

# Jakość życia w naukach medycznych i społecznych

## Tom III



**Pod redakcją**  
**Beaty Kowalewskiej, Barbary Jankowiak,**  
**Elżbiety Krajewskiej Kułak**



**JAKOŚĆ ŻYCIA W NAUKACH  
MEDYCZNYCH I SPOŁECZNYCH**

**Tom III**





Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

**JAKOŚĆ ŻYCIA W NAUKACH  
MEDYCZNYCH I SPOŁECZNYCH**

**Tom III**

**Praca zbiorowa pod redakcją**

Dr n. med. Beaty Kowalewskiej

Dr n. med. Barbary Jankowiak

Prof. dr hab. n. med. Elżbiety Krajewskiej - Kułak

Białystok 2019

## **Recenzenci monografii**

**Prof. dr hab. med. Dzmitry Fiodaravich Khvorik**

Katedra Dermatowenerologii  
Uniwersytet Medyczny w Grodnie, Białoruś

**Dr n.med. Anna Ślifirczyk**

Wydział Nauk o Zdrowiu i Nauk Społecznych  
Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Polska

## **Wydawca**

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku  
ul. Kilińskiego 1  
Białystok

## **Wydanie I**

**Białystok 2019**

Wszelkie prawa zastrzeżone

## **ISBN komplet**

978-83-946571-7-8

## **ISBN Tom III**

978-83-952075-6-3

## **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

**Za zgodność z prawami autorskimi użytych w tekście cytowań, fotografii, rycin i tabel  
odpowiedzialność ponoszą autorzy poszczególnych rozdziałów.**

**Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie, przedrukowywanie i rozpowszechnianie  
całości lub fragmentów niniejszej pracy bez zgody wydawcy zabronione.**

*„Zdrowie wymaga stanu równowagi  
między  
wpływami środowiska, sposobem życia  
oraz różnymi elementami ludzkiej natury”*

**Julian Aleksandrowicz**



## SŁOWO WSTĘPNE

Jakość życia jest pojęciem wieloznacznym stosowanym w naukach medycznych i społecznych od wielu lat. Wiąże się nierozzerwalnie z satysfakcją, zadowoleniem, indywidualnie odczuwanym stanem szczęśliwości oraz zdrowiem rozpatrywanym w kategorii wartości najcenniejszej. Wartości określające jakość życia można podzielić na trzy podstawowe grupy: wartości psychologiczno-moralne, wartości społeczno-kulturowe, wartości techniczno-ekonomiczne.

Jakość życia w znacznej mierze jest wartością o podłożu subiektywnym. Informuje bowiem o postrzeganiu przez poszczególne osoby lub grupy różnych aspektów życia, zamierzeń, preferencji, zadowolenia z pracy, mieszkania, poziomu dochodów, standardu świadczonych usług oraz zdrowia, sytuacji rodzinnej. Do oceny stanu jakości życia można również użyć miar w postaci wzorców i standardów, które pomagają określić stopień satysfakcji i zaspokojenia potrzeb. Niebagatelny wpływ na poczucie jakości życia mają stan psychiczny, cechy osobowościowe, upodobania, system wartości i standardy grupy społecznej w jakiej funkcjonuje jednostka.

Problem jakości życia szczególnie uwarunkowanej stanem zdrowia budzi żywe zainteresowanie różnych dyscyplin naukowych: medycyny, pielęgniarstwa, psychologii i socjologii. Pozwala to stwierdzić, że obrona tematyka monografii wpisuje się w pełni we współczesne zainteresowania nauk medycznych i społecznych.

Oddajemy do rąk czytelnika monografię powstałą z inspiracji podjętymi w pierwszym i drugim tomie Monografii tematów szeroko pojętej jakości życia powiązanej ze zdrowiem i jego komponentami.

Chcielibyśmy gorąco podziękować wszystkim autorom, którzy podjęli się opracowania poszczególnych rozdziałów monografii. To Państwa wiedza, zaangażowanie i ogromna życzliwość przyczyniły się do nadania ostatecznego kształtu tej monografii i umożliwiły jej powstanie.

*Dr n. med. Beata Kowalewska*

*Dr n. med. Barbara Jankowiak*

*Prof. dr hab. med. Elżbieta Krajewska-Kułak*



## WYKAZ AUTORÓW

### **Bazyluk Anna**

**Mgr pielęgniarstwa**

Oddział Chorób Płuc i Gruźlicy

Szpital Wojewódzki im. Kardynała Wyszyńskiego w Łomży

### **Boruch Karolina**

**Mgr pielęgniarstwa**

Oddział Kardiologii z OIOK

Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowi Mazowieckiej

### **Chorąży Monika**

**Dr n. med.**

Klinika Neurologii

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

### **Cybulski Mateusz**

**Dr hab. n. o zdr.**

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej

Wydział Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

### **Dobrowolska Hanna**

**Mgr pielęgniarstwa**

Zakład Ekonomiki i Zarządzania w Ochronie Zdrowia

Wydział Nauk o Zdrowiu w Bytomiu Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Katowicach

### **Dolińska Cecylia**

**Dr n. med.**

Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

### **Dziekońska Marta**

**Mgr fizjoterapii**

absolwentka kierunku Fizjoterapia

Wydział Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

### **Dziekońska Mirosława**

**Dr n. o zdr.**

Zakład Pielęgniarstwa Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

Klinika Ortopedii i Traumatologii Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

**Fąs Katarzyna**

**Lic. pielęgniarstwa**

absolwentka kierunku Pielęgniarstwo  
Colegium Medicum w Bydgoszczy  
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

**Fiega Ewa**

**Dr n. o zdr.**

Wydział Nauk o Zdrowiu  
Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

**Filanowicz Małgorzata**

**Dr n. med.**

Wydział Nauk o Zdrowiu  
Katedra Pielęgniarstwa Zachowawczego Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego  
Colegium Medicum w Bydgoszczy  
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

**Gółko Justyna**

**Mgr logopedii**

absolwentka kierunku Logopedia  
Wydział Nauk o Zdrowiu  
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

**Gomolińska Diana**

**Mgr logopedii**

absolwentka kierunku Logopedia  
Wydział Nauk o Zdrowiu  
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

**Gurowiec Piotr Jerzy**

**Dr n. o zdr.**

Wydział Nauk Medycznych  
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

**Gwiazda Magdalena**

**Mgr fizjoterapii**

absolwentka kierunku Fizjoterapia  
Wydział Nauk o Zdrowiu  
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

**Halicka Dorota Maria**

**Dr n. med.**

Klinika Neurologii  
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku



**Hryniewicz Anna**

**Dr hab. n. med.**

Klinika Rehabilitacji

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

**Jabłońska Barbara**

**Mgr pielęgniarstwa**

Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo

Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

**Jankowiak Barbara**

**Dr n. med.**

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej

Wydział Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

**Januskiewicz-Nieścieruk Anna**

**Mgr pielęgniarstwa**

Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo

Wydział Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

**Karczewska Olimpia**

**Mgr pielęgniarstwa**

Zakład Anestezjologii i Intensywnej Opieki Pielęgniarskiej

Wydział Nauk o Zdrowiu Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach.

Zakład Gerontologii i Pielęgniarstwa Geriatrycznego

Wydział Nauk o Zdrowiu Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Górnośląskie Centrum Medyczne im. Prof. Leszka Gieca

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

**Kędra Edyta**

**Dr n. med.**

Wydział Nauk Medycznych

Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

**Klimaszewska Krystyna**

**Dr n.med.**

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej

Wydział Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

**Kochanowicz Jan**

**Dr hab. n. med.**

Klinika Neurologii

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

**Kowalczuk Krystyna**

**Dr n med.**

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej  
Wydział Nauk o Zdrowiu  
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

**Kowalewska Beata**

**Dr n. med.**

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej  
Wydział Nauk o Zdrowiu  
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

**Krajewska Agata**

**Mgr fizjoterapii**

Studentka Studiów Doktoranckich  
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

**Krajewska-Kulak Elżbieta**

**Prof. dr hab. n. med.**

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej  
Wydział Nauk o Zdrowiu  
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

**Krygowska Edyta**

**Mgr pielęgniarstwa**

Klinika Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych  
Szpital Uniwersytecki nr 2 w Bydgoszczy

**Kulakowska Alina**

**Prof. dr hab.**

Klinika Neurologii  
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

**Kurek Sylwia**

**Mgr pielęgniarstwa**

Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo  
Wydział Nauk o Zdrowiu  
Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

**Lewko Jolanta**

**Dr hab. n. o zdr**

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej  
Wydział Nauk o Zdrowiu  
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

**Łagoda Katarzyna**

**Dr n. med.**

Zakład Medycyny Klinicznej  
Wydział Nauk o Zdrowiu  
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

**Łągiewka Wioleta**

**Mgr pielęgniarstwa**

Oddział Dziecięcy  
Szpital Powiatowy w Zawierciu.

**Łodzińska Jolanta**

**Dr hab., Prof. UKSW**

Instytut Nauk Socjologicznych  
Wydział Społeczno-Ekonomiczny  
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

**Malinowski Krzysztof**

**Mgr zdr. publicznego, Lic. pielęgniarstwa**

Zakład Pomocy Doraźnej  
Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie

**Maliszewska Iga**

**Lic. pielęgniarstwa**

Wydział Nauk Medycznych  
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

**Milewska Dorota**

**Lic. pielęgniarstwa**

Zakład Pielęgniarstwa  
Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku  
Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny w Białymstoku

**Misiak Bianka**

**Dr n. o zdr**

Zakład Pielęgniarstwa Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku  
Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny w Białymstoku

**Młynarska Agnieszka**

**Dr hab. n. o zdr.**

Zakład Gerontologii i Pielęgniarstwa Geriatrycznego  
Wydział Nauk o Zdrowiu Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach  
Górnośląskie Centrum Medyczne im. Prof. Leszka Gieca  
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

**Niedźwiecka Kinga**

**Mgr pielęgniarstwa**

Oddział Dziecięcy  
Szpital Wojewódzki w Łomży

**Nosek Anna**

**Mgr fizjoterapii**

Absolwentka kierunku Fizjoterapia  
Wydział Nauk o Zdrowiu  
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

**Nowakowska Anna**

**Mgr pielęgniarstwa**

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii  
Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Ostrołęce

**Olejniki Beata**

**Dr n. med.**

Zakład Medycyny Wieku Rozwojowego i Pielęgniarstwa Pediatrycznego  
Wydział Nauk o Zdrowiu  
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

**Raszkiewicz Klaudia**

**Mgr pielęgniarstwa**

Klinika Chorób Wewnętrznych i Chorób Metabolicznych  
Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

**Rosiński Tomasz**

**Lic. pielęgniarstwa**

Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie

**Serwatka Monika**

**Mgr pielęgniarstwa**

Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo  
Wydział Nauk o Zdrowiu  
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

**Sawicka Julia**

**Dr n. hum.**

Zakład Medycyny Klinicznej  
Wydział Nauk o Zdrowiu  
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

**Sienkiewicz Sebastian**

**Mgr pielęgniarstwa**

Białostockie Centrum Onkologii

**Słowińska Sonia**

**Mgr pielęgniarstwa**

NZOZ Osteo-Medic w Białymstoku

**Snarska Katarzyna Krystyna**

**Dr n. med.**

Zakład Medycyny Klinicznej

Wydział Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

**Szlenk - Czyczerska Elżbieta**

**Dr n. o zdr.**

Wydział Nauk Medycznych

Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

**Szynkiewicz Ewa**

**Dr n. o zdr.**

Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego

Katedra Pielęgniarstwa Zachowawczego

Colegium Medicum w Bydgoszczy

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

**Tarasiewicz Marta**

**Mgr położnictwa**

Klinika Perinatologii i Położnictwa ze Szkołą Rodzenia

Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

**Trypuć Elżbieta**

**Mgr pielęgniarstwa**

Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo

Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

**Wiśniewska Ewa**

**Dr n. med.**

Zakład Pielęgniarstwa i Kształcenia Podyplomowego

Państwowa Uczelnia Zawodowa im. I. Mościckiego w Ciechanowie

**Wiśniewska Marta**

**Mgr fizjoterapii**

Absolwentka kierunku Fizjoterapia

Wydział Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

**Zdunek Elżbieta Irena**

**Mgr pielęgniarstwa**

Mazowiecki Szpital Onkologiczny w Wieliszewie

**Żur Anna**

**Mgr pielęgniarstwa**

Klinika Kardiologii

Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku



## SPIS TREŚCI

<b>ROZDZIAŁ I. WPLYW WYBRANYCH SCHORZEŃ NA JAKOŚĆ ŻYCIA...</b>	<b>23</b>
<b>Marta Wiśniewska, Mateusz Cybulski, Anna Hryniewicz, Elżbieta Krajewska-Kułak</b> <i>Wpływ wysiłku fizycznego na jakość życia ludzi starszych .....</i>	<b>25</b>
<b>Monika Chorąży, Katarzyna Krystyna Snarska, Anna Nosek, Agata Krajewska, Jan Kochanowicz, Alina Kułakowska</b> <i>Jakość życia u pacjentów po przebytych udarze mózgu z uwzględnieniem aktywności ruchowej i samoobsługi .....</i>	<b>61</b>
<b>Sonia Słowińska, Barbara Jankowiak</b> <i>Postrzeżanie osób ze spektrum autyzmu przez studentów .....</i>	<b>97</b>
<b>Kinga Niedźwiecka, Beata Kowalewska</b> <i>Jakość życia dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym .....</i>	<b>124</b>
<b>Anna Nowakowska, Beata Kowalewska</b> <i>Wpływ zespołu policystycznych jajników na poczucie jakości życia kobiet.....</i>	<b>163</b>
<b>Katarzyna Łagoda, Sebastian Sienkiewicz</b> <i>Jakość życia pacjentek z rakiem szyjki macicy .....</i>	<b>205</b>
<b>Elżbieta Trypuć, Cecylia Dolińska, Katarzyna Snarska</b> <i>Styl życia pacjentów w zespole uzależnienia alkoholowego .....</i>	<b>228</b>
<b>Karolina Boruch, Krystyna Klimaszewska</b> <i>Dolegliwości w sferze bio-psycho-społecznej u chorych z nadciśnieniem tętniczym krwi .....</i>	<b>269</b>
<b>Marta Dziekońska, Mateusz Cybulski, Anna Hryniewicz, Elżbieta Krajewska-Kułak</b> <i>Jakość życia osób z dolegliwościami bólowymi odcinka lędźwiowego kręgosłupa ...</i>	<b>299</b>
<b>Magdalena Gwiazda, Mateusz Cybulski, Anna Hryniewicz, Elżbieta Krajewska-Kułak</b> <i>Ocena jakości życia osób starszych ze schorzeniami narządu ruchu .....</i>	<b>345</b>
<b>Hanna Dobrowolska</b> <i>Jakość życia pacjentów z chorobą Leśniowskiego - Crohna i wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego .....</i>	<b>385</b>

<b>Anna Januszkiewicz-Nieścieruk, Julia Sawicka</b> <i>Ocena jakości życia pacjentów z zespołem zależności alkoholowej .....</i>	396
<b>Justyna Gołko, Dorota Maria Halicka, Katarzyna Krystyna Snarska, Monika Chorąży, Alina Kułakowska</b> <i>Ocena jakości życia chorych na stwardnienie rozsiane ze szczególnym uwzględnieniem zdolności komunikacyjnych .....</i>	425
<b>Jolanta Łodzińska</b> <i>L'istituzionalizzazione dei sentimenti nel mondo contemporaneo nel contesto del lavoro infermieristico .....</i>	466
<b>Diana Gomolińska, Dorota Maria Halicka, Katarzyna Krystyna Snarska, Agata Krajewska, Alina Kułakowska</b> <i>Ocena jakości życia chorych po udarze mózgu w kontekście komunikowania się słownego .....</i>	477
<b>Wioleta Łągiewka, Olimpia Karczewska, Agnieszka Młynarska</b> <i>Ocena percepcji stresu odczuwanego przez rodziców dzieci hospitalizowanych w oddziale pediatrycznym .....</i>	517
<b>Elżbieta Irena Zdunek, Ewa Fiega</b> <i>Ocena jakości życia kobiet po mastektomii .....</i>	536
<b>Klaudia Raszkievicz, Krystyna Kowalczuk</b> <i>Sposoby radzenia sobie ze stresem wśród studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku .....</i>	565
<b>Ewa Szynkiewicz, Edyta Krygowska</b> <i>Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby i marskość wątroby a jakość życia.....</i>	611
<b>Anna Bazyluk, Barbara Jankowiak</b> <i>Jakość życia pacjentów z astmą oskrzelową .....</i>	626
<b>Ewa Wiśniewska, Tomasz Rosiński, Krzysztof Malinowski</b> <i>Presja czasu w wykonywaniu czynności zawodowych na przykładzie systemu ratownictwa medycznego .....</i>	664
<b>ROZDZIAŁ II. WIEDZA, PROFILAKTYKA, DIAGNOSTYKA, LECZENIE ORAZ INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE .....</b>	<b>675</b>
<b>Dorota Milewska, Bianka Misiak, Jolanta Lewko, Marta Tarasiewicz, Mirosława Dziekońska</b> <i>Zadania pielęgniarki operacyjnej podczas leczenia operacyjnego noworodka z retinopatią wcześniacza.....</i>	676



<b>Edyta Kędra, Iga Maliszewska, Piotr Jerzy Gurowiec, Elżbieta Szlenk - Czyczerska</b> <i>Pacjent z zaawansowaną cukrzycą typu II – propozycja opieki pielęgniarstwa w oparciu o terminologię referencyjną według klasyfikacji ICNP .....</i>	<b>691</b>
<b>Sylwia Kurek, Krystyna Klimaszewska</b> <i>Wiedza studentów na temat profilaktyki zakażeń wirusem WZW typu B i C .....</i>	<b>720</b>
<b>Monika Serwatka, Krystyna Klimaszewska</b> <i>Ocena wiedzy studentów Uniwersytetu Medycznego oraz Politechniki Białostockiej na temat anoreksji i bulimii .....</i>	<b>769</b>
<b>Barbara Jabłońska, Katarzyna Krystyna Snarska, Cecylia Dolińska, Beata Olejnik</b> <i>Wiedza rodziców na temat realizacji szczepień ochronnych u dzieci .....</i>	<b>807</b>
<b>Małgorzata Filanowicz, Katarzyna Fąs</b> <i>Rola i zadania pielęgniarki w opiece i poprawie jakości życia pacjenta z łuszczycowym zapaleniem stawów .....</i>	<b>846</b>
<b>Katarzyna Łagoda, Anna Żur</b> <i>Jakość życia pacjentki z przewlekłą białaczką limfatyczną – studium przypadku ...</i>	<b>856</b>



# **ROZDZIAŁ I**

## **WPŁYW WYBRANYCH SCHORZEŃ NA JAKOŚĆ ŻYCIA**



## WPLYW WYSILKU FIZYCZNEGO NA JAKOŚĆ ŻYCIA LUDZI STARSZYCH

Marta Wiśniewska<sup>1</sup>, Mateusz Cybulski<sup>2</sup>, Anna Hryniewicz<sup>3</sup>, Elżbieta Krajewska-Kulak<sup>2</sup>

1. Absolwentka kierunku Fizjoterapia, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Klinika Rehabilitacji, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

### WSTĘP

Wysiłek fizyczny to „*dowolna forma ruchu ciała spowodowana skurczami mięśni, przy którym wydatek energii przekracza poziom energii spoczynkowej*” [1]. Jest on ważnym elementem profilaktyki zdrowotnej. Najważniejszym celem aktywności fizycznej u osób w podeszłym wieku jest zahamowanie lub opóźnienie zmian spowodowanych transformacjami w organizmie wynikającymi ze starzenia, czyli przestrzeganie zasad profilaktyki pierwotnej i wtórnej [2-4]. W Polsce przyjęto, że w tym celu powinna być prowadzona aktywność ruchowa o umiarkowanej intensywności, ukierunkowana na poprawę koordynacji ruchowej i wykonywana 3-5 razy w tygodniu przez minimum 30 minut [1, 3, 5-7]. Preferowane są aerobowe formy wysiłku, uzupełnione ćwiczeniami poprawiającymi gibkość, równowagę oraz ćwiczeniami siłowymi i rozciąganiem. Bardzo ważne jest także ograniczenie do minimum siedzącego trybu życia [3, 5-8]. Aktywność ruchowa pozytywnie wpływa na samopoczucie [3, 9], umożliwia zachowanie poprawnej sylwetki, równowagi, lokomocji, zmniejsza strach spowodowany myślą o upadku, poprawia wiele parametrów życiowych, takich jak wydolność oddechowa, siła mięśniowa, gibkość, koordynacja, opóźnia występowanie ograniczeń ruchowych, a także umożliwia zachowanie funkcji układu nerwowego na odpowiednim poziomie [3, 7]. Według badań przeprowadzonych przez Dąbską systematyczny ruch redukuje stres, ułatwia zasypianie i poprawia jakość snu, wpływa na pamięć oraz koncentrację. Poprawa wymienionych składowych zwiększa poziom samodzielności u osób starszych, który jest jednym z największych problemów spowodowanym tym procesem. Zachowanie niezależności skutkuje nie tylko lepszym zdrowiem fizycznym, ale i psychicznym [6, 10].

U osób o ograniczonej aktywności fizycznej dochodzi do obniżenia adaptacji układu sercowo-naczyniowego do jakiegokolwiek wysiłku, zmniejszenia wymiany tlenu i dwutlenku węgla, pojawienia się zaburzeń metabolicznych oraz zaburzeń układu pokarmowego i wydalniczego.

Unieruchomienie sprzyja powstawaniu nietrzymania moczu, zaparciom i spowolnieniu perystaltyki jelit [2, 7, 9, 11]. Regularny wysiłek fizyczny obniża ciśnienie tętnicze, zwiększa objętość wyrzutową, poprawia elastyczność naczyń krwionośnych, zakres ruchu, wpływa na zwiększenie gęstości kości, wzmacnia mięśnie, poprawia wentylację płuc, ruchomość klatki piersiowej, metabolizm, wyrównuje glikemię oraz pomaga w redukcji tkanki tłuszczowej [2, 7, 11]. Wpływa także na poprawę zdrowia psychicznego poprzez wydzielanie endorfin, które zmniejszają odczuwanie bólu, wywołują dobre samopoczucie, radość i zadowolenie. Zajęcia ruchowe redukują także lęk, poprawiają jakość snu oraz ułatwiają zasypianie [2].

Według Kaczmarczyk i Trafiałek aktywność jest energią, siłą do działania, która stwarza dobre warunki do interakcji z innymi ludźmi oraz odgrywania ról społecznych. Brak aktywności może przyczyniać się do izolacji społecznej, pogłębiania niesprawności, zwiększania ryzyka zachorowalności na choroby cywilizacyjne, takie jak choroby serca, nadciśnienie, cukrzyca, a nawet może prowadzić do inwalidztwa lub ostatecznie do przedwczesnej śmierci [12].

Regularna oraz odpowiednio dobrana do wieku aktywność ruchowa jest bardzo dobrym i skutecznym sposobem na zachowanie zdrowia, sprawności fizycznej i psychicznej, samopoczucia, a także może mieć wpływ na wydłużenie życia. Pozwala na utrzymanie organizmu w dobrej kondycji [2, 7, 13, 14]. Należy jednak unikać zajęć wymuszających działanie tłoczni brzusznej, wykonywania skłonów czy ćwiczeń wykonywanych w szybkim tempie, które mogą powodować wzrost tętna i ciśnienia oraz pojawienie się zaburzeń równowagi [10]. Zauważono, że najszczęśliwsze są osoby uprawiające sport. Mają one lepsze podejście do życia oraz do samych siebie. Ważne jest, aby aktywność ta była o umiarkowanej intensywności, gdyż ćwiczenia o zbyt dużej intensywności mogą być przyczyną funkcjonowania na podobnym poziomie, jak osoby, które nie podejmują żadnej aktywności fizycznej [15]. Mimo tak wielu pozytywnych stron wynikających z uprawiania aktywności, mało osób jest czynnych ruchowo, a tendencja bycia osobą bardziej aktywną maleje wraz z wiekiem [7, 13, 16]. WHO ogłosiło, że niewystarczająca aktywność jest jednym z najczęstszych czynników ryzyka przedwczesnej umieralności na świecie [14]. W 2009 roku według danych opublikowanych przez GUS, seniorzy w Polsce po 60. roku życia, podejmujący aktywność sportowo-rekreacyjną stanowili 17,3% ludności kraju [6]. Czasami czynności fizyczne zamykają się na wykonywaniu pracy zawodowej bądź obowiązkach domowych [15].

Do najbardziej popularnych, a zarazem najkorzystniejszych sposobów spędzania czasu wśród osób w podeszłym wieku należą spacer, nordic-walking, szybkie marsze, basen oraz jazda na rowerze. Możliwe, że formy te znajdują się na pierwszym miejscu ze względu na łatwość ich wykonywania oraz dostępność sprzętu niezbędnego do wykonania wymienionych czynności [3, 11, 17, 18].

W wielu przypadkach, aktywność ruchowa jest bardzo ograniczana, a nawet unikana ze względu na zmiany w układach i narządach, jakie pojawiają się w wyniku procesu starzenia oraz z obaw przed upadkami [7, 19]. Odnotowano, że do częstych form spędzania czasu należy słuchanie radia, oglądanie programów telewizyjnych i czytanie [20]. Często też można spotkać się z błędnym myśleniem, że dla seniorów najważniejszy jest odpoczynek bierny, dlatego w tym przypadku najistotniejsze jest nastawienie psychiczne, akceptowanie zmian zachodzących pod wpływem starzenia oraz niepoddawanie się stereotypom [2, 7].

Aktywność ruchowa to nie tylko sport, ale też rekreacja, różnego rodzaju ćwiczenia, prace przed domem, czyli wszystkie czynności związane z ruchem [18]. Istotne jest, aby czynności te zużywały część energii, jaką spożywa się podczas posiłków [13]. Zauważono, że z upływem lat w miarę rozwoju technologii zmniejsza się wydatek energetyczny przeznaczony na wykonywane aktywności, a wzrasta wartość kaloryczna spożywanych pokarmów, co powoduje, że bilans energetyczny staje się niekorzystny [6, 13]. Dla ludzi starszych aktywność fizyczną należy rozpatrywać jako czynnik umożliwiający zachowanie dobrego stanu zdrowia, wydłużający życie, ułatwiający funkcjonowanie i poruszanie się, pomnażający siły witalne, dający radość, satysfakcję i zadowolenie z efektów, dlatego zbilansowana dieta, brak nałogów i odpowiednio dobrany wysiłek fizyczny bardzo dobrze wpływają na jakość życia, co może skutkować pomyślnym procesem starzenia się [11, 20]. Należy także podkreślić, że zazwyczaj całkowity powrót do zdrowia czy sprawności może być niemożliwy ze względu na przebyte w przeszłości incydenty zdrowotne lub choroby, ale warto starać się o utrzymanie sprawności na obecnym poziomie, nie doprowadzając do pogorszenia stanu funkcjonalnego i zdrowia [3].

Zajęcia grupowe są dobrą formą aktywności, a jednocześnie zaspokajają potrzebę nawiązywania kontaktów i przebywania z ludźmi. Są przyjemną i wartościową formą spędzania wolnego czasu. Wpływają na wyobraźnię, pobudzają do działania, przeciwdziałają monotonii i nudzie, skutkują odprężeniem i zadowoleniem.

Mogą być prowadzone w różnych formach, także zabawowych czy tanecznych, dlatego często są powodem radości, poczucia integracji i jedności z ludźmi, a także mogą wywoływać pozytywne skojarzenia związane z zabawami z okresu młodości. Ćwiczenia w grupie są też częściej podejmowaną formą ruchu ze względu na wzajemną motywację [6].

Osoby starsze ze względu na inne doświadczenia życiowe, przeżycie młodości w gorszych czasach (np. w okresie wojny), mają zakorzenione pewne zwyczaje, przez które może być im ciężiej zrozumieć jak regularny wysiłek fizyczny może poprawić ich jakość życia. Ze względu na ciągle zmieniające się czasy, tworzenie nowych technologii i wzrost oświaty, osoby takie starają się dostosować do obecnych zmian. W wyniku tego zwiększa się ilość osób, które chcą zwiększać poziom swojej wiedzy na temat wpływu aktywności fizycznej na stan zdrowia oraz osób, które angażują się w jej uprawianie [21].

Hipokinezja, czyli ograniczenie ruchu, beczynność ruchowa powoduje występowanie zmian w różnych narządach [9, 16, 22]. Prowadzi do ograniczenia ruchu, tworzenia przykurczy, doprowadza do zaników mięśni, zwiększa ryzyko osteoporozy i złamań kości. Oddziałując na serce obniża objętość wyrzutową, pojemność minutową oraz skutkuje występowaniem tachykardii. Bezruch zmniejsza objętość krwi krążącej, a zwiększa jej lepkość. Może być przyczyną powstawania zmian skórnych, w tym także odleżyn. Jest także skutkiem osłabienia odporności organizmu poprzez zmniejszenie ilości lizozymu w ślinie lub upośledzenie funkcji niektórych komórek układu odpornościowego. Bardzo często niesie za sobą zmiany psychiczne, takie jak zwiększona pobudliwość, nerwowość, irytacja, lękliwość, stany depresyjne, zaburzenia snu oraz koncentracji [9, 22].

Hipokinezja skutkuje występowaniem problemów w lokomocji, które mogą wynikać ze zmniejszenia się masy mięśniowej i idącego za tym spadku siły mięśniowej. Bardzo ważnym skutkiem ograniczenia aktywności fizycznej jest upośledzenie tolerancji glukozy i rozwój insulinooporności, które prowadzą do tworzenia zmian miażdżycowych oraz nadciśnienia tętniczego [7, 9, 22]. Często uważa się, że zmiany te są wynikiem starzenia organizmu. Prawdą jest, że tworzą się wskutek zmniejszenia aktywności ruchowej. Przedłużona hipokinezja doprowadza do postępującego upośledzania funkcji organizmu, a z czasem nawet do niepełnosprawności [22].

Ograniczenie lub brak ruchu przyspieszają procesy wynikające ze starzenia organizmu. Odwołując się do praw biomechaniki to, czego się nie używa zaczyna z czasem zanikać [5], dlatego odpowiednie obciążenie wysiłkowe jest potrzebne do życia każdego człowieka. Powoduje ono rozwój mechanizmów adaptacyjnych organizmu [11].



W wielu badaniach wykazano związek między siedzącym trybem życia, a zwiększeniem zachorowalności na różne choroby [2, 9, 16, 22-24]. Sedenteryjny tryb życia sprzyja pojawianiu się zespołów geriatrycznych, w tym zaburzeń opróżniania pęcherza moczowego, nietrzymania moczu, zaparć, spowolnienia perystaltyki jelit [2].

## CEL BADAŃ

Celem pracy była ocena wpływu wysiłku fizycznego na jakość życia osób starszych.

Cel główny pracy został rozbudowany o następujące cele szczegółowe:

1. Określenie znaczenia aktywności fizycznej jako szansy na pomyślenie starzenie się.
2. Ocenę wpływu wysiłku fizycznego na stan emocjonalny osób starszych.

## MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

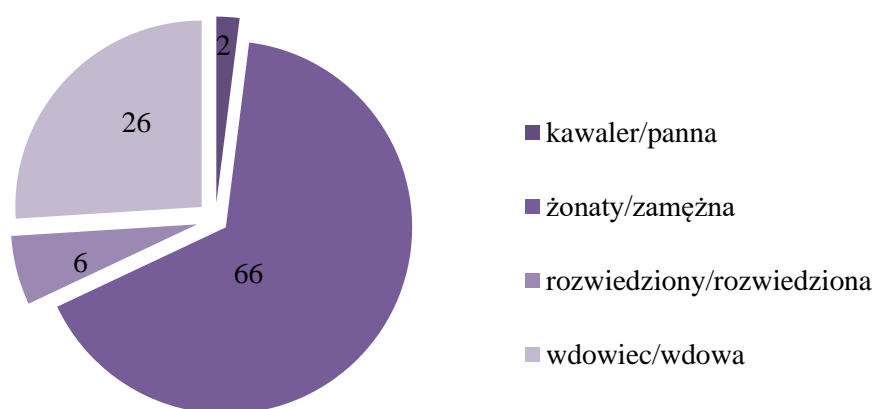
Badaniem objęto 100 osób, w tym 68 kobiet i 32 mężczyzn. Badaną grupę stanowili pacjenci Kliniki Rehabilitacji UMB (36%) i przychodni w Olszewie – Borkach (44%) oraz słuchacze Uniwersytetu Zdrowego Seniora (20%). W badaniu wzięły udział osoby po 60-tym roku życia. Największy odsetek stanowiły osoby w przedziale wiekowym 60-69 lat (62%). Ankietowanych w przedziale wiekowym 70-79 lat było 26%, a powyżej 80 lat - 12%. Rozkład liczebności ankietowanych pod względem wykształcenia przedstawiono na Rycinie 1.



Rycina 1. Rozkład liczebności ankietowanych pod względem wykształcenia.

W badaniu wzięło udział 40 osób mieszkających w mieście i 60 mieszkańców wsi. Większość stanowiły osoby żyjące w związku małżeńskim (66 osób). Dokładny rozkład badanych pod względem stanu cywilnego zaprezentowano na Rycinie 2.

Badanie przeprowadzono po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej UMB (uchwała nr R-I-002/438/2018) w okresie od listopada 2018 roku do marca 2019 roku. Do oceny wiedzy badanych wykorzystano ankietę własnego autorstwa, która składała się z 22 pytań, w tym 2 pytań wielokrotnego wyboru i 19 pytań jednokrotnego wyboru. Niemal wszystkie pytania miały charakter zamknięty (21). Pytanie otwarte odnosiło się do wykonywanego zawodu w przeszłości. Następnie każdy zawód przydzielono do konkretnej grupy tj. praca umysłowa (45 osób), fizyczna (21 osób), praca o charakterze mieszanym (34 osób). W ankiecie znajdowało się 9 pytań dotyczących aktywności fizycznej badanych, 2 pytania na temat spędzania czasu w pozycji siedzącej, 1 pytanie dotyczące występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa i 3 stwierdzenia dotyczące znaczenia wysiłku fizycznego.



**Rycina 2. Rozkład liczebności badanej grupy pod względem stanu cywilnego.**

Kolejnym, wykorzystanym w badaniu narzędziem był kwestionariusz oceny jakości życia SF-36, składający się z 11 zamkniętych pytań jednokrotnego wyboru, odnoszących się do 36 stwierdzeń. Skala ta służy do analizy funkcjonalnej zdrowia i samopoczucia oraz oceny psychometrycznej. Powyższe parametry rozpatrywane są w 8-stopniowej skali zawierającej takie aspekty, jak funkcjonalność fizyczna, ograniczenia wynikające ze stanu fizycznego, doświadczanie bólu, ogólne odczuwanie stanu zdrowia, żywiołowość, udział w społeczeństwie, funkcjonowanie emocjonalne i stan psychiczny.

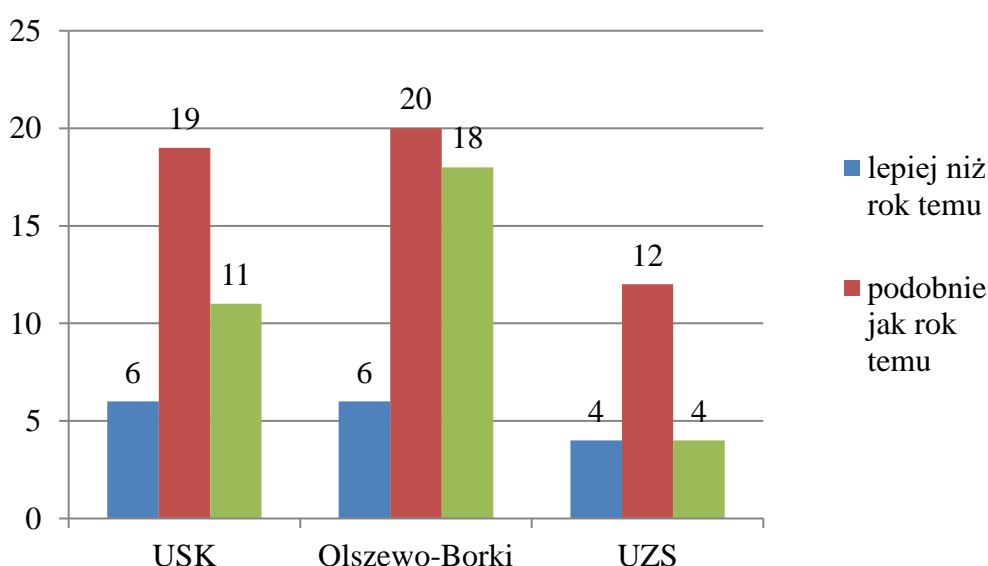
Kwestionariusz SF-36 jest zbudowany z najczęściej używanych pojęć stosowanych do oceny stanu zdrowia, wybranych z 40 koncepcji znajdujących się w Medical Outcomes Study. Najwyższa wartość punktowa świadczy o najniższej jakości życia [25, 26].

Uzyskane w ten sposób dane zostały uogólnione za pomocą programu Microsoft Excel i poddane analizie statystycznej. Analizę statystyczną przeprowadzono przy zastosowaniu testu niezależności chi-kwadrat ( $\chi^2$ ), testu t-Studenta i ANOVA. Hipotezy statystyczne zostały zweryfikowane na poziomie istotności  $p = 0,05$ . Obliczenia wykonano przy użyciu oprogramowania Statistica Data Miner + QC PL.

## WYNIKI

### *Analiza wyników standaryzowanego kwestionariusza jakości życia SF-36*

W przeprowadzonym badaniu respondenci dokonali subiektywnej oceny swojego stanu zdrowia. Zdecydowana większość określiła go jako dobry (43%) i zadowalający (38%). Kobiety, częściej niż mężczyźni, oceniały swój stan jako niezadowalający (13,24%). W porównaniu z ubiegłym rokiem, 16% badanych zauważyło poprawę swojego stanu zdrowia, 51% czuło się podobnie, a 33% stwierdziło pogorszenie. Nie wykazano istotnej statystycznie zależności między grupą badaną, a zaobserwowanymi zmianami stanu zdrowia w porównaniu z analogicznym okresem ubiegłego roku ( $p=0,58$ ). W każdej grupie badanej aktualny stan zdrowia oceniano podobnie jak w minionym roku. Dokładna analiza prezentuje Rycina 3.



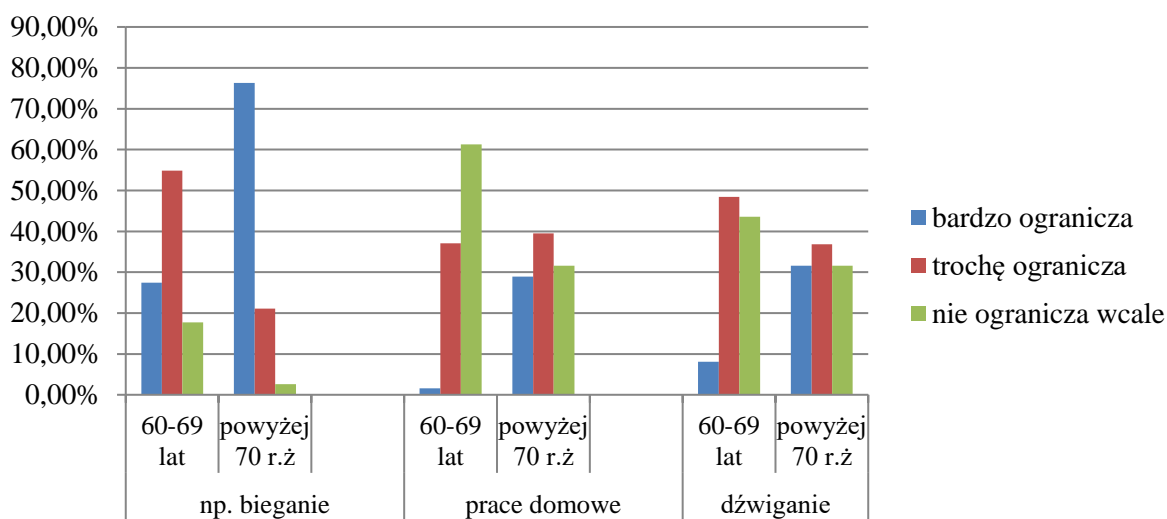
**Rycina 3. Subiektywna ocena aktualnego stanu zdrowia w porównaniu z ubiegłym rokiem w zależności od grupy badanej.**

Wśród badanych, aż 88% uważało, że ich obecny stan zdrowia ogranicza wykonywanie czynności bardziej intensywnych, takich jak bieganie czy podnoszenie ciężkich rzeczy. Kolejnymi czynnościami powodującymi bardzo często problemy było pokonywanie kilku pięter schodów, które stanowiły ograniczenie u 71% badanych oraz schyłanie się i przyklęknięcie, kiedy to 67% ankietowanych zgłaszało dolegliwości. Dokładną analizę przedstawiono w Tabeli I.

