 1105-1113.
17. Bielecki K.: Diagnostyka chorób dróg żółciowych i pęcherzyka żółciowego [w:] Podstawy chirurgii. Podręcznik dla lekarzy specjalizujących się w chirurgii ogólnej, Tom 2, Szmidt J., Kuźdżał J., Gruca Z. i wsp. (red.). Medycyna Praktyczna, Kraków 2010, 947-950.
18. Koc M., Tworkowska J., Sierżantowicz R.: Pielęgowanie pacjenta po cholecystektomii. Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 2010, 1-2, 29.
19. Cameron J., Sandone C.: Atlas chirurgii przewodu pokarmowego, Tom 3. MediPage, Warszawa 2008, 3-13.
20. Błędowska I.: Cholecystektomia laparoskopowa. Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 2010, 4, 28-29.
21. Burchardt W.: Laparoskopowa technika chirurgiczna [w:] Chirurgia. Podręcznik dla studentów, Fibak J. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014, 389-400.
22. Szura M., Kulig J., Zajac A.: Powikłania cholecystektomii i uszkodzenia dróg żółciowych [w:] Powikłania w chirurgii jamy brzusznej, Kulig J., Nowak W. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, 165-189.

23. Garden O.: Wątroba i drogi żółciowe [w:] Chirurgia, Garden O., Bradbury A., Forsythe J. i wsp. (red.). Edra Urban & Partner, Wrocław 2015, 241-262.
24. Płaszewska- Żywko L.: Teoria Dorothei Orem [w:] Modele opieki pielęgniarskiej nad chorym dorosłym. Podręcznik dla studiów medycznych, Kózka M., Płaszewska- Żywko L. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, 17-26.
25. Grajek Z.: Wybrane zagadnienia pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego. Wydawnictwo Uczelniane Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Prof. Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach, Suwałki 2010, 13-17, 31-45.
26. Janicki K.: Choroby narządów wewnętrznych [w:] Domowy poradnik medyczny, Janicki K. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, 340- 346.
27. Bielemuk A.: Przygotowanie oraz pielęgnacja pacjentów poddanych cholecystektomii [w:] Repetytorium z pielęgniarstwa. Podręcznik dla studiów medycznych, Kędziora-Kornatowska K., Muszalik M., Krajewska-Kułał E., Wrońska I. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, 209-222.
28. Marć M.: Gromadzenie informacji o pacjencie i jego rodzinie [w:] Podstawy pielęgniarstwa. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo, Tom 1, Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K.(red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, 250-28.
29. Talarska D.: Strugała M.: Opieka pielęgniarska nad osobami z chorobami układu pokarmowego [w:] Pielęgniarstwo internistyczne, Talarska D., Zozulińska-Ziółkiewicz D. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017, 188-190.
30. Żurawka J., Błaszczuk J.: Pielęgniarskie aspekty opieki, terapii i diagnostyki w kamicy pęcherzyka i dróg żółciowych [w:] Pielęgniacyjne i kliniczne aspekty opieki nad chorym. Wybrane zagadnienia, Tom 1, Steciwko A., Wojtal M., Żurawiecka D. (red.). Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2008, 89-95.
31. Juda M.: Rola pielęgniarki w zwalczaniu bólu pooperacyjnego. Pielęgniarstwo Polskie, 2015, 3(57), 333-336.

Siergiejczyk Julia¹, Tyrakowska – Dadelo Zuzanna Judyta²

1. Studentka kierunku Elektroradiologia Studiów II stopnia Wydziału Nauk o Zdrowiu
2. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Zakład Radiologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Rak piersi – etiologia, diagnostyka, profilaktyka oraz metody leczenia

Wprowadzenie

Rak piersi znajduje się w czołówce najczęściej diagnozowanych nowotworów na świecie w krajach rozwiniętych. Jest najczęstszym nowotworem złośliwym u kobiet, natomiast drugim po raku płuca nowotworem na świecie. Zajmuje także piątą pozycję przyczyn śmierci z powodu chorób nowotworowych. Mimo wielu poznanych dotąd metod leczenia oraz prób zahamowania jego rozwoju jest to nadal postępująca, bardzo często diagnozowana choroba. Nieustannie rosnąca liczba zachorowań na raka piersi wymusza podjęcie działań mających na celu zwiększenie skuteczności leczenia, świadomości ludzi a także rozpowszechnienie wiedzy na temat możliwości profilaktycznych. Obecnie leczenie raka piersi jest jednym z największych wyzwań w opiece zdrowotnej na świecie [1].

Rozwinięcie

Rak piersi powstaje z komórek nabłonka przewodów lub zrazików gruczołu sutkowego. Gruczoł nacieka wytwarzając w obrębie chorej piersi guz. Można wyróżnić dwie postaci tej choroby: przedinwazyjną lub inwazyjną. Klasyfikuje się je histopatologicznie w zależności od obszaru zajętego przez nowotwór. Rak przedinwazyjny dzieli się na przewodowy i zrazikowy, natomiast postać inwazyjna dzieli się na raka przewodowego, zrazikowego, rdzeniastego, śluzotwórczego oraz cewkowego. Rak przedinwazyjny to taki w którym doszło do złośliwego zmienienia nabłonka przewodów lub zrazików, nie naruszając błony podstawnej, natomiast w raku inwazyjnym dochodzi do całkowitego zniszczenia błony podstawnej nabłonka zrazików lub przewodów. Rak piersi we wczesnym stadium może być nawet całkowicie wyleczalny, natomiast leczenie raka w późniejszym stadium zależy od stopnia zaawansowania choroby. Do oceny stopnia zaawansowania nowotworu używa się

klasyfikacji TNM. Umożliwia ona ocenę stadium choroby w pięciu stopniach (0-IV), co przekłada się na rokowanie i możliwości leczenia [2, 3].

Etiologia

Specyficzne przyczyny powstania raka piersi indywidualnie u każdej kobiety nie zostały jeszcze dotąd dokładnie określone. Nie da się też wskazać jednego konkretnego czynnika odpowiedzialnego za wystąpienie choroby. Jednakże najważniejszymi czynnikami ryzyka zachorowania na raka piersi są [2]:

Najczęstsze:

- płeć żeńska
- wiek
- przebyty rak piersi w rodzinie
- mutacje genów BRCA1 i BRCA2, p53
- atypowa hiperplazja

Częste:

- pierwszy poród w późnym wieku
- ekspozycja na promieniowanie jonizujące
- wysoka, pomenopauzalna gęstość kości
- długotrwałe stosownie doustnej antykoncepcji

Rzadziej występujące:

- otyłość pomenopauzalna
- wysokie spożycie alkoholu
- palenie papierosów.

Zachorowalność na raka piersi wzrasta dwukrotnie wraz z wiekiem. U kobiet przed 35 rokiem życia choroba ta występuje znacznie rzadziej. Większość kobiet dotkniętych tą chorobą ma około 55-69 lat [2].

Diagnostyka

Wykrycie raka we wczesnym stadium daje znacznie większe szanse wyleczenia oraz lepsze rokowanie. Do diagnostyki raka piersi wykorzystywane są badania obrazowe takie jak

mammografia, rezonans magnetyczny, ultrasonografia i galaktografia oraz inne badania jak np. badanie histopatologiczne lub badanie cytologiczne [3].

Mammografia jest podstawowym badaniem radiologicznym piersi. Polega na wykonaniu zdjęć rentgenowskich gruczołu sutkowego za pomocą mammografu przy zastosowaniu niskich dawek promieniowania. Standardowo powinna być wykonywana w dwóch projekcjach: skośnej oraz kraniokaudalnej. Jest bardzo czułą metodą umożliwiającą wykrywanie zmian o wielkości około 2-3 mm. Mammografia diagnostyczna służy wykryciu zmian w celu pogłębienia diagnostyki natomiast mammografia przesiewowa wykonywana jest u zdrowych kobiet bez jakichkolwiek cech obecności choroby. Wiele przeprowadzonych dotychczas badań naukowych dowiodło, że mammograficzne badania przesiewowe wpływają na zmniejszenie umieralności z powodu raka piersi. Czułość definiowana jest jako zdolność do zdiagnozowania danej choroby. Zależy między innymi od takich czynników jak stosunek tkanki gruczołowej do tkanki tłuszczowej, określonego dnia cyklu menstruacyjnego, wieku osoby badanej, a także od doświadczenia osoby wykonującej badanie. Czułość badania jest zdecydowanie lepsza u osoby starszej w porównaniu z osobą młodą. Badanie to można wykonać techniką analogową lub cyfrową. Obecnie powszechnie stosowana jest metoda cyfrowa z uwagi na wyższą rozdzielczość przestrzenną i kontrastową, skrócenie czasu badania oraz możliwość obróbki uzyskanych zdjęć [3, 4].

Wyższą czułością w stosunku do mammografii w wykrywaniu patologicznych zmian u osób młodych oraz u osób u których wykryto mutację genu BRCA cechuje się rezonans magnetyczny. Jest to także kolejne skuteczne diagnostycznie badanie w wykrywaniu inwazyjnego raka piersi oraz w badaniu implantów. Warto dodać, że jest to jedyna metoda umożliwiająca obserwowanie reakcji na chemioterapię neoadjuwentową, która ma na celu zmniejszenia stopnia zaawansowania guza przed operacją. Badanie to przydatne jest również w poszukiwaniu wznowy po wcześniejszym leczeniu oraz w diagnostyce potwierdzonego histopatologicznie raka piersi o nieznanym lokalizacji, a także w różnicowaniu zmian po radioterapii ze zmianami pooperacyjnymi. Jednakże jest to mniej skuteczne badanie przesiewowe w wykrywaniu raka piersi. Największą wadą rezonansu magnetycznego jest brak możliwości uwidocznienia mikrozwapnień, co uniemożliwia różnicowanie rodzaju dysplazji [3, 5].