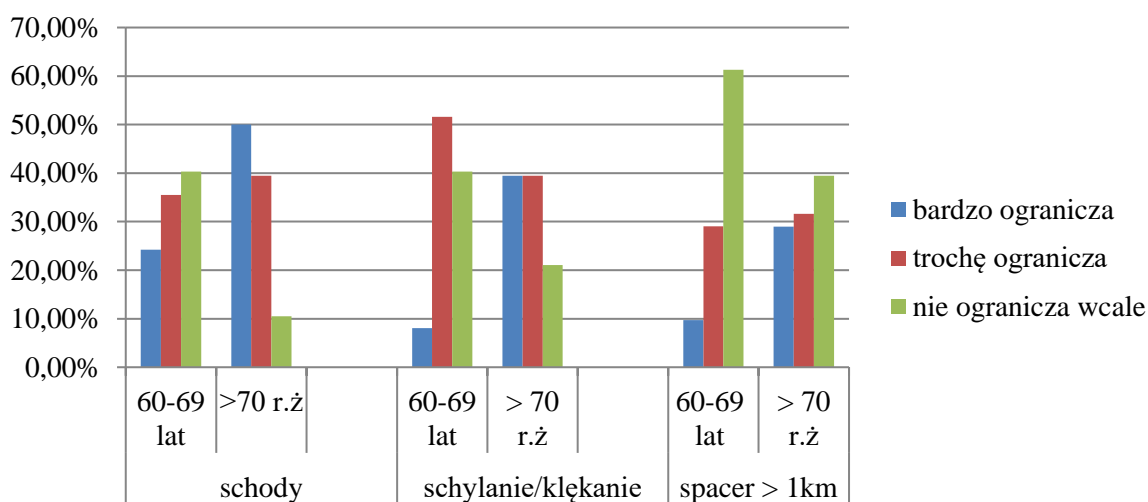
**Tabela I. Wykaz czynności i częstość występowania ograniczeń w czasie ich wykonywania.**

Czynności	Duże ograniczenia	Brak ograniczeń
Czynności wymagające energii	88%	12%
Czynności o umiarkowanej trudności	50%	50%
Podnoszenie lub dźwiganie zakupów	61%	39%
Pokonywanie kilku pięter schodów	71%	29%
Pokonywanie jednego piętra schodów	29%	71%
Schylanie się lub przyklęknięcie	67%	33%
Spacer dłuższy niż 1km	47%	53%
Spacer ok. 500m	19%	81%
Spacer ok. 100m	6%	94%
Kąpiel lub ubieranie się	18%	82%

Wykazano istotne statystycznie zależności między wiekiem, a czynnościami wymagającymi energii ( $p=0,00001$ ), czynnościami o umiarkowanej trudności ( $p=0,00008$ ), podnoszeniem i dźwiganiem ( $p=0,009$ ), pokonywaniem kilku pięter schodów ( $p=0,0025$ ), schyłaniem ( $p=0,00005$ ) i spacerami o dystansie powyżej 1 km ( $p=0,025$ ). Osoby powyżej 70. roku życia dużo częściej zgłaszały pojawianie się trudności podczas wymienionych czynności niż osoby w przedziale wiekowym 60-69 lat. Szczegółowe statystyki prezentują Ryciny 4 i 5.



**Rycina 4. Zależność między wiekiem, a wybranymi czynnościami dnia codziennego.**

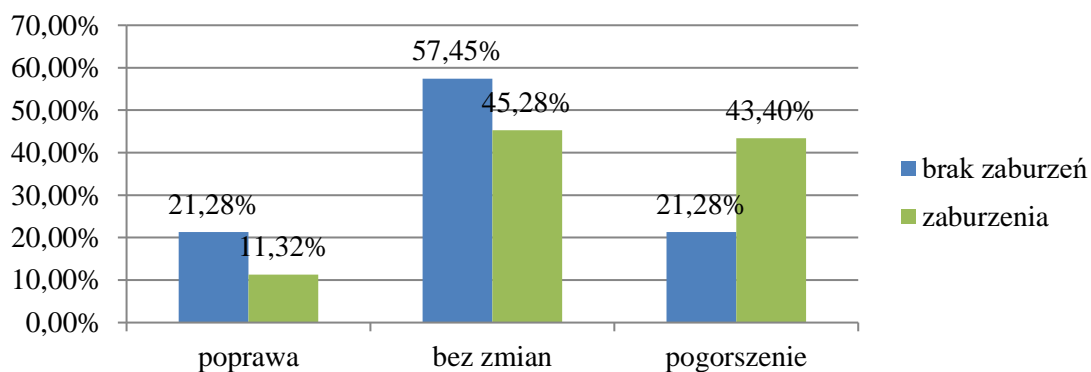


**Rycina 5. Zależność między wiekiem, a występowaniem trudności podczas wykonywania wybranych czynności dnia codziennego.**

Spośród 100 ankietowanych, 69 osób opowiedziało się za pojawieniem się problemów w pracy lub w czasie codziennych aktywności, które wynikały z obecnego stanu zdrowia. Najczęściej zauważono pogorszenie samopoczucia (59%) i pojawienie utrudnień podczas wykonywanych czynności (57%).

Problemy z pracą bądź czynnościami życia codziennego mogą mieć także podłoże emocjonalne. Dolegliwości w postaci poczucia depresji lub zdenerwowania zgłosiło 53% badanych.

Stwierdzono istotną statystycznie zależność między występowaniem zaburzeń emocjonalnych, a subiektywną oceną obecnego stanu zdrowia w porównaniu z ubiegłym rokiem ( $p=0,05$ ). Badani zwykle oceniali swój stan zdrowia na podobnym poziomie, jak rok temu, natomiast 43,4% osób z zaburzeniami emocjonalnymi zauważyło pogorszenie zdrowia. Na Rycinie 6 zaprezentowano dokładne wyniki.

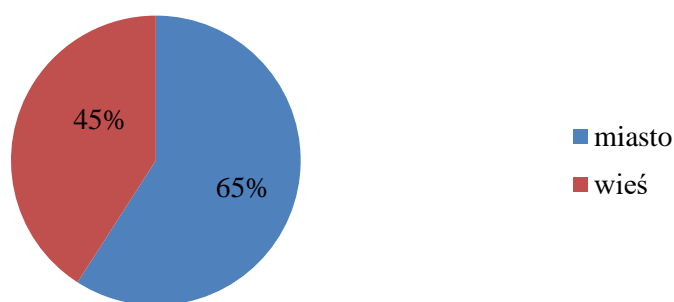


**Rycina 6. Zależność stanu zdrowia od występowania zaburzeń emocjonalnych.**

Kobiety i mężczyźni nie różnili się istotnie statystycznie pod względem występowania problemów emocjonalnych ( $p=0,4$ ). Kobiety podobnie często zgłaszały występowanie owych problemów (55,88%), jak mężczyźni (46,88%). Nie wykazano również istotnej statystycznie zależności między wiekiem, a występowaniem zaburzeń na tle emocjonalnym ( $p=0,64$ ). Osoby przed 70. rokiem życia podobnie często zgłaszały występowanie problemów emocjonalnych (54,84%), jak badana grupa po 70. roku życia (50,0%).

Stwierdzono istotną statystycznie zależność między miejscem zamieszkania, a pojawianiem się dysfunkcji na tle emocjonalnym ( $p=0,049$ ). Uzyskane wyniki przedstawiono na Rycinie 7.

Nie wykazano istotnej statystycznie zależności między stanem emocjonalnym, a stanem cywilnym ( $p=0,68$ ). Osoby żyjące samotnie (55,88%) podobnie często zgłaszały zaburzenia emocjonalne, jak osoby zamężne/żonate (51,52%). Porównując pojawienie się problemów o podłożu emocjonalnym z wykształceniem, również nie wykazano istotnej statystycznie zależności ( $p=0,41$ ). Szczegółowe wyniki przedstawiono w Tabeli II.



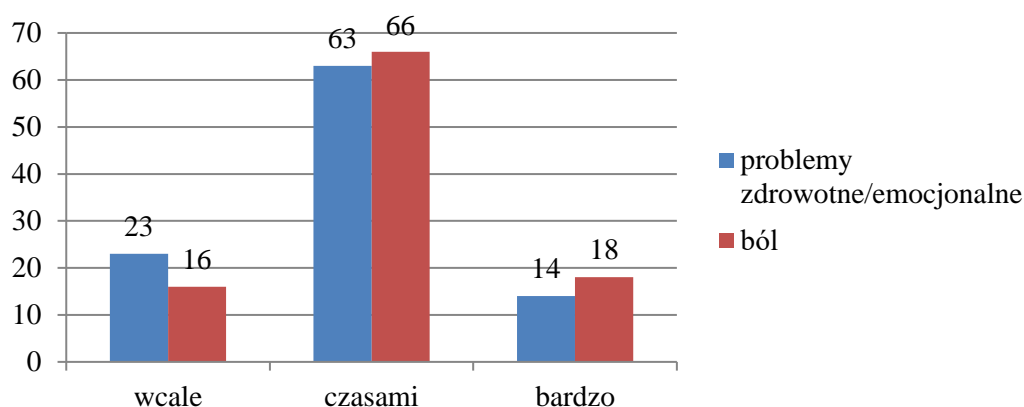
**Rycina 7. Występowanie problemów emocjonalnych w zależności od miejsca zamieszkania.**

**Tabela II. Zależność między poziomem wykształcenia, a występowaniem zaburzeń na tle emocjonalnym.**

Wykształcenie	Zaburzenia emocjonalne			
		Brak zaburzeń	Zaburzenia	Ogółem
podstawowe	n	8	15	23
	%	34,78%	65,22%	100,00%
średnie	n	15	15	30
	%	50,00%	50,00%	100,00%
zawodowe	n	13	9	22
	%	59,09%	40,91%	100,00%
wyższe	n	11	14	25
	%	44,00%	56,00%	100,00%

Nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności między stanem emocjonalnym, a wykonywanym zawodem. Osoby wykonujące pracę umysłową (57,78%), pracę fizyczną (52,38%) oraz pracę zarówno umysłową, jak i fizyczną (47,06%) zgłaszały występowanie zaburzeń stanu emocjonalnego na podobnym poziomie.

Ankietowani borykający się z problemami zdrowotnymi lub emocjonalnymi ocenili, że zaburzenia te tylko czasami (63%) wpływały na ich kontakty ze znajomymi, bliskimi i na wykonywanie podstawowych czynności życia codziennego. Podobnie często ból zakłócał normalną pracę (66%). Szczegółową analizę przedstawia Rycina 8.



**Rycina 8. Częstość pojawiania się problemów w wykonywaniu pracy lub nawiązywania kontaktów, a występowanie problemów zdrowotnych/emocjonalnych lub bólu.**

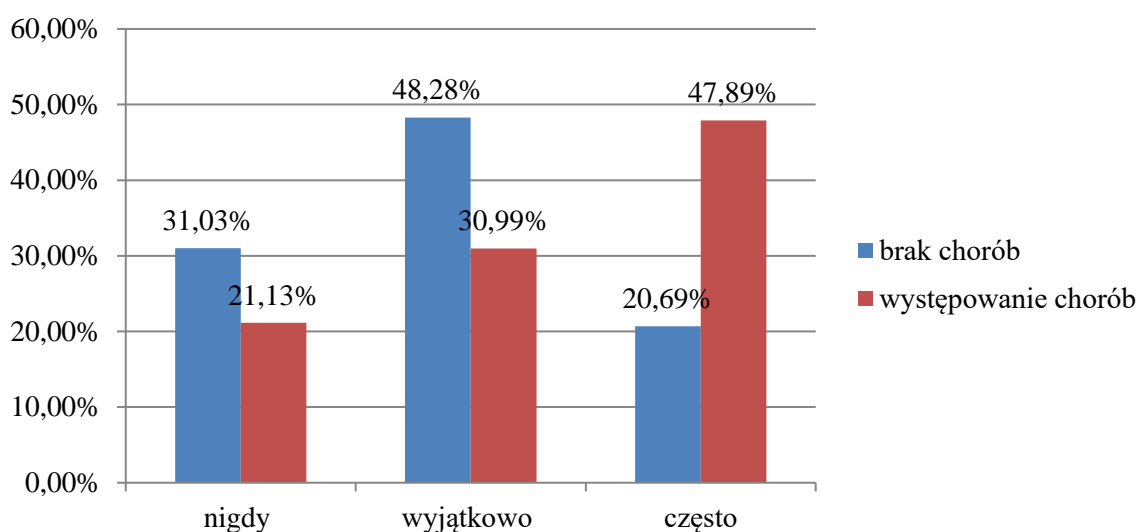
Badani zostali poproszeni o ocenę częstości występowania bólu w ciągu ostatniego miesiąca. Aż 40% ankietowanych odczuwało ból często i bardzo często, a 36% zauważyło jego występowanie w wyjątkowych sytuacjach. Nie wykazano istotnej statystycznie zależności między wiekiem, a obecnością bólu ( $p=0,49$ ). Podobnie często występowanie bólu zgłaszały osoby poniżej 69. roku życia (35,48%), jak osoby po 70. roku życia (47,37%). Wykazano istotną statystycznie zależność między płcią, a częstotliwością bólu ( $p=0,03$ ). Kobiety częściej zgłaszały występowanie bólu (48,53%), niż mężczyźni (21,88%). Dokładne wyniki zostały zestawione w Tabeli III.

**Tabela III. Częstość występowania bólu w zależności od płci.**

		Częstość występowania bólu			
		Nigdy	Wyjątkowo	Często	Ogółem
Kobiety	n	13	22	33	68
	%	19,12%	32,35%	48,53%	100,00%
Mężczyźni	n	11	14	7	32
	%	34,38%	43,75%	21,88%	100,00%

Wykazano istotną statystycznie zależność między występowaniem chorób, a częstotliwością pojawiania się bólu ( $p=0,04$ ). Osoby chorujące na jakieś schorzenia częściej zgłaszały pojawianie się bólu (47,89%), niż osoby niechorujące (20,69%) (Rycina 9).





**Rycina 9. Częstotliwość występowania bólu u osób chorych i zdrowych.**

Wśród badanych odnotowano 43% osób, które większość czasu były pełne energii. Osoby uskarżające się na występowanie bólu różniły się istotnie statystycznie skłonnością do bycia pełnym wigoru ( $p=0,003$ ). Osoby, które mało czasu były pełne energii częściej zgłaszały występowanie dolegliwości bólowych (54,39%), niż osoby żywiołowe. Wyniki zaprezentowano w Tabeli IV.

**Tabela IV. Zależność występowania bólu u osób będących często i rzadko pełni energii.**

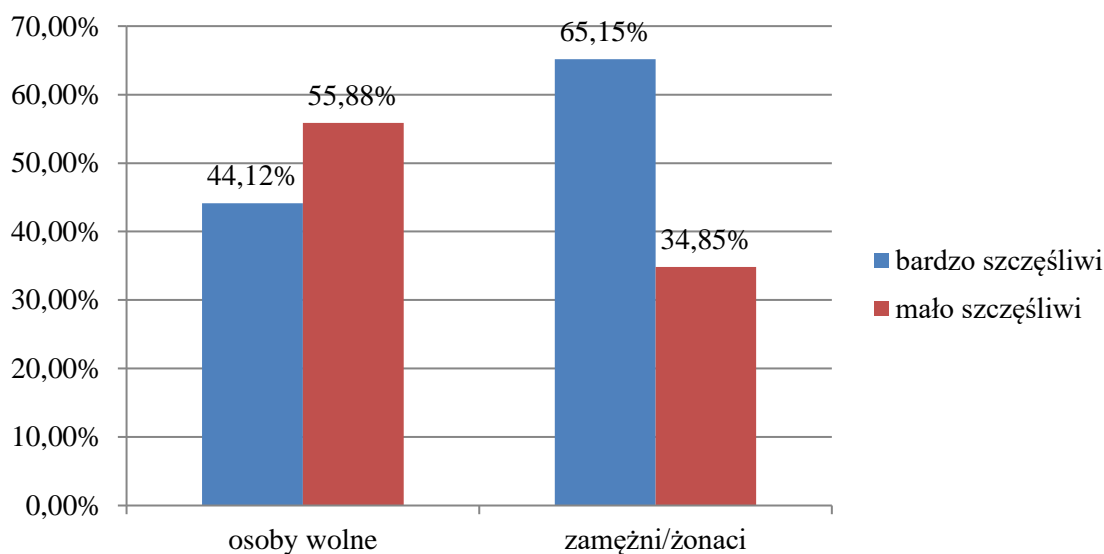
Pełni energii		Częstość występowania bólu			
		Nigdy	Wyjątkowo	Często	Ogółem
Często	n	13	21	9	43
	%	30,23%	48,84%	20,93%	100,00%
Rzadko	n	11	15	31	57
	%	19,30%	26,32%	54,39%	100,00%

Stwierdzono również istotną statystycznie zależność między występowaniem bólu u osób bardziej i mniej szczęśliwych ( $p=0,0007$ ). Osoby, które były mało czasu szczęśliwe częściej odczuwały ból (61,90%), niż osoby bardziej szczęśliwe (24,14%). Analizę prezentuje Tabela V.

**Tabela V. Zależność występowania bólu u osób mniej i bardziej szczęśliwych.**

Szczęśliwi		Częstość występowania bólu			
		Nigdy	Wyjątkowo	Często	Ogółem
Często	n	17	27	14	58
	%	29,31%	46,55%	24,14%	100,00%
Rzadko	n	7	9	26	42
	%	16,67%	21,43%	61,90%	100,00%

Osoby żyjące w związku małżeńskim i stanu wolnego różniły się istotnie statystycznie funkcjonowaniem jako osoby szczęśliwe ( $p=0,04$ ). Jednostki posiadające współmałżonków były zdecydowanie bardziej szczęśliwe (65,15%), niż osoby żyjące samotnie (44,12%). Na Rycinie 10 przedstawiono bardziej szczegółowe wyniki.



**Rycina 10. Zależność między stanem cywilnym a byciem osobą szczęśliwą.**

Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36 zawierał pytanie, w którym podano kilka stwierdzeń. Ankietowani mogli zgodzić się z tymi stwierdzeniami, wstrzymać się od głosu bądź im zaprzeczyć. Aż 61 osób uważało swój stan zdrowia za lepszy od innych osób, które znają. Świadomych pogorszenia swojego stanu zdrowia wśród badanych było 51 osób, ale aż 41 osób wstrzymało się od głosu. Największe rozbieżności zawierało ostatnie stwierdzenie, gdyż 38 ankietowanych uważało, że ich obecny stan zdrowia jest doskonały, a 44 osoby nie zgodziły się z tym stwierdzeniem.

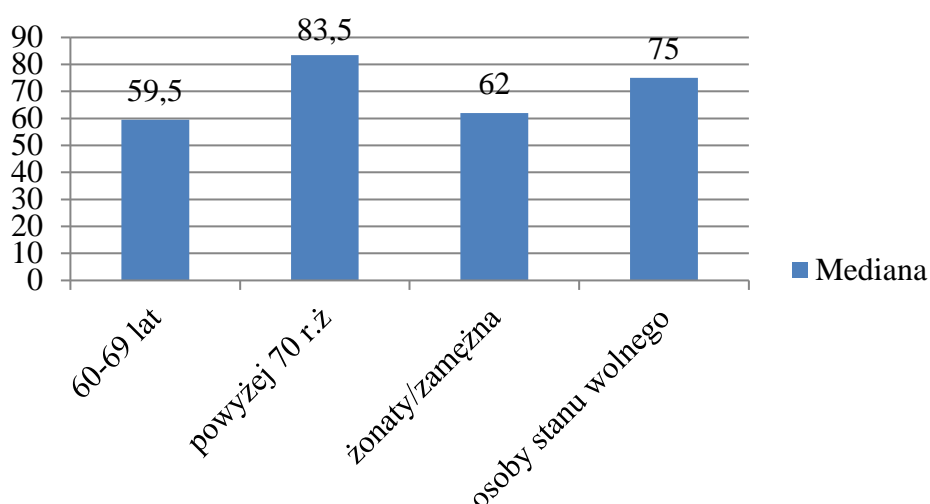
Badani, którzy wykonywali prace fizyczne w 52,38% uważali swój stan zdrowia za doskonały. Wśród pracowników umysłowych 40% było takiego samego zdania, ale drugie 40% było przeciwnych temu stwierdzeniu.

Zgodnie z ogólnie przyjętą interpretacją kwestionariusza oceny jakości życia im więcej punktów uzyskał badany, tym jego jakość życia była na niższym poziomie. Ogólnie można było uzyskać 171 punktów. Wśród badanych najwyższy wynik wynosił 150 punktów, a najniższy 8. Na poziom jakości życia nie wpływała istotnie statystycznie płeć ( $p=0,37$ ) oraz miejsce zamieszkania ( $p=0,67$ ). Zarówno kobiety, jak i mężczyźni oraz osoby mieszkające w mieście i na wsi ocenili swoją jakość życia na średnim poziomie (Tabela VI).

**Tabela VI. Wyniki kwestionariusza SF-36 a płeć i miejsce zamieszkania.**

	Wyniki SF-36			
	Kobiety	Mężczyźni	Miasto	Wieś
Średnia	71,35	65,65	67,98	70,57
Mediana	69,5	58	65,5	69,5
Minimum	22	8	16	8
Maksimum	150	126	150	133

Wykazano istotną statystycznie zależność między wiekiem ( $p=0,002$ ) oraz stanem cywilnym ( $p=0,06$ ), a poziomem jakości życia. Osoby w wieku 60-69 lat odznaczały się wyższą jakością życia ( $Me=59,5$ ) niż osoby po 70 roku życia ( $Me=83,5$ ). Również osoby żyjące w związku małżeńskim charakteryzowały się lepszą jakością życia ( $Me=62$ ), niż osoby stanu wolnego ( $Me=75$ ) (Rycina 11). Wśród osób zamężnych/zonatych najniższy wynik wynosił 8, a najwyższy 117, natomiast u osób nie żyjących obecnie w związku małżeńskim wyniki były wyższe ( $min=22$ ,  $max=150$ ), co wskazywało na niższą jakość życia.



**Rycina 11. Wyniki kwestionariusza SF-36 a wiek i stan cywilny.**

Wyższą jakość życia odnotowano wśród pacjentów przychodni w Olszewie-Borkach (Me=66,5). Osoby z wykształceniem podstawowym odznaczały się lepszą jakością życia (Me=56), niż grupa posiadająca wykształcenie wyższe (Me=89). Badani wykonujący pracę umysłową wyróżniali się wyższym dobrostanem w porównaniu z osobami pracującymi fizycznie lub fizycznie i umysłowo (Me=60), natomiast nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic między jakością życia, a wykształceniem ( $p=0,22$ ), grupą badaną ( $p=0,86$ ) oraz wykonywanym zawodem ( $p=0,9$ ).

Szczegółową analizę przedstawiono w Tabelach VII, VIII i IX.

**Tabela VII. Wyniki kwestionariusza jakości życia a przynależność do grupy badanej.**

Grupa badana	Wyniki SF-36			
	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum
Klinika rehabilitacji UMB	66,8	67,5	22	117
Przychodnia Olszewo-Borki	70,59	66,5	8	150
Uniwersytet Zdrowego Seniora	69,75	69	16	126

**Tabela VIII. Wyniki kwestionariusza SF-36, a poziom wykształcenia badanych.**

Wykształcenie	Wyniki SF-36			
	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum
Podstawowe	60,96	56	16	125
Średnie	67,87	64,5	23	150
Zawodowe	72,73	73,5	34	112
Wyższe	77,96	89	8	126

**Tabela IX. Wyniki kwestionariusza SF-36 a rodzaj wykonywanej pracy.**

Praca	Wyniki SF-36			
	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum
Umysłowa	65,96	60	16	150
Fizyczna	65,71	69	8	102
Umysłowa i fizyczna	76,6	77	25	126

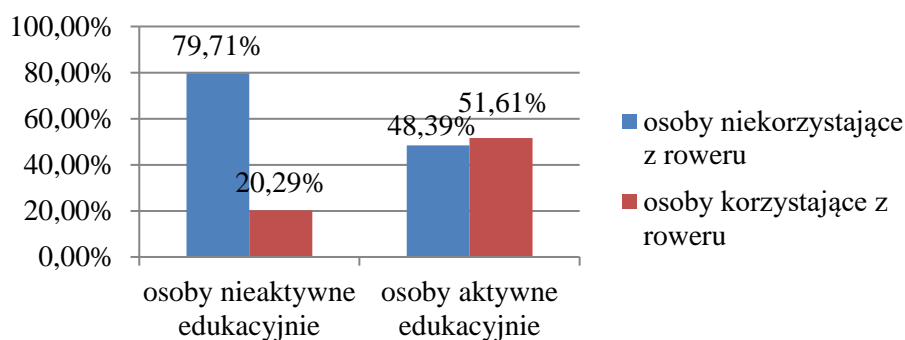
***Analiza wyników autorskiego kwestionariusza ankiety***

Ankieta własnego autorstwa zawierała pytania dotyczące aktywności fizycznej badanej grupy. Częstość wykonywanych form aktywności przedstawiono w Tabeli X.

**Tabela X. Najczęściej uprawiane aktywności fizyczne przez respondentów.**

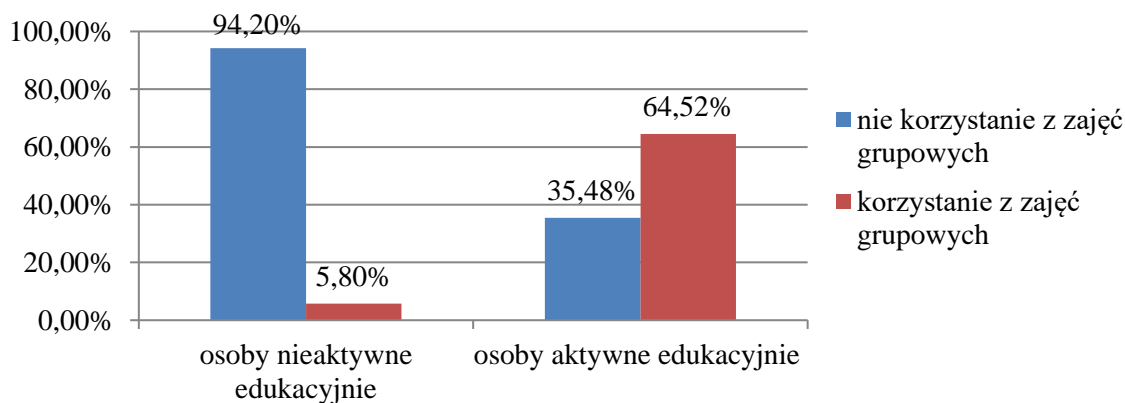
	Aktywności fizyczne						
	Spacery >500m	Nordic Walking	Basen	Rower stacjonarny	Rower na świeżym powietrzu	Gimnastyka domowa	Zajęcia grupowe
tak	46	16	16	29	50	34	24
nie	54	84	84	71	50	66	76

Osoby uczestniczące w zajęciach na Uniwersytecie Zdrowego Seniora częściej korzystały z takich aktywności, jak Nordic Walking (38,71%), basen (32,26%), czy gimnastyka domowa (51,61%). Osoby pogłębiające swoją wiedzę na wyżej wymienionym uniwersytecie, a badani nie uczestniczący w tego typu formie edukacyjnej różnili się istotnie statystycznie pod względem częstotliwości korzystania z roweru stacjonarnego ( $p=0,004$ ). Seniorzy aktywni edukacyjnie częściej korzystali z roweru stacjonarnego (48,39%), niż osoby nie uczęszczające na zajęcia edukacyjne (20,29%). Wyniki przedstawiono na Rycinie 12.



**Rycina 12. Wykorzystanie roweru stacjonarnego przez osoby uczęszczające i nieuczęszczające na zajęcia edukacyjne dla seniorów.**

Stwierdzono istotną statystycznie zależność między czynnym udziałem w zajęciach grupowych, a przynależnością do Uniwersytetu Zdrowego Seniora ( $p<0,001$ ). Osoby należące do Uniwersytetu Zdrowego Seniora częściej korzystały z zajęć w grupach (64,52%), niż osoby nie należące do takiego zrzeszenia seniorów (5,80%). Analizę zaprezentowano na Rycinie 13.



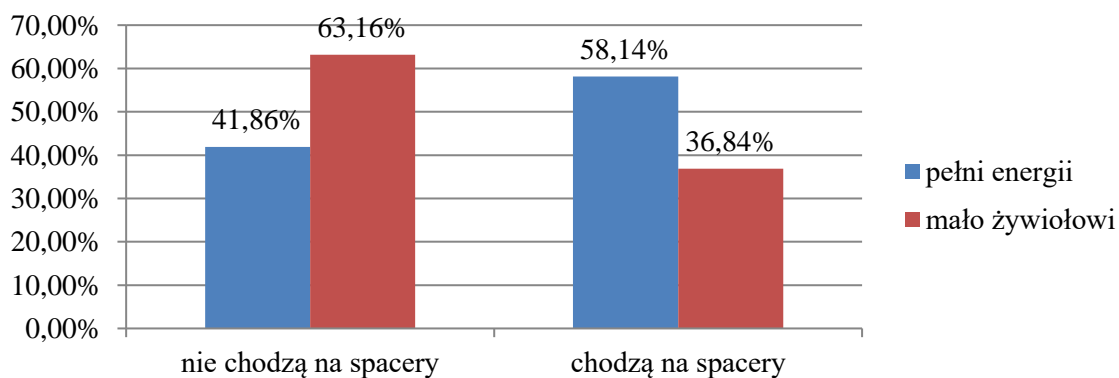
**Rycina 13. Korzystanie z zajęć grupowych przez osoby uczęszczające i nieuczęszczające na zajęcia edukacyjne dla seniorów.**

Osoby z wyżej wymienionej grupy różniły się istotnie statystycznie także pod względem gimnastyki wykonywanej w warunkach domowych ( $p=0,01$ ). Osoby aktywne edukacyjnie częściej wykonywały gimnastykę domową (51,61%), niż osoby nieaktywne (26,09%) (Tabela XI).

**Tabela XI. Popularność gimnastyki domowej wśród osób uczęszczających i nieuczęszczających na zajęcia edukacyjne dla seniorów.**

		Gimnastyka domowa		
		Osoby niećwiczące w domu	Osoby ćwiczące w domu	Ogółem
Osoby nieaktywne edukacyjnie	n	51	18	69
	%	73,91%	26,09%	100,00%
Osoby aktywne edukacyjnie	n	15	16	31
	%	48,39%	51,61%	100,00%

Wśród respondentów chodzących na spacer, 43 badanych określiło siebie jako osoby będące większość czasu pełne energii. Wykazano istotną statystycznie zależność między osobami będącymi więcej lub mniej czasu w pełni wigoru, a częstością chodzenia na spacer (p=0,03). Badani, którzy dużo czasu byli żywiołowi częściej chodzili na dłuższe spacer (58,14%) niż osoby, które były mniej dynamiczne (36,84%) - Rycina 14.



**Rycina 14. Częstotliwość spacerów jako formy aktywności przez osoby pełne energii i mało żywiołowe.**

Podobną, istotną statystycznie zależność wykazano pod względem wybierania jazdy na rowerze na świeżym powietrzu wśród osób częściej i rzadziej będących pełni energii ( $p=0,009$ ). Badani bardziej dynamiczni częściej jeździli na rowerze w terenie (65,12%), niż osoby bardziej spokojne (38,60%). Dokładne wyniki przedstawia Tabela XII. Osoby bardziej i mniej szczęśliwe również różniły się istotnie statystycznie częstotliwością wybierania jazdy na świeżym powietrzu ( $p=0,04$ ). Osoby, które były rzadziej szczęśliwe, częściej nie wybierały jazdy na rowerze jako formy aktywności (61,90%), niż osoby pełne radości (41,38%). Analizę danych zestawiono w Tabeli XIII.

**Tabela XII. Korzystanie z jazdy na rowerze na świeżym powietrzu przez osoby pełne energii i mało żywiołowe.**

		Jazda na rowerze na świeżym powietrzu		
		Nie jeżdżą	Jeżdżą	Ogółem
Pełni energii	n	15	28	43
	%	34,88%	65,12%	100,00%
Mało żywiołowi	n	35	22	57
	%	61,40%	38,60%	100,00%

**Tabela XIII. Korzystanie z rowerów na świeżym powietrzu wśród osób bardziej i mniej szczęśliwych.**

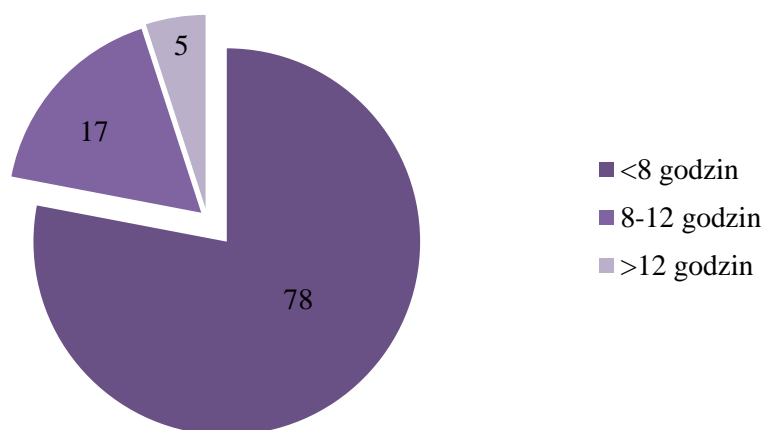
		Jazda na rowerze na świeżym powietrzu		
		Nie jeżdżą	Jeżdżą	Ogółem
Bardziej szczęśliwi	n	24	34	58
	%	41,38%	58,62%	100,00%
Mniej szczęśliwi	n	26	16	42
	%	61,90%	38,10%	100,00%



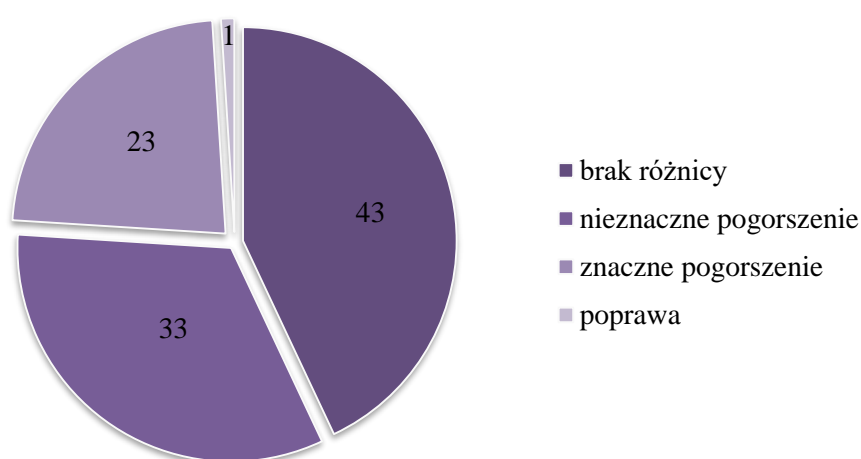
Ankieta własnego autorstwa zawierała także pytania dotyczące zainteresowań badanej grupy. Ankietowani najczęściej wybierali spotkania z rodziną (78 osób), czytanie gazet i książek (69 osób), spotkania ze znajomymi (67 osób), oglądanie TV (67 osób), uprawianie działki/ogródka (62 osób), spacerowanie (61 osób), słuchanie radia (48 osób) i rozwiązywanie krzyżówek (36 osób). Z pogłębiania wiedzy np. w Uniwersytetach Trzeciego Wieku korzystało 31 badanych.

Badani ocenili liczbę godzin spędzonych w pozycji siedzącej w ciągu dnia, a także dokonali oceny samopoczucia podczas dłuższego przebywania w pozycji siedzącej.

Na Rycinie 15 i 16 przedstawiono szczegółowe odpowiedzi.



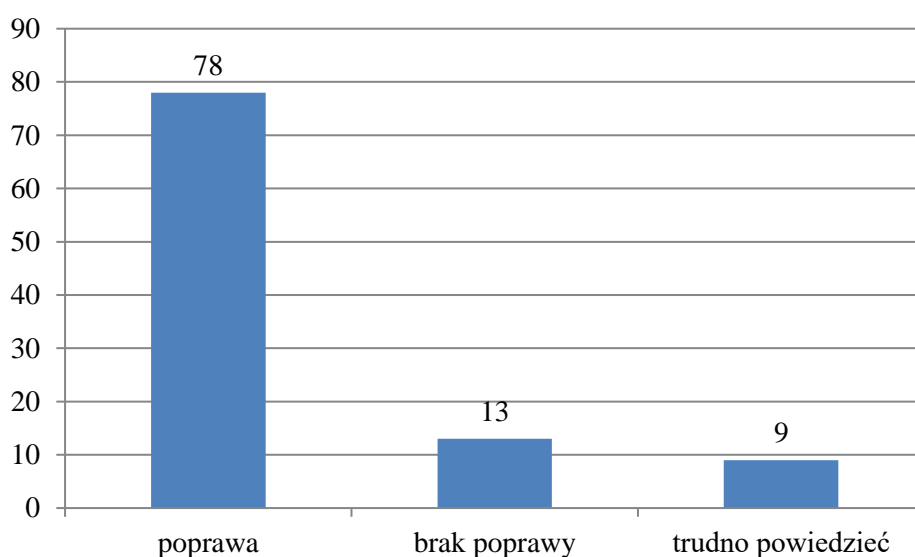
Rycina 15. Dzienny czas spędzany w pozycji siedzącej.



Rycina 16. Ocena samopoczucia podczas dłuższego siedzenia.

Nie wykazano istotnej statystycznie zależności między zawodem, a określoną zmianą samopoczucia w czasie przedłużonego przebywania w pozycji siedzącej ( $p=0,28$ ). Osoby pracujące umysłowo (62,22%) równie często zauważały pogorszenie stanu zdrowia, jak osoby pracujące fizycznie (61,90%). Osoby wykonujące pracę zarówno umysłową, jak i fizyczną (54,55%) nie zauważały żadnej różnicy.

W jednym z pytań zapytano ankietowanych o poprawę stanu zdrowia i samopoczucia po aktywności fizycznej. Niemal jednoznacznie badani opowiedzieli się za poprawą kondycji psychicznej i fizycznej. Szczegółowe wyniki zebrano na Rycinie 17.



**Rycina 17. Zmiany samopoczucia po aktywności fizycznej w opinii respondentów.**

Spośród 100 respondentów, 71 osób zgłosiło występowanie chorób lub zabiegów, które spowodowały pojawienie się ograniczeń w aktywności fizycznej. Głównie były to schorzenia reumatoidalne (49%) i zaburzenia ze strony układu sercowo-naczyniowego (47,9%). Wśród chorób układu krążenia najczęściej odnotowano zawał, nadciśnienie tętnicze, udar mózgu oraz występowanie zmian miażdżycowych w naczyniach. Stwierdzono istotną statystycznie zależność między zachorowalnością, a pojawianiem się problemów w czasie wykonywania czynności wymagających dużo energii ( $p=0,0016$ ). Aż 54,93% osób chorujących na schorzenia przewlekłe zauważyło bardzo duże ograniczenia podczas wykonywania czynności bardzo intensywnych, natomiast 24,4% osób nie zgłaszających takich chorób, nie posiadało tak poważnych ograniczeń. Podobną, istotną statystycznie zależność wykazano między zachorowalnością, a pokonywaniem kilku pięter schodów ( $p=0,001$ ).

Osoby nie zgłaszające chorób dużo częściej nie zgłaszały pojawiania się ograniczeń (55,17%), niż osoby, które takie choroby posiadały (18,31%). Szczegółową analizę przedstawiono w Tabeli XIV i XV.