Ultrasonografia jest zdecydowanie tańszą metodą diagnostyczną. Dodatkową zaletą badania jest to, że nie wymaga zastosowania promieniowania rentgenowskiego. Jest to metoda mniej czuła niż mammografia. Jednakże umożliwia różnicowanie zmian litych i torbielowatych, badanie piersi u kobiet z gęstą, gruczołową strukturą piersi, gdzie

mammografia jest nieskuteczna oraz jest dotychczas jedyną metodą, dzięki której można ocenić przewody mleczne. Ultrasonografia piersi zazwyczaj zalecana jest jako cenne uzupełnienie przesiewowej mammografii [3, 5]. Warto podkreślić, że ultrasonografia umożliwia przeprowadzenie niektórych procedur zabiegowych jak np. biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej (BAC), aspirację torbieli, drenaż ropnia czy oznaczenie węzła wartowniczego, który jest pierwszym węzłem chłonnym ogniska nowotworowego bądź też przerzutów nowotworów złośliwych [5].

Przed planowanym badaniem ultrasonograficznym zbierany jest wywiad lekarski na temat występowania chorób nowotworowych w rodzinie, wieku pierwszej miesiączki i menopauzy, wieku pierwszego porodu, przebiegu porodu, przebytych poronień czy też objawów zauważonych przez pacjentkę takich jak ból piersi, powiększenie piersi, wyciek z brodawki sutkowej, wciągnięcie brodawki sutkowej w głąb piersi lub ból i powiększone węzły chłonne pachy [5,6]. Lekarz lub technik elektroradiologii upoważniony do wykonania badania ocenia symetrię piersi, wygląd skóry, brodawki sutkowej oraz palpacyjnie bada doły pachowe, okolicę nadobojczykową i podobojczykową oraz ocenia ewentualny wyciek z brodawki sutkowej uciśnięciem brodawki dwoma palcami [5, 6]. W przypadku wycieku z brodawki sutkowej wykonywana jest galaktografia. Jest to badanie radiologiczne z podaniem środka cieniującego do dróg mlecznych [3]. Rak gruczołu piersiowego w obrazie ultrasonograficznym daje takie objawy jak np. wypustki spikularne, struktura niejednorodna, hypoechogenna, cień akustyczny i nieregularny kształt. Do klasyfikacji stopnia zaawansowania zmiany używa się skali BIRADS [5].

Klasyfikacja ultrasonograficzna BIRADS [5]:

- 1 – gruczoł piersiowy prawidłowy, bez zmian.
- 2 – zmiana łagodna
- 3 - zmiana prawdopodobnie łagodna
- 4a – zmiana mało podejrzana o niewielkich rozmiarach, wskazane wykonanie biopsji w celu potwierdzenia diagnozy
- 4b – zmiana podejrzana, konieczne wykonanie biopsji
- 5 – zmiana złośliwa

Profilaktyka

Profilaktyka, czyli działania mające na celu zapobieganie chorobom. Profilaktyka dzieli się na profilaktykę pierwotną i wtórną. Profilaktyka pierwotna ma na celu zapobieganie zachorowaniu na nowotwór, zwiększenie świadomości i wiedzy społeczeństwa na temat

czynników, które mogą zwiększyć ryzyko zachorowania, uwrażliwienie młodych kobiet na profilaktykę, propagowanie wczesnego macierzyństwa i karmienia piersią, odpowiednich nawyków żywieniowych i przekazanie podstawowej wiedzy na temat raka piersi, natomiast profilaktyka wtórna ma na celu wczesne wykrycie nowotworu u osoby, u której nie wystąpiły jeszcze żadne objawy. Skuteczną profilaktyką wtórną jest skryning, czyli badania przesiewowe określonej grupy ludzi np. w konkretnym przedziale wiekowym, w danym mieście. Polega na wykonaniu takich badań jak np. mammografia. Ogromną rolę odgrywają działania prozdrowotne takie jak samobadanie piersi czy okresowe wizyty kontrolne u lekarza specjalisty. Wczesnie postawiona diagnoza daje ogromne szanse na całkowite wyleczenie. Wskazane jest, aby kobiety, które przekroczyły 35 r.ż zgłaszały się na badanie mammograficzne. Kobiety po 40 r.ż powinny wykonać badanie przynajmniej raz na 2 lata, natomiast kobiety po 50 r.ż raz w roku. Mammografia może wykryć zmiany nowotworowe nawet parę lat przed pojawieniem się objawów klinicznych [7, 8].

Bardzo ważne jest, aby każda kobieta badała swoje piersi samodzielnie. Samobadanie piersi umożliwia wykrycie zmian palpacyjnie. Badanie to polega na obejrzeniu swoich piersi i sprawdzeniu, czy nie pojawiło się nic, czego do tej pory nie było, co może nas zaniepokoić, czy skóra piersi nie jest zaciągnięta, pofałdowana, czy nie następuje złuszczenie naskórka, oraz czy nie ma wydzieliny lub krwawienia z brodawki sutkowej. Wycucie zgrubień, owrzodzeń, guzków lub wystąpienie któregośkolwiek z objawów opisanych wyżej wymaga wizyty u lekarza [7].

Istnieją również badania genetyczne umożliwiające wykrycie mutacji genów BRCA1 i BRCA2. Wykazanie obecności tych genów wiąże się ze zwiększoną predyspozycją zachorowania na raka piersi. Niektórzy pacjenci objęci są specjalnym programem testów genetycznych w poradniach onkologicznych w ramach profilaktyki. Do takich pacjentów należą osoby, które chorowały już na raka lub mają krewnych chorujących na to schorzenie. Badanie genów BRCA1 i BRCA2 powinny też zrobić kobiety przed wdrożeniem leczenia hormonalnego zastępczego po menopauzie oraz przy antykoncepcji [7, 9].

Rak piersi jest poważnym problemem w obecnych czasach. W ostatnich latach natężenie chorych ma tendencje rosnącą. Głównym problemem jest późna diagnostyka, co ma wpływ na znaczne zmniejszenie szans na wyleczenie. Wprowadzenie badań przesiewowych spowodowało istotny spadek umieralności chorych na raka piersi.

Leczenie

Obecnie istnieje coraz więcej metod leczenia raka piersi. Wybór najbardziej optymalnej metody zależy głównie od stopnia zaawansowania choroby, ale też od lokalizacji i stanu ogólnego pacjenta. Główne metody leczenia to chemioterapia, radioterapia, hormonoterapia oraz zabieg operacyjny [10].

Leczenie możemy podzielić w zależności od miejsca jego działania na [10]:

Leczenie systemowe – obejmujące cały organizm

Leczenie miejscowe – obejmujące zmianę nowotworową

Leczenie skojarzone - z wykorzystaniem więcej niż jednej metody

Leczenie jednoczesne – jednocześnie stosowanych jest kilka terapii

Leczenie sekwencyjne – terapie następują po sobie w określonych sekwencjach

Leczenie radykalne – całkowite wyleczenie chorego

Leczenie paliatywne - załagodzenie dolegliwości bólowych oraz wydłużenie życia

Leczenie objawowe – poprawa komfortu życia.

Chemioterapia polega na podawaniu pacjentowi leków cytostatycznych. Może być stosowana jako jedyna forma leczenia bądź być składową leczenia skojarzonego. W przeciwieństwie do prawidłowych, niezmiennych chorobowo komórek, komórki nowotworowe nieustannie dzielą się, ponieważ nie reagują na sygnały kontrolujące podziały komórkowe. Leki cytostatyczne przenoszone są do całego krwioobiegu i mają za zadanie zahamowanie rozwoju nowotworu poprzez degradację dzielących się komórek nowotworowych. Chemioterapia działa na cały organizm. Nie niszczy więc komórek nowotworowych miejscowo, lecz w całym organizmie. Leki mogą być podawane doustnie, poprzez zastrzyki lub wprost dootrzewnowo. Wyróżniamy kilka rodzajów chemioterapii w zależności od jej przeznaczenia [10].

Chemioterapia neoadjuwentowa nazywana inaczej chemioterapią wstępną lub indukcyjną oznacza wdrożenie leczenia cytostatykami przed leczeniem miejscowym jakim jest mastektomia lub radioterapia. Ma na celu umożliwienie wykonanie leczenia radykalnego poprzez zmniejszenie pierwotnej masy guza oraz zapobiegnięcie jego rozprzestrzenieniu. Ma ona zastosowanie tylko wtedy, gdy w poprzedzających badaniach nie stwierdza się obecności odległych przerzutów. Największą zaletą chemii neoadjuwentowej w odróżnieniu do chemii adjuwentowej jest możliwość obserwowania odpowiedzi ze strony guza pierwotnego. Jest to leczenie, które w znacznym stopniu zmniejsza ryzyko śmierci z powodu raka piersi, natomiast nadal nie ma potwierdzonych badań nad przewagą leczeniem chirurgicznym [11].

Chemioterapia adjuwentowa nazywana inaczej chemioterapią uzupełniającą. Stosowana jest u chorych po zabiegach operacyjnych w celu zapobiegania rozsiewu choroby, zmniejszenie ryzyka nawrotu choroby oraz wydłużenie życia dzięki zniszczeniu komórek nowotworowych, których nie udało się wyciąć w czasie operacji [10].

Chemioterapia paliatywna stosowana jest u chorych mających niewyleczalny nowotwór. Ma ona na celu poprawienie komfortu oraz wydłużenie życia przy braku możliwości wyleczenia choroby. Powoduje zmniejszenie dolegliwości wywołanych chorobą oraz zahamowanie jej rozwoju [10].

Chemioterapia ma także możliwe, niepożądane skutki uboczne, których wystąpienie i nasilenie zależne jest od ilości cykli, zaawansowania choroby, wieku chorego, rodzaju przyjmowanych leków, a także indywidualnej odpowiedzi ze strony organizmu takie jak: leukopenia (zmniejszenie poziomu komórek układu odpornościowego), anemia, wypadanie włosów, nudności, biegunka, zmęczenie, bóle głowy, gorączka, zapalenie mięśnia sercowego i osierdza, zaburzenia rytmu serca, krwotoczne zapalenie pęcherza moczowego, niewydolność nerek czy też bóle kostne [12].

Radioterapia odgrywa istotną rolę w leczeniu chorych na raka piersi. Dzieli się na teleradioterapię z wykorzystaniem wiązek napromienianych zewnątrznie oraz brachyterapię z umieszczeniem źródła promieniowania wewnątrz pacjenta. Radioterapia polega na leczeniu ognisk nowotworowych z wykorzystaniem fotonów lub elektronów, które tworzą promieniowanie jonizujące o wysokiej energii wytwarzane w przyśpieszaczach liniowych. Radioterapia ma za zadanie zabicie komórek nowotworowych, zmniejsza prawdopodobieństwo powstania wznovy oraz wydłuża czas życia chorego. Radioterapia służy do leczenia miejscowego tzn. działa na komórki nowotworowe o konkretnie określonej lokalizacji w danym miejscu. Napromieniowany jest niewielki obszar nazywany polem promieniowania. Dawka w tym miejscu jest wysoka, jednorodna i dokładnie dopasowana do kształtu guza co do milimetra. Dlatego też pacjent poddawany radioterapii jest do tego odpowiednio przygotowywany. Chory ma wykonywaną tomografię komputerową umożliwiającą dokładne określenie wymiarów guza przez lekarza dzięki powstałym w tomografii trójwymiarowym obrazom tkanek pacjenta. Wyznaczany jest punkt referencyjny oraz rysowane są specjalne tatuaże w postaci kropek, które są znacznikami umożliwiającymi odpowiednie ułożenie pacjenta w trakcie radioterapii. Dawka promieniowania i schemat dotyczący jej podawania ustalony jest dla każdego pacjenta indywidualnie. Najczęściej wykorzystywane jest frakcjonowanie konwencjonalne. Polega na napromieniowaniu pacjenta raz dziennie dawką 1,8 – 2,5 Gy, 5 razy w tygodniu. Innymi sposobami frakcjonowania dawki są hypofrakcjonowanie

i hiperfrakcjonowanie. Hypofrakcjonowanie polega na napromieniowaniu wysokimi dawkami, natomiast w hiperfrakcjonowaniu używane są mniejsze dawki, lecz pacjent jest napromieniany 2-3 razy dziennie. Przy planowaniu radioterapii należy pamiętać przede wszystkim o narządach krytycznych, a także o różnej tolerancji promieniowania dla poszczególnych narządów [13, 14].

W zależności od stopnia zaawansowania i lokalizacji nowotworu stosowane są dwie techniki napromieniowania. Technika izocentryczna SAD (*source to axis distance*) oraz SSD (*source to skin distance*). W technice SAD istnieje stała odległość od punktu izocentrum (punkt przecięcia się osi centralnej wiązki z osią obrotu głowicy aparatu) do określonego punktu na skórze pacjenta. Natomiast w technice SSD odległość źródła promieniowania do skóry pacjenta jest stała i wynosi 100 cm. Przy rozpoczęciu radioterapii u każdego pacjenta podczas pierwszej frakcji obecny jest lekarz radioterapii, który weryfikuje ułożenie pacjenta oraz zgodność z założonym planem leczenia. Dodatkowo co konkretnie określony czas ułożenie i sprawdzanie czy nie ma przesunięć pacjenta wykraczających poza dopuszczalną granicę weryfikowane jest także przez technika elektroradiologii. Dlatego też radioterapia jest niezwykle precyzyjną metodą leczenia [13, 14].

Niestety nie da się napromienić tylko i wyłącznie masy guza bez tkanek znajdujących się bezpośrednio w jego sąsiedztwie. Lekarz planując terapię stara się zminimalizować narażenie na sąsiednie tkanki na tyle, na ile jest to tylko możliwe. Dlatego też często powstają popromienne powikłania, które dzielą się w zależności od czasu wystąpienia na wczesne oraz późne. Powikłania wczesne powstają z tkanek ulegających ciągłym podziałom jak np. szpik kostny oraz nabłonek skóry. Czas wystąpienia odczynu zależy od czasu różnicowania się komórek. Odczyn wczesny może pojawić się już po około 2-3 tygodniach od napromieniania. Mogą pojawić się w postaci miejscowego zaczerwienienia skóry, rozejścia rany, owrzodzeń lub infekcji. Natomiast odczyn późny pojawia się po około 6 miesiącach w postaci np. nadmiernej pigmentacji skóry, teleangiektazji, czyli poszerzeniu drobnych naczyń krwionośnych i zwłóknień [13].

Leczenie chirurgiczne polega na wycięciu masy guza w całości oraz zależnie od zaawansowania raka piersi łącznie z węzłami chłonnymi i/lub całym gruczołem sutkowym łącznie z brodawką. Jest to podstawowa metoda leczenia raka piersi. Jest także składową każdego schematu leczenia. Metoda ta polega na wycięciu części piersi (zabieg oszczędzający) lub też całej piersi (amputacja) [1].

Leczenie oszczędzające powinno być wykorzystane u każdej kobiety, u której nie ma żadnych przeciwwskazań jak np. wiek poniżej 35 lat, obecność mutacji BRCA1 i BRCA2, rak wielogniskowy lub przebyta wcześniej radioterapia piersi. Należy podkreślić, że do leczenia

oszczędzającego nie kwalifikuje się guz o wielkości powyżej 3cm oraz jeżeli u chorej występują przerzuty odległe [1].

Amputację piersi nazywaną inaczej mastektomią wykonuje się u chorych z zaawansowanym rakiem piersi, u których przeciwwskazane jest leczenie oszczędzające piersi. Wycinana jest cała pierś wraz ze skórą otaczającą gruczoł piersiowy. Jest to ogromne przeżycie dla chorej. Pacjentka po mastektomii powinna mieć możliwość skorzystania z pomocy psychologa oraz z bezpłatnej rehabilitacji. Wczesne wdrożenie rehabilitacji w znacznym stopniu pomaga osiągnąć zarówno pełną sprawność fizyczną jak i psychiczną. Niektóre pacjentki po mastektomii decydują się na rekonstrukcję piersi w celu poprawy własnego komfortu psychicznego. Rekonstrukcja piersi nie zwiększa ryzyka powstawania wznowy, ani też nie utrudnia jej wykrycia [1, 15].

Podsumowanie

W ciągu ostatnich lat mimo rozwoju metod leczenia zachorowalność ma nadal tendencję rosnącą. Rak piersi jest chorobą, która przez długi czas może pozostać bezobjawowa. Bardzo często wykrywany jest przez pacjentkę przypadkiem, kiedy jest już wyczuwalny palpacyjnie. Zazwyczaj jest to już postać zaawansowana, trudna do wyleczenia. Dlatego też tak istotna jest profilaktyka wśród kobiet. Wcześniej wykryty rak piersi w większości przypadków jest całkowicie wyleczalny. Regularne badanie się, nie kosztuje zbyt wiele wysiłku, a może uratować życie. Zwiększenie świadomości kobiet na temat czynników ryzyka raka piersi, samobadanie, regularne uczęszczanie do ginekologa oraz poddawanie się badaniom przesiewowym może spowodować, że choroba ta będzie znacznie rzadziej spotykana w społeczeństwie.

Piśmiennictwo

1. Jassem J., Krzakowski M., Bobek-Billewicz B., Duchnowska R., Jeziorski A., Olszewski W., Senkus –Konefka E., Tchórzewska H.: Rak piersi [w:] Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych, Krzakowski M., Warzocha K. (red.). Via Medica, Gdańsk 2013, 2-58.
2. Kornafel J.: Rak piersi, https://eu.cmkp.edu.pl/css_bart/dok_eu/Rak%20piersi%20A-II.pdf (data pobrania 06.11.2018).
3. Opiłka M.N.: Rak piersi. [w:] Lepetytorium. Chirurgia, Opiłka M.N., Sieroń D., Sulewski A. (red.). Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2010, 39-44.

4. Woźniacki P.: Charakterystyka kliniczna chorych na raka piersi objętych Populacyjnym Programem Wczesnego Wykrywania Raka Piersi w województwie pomorskim, <http://pbc.gda.pl/Content/35659/doktorat%20WO%C5%B9NIACKI%20Piotr.pdf> (data pobrania 06.11.2018).
5. Jakubowski W.: Klasyfikacja BIRADS w badaniach sonomammograficznych. [w:] Klasyfikacja BIRADS w mammografii i sonomammografii, Kalina Z. (red.). Wyd. Roztoczańska Szkoła Ultrasonografii, Warszawa 2009, 11-13.
6. Jakubowski W., Dobruch-Sobczak K., Migda B.: Standardy badań ultrasonograficznych Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego – aktualizacja. Badanie sonomammograficzne. *Journal of Ultrasonography*, 2012, 12, 246-260.
7. Hoffman B., Koper K.: Profilaktyka chorób nowotworowych [w:] Pielęgniarstwo onkologiczne. Podręcznik dla studiów medycznych. Koper A. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012, 64-69.
8. Garwacka – Czachor E., Maciejczyk A., Bębenek M.: Profil społeczno-demograficzny kobiet biorących udział w skriningu mammograficznym na Dolnym Śląsku. *Biuletyn Polskiego Towarzystwa Onkologicznego. Nowotwory*, 2017, 2(2), 119-126.
9. Popiela J.T., Komorowski A.: Miejsce mammografii w diagnostyce guzów piersi. *Ginekologia po Dyplomie*, 2012, 6, 69-70.
10. Smaga A., Mikułowska M., Komorowska A., Falkiewicz B., Gryglewicz J.: Rak piersi w Polsce – leczenie to inwestycja. <https://www.pexps.pl/files/upload/files/Rak-piersi-w-Polsce.pdf>, (data pobrania 07.11.2018).
11. Bauer - Kosińska B.: Współczesne przedoperacyjne leczenie systemowe raka piersi – chemioterapia. *Onkologia w Praktyce Klinicznej*, 2008, 4(2), 47-56.
12. Kancik E., Milaniuk S., Prystupa A., Mosiewicz J.: Powikłania po chemioterapii w praktyce lekarza internisty. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2014, 20(4), 444-448.
13. Bujko K.: Podstawy radioterapii. *Gastroenterologia Kliniczna*, 2010, 2(4), 121-126.
14. Buszko A.: Cele, zadania i metody radioterapii. <http://www.if.pw.edu.pl/~pluta/pl/dyd/mtj/MTJ-W-wa/A-Buszko-Opracowanie-2b.pdf>, (data pobrania 08.08.2018).
15. Madetko R., Ćwiertnia B.: Rehabilitacja po mastektomii. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2008, 16(4), 397-400.