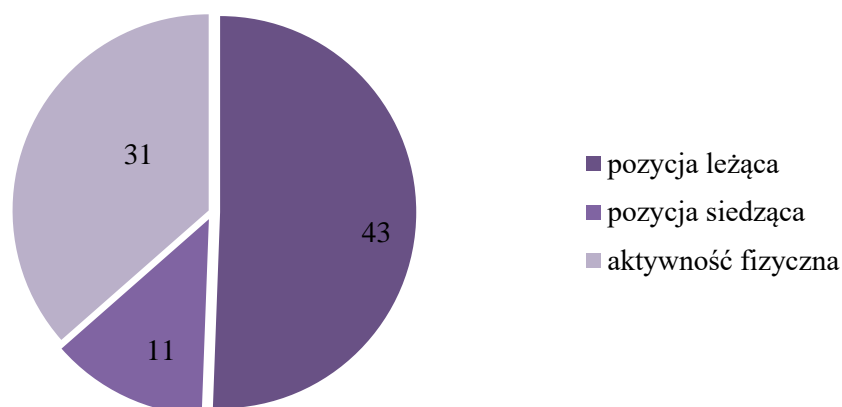
**Tabela XIV. Występowanie ograniczeń w wykonywaniu czynności wymagających energii w zależności od zachorowalności.**

		Czynności wymagające energii			
		Bardzo ogranicza	Trochę ogranicza	Nie ogranicza	Ogółem
Brak chorób	n	7	14	8	29
	%	24,4%	48,28%	27,59%	100,00%
Występowanie chorób	n	39	28	4	71
	%	54,93%	39,44%	5,63%	100,00%

**Tabela XV. Występowanie ograniczeń w pokonywaniu kilku pięter schodów w zależności od zachorowalności.**

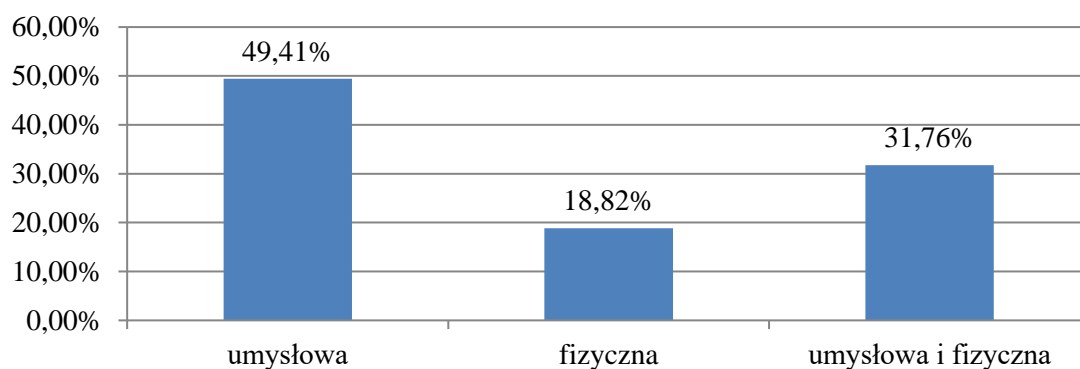
		Pokonywanie kilku pięter schodów			
		Bardzo ogranicza	Trochę ogranicza	Nie ogranicza	Ogółem
Brak chorób	n	6	7	16	29
	%	20,69%	24,14%	55,17%	100,00%
Występowanie chorób	n	28	30	13	71
	%	39,44%	42,25%	18,31%	100,00%

Jedno z pytań w ankiecie odnosiło się do występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa oraz sposobu radzenia sobie z bólem. Spośród ankietowanych, 85 osób miało takie dolegliwości, a 15 osób w ogóle nie uskarżało się na bóle kręgosłupa. Metody walki z nieprzyjemnymi odczuciami pleców przedstawiono na Rycinie 18.



**Rycina 18. Metody zwalczania dolegliwości bólowych kręgosłupa.**

Nie wykazano istotnej statystycznie zależności między wykonywanym zawodem, a pojawianiem się bólów kręgosłupa ( $p=0,1$ ). Najmniej dolegliwości bólowych zgłosili badani wykonujący tylko pracę fizyczną (18,82%) (Rycina 19).



**Rycina 19. Dolegliwości bólowe kręgosłupa, a rodzaj wykonywanej pracy.**

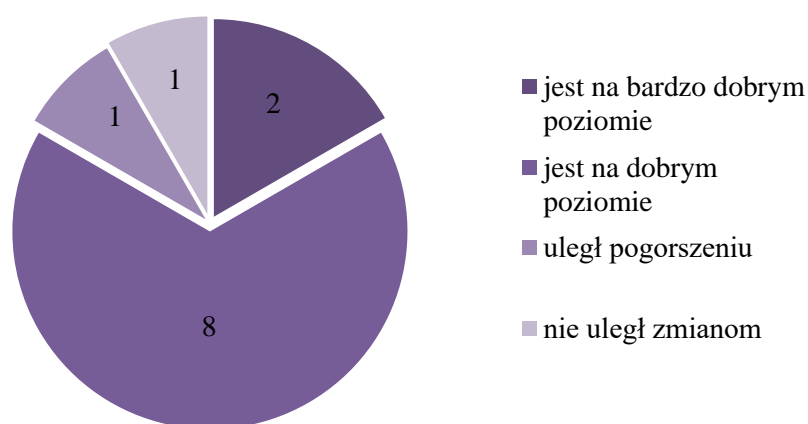
W badanej grupie znajdowało się 35 osób uskarżających się na reumatyzm. Stwierdzono istotną statystycznie zależność między zachorowalnością na chorobę gośćcową tkanek miękkich, a dolegliwościami bólowymi kręgosłupa ( $p=0,03$ ). Osoby, u których występowały choroby reumatoidalne częściej zgłaszały pojawienie się dyskomfortu w obrębie kręgosłupa (94,29%), niż osoby nie chorujące na takie schorzenia (75,68%) (Tabela XVI).

**Tabela XVI. Występowanie dolegliwości bólowych kręgosłupa w chorobach reumatoidalnych.**

		Dolegliwości bólowe kręgosłupa		
		Nie występują	Występują	Ogółem
Brak chorób reumatoidalnych	n	9	28	37
	%	24,32%	75,68%	100,00%
Choroby reumatoidalne	n	2	33	35
	%	5,71%	94,29%	100,00%

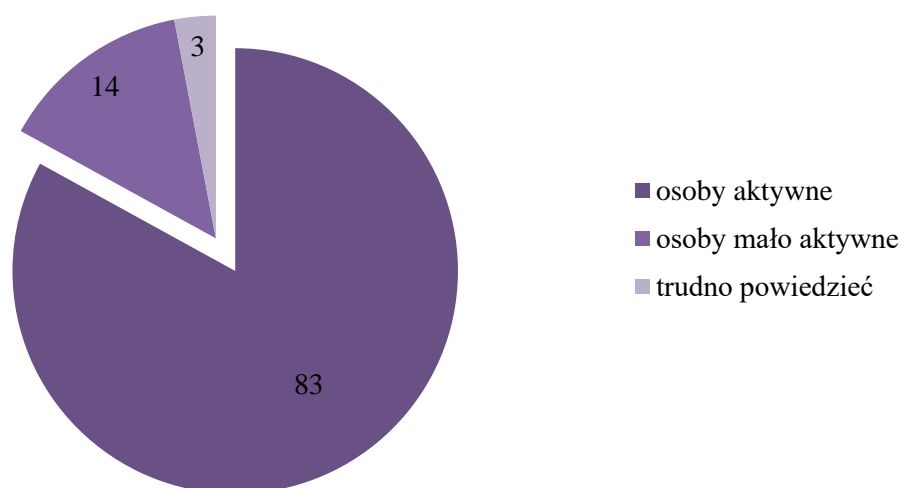
W kolejnym pytaniu ankietowani decydowali o prawidłowości stwierdzenia na temat pozytywnego wpływu aktywności fizycznej na stan emocjonalny i zdrowie psychiczne człowieka. Badani prawie jednogłośnie stwierdzili, że istnieje taka zależność (95 osób). Zapytano również, czy możliwość kontynuowania aktywności fizycznej wraz z upływem lat życia może być wyznacznikiem „pomyślnego starzenia się”. Na to pytanie również większość badanych odpowiedziała twierdząco (92 osoby).

Trzy pytania z ankiety własnego autorstwa odnosiły się do zawodowego uprawiania sportu w młodości. Tylko 12 osób, w tym 9 kobiet i 3 mężczyzn, uprawiało w przeszłości jakąś dyscyplinę sportową. Pod względem miejsca zamieszkania 7 osób żyło w mieście, a 5 pochodziło ze wsi. Spośród 12 badanych uprawiających sport, 7 osób miało wykształcenie wyższe. Najczęściej były to aktywności aerobowe (83,3%), czyli takie, jak np. biegi dalekodystansowe, czy gry zespołowe. Ankietowani określili także, jaki jest ich obecny stan zdrowia dzięki uprawianiu danej dyscypliny sportowej w przeszłości - Rycina 20.



**Rycina 20. Wpływ aktywności uprawianych zawodowo w przeszłości na aktualny stan zdrowia.**

Na podstawie subiektywnej oceny badani ocenili, czy należą do osób raczej aktywnych, które czas siedzenia ograniczają do minimum. Większość osób ( $n = 83$ ) uważała się za jednostki raczej aktywne, które nie spędzały dużo czasu siedząc. Dokładne dane przedstawiono na Rycinie 21.



**Rycina 21. Subiektywna ocena aktywności fizycznej respondentów.**

## DYSKUSJA

Starzenie się jest wypadkową całego życia człowieka [11]. Proces ten powoduje nieodwracalne zmiany w narządach i psychice [13]. Główną przyczyną starości jest mała, niewystarczająca aktywność fizyczna, a czasem nawet jej brak [11-13]. W wyniku dłuższej oczekiwanej długości życia społeczeństwo się starzeje, dlatego też w ostatnich czasach prowadzi się coraz więcej badań dotyczących zdrowego starzenia się, poprawy jakości życia osób w podeszłym wieku oraz promuje się aktywny udział w procesie starzenia, który pozwala rozwijać dobrostan psychiczny, fizyczny i społeczny [27].

Bierny styl życia wiąże się ze zmniejszeniem wydolności organizmu, obniżeniem odporności, wzrostem zaburzeń na tle emocjonalnym oraz ze zwiększeniem zachorowalności, szczególnie na choroby układu krążenia, układu oddechowego i kostno-stawowego [11]. Kaczmarczyk i Trafiałek wykazały, że regularna aktywność fizyczna poprawia sprawność i wydolność organizmu oraz zwiększa tolerancję na obciążenie i zmęczenie [12].

U osób starszych pojawia się coraz więcej problemów z wykonywaniem różnorodnych czynności. Wśród badanych najwięcej ograniczeń występowało podczas wykonywania czynności o dużej intensywności tj. bieganie, podnoszenie dużych ciężarów, a także podczas schylania się i przyklęknięcia. Grupa osób starszych wiekowo, czyli powyżej 70. roku życia częściej zgłaszała trudności w wykonywaniu czynności wysokoenergetycznych, o umiarkowanej intensywności, w czasie dźwigania, schylania się, pokonywania kilku pięter schodów i dłuższych spacerów.

Z badań przeprowadzonych przez Kolbarczyk i Nicińską wynika, że osoby, które były bardziej aktywne fizycznie, odznaczały się mniejszą częstotliwością występowania zaburzeń w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego [28]. Brazylijscy badacze udowodnili, że osoby aktywne lepiej postrzegały swoje zdrowie. Wiązało się to ze zmniejszoną konsumpcją leków i niższym poczuciem trudności podczas wykonywania różnych czynności [29].

Starzeniu organizmu może towarzyszyć spadek funkcji poznawczych, obecność zaburzeń emocjonalnych, a także depresja. Ponad połowa ankietowanych zgłosiła występowanie problemów natury emocjonalnej. Częściej były to kobiety niż mężczyźni, chociaż nie wykazano istotnej statystycznie zależności między płcią, a pojawianiem się takich problemów. Mogło to wynikać z nierównego podziału grup i zdecydowanie mniejszej ilości mężczyzn. W badaniach przeprowadzonych przez Barbosa i wsp. zauważono, że kobiety charakteryzowały się wyższą zachorowalnością i występowaniem stanów depresyjnych w porównaniu z mężczyznami w podobnym wieku i pozycji socjoekonomicznej [30]. Zauważono, że większość osób posiadających zaburzenia emocjonalne mieszkała w mieście. Aktywność fizyczna zmniejsza objawy chorób psychicznych, poprawia wskaźniki antropometryczne i jakość życia [31]. Stymuluje wydzielanie endorfin, które działają przeciwbólowo, a także wywołuje uczucie szczęścia, zmniejszając poziom lęku, a przy tym poprawiając samopoczucie [2]. Z badań własnych wynika, że istnieje zależność między aktywnością fizyczną, a stanem emocjonalnym. Prawie wszyscy badani odnotowali poprawę swojego zdrowia psychicznego w czasie aktywności i po jej zakończeniu. Naukowcy z Tajwanu zauważyli związek między stanem emocjonalnym, a płcią, wykształceniem, zachorowalnością i aktywnością fizyczną. W tym przypadku lepsze zdrowie psychiczne posiadali mężczyźni z wyższym wykształceniem, którzy nie korzystali z długotrwałego leczenia oraz ćwiczyli co najmniej 3 razy w tygodniu [32].

Idealnym rozwiązaniem dla osób z zaburzeniami emocjonalnymi jest działalność społeczna, która pomaga uzyskać lepsze efekty, a praca w grupie jest korzystniejsza niż działania indywidualne. Zmniejsza się także poczucie samotności dzięki możliwości dzielenia się doświadczeniami życiowymi [30]. W badaniach własnych wykazano, że osoby żyjące w związku małżeńskim były bardziej szczęśliwe, niż osoby stanu wolnego. Matos i wsp. odnotowali, że starsze osoby pozbawione współmałżonków były obarczone większym ryzykiem bycia uzależnionym od osób trzecich. W tych samych badaniach udowodniono, że jednostki wykazujące objawy depresyjne były bardziej narażone na upośledzenie zdolności funkcjonalnych. Zmiany te wynikają z utraty zainteresowań, braku przyjemności z ich wykonywania, a także z izolacji społecznej. Ograniczenie tych relacji doprowadza do zagrożenia funkcjonalnej efektywności podczas wykonywania czynności dnia codziennego [33].

Dolegliwości bólowe są objawem często towarzyszącym osobom starszym. Połowa badanych w badaniu własnym zgłosiła występowanie bólu utrzymujące się przez dłuższy czas. Kobiety częściej odczuwały ból, niż mężczyźni. Według badań Knapik i wsp. zależność ta może wynikać z większych oczekiwań kobiet wobec zdrowia i sprawności fizycznej [34]. W przeprowadzonych badaniach wykazano, że zachorowalność powodowała zwiększenie częstotliwości pojawiania się bólu. Osoby mniej szczęśliwe oraz pozbawione wigoru także częściej odczuwały ból. Amerykanie dzięki swoim badaniom dowiedli, że wyższy poziom optymizmu i zachowania zdrowotne znacznie obniżały ryzyko pojawiania się chorób przewlekłych oraz śmiertelności, a także wpływały na zachowanie funkcji poznawczych i dobre funkcjonowanie fizyczne [35].

Jakość życia jest indywidualnym odczuciem każdego człowieka odnośnie jego zdrowia, sfery fizycznej, psychicznej i społecznej. Z badań własnych wynika, że na jakość życia może istotnie wpływać wiek oraz stan cywilny. Z wiekiem poziom jakości życia zazwyczaj maleje. Zauważono też, że osoby żyjące w związku małżeńskim odznaczały się wyższym dobrostanem. Zależność tą potwierdziły badania przeprowadzone przez Knapik i wsp. Zauważyli oni także wpływ wykształcenia na komponenty fizyczne i psychiczne jakości życia [34]. W innych badaniach stwierdzono, że poziom edukacji jest ważnym czynnikiem ochronnym, zapobiegającym ograniczeniu aktywności wśród osób w podeszłym wieku [7, 30], jednak kwestia ta jest sporna, gdyż w badaniach własnych oraz przeprowadzonych przez Grzegorzycyk i wsp. nie zauważono zależności między wykształceniem, a jakością życia. Również miejsce zamieszkania nie miało na to wpływu [1].



W badanej grupie lepszą jakością życia odznaczyli się mężczyźni. Sousa i wsp. także odkryli podobną zależność. W ich badaniach kobiety mimo dłuższego życia odczuwały gorszą jakość życia, która lokowała się na niskim poziomie z powodu przeżyć z całego życia oraz pozycją kobiet w społeczeństwie [36].

Systematyczna aktywność fizyczna powinna znajdować się na czołowym miejscu w stylu życia. Przynosi wiele korzyści organizmowi człowieka m.in. poprawia równowagę i koordynację, zapobiega upadkom, pozytywnie wpływa na układ oddechowy, krążenia i mięśniowo-szkieletowy [7, 17]. Spośród różnych rodzajów aktywności fizycznej, badani najczęściej wybierali długie spacery, jazdę na rowerze na świeżym powietrzu, gimnastykę domową, prace w domu i poza domem. Osoby należące do Uniwersytetu Zdrowego Seniora preferowały Nordic Walking, basen, gimnastykę domową, rower stacjonarny oraz zajęcia grupowe. Taka sytuacja może wynikać z większej świadomości osób z UZS na temat zdrowia i samopoczucia, lepszej dostępności sprzętu wśród tej grupy oraz z możliwości współpracy i uprawiania aktywności z innymi członkami Uniwersytetu. Kaczorowska i wsp. w swoich badaniach zauważyli taką samą zależność. Mniejsze zainteresowanie gimnastyką przez osoby nienależące do Uniwersytetu Trzeciego Wieku tłumaczyli trudniejszym dostępem do tego typu zajęć dla seniorów [17]. Jazda na rowerze na świeżym powietrzu poprawia funkcje poznawcze i samopoczucie. Lepsze efekty uzyskano podczas jazdy na zewnątrz niż w pomieszczeniach [37]. Badani, którzy byli pełni energii i bardziej szczęśliwi częściej korzystali z tej formy ruchu, jak i ze spacerów.

Wraz z upływem lat formy wypoczynku biernego stają się bardziej powszechne [2]. Badani najczęściej w czasie wolnym spotykają się z rodziną i ze znajomymi, czytają gazety i książki, oglądają telewizję, wykonują prace poza domem, tj. uprawianie działki czy ogródka, chodzą na spacer, słuchają radia oraz rozwiązują krzyżówki. W badaniach Kozak-Szkopek i Galusa poza wymienionymi zainteresowaniami, badani często wybierali także praktyki religijne [2]. Brazylijscy badacze znaleźli zależność między płcią, a wykonywanymi zajęciami. Mężczyźni okazali się być bardziej aktywni w pracy oraz częściej korzystali z różnych form aktywności fizycznych, poza zajęciami w domu. Kobiety natomiast bardziej udzielały się w sferze społecznej oraz częściej brały udział w nabożeństwach [36].

Regularna aktywność fizyczna powoduje poprawę stanu fizycznego i zdrowia psychicznego. Jest jednym z najważniejszych komponentów przeciwdziałających depresji oraz jest nefarmakologicznym elementem leczniczym osób starszych [2].

Angażowanie seniorów w aktywność ruchową utrzymuje ich poczucie niezależności, osobistego uczenia się, rozwoju oraz dobrobytu społecznego. Istotne jest stworzenie przyjaznego środowiska, które mogłoby zachęcić do czynnego angażowania się w proces starzenia, zmniejszając negatywny wpływ wydarzeń życiowych [38]. Niewystarczająca lub bardzo ograniczona aktywność fizyczna połączona z innymi czynnikami ryzyka, jak np. niewłaściwa dieta, palenie papierosów, czy nadużywanie alkoholu, niekorzystnie wpływa na sprawność funkcjonalną [28]. Wśród badanych prawie wszyscy zauważyli poprawę swojego zdrowia fizycznego i psychicznego po aktywności fizycznej. Najczęściej zajęcia ruchowe wpływały na lepsze samopoczucie. Z badań Kaczorowskiej wynika, że respondenci podejmowali aktywność głównie ze względu na poprawę zdrowia i samopoczucia oraz ze względu na poznawanie nowych osób. Najczęściej przeszkodą w podejmowaniu aktywności był brak motywacji oraz zły stan zdrowia wśród osób nieuczestniczących w UTW [17]. Badacze z RPA również zauważyli, że możliwość nawiązywania kontaktów towarzyskich jest istotnym czynnikiem zachęcającym do podejmowania regularnej aktywności przez seniorów, natomiast według nich nie wpływał na to stan zdrowia. Osoby z problemami zdrowotnymi nadal podejmowały wybrane formy ruchu, lecz nie robiły tego systematycznie [7].

Ograniczenie aktywności jest jednym ze składników najbardziej odzwierciedlającym negatywne aspekty niepełnosprawności. Z badań Barbosa i wsp. wynika, że starsze kobiety doświadczają wyższego odsetka zachorowalności i niepełnosprawności niż mężczyźni. Według nich taka sytuacja wynika z dłuższego życia kobiet na świecie. Zwiększenie zachorowalności i umieralności zauważono wśród osób obciążonych chorobami oraz u takich, którzy przewlekłe stosują leki. Spostrzeżono u nich tendencję do ograniczenia aktywności oraz występowanie działań niepożądanych ze względu na stosowanie różnych medykamentów [30].

Niski poziom aktywności fizycznej jest czynnikiem ryzyka przyczyniającym się do powstawania miażdżycy, udaru mózgu, chorób metabolicznych, zapalenia stawów, osteoporozy, otyłości, a nawet niektórych nowotworów [5,20]. Badani najczęściej zgłaszali występowanie chorób reumatoidalnych oraz związanych z układem sercowo-naczyniowym (zawał, nadciśnienie, udar mózgu, zmiany miażdżycowe w naczyniach). Zauważono, że osoby, które są bardziej podatne na choroby, mają więcej trudności podczas wykonywania czynności o dużej intensywności oraz w czasie chodzenia po schodach. Gobbens w swoich badaniach udowodnił, że częste pojawianie się chorób u osób starszych wiązało się z ich niższą jakością życia. Stwierdzono także, że wymiar fizyczny jakości życia w wyniku chorób przewlekłych pogorszył się bardziej, niż psychiczny [39].

Znaczny odsetek badanych zgłaszał występowanie dolegliwości bólowych kręgosłupa. Z reguły miało to związek z wykonywaną pracą. Osoby pracujące umysłowo, czyli częściej przebywające w pozycji siedzącej, stale zgłaszały bóle kręgosłupa. Systematyczny przegląd literatury wykazał, że mężczyźni oraz pracownicy fizyczni odznaczali się wyższym poziomem aktywności fizycznej [36]. Przedłużone siedzenie jest czynnikiem ryzyka rozwoju bólów krzyża. Kastelic i wsp. badali wpływ pracy pełnoetatowej na sensomotoryczne funkcje tułowia. Zauważyli, że dłuższe siedzenie powodowało zmniejszenie elastyczności tkanek w odcinku lędźwiowym oraz wpływało na postawę [40]. Z badań Sribastav i wsp. wynika, że nasilenie niespecyficznych bólów kręgosłupa wiązało się z niższym wykształceniem, otyłością, złym standardem życia, ciężką pracą fizyczną, siedzącym trybem życia i długotrwałą jazdą samochodem.

Wykluczenie tych czynników może wpłynąć na zmniejszenie częstości występowania dolegliwości kręgosłupa [41]. W badaniach własnych zaobserwowano, że bóle kręgosłupa występowały u prawie wszystkich osób uskarżających się na choroby reumatoidalne. Powszechnie wiadomo, że regularna aktywność fizyczna zapobiega powstawaniu bólu, a także zmniejsza dolegliwości, jeśli takie już występują, dlatego tak ważne jest promowanie aktywnego starzenia się [29].

Pomyślne starzenie polega na osiągnięciu wieku sędziwego z jak najmniejszym ryzykiem chorób i niepełnosprawności, w dobrym stanie fizycznym i intelektualnym oraz utrzymaniem kontaktów towarzyskich i pozycji w społeczeństwie [19, 42]. Badani uważali, że możliwość kontynuowania aktywności fizycznej wraz z wiekiem jest wyznacznikiem pomyślnego starzenia. Wiąże się to z utrzymaniem niezależności, zapobiega izolacji społecznej i samotności, wpływa na poprawę parametrów życiowych i samopoczucie, a co najważniejsze chroni przed przedwczesną śmiercią [19]. Zielińska-Więczkowska i Kędziora-Kornatowska wykazały, że aktywność fizyczna i optymizm są receptą na pomyślne starzenie [42]. Najlepsze korzyści przynosi łączenie aktywności z edukacją zdrowotną. Należy mieć świadomość, że działania o bardzo dużej intensywności mogą mieć niepożądane rezultaty, dlatego ważne jest dostosowanie aktywności do indywidualnych zdolności osób starszych, zgodnie z ich ograniczeniami zdrowotnymi i funkcjonalnymi. Odpowiednia i systematyczna aktywność ruchowa korzystnie wpływa na proces starzenia oraz opóźnia lub zapobiega powstawaniu niepełnosprawności [27].

Marchewka i Jurgiewicz w swoich badaniach udowodniły, że osoby, które aktywnie spędzały czas w młodości, charakteryzują się z wiekiem lepszym zdrowiem i mniejszą ilością ograniczeń podczas czynności życia codziennego, niż osoby raczej bierne, stroniące od zajęć ruchowych, czy sportów [13]. Wśród badanych znikomy odsetek osób uprawiał jakiś sport zawodowo w przeszłości. Osoby te uważały jednak, że właśnie dzięki temu ich stan zdrowia jest na dobrym, a nawet bardzo dobrym poziomie. Najczęściej były to aktywności aerobowe m.in. kolarstwo, pływanie, biegi dalekodystansowe, gry zespołowe. Ćwiczenia aerobowe mogą wpływać na funkcje poznawcze. Prawdopodobnie jest to związane ze zwiększeniem przepływu krwi w naczyniach, a w efekcie lepszą regeneracją komórek mózgu odpowiedzialnych za procesy poznawcze. W badaniach Leyland i wsp. wykazano, że jazda na rowerze poprawia samopoczucie psychiczne, które również może wpływać na utrzymanie funkcji poznawczych [37].

Poprzez ćwiczenia aerobowe zwiększa się wydolność mięśni, co prowadzi do zmniejszenia zmęczenia, a w efekcie do obniżenia poziomu niesprawności, doprowadzając do niezależności podczas wykonywania czynności życia codziennego [31].

Bezczynność fizyczna jest ogromnym problemem całej populacji ludzkiej. Grupą najwyższego ryzyka w ograniczonym podejmowaniu lub niepodejmowaniu aktywności fizycznej są osoby starsze. Zbiorowość ta narażona jest na liczne upadki i obrażenia, które prowadzą do urazów, bądź śmierci. Istnieje wiele dowodów na to, że ćwiczenia obniżają ryzyko upadków oraz na to, że aktywność fizyczna przynosi wiele korzyści. Jednak mimo to liczba osób aktywnych maleje wraz z wiekiem [43]. Bardzo często aktywności te ograniczają się do podstawowych czynności i prac domowych. Aro i wsp. zauważyli zależność między zmniejszeniem zachorowalności i śmiertelności wynikających często ze spędzania większości czasu w pozycji siedzącej, a regularnym wykonywaniem aktywności fizycznych, która mogła być zainicjowana nawet w późniejszym okresie życia [7]. Badana grupa zaliczała się do osób raczej aktywnych fizycznie, więc z dużym prawdopodobieństwem można przypuszczać, że z tego powodu oceniali swój stan zdrowia na dobrym i zadowalającym poziomie.

## **WNIOSKI**

1. Osoby aktywne fizycznie mimo swojego wieku okazały się szczęśliwsze, pełne wigoru oraz cieszyły się lepszą jakością życia, niż osoby nieuprawiające wysiłku fizycznego.
2. Bycie osobą aktywną fizycznie, sprawną funkcjonalnie i niezależną jest głównym czynnikiem wpływającym na proces pomyślnego starzenia się.

3. Aktywność fizyczna wpływa pozytywnie na stan emocjonalny seniorów.
4. Mężczyźni w podeszłym wieku odznaczają się wyższym poziomem jakości życia niż kobiety w wieku senioralnym.

## **PIŚMIENNICTWO**

1. Grzegorzczak J., Szeliga E., Wolan-Nieroda A., Bazarnik-Mucha K.: Aktywność fizyczna osób starszych. *Young Sport Science of Ukraine*, 2012, 4, 23-27.
2. Kozak-Szkopek E., Galus K.: Wpływ rehabilitacji ruchowej na sprawość psychofizyczną osób w podeszłym wieku. *Gerontologia Polska*, 2009, 17, 79-84.
3. Rottermund J., Knapik A., Szyszka M.: Aktywność fizyczna a jakość życia osób starszych. *Społeczeństwo i Rodzina*, 2015, 1, 78-98.
4. Kotarska K., Drohomirecka A., Wilk K.: Ocena aktywności fizycznej i stylu życia osób po 50. roku życia. *Handel Wewnętrzny*, 2016, 6, 465-485.
5. Yaman H., Atay E.: The effect of exercise prescription of primary care physician on the quality of life in patients. *London Journal of Primary Care*, 2018, 10, 93-98.
6. Skrzek A.: Aktywny senior. Człowiek spełniony. PZWL, Warszawa 2018.
7. Aro A.A., Agbo S., Omole O.B.: Factors influencing regular physical exercise among the elderly in residential care facilities in a South African health district. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 2018, 10, 1-6.
8. Koszczyk M., Bulińska K.: Wytyczne dotyczące aktywności fizycznej osób starszych w okresie starzenia się. *Alter Ego Seniora*, 2013, 1, 109-113.
9. Wu X.Y., Han L.H., Zhang J.H., Luo S., Hu J.W., Sun K.: The influence of physical activity, sedentary behavior on health-related quality of life among the general population of children and adolescents: A systematic review. *Plos One*, 2017, 12, e0187668.
10. Dąbska O., Humeniuk E., Pawlikowska-Łagód K., Firlej E., Janiszewska M.: Rola ruchu w funkcjonowaniu grupy społecznej seniorów - popularyzacja strategii aktywności fizycznej. *Journal of Education, Health and Sport*, 2016, 6, 276-290.
11. Gębska D., Kędziora-Kornatowska K.: Korzyści z treningu zdrowotnego u osób w starszym wieku. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2012, 93, 256-259.
12. Kaczmarczyk M., Trafiałek E.: Aktywizacja osób w starszym wieku jako szansa na pomyślne starzenie. *Gerontologia Polska*, 2007, 5, 116-118.

13. Marchewka A., Jurgiewicz M.: Aktywność fizyczna w młodości a jakość życia w starszym wieku. *Gerontologia Polska*, 2008, 16, 127-130.
14. Leszczyńska A.: Sport to zdrowie! Refleksje o aktywności fizycznej Polaków. *Acta Universitatis Folia Sociologica*, 2013, 45, 179-189.
15. Podbielska M.L.: Wpływ systematycznej aktywności fizycznej na jakość życia osób zdrowych - rozważania wstępne. *Inżynieria Biomedyczna*, 2014, 20, 128-132.
16. Koohsari M.J., Nakaya T., Oka K.: Activity-friendly built environments in a super-aged society, Japan: current challenges and toward a research agenda. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2018, 15, 2054-2063.
17. Kaczorowska A., Katan A., Radajewska A., Lepsy E.: Uwarunkowania podejmowania aktywności fizycznej przez osoby starsze. *Prace Naukowe WSZiP*, 2017, 42, 127-139.
18. Kotlarek M., Szark-Eckardt M., Bartnik P., Zukow W.: Aktywność fizyczna a choroby cywilizacyjne osób starszych. *Journal of Education, Health and Sport*, 2015, 5, 397-412.
19. Morgulec-Adamowicz N., Rutkowska I., Rekowski W., Kosmol A., Bednarczyk G.: Zajęcia aktywności fizycznej w Uniwersytetach Trzeciego Wieku w Polsce. *Gerontologia Polska*, 2011, 19, 190-198.
20. Kubińska Z., Pańczuk A.: Potrzeby zdrowotne realizowane przez aktywność fizyczną osób starszych. *Rozprawy Społeczne*, 2018, 12, 73-79.
21. Pikula N.G.: *Poczucie sensu życia osób starszych*. Impuls, Kraków 2016.
22. Laskowska-Szcześniak M., Kozak-Szkopek E.: Uwarunkowania pomyślnego starzenia. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2013, 7, 287-294.
23. Muszalik M., Zielińska-Więczkowska H., Kędziora-Kornatowska K., Kornatowski T.: Ocena wybranych zachowań sprzyjających zdrowiu wśród osób starszych w oparciu o Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Juczyńskiego w aspekcie czynników socjo-demograficznych. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2013, 94, 509-513.
24. Mizera K., Pilis W.: Zdrowie oraz fizjologiczne podstawy starości i fizycznego treningu rekreacyjnego. *Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie*, 2010, 9, 183-203.
25. Kłak A., Mińko M., Siwczyńska D.: Metody kwestionariuszowe badania jakości życia. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2012, 93, 632-638.
26. Tylka J., Piotrowicz R.: Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36 - wersja polska. *Kardiologia Polska*, 2009, 67, 1166-1169.



27. Gomez-Morales A., Arounca de Miranda J.M., Pergola-Marconato A.M., Mansano-Schlosser T.C., Parreira Mendes F.R., Torres G.: The influence of activities on the quality of life of the elderly: a systematic review. *Ciencia & Saude Colectiva*, 2019, 24, 189-202.
28. Kalbarczyk M., Nicińska A.: Aktywność fizyczna osób starszych w Europie i USA. *Studia i Prace WNEiZ US*, 2017, 48, 31-41.
29. Dias Bobbo V.C., Trevisan D.D., Estanislau do Amaral M.C., Silva E.M.: Health, pain and daily activities among elderly people practicing Lian Gong and sedentary elderly people. *Ciencia & Saude Colectiva*, 2018, 23, 1151-1158.
30. Barbosa de Lima A.L., Espelt A., Costa de Lima K., Bosque-Prous M.: Activity limitation in elderly people in the European context of gender inequality: a multilevel approach. *Ciencia & Saude Colectiva*, 2018, 23, 2991-3000.
31. Perez-Cruzado D., Cuesta-Vargas A.I., Vera-Garcia E., Mayoral-Cleries F.: The relationship between quality of life and physical fitness in people with severe mental illness. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2018, 16, 82.
32. Tseng T.J., Wu Y.S., Tang J.H., Chiu Y.H., Lee Y.T., Fan I.C., Chan T.C.: Association between health behaviors and mood disorders among the elderly: a community-based cohort study. *BMC Geriatrics*, 2019, 19, 60.
33. Matos F.S., Jesus C.S., Carneiro J.A.O., Coqueiro D.S., Fernandes M.H., Brito T.A.: Reducing functional capacity of community - dwelling elderly: a longitudinal study. *Cienca & Saude Colectiva*, 2018, 23, 3393-3401.
34. Knapik A, Saulicz E., Plinta R., Kuszewski M.: Aktywność fizyczna a zdrowie kobiet w starszym wieku. *Journal of Orthopaedics Trauma Surgery and Related Research*, 2011, 6, 27-33.
35. Kim E.S., James P., Zevon E.S., Trudel-Fitzgerald C., Kubzansky L.D., Grodstein F.: Optimism and healthy aging in women and men. *American Journal of Epidemiology*, 2019, 56, 116-124.
36. Sousa N.F.S., Lima M.G., Cesar C.L.G., Barros M.B: Active aging: prevalence and gender and age differences in a population-based study. *Cadernos de Saute Publica* 2018, 34, e00173317.
37. Leyland L.A., Spencer B., Beale N., Jones T., van Reekum C.M.: The effect of cycling on cognitive function and well-being in older adults. *PLoS One*, 2019, 14, e0211779.

38. Hsin-Yen Y., Li-Jung L.: Quality of life in older adults: Benefits from the productive engagement in physical activity. *Journal of Exercise Science & Fitness*, 2018, 16, 49-54.
39. Gobbens R.J.: Associations of ADL and IADL disability with physical and mental dimension of quality of life in people aged 75 years and older. *PeerJ*, 2018, 6, e5425.
40. Kastelic K., Voglar M., Sarabon N.: Acute effect of full-time office work in real environment on postural action and lumbar range of motion. *Journal of Electromyography and Kinesiology*, 2018, 43, 82-87.
41. Sribastav S.S., Long J., He P., Ye F., Li Z., Wang J., Liu H., Wang H., Zheng Z.: Risk factors associated with pain severity in patients with non-specific low back pain in Southern China. *Asian Spine Journal*, 2018, 12, 533-543.
42. Zielińska-Więczkowska H., Kędziora-Kornatowska K.: Jakość starzenia się i starość w subiektywnej ocenie słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku. *Gerontologia Polska*, 2009, 17, 137-142.
43. Oliveira J.S., Sherrington C., Paul S.S., Ramsey E., Chamberlain K., Kirkham C., O'Rourke S.D., Hassett L., Tiedemann A.: A combined physical activity and fall prevention intervention improved mobility - related goal attainment but not physical activity in older adults: a randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, 2019, 65, 16-22.



## **JAKOŚĆ ŻYCIA U PACJENTÓW PO PRZEBYTYM UDARZE MÓZGU Z UWZGLĘDNIENIEM AKTYWNOŚCI RUCHOWEJ I SAMOOBSŁUGI**

**Monika Chorąży<sup>1</sup>, Katarzyna Krystyna Snarska<sup>2</sup>, Anna Nosek<sup>3</sup>, Agata Krajewska<sup>4</sup>,  
Jan Kochanowicz<sup>1</sup>, Alina Kułakowska<sup>1</sup>**

1. Klinika Neurologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Medycyny Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Absolwentka kierunku Fizjoterapia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
4. Studentka studiów doktoranckich, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

### **WSTĘP**

#### ***Definicja i podział udarów mózgu***

Pierwsze udokumentowane doniesienia dotyczące udaru mózgu pochodzą już z czasów starożytnych. Hipokrates jako pierwszy opisał objawy zauważone u pacjentów oraz wprowadził nowy termin „apopleksja”. Właściwa przyczyna udaru została poznana dopiero w XVII wieku. Johann Jakub Wapfer w swych badaniach stwierdził, że przyczyną objawów jest zaburzenie ukrwienia mózgu [1]. Aktualnie udar mózgu według definicji WHO (*World Health Organization*, Światowa Organizacja Zdrowia) określa się nagłym zaburzeniem czynności mózgu o charakterze ogniskowym lub uogólnionym. Objawy nie posiadają przyczyny innej niż naczyniowa oraz utrzymują się przez ponad 24 godziny- jeśli wcześniej nie spowodują zgonu.

Istotą udaru jest upośledzenie krążenia krwi w naczyniach mózgowych w przebiegu niedokrwienia lub krwotoku.

- Udar niedokrwienny występuje w ok. 85% przypadków wszystkich udarów mózgu. Przyczyną jest całkowite zamknięcie lub częściowe zwężenie naczyń wewnątrzmożgowych albo naczyń, które doprowadzają krew do mózgu.
- Udar krwotoczny to ok. 15% udarów. Przyczyną jest wynaczynienie krwi do mózgu na skutek pęknięcia naczynia mózgowego [2].

### ***Epidemiologia***

Udar mózgu stanowi bardzo duży problem zdrowotny, społeczny oraz ekonomiczny na świecie. Choroba dotyka około 0,5% populacji, głównie osoby starsze, a z uwagi na proces starzenia się społeczeństwa występuje coraz częściej. Szczyt zachorowalności przypada po 70. roku życia. Udary mózgu są jedną z głównych przyczyn inwalidztwa i długotrwałej niepełnosprawności na świecie oraz trzecią najczęstszą przyczyną śmierci w Europie, zaraz po chorobie niedokrwiennej serca i chorobach nowotworowych [3].

Według szacunków globalna ilość pacjentów, które przeżyły udar, to około 50 mln. W samym 2012 roku z powodu tej choroby zmarło 6,7 mln osób. W Europie każdego roku ok. 1 mln ludzi zostaje dotkniętych udarem mózgu, z czego ok. 30% umiera w ciągu roku, w tym 40% z nich w ciągu pierwszego miesiąca [4].

W Polsce w 2015 roku liczba chorych hospitalizowanych z powodu udaru mózgu wynosiła powyżej 88 tysięcy. Analizy wykazują, że 12-19% pacjentów umiera podczas hospitalizacji na oddziałach udarowych, a kolejne 12% w ciągu pierwszych 6 miesięcy od udaru. Według statystyk umieralność z przyczyn chorób naczyń mózgowych wynosi ok. 33 tysięcy osób rocznie [5].