**Skibicka Karolina¹, Chorąży Monika², Snarska Katarzyna Krystyna³,
Brzósko Andżelika⁴**

1. Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo I stopnia, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Klinika Neurologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Zakład Medycyny Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
4. Studentka kierunku Pielęgniarstwo II stopnia, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentem z zespołem Guillaina-Barrégo

Wstęp

Choroby i zespoły objawowe obwodowego układu nerwowego

Człowiek posiada około 15-22 miliardów komórek nerwowych (neuronów). Odpowiedzialne są one za szybką transmisję informacji w organizmie. Najdłuższą wypustką neuronu jest akson (neuryt) nazywany włóknem nerwowym. W układzie nerwowym osoby zdrowej wyróżniamy kilka rodzajów neurytów. Najprościej pod względem budowy możemy je podzielić na mielinowe, otoczone osłonką mielinową oraz bezmielinowe, które osłonki mielinowej nie posiadają [1, 2].

Inny podział klasyfikuje włókna nerwowe pod względem funkcji jakie pełnią w organizmie. Są to włókna ruchowe, czuciowe i autonomiczne. Gdy dochodzi do ich uszkodzenia, pojawiają się specyficzne objawy zależne od typu neurytów jakie uległy uszkodzeniu [3].

Neuropatie obwodowe

Neuropatie obwodowe są chorobami układu nerwowego. Należą do grupy najczęściej występujących zaburzeń tego układu. Poznano wiele czynników, które mogą spowodować wystąpienie lub nasilać już obecną neuropatię. Wśród nich warto wyróżnić: urazy, choroby metaboliczne, endokrynologiczne, nowotwory, procesy zapalne, immunologiczne, toksyczne, zwyrodnieniowe, a także niedobory [4]. Zauważalna jest tendencja do zwiększania liczby przypadków wystąpienia neuropatii wraz z wiekiem. Objawy kliniczne neuropatii zależą od jej zaawansowania, umiejscowienia oraz funkcji nerwów, których dotyczy.

Wystąpienie choroby prowadzi do pojawienia się zaburzeń ruchowych, czuciowych i/lub autonomicznych [1, 5].

Sytuacja, w której dochodzi do wystąpienia objawów uszkodzenia nerwu obwodowego z cechami klinicznymi lub podklinicznymi zdarza się średnio u 50% pacjentów internistycznych [1, 3].

Neuropatie w zależności od ilości uszkodzonych nerwów można podzielić na mononeuropatie (dotyczące jednego nerwu) oraz polineuropatie (dotyczące wszystkich symetrycznych nerwów). Wśród mononeuropatii można dodatkowo wyróżnić mononeuropatię wielogniskową (mnogą) obejmującą wiele nerwów niesymetrycznych. Neuropatia w której oprócz nerwów dochodzi do zajęcia korzeni nerwowych nazywa się poliradikulopatią [1, 3].

Polineuropatia według Sylwii Krzemińskiej jest *„zespołem klinicznym, którego podstawową cechą stanowi jednoczesne upośledzenie funkcji wielu nerwów obwodowych, wyrażających się najczęściej symetrycznie i najsilniej w dalszych odcinkach kończyn”* [6]. Jednym z rodzajów polineuropatii jest zespół Guillaina-Barrégo (GBS, G-B).

Zespół Guillaina-Barrégo

Zespół Guillaina-Barrégo jest klasyfikowany jako jedna z nabytych polineuropatii obwodowych. Jest to heterogenna grupa chorób, wśród których wyróżnia się ostrą zapalną polineuropatię demielinizacyjną (AIDP) z częstym zajęciem aksonów czaszkowych, ostrą aksonalną neuropatię ruchową (AMAN), ostrą aksonalną neuropatię czuciowo-ruchową (ASMAN) oraz zespół Miller-Fisher [1, 7]. Zespół Guillaina-Barrégo charakteryzuje się wystąpieniem określonych objawów, wynikających z mechanizmu autoimmunologicznego choroby. Przyczyna choroby nie jest dokładnie poznana [8].

Pacjenci dotknięci tą przypadłością cierpią z powodu wystąpienia niedowładu więcej niż jednej kończyny. Objawy narastają w czasie i mogą wystąpić w przypadku postaci ostrej w ciągu kilku dni do czterech tygodni od rozpoczęcia procesu chorobowego. W postaci podostrej rozwijają się do sześciu tygodni [8].

Charakter pojawiającego się niedowładu można określić jako postępujący, wstępujący i symetryczny niedowład wiotki kończyn. U większości pacjentów odruchy ścięgnowe zostają osłabione lub zniesione, co następuje w pierwszym tygodniu choroby, przy czym odcinki dystalne są zajęte bardziej niż proksymalne. Typowe jest występowanie pierwszych objawów w kończynach dolnych, następnie symptomy pojawiają się w kończynach górnych [9].

W ostrej fazie choroby, kiedy następuje nasilenie jej przebiegu, pacjent powinien być

hospitalizowany. Szczególnie istotne jest monitorowanie jego stanu, z możliwością wczesnej intubacji i sztucznej wentylacji. Powodem takiego postępowania jest fakt, iż 25% pacjentów dotyczy objęcie chorobą nerwów przeponowych i międzyżebrowych, co w konsekwencji prowadzi do wstąpienia niewydolności oddechowej [8, 10].

Epidemiologia zespołu Guillaina-Barrégo

W badaniach epidemiologicznych stwierdzono, że szacunek ogólnej częstości występowania GBS wynosi od 1.1/100tys. do 1.8/100tys. W większości badań analizowano populacje w Europie oraz Ameryce Północnej i zgłaszano podobne roczne wskaźniki zapadalności, tj. od 0.84 do 1.91/100tys. Około 70% przypadków GBS było spowodowanych wcześniejszymi infekcjami. Częstość występowania GBS nasila się między 15 a 30 rokiem życia. Kolejny wzrost liczby zarejestrowanych przypadków odnotowuje się w wieku 50–75 lat [11].

Ogólny wskaźnik zachorowalności u dzieci wahał się od 0.34/tys. do 1.34/100tys. W badaniach, w których obserwowano częstość występowania zespołu u dzieci (0-9 lat) i nastolatków (10-19 lat) w większości przypadków wskazywano wzrost częstości występowania choroby wraz z wiekiem [11].

Etiologia zespołu Guillaina-Barrégo

Dokładna przyczyna występowania zespołu Guillaina-Barrégo nie jest znana. Obecnie uważa się, że jest on wywoływany przez mimikrę molekularną. Termin ten oznacza istnienie zbieżności między antygenami, które występują w organizmie człowieka i tymi, które są charakterystyczne dla mikroorganizmów. Przyczyną wystąpienia procesu zapalnego w chorobie jest reaktywność krzyżowa między czynnikami zakaźnymi (np. *Campylobacter jejuni*, wirus cytomegalii, *Mycoplasma pneumonia*, wirus grypy), a podobnymi antygenami nerwowymi [12, 13].

Badania potwierdziły istnienie homologii między lipopolisacharydami bakterii *C. jejuni*, a strukturalnymi podjednostkami aksonów GM1, GD1a, GD3. Jednocześnie stwierdza się, że zakażenie bakterią *C. jejuni* przebiegające z biegunką jest najczęstszą (obok zakażeń dróg oddechowych) infekcją prekursorową, indukującą wystąpienie choroby. Zespół Guillaina-Barrégo może występować po szczepieniach, zabiegach operacyjnych, a także po porodzie [3, 8, 14].

Udowodniono, że w patogenezie szczególną rolę odgrywają limfocyty T oraz

przeciwciała skierowane przeciwko gangliozydom [15]. Najczęściej choroba występuje w wyniku demielinizacji nerwów, aktywacji limfocytów oraz usuwania osłonek mielinowych przez makrofagi. Ponad 2/3 przypadków daje objawy w ciągu tygodnia od infekcji np. *C. jejuni*, *M. pneumonia* lub wirusem grypy. Patogeny te posiadają na swojej powierzchni antygeny podobne do antygenów występujących na powierzchni nerwów obwodowych (np. gangliozydy – lipidy błon komórek nerwowych). Dochodzi do powstania zjawiska mimikry molekularnej. Organizm zaczyna produkować przeciwciała IgG w celu wyeliminowania infekcji. Niestety, oprócz wiązania patogenu, przyłączają się one do nerwów obwodowych indukując reakcję autoimmunologiczną. Przeciwciała mogą atakować odmienne miejsca w układzie nerwowym w zależności od rodzaju zespołu GBS i czynników osobniczych pacjenta. Dodatkowo dochodzi do odkładania się przeciwciał i limfocytów w nerwach, wzrostu produkcji cytokin oraz uwalniania toksycznych mediatorów, co w konsekwencji aktywuje makrofagi. Makrofagi usuwają mielinę, nasilając niszczenie komórek nerwowych. Demielinizacja i uszkodzenie aksonu może wystąpić na całej długości nerwu. Szczególnie wrażliwe, ze względu na bardziej przepuszczalną barierę krew-mózg, są korzenie proksymalnych nerwów i dystalnych domięśniowych gałęzi nerwowych [16, 17, 18].

Reakcja zapalna wygasa przez udział makrofagów w indukcji apoptozy komórek T i wydzielania antyzapalnych cytokin [15].

Objawy zespołu Guillaina-Barrégo

Zespół Guillaina-Barrégo w początkowej fazie może prezentować nieswoiste objawy podmiotowe, takie jak osłabienie, ból pleców lub karku oraz parestezje.

U około 70% pacjentów pojawia się infekcja poprzedzająca (od 1 do 3 tygodni) wystąpienie objawów. Pierwszymi sygnałami może być osłabienie mięśni nóg oraz mrowienie, które często rozprzestrzeniają się na ręce i górną część ciała. W niektórych przypadkach dochodzi do niedowładu nerwów czaszkowych, w szczególności nerwu twarzowego, zazwyczaj jednostronnie. U co piątego pacjenta uszkodzony zostaje nerw trójdzielny co powoduje osłabienie mięśni żwaczy oraz parestezje wokół ust, żuchwy i języka [10]. Stwierdza się także występowanie objawów zaburzeń czucia, są one słabiej wyrażone niż objawy ruchowe. Ból – mięśniowy korzeniowy, stawowy, trzewny- pojawia się u 72% przypadków [19].

Pacjent może znaleźć się w stanie zagrożenia życia w wyniku zajęcia mięśni oddechowych. Wpływ na wystąpienie niewydolności oddechowej może mieć pojawienie się zaburzeń opuszkowych z dysfunkcją podniebienia. W takim wypadku wymagane jest

zastosowanie respiratora [10]. Postaci aksonalne GBS częściej prowadzą do niewydolności oddechowej oraz związanej z tym większej śmiertelności w tej grupie chorych [20].

Dodatkowo mogą wystąpić zaburzenia wegetatywne w postaci nadciśnienia tętniczego, zaburzeń rytmu serca, niedociśnienia ortostatyczna, zaburzeń w oddawaniu moczu, zaparć, zaburzeń termoregulacji i wydzielania potu, zaburzeń źrenicznych. Do najczęstszych należą zaburzenia sercowo- naczyniowe, które mogą przebiegać łagodnie bądź, przebiegając jako „burza wegetatywna”, stwarzać niebezpieczeństwo utraty życia z przyczyn kardiogennych [3].

Faza ostra choroby może wywoływać objawy psychopatologiczne, rzadziej prowadzi także do bólów głowy, objawów oponowych, obrzęku tarczy nerwu wzrokowego. [10]

Choroba w 90% przebiega jednofazowo z okresami narastania objawów (trwa ok. 7-14 dni), plateau (7-14dni) i zdrowienia trwającym do 6-14 miesięcy. Pacjenci chorujący na GBS o charakterze nawrotowym stanowią 7-16% wszystkich chorych na ten zespół [19].

Diagnostyka zespołu Guillaina-Barrégo

Historia pacjenta oraz wyniki badań fizykalnych są kluczowe dla postawienia diagnozy o występowaniu zespołu Guillaina-Barrégo [21]. Stwierdzenie zaistnienia ostrej wstępującej oraz postępującej neuropatii rozpoczynającej się w kończynach dolnych z symetrycznym niedowładem jest jednym z niezbędnych i zasadniczych objawów potwierdzających. Potwierdzające diagnozę są także parestezje, hiporefleksja oraz fakt, że osłabienie mięśni oddechowych prowadzi do niewydolności oddechowej. Parametry czynności życiowych ulegają wahaniom. W wywiadzie stwierdza się infekcję przewodu pokarmowego lub układu oddechowego około 1-3 tygodnie przed wystąpieniem niedowładów [22]. Ból poprzedza niedowład u jednej trzeciej dorosłych pacjentów z zespołem Guillain-Barrégo [23].

W przypadku podejrzenia Guillain-Barrégo wykonuje się nakłucie lędźwiowe w celu pobrania płynu mózgowo- rdzeniowego. Klasycznym objawem występującym u ok. 90% pacjentów jest wzrost liczby leukocytów w płynie, przy czym liczba komórek jednojądrzastych jest prawidłowa lub nie przekracza 50/mm³ [21, 24].

Elektrodiagnostyczne badania nerwów wspierają diagnozę i dostarczają informacji prognostycznych, dlatego wskazane jest ich wykonywanie u wszystkich pacjentów, jeśli to możliwe. Badania elektrofizjologiczne pozwalają potwierdzić obecność neuropatii, jej nasilenie, a tym samym rokowanie [24].

Przez wzgląd na to, że pierwszy okres choroby może przebiegać bez udokumentowanych patologii w badaniu płynu mózgowo- rdzeniowego i badaniach neurofizjologicznych rozpoznanie tego zespołu jest przede wszystkim rozpoznaniem

klinicznym [25, 26].

Nasilenie istniejącej, zdiagnozowanej choroby można określić stosując standaryzowane skale oceniające jakość życia pacjentów. Jedną z takich skal jest skala niepełnosprawności według Hughes [7].

Leczenie zespołu Guillaina-Barrégo

Leczenie zakłada natychmiastową hospitalizację chorego, ze względu na niemożność przewidzenia narastania objawów choroby. Postępujące objawy sugerują umieszczenie pacjenta na oddziale intensywnej terapii. Umożliwia to ściśle monitorowanie wydolności oddechowej oraz ewentualnych zaburzeń krążenia i rytmu serca. Możliwe staje się udzielenie szybkiej pomocy w przypadku konieczności zapewnienia wentylacji mechanicznej lub konieczności stabilizacji hemodynamicznej [23].

Wobec chorych stosuje się immunoterapię zakładającą wykorzystanie zabiegu plazmaferezy (PE), czyli wymiany osocza lub podanie immunoglobulin. Obie metody charakteryzują się podobną skutecznością. Udowodniono, że skracają czas trwania ostrej fazy choroby, jednak nie wpływają na ostateczny ubytek funkcji ruchowych [10, 15]. Zabieg plazmaferezy jest pierwszym sposobem leczenia, który dawał korzystny efekt w postaci skrócenia czasu unieruchomienia, stosowania respiratora oraz zwiększenia odsetka chorych, u których siła mięśniowa była odzyskiwana w ciągu roku. Ilość wykonywanych zabiegów PE zależy od postaci schorzenia, w przypadku łagodnej formy zalecane jest wykonanie dwóch zabiegów PE, jednak trwa dyskusja nad tym, czy łagodniejszy przebieg choroby przynosi korzyści z immunoterapii [9]. W przypadku postaci umiarkowanej i ciężkiej zaleca się wykonanie czterech zabiegów. Aby zabieg był skuteczny wskazane jest: rozpoczęcie terapii w pierwszych dwóch tygodniach choroby, zachowanie optymalnego schematu leczenia obejmującego wymianę odpowiedniej ilości osocza - 40–50 ml/kg mc., wykonywanie zabiegu raz w ciągu dwóch dni, z kontrolą stężenia IgG we krwi przed i po zabiegu. Równoważną metodą terapii jest podawanie dożylnie immunoglobulin w dawce 2g/kg m.c. Obecnie stosuje się dwa schematy podawania w dawkach 0,4g/kg m.c. podawany w ciągu pięciu kolejnych dni oraz w dawce 1g/kg m.c. przez dwa dni [15, 27, 28].

Leczenie bólu jest ważnym aspektem terapii zespołu Guillaina-Barrégo. U chorych może występować ból pochodzenia nocyceptywnego i neuropatycznego. Ze względu na mieszany charakter dolegliwości używa się kilku leków przeciwbólowych z różnych grup terapeutycznych [29]. Przeciwbólowe leki opioidowe powinny być stosowane ze szczególną ostrożnością, ponieważ mogą powodować depresję ośrodka oddechowego, pogarszać

autonomiczną niewydolność jelit i prowadzić do zwiększenia retencji moczu, czyli nasilać objawy, które wyjściowo mogą być obecne u pacjentów z GBS [30]. W przypadku bólu neuropatycznego wskazane jest rozpoczęcie terapii na wczesnym etapie choroby, ze względu na opóźnione działanie leków. Leki wskazane do stosowania to m.in. gabapentyna, pregabalina, karbamazepina i amitryptylina. Kortykosteroidy mogą być stosowane w bólu neuropatycznym i korzeniowym [31].

W ostrej fazie u pacjentów unieruchomionych zalecane jest stosowanie heparyny i pończoch uciskowych - w celu zapobiegania zakrzepicy żył głębokich. Oprócz tego wskazane jest monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi, tętna, zaburzeń autonomicznych i oznak niewydolności oddechowej, a także w razie potrzeby wprowadzenia sztucznej wentylacji.

Pacjenci, którzy utracili pełną sprawność powinni znaleźć się pod opieką multidyscyplinarnego zespołu rehabilitacyjnego oraz zostać objęci programem ćwiczeń wspomagających. Powszechnym zjawiskiem po przebytych zespołach G-B jest utrzymujące się zmęczenie, które może być zredukowane przez dostosowany do stanu pacjenta program ćwiczeń. Biorąc pod uwagę, iż immunizacja może podnosić w małym stopniu ryzyko nawrotu należy rozważyć indywidualnie potrzebę szczepień u danego pacjenta. Pozostałe aspekty opieki będą uzależnione od stanu chorego, dlatego w celu określenia problemów pacjent jest objęty stałą obserwacją [31]. Powrót do zdrowia trwa ok. dwóch lat. Konsekwentne działania rehabilitacyjne, uśmierzanie bólu oraz edukowanie pacjenta pozwoli na stabilny, jednakże powolny proces zdrowienia [32].

Powikłania i rokowanie zespołu Guillaina-Barrégo

Ostra faza choroby wiąże się z możliwością wystąpienia zapalenia płuc, posocznicy, zatorowości płucnej lub krwawienia z przewodu pokarmowego. Powikłania te występują u ok.60% pacjentów z GBS poddanych intubacji i hospitalizowanych w oddziale intensywnej terapii [33].

2/3 pacjentów doświadcza autonomicznej dysfunkcji, która objawia się niedrożnością jelitową, arytmia serca – mogącą prowadzić do asystolii, niedodmą i niewydolnością oddechową. Ponadto w wyniku unieruchomienia zwiększa się ryzyko zakrzepicy żył głębokich [21].

Podczas leczenia ostrej fazy choroby należy zwrócić uwagę na możliwość wystąpienia działań niepożądanych podawanych leków. Podawane immunoglobuliny mogą powodować dolegliwości w postaci bólów głowy, nudności, gorączki, wysypki, mrowienia, bólów w klatce piersiowej. Mogą także prowadzić do bardziej poważnych powikłań w postaci udaru

mózgu, zawału serca, niewydolności nerek, zapalenia wątroby, aseptycznego zapalenia mózgu, niewydolności serca, a także anemii hemolitycznej [34].

Po przejściu przez ostrą fazę choroby, w okresie zdrowienia do 80% pacjentów zgłasza ciężkie zmęczenie, najczęściej są to kobiety i pacjenci po 50. roku życia. W rok po wystąpieniu ostrej fazy jedna trzecia pacjentów zgłasza odczuwanie bólu. Co piąty pacjent po przejściu postaci o ciężkim przebiegu jest niezdolny do chodzenia po 6. miesiącach od wystąpienia objawów. Zakażenie *C. jejuni* przedłuża ciężką niepełnosprawność. Pacjenci ze względu na odczuwany przez dłuższy czas ból i niepełnosprawność mogą cierpieć z powodu depresji lub stanów lękowych [33].