### ***Etiopatogeneza***

Udar mózgu jest zespołem objawów powstających na skutek zaburzenia krążenia krwi w mózgu. Najczęstszą przyczyną jest niedokrwienie struktur OUN (Ośrodkowy Układ Nerwowy) poprzez zwężenie światła lub całkowite zamknięcie tętnicy. Powodem tego mogą być m. in. zmiany miażdżycowe dotyczące tętnic domózgowych oraz mózgowych, ponadto zatory pochodzenia sercowego powstałe np. w wyniku migotania przedsionków i układowe zapalenie naczyń. Przyczyn niedokrwienia nie udaje się jednoznacznie ustalić w ok. 30% przypadków [6].

Rzadziej występującym rodzajem udaru jest krwotok śródmózgowy. Najczęstszą przyczyną uszkodzenia naczyń jest nadciśnienie tętnicze oraz choroby małych naczyń mózgowych.

W przypadku pęknięcia istniejącego tętniaka workowatego lub występowania innych wad naczyniowych dochodzi do krwawienia podpajęczynówkowego [7].

### ***Czynniki ryzyka udaru mózgu***

Czynniki ryzyka wystąpienia udarów mózgu wpływają zarówno na zapadalność jak i śmiertelność chorych. Dzielimy je na dwie grupy: niemodyfikowalne i modyfikowalne. Czynniki niemodyfikowalne, czyli te na które nie mamy wpływu stosując działania prewencyjne. Modyfikowalne czynniki ryzyka udaru mózgu stanowią podstawę zwalczania wystąpienia udaru mózgu poprzez działania medyczne (farmakologiczne lub operacyjne) oraz pozamedyczne tj. zmianę trybu życia.

Do czynników niemodyfikowalnych zalicza się m. in. wiek, ponieważ prawdopodobieństwo wystąpienia udaru wzrasta po 55 r. ż. osiągając swój szczyt ok. 70 r. ż. Kolejnym czynnikiem, jest płeć. Statystyki wykazują, że ryzyko wystąpienia udarów w młodym wieku (18-45 lat) jest wyższe u kobiet, natomiast w przedziale wiekowym 45-70 lat częściej chorują mężczyźni. W późniejszym wieku prawdopodobieństwo wystąpienia choroby jest porównywalne u obu płci. Udar mózgu częściej występuje wśród osób ciemnoskórych i Latynosów, związane może być to z częstszym zachorowaniem na nadciśnienie tętnicze oraz złymi warunkami socjalnymi. Ponadto czynniki genetyczne zwiększają ryzyko zachorowania. Dotyczą one zarówno samego udaru mózgu, jak i uwarunkowań do tworzenia się zakrzepów. Dodatkowo, bardziej narażone są osoby, które w przeszłości przebyły udar [6].

Jednym z najbardziej groźnych modyfikowalnych czynników ryzyka jest nadciśnienie tętnicze, ponieważ jego występowanie zwiększa ryzyko udaru mózgu czterokrotnie. W trakcie trwania ostrej fazy udaru wysokie ciśnienie tętnicze obserwowane jest u ok. 70% chorych. Obserwacje wykazały, że im wyższe wartości ciśnienia krwi, tym większe ryzyko udaru. Obniżenie ciśnienia w ramach profilaktyki o 10/5 mm Hg powoduje zmniejszenie częstości występowania udarów o 30%. Zaleca się by było nie większe niż 140/90 mmHg, a w przypadku współwystępowania cukrzycy i chorób nerek, powinno być utrzymywane na poziomie do 130/80 mmHg.

Inne choroby układu krążenia również przyczyniają się do zwiększenia ryzyka wystąpienia udaru. Jedną z nich jest miażdżyca. Częstą przyczyną wystąpienia udaru jest miażdżycowe zwężenie tętnic zewnątrzczaszkowych, zwłaszcza tętnic szyjnych.

Ponadto częstą przyczyną udarów kardiogennych jest migotanie przedsionków [8, 9].

Zauważalnym czynnikiem zwiększającym ryzyko udaru mózgu jest hipercholesterolemia. Podwyższony cholesterol całkowity o każdy 1mmol/l zwiększa częstość udarów o 6-25% niezależnie od płci pacjenta.

Obniżony poziom cholesterolu HDL (*High Density Lipoprotein*, lipoprotein wysokiej gęstości) przyczynia się do wystąpienia udaru niedokrwienego mózgu. Badania wykazują, że stosowanie leków regulujących poziom cholesterolu we krwi (statyny) obniża częstość występowania udarów o ok. 30% [8].

Kolejną chorobą mającą wpływ na występowanie udaru mózgu jest cukrzyca. Ocenia się, że dotyczy ona ok 25% osób, które przebyły udar. Choroba potęguje procesy wywołane przez miażdżycę prowadząc do przyspieszenia przebiegu udaru oraz zwiększa umieralność z tego powodu. Ponadto obecność kardiomiopatii cukrzycowej wpływa na powstawanie zatorów tętniczych, czego konsekwencją może być niedokrwienie mózgu. Ryzyko udaru u cukrzyków wynosi ok. 2-6% i jest zależne od typu i zaawansowania choroby [1].

Najpowszechniejszym czynnikiem ryzyka udaru mózgu, na który mamy wpływ jest palenie tytoniu. Palacze posiadają dwa lub nawet trzy razy większe ryzyko wystąpienia udaru niż osoby niepalące. Na poziom zagrożenia wpływa ilość wypalanych papierosów dziennie. Wśród wszystkich osób, które przeszły udar mózgu 30-40% to palacze tytoniu. Możliwość wystąpienia niekorzystnych zmian wywołanych paleniem jest bardzo duża. Nikotyzm jest czynnikiem sprzyjającym rozwojowi miażdżycy, dyslipidemii, tworzenia się zakrzepów oraz zwiększenia lepkości krwi. Równie wysokim zagrożeniem objęte są osoby, które są narażone na częste przebywanie wśród osób palących. Bierne palenie jest bezpośrednim czynnikiem ryzyka wystąpienia udaru. Nałóg ten wpływa również na modyfikację innych elementów mogących negatywnie wpłynąć na zdrowie. Przykładem tego jest spotęgowanie możliwości pojawienia się udaru wśród kobiet stosujących doustne środki antykoncepcyjne z dwukrotnej wśród kobiet niepalących do siedmiokrotnej wśród kobiet palących [10].

Kolejnym czynnikiem ryzyka jest nadużywanie alkoholu. Wiąże się z ok. 3,6 razy większym ryzykiem wystąpienia udaru. Alkohol powoduje wzrost ciśnienia krwi, przyspiesza pracę serca, może przyczynić się do odwodnienia organizmu [11].

Innym istotnym czynnikiem modyfikowalnym jest brak aktywności fizycznej oraz zła dieta. Elementy te wpływają na ryzyko wystąpienia otyłości. BMI (*Body Mass Index*, Indeks masy ciała) powyżej 30 definiowany jako otyłość I stopnia, która zwiększa 1,5-krotnie możliwość wystąpienia udaru. Dotyczy to głównie otyłości typu brzusznej. Ponadto złe nawyki żywieniowe, głównie zbyt duże spożywanie tłuszczów i soli, mogą w sposób znaczący oddziaływać na ciśnienie krwi oraz poziom cholesterolu w organizmie. Zwiększenie aktywności fizycznej oraz zmiana trybu życia powoduje zmniejszenie zapadalności na choroby sercowo-naczyniowe, także na udar mózgu [12].

### ***Profilaktyka udarów mózgu***

Profilaktyka udarów mózgu jest bardzo dużym wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia na świecie. Prawidłowo podjęte działania zapobiegające wystąpieniu choroby mogą wpłynąć na spadek zapadalności, ale również w przypadku, gdy wystąpi udar znacząco złagodzić jego konsekwencje w tym zmniejszyć ilość zgonów.

Profilaktyka pierwotna opiera się o ograniczenie i modyfikację czynników ryzyka udaru. Z tego powodu bardzo ważne jest podnoszenie świadomości pacjentów na temat chorób mogących wpływać na wystąpienie udaru takich jak nadciśnienie tętnicze, choroby układu krążenia, hipercholesterolemia oraz cukrzyca. Wczesne wykrycie oraz prawidłowe leczenie tych chorób w znaczny sposób obniża ryzyko wystąpienia udaru mózgu. Niezwykle ważna jest kontrola prawidłowej masy ciała. W tym celu konieczna jest modyfikacja trybu życia. Zaleca się podejmowanie regularnej aktywności fizycznej o charakterze umiarkowanym wykonywanej minimum 3 razy w tygodniu przez ok. 30 minut. Rekomenduje się ćwiczenia dynamiczne takie jak: szybki marsz, jazda na rowerze, jogging, pływanie, aerobik [6]. Równie korzystnie wpływa zmiana sposobu odżywiania. W ramach profilaktyki powinno się zwiększyć ilość spożywanych owoców i warzyw, ograniczyć spożycie sodu oraz twardych kwasów tłuszczowych a zastąpić je oliwą z oliwek. Dieta powinna być bogata w kwasy tłuszczowe omega-3, błonnik, potas i witaminy C, E oraz beta- karoten [13, 14].

W procesie zapobiegania powstania udaru mózgu znaczną uwagę przykładana się do zaprzestania palenia tytoniu. W czasie okresu abstynencji ryzyko udaru znacząco ulega zmniejszeniu. Zwiększone narażenie wystąpienia choroby zmniejsza się po okresie ok. 2-4 lat po rzuceniu papierosów, a po upływie ok. 5 lat osiąga poziom osób niepalących [12].

### ***Objawy kliniczne udaru mózgu***

Obraz kliniczny zależy w dużym stopniu od przyczyny powstania udaru mózgu oraz od lokalizacji toczących się zmian i ich rozległości. W fazie ostrej najczęściej występującym objawem jest osłabienie siły mięśniowej i porażenie kończyn, występuje ono u 50-80% chorych. U około 25% pacjentów zauważa się zaburzenia świadomości. Zawroty głowy, wymioty, zaburzenia równowagi oraz widzenia obserwuje się u około 17% pacjentów. Ponadto zauważa się asymetrię w obrębie twarzy w postaci opadającego kącika ust lub powieki oraz subiektywne uczucie drętwienia twarzy. Kolejnym objawem fazy ostrej udaru są zaburzenia mowy, które charakteryzuje się mową niewyraźną i bełkotliwą [15].

### ***Objawy kliniczne udaru niedokrwiennego mózgu***

Objawy udaru niedokrwiennego mózgu dzieli się ze względu na region niedokrwienia, który może występować w obszarze przednim krążenia mózgowego, który obejmuje pole unaczynienia tętnic szyjnych wewnętrznych oraz w tylnym obszarze krążenia mózgowego, który obejmuje obszar unaczynienia tętnic kręgowo-podstawnych. Udarom całego mózgowia towarzyszy zaburzenie krążenia mózgowego zarówno z zakresu krążenia przedniego jak i tylnego [16].

W przypadku wystąpienia ogniska niedokrwienia w obszarze krążenia mózgowego przedniego zauważa się m. in. takie objawy jak niedowłady lub porażenia połowicze, zaburzenia mowy i połykania, zaburzenia zachowania i postrzegania rzeczywistości, połowicze zaburzenie widzenia [4].

Dolegliwości występujące na skutek zaburzenia przepływu krwi w tętnicy szyjnej wewnętrznej, która zaopatruje dużą część mózgu są rozległe. Głównym objawem jest niedowład lub porażenie połowicze obejmujący przeciwną stronę ciała niż pojawiające się ognisko niedokrwienne. W przypadku wystąpienia zaburzenia krążenia w półkuli dominującej możemy obserwować afazję, czyli zaburzenie mowy powodujące trudności w artykulacji słów lub ich percepcji. Kolejnym objawem jest agnozja, która charakteryzuje się niemożnością rozpoznania wcześniej znanych elementów otoczenia oraz anozognozja, czyli zaburzenie lub całkowity brak świadomości wystąpienia udaru oraz nieumiejętność oceny własnego stanu fizycznego oraz psychicznego, czemu mogą towarzyszyć zaburzenia zachowania. Dodatkowo, obserwuje się u tych pacjentów zaburzenia połykania. Często u chorych występuje zespół nieuwagi stronnej nazywany także zaniedbywaniem połowicznym polegający na niedostrzeganiu i ignorancji odbieranych informacji z przestrzeni lub własnego ciała po stronie przeciwnej do zajętego obszaru mózgu. Zauważalne są również dolegliwości ze strony wzroku, występują jednostronne zaburzenia widzenia oraz zespół Hornera, który objawia się zwężeniem szpary powiekowej i źrenicy oraz zapadnięciem gałki ocznej do oczodołu. Spowodowane jest on porażeniem mięśni oka m. in. mięśni tarczkowych górnych i dolnych, mięśnia oczodołowego [17, 18].

W przypadku wystąpienia zaburzenia krążenia tętnicy środkowej mózgu w postaci zwężenia lub zamknięcia jej światła obserwuje się porażenie kończyny dolnej po przeciwnej stronie od wystąpienia niedokrwienia oraz niedowład kończyny górnej. Dodatkowymi objawami są zaburzenia czucia oraz afatyczne zaburzenia mowy w przypadku wystąpienia ogniska po stronie półkuli dominującej.

Niedowład mięśni twarzy, jednooczne zaburzenia widzenia, anozognozja, afazja, gdy uszkodzona zostanie dominująca półkula mózgu oraz zespół nieuwagi stronnej [16].

Niedrożność tętnicy przedniej mózgu może wywołać obniżone napięcie mięśniowe, porażenie połowicze strony przeciwnej od uszkodzenia, nietrzymanie moczu, wystąpienie odruchów patologicznych np. objaw Babińskiego. Czasami występuje również wzmożenie emocjonalności pacjenta oraz niedowład twarzowo-ramienny [17].

O zaburzeniu ukrwienia tylnego obszaru krążenia mózgowego mogą świadczyć następujące objawy: zawroty głowy z towarzyszącym uczuciem wirowania otoczenia lub chorego, wymioty nasilające się podczas zmiany ustawienia ciała w przestrzeni, czkawka, zaburzenia słuchu oraz szumy uszne. Ponadto obserwuje się zaburzenia chodu oraz napady padania, podwójne widzenie, zaburzenia połykania, wrażenie widzenia mroczków przed oczami, krótkotrwałe uczucie ciemności lub falowania oglądanych przedmiotów. Dodatkowo występują objawy w obrębie twarzy takie jak: zmiana wyglądu twarzy, niemożność symetrycznego poruszania twarzą i zaburzenia czucia [4].

Konsekwencjami zaburzenia przepływu krwi w tętnicach kręgowych są m.in. zawroty głowy oraz zaburzenia równowagi. Częstym zjawiskiem jest drop attacks, czyli występujące nagle, powtarzające się, mające obraz napadowy zwiotczenie kończyn dolnych skutkujący upadkiem. Kolejną dolegliwością jest zespół opuszkowy charakteryzujący się ataksją, czyli zaburzeniem koordynacji ruchowej kończyn, zaburzeniem czucia w obrębie twarzy, występowaniem zespołu Hornera. Obserwuje się również obecność zespołów naprzemiennych obejmujących nerwy czaszkowe: nerw językowo-gardłowy (IX), nerw błędny (X), nerw dodatkowy (XI), nerw podjęzykowy (XII). Objawem tego mogą być takie dolegliwości jak dyzartia, określana jako trudności w wypowiedaniu słów wywołana dysfunkcją aparatu wykonawczego mowy tj. języka, podniebienia, gardła i krtani oraz dysfagia, oznaczająca trudności z przyjmowaniem i przełykaniem pokarmów i przemieszczania się ich z ust do przełyku, a później do żołądka [16, 19, 20].

Ognisko niedokrwienne występujące w obrębie **tętnicy podstawnej** powoduje zaburzenia przytomności, tetraplegię, czyli porażenie czterokończynowe oraz objawy uszkodzenia nerwów czaszkowych: nerw okoruchowy (III), nerw błoczkowy (IV), nerw odwodzący (VI), nerw twarzowy (VII). W konsekwencji tego pacjent boryka się z podwójnym widzeniem, charakterystycznym ustawieniem gałek ocznych w dół i na zewnątrz, a jego źrenice nie reagują na światło. W wyniku uszkodzenia nerwu twarzowego obserwuje się opadanie kącika ust, niezdolność gwizdania, mrugania, marszczenia czoła, szczyrzenia zębów [16, 21].



O zaburzeniu ukrwienia tylnego obszaru krążenia mózgowego mogą świadczyć następujące objawy: zawroty głowy z towarzyszącym uczuciem wirowania otoczenia lub chorego, wymioty nasilające się podczas zmiany ustawienia ciała w przestrzeni, czkawka, zaburzenia słuchu oraz szumy uszne. Ponadto obserwuje się zaburzenia chodu oraz napady padania, podwójne widzenie, zaburzenia połykania, wrażenie widzenia mroczków przed oczami, krótkotrwałe uczucie ciemności lub falowania oglądanych przedmiotów. Dodatkowo występują objawy w obrębie twarzy takie jak: zmiana wyglądu twarzy, niemożność symetrycznego poruszania twarzą i zaburzenia czucia [4].

### ***Objawy kliniczne udaru krwotocznego mózgu***

Objawy udaru krwotocznego mózgu dzieli się ze względu na lokalizację krwotoków śródmózgowych. Ze względu na ten podział wyróżnia się udary nadnamiotowe zlokalizowane półkulowo oraz udary ponadnamiotowe zlokalizowane tylnojamowo.

Charakterystyczną cechą udaru krwotocznego nadnamiotowego jest jego gwałtowny przebieg i szybko narastający deficyt neurologiczny. W badaniach obserwuje się wzmożone ciśnienie śródczaszkowe, które spowodowane jest obrzękiem półkul mózgu. Skutkuje to bólami głowy, nudnościami oraz wymiotami. U pacjentów obserwuje się ponadto niedowłady połowicze, które przechodzą w porażenie oraz afazję.

W przypadku udaru krwotocznego podnamiotowego również obserwuje się jego szybki przebieg oraz gwałtowne powstanie zespołu ciasnoty śródczaszkowej, który wywołuje silne bóle głowy z towarzyszącymi nudnościami i wymiotami. Kolejnym objawem jest zaburzenie koordynacji ruchowej, równowagi oraz podwójne widzenie. W przypadku niedomogi pnia mózgu występują zaburzenia przytomności, którym towarzyszy „burza wegetatywna” objawiająca się wahaniem tętna, ciśnienie tętniczego krwi, oddychaniu i temperatury ciała oraz zaburzenia ze strony ogólnej motoryki ciała, ruchu gałek ocznych i źrenic [4, 6].

### ***Diagnostyka udaru mózgu***

Udar mózgu jest chorobą, która może wywołać trwałą niepełnosprawność lub nawet śmierć. Z tego powodu bardzo ważne jest jak najwcześniejsze jego wykrycie, zlokalizowanie zaburzeń w mózgu, ocenienie rozległości zmian oraz podjęcie szybkiego leczenia.

Podczas diagnostyki udarów mózgu stosuje się badanie podmiotowe i przedmiotowe oraz badania dodatkowe. Najbardziej skutecznym i obiektywnym sposobem wykrycia udaru mózgu są badania obrazowe.



Pierwszoplanową rolę diagnostyczną pełni TK (tomografia komputerowa). Wykonanie tego badania umożliwia rozróżnienie udaru krwotocznego od niedokrwiennego oraz wykluczenie innych potencjalnych przyczyn objawów neurologicznych. Badanie jest łatwe do wykonania, nawet w przypadku pacjentów nieprzytomnych, nieinwazyjne oraz stosunkowo szybkie. Ograniczeniem diagnostycznym stosowania tomografii komputerowej jest fakt, że wczesne ogniska niedokrwienia mózgu są w tym badaniu są dyskretne i często niejednoznaczne więc ich wykrywalność może zależeć od doświadczenia badającego. Dodatkowym problemem jest możliwość wystąpienia artefaktów przy wykrywaniu ognisk niedokrwienia mózdzku i pnia mózgu spowodowanych obecnością struktur kostnych [22].

Uzupełnieniem diagnostyki jest badanie Angio-TK (angiografii tomografii komputerowej), która jest przydatna w fazie ostrej udaru. Angio-TK charakteryzuje się wysoką czułością w diagnozowaniu obecności niedrożności naczynia krwionośnego, możliwością określenia jej dokładnej lokalizacji oraz wykrycia ewentualnych dróg krążenia obocznego. Dodatkowo pozwala również na obrazowanie zmian pozanaczyniowych takich jak np. rozległość i umiejscowienie niedokrwienia. Zaletą w stosunku do klasycznej angiografii jest możliwość zmniejszenia ilości podanego płynu kontrastującego, który podawany jest dożylnie, a nie dotętniczo, co zmniejsza ryzyko silnych reakcji uczuleniowych.

Badanie z wykorzystaniem MR (rezonansu magnetycznego) cechuje się lepszą rozdzielczością przestrzenną w porównaniu do tomografii komputerowej. Dzięki temu jest wykorzystywane do obrazowania mózdzku i pnia mózgu. W badaniu tym nie występują artefakty wynikające z bliskiego położenia tych struktur w stosunku do kości. Zaletą MR jest możliwość oceny zmian w przekroju poprzecznym, czołowym oraz strzałkowym oraz dostrzeżenie nieprawidłowego przepływu w naczyniu kilka minut po jego wystąpieniu. Większa rozdzielczość badania pozwala również na wykrycie zawałów lakunarnych spowodowanych brakiem drożności małych naczyń mózgowych lub tętnic przesywających. Towarzyszy temu niewielka zmiana niedokrwienna zlokalizowana w głębokich strukturach półkuli lub pnia. Wykonanie badania jest całkowicie bezpieczne dla pacjenta oraz nieinwazyjne [23, 24].

DWI (*diffusionweighted imaging*, dyfuzyjna technika echoplanarna MR) jest metodą bardzo czułą pozwalającą na zdiagnozowanie zmian niedokrwiennych w mózgowiu już kilka minut po ich wystąpieniu. Badanie to obrazuje ruch cząsteczek wody w komórkach, a w tkankach objętych obrzękiem dyfuzja ta jest gorsza niż w tkance zdrowej dzięki czemu w obrazie można obserwować rozległość niedokrwienia [22, 23].

### ***Rehabilitacja***

Rehabilitacja jest bardzo złożonym procesem mającym na celu kompleksowe działanie w stosunku do osób niepełnosprawnych zarówno fizycznie jak i psychicznie, którego celem jest przywrócenie możliwie pełnej sprawności fizycznej oraz psychicznej pacjentów, poprawa jakości życia, zwiększenie ich zdolności do pracy i uczestniczenia w sposób czynny w życiu społecznym. Kompleksowa terapia polega na rehabilitacji leczniczej, społecznej oraz zawodowej. W przypadku osób po przebytych udarach mózgu wczesne wdrożenie rehabilitacji jest niezbędne, ponieważ pozwala ona zmniejszyć śmiertelność. Ponadto, zmniejsza stopień inwalidztwa, poprawia funkcjonalność pacjentów oraz umożliwia ich samodzielność.

Bardzo ważne jest by program usprawniania fizjoterapeutycznego był dobrany indywidualnie do pacjenta, zależnie od rodzaju przebytego udaru, stopnia wystąpienia zmian neurologicznych, objawów wywołanych chorobą oraz stanu funkcjonalnego pacjenta i prowadzony był przez wielospecjalistyczny zespół rehabilitacyjny. Dodatkowo należy wziąć pod uwagę wiek pacjenta, jego ogólny stan fizyczny przed udarem oraz występowanie ewentualnych chorób współistniejących [25, 26].

### ***Kinezyterapia***

Najważniejszą częścią usprawniania osób po przebytych udarach mózgu jest kinezyterapia. Dzięki zastosowaniu odpowiednich ćwiczeń możemy pobudzić potencjał neuroplastyczny układu nerwowego, który posiada każdy pacjent, a dzięki któremu możliwe jest wytworzenie nowych połączeń pomiędzy poszczególnymi ośrodkami w mózgu, stymulowanie powstawania nowych neuronów oraz przebudowa sieci synaptycznej. Zjawisko to pozwala na przywrócenie utraconych funkcji poprzez przemapowane mózgu i przejęcie pracy uszkodzonych ośrodków przez inne [27].

### **Postępowanie rehabilitacyjne po udarze możemy podzielić na dwa okresy:**

- 1.** Wczesny okres rehabilitacji przyłóżkowej, który wdrażany jest na oddziale udarowym, nawet w pierwszej dobie hospitalizacji.
- 2.** Późny okres rehabilitacji będący kontynuacją wcześniej prowadzonego usprawniania. Realizuje się go głównie przez pobyt na oddziale rehabilitacji neurologicznej lub w systemie ambulatoryjnym.

Głównym zadaniem rehabilitacji w okresie wczesnym jest wprowadzenie profilaktyki przeciwoleżynowej poprzez stosowanie odpowiednich pozycji ułożeniowych i zmiana ich co dwie godziny. Długie leżenie sprzyja powstawaniu obrzęków limfatycznych, dlatego bardzo ważna jest profilaktyka przeciwobrzękowa, w ramach której wprowadza się pozycje drenażowe, drenaż limfatyczny oraz ćwiczenia angażujące pompę mięśniową (ćwiczenia bierne i czynne kończyn) [27]. Okres wczesny charakteryzuje się porażeniem wiotkim mięśni z tego powodu stosuje się ćwiczenia bierne (w przypadku zachowania siły mięśniowej w skali Lovetta na 1- ćwiczenia czynno-bierne; siła mięśniowa 2- czynne w odciążeniu, a w przypadku siły mięśniowej ocenionej na 3 i więcej stosujemy ćwiczenia czynne wolne i prowadzone) aby zachować odpowiednią długość mięśni i możliwie pełne zakresy ruchomości w stawach w celu zapobiegania powstaniu przykurczom stawowych [29]. Zastosowanie rehabilitacji oddechowej i efektywnego kaszlu pozwala uniknąć zmniejszenia objętości oddechowej oraz groźnych powikłań w postaci zapalenia płuc [30]. Kolejnym bardzo ważnym etapem jest pionizacja pacjenta. Należy początkowo skupić się na nauce siadu ze spuszczonej nogami a następnie przejścia z siadu do stania oraz reedukacja chodu lub jeśli stan pacjenta na to nie pozwala stosować stoły pionizacyjne. Istotne jest to by pacjent był w stanie poprawnie wykonywać te czynności, ponieważ powielanie ruchu powoduje zapamiętanie odpowiedniego schematu w ośrodkowym układzie nerwowym. Nauka czynności według niepoprawnego wzorca ruchu powoduje utrwalenie nieprawidłowości, co w następstwie może rzutować na wtórne zaburzenia układu ruchu w postaci szkodliwych kompensacji [28].

Późny okres rehabilitacji jest kontynuacją wcześniej podjętego usprawniania. Niezależnie od tego czy jest prowadzony w szpitalu na oddziale rehabilitacji, w poradniach rehabilitacyjnych, w uzdrowisku czy w formie rehabilitacji domowej, powinien być nakierowany głównie na doskonalenie funkcji chodu, terapię funkcjonalną kończyny górnej w celu uzyskania jak największej samodzielności przez pacjenta [12].

Stosowane ćwiczenia powinny być dobierane indywidualnie i na bieżąco modyfikowane. W przypadku zadań sprawiających pacjentowi trudność należy wprowadzić metodę wyobrażenia ruchowego. Połączenie treningu fizycznego oraz mentalnego przynosi większe rezultaty niż zastosowanie tych technik oddzielnie. Wyobrażenie ruchowe poprawia szybkość, precyzję ruchu, siłę mięśniową, a ponadto przyspiesza powrót funkcji motorycznych [29].

Inną techniką łączącą trening mózgu z treningiem fizycznym jest zastosowanie metody biofeedback. Wykorzystanie sprzężenia zwrotnego przyspiesza proces uczenia się nowych funkcji. Oprócz powszechnie stosowanych rotorów kończyn górnych i dolnych, których głównym celem jest poprawa siły mięśniowej i równomierne zaangażowanie obu kończyn w ruch możliwe jest zastosowanie specjalnych ortez. Przykładem takiej ortozy jest Brain-Machine Interface, która w krótkim czasie pozwala na osiągnięcie dowolnej aktywności prostowników palców u pacjentów z przewlekłym niedowładem. Ważnym aspektem zastosowania biofeedbacku jest poprawa funkcji chodu, zwiększenie jego szybkości, wypracowanie symetrycznego obciążenia kończyn dolnych poprzez wprowadzenie treningu na platformie balansowej [30].

Aktualne doniesienia wskazują by w kompleksowej terapii ręki zwracać uwagę nie tylko na ćwiczenia czynne czy ćwiczenia z zastosowaniem stolików manipulacyjnych ręki, ale również na wykorzystanie nowoczesnych urządzeń. Wykorzystanie robotów rehabilitacyjnych lub wirtualnej rzeczywistości w rehabilitacji kończyny górnej pozwala na wypracowanie większej precyzyjności ruchów, ich złożoności, co skutkuje większą efektywnością terapii i skróceniem czasu jej trwania [24].

### ***Metody kinezyterapeutyczne***

Najczęściej stosowaną metodą u pacjentów po przebytych udarach mózgu jest PNF (*Proprioceptiv Neuromuscular Facilitation*, proprioceptywne nerwowo-mięśniowe torowanie). Głównym założeniem metody jest przywrócenie utraconej funkcji poprzez zastosowanie schematów rozwoju ruchowego. Kontrolę motoryczną odtwarza się poprzez stymulowanie proprioceptorów, czyli receptorów zawartych w mięśniach i ich ścięgnach, których rolą jest odczytywanie napięcia mięśni i ułożenia poszczególnych części ciała względem siebie. Podczas terapii wykorzystuje się ruchy globalne we wszystkich płaszczyznach by wypracowany ruch był jak najbardziej naturalny i by wygasić wzorce patologiczne.

Istotnymi punktami w filozofii PNF jest pozytywne nastawienie w stosunku do pacjenta i jego problemów oraz bezbolesna terapia. Wybór techniki powinien odbywać się w sposób indywidualny i być dostosowany do potrzeb pacjenta. Ważnymi elementami ćwiczeń PNF są m.in. pozycja wyjściowa, kierunek wykonywanego ruchu, rozciągnięcie ćwiczonych mięśni, nacisk, opór, odpowiedni chwyt oraz prawidłowa kolejność pracy mięśni. Podczas pracy tą metodą wykorzystuje się opór bezpośredni, zmiany kierunków ruchu, powtarzalne skurcze, rytmiczną stabilizację oraz techniki rozluźniające [27].

Kolejną często stosowaną metodą u pacjentów po udarze mózgu jest metoda Bobath. Głównym jej założeniem jest odtworzenie utraconych funkcji, poprzez uzyskanie kontroli posturalnej i ruchu selektywnego. Poprzez hamowanie nieprawidłowych wzorców postawy wpływamy na odzyskanie odpowiedniego napięcia mięśniowego, uzyskanie złożonych ruchów czynnych, aktywację strony porażonej oraz wywołanie reakcji równoważnych w życiu codziennym. Terapia opiera się o zmianę ułożenia głowy, stawów barkowych, miednicy oraz stawów biodrowych. Rehabilitację za pomocą metody Bobath należy wdrożyć jak najszybciej po zdiagnozowaniu udaru mózgu, aby zapobiec utrwaleniu patologicznych zmian w obrębie narządu ruchu. Ćwiczenia powinny być dopasowane indywidualnie do możliwości chorego i wykonywane bez bólu. W koncepcji tej wyróżnia się cztery etapy prowadzenia ćwiczeń, które powinny być wprowadzane zależnie od stanu pacjenta. W pierwszym okresie charakteryzującym się wiotkością, dużą uwagę zwraca się na stosowanie odpowiedniego ułożenia ciała pacjenta zarówno w łóżku jak i w innych pozycjach. Kinezyterapia polega na umożliwieniu choremu samodzielnej zmiany pozycji w łóżku, przejścia do siadu, stania oraz chodu. Podczas trwania drugiego etapu, gdy pojawia się spastyczność celem terapii są ćwiczenia w pozycjach wysokich oraz doskonalenie chodu. Etap trzeci skupia się na dalszej poprawie chodu oraz usprawnianiu funkcji kończyny górnej. Ostatni etap polega na kontynuowaniu pracy w celu przywrócenia możliwie jak najżywszej funkcji ręki [4, 27].

### ***Fizykoterapia***

Leczenie za pomocą bodźców fizykalnych stosuje się jako uzupełnienie kompleksowego procesu rehabilitacji. Odpowiednio dobrane zabiegi przyspieszają i utrwalają efekt leczenia poprzez stymulowanie procesów autonaprawczych. Terapia powinna być dobrana indywidualnie zależnie od potrzeb pacjenta. W pierwszym okresie, charakteryzującym się wiotkością stosuje się zabiegi stymulujące mięśnie do skurczu, natomiast w późniejszym okresie, gdzie występuje spastyczność stosuje się bodźce obniżające napięcie mięśni.

W celu zmniejszenia dolegliwości bólowych stosuje się zabiegi takie jak:

- Przekskórna stymulacja elektryczna nerwów (TENS)
- Prądy Traberta
- Galwanizacja katodowa
- Krioterapia.

W celu stymulacji mięśni do skurczu stosuje się:

- Nerwowo-mięśniowa stymulacja elektryczna (NMES)
- Elektrostymulacja funkcjonalna (FES).

W celu obniżenia wzmożonego napięcia mięśni:

- Metoda Hufschmidta
- Tonoliza
- Światłolecznictwo- lampa Sollux
- Hydroterapia- kąpiele elektryczno-wodne, masaż wodno-wirowy.

W leczeniu odleżyn wykorzystuje się:

- Laseroterapia
- Zmienne pole magnetyczne małej częstotliwości [21].

### ***Jakość życia chorych po udarze mózgu***

Jakość życia jest bardzo szerokim pojęciem i obejmuje takie dziedziny życia chorego jak: stan fizyczny oraz sprawność ruchową, stan psychiczny, sytuację społeczną oraz warunki ekonomiczne. Według definicji WHO jakość życia możemy rozumieć jako indywidualne poczucie jednostki, odnośnie jej pozycji życiowej, odnoszącej się do aspektu kulturowego oraz przyjętego systemu wartości, dotyczące jej oczekiwań, osiągnięć, zainteresowań i standardów [3,16]. W aspekcie nauk medycznych jakość życia jest rozumiana jako funkcjonalny efekt wystąpienia choroby i zastosowanego jej leczenia przeżywany przez pacjenta. Najprościej tłumacząc można stwierdzić, że jest ona różnicą pomiędzy aktualną sytuacją życiową a idealnym wzorcem określonym w danej grupie społecznej. Głównymi czynnikami obniżającymi jakość życia jest brak sprawności fizycznej, stany depresyjne oraz brak wsparcia ze strony społeczeństwa [3, 17].

### **CEL BADAŃ**

Celem pracy było zbadanie subiektywnej oceny jakości życia chorychpo przebytych udarach mózgu. Cel ten został wzbogacony o trzy cele szczegółowe:

1. Ocena jakości życia pacjentów z uwzględnieniem aktywności fizycznej.
2. Ocena jakości życia pacjentów z uwzględnieniem samoobsługi.
3. Ocena jakości życia pacjentów z uwzględnieniem stanu emocjonalnego.

## MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Badaniami objęto grupę 50 osób z ostrą fazą udaru mózgu będących pacjentami Kliniki Neurologii z Oddziałem Udarowym Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku. Badania zostały przeprowadzone w okresie od grudnia 2018 do kwietnia 2019 roku. Na ich wykonanie uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (uchwała nr: R-I-002/58/2019).

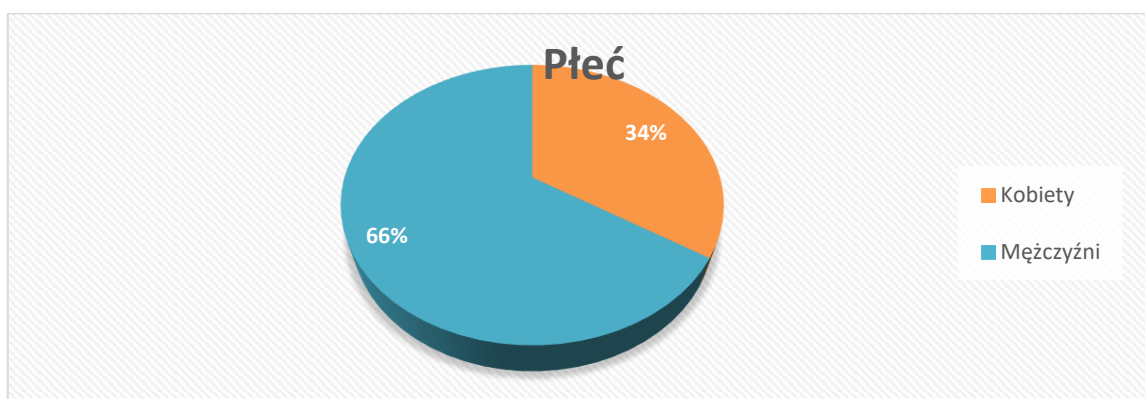
Do badań wykorzystano autorski kwestionariusz oceniający jakość życia pacjenta po przebytych udarach mózgu. Ankieta zawiera 25 pytań, z czego 5 dotyczy wywiadu osobowego. Badani musieli wskazać, jak oceniają swój stan zdrowia i sprawność fizyczną przed i po wystąpieniu udaru. Dodatkowo oceniano między innymi stopień samodzielności, ocenę swojego stanu emocjonalnego oraz jakości snu. W kwestionariuszu wykorzystano skalę VAS (*Visual Analogue Scale*, wizualna skala analogowa) służącą do oceny dolegliwości bólowych.

Dodatkowo zastosowano ocenę pacjenta według skali Barthel Index. Standaryzowany kwestionariusz składa się z 10 pytań dotyczących spożywania posiłków, możliwości utrzymania higieny osobistej, lokomocji, ubierania się oraz kontrolowania moczu oraz stolca.

Uzyskane wyniki zostały zgromadzone w programie Microsoft Excel, a analizę statystyczną wykonano przy pomocy programu STATISTICA 13.3.

## WYNIKI

Badanie przeprowadzono wśród 50 pacjentów ze stwierdzonym udarem mózgu leczonych w Klinice Neurologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku. W badanej grupie 17 osób stanowiły kobiety (34% pacjentów), 33-mężczyźni (66% chorych) (Rycina 1).



Rycina 1. Rozkład badanych ze względu na płeć.

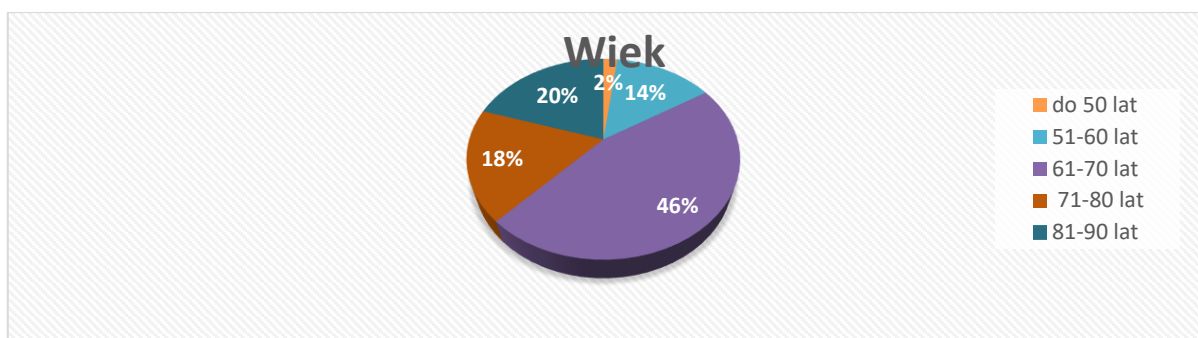


Wiek pacjentów wahał się między 46 a 87 lat. Średnia wieku to 70 lat (69,68), z czego średnia u kobiet to 71 lat (średnia=70,58) a u mężczyzn 69 lat (średnia=69,21). Odchylenie standardowe od średniej wynosiło ok. 9 lat (Tabela I).