Fakt wystąpienia powikłań może mieć wpływ na rokowanie. Całkowite wyzdrowienie oraz zdolność do pracy fizycznej po roku od wystąpienia ostrej fazy choroby osiąga do 65% pacjentów. Z pozostałych 35% około 8% umrze w fazie ostrej choroby, głównie z powodu arytmii serca, bądź zatorowości płucnej. Zespół Millera Fishera charakteryzuje się dobrym rokowaniem, gdyż zazwyczaj ustępuje bez wpływu na mięśnie oddechowe i ma łagodny przebieg. Zespół G-B nie ma tendencji do nawrotów – 2 lub więcej epizodów choroby zarejestrowano u 7% pacjentów, a przerwa między nawrotami wynosiła średnio 7 lat [35].

Czynnikami prognostycznymi sugerującymi gorsze rokowanie są:

- Zaawansowany wiek
- Niewydolność oddechowa, związana z obniżeniem pojemności życiowej o ponad 20%
- Wystąpienie zespołu G-B po zakażeniu *C. jejuni*
- Amplituda potencjałów czynnościowych mięśni szkieletowych w zakresie od 0% do 20% dolnej granicy normy.

W celu oceny przewidywanego powrotu do zdrowia w czasie, wyrażanej w zdolności samodzielnego chodzenia i ogólnej poprawy sytuacji zdrowotnej po 6 miesiącach od wystąpienia objawów choroby można wykorzystać skalę tzw. The Erasmus GBS Outcome Score (EGOS) [33] W pierwszej kolejności należy dokonać oceny nasilenia i obecności objawów według skali Hughes w drugim tygodniu od rozpoczęcia ostrej fazy choroby. Uzyskane punkty sumuje się i na podstawie wyniku szacuje się procentową zdolność pacjenta do chodzenia bez pomocy po 6 miesiącach od wystąpienia objawów. Uzyskanie 3 punktów i mniej stanowi bardzo dobre rokowanie gdyż zaledwie 0,5% pacjentów nie będzie w stanie chodzić bez pomocy po 6 miesiącach. Wynik 4 punktów zwiastuje 7% chorych nie

będących w stanie chodzić. Kolejno 5 punktów sugeruje 25%, 6 punktów 55%, a 7 punktów 83% pacjentów niezdolnych do samodzielnego chodu.

Profilaktyka zespołu Guillaina-Barrégo

Działania profilaktyczne opierają się na ograniczeniu przenoszenia *C. jejuni* ze względu na związek występowania zespołu G-B z infekcją tą bakterią. Działania z największym prawdopodobieństwem redukcji wystąpienia zespołu powinny być prowadzone w słabiej rozwiniętych częściach świata.

Do uzasadnionych działań prewencyjnych należy poprawa warunków sanitarnych, dokładne gotowanie produktów drobiowych, uzdatnianie wody pitnej, unikanie spożywania surowego mleka [36].

Pacjenci, u których wystąpienie zespołu G-B z dużym prawdopodobieństwem było indukowane szczepieniem przeciwko grypie (świadczy o tym fakt immunizacji w ciągu 6 tygodni od wystąpienia objawów) mogą odroczyć szczepienie przeciw grypie. Nie jest to konieczne, jeśli korzyści z ochrony poszczepiennej – na przykład w przypadku możliwości wystąpienia powikłań w przebiegu grypy – przewyższają małe, teoretyczne ryzyko nawrotu. Ryzyko to jest ryzykiem teoretycznym, gdyż nie wykazano tendencji do nawrotu zespołu G-B po szczepieniu przeciw grypie [21].

Za działanie profilaktyczne w zespole GBS można dodatkowo uznać suplementację diety. Witaminy z grupy B (B1, B3, B6, B12) są niezbędne do prawidłowego funkcjonowania układu nerwowego. Ich niedobory mogą prowadzić do powstania neuropatii. Jednak należy mieć na uwadze, niebezpieczeństwo związane z nadmierną suplementacją – przedawkowanie witaminy B6 również może predysponować do wystąpienia neuropatii. Innym ważnym składnikiem diety, o którego suplementację warto zadbać jest witamina D, a także antyoksydanty: witaminy C i E. Brak dowodów naukowych na skuteczność suplementacji witamin, zwłaszcza z grupy B, nie jest kategorię przesłanką do zaniechania jej stosowania [37, 38].

Mówiąc o profilaktyce zespołu Guillaina-Barrégo należy pamiętać, że w ogólnym zarysie jest on neuropatią. Ważnym aspektem zapobiegania uszkodzeniom układu nerwowego jest unikanie substancji toksycznych takich jak arsen, ołów, tal (obecnych w dymie papierosowym, a także w spalinach samochodowych i dostających się do żywności z niepewnych źródeł), związki fosforoorganiczne (będące popularnymi insektycydami), akrylamid (składnik farb i lakierów), alkohol etylowy. Wszystkie te związki mają potwierdzony, negatywny wpływ na czynność układu nerwowego i mogą prowadzić do

wystąpienia neuropatii. Niektóre leki takie jak cisplatyna, winkrystyna, izoniazyd, metronidazol mogą mieć wpływ na zaostrzenie lub nawrót chorób neuropatycznych [39].

Cel pracy

Celem pracy było:

1. Zdiagnozowanie problemów pielęgnacyjnych pacjenta z zespołem Guillaina-Barrégo.
2. Określenie celu zaplanowanych działań pielęgnarskich.
3. Ustalenie indywidualnego planu opieki wobec pacjenta z zespołem Guillaina-Barrégo.
4. Dokonanie oceny zrealizowanych działań pielęgnacyjnych.

Material i metodyka badań

Do ustalenia procesu pielęgnowania pacjenta zastosowano cztery standardowe metody:

- obserwacja
- wywiad
- analiza dokumentacji medycznej
- pomiar stanu psychofizycznego.

Podstawą do zgromadzenia informacji o stanie pacjenta była *obserwacja*. Dokładnie przeanalizowano wygląd zewnętrzny, zachowanie oraz funkcjonowanie poszczególnych narządów i układów, które tworzą. Takie działanie pozwoliło na zaplanowanie, realizację, a także ocenę działań pielęgnacyjnych.

Kolejnym działaniem podjętym do oceny kondycji pacjenta był *wywiad*. Indywidualna rozmowa pozwoliła na uzyskanie informacji na temat środowiska oraz stylu życia pacjenta. Umożliwiła również nawiązanie współpracy z rodziną chorego, wpływającą na skuteczną realizację planowanej opieki.

Usystematyzowaniem wiedzy o pacjencie była *analiza zebranej dokumentacji*. Polegała na ilościowym i jakościowym przeglądzie zapisów dotyczących stanu zdrowia pacjenta.

Ostatnim z wymienionych etapów gromadzenia informacji był *miar stanu psychofizycznego* pacjenta. Wykorzystano w tym celu skale, tablice i przyrządy oraz ustalono czy parametry pacjenta mieszczą się w określonych przedziałach normy [40, 41].

Proces pielęgnowania jest podstawowym elementem pielęgnowania

zindywidualizowanego. Idee procesu pielęgnowania charakteryzują trzy podstawowe cechy [40, 42]:

- Holistyczne podejście – biorące pod uwagę wszystkie aspekty człowieczeństwa (sfery biologicznej, psychicznej i społecznej) oraz indywidualne podejście do pacjenta.
- Celowość i planowość procesu – działania zaplanowane w oparciu o sformułowane problemy, powinny być szczegółowo zrealizowane.
- Zachowanie ciągłości i dynamiki działań – proces pielęgnowania może być modyfikowany według potrzeb pacjenta, jednakowoż powinien funkcjonować nieprzerwanie przestrzegając wszystkich jego etapów.

Za standard w procesie pielęgnowania (od 2003r. w Amerykańskim Towarzystwie Pielęgniarskim - ANA; od 2005 w Międzynarodowej Radzie Pielęgniarek - ICN) przyjęto 5 etapów: ocena, diagnoza, planowanie, implementacja (realizacja), ewaluacja. Opisano je dokładniej poniżej [40]:

I. Ocena

Pierwszy etap ma na celu gromadzenie, weryfikowanie i przekazywanie danych o pacjencie. Utworzona baza informacji opiera się w szczególności na dokumentacji, ocenie stanu fizjologicznego, wywiadzie i badaniu przedmiotowym oraz wynikach badań diagnostycznych i laboratoryjnych.

II. Diagnoza

Diagnoza pielęgniarska stanowi integralną część procesu pielęgnowania. Dzięki niej możliwe jest zachowanie zindywidualizowanego podejścia do sytuacji pacjenta. Postawienie diagnozy ukierunkowuje pozostałe elementy procesu pielęgnowania.

III. Planowanie

Pielęgniarka, w trakcie projektowania indywidualnego procesu pielęgnowania, określa cel opieki, oczekiwane rezultaty oraz planuje interwencje w oparciu o dostępne zasoby i sprzęt. Ustalony plan wspomaga osiągnięcie założonych celów terapeutycznych.

IV. Implementacja

Implementacja jest to inaczej realizowanie planu opieki. Na tym etapie wdrażane są wcześniej ustalone i zatwierdzone interwencje pielęgniarskie. Celem implementacji jest pomoc w uzyskaniu korzystnych zmian w stanie zdrowia pacjenta. Zapobiega się tym samym chorobom, powikłaniom, niepełnosprawności.

V. Ewaluacja

Ewaluacja jest nieprzerwanym procesem planowanego i systematycznego oceniania stanu

pacjenta. Daje możliwość wykazania słuszności postępowania według wcześniej obranego kierunku pielęgnacji.

Postępowanie według przedstawionych etapów pozwala na stworzenie optymalnego planu, dającego stabilną podstawę, przyspieszającą proces zdrowienia.

Wyniki badań

Opis przypadku

Pacjent K.T., 52-letni rolnik, od pięciu dni przebywa w Klinice Neurologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku. Przyjęty w trybie nagłym. Pacjent skarży się na silne dolegliwości bólowe kończyn dolnych połączone z drętwieniem i zaburzeniami czucia. Zgłoszone symptomy zaburzają utrzymanie równowagi i znacznie utrudniają poruszanie się. Chory odczuwa niepokój związany z hospitalizacją. Z wywiadu wynika, że objawy narastały gwałtownie w ciągu ostatniego tygodnia. Dodatkowo pacjent zgłasza, przebył w poprzednim miesiącu infekcję połączoną z dolegliwościami ze strony przewodu pokarmowego (ostra biegunka, mdłości, gorączka, osłabienie).

Pan K. od 5 lat leczy się na nadciśnienie tętnicze. Przyznaje, że nałogowo pali papierosy od 30 lat (ok. 8 – 10 dziennie). W wywiadzie rodzinnym nie stwierdzono występowania chorób na tle neurologicznym. Hospitalizowany na co dzień mieszka z żoną. Ma dwójkę dorosłych dzieci, mieszkających w Białymstoku. Warunki mieszkaniowe ocenia jako średnie.

Pacjent waży 84,5 kg przy wzroście 177 cm (BMI=26,97m²/kg). Nadwaga chorego może wynikać z opisywanej diety: opiera się na produktach pochodzenia zwierzęcego w szczególności na własnych przetworach mięsnych. Alkohol spożywa „od czasu do czasu”.

Parametry pacjenta: ciśnienie tętnicze (RR): 149/86 mmHg, tętno (HR): 87 uderzeń/minutę, poziom glikemii 106 mg%, częstość oddechów: 39/minutę, temperatura ciała 36,8°C. Pan K. został poddany badaniu neurologicznemu, w którym stwierdzono osłabienie odruchów ścięgniastych w obu kończynach dolnych. Analizie poddano, pobrany poprzez nakłucie lędźwiowe, płyn mózgowo-rdzeniowy (m-r). W wynikach zaobserwowano wzrost poziomu białek w płynie m-r oraz obecność przeciwciał antygangliozydowych. Przeprowadzono również badanie przewodnictwa nerwowego. Stwierdzono w nim: redukcję szybkości przewodzenia i zmniejszenie amplitudy reakcji z włókien ruchowych oraz czuciowych. Wywiad z pacjentem oraz wykonane badania pozwoliły na rozpoznanie

i postawienie diagnozy: zespół Gullaina-Barrégo.

Wdrożono leczenie obejmujące dożylnie podanie immunoglobulin, terapię przeciwbólową doraźną oraz stałą obserwację parametrów pacjenta. Ze względu na unieruchomienie chorego w łóżku założono mu cewnik Folleya oraz zastosowano leczenie przeciwzakrzepowe. Kontynuowano terapię przeciwnadciśnieniową. Stan chorego był stabilny.

Pacjent otrzymał 13 punktów w skali Northon oraz ocenił ból na 7 punktów w skali VAS.

Podawane leki:

- *Flebogamma DIF*; 33,8 g/dobę przez 5 dni; i.v.
- *Amitryptylina*; 0-0-100mg; p.o.
- *Tritace*; 5mg-0-0; p.o.
- *Paracetamol* 1000 mg w razie bólu
- *Clexane*; 40mg/dobę; s.c.

Plan opieki

I. Problem pielęgnacyjny: Trudny do opanowania ból spowodowany chorobą.

Cel działania: Złagodzenie bólu i zapewnienie komfortu.

Planowane działania:

- obserwacja natężenia bólu (monitorowanie skalą VAS)
- ułożenie pacjenta w wygodnej pozycji
- podanie zleconych leków przeciwbólowych
- uspokojenie pacjenta
- stosowanie lekkich okryć
- delikatne wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych
- unikanie niepotrzebnych interwencji pielęgniarskich

Ocena: Ból zmniejszył się po podaniu paracetamolu w dawce 1000mg dożylnie (z 7pkt w skali VAS do 4pkt).

II. Problem pielęgnacyjny: Ryzyko wystąpienia niewydolności oddechowej z powodu osłabienia mięśni oddechowych

Cel działania: Zmniejszenie ryzyka przez wczesne rozpoznanie objawów niewydolności oddechowej.

Planowane działania:

- uważna obserwacja stanu chorego w kierunku wystąpienia objawów niewydolności: tachypnoe, sinica, duszność, pobudzenie, tachykardia
- pomiar podstawowych parametrów życiowych: ciśnienia tętniczego, tętna, saturacji, ilości oddechów
- zapobieganie infekcji układu oddechowego (masaż klatki piersiowej, oklepywanie)
- stosowanie tlenoterapii na zlecenie lekarza
- w przypadku istniejących wskazań: przygotowanie zestawu do intubacji

Ocena: Nie wystąpiły objawy niewydolności oddechowej.

III. Problem pielęgnacyjny: Niebezpieczeństwo wystąpienia wahań ciśnienia tętniczego.

Cel działania: Zapobieganie wystąpieniu powikłania.

Planowane działania:

- monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi
- zapewnienie spokoju i ciszy
- ograniczenie wysiłku fizycznego
- podanie leków obniżających ciśnienie na zlecenie lekarza

Ocena: Nie wystąpiły wahania ciśnienia tętniczego.

IV. Problem pielęgnacyjny: Możliwość wystąpienia objawów niepożądanych stosowanego leczenia immunoglobuliną.

Cel działania: Monitorowanie i eliminowanie objawów niepożądanych

Planowane działania:

- pielęgnowanie wkłuc dożylnych (obserwacja w kierunku zapalenia: zaczerwienie, ból, obrzęk)
- obserwacja pacjenta w kierunku wystąpienia objawów uogólnionej reakcji

uczuleniowej: świąd, wysypka, rumień

- obserwacja pacjenta w kierunku wystąpienia zatorowości
- stosowanie nawodnienia chorego zgodnie z zaleceniami
- izolowanie chorego od dodatkowych źródeł infekcji

Ocena: Objawy niepożądane nie wystąpiły.

V. Problem pielęgnacyjny: Ryzyko wystąpienia odcewnikowego zakażenia układu moczowego.

Cel działania: Zapobieganie wystąpieniu powikłania.

Planowane działania:

- regularna toaleta krocza wraz z odkażaniem ujścia cewki moczowej
- kontrolowanie utrzymania drożności cewnika Foleya
- obserwacja wydalanego moczu (ilość, barwa, zapach)
- dbanie o jałowość cewnika
- prowadzenie kontroli diurezy
- zadbanie by worek na mocz znajdował się poniżej poziomu łóżka
- ograniczenie ilości interwencji wokół cewki moczowej

Ocena: Zakażenie nie wystąpiło.

VI. Problem pielęgnacyjny: Ryzyko wystąpienia odleżyn oraz powikłań ze strony układu kostno-mięśniowego z powodu unieruchomienia.

Cel działania: Zapobieganie wystąpienia powikłań.

Planowane działania:

- ocena ryzyka wystąpienia odleżyn według skali Norton
- obserwacja skóry i kończyn w kierunku wystąpienia odleżyn
- stosowanie profilaktyki przeciwoleżynowej: zapewnienie prawidłowej pozycji ułożeniowej i jej zmiana w zależności od potrzeb, stosowanie udogodnień w postaci wałków, podpórek
- ułożenie na materacu zmiennościśnieniowym dynamicznym

Ocena: Powikłania nie wystąpiły.

VII. Problem pielęgnacyjny: Ryzyko wystąpienia choroby zakrzepowo-zatorowej.

Cel działania: Zapobieganie wystąpieniu powikłania.

Planowane działania:

- obserwacja kończyn dolnych pod kątem objawów choroby zakrzepowej
- zalecenie pacjentowi ćwiczeń w miarę możliwości
- zaplanowanie współpracy z rehabilitantem
- podawanie na zlecenie lekarza heparyny drobnocząsteczkowej

Ocena: Powikłanie nie wystąpiło.

VIII. Problem pielęgnacyjny: Niepokój pacjenta spowodowany ogólnym stanem zdrowia i pobytem w szpitalu.

Cel działania: Zmniejszenie dyskomfortu poprzez zapewnienie bezpieczeństwa psychicznego i fizycznego.

Planowane działania:

- wsparcie pacjenta rozmową, okazywanie współczucia i zrozumienia
- informowanie pacjenta o celu wykonywanych zabiegów diagnostyczno-terapeutycznych
- zachęcenie do zachowania samodzielności w zaspokajaniu podstawowych potrzeb
- umożliwienie pacjentowi kontaktu z lekarzem prowadzącym
- -zapewnienie kontaktu z rodziną
- wypełnienie czasu wolnego

Ocena: Niepokój zmniejszył się.

IX. Problem pielęgnacyjny: Trudności w samoopiece spowodowane nasilonymi objawami choroby.

Cel działania: Pomoc w zaspokojeniu potrzeb pacjenta.

Planowane działania:

- ustalenie zakresu niezbędnej pomocy
- realizowanie działań zaspokajających potrzeby
- pomoc w zachowaniu higieny, zmiana bielizny pościelowej i osobistej pacjenta
- motywowanie i wspieranie pacjenta w wykonywaniu czynności samoobsługowych

Ocena: Pacjent otrzymał niezbędną pomoc.

X. Problem pielęgnacyjny: Nadwaga spowodowana błędami dietetycznymi.

Cel działania: Redukcja nadwagi oraz zwiększenie poziomu wiedzy pacjenta nt. zasad prawidłowego odżywiania.

Planowane działania:

- wdrożenie diety lekkostrawnej
- edukacja chorego nt. wpływu nadwagi na stan zdrowia, rozmowa na temat nawyków żywieniowych
- zachęcenie do kontroli masy ciała
- zaplanowanie współpracy z dietetykiem

Ocena: Przeprowadzono rozmowę edukacyjną z pacjentem.

XI. Problem pielęgnacyjny: Nadmierna potliwość.

Cel działania: Utrzymanie ciała pacjenta w czystości.

Planowane działania:

- dokładna toaleta całego ciała pacjenta
- zmiana bielizny osobistej, pościelowej pacjenta w zależności od potrzeb
- zapewnienie bielizny osobistej luźnej, przewiewnej, z naturalnych włókien
- zapewnienie mikroklimatu sali– wilgotność 50-70%, temperatura 17-20°C
- prowadzenie bilansu wodnego

Ocena: Wykonano toaletę całego ciała pacjenta, dokonano zmiany bielizny, wywietrzono salę.