**Tabela I. Rozkład wyników- wiek badanych.**

Płeć	Liczba badanych	Średnia	Odchylenie	Mediana	Minimum	Maksimum
Ogółem	50	69,68	8,77	69	46	87
Kobiety	17	70,58	8,944	70	59	87
Mężczyźni	33	69,21	8,78	69	46	85

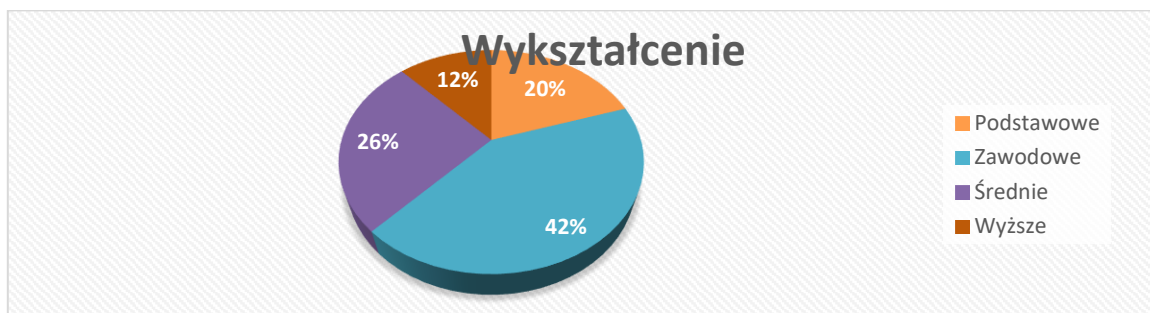
Największą grupę stanowili pacjenci w wieku pomiędzy 61 a 70 lat i stanowili oni 46 % wszystkich badanych. Najmniej pacjentów było poniżej 50 roku życia i stanowili oni 2% grupy badawczej. Badanych między 51 a 60-tym rokiem życia było 14%, pomiędzy 71 a 80-tym rokiem życia 18%, a do 90-go roku życia 20% (Rycina 2).



**Rycina 2. Struktura badanych ze względu na grupy wiekowe.**

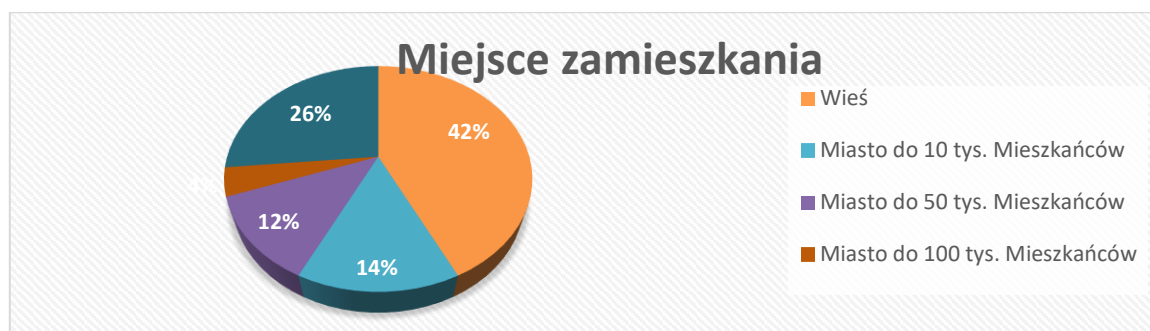
Największa ilość ankietowanych posiadała wykształcenie zawodowe (42%), 13 badanych (26%) – wykształcenie średnie. Natomiast wykształcenie podstawowe i wyższe zadeklarowało kolejno 20% i 12% grupy badanej (Rycina 3).





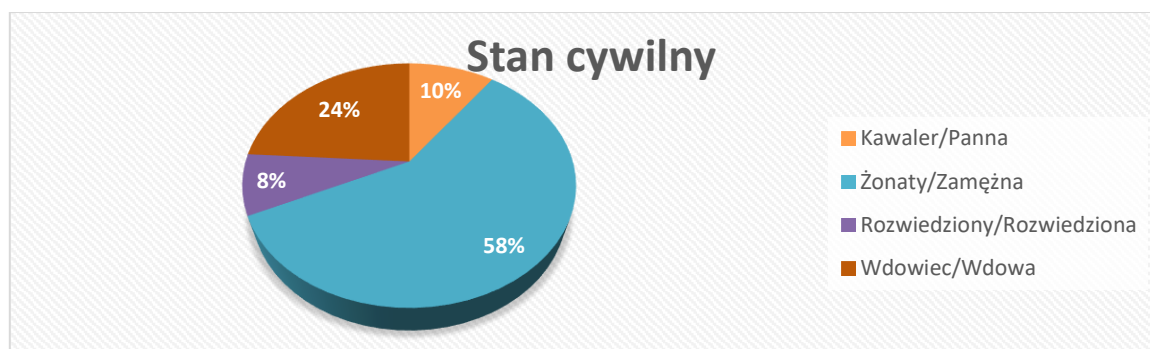
Rycina 3. Struktura badanych ze względu na wykształcenie.

Największą grupę (21 osób) stanowili chorzy zamieszkujący tereny wiejskie. Kolejną dużą grupę stanowiły osoby zamieszkujące miasto powyżej 100 tysięcy mieszkańców (26% badanych). Miasta od 10 tysięcy mieszkańców do 100 tysięcy mieszkańców zamieszkiwało łącznie 16% badanych (Rycina 4).



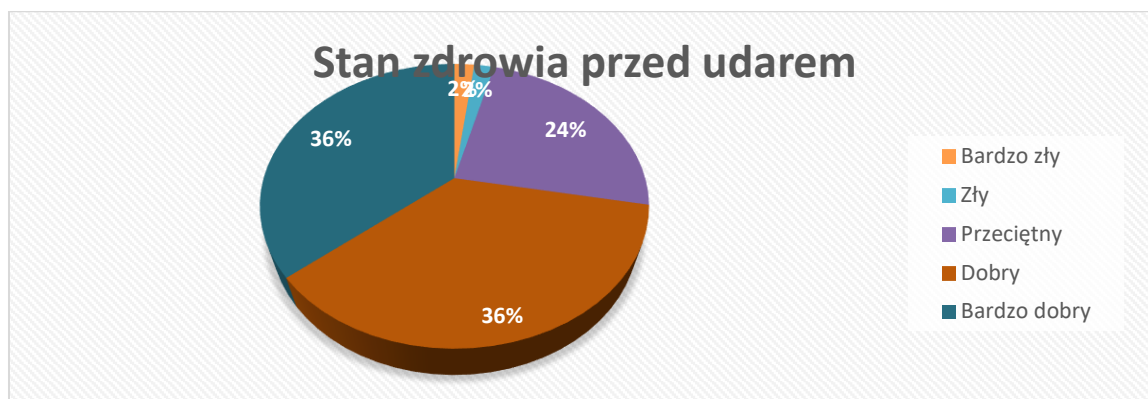
Rycina 4. Struktura badanych ze względu na miejsce zamieszkania.

Wśród ankietowanych największą grupę stanowiły osoby pozostające w związku małżeńskim (58%). Następną pod względem wielkości grupę stanowili wdowcy - 12 osób (24%). Jedna piąta ankietowanych pozostawała w stanie wolnym (kawaler, panna), natomiast 8% badanych było po rozwodzie (Rycina 5).



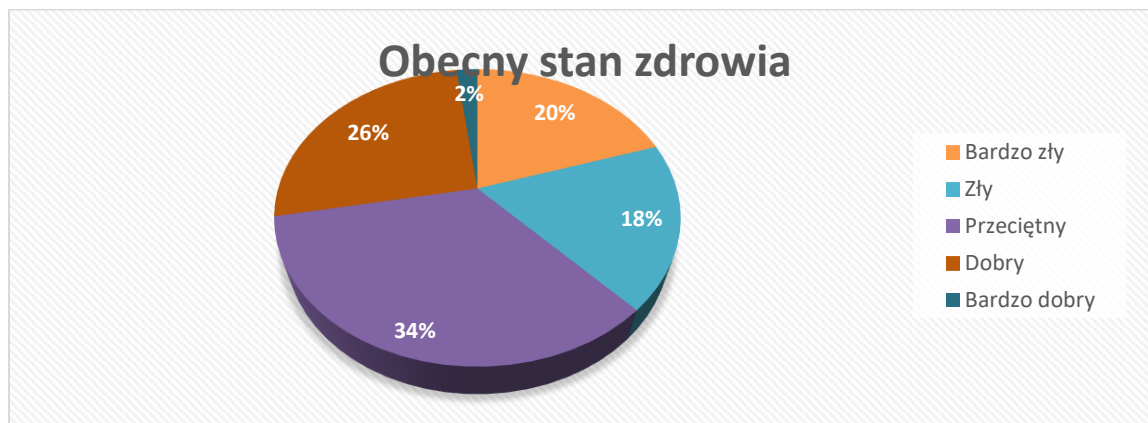
Rycina 5. Struktura badanych ze względu na stan cywilny.

Na pytanie jak oceniliby swój stan zdrowia przed udarem mózgu 72% ankietowanych odpowiedziało, że „dobry” lub „bardzo dobry”. Prawie jedna czwarta badanych oceniła swój stan zdrowia przed udarem jako przeciętny, a dwie osoby zaznaczyły, że ocenia go jako zły lub bardzo zły (Rycina 6).



**Rycina 6. Ocena stanu zdrowia pacjentów przed udarem.**

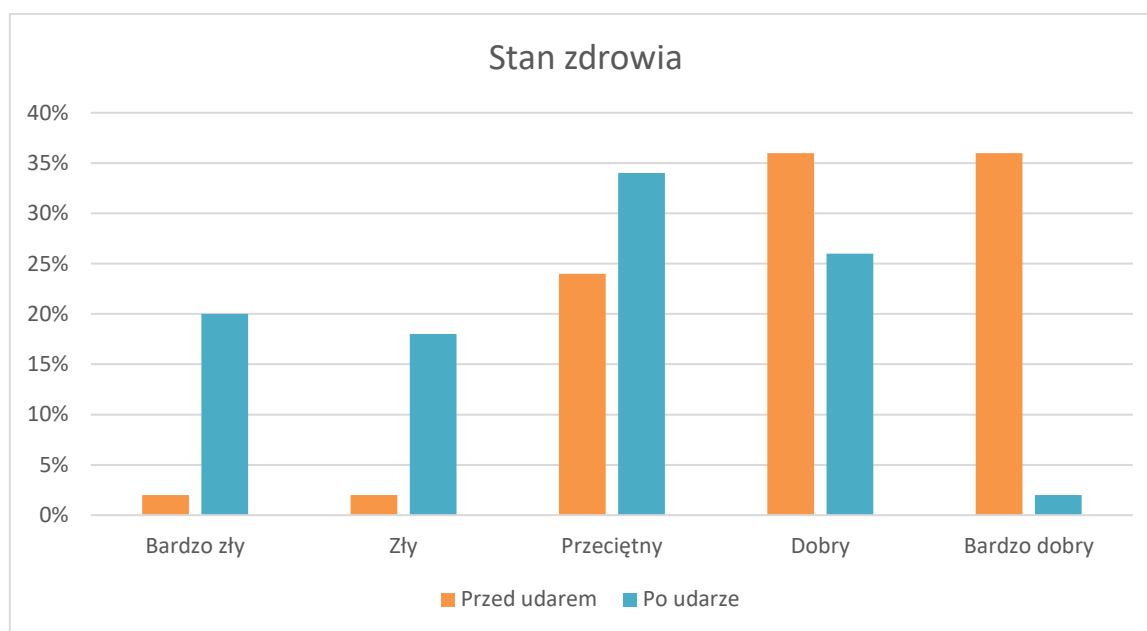
Oceniając swój obecny stan zdrowia 2% badanych określiło go jako bardzo dobry, jako dobry oceniło 26% badanych, 34% osób zaznaczyło, że definiują swój stan zdrowia jako przeciętny, 18% ocenia go jako zły, a 2% jako bardzo zły (Rycina 7).



**Rycina 22. Ocena stanu zdrowia pacjentów po udarze.**

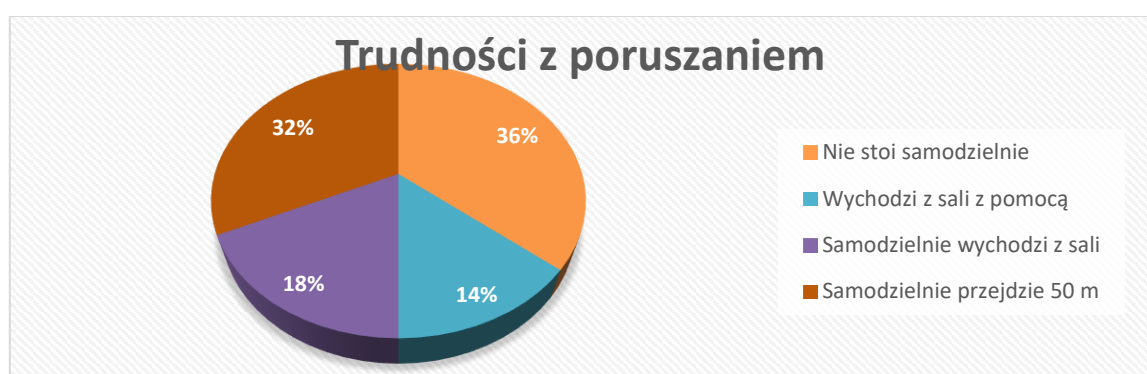
Jako bardzo zły swój stan zdrowia przed udarem określiło 2% pacjentów, po udarze ilość ta wzrosła do 20%. Taka samo ilość badanych oceniała swój stan zdrowia przed udarem jako zły, po udarze ta liczba wzrosła do 18%. Jako przeciętny określało 24% osób, a po udarze było ich 34%. Dobry stan zdrowia przed hospitalizacją deklarowało 36% ankietowanych, a podczas pobytu w Klinice Neurologii dobry stan zdrowia zaznaczyło 26% osób.

Przed udarem mózgu bardzo dobrym stanem zdrowia cieszyło się 36% badanych, a po udarze zaledwie 2% (Rycina 8).



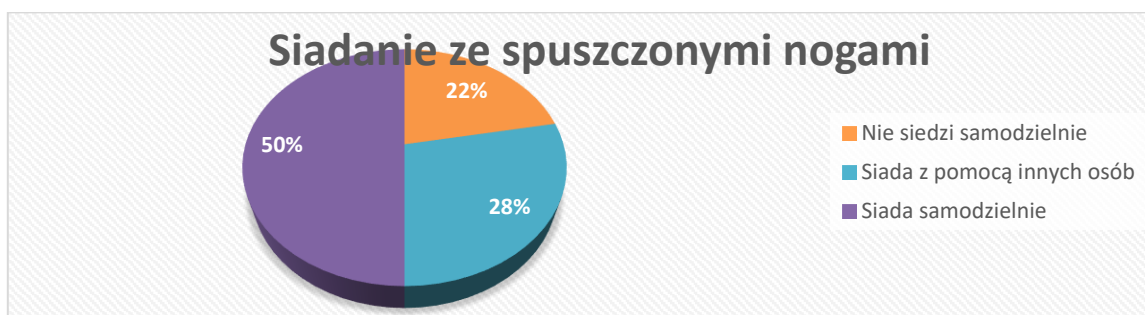
**Rycina 23. Porównanie oceny stanu zdrowia przed i po udarze.**

Wśród ankietowanych 36% osób nie miało możliwości samodzielnego stania ani poruszania się. Natomiast 14% pacjentów do pionizacji i wyjścia z sali potrzebowało pomocy innych osób lub sprzętu w postaci balkoników. Samodzielnie opuszczało salę chorych 18% pacjentów, a 32% osoby mogły samodzielnie przejść ponad 50 metrów i wyjść poza teren Oddziału (Rycina 9).



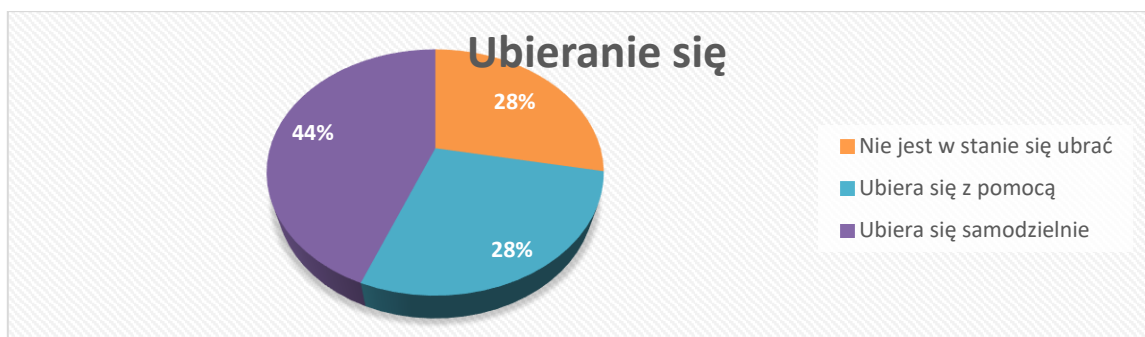
**Rycina 9. Ocena trudności z poruszaniem się po udarze.**

Połowa pacjentów po udarze mózgu mogła samodzielnie usiąść ze spuszczonej nogami na łóżku. Natomiast 28% osób by usiąść potrzebowała pomocy innej osoby. Część pacjentów (22%) nie było w ten sposób pionizowanych. Rycina 10.



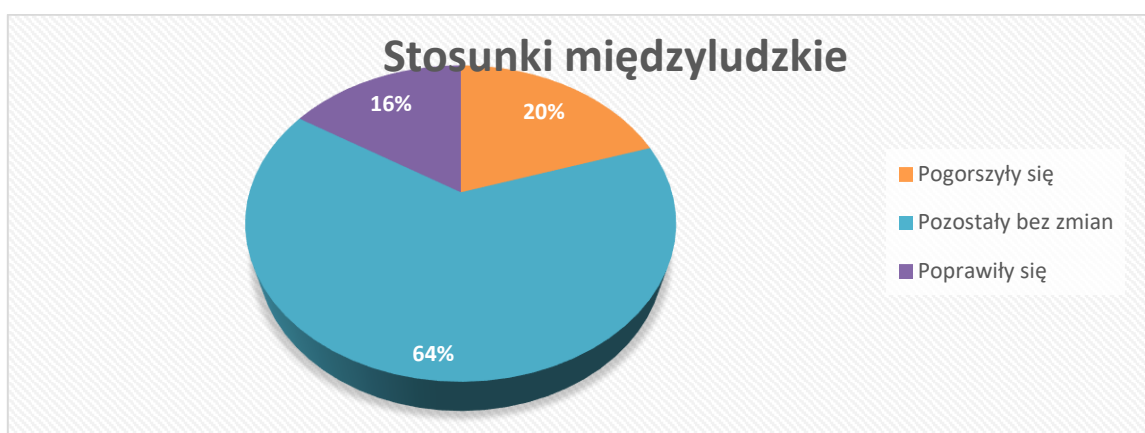
**Rycina 10. Ocena możliwości siadania ze spuszczone nogami.**

Wśród ankietowanych 44% ubierało się samodzielnie. Kolejne 56% wymagało częściowej lub całkowitej pomocy ze strony innych osób. Rycina 11.



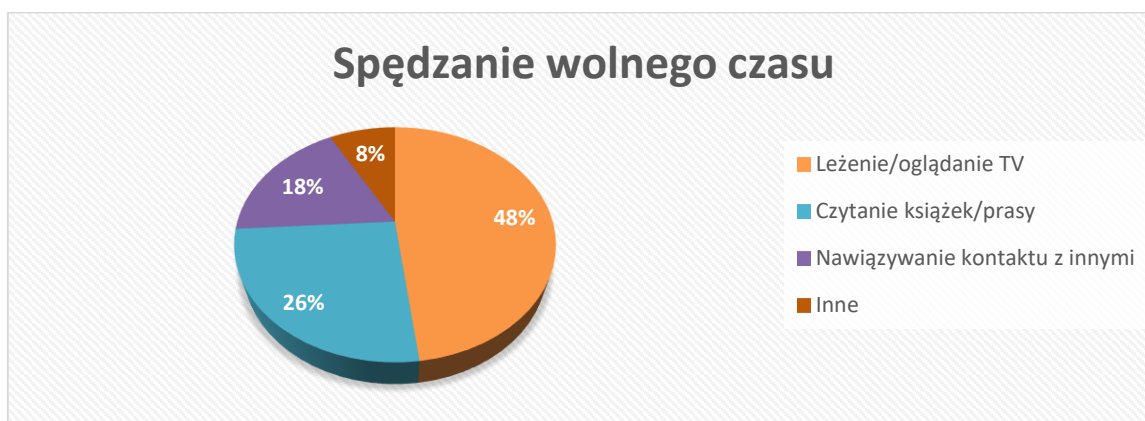
**Rycina 241. Ocena możliwości samodzielnego ubierania się.**

Znaczna większość pacjentów (64%) zadeklarowała, że ich stosunki międzyludzkie po wystąpieniu udaru mózgu nie zmieniły się. U 20% osób kontakt z bliskimi pogorszył się. Natomiast u 16% pacjentów stosunki te uległy poprawie (Rycina 12).



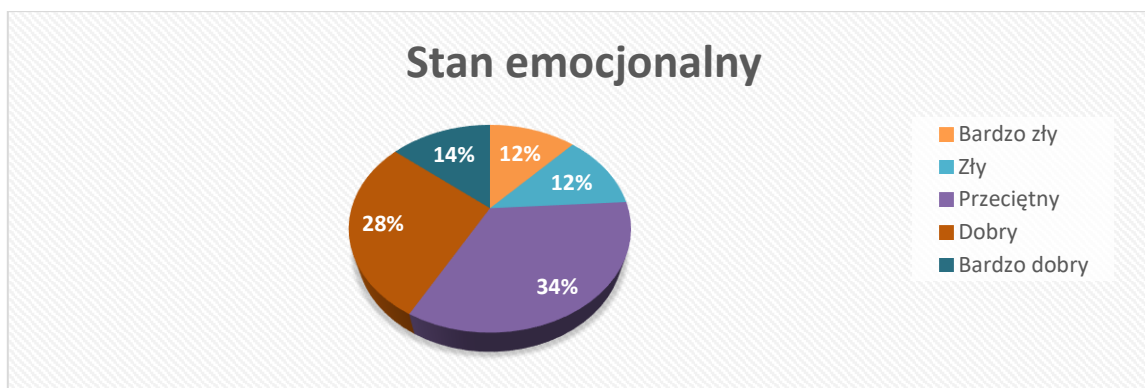
**Rycina 12. Ocena zmiany stosunków międzyludzkich po udarze mózgu.**

Wśród osób badanych prawie połowa (48%) spędzała swój czas na sali chorych w większości na leżeniu i oglądaniu TV. Pozostała część pacjentów skupiała się na czytaniu książek i pracy (26%) oraz na nawiązywaniu kontaktu z innymi chorymi na oddziale (18%). Cztery osoby swój wolny czas spędzały na wyszywaniu, rozwiązywaniu sudoku oraz krzyżówek (Rycina 13).



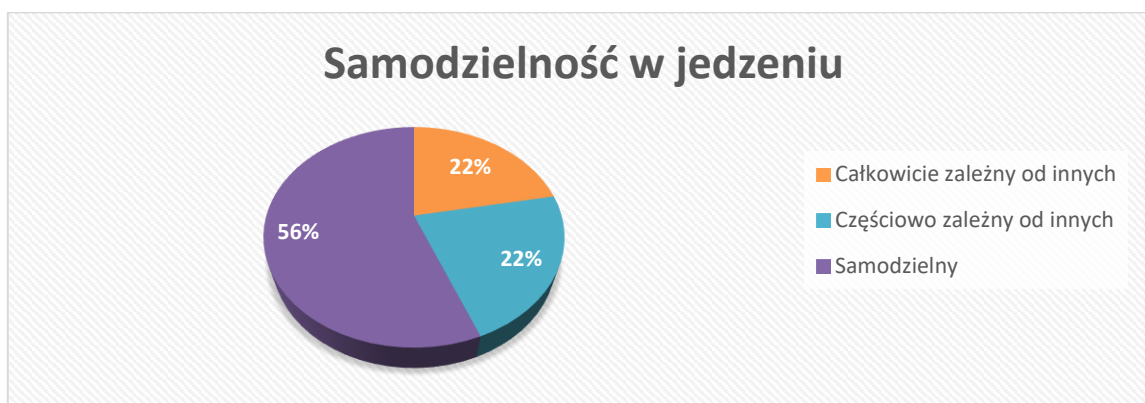
Rycina 13. Ocena sposobu spędzania wolnego czasu.

Pośród wszystkich badanych 14% osób oceniło swój stan emocjonalny po udarze jako bardzo dobry. Dobry stan emocjonalny posiadało 28%. Jako przeciętny pokreśliło go 34% osób. Na zły i bardzo zły stan emocjonalny skarżyło się po 12% badanych (Rycina 14).



Rycina 254. Ocena stanu emocjonalnego pacjentów po udarze.

Ponad połowa badanych (56%) podczas pobytu w Klinice Neurologii spożywała posiłki samodzielnie. Pozostała część pacjentów (44%) potrzebowała częściowej lub całkowitej pomocy ze strony innych osób (Rycina 15).



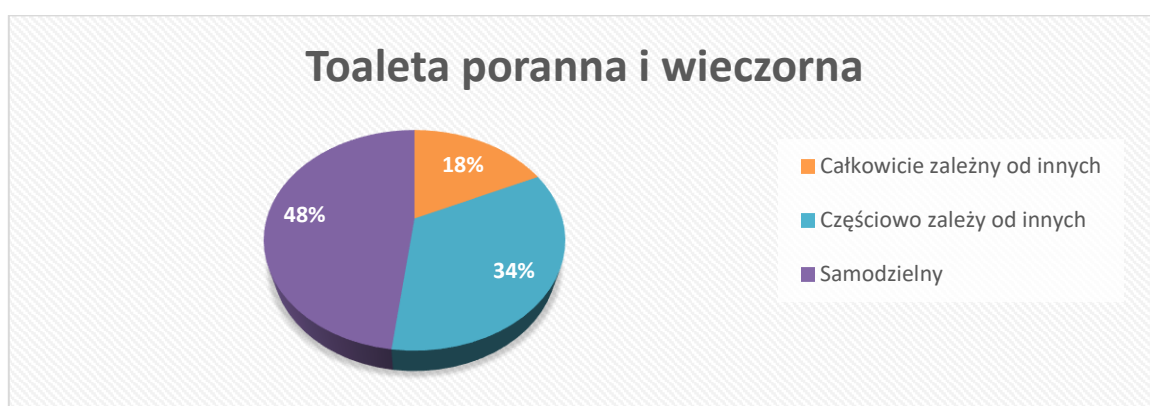
**Rycina 15. Ocena samodzielności w spożywaniu posiłków.**

Zaledwie 11% pacjentów samodzielnie mogło korzystać z toalety. Jedna czwarta potrzebowała w tym celu pomocy innych, a znaczna część (64%) całkowicie nie mogła korzystać z toalety (Rycina 16).



**Rycina 16. Ocena samodzielności w korzystaniu z toalety.**

W grupie ankietowanych 48% osób mogło samodzielnie wykonać czynności z zakresu toalety porannej i wieczornej tj. umyć zęby, twarz, uczesać włosy. Siedemnaście osób (34%) deklarowało, że potrzebują niewielkiej pomocy ze strony innych, a 18% pacjentów było całkowicie niesamodzielnych w tym zakresie (Rycina 17).



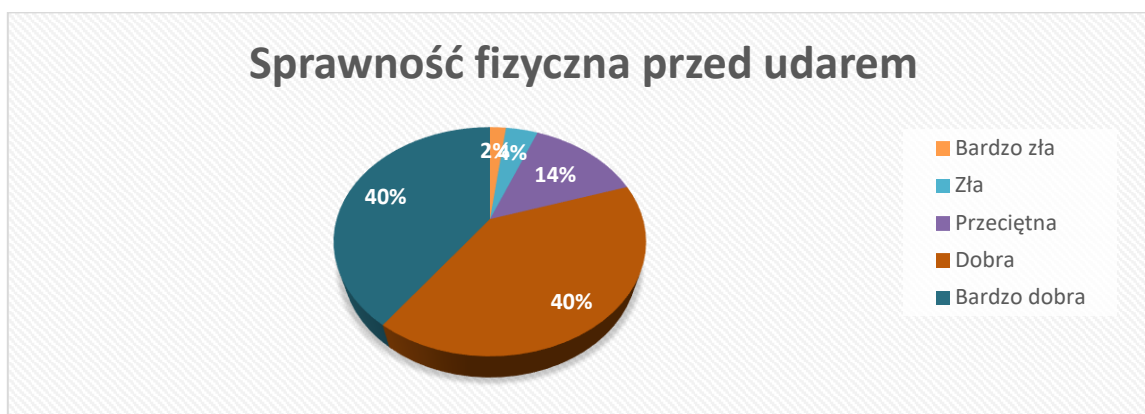
**Rycina 17. Ocena możliwości samodzielnego wykonywania toalety porannej i wieczornej.**

Największa liczba badanych (38%) określiła, że aktualnie nie odczuwa żadnych dolegliwości bólowych związanych z udarem mózgu. Natomiast 22% osób oceniło odczuwany ból jako łagodny (2 w skali VAS). Po trzy osoby określiło dolegliwości równe 3 i 5 w dziesięciostopniowej skali. Ból równy 4 zadeklarowało 4 pacjentów. Pozostali pacjenci oceniali swój ból od 6 do 10 w skali VAS (Rycina 18).



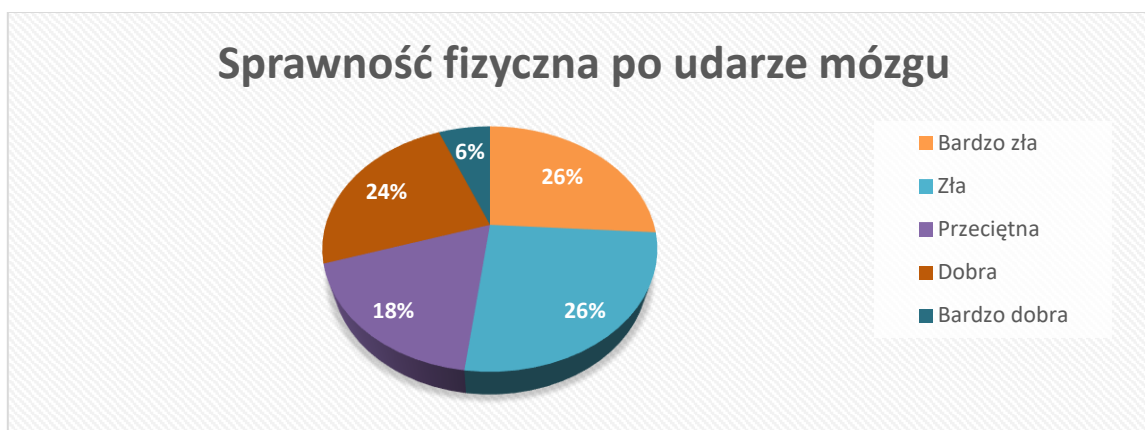
**Rycina 18. Skala oceny odczuwanego bólu.**

Zdecydowana większość pacjentów (80%) oceniła swoją sprawność fizyczną przed udarem jako bardzo dobrą lub dobrą. Zaledwie 14% osób określiło ją jako przeciętną. Dwóch pacjentów oceniło sprawność fizyczną jako złą a jeden jako bardzo złą (Rycina 19).



**Rycina 19. Ocena sprawności fizycznej przed udarem.**

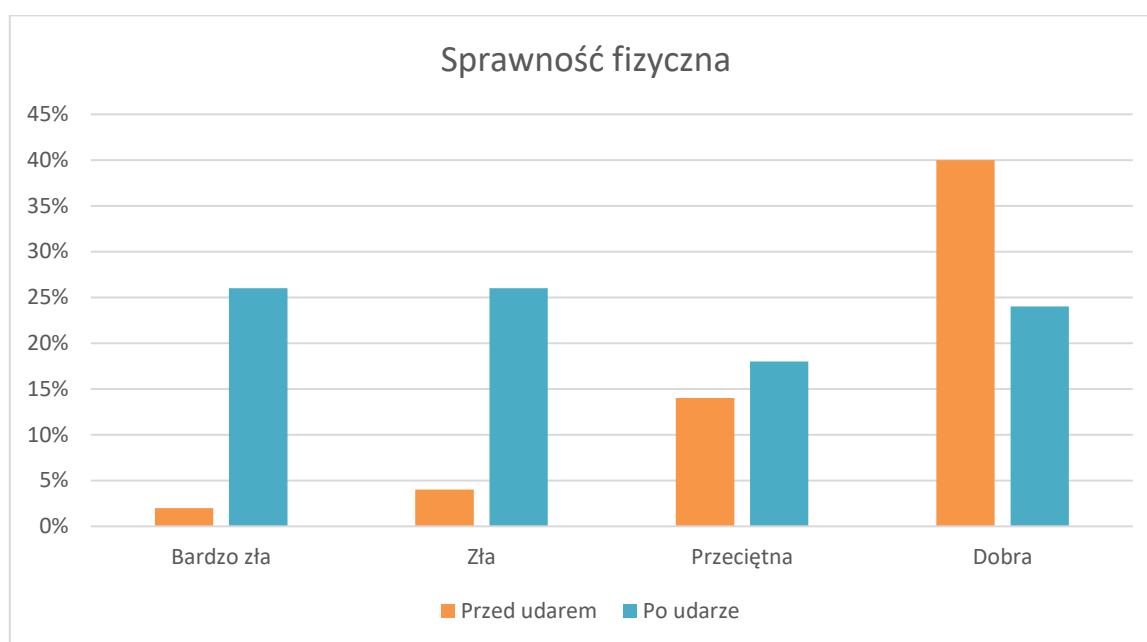
Po przebytych udarach mózgu 26% pacjentów określało swoją sprawność fizyczną jako złą i bardzo złą. Niecała jedna piąta (18%) osób oceniła ją jako przeciętną. Dobrą sprawnością fizyczną cieszyło się 24%, a bardzo dobrą 6% badanych (Rycina 20).



**Rycina 2026. Ocena sprawności fizycznej pacjentów po udarze.**

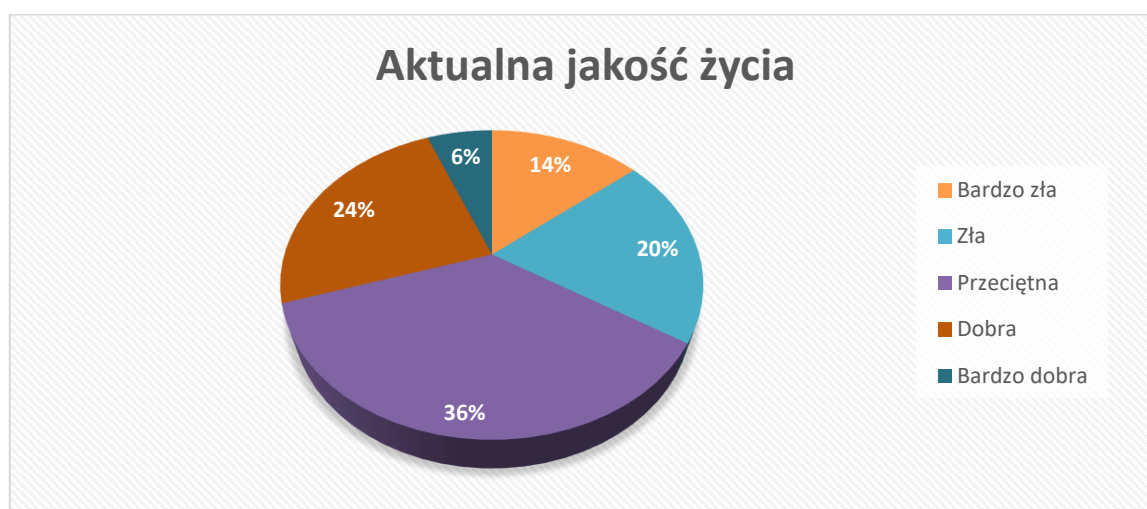
Przed udarem swoją sprawność fizyczną jako bardzo złą określało 2% pacjentów, po udarze liczba ta wzrosła do 26%. Podobnie 26% chorych po przebytych udarach oceniło sprawność fizyczną jako złą, a przed udarem deklarowało ją tylko 4% ankietowanych. Jako przeciętną przed hospitalizacją oceniało 14%, a po udarze liczba ta wynosiła 18%. Dobrą i bardzo dobrą jakością życia przed pobyt w szpitalu cieszyło się 80% pacjentów, po udarze liczba ta spadła do 30% (Rycina 21).





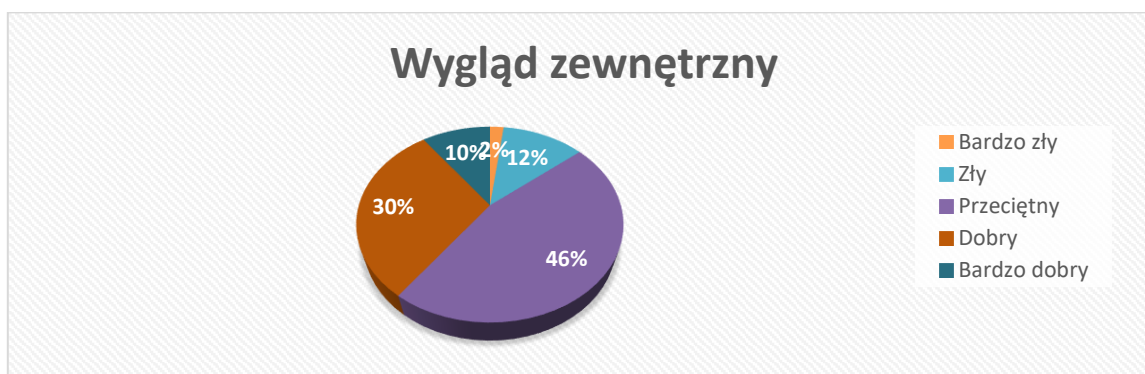
**Rycina 21. Porównanie sprawności fizycznej przed i po udarze mózgu.**

Po udarze mózgu pacjenci określali swoją jakość życia jako przeciętną (36%). Bardzo dobrą deklarowało 6%, dobrą 24%, złą 20%, a bardzo złą 14% (Rycina 22).



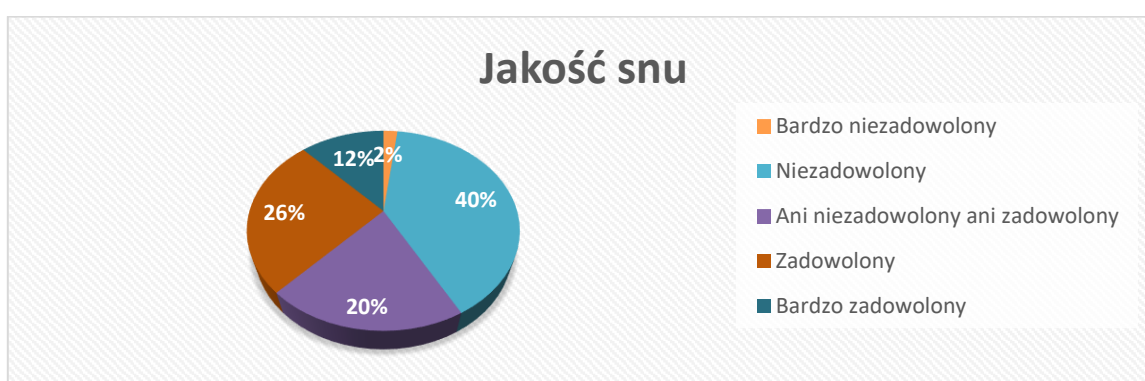
**Rycina 22. Ocena jakości życia pacjentów po udarze mózgu.**

Oceniając swój wygląd zewnętrzny około połowa pacjentów (46%) określiła go jako przeciętny. Kolejną grupę stanowili chorzy oceniający wygląd jako dobry (30%). Pośród badanych 10% określiło wygląd zewnętrzny jako bardzo dobry. Pozostali określali go jako zły a jedna osoba jako bardzo zły (Rycina 23).



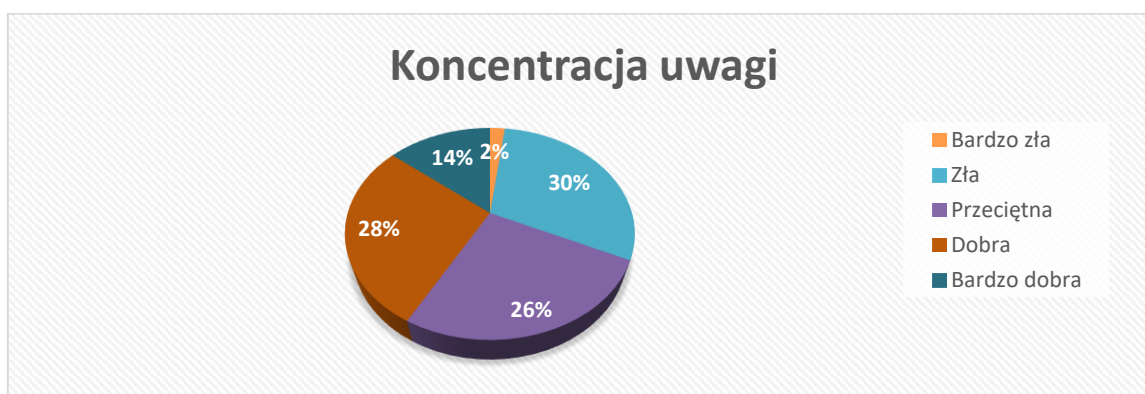
**Rycina 23. Ocena wyglądu zewnętrznego po udarze.**

Największa liczba osób (40%) była niezadowolona ze swojego snu, a 2% bardzo niezadowolone. Osoby zadowolone i bardzo zadowolone stanowiły 38% badanych. Pozostało 20% oceniło swój sen jako przeciętny (Rycina 24).



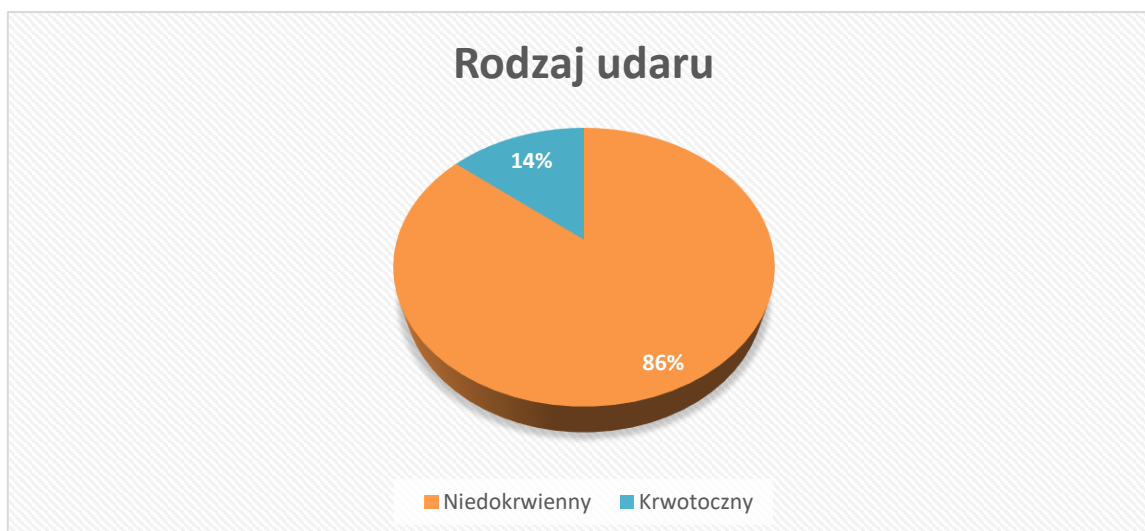
**Rycina 24. Ocena zadowolenia pacjentów ze snu.**

Pośród badanych 32% osób posiadało problemy z koncentracją. Dobrą i bardzo dobrą koncentracją uwagi cieszyło się 42% pacjentów. Pozostałe 26% oceniało ją jako przeciętną (Rycina 25).



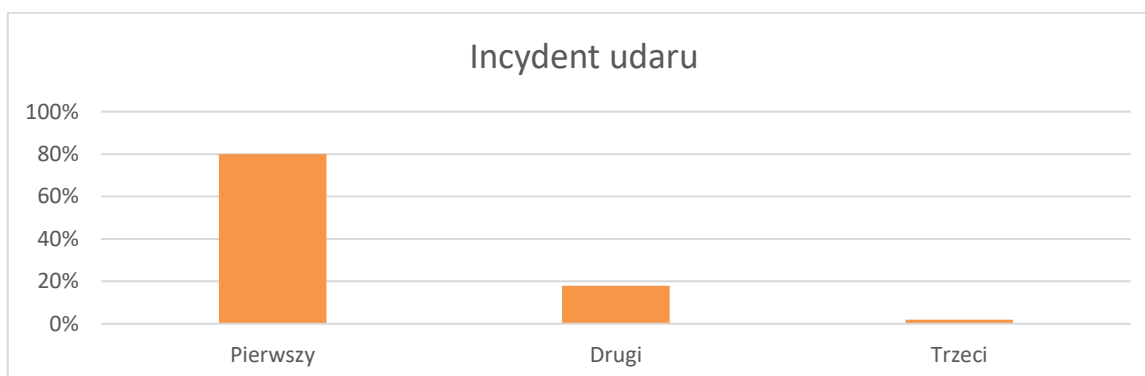
**Rycina 27. Ocena koncentracji uwagi pacjentów po udarze mózgu.**

Wśród wszystkich osób badanych największą liczbę stanowiły osoby hospitalizowane z powodu niedokrwiennego udaru mózgu (86%). Pacjenci z krwotocznym udarem mózgu stanowili 14% grupy (Rycina 26).



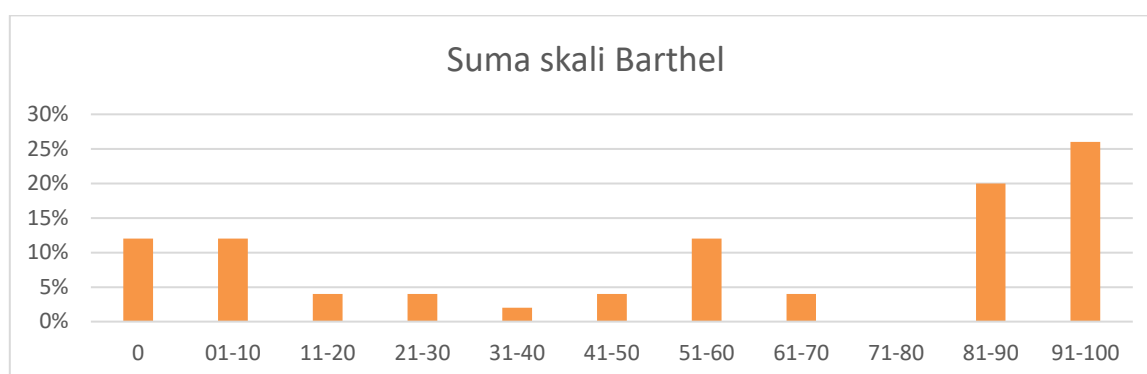
**Rycina 26. Struktura badanych ze względu na rodzaj udaru mózgu.**

Pierwszy raz hospitalizowanym z powodu udaru mózgu było 80% badanych. Drugi incydent udaru wystąpił u 18% pacjentów, a jeden pacjent (2%) doznał trzeciego udaru mózgu (Rycina 27).



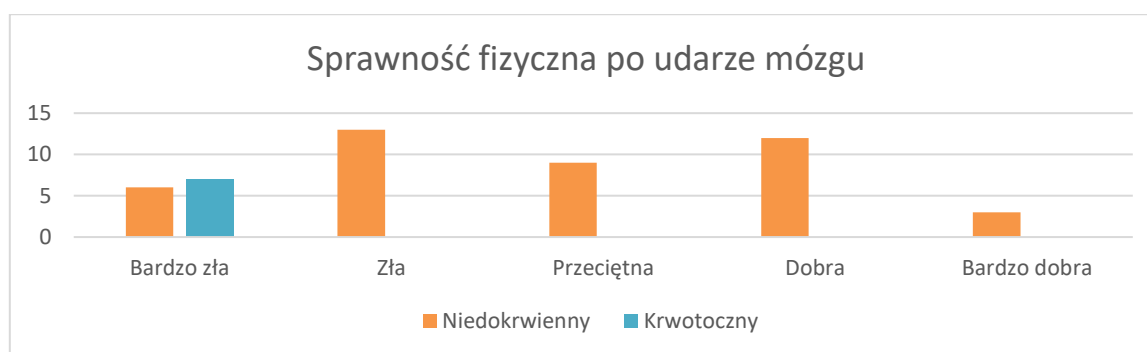
**Rycina 27. Struktura badanych ze względu u na incydent udaru mózgu.**

Pośród ankietowanych 24% osób uzyskało wynik nie większy niż 10 punktów w skali Barthel Index. Dodatkowo 14% badanych uzyskało powyżej 10 lecz nie więcej niż 50 punktów. Wynik pomiędzy 50 a 90 punktów posiadało 36% pacjentów. Pozostała część pacjentów 26% osiągnęła wynik równy 95 lub 100 punktów (Rycina 28).



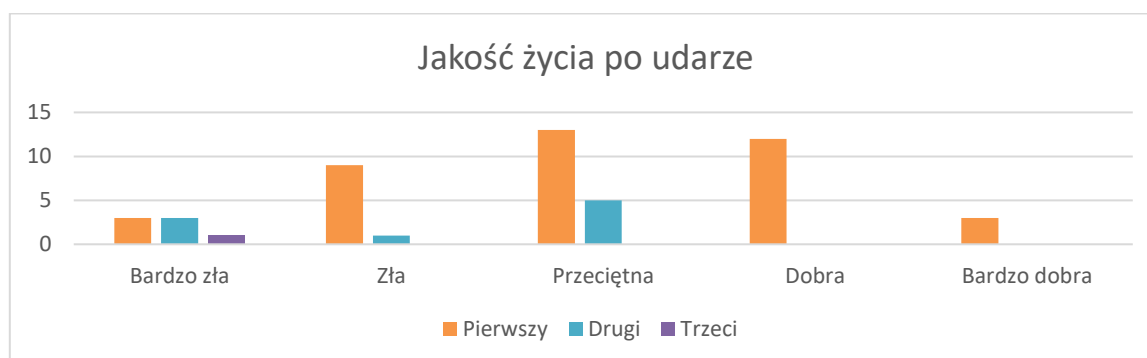
**Rycina 28. Struktura badanych ze względu na uzyskaną liczbę punktów w skali Barthel.**

Subiektywna ocena sprawności fizycznej przez pacjentów po udarze mózgu w sposób istotny statystycznie zależy od rodzaju przebytego udaru ( $p=0,00012$ ). Osoby po przebytych udarze niedokrwiennym znacznie lepiej oceniały swoją sprawność fizyczną niż osoby po przebytych udarze krwotocznym (Rycina 29).



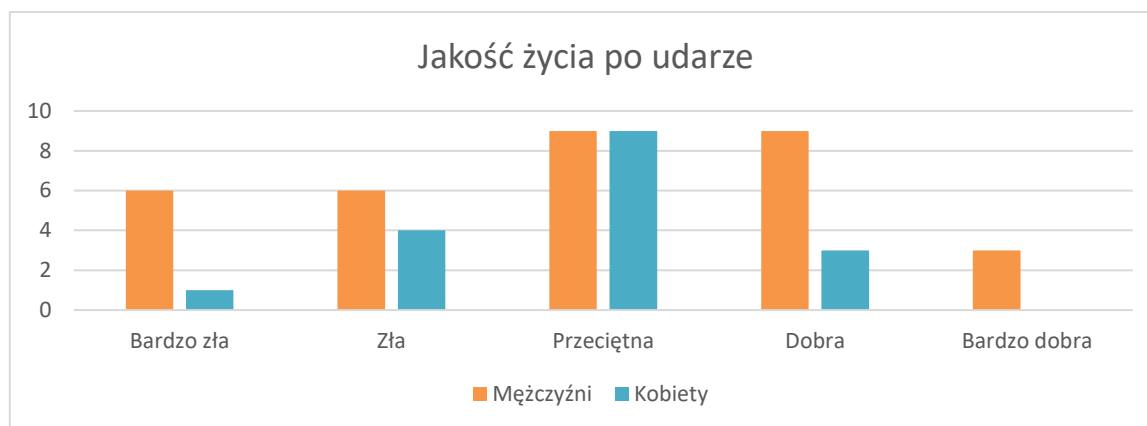
**Rycina 29. Sprawność fizyczna a rodzaj przebytego udaru.**

Nie wykazano istotnie statystycznie zależności pomiędzy subiektywną oceną aktualnej jakości życia a liczbą przebytych udarów ( $p=0,06$ ). Większość pacjentów ocenia swoją jakość życia jako przeciętną lub poniżej niej (Rycina 30).



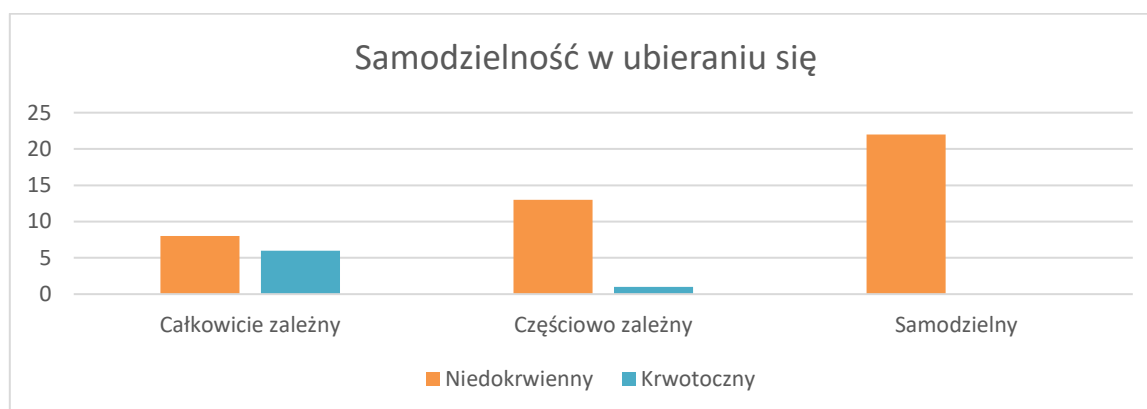
**Rycina 30. Zależność pomiędzy jakością życia po udarze a liczbą przebytych udarów.**

Nie wykazano istotnie statystycznie zależności pomiędzy jakością życia a płcią badanych ( $p=0,25$ ). Taka sama ilość kobiet jak i mężczyzn oceniła swoją jakość życia jako przeciętną (Rycina 31).



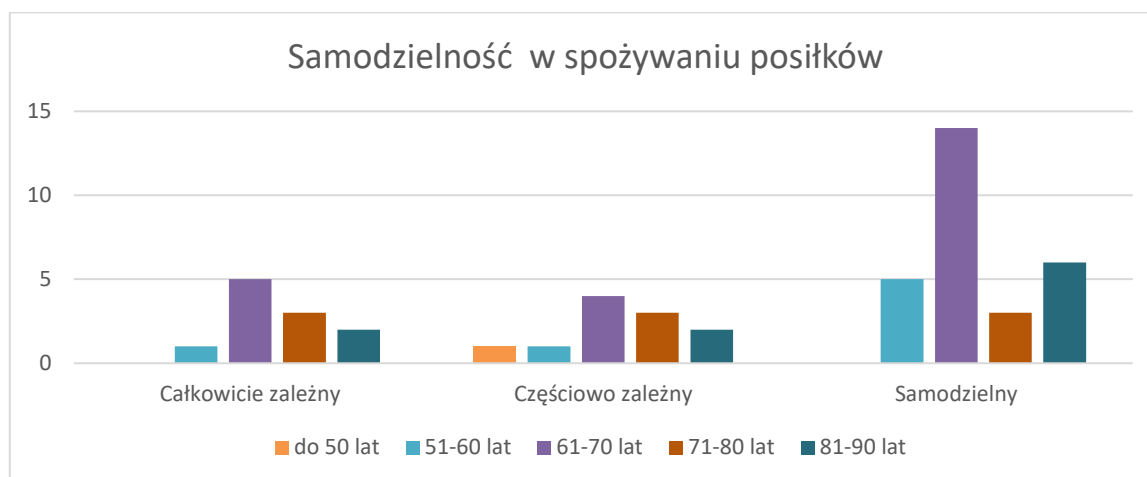
**Rycina 31. Zależność pomiędzy jakością życia po udarze a płcią badanych.**

Pomiędzy możliwością samodzielnego ubierania się i rodzajem przebytego udaru wykazano istotny statystycznie związek ( $p=0,001$ ). Po przebytych udarach krwotocznym większa część pacjentów w aspekcie ubierania się była całkowicie zależna od innych (86%) niż po przebytych udarach niedokrwiennym (19%) (Rycina 32).



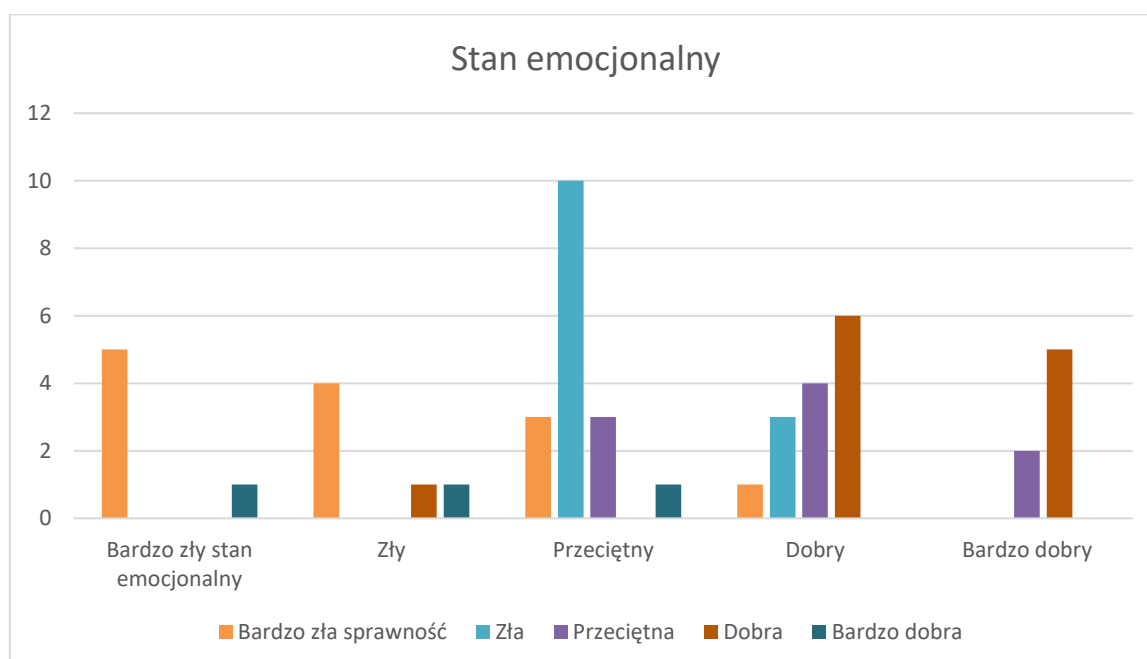
**Rycina 32. Zależność pomiędzy samodzielnością w ubieraniu się rodzajem przebytego udaru.**

Nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy możliwością samodzielnego spożywania posiłków a wiekiem badanych ( $p=0,59$ ). Zarówno najmłodsi jak i najstarsi pacjenci w podobnym stopniu byli zależni od innych osób (Rycina 33).



**Rycina 33. Zależność między samodzielnością w spożywaniu posiłków a wiek pacjentów.**

Sprawność fizyczna po udarze mózgu w sposób istotny statystycznie wpływa na stan emocjonalny chorych ( $p=0,00003$ ). Najgorzej swój stan emocjonalny oceniały osoby z bardzo złą sprawnością fizyczną. Ankietowani, których określali swoją sprawność fizyczną jako dobrą tak samo określali swój stan emocjonalny. Największa grupa ludzi ze złą sprawnością fizyczną określała stan emocjonalny jako przeciętny (Rycina 34).



**Rycina 34. Zależność między stanem emocjonalnym a sprawnością fizyczną po udarze.**

## DYSKUSJA

Udar mózgu należy do grupy chorób neurologicznych spowodowanych zaburzeniem przepływu krwi w mózgowiu. Pacjenci z przebytych incydentem udarowym, o ile nie spowoduje on wcześniej zgonu, borykają się z różnego stopnia niepełnosprawnościami lub trwałym inwalidztwem. Ograniczenie aktywności ruchowej i niemożność wykonywania czynności dnia codziennego oraz pracy wpływa na stan emocjonalny pacjentów. Wszystkie te elementy składają się ogólną jakość życia chorych po udarze mózgu [4, 15].

W badaniach własnych również wykorzystano skalę Barthel Index w celu określenia sprawności funkcjonalnej pacjentów. Wśród pacjentów w ostrej fazie udaru mózgu całkowitą sprawność utrzymało 16% badanych. W pozostałych grupach: niepełnosprawność lekkiego stopnia (75-95 pkt) - 30% pacjentów, średni stopień niepełnosprawności (50-70 pkt) - 18% osób. Poważna niepełnosprawność (do 45 pkt) dotyczyła 12% badanych, ciężki stopień niepełnosprawności (poniżej 20 pkt) - 24% pacjentów.

Podobne wyniki uzyskała Jarosławska i wsp. oceniając 172 osoby w okresie od 6 do 18 miesięcy po przebytych udarach niedokrwiennym mózgu. Oba badania wskazują, że udar mózgu w znaczący sposób wpływa na ograniczenie sprawności funkcjonalnej i rozwój niepełnosprawności [26].

Nalepa i wsp. badając jakość życia chorych po przebytych udarach mózgu skupili się na ich funkcjonowaniu w warunkach domowych. Przebadali grupę 64 pacjentów (23 kobiety i 41 mężczyzn). Autorzy wykazali, iż zaledwie 4,68% pacjentów określało się jako samodzielnych w życiu codziennym, 60,94% osób wymagało częściowej pomocy ze strony innych, a 34,38% było zupełnie uzależnionych od innych osób. Samodzielność podzielono na kilka aspektów: spożywanie posiłków, mycie się, korzystanie z toalety, poruszanie się oraz ubieranie się. Wśród ankietowanych 56% osób jadło posiłki samodzielnie, pozostali byli całkowicie lub częściowo zależni od innych. Podczas wykonywania higieny osobistej niezależnych było zaledwie 14% pacjentów. Z toalety samodzielnie korzystało 36% badanych. Problemy z poruszaniem, które skutkowały pozostaniem w łóżku posiadało 41% osób. W ubieraniu się niewielkiej lub całkowitej pomocy wymagało 92% pacjentów [27]. W badaniach własnych również wykazano znaczne problemy z samodzielnym egzystowaniem pacjentów. Podczas spożywania posiłków 56% pacjentów wykazywało się niezależnością, reszta badanych potrzebowała częściowej lub całkowitej pomocy ze strony innych osób.

W trakcie wykonywania toalety porannej i wieczornej 52% pacjentów musiało korzystać z pomocy innych. Z toalety samodzielnie korzystała połowa badanych. Brak możliwości samodzielnego stania, a zarazem konieczność leżenia w łóżku występowała u 36% pacjentów. W ubieraniu się pomocy potrzebowało 56% badanych. Przedstawione wyniki wskazują na duży wpływ udaru mózgu na utratę samodzielności pacjentów.

W pracy przeprowadzonej we Wrocławiu przez Dębińską i wsp. na grupie 24 pacjentów (10 kobiet i 14 mężczyzn) wykazano, że nie istnieje istotna statystycznie zależność pomiędzy płcią badanych a jakością życia po udarze mózgu. Ponadto stwierdzono brak związku pomiędzy miejscem zamieszkania (wieś i miasto) a ocenianą jakością życia [45]. Podobne badania zostały przeprowadzone w ośrodkach w Rzeszowie przez Rykałą i wsp. Obejmowały one grupę 90 osób (47 kobiet i 43 mężczyzn) z rozpoznaniem udarem niedokrwiennym. Autorzy również potwierdzili, iż płeć chorych nie odgrywa roli w ocenie ich jakości życia [28]. W badaniach własnych również oceniono zależność pomiędzy płcią a jakością życia. Nie zaobserwowano istotnej statystycznie zależności pomiędzy subiektywną oceną jakości życia a płcią badanych oraz pomiędzy jakością życia a ilością przebytych udarów.

Zbadano stan emocjonalny pacjentów po udarze mózgu. Obniżony nastój wykazano u 58% badanych. Ponadto stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy sprawnością fizyczną po udarze a subiektywną oceną stanu emocjonalnego. Im mniejsze możliwości fizyczne tym gorsza ocena stanu emocjonalnego pacjentów. Podobne wyniki w swoich badaniach uzyskał Jadczyk i wsp. oceniając poziom depresji w fazie ostrej udaru w zależności od lokalizacji niedokrwienia. Według zastosowanej Skali Depresji Becka depresję zdiagnozowano u blisko 47% osób z udarem półkuli dominującej i u około 27% pacjentów z niedokrwieniem półkuli niedominującej [29].

Kolejnymi badaczami jakości życia u pacjentów po udarze byli Bolach i wsp. W swojej pracy oceniającej 34 pacjentów (18 kobiet i 16 mężczyzn) w wieku od 51 do 78 lat wykorzystali skalę Stroke-Adept 30-item Version of the Sickness Impact Profile. Dzięki tej metodzie mogli ocenić obniżenie jakości życia w zakresie samoobsługi, mobilności, możliwości dbania o dom, poruszania się, komunikacji, stanu emocjonalnego stosunków międzyludzkich i koncentracji uwagi. Według ich badań istnieje istotna statystycznie różnica pomiędzy obniżeniem jakości życia w odniesieniu do ograniczeń aktywności fizycznej i w odniesieniu do aspektów psychospołecznych. Pacjenci silniej odczuwali obniżenie jakości życia związane z ograniczeniem aktywności fizycznej. Autorzy zwrócili uwagę, że oprócz problemów z mobilnością i trudnościami o dbałość o gospodarstwo domowe, wielu pacjentów posiadało



zaburzenia koncentracji uwagi. Średnio badani oceniali zaburzenie swojej koncentracji na 66% (w skali od 0 do 100%) [30]. W badaniach własnych skupiono się na subiektywnej ocenie koncentracji uwagi pacjentów po udarze mózgu. Według analizy 58% badanych skarżyło się na obniżenie koncentracji. Problemy w skupieniu uwagi mogły znacząco wpływać na sposób spędzania wolnego czasu. Blisko połowa badanych spędzała czas na salach chorych wyłącznie leżąc i oglądając telewizję.

## **WNIOSKI**

1. Jakość życia chorych po przebytych udarach niedokrwiennym jest lepsza niż osoby po udarach krwotocznym, jak również liczba przebytych udarów mózgu nie wpływa na subiektywną ocenę aktualnej jakości życia pacjentów.
2. Zmniejszenie sprawności fizycznej po przebyciu udaru mózgu wpływa na obniżenie stanu emocjonalnego pacjentów. Pacjenci stają się zależni od innych, co obniża ich jakość życia.

## **PIŚMIENNICTWO**

1. Starostka-Tatar A., Łobuz-Roszak B., Skrzypek M., Gąsior M., Gierlotka M.: Definicja i leczenie udaru mózgu na przestrzeni wieków. *Wiadomości Lekarskie*, 2017, 70, 982-987.
2. Snarska K., Kapica-Topczewska K., Sawicka J., Drozdowski W., Bachórzewska-Gajewska H.: Cukrzyca jako czynnik ryzyka udaru niedokrwiennego mózgu. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*, 2010, 6, 93-100.
3. Pacian A., Bednarz J., Koczoruk M., Skórzyńska H., Kawiak-Jawor E.: Jakość życia pacjentów po przebytych udarach mózgu leczonych na oddziale neurologii w Powiatowym Szpitalu Specjalistycznym w Stalowej Woli [w:] *Zagrożenia i problemy cywilizacyjne XXI w.- przegląd i badania*, Maciąg M., Maciąg K. (red.). TYGIEL, Lublin 2017, 49-61.
4. Strepikowska A., Buciński A.: Udar mózgu-czynniki ryzyka i profilaktyka. *Postępy Farmakoterapii*, 2009, 65, 46-50.
5. Siebert J., Nyka W., Trzeciak B., Gutknecht P., Molisz A., Świerkoka M., Siebert B., Wierzbica T.: Udar mózgu- możliwości efektywnego monitorowania. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2011, 5, 87-107.

6. Cichońska M., Borek M., Krawczyk W.: Wybrane czynniki ryzyka, choroby i zespoły objawowe prowadzące do występowania udarów mózgu. *Acta Scientifica Academiae Ostroviensis*, 2012, 1, 27-46.
7. Samieri C., Feart C., Proust-Lima C., Peuchant E., Tzourio C., Stapf C., Berr C., Barberger-Gateau P.: Spożywanie oliwy z oliwek i stężenie kwasu oleinowego w osoczu a zapadalność na udar mózgu: wyniki badania Three-City. *Neurologia po Dyplomie*, 2011, 6, 8-17.
8. Kozera G., Nyka W.M., Siebert J.: Aktualne zasady terapii ostrej fazy udaru mózgu. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2011, 5, 147-155.
9. Poleszak A., Pogorzała A.M., Poleszak P.: Wybrane zaburzenia funkcji poznawczych u osób po udarze niedokrwiennym mózgu. *Horyzonty Współczesnej Fizjoterapii*, 2016, 2, 169-180.
10. Witkowska M., Wieczorek D., Biechowska D., Jodzio K.: Anozognozja, pomijanie stron i depresja u pacjentów po udarze prawej półkuli mózgu. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 2010, 19, 127-132.
11. Wiskirska-Woźnica B.: Wprowadzenie do dysfagii jako problemu wielospecjalistycznego. *Otolaryngologia*, 2016, 15, 59-62.
12. Kwolek A. (red.): *Rehabilitacja w udarze mózgu*. Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2011.
13. Okrój-Lubecka J., Szurowska E., Kozera G.: Metody neuroobrazowania ostrej fazy udaru niedokrwiennego mózgu w praktyce klinicznej. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2015, 9, 460-470.
14. Piskorz J., Wójcik G., Ilzecka J., Kozak-Putowska D.: Wczesna rehabilitacja pacjentów po udarze niedokrwiennym mózgu. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2014, 20, 351-355.
15. Hoffman J., Zbonik M., Hoffman A., Sochanek M.: Rola rehabilitacji w procesie leczenia pacjentów po przebytych udarach mózgu. [w:] *Choroby XXI wieku- wyzwania w pracy fizjoterapeuty*, Podgórska M. (red.). Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania, Gdańsk 2017, 127-139.
16. Nyka W., Jankowska B.: Zasady wczesnej rehabilitacji chorych z udarem niedokrwiennym mózgu. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2009, 3, 85-91.

17. Kałużny K., Kałużna A., Kochański B., Cichosz M., Ploszaj O., Pawiła M., Zukow W., Hagner W.: Wpływ rehabilitacji neurologicznej na funkcjonowanie pacjentów po przebytych udarze niedokrwiennym mózgu- analiza retrospektywna. *Journal of Education, Health and Sport*, 2016, 6, 38-52.
18. Bugajski M., Czernicki J.: Ocena wpływu ćwiczeń na platformie balansowej z wykorzystaniem biologicznego sprzężenia zwrotnego na reedukację chodu osób po udarze mózgu. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie*, 2013, 4, 439-447.
19. Kaniewski O., Suszyński K., Górka D., Kania D., Szelfer J., Dudek J., Doroniewicz I., Opala G., Kwiek S.J.: Wpływ terapii PNF na proces poprawy motorycznej u pacjentów po niedokrwiennym udarze mózgu zlokalizowanym w lewej półkuli w okresie ostrym. *Annales Academiae Medicae Silesiensis*, 2014, 68, 294-301.
20. Olak K., Kłoda M., Szlufik S., Smolis-Bąk E.: Ocena dynamiki powrotu sprawności ruchowej pacjentów po udarze niedokrwiennym mózgu w okresie ostrym i podostrym poddanych kinezyterapii zawierającej wybrane elementy metody PNF. *Postępy Rehabilitacji*, 2015, 4, 19-25.
21. Skorupińska A., Kostorz K., Bojarska-Hurnik S.: Zastosowanie metody Bobath w rehabilitacji osób dorosłych po udarze niedokrwiennym mózgu. *Geriatrics*, 2017, 11, 130-134.
22. Mikołajewska E., Mikołajewski D.: Metoda Bobath w rehabilitacji dorosłych i dzieci. *Niepełnosprawność- zagadnienia, problemy, rozwiązania*, 2016, 18, 7-24.
23. Kuczma M., Wolniak J., Filarecka A., Kuczma W.: Przywracanie sprawności kończyny górnej po udarze mózgu [w:] *Choroby XXI wieku- wyznania w pracy fizjoterapeuty*, Podgórska M.(red.). Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania, Gdańsk 2017, 140-160.
24. Błaszczyszyn M.: Wpływ wczesnej rehabilitacji na poprawę czynności chodzenia u osób po udarze mózgu. *Young Sport Science of Ukraine*, 2012, 3, 30-36.
25. Dębińska M., Mraz M.: Jakość życia osób po udarze mózgu. *Medycyna Rodzinna*, 2016, 19, 14-18.
26. Jarosławska B., Błaszczyk B.: Jakość życia chorych po przebytych udarze niedokrwiennym mózgu leczonych w rejonie szpitala powiatowego. *Studia Medyczne*, 2012, 26, 19-29.

27. Nalepa D., Weber D., Rogata R., Charzyńska-Guła M.: Jakość życia chorych w warunkach domowych po przebytych udarach mózgu. *Journal of HealthSciences*, 2015, 11, 99-110.
28. Rykała J., Kwolek A.: Wpływ wybranych czynników na jakość życia oraz stan funkcjonalny pacjentów po udarach mózgu. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego*, 2009, 4, 384-391.
29. Jadczyk A., Koca-Oryńska M., Friedman A.: Poziom depresji w ostrej fazie udaru mózgu w zależności od lokalizacji ogniska niedokrwiennego w dominującej lub niedominującej półkuli mózgu. *Udar Mózgu. Problemy Interdyscyplinarne*, 2009, 11, 1-8.
30. Bolach E., Bolach B., Ptak J.: Ocena jakości życia pacjentów po udarach niedokrwinnym mózgu. *Rozprawy Naukowe Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu*, 2018, 63, 92-104.

## **POSTRZEGANIE OSÓB ZE SPEKTRUM AUTYZMU PRZEZ STUDENTÓW**

**Sonia Słowińska<sup>1</sup>, Barbara Jankowiak<sup>2</sup>**

1. NZOZ Osteo-Medic w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

### **WSTĘP**

Autyzm określany jest jako zaburzenie neurorozwojowe. Należy on do grupy chorób nazywanych mianem całościowych zaburzeń rozwojowych. Termin „autyzm” odnosi się do zaburzenia, które zostało opisane przez Leo Kanner’a w 1943 roku. Typowymi objawami są jakościowe nieprawidłowości zachowania w zakresie komunikacji, zainteresowań, interakcji społecznych oraz ograniczone, powtarzające się czynności. Widoczne są one w różnych warunkach, bez względu na otoczenie, dlatego nazywane są zaburzeniami całościowymi [1].

### ***Kryteria diagnostyczne zaburzeń ze spektrum autyzmu***

Kategorie diagnostyczne zaburzeń ze spektrum autyzmu powstały we współczesnych klasyfikacjach na podstawie utworzonych w latach 40-tych XX wieku dwóch opisów zespołów psychopatologicznych. Pierwszy zespół objawów został zdefiniowany przez Kanner’a. Dotyczył on występowania wzmożonych zaburzeń języka i komunikacji, a także powtarzających się zachowań o dużym nasileniu. Zgodnie z propozycją Rutter’a powstała w latach 70-tych XX wieku oraz następnymi klasyfikacjami psychiatrycznymi kryteria diagnostyczne autyzmu były poszerzane i dodatkowo uzupełniane innymi pokrewnymi zaburzeniami. W przypadku, gdy upośledzenie umysłowe nie występuje mówi się o autyzmie wysoko funkcjonującym, natomiast gdy występuje tylko część objawów mamy do czynienia z całościowymi zaburzeniami rozwoju inaczej nieokreślonymi. W latach 80-tych XX wieku zostało wprowadzone określenie dzieci funkcjonujących, jak mali profesorowie. Twórcą tego określenia był psychiatra Hans Asperger. Początkowo definiowane było to jako zaburzenie, dopiero później jako zespół Aspergera [2].

W Polsce obowiązuje klasyfikacja ICD-10. Zaburzenia ze spektrum autyzmu określane są tu mianem całościowych zaburzeń rozwojowych. Wyróżnia się tutaj ich podział na autyzm dziecięcy, zespół Aspergera, autyzm atypowy, zespół Retta, a także inne dziecięce zaburzenia dezintegracyjne. Istnieje również klasyfikacja DSM-5 opublikowana w maju 2013 roku, z której został wyłączony zespół Retta, ze względu na genetyczne podłoże tego zaburzenia oraz dziecięce zaburzenia dezintegracyjne. W klasyfikacji tej połączono wszystkie jednostki diagnostyczne, które objęto wspólną nazwą zaburzenie ze spektrum autyzmu (ASD, *Autism Spectrum Disorder*) [3].

Słowo spektrum odnosi się do różnego nasilenia objawów, a także różnic w ich prezentacji wśród osób z diagnozą ASD [4]. Objawy ASD stanowią kontinuum, od łagodnych do ciężkich, niżeli prostą zero-jedynkową diagnozę [5]. W klasyfikacji ICD-10 kryteria diagnostyczne oparte są o występowanie stereotypowych, sztywnych zachowań, a także deficytów w sferze komunikacji [3]. W klasyfikacji DSM-5 wprowadzono trójstopniową klasyfikację zaburzeń ze spektrum autyzmu, w zależności od stopnia nasilenia objawów oraz ich oddziaływania na codzienne życie, od L1 do L3 [6]. W klasyfikacji tej objawy występują nie w trzech sferach, jak było to w DSM-IV, a tylko w dwóch: społeczno-komunikacyjnej i behawioralnej. Zaburzeniom ze spektrum autyzmu mogą towarzyszyć inne zaburzenia takie jak: ADHD, zaburzenia odżywiania czy zaburzenia afektywne dwubiegunowe. U 70% osób z ASD może występować jedno zaburzenie współistniejące, natomiast u 40% osób mogą być obecne dwa bądź więcej zaburzenia dodatkowe.

Rozpoznanie zaburzeń ze spektrum autyzmu stawiane jest na podstawie charakterystycznego obrazu klinicznego oraz ustrukturyzowanego wywiadu. W klasyfikacji DSM-V wyróżnione są 4 kryteria diagnostyczne (wszystkie muszą wystąpić). Są to:

1. Stałe braki w zakresie interakcji społecznej oraz komunikacji społecznej w różnych kontekstach, objawiające się przez: deficyty w zakresie rozwoju i podtrzymywania relacji z innymi osobami oraz komunikacji niewerbalnej (prócz tych, które związane są z opiekunami), adekwatnie do swojego poziomu rozwoju.
2. Powtarzalne i ograniczone wzorce zachowania, aktywności oraz zainteresowań, objawiające się poprzez co najmniej dwa spośród wymienionych: powtarzalna bądź stereotypowa mowa, posługiwanie się przedmiotami czy też ruchy ciała, a także nadmierne podporządkowanie rutynie, niechęć do zmian, uporczywe, wysoce ograniczone zainteresowania, które nie są normalne pod względem intensywności czy też przedmiotu uwagi, zrytualizowane wzorce zachowań niewerbalnych lub

werbalnych, nadreaktywność bądź zbyt mała reaktywność na sensoryczny wkład czy też anormalne zainteresowanie aspektami sensorycznymi otoczenia.

3. Istotne jest występowanie objawów w powyższych obszarach we wczesnym dzieciństwie jednak, jeżeli objawy nie występują w późniejszym wieku nie wyklucza to rozpoznania ASD.
4. Wszystkie objawy utrudniają bądź ograniczają codzienne funkcjonowanie [6].