XII. Problem pielęgnacyjny: Brak motywacji do zaprzestania palenia.

Cel działania: Zmobilizowanie chorego do rezygnacji z nałogu.

Planowane działania:

- edukacja chorego na temat szkodliwości palenia papierosów na układ krążenia i cały organizm
- zapoznanie z możliwościami stosowania środków ułatwiających rzucenie palenia: plastry, akupunktura

Ocena: Przeprowadzono rozmowę edukacyjną z pacjentem.

Zalecenia dotyczące dalszej pielęgnacji

- Obserwacja stopnia nasilenia bólu, dokumentowanie odczuwalnego bólu za pomocą skali np. VAS, by dobrać jak najlepszą terapię przeciwbólową.

- Poddanie się rehabilitacji, wykonywanie ćwiczeń wspomagających powrót do pełnej sprawności.
- Zaprzestanie palenia, udanie się do poradni antynikotynowej, znalezienie alternatywy.
- Regularne stosowanie zleconych przez lekarza leków przeciwnadciśnieniowych.
- Zapisywanie wartości ciśnienia tętniczego krwi za pomocą dzienniczka pomiarów.
- Stosowanie zbilansowanej diety, bogatej w witaminy z grupy B (produkty zbożowe, nasiona roślin strączkowych, przetwory mleczne, ryby, warzywa liściaste).
- Kontrolowanie masy ciała.
- Dokładne gotowanie produktów drobiowych, unikanie spożywania surowego mleka.
- Dostosowanie wysiłku fizycznego do możliwości – przerywanie wysiłku w przypadku zmęczenia.
- Uzyskiwanie wsparcia od rodziny.

Wnioski

1. Zespół Guillaina-Barrégo jest jednostką chorobową, której przyczyna nie jest do końca poznana. Niedowład wiotki charakterystyczny dla choroby wymaga od pielęgniarki intensywnej, dostosowanej do stanu, opieki nad pacjentem i wnikliwej obserwacji, która ma kluczowe znaczenie, ze względu na możliwość ostrego rozwoju choroby. Pielęgniarka musi zatem dostosować działania pielęgnacyjne do stanu i możliwości chorego.
2. Na podstawie zebranych szczegółowych informacji o pacjencie opracowano indywidualny plan opieki pielęgniarskiej, uwzględniający różnorodność i złożoność problemów chorego. Zaproponowano działania pozwalające na realizację założonych celów.
3. Dokonano oceny stopnia realizacji założonych celów pielęgnacyjnych. Zwrócono szczególną uwagę na poprawę sprawności ruchowej oraz zmniejszenie dolegliwości bólowych i związanych z pobytem w szpitalu.
4. Istotną rolę w pielęgnacji pacjenta z zespołem Guillaina-Barrégo ma profilaktyka powikłań, takich jak odleżyny, zaburzenia oddychania, zakażenia układu moczowego. Dlatego też w celu utrzymania ciągłości opieki sformułowano dla osób opiekujących się chorym wskazówki do dalszej pielęgnacji.

Piśmiennictwo

1. Kozubski W., Liberski P. (red.): Neurologia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
2. Traczyk W.Z., Trebski A.: Fizjologia człowieka z elementami fizjologii stosowanej i klinicznej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015.
3. Kozubski W., Jaracz K.: Pielęgniarstwo neurologiczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
4. Kwolek A., Snela S.: Rehabilitacja w chorobach i uszkodzeniach obwodowego układu nerwowego. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów, 2008, 1, 6-13.
5. Pedley T., Rowland L., Kamińska A.M, Kwieciński H.H. (red.): Neurologia Merritta. Elsevier Urban & Partner. Wrocław 2011.
6. Krzemińska S.: Polineuropatie. Świat Farmacji, 2012, 3, 23-24.
7. Krocza S.: Kliniczne i neurofizjologiczne następstwa zespołu Guillain-Barre. Przegląd Lekarski, 2011, 11, 1098-1103.
8. Wołowicka L., Dyk D.: Anestezjologia i intensywne opiece. Klinika i pielęgniarstwo. Podręcznik dla studiów medycznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007
9. Vucic S., Kiernan M.C., Cornblath D.R.: Guillain-Barré syndrome: an update. Journal of clinical neuroscience. Journal of the Neurosurgical Society of Australasia, 2009, 16(6), 733-41.
10. Michałowska M.: Zespół Guillaina-Barrégo. Postępy Nauk Medycznych, 2009, 11, 889-893.
11. McGrogan A., Madle G., Seaman H., de Vries C.: The Epidemiology of Guillain-Barré Syndrome Worldwide. Neuroepidemiology, 2009, 32(2), 150-63.
12. Lis J., Jarzab A., Witkowska D.: Rola mimikry molekularnej w etiologii schorzeń o charakterze autoimmunizacyjnym. Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej, 2012, 66, 475-491.
13. Sudo M., Miyaji K., Spath P.J., Morita-Matsumoto K., Yamaguchi Y., Yuki N.: Polyclonal IgM and IgA block in vitro complement deposition mediated by anti-ganglioside antibodies in autoimmune neuropathies. Immunotoxicology and Immunopharmacology, 2016, 40, 11-15.
14. Walgaard C.: Prediction of respiratory insufficiency in Guillain-Barré syndrome. Annals of Neurology, 2010, 67, 781-787.

15. Drac H.: Ostra zapalna polineuropatia demielinizacyjna i aksonalna — zespół Guillaina-Barrégo. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 2009, 5(2), 61-67.
16. Burns T.M.: Guillain-Barre' Syndrome. *Seminaria Neurologiczne*, 2008, 28(2), 152-167.
17. Willison HJ. The immunobiology of Guillain-Barre' syndromes. *Journal of the Peripheral Nervous System*, 2005, 10, 94–112.
18. Willison H.J.: Ganglioside complexes as targets for antibodies in Miller Fisher syndrome. *Journal of Neurology Neurosurgery Psychiatry*, 2006, 77, 1002–1003.
19. Rekant T, Gramstad A, Vedeler CA: Fatigue, pain and muscle weakness are frequent after Guillain-Barré syndrome and poliomyelitis. *Journal of Neurology*, 2009, 256(3), 349-54.
20. Ravishankar N.: Respiratory paralysis in a child: The severe axonal variant of childhood Guillain-Barré syndrome. *Journal of Pediatric Neurosciences*, 2015, 10(1) , 67–69 (online),
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4395953/>. (dostęp 21.03.18).
21. Willison HJ et al: Guillain-Barré syndrome. *Lancet*, 2016, 388(10045), 717-27.
22. Stone C.: *Neurologic Emergencies [w:] Diagnosis & Treatment Emergency Medicine*, Stone C. Lange, New York 2011 (online).
<http://accessmedicine.mhmedical.com/mm7pl9c4042b.han.umb.edu.pl/content.aspx?bookid=385§ionid=40357253>. (dostęp 21.03.18).
23. Yuki N.: Guillain-Barré syndrome. *The New England Journal of Medicine*, 2012, 366(24), 2294-304.
24. McGrogan A.: The epidemiology of Guillain-Barré syndrome worldwide. *Neuroepidemiology*, 2009, 32, 150-63.
25. Gupta D: Electrodiagnostic and clinical aspects of Guillain-Barré syndrome: an analysis of 142 cases. *Journal of Neuromuscular Diseases*, 2008, 10(2), 42-51.
26. Stasiak K., Wesołowska E., Krocza S.: Zespół Guillaina-Barrego u dzieci w latach 2009-2014. *Przegląd Lekarski*, 2016, 73(3), 167-169.
27. Kieseier B.C., Horste Meyer G., Lehmann C.: Intravenous immunoglobulins in the treatment of immune neuropathies. *Current Opinion of Neurology*, 2008, 21, 555–562.
28. Lunn MP, Willison HJ: Diagnosis and treatment in inflammatory neuropathies. *Journal of Neurology Neurosurgery Psychiatry*, 2009, 80(3), 249-58.
29. Liu J., Wang L.N., McNicol E.D.: Pharmacological treatment for pain in Guillain-Barré syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015: 4 (online). Dostępne:

- <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009950.pub3/abstract> (dostęp 21.03.18).
30. Doorn P.A., Ruts L., Jacobs BC.: Clinical features, pathogenesis, and treatment of Guillain-Barré syndrome. *Lancet Neurology*, 2008, 7(10), 939-50.
 31. Fujimura H: The Guillain-Barré syndrome. *Handbook of Clinical Neurology*, 2013, 115, 383-402.
 32. Pritchard J: Guillain-Barré syndrome. *Clinical Medicine*, 2010, 10(4), 399-401.
 33. Koningsveld R., Steyerberg E.W., Hughes R.A., Swan A.V., Doorn P.A., Jacobs B.C.: A clinical prognostic scoring system for Guillain-Barré syndrome. *Lancet Neurology*, 2007, 6(7), 589-94.
 34. Korbut R.: *Farmakologia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017.
 35. Bushra J.S: Miller Fisher syndrome: an uncommon acute neuropathy. *Journal Emergency Medicine*, 2000, 18(4), 427-30.
 36. Nyati K.K.: Role of *Campylobacter jejuni* infection in the pathogenesis of Guillain-Barré syndrome: an update. *BioMed Research International*. 2013, 852195, 2013.
 37. Kumar K.T., Chandrika A., Sumanth K.N., Sireesha P., Rao S., Rao A.: Free radical toxicity and antioxidants in Guillain-Barre syndrome, a preliminary study. *Clinica Chimica Acta*, 2004, 346(2), 205-9.
 38. Parry G.: *Guillain – Barré Syndrome Support Group*. New Zealand Trust, 2014, 3.
 39. Kant Misra U., Kalita J.: Toxic neuropathies. *Neurology India*, 2009, 57(6), 697-705.
 40. Zarzycka D., Ślusarska B.: *Podstawy pielęgniarstwa*. Tom I. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017.
 41. Zahradniczek K.: *Wprowadzenie do pielęgniarstwa*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
 42. Kózka M., Płaszewska-Żywko L.: *Modele opieki nad chorym dorosłym*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.



ISBN komplet
978-83-946571-7-8

ISBN Tom II
978-83-951075-2-8