W celu wykluczenia bądź potwierdzenia możliwych chorób współistniejących, wykonuje się dodatkowe badania biochemiczne, obrazowe oraz genetyczne. Na świecie dostępne są testy, dzięki którym możliwe jest zdiagnozowanie ASD u dzieci poniżej 3 roku życia. Niektóre z nich są w formie kwestionariuszy, które wypełnia przez rodzic bądź opiekun. Do takich testów należy na przykład Q-CHAT test. Inne są połączeniem ankiety z częścią obserwacyjno-eksperymentalną. Możemy tutaj wyróżnić M-CHAT. Kolejną grupą służącą do diagnozowania są interaktywne narzędzia skriningowe. Zaliczamy tutaj test STAT. Podczas stawiania diagnozy stosowane są również wystandaryzowane, interaktywne testy należące do złotego standardu takie jak na przykład ADI-R oraz ADOS-2. W procesie diagnostycznym bierze udział wielodyscyplinarny zespół w skład, którego wchodzi między innymi: psycholog, pedagog, lekarz, logopeda oraz terapeuta. Jednakże do postawienia ostatecznej diagnozy uprawniony jest jedynie lekarz [3]. W procesie diagnostyki ogromne znaczenie mają spostrzeżenia rodziców, dokładnie zebrany wywiad, a nawet oglądanie domowych nagrań wideo [7].

Pierwsze objawy można zaobserwować już w I półroczu 1 roku życia [8]. Dotyczą one dwóch sfer: społeczno-komunikacyjnej oraz behawioralnej [6]. Rodzice mogą zaobserwować regres lub zatrzymanie rozwoju. U dzieci mogą występować zaburzenia łaknienia oraz snu [9]. Połowa rodziców zauważa niepokojące objawy w pierwszym roku życia, a aż 80% w przeciągu pierwszych dwóch lat. Jednak diagnoza stawiana jest w reguły między 3 a 6 rokiem życia. Wynika to z niedostatecznego wykszolenia lekarzy w zakresie diagnozowanie ASD. Wczesne rozpoznanie zaburzeń na spektrum autyzmu jest istotne dla wdrożenia właściwej terapii. Dzięki temu możliwe jest zapobiegnięcie wielu nakładającym się problemom w funkcjonowaniu w późniejszym okresie życia. Wczesne zastosowanie terapii umożliwia lepszy rozwój zdolności językowych, pojawienie się właściwych zachowań adaptacyjnych, poprawę poziomu funkcji poznawczych oraz lepsze przystosowanie osoby do funkcji społecznych. Dzięki temu zmniejsza się ilość narastających trudności, a także podnosi się jakość życia w okresie dorosłym.



Brak postawionej diagnozy we wczesnym okresie życia, a co za tym idzie brak odpowiedniej terapii wpływa negatywnie na późniejsze funkcjonowanie dziecka w społeczeństwie [3].

### ***Epidemiologia zaburzeń ze spektrum autyzmu***

Pomimo dużego zainteresowania autyzmem, naukowcom nadal nie udało się jednoznacznie określić przyczyn jego powstawania [10]. Mimo wzrastającej ilości badań na ten temat, etiologia ASD nadal pozostaje niejasna. Przyjmuje się, iż zaburzenia ze spektrum autyzmu należą do zaburzeń neurorozwojowych, a u ich podłoża leżą czynniki biologiczne. Zaburzenia ze spektrum autyzmu występują stosunkowo często [1]. Dodatkowo ich rozpowszechnienie wzrasta w ostatnich dekadach [11]. Współczynnik zachorowalności wynosi 1/100 [1]. ASD występuje 3-4 razy częściej u chłopców, aniżeli u dziewczynek [1, 12]. Można zaobserwować rosnącą przewagę płci męskiej w autyzmie wysoko funkcjonującym [1]. Jeżeli w rodzinie występują dwie lub więcej osoby z ASD, prawdopodobieństwo wystąpienia u przyszłych synów zaburzeń wynosi 50%, natomiast u córek zaledwie 20%. W wypadku bliźniąt monozygotycznych prawdopodobieństwo, że obaj chłopcy będą mieli zaburzenia ze spektrum autyzmu wynosi 96%, gdy u dziewczynek jest to 85%. U bliźniąt dwuzygotycznych prawdopodobieństwo jest niższe: 60% u chłopców, 20% u kobiet [13]. W badaniach wykazana została rola chromosomów 2,7 oraz 16, wskazując na udział anomalii cytogenetycznych, które dotyczą chromosomu 15 oraz 22. Często wraz z zaburzeniami ze spektrum autyzmu diagnozowane są takie zaburzenia genetyczne jak: stwardnienie guzowate czy też zespół łamliwego chromosomu X. Częściej, bo aż w 20-30% przypadków ASD towarzyszy mikrocefalia [1].

Z powstawaniem zaburzeń ze spektrum autyzmu wiążą się również czynniki środowiskowe. Przyjmuje się, że mają na to wpływ oddziaływania prenatalne takie jak:

- spożywanie alkoholu
- niedoczynność tarczycy
- infekcje (infekcje dróg moczowych, odra, opryszczka, różyczka, grypa, cytomegalowirus)
- depresja
- wydłużony czas porodu
- niska masa urodzeniowa
- stosowanie kwasu walproinowego



- stres okołoporodowy
- obfite krwawienie z dróg rodnych
- poród wywołany
- poród z wykorzystaniem narzędzi
- cukrzyca
- czynniki żywieniowe matki [1, 10, 13, 14].

Stwierdzono, iż warunki porodu oraz życia płodowego dzieci autystycznych, były słabsze niż u zdrowych dzieci [15].

Do domniemanych przyczyn ASD, zalicza się również czynniki takie jak:

- środowiskowe „substancje toksyczne”
- pestycydy
- rtęć
- szczepienia [13].

Dodatkowo popularna jest ostatnio teoria testosteronowa (muskulinizacja mózgu). Badania ukazały, że u noworodków z wyższym poziomem testosteronu, częściej diagnozowany był w późniejszym okresie autyzm [13]. Wykazano także, iż z występowaniem zaburzeń ze spektrum autyzmu mają także związek nieprawidłowości w obrębie rozwoju oraz anatomii mózgowia. Jest to cecha charakterystyczna dla osób z ASD [16].

### ***Zaburzenia ze spektrum autyzmu jako zaburzenia neurorozwojowe***

Pomimo, iż w definiowaniu autyzmu jest nadal wiele niejasności to diagnoza zaburzeń ze spektrum autyzmu jest jedną z najbardziej rzetelnych. Do ich zdiagnozowania określono szczegółowe kryteria. Według wprowadzonej w 2013 roku klasyfikacji DSM-V w skład zaburzeń ze spektrum autyzmu wchodzi:

1. Autyzm, w tym: autyzm dziecięcy, autyzm atypowy
2. Zespół Aspergera
3. PDD-NOS – zaburzenia neurorozwojowe niezdiagnozowane inaczej [6].

## 1. Autyzm:

- **Autyzm dziecięcy** objawia się już w 1 półroczu 1 roku życia. Dziecko wykazuje nietypowy kontakt wzrokowy. Jego zainteresowanie bodźcami społecznymi jest ograniczone bądź nie występuje. Dziecko nie reaguje właściwie na twarz ludzką, a także nie podtrzymuje kontaktu. Również można zaobserwować brak właściwej reakcji na komunikaty, które są do niego kierowane. Dziecko nie dostosowuje swoich emocji do emocji, które okazywane są przez inną osobę co obserwuje się jako brak dostosowania mimiki do zaistniałej sytuacji, a także nietypowa ekspresja mimiczna. Nie reaguje ono także uśmiechem na uśmiech innej osoby. Między 8 a 10 miesiącem życia lub nawet wcześniej występuje brak lub istotne opóźnienie reakcji na swoje imię. Natomiast między 8 a 12 miesiącem życia widoczny jest brak zainteresowania dziecka przedmiotem, pokazywanym mu przez kogoś. Do typowych objawów obserwowanych w II półroczu 1 roku życia należą: zubożona reakcja antycypacyjna, brak podążania dziecka wzrokiem za osobą czy też pokazywaną mu zabawką. Nie okazuje ono złożonych zachowań społecznych. Obserwując dziecko można odnieść wrażenie, że wyłącza się ono z otoczenia, a także nie słyszy co dzieje się dookoła niego. W 1 roku życia nie domaga się o branie je na ręce, przytulanie. Wykazuje zubożale gaworzenie oraz wokalizację, szczególnie podczas kontaktu z drugą osobą. Na przełomie 1 i 2 roku życia dziecko nie rozumie gestów o znaczeniu społecznym takich jak np. papa [8]. Dzieci dotknięte przez autyzm bawią się w określony sposób np. układają wiele przedmiotów w ciągu, zawsze w identycznej kolejności, a także wielokrotnie uruchamiają zabawki mechaniczne. Przywiązują dużą wagę, aby zachować otoczenie w nienaruszonym stanie. Nawet najdrobniejsze zmiany wywołują w nich niepokój, a także lęk. Zaburzenie porządku budzi agresję, nasilenie stereotypii oraz niepokój ruchowy. U dzieci z autyzmem pojedyncze słowa bądź proste zdania mogą pojawić się około 4-5 roku życia, lecz nie służą do nawiązywania więzi. Objawem typowym jest eholalia. Jest to powtarzanie pierwszych lub ostatnich sylab zasłyszanych słów, bądź całych wyrazów. Dziecko dotknięte autyzmem zamiast zaimka osobowego „ja” używa takich jak np. „on” lub „ty”. Zdarza się, że dziecko takie reaguje na szept lub szelest panicznym lękiem, podczas gdy nieraz nie reaguje na głośną mowę [17].

- **Autyzm atypowy** różni się od autyzmu dziecięcego okresem pojawienia się pierwszych objawów. W powyższym wypadku objawy pojawiają się późno tzn. po ukończeniu 3 roku życia, przez co pozostaje on nieraz nierozpoznany przez całe życie. Atypowe zaburzenia autystyczne mogą charakteryzować się różnym nasileniem objawów. Niektóre dzieci nie umieją mówić, inne natomiast budują poprawne zdania. Jednak wspólną cechą są problemy z nawiązywaniem kontaktu z innymi osobami oraz problemy z komunikacją [18].

## 2. Zespół Aspergera:

Zespół Aspergera objawia się trudnościami w kontaktach społecznych oraz stereotypowymi, powtarzającymi się i ograniczonymi zainteresowaniami, a także aktywnościami. Różni się od autyzmu tym, iż mowa oraz zdolności poznawcze są naruszone. Często jest on określany mianem ciężkiej niezręczności. Do objawów go charakteryzujących należą: zaburzenia komunikacji niewerbalnej i werbalnej, upośledzenie umiejętności społecznych, egocentryzm, ograniczenie zainteresowań, powtarzalność zachowań, a także problemy z koordynacją. Nasilenie symptomów zmienia się w trakcie życia [19]. Objawy stają się wyraźniejsze w okresie dojrzewania co spowodowane jest wzrostem wymagań społecznych [20]. Można także zaobserwować nieharmonijny rozwój intelektualny, a także problemy psychologiczne, spowodowane świadomością własnych ograniczeń [21]. Osoby z zespołem Aspergera cechuje dysproporcja pomiędzy afektem, a intelektem. Intelpekt często bywa powyżej średniej, dzięki czemu możliwa jest kompensacja deficytów. Można zaobserwować brak poczucia humoru czy skłonność do złośliwości. Osoby z tym zaburzeniem mają tendencję do nieustannej obserwacji siebie. Nie wchodzą one w psychologiczną relację z drugą osobą. Często charakteryzują się psychopatyczną jasnością widzenia. Ograniczenia w budowaniu bliskich relacji wraz z intelektualną przenikliwością, sprawiają, że świat zewnętrzny jest rozumiany oraz postrzegany jako mechanistyczny, nieożywiony, a także pozbawiony społecznego znaczenia. Zaobserwować można deficyt zdolności empatycznych. Wpływa to negatywnie na rozwój umiejętności społecznych [22]. Osoby z zespołem Aspergera mają potrzebę mówienia prawdy. Charakteryzuje je także słaba koordynacja motoryczna. Ruchy są mało elastyczne, źle skoordynowane [23]. Występują problemy w dostosowaniu się do funkcjonowania wśród rówieśników oraz do obowiązków szkolnych [24]. W zespole Aspergera dominują przede wszystkim deficyty językowe w zakresie używania języka w ujęciu

społecznym, czyli pragmatyka, rozpoznawanie różnych znaczeń jednego słowa, czyli semantyka oraz problemy w intonacji, rytmizacji oraz modulacji mowy, czyli prozodia [25]. Osoby takie mają problem z rozumieniem żartów, przenośni, przysłów oraz niektórych sformułowań mowy potocznej. Mowa u osoby z zespołem Aspergera jest nadmiernie pedantyczna oraz formalna. Deficyty komunikacyjne charakteryzują się problemami z używaniem języka mówionego oraz gestów, a także trudnościami w inicjowaniu i podtrzymywaniu adekwatnej rozmowy, używaniu nieodpowiednich do sytuacji zwrotów językowych. Inne funkcje językowe takie jak np. syntaktyczne lub fonologiczne, mogą nie być istotnie zaburzone bądź są obserwowane tylko w niektórych grupach. Różnica między formalnymi umiejętnościami językowymi (obejmującymi funkcje fonologiczne, syntaktyczne oraz morfologiczne), a semantyczno-pragmatycznymi jest istotnie zauważalna [26]. U kobiet nasilenie dysfunkcji związanych z funkcjonowaniem w społeczeństwie jest mniejsze niż u mężczyzn [27].

### **3. Zaburzenia nerorozwojowe niezdiagnozowane inaczej PDD-NOS**

Zaburzenia nerorozwojowe niezdiagnozowane inaczej rozpoznawane są, gdy osoba chora nie spełnia wszystkich kryteriów diagnostycznych dla któregoś z reszty zaburzeń nerorozwojowych, ale wykazuje poważne trudności w komunikacji, a także kontaktach społecznych oraz inne charakterystyczne zachowania [6].

#### ***Wybrane metody terapii dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu***

Różnorodność poglądów dotyczących zaburzeń ze spektrum autyzmu skutkuje dużą różnorodnością metod stosowanych w terapii edukacji osób dotkniętych tym zaburzeniem [28]. Istotną kwestią w terapii autyzmu jest nauczenie innych osób, jak żyć z tymi, którzy są dotknięci zaburzeniem ze spektrum autyzmu, a także osoby dotknięte, jak odnaleźć się wśród ludzi zdrowych. Zaburzeń tych nie można wyleczyć, jednak osobom cierpiącym na nie można stworzyć warunki, które umożliwią godne życie w społeczeństwie. Możliwe jest to dzięki szkołom przystosowanym do osób chorych oraz ośrodkom terapeutycznym, które stwarzają namiastkę normalnego funkcjonowania [29]. Terapia dziecka z zaburzeniem ze spektrum autyzmu polega na nauczeniu go zachowań, które są niezbędne do funkcjonowania w społeczeństwie. Ma ona za zadanie jak najlepiej przygotować je do samodzielnego funkcjonowania w otaczającym go środowisku [29, 30]. Znanych jest wiele metod oraz terapii.

W leczeniu często wykorzystywane są formy niedyrektywne, metody behawioralne, metoda ruchu rozwijającego, holding, metoda dobrego startu, dogoterapia, hipoterapia, a także muzykoterapia. Terapia zaburzeń ze spektrum autyzmu ma charakter kompleksowy. Powinno się ono opierać nie tylko na jednej terapii bądź metodzie, a łączyć różne podejścia np. metody edukacyjne i behawioralne. Wszystkie z nich wymagają współpracy z najbliższym otoczeniem dziecka oraz jego rodziną. Rodzice powinni dostać instrukcję jak postępować z dzieckiem.

Techniki oraz metody powinny być indywidualnie dobierane do potrzeb każdego dziecka i stale modyfikowane [29]. Rodzicom jest nieraz trudno odnaleźć się w sytuacji. Zdarza się, iż nie radzą sobie z tym co skutkuje niechęcią do dziecka. Realizują oni nieprawidłowe postawy wychowawcze poprzez odtrącanie dziecka bądź nadmierną troskę [31]. Aby uzyskać pożądane efekty powinno się dokonać zmian w całym środowisku otaczającym dziecko. Zalicza się do tego terapia relacji partnerskich rodziców, modyfikację trybu funkcjonowania oraz zastosowanie wyżej wymienionych metod terapeutycznych. Istotna jest również diagnoza funkcjonalna, która powinna zostać wykonana przez specjalistów indywidualnie dobranych do każdego przypadku. Pozwala to na spojrzenie na dziecko oraz jego rodzinę w sposób holistyczny [32]. Terapia dziecka dotkniętego zaburzeniem ze spektrum autyzmu wymaga od terapeuty niemałej gotowości do przyjmowania przerażenia jakie odczuwa dziecko oraz rozumienia zachowań wykazywanych przez nie, także tych agresywnych oraz autoagresywnych. Umożliwia to osobie dotkniętej zaburzeniami poradzenie sobie z zalewającymi je oraz niebezpiecznymi w jej postrzeganiu emocjami. Życzliwość, cierpliwość oraz konsekwencja terapeuty umożliwiają budowanie w dziecku poczucia, iż otaczający go świat może być bezpieczny i zrozumiały, a komunikacja może być dobrym doświadczeniem [33]. Odpowiednio wcześniej rozpoczęta terapia może znacząco poprawić funkcjonowanie osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu [34].

## **CEL BADAŃ**

Celem pracy było porównanie opinii studentów kierunków medycznych i niemedycznych na temat chorych ze spektrum autyzmu.

Cel główny został rozbudowany o następujące cele szczegółowe:

1. Ocenę wiedzy studentów na temat zaburzeń ze spektrum autyzmu.
2. Ocenę emocji towarzyszących spotkaniu osoby ze spektrum autyzmu.
3. Ocenę podejścia do osób ze spektrum autyzmu.

## **MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ**

Badaną grupę stanowili studenci Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku oraz studenci Wydziału Budownictwa i Inżynierii Środowiska Politechniki Białostockiej. Łącznie badaniu poddano 120 osób, w tym 68 kobiet i 52 mężczyzn. Ankietowani znajdowali się w przedziale wiekowym 19-39 lat.

Do oceny wiedzy badanych zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem ankiety własnego autorstwa. Kwestionariusz składał się z dwóch części. W pierwszej części – metryczkowej – zawarto w niej pytania dotyczące płci, wieku oraz typu uczelni. W części zasadniczej zawarto pytania powiązane z celem pracy. Było ich 24.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku Nr R-I-002/538/2018.

## **WYNIKI**

W badaniu uczestniczyło 120 osób: 68 kobiet (57%) i 52 mężczyzn (43%). Wśród respondentów 117 osób (97,5%) było w przedziale wiekowym 19-29 lat, natomiast w wieku 30-39 lat były zaledwie 3 osoby (2,5%). Pośród ankietowanych było 60 studentów (50%) Uniwersytetu Medycznego oraz taka sama ilość studentów Politechniki Białostockiej.

### ***Szczegółowa analiza danych***

Ponad połowa ankietowanych określiła swoją wiedzę na temat osób ze spektrum autyzmu jako “raczej dobra”. Studenci Uniwersytetu Medycznego blisko dwukrotnie częściej określali swoją wiedzę jako “raczej dobra”, odsetek ten wynosił aż 70%. Na Politechnice Białostockiej odpowiedź tę wskazało 38,3% respondentów (Tabela I).

Blisko 70% ankietowanych zaliczyło spektrum zaburzeń autystycznych do “częściowych zaburzeń rozwoju”. Na odpowiedzi “całościowe zaburzenia czucia” oraz “częściowe zaburzenia czucia” nie wskazał nikt pośród studentów Uniwersytetu Medycznego (0%), natomiast wśród studentów Politechniki Białostockiej odpowiedzi te zostały wybrane przez 6,67% badanych (Tabela II).

**Tabela I. Subiektywna ocena wiedzy respondentów na temat autyzmu.**

Jak ocenia Pani/Pan swoją wiedzę na temat osób ze spektrum autyzmu?	Uniwersytet Medyczny		Politechnika Białostocka	
	N	%	N	%
Stanowczo dobra	5	8,33%	2	3,3%
Raczej dobra	42	70%	23	38,3%
Raczej zła	12	20%	29	48,3%
Stanowczo zła	1	1,67%	6	10%
<b>Razem</b>	<b>60</b>	<b>100,00%</b>	<b>60</b>	<b>100,00%</b>

**Tabela II. Klasyfikacja zaburzeń ze spektrum autyzmu.**

Jaką według Pani/Pana podgrupą szerszej jednostki jest spektrum zaburzeń autystycznych?	Uniwersytet Medyczny		Politechnika Białostocka	
	N	%	N	%
Częściowe zaburzenia rozwoju	42	70%	41	68,33%
Całościowe zaburzenia rozwoju	15	25%	10	16,67%
Częściowe zaburzenia czucia	0	0%	4	6,67%
Całościowe zaburzenia czucia	0	0%	0	0%
Nie wiem	3	5%	5	8,33%
<b>Razem</b>	<b>60</b>	<b>100,00%</b>	<b>60</b>	<b>100,00%</b>

Najwięcej ankietowanych (77,5%) uznało, iż “zespół Downa” nie należy do zaburzeń ze spektrum autyzmu. Respondenci z Politechniki Białostockiej wskazywali odpowiedź “nie wiem” blisko 4 krotnie częściej (23,33%) niż ankietowani z Uniwersytetu Medycznego (6,67%) (Tabela III).

**Tabela III. Zaburzenie nie należące do spektrum autyzmu**

Które według Pani/Pana zaburzenie nie należy do spektrum autyzmu?	Uniwersytet Medyczny		Politechnika Białostocka	
	N	%	N	%
Autyzm atypowy	1	1,67%	1	1,67%
Autyzm dziecięcy	3	5%	2	3,33%
Zespół Aspergera	0	0%	2	3,33%
Zespół Downa	52	86,67%	41	68,33%
Nie wiem	4	6,67%	14	23,33%
Razem	60	100,00%	60	100,00%

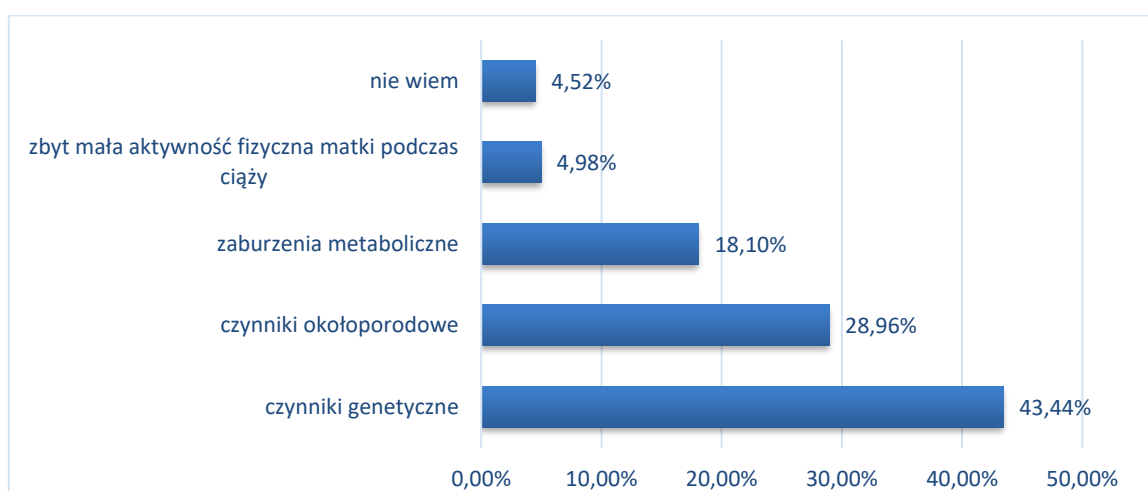
Najwięcej ankietowanych (41,67%) uznało “zespół Retta” jako zaburzenie dające objawy kliniczne podobne do zaburzeń ze spektrum autyzmu. Blisko 5 krotnie częściej studenci Politechniki Białostockiej wskazywali odpowiedź “nie wiem” (60%), aniżeli respondenci z Uniwersytetu Medycznego (11,67%) (Tabela IV).

Odpowiedziami najczęściej wskazywanymi jako przyczyny zaburzeń ze spektrum autyzmu były “czynniki genetyczne” oraz “czynniki okołoporodowe”. Pierwszą odpowiedź zaznaczyło 43,44% ankietowanych, natomiast drugą 28,96% respondentów (Rycina 1).

**Tabela IV. Zaburzenie dające objawy podobne do zaburzeń ze spektrum autyzmu.**

Która według Pani/Pana z wymienionych niżej chorób może dawać objawy kliniczne podobne do zaburzeń ze spektrum autyzmu?	Uniwersytet Medyczny		Politechnika Białostocka	
	N	%	N	%
Zespół Downa	17	28,33%	7	11,67%
Mukowiscydoza	0	0%	0	0%
Choroba Perthesa	0	0%	3	5%
Zespół Retta	36	60%	14	23,33%
Nie wiem	7	11,67%	36	60%
Razem	60	100,00%	60	100,00%





**Rycina 1. Przyczyny zaburzeń ze spektrum autyzmu.**

Nieprawidłowe odpowiedzi wśród studentów Politechniki Białostockiej stanowiły 15,3% wszystkich odpowiedzi, podczas gdy wśród respondentów Uniwersytetu Medycznego wynosiły 4,88% (Tabela V).

**Tabela V. Przyczyny zaburzeń ze spektrum autyzmu.**

Jakie są według Pani/Pana przyczyny zaburzeń ze spektrum autyzmu?	Uniwersytet Medyczny		Politechnika Białostocka	
	N	%	N	%
Czynniki genetyczne	46	37,40%	50	51,02%
Czynniki okołoporodowe	40	32,52%	24	24,49%
Zaburzenia metaboliczne	31	25,2%	9	9,18%
Zbyt mała aktywność fizyczna matki podczas ciąży	3	2,44%	8	8,16%
Nie wiem	3	2,44%	7	7,14%
Razem	123	100,00%	98	100,00%

Ankietowani uznawali najczęściej “problemy z komunikacją” oraz “problemy z interakcjami społecznymi” za cechy charakteryzujące osoby ze spektrum autyzmu. Odpowiedź “problemy z interakcjami społecznymi” stanowiła 34,03% wszystkich odpowiedzi, natomiast “problemy z komunikacją” 31,04%. Poprawna odpowiedź “ograniczone zachowania” to 23,44% wszystkich odpowiedzi pośród studentów Uniwersytetu Medycznego, podczas gdy wśród respondentów z Politechniki Białostockiej stanowiła tylko 4,9% (Tabela VI).

**Tabela VI. Cechy charakteryzujące osoby ze spektrum autyzmu.**

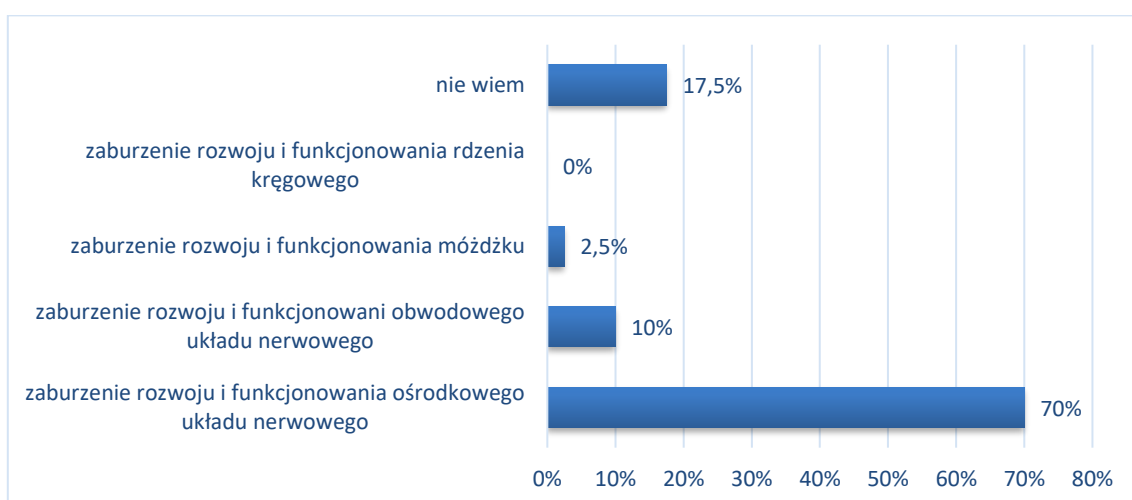
Jakie są według Pani/Pana cechy charakteryzujące osoby ze spektrum autyzmu?	Uniwersytet Medyczny		Politechnika Białostocka	
	N	%	N	%
Problemy z komunikacją	52	27,08%	52	36,36%
Problemy z interakcjami społecznymi	56	29,17%	58	40,56%
Ograniczone zainteresowania	45	23,44%	7	4,9%
Powtarzalne zachowania	35	18,23%	25	17,48%
Nie wiem	4	2,08%	1	0,7%
Razem	192	100,00%	143	100,00%

Największy odsetek ankietowanych (40%) uznało, że” nadmierna radość” nie charakteryzuje osób ze spektrum autyzmu. Respondenci z Politechniki Białostockiej wskazywali niepoprawne odpowiedzi blisko 2 krotnie częściej (78,33%), aniżeli studenci Uniwersytetu Medycznego (41,67%) (Tabela VII).

**Tabela VII. Objaw nietowarzyszący zaburzeniom ze spektrum autyzmu.**

Który z wymienionych niżej objawów według Pani/Pana nie towarzyszy osobom ze spektrum autyzmu?	Uniwersytet Medyczny		Politechnika Białostocka	
	N	%	N	%
Słaby kontakt wzrokowy	4	6,67%	5	8,33%
Nadmierna radość	35	58,33%	13	21,67%
Urojenia	9	15%	11	18,33%
Omamy	9	15%	22	36,67%
Nie wiem	3	5%	9	15%
Razem	60	100,00%	60	100,00%

Autyzm dziecięcy został uznany przez 70% ankietowanych jako zaburzenie rozwoju i funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego (Rycina 2).



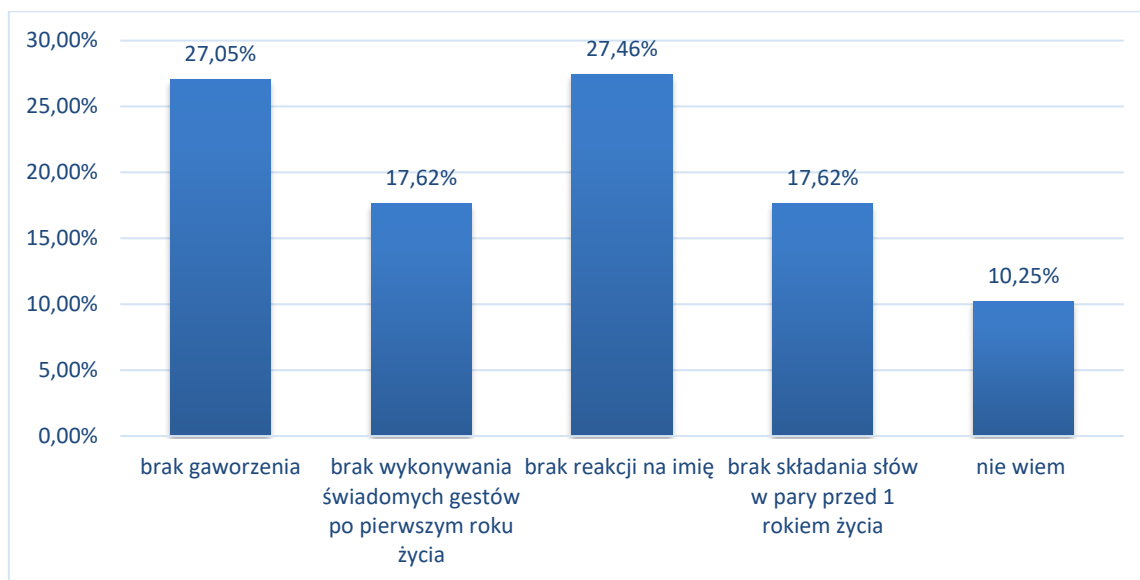
**Rycina 2. Definicja autyzmu dziecięcego.**

Odpowiedź “nie wiem” została wskazana przez 35% ankietowanych z Politechniki Białostockiej, podczas gdy żaden ze studentów Uniwersytetu Medycznego nie udzielił takiej odpowiedzi (0%) (Tabela VIII).

**Tabela VIII. Definicja autyzmu dziecięcego.**

Czym według Pani/Pana jest autyzm dziecięcy?	Uniwersytet Medyczny		Politechnika Białostocka	
	N	%	N	%
Zaburzenie rozwoju i funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego	53	88,33%	31	51,67%
Zaburzenie rozwoju i funkcjonowania obwodowego układu nerwowego	5	8,33%	7	11,67%
Zaburzenie rozwoju i funkcjonowania mózdzku	2	3,33%	1	1,67%
Zaburzenie rozwoju i funkcjonowania rdzenia kręgowego	0	0%	0	0%
Nie wiem	0	0%	21	35%
Razem	60	100,00%	60	100,00%

Ankietowani uznawali najczęściej “brak reakcji na imię” oraz “brak gaworzenia” jako objawy autyzmu dziecięcego. Pierwsza z powyższych odpowiedzi stanowiła 27,46% wszystkich odpowiedzi, druga natomiast 27,05% (Rycina 3).



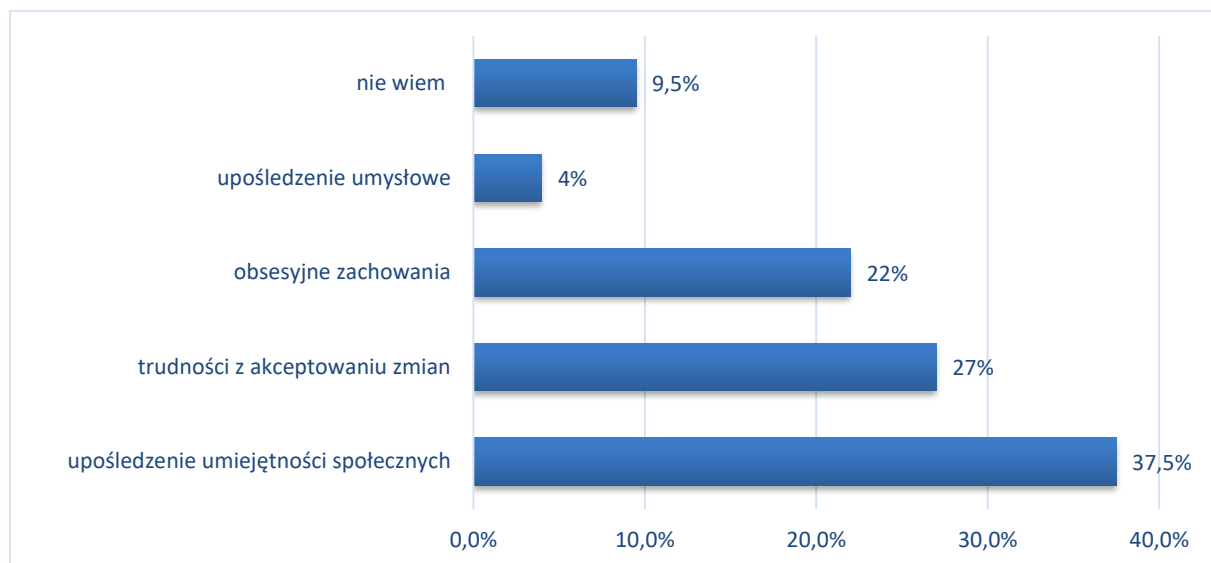
**Rycina 3. Objawy autyzmu dziecięcego.**

Ankietowani z Politechniki Białostockiej blisko 5 razy rzadziej (6,54% wszystkich odpowiedzi) uznawali “brak wykonywania świadomych gestów po pierwszym roku życia” jako objaw autyzmu dziecięcego, aniżeli respondenci z Uniwersytetu Medycznego (26,28% wszystkich odpowiedzi) (Tabela IX).

**Tabela IX. Objawy autyzmu dziecięcego.**

Jakie są według Pani/Pana objawy autyzmu dziecięcego?	Uniwersytet Medyczny		Politechnika Białostocka	
	N	%	N	%
Brak gaworzenia	36	26,28%	30	28,04%
Brak wykonywania świadomych gestów po pierwszym roku życia	36	26,28%	7	6,54%
Brak reakcji na imię	39	28,47%	28	26,17%
Brak składania słów w pary przed 1 rokiem życia	23	16,79%	20	18,69%
Nie wiem	3	2,19%	22	20,56%
Razem	137	100,00%	107	100,00%

Najwięcej ankietowanych uznało “upośledzenie umiejętności społecznych” jako jedną z cech charakteryzujących autyzm (37,5%) wszystkich odpowiedzi (Rycina 4).



**Rycina 4. Objawy zespołu Aspergera.**

Respondenci Politechniki Białostockiej blisko 20 razy częściej nie byli w stanie wybrać objawów zespołu Aspergera, zaznaczając tym samym odpowiedź “nie wiem”. Stanowiła ona 21,69% wszystkich odpowiedzi powyższych ankietowanych, podczas gdy wśród studentów Uniwersytetu Medycznego stanowiła ona tylko 0,85% (Tabela X).

**Tabela X. Objawy zespołu Aspergera.**

Co według Pani/Pana charakteryzuje zespół Aspergera?	Uniwersytet Medyczny		Politechnika Białostocka	
	N	%	N	%
Upośledzenie umiejętności zachowania	42	35,90%	33	39,76%
Trudności z akceptowaniem zmian	32	27,35%	22	26,51%
Obsesyjne zachowania	39	33,33%	5	6,02%
Upośledzenie umysłowe	3	2,56%	5	6,02%
Nie wiem	1	0,85%	18	21,69%
Razem	117	100,00%	83	100,00%

Większość ankietowanych – 74,17% (89 osób) spotkało w swoim życiu osobę ze spektrum autyzmu. Studenci Politechniki Białostockiej spotkali blisko 3 krotnie mniej osób ze spektrum autyzmu (38,33%) niż z Uniwersytetu Medycznego (13,33%) (Tabela XI).

**Tabela XI. Charakterystyka studentów ze względu na spotkanie osoby ze spektrum autyzmu.**

Czy spotkał/a Pan/Pani osobę ze spektrum autyzmu?	Uniwersytet Medyczny		Politechnika Białostocka	
	N	%	N	%
Tak	52	86,67%	37	61,67%
Nie	8	13,33%	23	38,33%
Razem	60	100,00%	60	100,00%

Prawie połowa ankietowanych (40%) podczas spotkania osoby ze spektrum autyzmu nie wykazywała ani pozytywnych, ani negatywnych reakcji (Rycina 5).



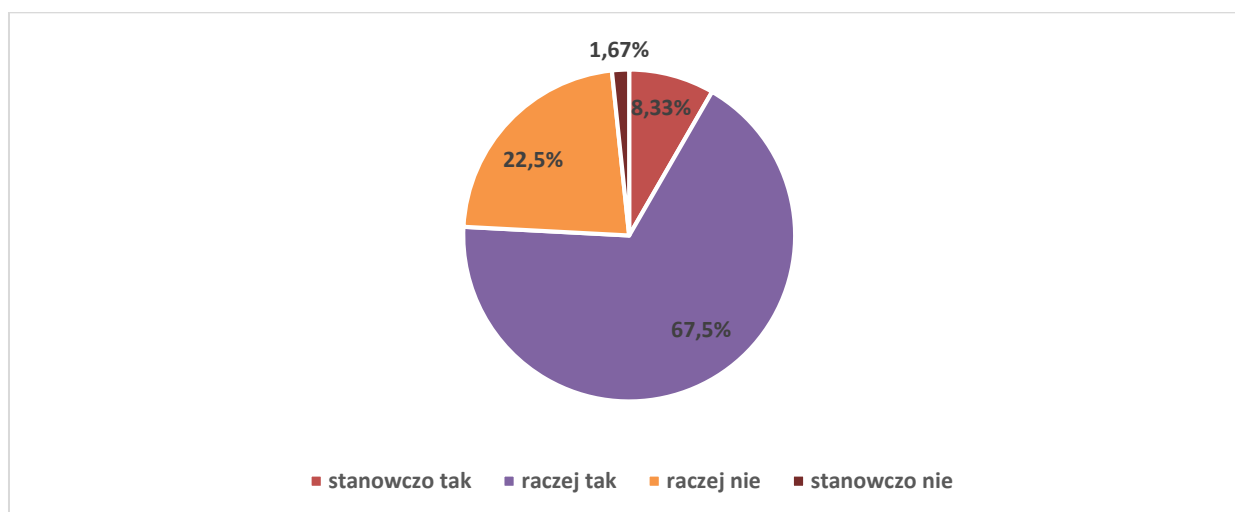
**Rycina 5. Reakcje towarzyszące ankietowanym przy spotkaniu osoby ze spektrum autyzmu.**

Studenci Uniwersytetu Medycznego podczas spotkania osoby ze spektrum autyzmu wykazywali 7-krotnie częściej “zainteresowanie/chęć poznania osoby” (35%) niż ankietowani z Politechniki Białostockiej (5%) (Tabela XII).

**Tabela XII. Reakcje towarzyszące ankietowanym przy spotkaniu osoby ze spektrum autyzmu.**

Jakie reakcje towarzyszyły Pani/Panu podczas spotkania osoby ze spektrum autyzmu?	Uniwersytet Medyczny		Politechnika Białostocka	
	N	%	N	%
Zainteresowanie/chęć poznania osoby	21	35%	3	5%
Dyskomfort/zaniepokojenie	4	6,67%	11	18,33%
Nie były to reakcje ani pozytywne, ani negatywne	24	40%	24	40%
Nie dotyczy	11	18,33%	22	36,67%
Razem	60	100,00%	60	100,00%

Większość ankietowanych uznała, że raczej mogłaby utrzymywać kontakty koleżeńskie z osobą ze spektrum autyzmu. Odpowiedzi „raczej tak” udzieliło 67,5% respondentów (Rycina 6).



**Rycina 6. Stosunek respondentów do utrzymywania kontaktów koleżeńskich z osobą ze spektrum autyzmu.**

Zdecydowana mniejszość studentów Uniwersytetu Medycznego odpowiedziało na zadane pytanie przecząco (15%). Natomiast ankietowani z Politechniki Białostockiej blisko 2 krotnie częściej udzielali odpowiedzi „raczej nie” lub „stanowczo nie” (33,33%) (Tabela XIII).

**Tabela XIII. Stosunek respondentów do utrzymywania kontaktów koleżeńskich z osobą ze spektrum autyzmu.**

Czy sądzi Pani/Pan, że mogłaby/mógłby utrzymywać kontakty koleżeńskie z osobą ze spektrum autyzmu?	Uniwersytet Medyczny		Politechnika Białostocka	
	N	%	N	%
Stanowczo tak	7	11,67%	3	5%
Raczej tak	44	73,33%	37	61,67%
Raczej nie	7	11,67%	20	33,33%
Stanowczo nie	2	3,33%	0	0%
Razem	60	100,00%	60	100,00%

Zdecydowana większość ankietowanych stwierdziła, że osoby ze spektrum autyzmu powinny pracować w normalnym otoczeniu, jak i chodzić do szkoły z osobami zdrowymi. Odpowiedź “tak” zaznaczyło 71,67% ankietowanych. Ankietowani z Uniwersytetu Medycznego 2 krotnie częściej (13,33%) niż studenci Politechniki Białostockiej (6,67%) uważali, że osoby ze spektrum autyzmu nie powinny pracować oraz uczyć się w zwykłych warunkach (Tabela XIV).

**Tabela XIV. Stosunek ankietowanych do uczęszczania do pracy i szkoły z osobami zdrowymi przez osoby z zaburzeniem ze spektrum autyzmu.**

Czy uważa Pani/Pan, że osoby ze spektrum autyzmu powinny chodzić do szkoły i pracować w zwykłym otoczeniu z osobami zdrowymi?	Uniwersytet Medyczny		Politechnika Białostocka	
	N	%	N	%
Tak	46	76,67%	40	66,67%
Nie	8	13,33%	4	6,67%
Nie wiem	6	10%	16	26,67%
Razem	60	100,00%	60	100,00%



Większość ankietowanych uważała, że osoby ze spektrum autyzmu powinny wchodzić w związki małżeńskie. Odpowiedzi “tak” udzieliło 64,2% respondentów. Pośród studentów Uniwersytetu Medycznego 75% ankietowanych odpowiadało twierdząco na powyższe pytanie. Natomiast odpowiedzi respondentów z Politechniki Białostockiej rozłożyły się równomiernie. Nieznaczna większość (53,33%) była za zawieraniem małżeństw osób ze spektrum autyzmu, a odpowiedzi “nie” oraz “nie wiem” zaznaczyło 46,66% ankietowanych (Tabela XV).

**Tabela XV. Stosunek ankietowanych do zawierania małżeństw przez osoby dotknięte zaburzeniem ze spektrum autyzmu.**

Czy uważa Pani/Pan, że osoby ze spektrum autyzmu powinny zawierać związki małżeńskie?	Uniwersytet Medyczny		Politechnika Białostocka	
	N	%	N	%
Tak	45	75%	32	53,33%
Nie	3	5%	2	3,33%
Nie wiem	12	20%	26	43,33%
Razem	60	100,00%	60	100,00%

Blisko 50% ankietowanych nie potrafiło określić stanowiska w kwestii posiadania dzieci przez osoby ze spektrum autyzmu. Podobna ilość ankietowanych z obu uczelni uznała, że osoby ze spektrum autyzmu nie powinny mieć dzieci. Odpowiedź “nie” zaznaczyło 17% studentów z Uniwersytetu Medycznego i 18,33% z Politechniki Białostockiej (Tabela XVI).

**Tabela XVI. Posiadania dzieci przez osoby ze spektrum autyzmu.**

Czy uważa Pani/Pan, że osoby ze spektrum autyzmu powinny zawierać posiadać dzieci?	Uniwersytet Medyczny		Politechnika Białostocka	
	N	%	N	%
Tak	27	45%	16	26,67%
Nie	10	17%	11	18,33%
Nie wiem	23	38%	33	55,00%
Razem	60	100,00%	60	100,00%

## DYSKUSJA

Przeprowadzone badania własne mogą dowodzić, że osoby medyczne charakteryzują się większą wiedzą oraz lepszym nastawieniem do osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu aniżeli osoby niemedyczne. Może być to związane z podstawą programową jaka realizowana jest na poszczególnych uczelniach. Dodatkowo studenci kierunków medycznych mają znacznie częściej, podczas zajęć styczność z osobami ze spektrum autyzmu aniżeli studenci kierunków innych niż medyczne.

W badaniach przeprowadzonych przez Lipińską-Lokś w 2008 roku na grupie osób ze środowiska medycznego 45% ankietowanych miało kontakt z osobą ze spektrum autyzmu. Odsetek ten był większy wśród respondentów biorących udział w badaniach własnych, gdzie blisko 70% spotkało w swoim życiu taką osobę. Dodatkowo zarówno 80% osób biorących udział w badaniach własnych jak i w tych przeprowadzonych przez Lipińską-Lokś uważa, iż powinno nagłaśniać się akcję informacyjną na temat osób ze spektrum autyzmu [35].

Z badań przeprowadzonych przez Łęczycką i wsp. w 1994 roku na grupie studentów pielęgniarstwa, psychologii, pedagogiki, nauczycielach szkół specjalnych, pracownikach przedszkoli, nauczycielach oraz pediatrach wynika, że wiedza o autyzmie w badanych grupach jest niewystarczająca i często zróżnicowana w zależności od zagadnienia. Na pytanie o przyczynę zaburzeń ze spektrum autyzmu większość uznała uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego. W badaniach własnych również większość ankietowanych wybrała powyższą odpowiedź [36].

Do podobnych wniosków na temat wiedzy doszli Suchowierska i wsp., którzy w swoich badaniach wykazali, iż wiedza lekarzy pediatrów jest uzależniona od zagadnienia związanego z autyzmem. Na niektóre z pytań większość wykazała się dobrą znajomością tematu, podczas gdy inne sprawiły im problem. Na pytanie o przyczyny autyzmu czynniki genetyczne wybrało 86% pediatrów. W badaniach własnych podobny odsetek ankietowanych (80%) uznał tę odpowiedź za prawidłową [37].

Badania nad wiedzą o autyzmie przeprowadziła również w 1998 roku Pisula. Sprawdziła ona stan wiedzy studentów psychologii. Przy podsumowywaniu wyników Pisula zauważyła, że poziom wiedzy zależy od zagadnienia. Przy pytaniach dotyczących objawów większość wykazała się zadowalającą wiedzą podobnie jak w badaniach własnych. W innych kwestiach jak na przykład przyczyny zaburzeń ze spektrum autyzmu, wiedza badanych przez Pisulę okazała się niewystarczająca, w przeciwieństwie do ankietowanych

uczestniczących w badaniach własnych, gdzie zaledwie 17,5% odpowiedziało niepoprawnie bądź nie potrafiło wskazać żadnej przyczyny [38].

Nowakowska i wsp. wykonali badania ponownie 20 lat później. Pośród badanych znaleźli się studenci kierunków nauczycielskich. Na podstawie przeprowadzonych badań wykazano, że wiedza na temat zaburzeń ze spektrum autyzmu jest lepsza niż 20 lat wcześniej i utrzymuje się na zadowalającym poziomie. Opinie w kwestii nauczania włączającego dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu określono jako pozytywne. Jednak mimo to duża grupa badanych nadal była zdania, że dziecko takie więcej skorzysta, gdy uczy się w środowisku szkolnym specjalnie przystosowanym aniżeli w szkole ogólnodostępnej [39]. Natomiast w badaniach własnych najwięcej ankietowanych uznało, że osoby ze spektrum autyzmu powinny chodzić do szkoły i pracować w zwykłym otoczeniu z osobami zdrowymi.

Natomiast w badaniu przeprowadzonym przez Chrzanowską w 2012 roku na pedagogach oraz studentach pedagogiki wykazano, iż pomimo przyrostu wiedzy na temat zaburzeń ze spektrum autyzmu nadal nie jest ona w pełni zadowalająca. Blisko 30% ankietowanych nie potrafiła wskazać cechy osoby z zaburzeniami ze spektrum autyzmu [40]. Lepsze wyniki uzyskano w badaniach własnych, gdzie odsetek takich osób wynosił zaledwie 2,78%.

Również w badaniu przeprowadzonym w 2007 roku przez Drabik-Danis i wsp. na populacji ogólnej wykazano, że wiedza na temat autyzmu jest niezbyt wysoka [41]. Jednak na pytanie odnośnie przyczyn autyzmu większość ankietowanych udzieliła poprawnych odpowiedzi podobnie jak w przypadku badań własnych. W obu badaniach najwięcej respondentów uznało czynniki genetyczne jako jedną z przyczyn zaburzeń ze spektrum autyzmu.

Augustyniak i wsp. przeprowadzili w 2011 badania wśród rodziców na temat czynników mogących spowodować autyzm u dzieci. Blisko 60% ankietowanych nie potrafiła wskazać czynników stanowiących przyczyny autyzmu [42]. Lepiej wypadli respondenci w badaniach własnych, gdzie odsetek osób, które nie umiały wybrać przyczyn stanowił zaledwie 9,58%.

Z przeprowadzonych w 2018 roku badań Centrum Badania Opini Społecznej (CBOŚ) wynika, że osobę ze spektrum autyzmu spotkało 62% respondentów. Nieznacznie więcej ankietowanych biorących udział w badaniach własnych, gdyż 72,14% przyznało, że spotkało taką osobę.

Również w odniesieniu do zatrudnienia osoby z autyzmem w normalnych warunkach ze zdrowymi osobami większość badanych (76%) nie zmieniliby nastawienia do tego miejsca [43]. Podobne zdanie mieli na ten temat respondenci z badań własnych, gdzie blisko 70% było za zatrudnianiem osób ze spektrum autyzmu w miejscach, gdzie pracują osoby zdrowe.

Z przeprowadzonych w 2017 roku badań przez Habik i wsp. wynika, że blisko 30% terapeutów podczas pracy z osobą z zaburzeniami ze spektrum autyzmu odczuwało zdenerwowanie [44]. W badaniach własnych jedynie 12,5% ankietowanych czuło niepokój bądź zdenerwowanie podczas spotkania osoby ze spektrum autyzmu.

## **WNIOSKI**

1. Osoby studiujące na uczelni medycznej częściej charakteryzowały się pozytywną opinią na temat osób ze spektrum autyzmu.
2. Studenci Uniwersytetu Medycznego wykazali się większą wiedzą na temat zaburzeń ze spektrum autyzmu niż studenci Politechniki Białostockiej.
3. Osoby studiujące na uczelni medycznej podczas spotkania osoby ze spektrum autyzmu wykazywały częściej pozytywne emocje niż osoby studiujące na kierunkach niemedycznych.
4. Studenci Politechniki Białostockiej rzadziej wykazywali pozytywne podejście do osób ze spektrum autyzmu niż studenci Uniwersytetu.

## **PIŚMIENNICTWO**

1. Le Couteur A., Yates K.: Diagnosing autism. *Paediatrics and Child Health*, 2009, 19, 55-59.
2. Rybakowski F.: Współczesne rozumienie zaburzeń ze spektrum autyzmu - epidemiologia, obraz kliniczny i badania genetyczne. *Wiadomości Psychiatryczne*, 2012, 15, 145-150.
3. Kulik M., Rynkiewicz A.: Wystandaryzowanie, interaktywne narzędzia do diagnozy zaburzeń ze spektrum autyzmu a nowe kryteria diagnostyczne DSM-5. *Psychiatria*, 2013, 10, 41-48.
4. Meng-Chuan L., Lombardo, M.V., Chakrabarti, B., Baron-Cohen, S. Subgrouping the Autism "Spectrum": Reflections on DSM-5. *PLOS Biology*, 2013, 11, 1-7.
5. Chojnicka I., Płoski R.: Polska wersja wywiadu do diagnozowania autyzmu ADI-R. *Psychiatria Polska*, 2012, 46, 249-259.

6. Walter N.: Medialny wizerunek dzieci w spektrum zaburzeń autystycznych kreowany przez rodziców blogerów. *Przegląd badań edukacyjnych*, 2016, 2, 85-104.
7. Hansdorfer-Korzon R., Komorowska-Szczepańska W., Nowicka-Sauer K., Pietrzykowska M.: Rozpoznawanie zaburzeń autystycznych – studium przypadku. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2014, 22, 119-122.
8. Matson J.L., Sipes M.: Methods of Early Diagnosis and Tracking for Autism and Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified (PDDNOS). *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 2010, 22, 343—358.
9. Białek A., Chojnicka I., Dunajska A., Dziechciarz P., Horvath A., Janas-Kozik M., Jeziorek A., Pisula E., Piwowarczyk A., Rybakowski F., Słopeń A., Sykut-Cegielska J., Szajewska H., Szczaluba K., Szymańska K., Urbanek K., Waligórska A., Wojciechowska A., Wroniszewski M.: Zaburzenia ze spektrum autyzmu – epidemiologia, objawy, współzachorowalności rozpoznawanie. *Psychiatria Polska*, 2014, 48, 653-665.
10. Gołaska P.: Etiologia zaburzeń ze spektrum autyzmu. Przegląd wybranych koncepcji. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 2013, 13, 8-14.
11. Krajewska K., Słowińska A.: Wpływ prenatalnej ekspozycji na leki z grupy inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny na rozwój zaburzeń ze spektrum autyzmu. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 2017, 17, 57-62.
12. Kochman D., Miedziak E.: Problemy rodziców dzieci z autyzmem – stadium przypadku. *Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne*, 2013, 2, 75-82.
13. Muhlendahl K. E., Choroby ze spektrum autyzmu: genetyczne czy środowiskowe? *Medycyna Środowiskowa*, 2016, 19, 7-8.
14. Langauer-Lewowicka H., Pawlas K., Rudkowski Z.: Autyzm – środowiskowe czynniki ryzyka. *Medycyna Środowiskowa*, 2016, 19, 19-23.
15. Kastory-Bronowska M., Stankiewicz P., Wiśniowiecka-Kowalnik B.: Genetyczne uwarunkowania zaburzeń autystycznych. *Developmental Period Medicine*, 2013, 17, 207-223.
16. Bryńska A.: W poszukiwaniu przyczyn zaburzeń ze spektrum autyzmu – neuroobrazowanie strukturalne (część I). *Psychiatria Polska*, 2012, 46, 1053-1060.
17. Chrościńska-Krawczyk M., Jasiński M.: Autyzm dziecięcy – współczesne spojrzenie. *Neurologia Dziecięca*, 2010, 19, 75-78.

18. Habik N., Śliwiński Z., Wieczorkowski P.: Analiza porównawcza postępowania fizjoterapeutycznego u dzieci ze zdiagnozowanym autyzmem atypowym. *Fizjoterapia Polska*, 2016, 16, 72-81.
19. Beck O., Łakomski M., Radziwińska A., Weber-Rajek M., Żukow W.: Zespół Aspergera. *Journal of Education, Health and Sport*, 2016, 6, 652-663.
20. Sławińska A.: Zespół Aspergera u osób dorosłych – zbieżność z innymi zaburzeniami, zaburzenia współwystępujące I problemy towarzyszące. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 2014, 14, 304-307.
21. Żmijewska A.: Zespół Aspergera w ujęciu rodzinnym – przegląd badań. *Psychiatria Polska*, 2010, 44, 713-722.
22. Chojnowska-Ćwiakała I., Mazur A.: Zespół Aspergera u 19-letniej kobiety ze szczególny uwzględnieniem okresu adolescencji – opis przypadku. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 2016, 16, 38-46.
23. Kram M., Skumiewska I.: Opieka pielęgniarska nad uczniem z zespołem Aspergera - studium indywidualnego przypadku. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2014, 22, 553-558.
24. Stachowicz J.: Zespół Aspergera a kompetencje społeczne. *Zeszyty Naukowe WSSP*, 2013, 16, 101-124.
25. Bryńska A.: Deficyty językowe w zespole Aspergera jako możliwy wyraz dysfunkcji prawopółkulowej. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 2010, 10, 247-253.
26. Bryńska A.: Deficyty komunikacyjne w zespole Aspergera. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 2011, 11, 46-50.
27. Bryńska A., Gajdzik M., Grygo M., Jagielska G., Resler-Maj A.: Zespół Aspergera – trudności w rozpoznawaniu zaburzenia na podstawie analizy historii chorób pacjentów oddziału psychiatrii dziecięcej. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna* 2013, 13, 92-98.
28. Gardziel A., Ozaist P., Sitnik E.: Metoda 3i w terapii zaburzeń spektrum autystycznego. *Psychoterapia*, 2015, 1, 37-45.
29. Lisek T., Sochocka L., Zwierzyńska A.: Wybrane metody leczenia autyzmu. *Ośrodek terapii dziennej w Kup. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2011, 1, 155-161.
30. Wolska D., Wolski A.: Przygotowanie młodzieży z autyzmem i dodatkowymi zaburzeniami rozwojowymi do korzystania ze wsparcia w dorosłym życiu w najbliższym środowisku. *Sztuka Leczenia*, 2012, 25, 85-102.
31. Płocha H.: Postawy opiekuńczo wychowawcze wobec chorego dziecka w rodzinie. *Zeszyty Pedagogiczno-Medyczne*, 2012, 18, 27-40.

32. Godawa S.: Autyzm dziecięcy i niepełnosprawność intelektualna u 6-letniego chłopca ze szczególnym uwzględnieniem diagnozy funkcjonalnej i wczesnego wsparcia rozwoju – studium przypadku. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 2016, 16, 280-283.
33. Krzyżanowski D., Trojanowska M.: Znaczenie zabawy w terapii dziecka z zaburzeniami ze spektrum autystycznego – opis przypadku. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2017, 7, 317-322.
34. Szczypczyk A.: Droga do umiejętności. Tworzenie programu terapii dziecka z autyzmem w podejściu rozwojowym. *Sztuka Leczenia*, 2012, 3-4, 23-32.
35. Lipińska-Lokś J., Rudzińska-Rogoża A.: Osoba autystyczna w rodzinie i środowisku lokalnym. Doświadczenia lubuskie. Stowarzyszenie Pomocy Osobom Autystycznym „Dalej Razem”, Zielona Góra 2010.
36. Łęczycka J., Dykcik W. (red.): Stan wiedzy o autyzmie – w badaniach empirycznych. *Autyzm. Kontrowersje i wyzwania*. Eruditius, Poznań, 1994.
37. Suchowierska M., Walczak P.: Wiedza na temat autyzmu badana u lekarzy pediatrów w Polsce. *Postępy Nauk Medycznych*, 2013, 1, 58-64.
38. Pisula E.: Wiedza o autyzmie – część I: studenci. *Dziecko Autystyczne*, 1998, 6, 6-9.
39. Nowakowska I., Pisula E.: Wiedza na temat zaburzeń ze spektrum autyzmu i opinie dotyczące edukacji włączającej dzieci z tymi zaburzeniami u nauczycieli szkół podstawowych oraz studentów kierunków nauczycielskich. *Człowiek-niepełnosprawność-społeczeństwo*, 2018, 2, 29-47.
40. Chrzanowska I.: Wiedza na temat autyzmu wśród obecnych i przyszłych pedagogów a dylemat wspólnego kształcenia i integracji w wymiarze edukacyjnym. *Rocznik Lubuski* 2012, 38, 105-115.
41. Drabik-Danis E., Kurpas D., LyrA., Steciwko A.: Poziom wiedzy na temat autyzmu w populacji ogólnej. *Family Medicine & Primary Care Review*, 2007, 3, 503-506.
42. Augustyniak M., Kiełtyka A, Majewska R., Mrożek-Budzyn D.: Opinie rodziców na temat czynników, które mogły spowodować rozwój autyzmu u ich dzieci. *Przegląd Epidemiologiczny*, 2011, 64, 101-105.
43. Centrum Badania Opinii Społecznej: Społeczny obraz autyzmu na rok 2018 [online] Dostępne: [https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2015/K\\_047\\_15.pdf](https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2015/K_047_15.pdf) Data pobrania: 24.04.2019.
44. Hanik N., Śliwińska Z., Śliwiński Z., Wieczorkowski P.: Lek wśród terapeutów pracujących z dziećmi z autyzmem. *Fizjoterapia Polska*, 2017, 17, 76-82.



## JAKOŚĆ ŻYCIA DZIECI Z MÓZGOWYM PORĄŻENIEM DZIECIĘCYM

Kinga Niedźwiecka<sup>1</sup>, Beata Kowalewska<sup>2</sup>

1. Oddział Dziecięcy, Szpital Wojewódzki w Łomży
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

### WSTĘP

#### *Etiopatogeneza mózgowego porażenia dziecięcego*

Mózgowe porażenie dziecięce (MPD) to neurorozwojowe zaburzenie po raz pierwszy opisane w latach 60.XIX w. przez angielskiego lekarza Williama J. Little'a. Przez kolejne dziesięciolecia schorzenie było traktowane jako zaburzenie postawy i ruchu powstałe w wyniku trwałych, niepogłębiających się zaburzeń mózgu we wczesnych stadiach jego rozwoju. Wiedza na temat mózgowego porażenia dziecięcego poszerzyła się wraz z postępem w medycynie i naukach z nią związanych [1].

Wyodrębnienie nozologicznej jednostki jaką jest MPD, polegało między innymi na wskazaniu zależności pomiędzy przedwczesnym porodem, okołoporodowymi urazami a niedotlenieniem noworodka [2]. Współcześnie zakłada się, że etiologia mózgowego porażenia dziecięcego jest wieloczynnikowa. Pomiędzy czynnikami ryzyka uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, które mogą doprowadzić do mózgowego porażenia dziecięcego najczęściej wymienia się czynniki:

- **Działające ze strony matki** - choroby somatyczne; spożywanie alkoholu; palenie papierosów; stałe przyjmowanie leków; narażenie na promieniowanie rentgenowskie; zakażenia bakteryjne, wirusowe, pasożytnicze podczas ciąży; niedożywienie; nieodpowiednie warunki socjalno-bytowe; niewłaściwy wiek rodziców [3].

- **Mające związek z przebiegiem ciąży**- stosowanie leków tokolitycznych, które hamują czynność skurczową macicy; ryzyko poronienie; odklejenie się łożyska, łożysko przodujące; zahamowanie wewnątrzmaciczne rozwoju płodu; przedwczesne odejście wód płodowych; ciąża mnoga; zatrucie ciążowe, które objawia się nadciśnieniem tętniczym, obrzękiem, białkomoczem; wahania tętna płodu [3].



- **Związane z okresem noworodkowym**- niska masa urodzeniowa dziecka; wcześniactwo; RDS- zespół zaburzeń oddychania; sztuczna tlenoterapia i wentylacja; zakażenia, śródczaszkowe wylewy; wymienna transfuzja; wady wrodzone [3].

Czynniki ryzyka, które mogą pojawić się u dzieci w okresie prenatalnym a przede wszystkim perinatalnym nie decydują o możliwości wystąpienia mózgowego porażenia dziecięcego. Wykrycie neurorozwojowych nieprawidłowości tuż po urodzeniu dziecka nie musi świadczyć o późniejszym pojawieniu się MPD. Od głębokości zaburzenia a także jego rozwoju zależy przede wszystkim jednoznaczne potwierdzenie hipotezy w kierunku rzeczonego zespołu. Związane jest to z faktem, iż określone symptomy specyficzne dla danego typu porażenia ujawniają się w różnych okresach rozwoju dziecka [3].

### ***Epidemiologia mózgowego porażenia***

Mózgowe porażenie dziecięce jest najczęstszym problemem neurologicznym stwierdzonym u noworodków urodzonych poniżej 32 tygodnia ciąży. Odwrotnie proporcjonalna do wieku ciążowego jest częstość występowania MPD. W grupie dzieci, które urodziły się poniżej 28 tygodnia ciąży średnio występuje z częstością 14,6 % (7,3-28,2%); natomiast urodzonych w 27 tygodniu ciąży wyraźnie zmniejszona do 13,3%. U dzieci urodzonych pomiędzy 28 a 31 tygodniem ciąży- 6,2%; między 32 a 36 t.c. - 0,5%, powyżej 36 tygodnia ciąży występuje z częstością 0,11% [4].

W grupie noworodków skrajnie niedojrzałych zaobserwowano spadek częstości wystąpienia mózgowego porażenia dziecięcego. U noworodków, które urodziły się o czasie częstość występowania MPD szacowana jest na 0,11%. Dwustronne porażenie spastyczne stanowi połowę przypadków, natomiast jedną trzecią stanowi jednostronne porażenie spastyczne. Porażenie niespastyczne o typie ataksji bądź dyskinezji, występuje u noworodków, które urodziły się o czasie, wyjątkowo częściej niż u noworodków, które urodziły się przedwcześnie- częstość ich występowania szacuje się na 18% [4].

Częstość występowania mózgowego porażenia dziecięcego waha się od 1,0 do 3,0 dzieci na każde 1000 żywo urodzonych. Polskie statystyki nie odbiegają od podobnych, które notowane są w innych krajach europejskich wysokorozwiniętych. Według amerykańskich źródeł parametr ten sięgać może 4 dzieci na 1000 narodzin. Przyjmując perspektywę poglądu, można stwierdzić, że w grupie 40-50 tysięcy dzieci niepełnosprawnych ruchowo żyjących ponad połowa to osoby z mózgowym porażeniem dziecięcym [3].

### **Charakterystyka i postacie MPD**

Istnieją liczne klasyfikacje Mózgowego porażenia dziecięcego. Poprzez dokonanie podziałów pod uwagę brano różne postacie kliniczne MDP, mając przy tym na uwadze: stan napięcia mięśniowego, etiologię a także topografię zespołu chorobowego [5].

Ze względu na nasilenie zmian każda z postaci może mieć stopień: lekki, umiarkowany, znaczny. W mózgowym porażeniu dziecięcym ważna jest zależność między uszkodzeniem morfologicznym mózgu a zaburzeniami funkcjonalnymi. Procesy integracyjne korowo-korowe a także korowo-podkorowe w uszkodzonych strefach OUN są utrudnione lub niemożliwe, i tym samym dotyczyć mogą nie tylko funkcji ruchowych. Dlatego też niewielkie uszkodzenie struktury mózgu może powodować znaczne zaburzenia czynnościowe [6].

W praktyce fizjoterapeutycznej a także neurologicznej powszechnie wykorzystywany jest podział mózgowego porażenia dziecięcego, który pochodzi z rozwiązań Thomasa Theodore'a Scotta Ingrama, ujmuje rodzaj zespołu neurologicznego, rozmieszczenie i stopień nasilenia [3].

Taksonomia Ingrama obejmuje następujące postacie kliniczne zespołu:

- **Porażenie kurczowe połowicze** (niedowład połowiczy) - najczęstsza postać mózgowego porażenia dziecięcego (30%). Dotyczy nieprawidłowości w kończynie górnej i dolnej, znajdujących się po tej samej stronie. W zależności od zlokalizowania uszkodzenia, może być prawo- lub lewostronny. Niedowład kończyn znajduje się po przeciwnej stronie ciała w stosunku do zlokalizowania zmian (w przypadku zaburzeń prawej półkuli mózgu, niedowład obejmuje lewą połowę ciała i odwrotnie). W kończynie górnej występuje w większym stopniu. Postać ta najczęściej zdarza się u noworodków donoszonych z powodu niedotlenienia, krwawienia do mózgu, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Objawem najwcześniejszym, który ułatwia rozpoznanie jest asymetria w ruchach i układaniu kończyn, które nasilają się w miarę wzrostu dziecka. Znacznie wolniej rosną kończyny niedowładne, dlatego też dziecko niechętnie wykonuje nimi ruchy. Gorsze jest czucie porażonej strony ciała, dlatego też utrudniony jest rozwój ruchowy. Bardzo często występuje padaczka. W większości przypadków prawidłowy jest rozwój umysłowy a także mowa [7].

- **Obustronne porażenie połowicze**- jest najcięższą z postaci MPD. Dotyczy zaburzeń ruchowych wszystkich kończyn. Nieprawidłowości wywołane są poprzez przewlekły stan niedotlenieniowo- niedokrwienny w okresie prenatalnym; wczesne układanie się odgięciowe, nadmierną ekspresję przetrwałych automatyzmów ruchowych, wzmożone napięcie ruchowe

zginaczy, które powoduje rozstaw kończyn dolnych w przywiedzeniu, a także w wyproście z predyspozycją do krzyżowania. Współwystępuje często niedorozwój umysłowy, padaczka, zaburzenia wzroku i mowy, a także nieprawidłowości związane z odżywianiem. Konieczna jest stała opieka, ze względu na brak możliwości samodzielnego poruszania się [8].

- **Obustronne porażenie kurczowe**- cechuje się znacznie większym nasileniem objawów w kończynach dolnych, natomiast kończyny górne mogą być w pełni sprawne. Już od pierwszych miesięcy życia, dzieci wykazują zmniejszoną ruchliwość kończyn dolnych, nieprawidłowo pełzają, postawione przywodzą obie nogi, stawiając stopy na palcach. Badanie neurologiczne wykazuje charakterystyczne ograniczenie kątów odwodzenia ud, a także prostowania w stawie kolanowym z wygórowanymi głębokimi odruchami. Odruchy postawy utrzymują się stosunkowo długo. Czasem pojawia się padaczka. W większości przypadków rozwój umysłowy jest prawidłowy. Zaburzenia widzenia oraz zez pojawiają się bardzo często. Przyczyną obustronnego porażenia kurczowego najczęściej jest niedotlenienie mózgu w okresie okołoporodowym, w szczególności u wcześniaków i noworodków, które urodziły się z niską masą urodzeniową [9].

- **Postać pozapiramidowa**- postać ta związana jest z defektem jąder podkorowych. Pojawiają się ruchy mimowolne (które są niewidoczne w okresie wczesno niemowlęcym), a wykonywanie dowolnych czynności ruchowych jest utrudnione. U niemowląt początkowo pojawia się ograniczone napięcie mięśni, trudności związane z przyjmowaniem pokarmu, a także zaburzenia wegetatywne. Najczęściej rozwój umysłowy jest prawidłowy [10].

Objawy piramidowe, zez, głuchota występują rzadko. W późniejszym okresie życia padaczka występuje sporadycznie. Zaburzenia mowy, które są obserwowane mają charakter dyskinetyczny. Objawy wegetatywne, które są spotykane w tej postaci, związane są z wahaniami temperatury ciała a także powodują nadmierną potliwość [11].

- **Postać mózdkowa**- występuje w około 15% wszystkich przypadków mózgowego porażenia dziecięcego. W odniesieniu do etiologii i obrazu klinicznego postać ta jest heterogenna. W okresie noworodkowym występuje głównie obniżenie napięcia mięśniowego. Natomiast w późniejszym okresie życia pojawiają się zaburzenia związane z równowagą, a także problemy z poruszaniem się. Obserwuje się również trudności w wykonywaniu szybkich ruchów naprzemiennych, czyli tzw. objawy adiadochokinezy. Pierwotne czynności wykonywane automatycznie przez noworodka w odpowiednim okresie zanikają. Prawidłowo wyrażone bądź nieznacznie osłabione są odruchy głębokie ścięgniste kończyn górnych oraz dolnych.

U dzieci dotkniętych tą postacią mogą pojawić się również objawy spastyczności, szczególnie w kończynach dolnych. Badania obrazowe bardzo często ukazują wady w obrębie robaka mózdzku bądź jego zanik [12].

- **Postać mieszana**- zaburzenia postawy oraz ruchu u części dzieci wskazują na więcej niż jedną postać MPD. Dlatego też wtedy stwierdza się u nich mieszaną postać mózgowego porażenia dziecięcego. Grupa ta stanowi 5-10% dzieci, u których rozpoznano MPD. Bardziej skomplikowany jest rozwój tej grupy dzieci niż w przypadku postaci typowych. Dominującym objawem w tym zespole jest niesprawność ruchowa [6].

### ***Zaburzenia towarzyszące zespołowi mózgowego porażenia dziecięcego***

**Padaczka.** Padaczka to zespół objawów somatycznych, psychicznych oraz wegetatywnych, które występują napadowo i przewlekłe na podłożu różnych zmian morfologicznych a także metabolicznych powstałych na różnym etapie życia. Ataki padaczkowe mogą pojawiać się w każdej postaci klinicznej mózgowego porażenia dziecięcego, ośrodków ruchowych, połączeń ruchowo-słuchowych, wzrokowo-słuchowych oraz innych powodujących zakłócenia systemu słuchowo-mownego, w którym składniki motoryczny i sensoryczny są ściśle związane ze sobą, gdyż analizator słuchowy kontroluje i sankcjonuje mowę. W efekcie zaburzeń słuchu dziecko odbiera słowa zniekształcone i je przyswaja. Prowadzić to może do mowy zniekształconej, agramatycznej o ograniczonym słownictwie i niepoprawnym akcencie melodycznym [13].

**Zaburzenia wzroku.** Około 50% dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym ma uszkodzony narząd wzroku. Defekty wzroku występują najczęściej w postaci: analizy oraz syntezy bodźców wzrokowych, ubytków w polu widzenia, zez a także oczopląsu. Na skutek uszkodzenia wzroku mogą zaistnieć zaburzenia płynnych i skojarzonych ruchów gałek ocznych, które powodują obniżenie zdolności do postrzegania kształtów, trudności w prawidłowym ujmowaniu stosunków przestrzennych i widzenia całości składającej się z części, a także wyodrębnieniem figur z tła [14].

**Zaburzenia mowy.** Zaburzenia mowy dotyczą 50-70% dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. Głównym zaburzeniem mowy jest dyzartria, inaczej zespół zaburzeń oddechowo-fonocyjno-artykulacyjnych. Nasilenie zaburzeń mowy zależy od miejsca uszkodzenia OUN, związanego z funkcją mowy układu pozapiramidowego, piramidowego oraz mózdzku. Dyzartria sprawia, że mowa dziecka jest niezrozumiała, dźwięki są zniekształcone, zmieniony jest rytm a także akcent mowy.

Należy pamiętać, że nieprawidłowy rozwój mowy lub jego całkowity brak ma duży wpływ na rozwój intelektualny, oraz na kształtowanie zachowań społecznych i emocji. Dlatego bardzo ważne jest usprawnianie logopedyczne dziecka od pierwszych miesięcy życia [15].

**Zaburzenia słuchu.** Istniejące u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym uszkodzenia ośrodków ruchowych a także ich połączeń ruchowo-słuchowych, wzrokowo-słuchowych i innych prowadzą do zakłóceń systemu słuchowo-mownego, w którym składniki motoryczny i sensoryczny są ściśle związane ze sobą, gdyż analizator słuchowy kontroluje i sankcjonuje artykulację. W wyniku zaburzeń słuchu dziecko odbiera zniekształcone słowa i w taki sposób je przyswaja. Doprowadzić to może do powstania mowy agromatycznej, zniekształconej, o ubogim słownictwie oraz niepoprawnym akcencie melodycznym [13].

**Zaburzenia w zachowaniu.** Zaburzenia w zachowaniu mogą występować w mniejszym bądź większym stopniu u wszystkich dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. Zaburzenia te mogą wynikać z wczesnodziecięcego uszkodzenia mózgu a także z braku zaspokojenia podstawowych potrzeb dziecka, takich jak: poczucia miłości, akceptacji, bezpieczeństwa, potrzeby zabawy i ruchu. Swoim niekontrolowanym zachowaniem, niewspółmiernym do siły bodźca mogą sprawiać kłopoty wychowawcze. Są drażliwe, wybuchowe, agresywne, uparte a także lękliwe.

Towarzyszące temu zaburzenia koncentracji uwagi, trudności związane z zapamiętywaniem, męczliwość, deficyty fragmentaryczne sprawiają, że narastać i nasilać się mogą trudności związane z opanowaniem materiału szkolnego [6].

**Upośledzenie umysłowe.** Upośledzenie umysłowe dotyczy wszystkich stopni upośledzenia, od lekkiego po głębokie, towarzyszą one najczęściej obustronnemu porażeniu kurczowemu. Ze względu na ścisły związek upośledzonego rozwoju umysłowego z rozwojem poznawczym problem oceny rozwoju umysłowego jest dość złożony. Dlatego też duże znaczenie odgrywa rehabilitacja dziecka, która kierowana w sposób kompleksowy może wyrównać deficyty i odwrotnie-zaniechanie rehabilitacji może doprowadzić do wtórnego upośledzenia rozwoju [2].

### ***Rokowanie***

Dla funkcjonowania człowieka ogromne znaczenie stanowi jego rozwój, na który mają wpływ przede wszystkim czynniki zewnętrzne takie jak: rodzina, społeczeństwo, rówieśnicy, a także wewnętrzne, które ukierunkowane są w szczególności na zaburzeniach psychofizycznych osoby [16]. Mózgowe porażenie dziecięce zgodnie z opisywanymi definicjami, jest przyczyną

zaburzeń prawidłowego rozwoju, w skutku doprowadza to do trudności w zmaganiu się z codziennym życiem. Bardzo ważną rolę odgrywa wiek osoby chorej, który wywołuje zmieniające się oczekiwania, pragnienia, a także ograniczenia. Dla rozwoju małego dziecka bardzo ważne jest wsparcie rodziców. Postawa pozytywna (akceptacji i zrozumienia), która została przez nich przyjęta a także sposób wychowania należą do czynników, które warunkują dalsze funkcjonowanie w życiu codziennym, oraz społecznym osoby z mózgowym porażeniem dziecięcym [17]. Osiągnięcie przez dziecko wieku szkolnego jest bardzo ważne w dalszym jego rozwoju. Kontakty z rówieśnikami w dużym stopniu wpływają na funkcjonowanie w szkole oraz w dalszym okresie dojrzewania. Cały rozwój od dzieciństwa, po okres dorosłości jest dla osoby z MPD nadzieją na rozwój i usprawnianie funkcji, które zostały zaburzone. Jest to okres, kiedy przy pomocy rodziców i specjalistów, dziecko może zbudować poczucie własnej wartości, a także osiągnąć zamierzone cele, które często stają się być nieosiągalne [18].

### ***Terapia i metody usprawniania***

Wczesne zdiagnozowanie mózgowego porażenia dziecięcego jest sprawą o istotnym znaczeniu zarówno z perspektywy medycznej, jak również psychospołecznej. Badanie dziecka metodą fizykalną stanowi podstawę do diagnostyki MPD. W przypadku niemowląt skuteczne badanie jest warunkowane znajomością faz rozwojowych. Ocena aktywności ruchowej, a szczególnie napięcia mięśniowego oraz odruchów prostowania i postawy w przebiegu rozwoju psychoruchowego ma zasadnicze znaczenie w zakresie oceny neurorozwojowej [19].

Diagnostyka ukierunkowana jest na trzy zasadnicze cele:

1. Wczesne wykrywanie zagrożenia rozwojem MPD.
2. Rozpoznanie nieprawidłowości- niezbędne do stworzenia planu usprawniania
3. Ocenę efektów usprawniania [19].

Dla większości rodziców diagnoza MPD jest bardzo trudna do przyjęcia. Czują się oni zagubieni, przestraszeni, nieprzygotowani, a czasami oszukani przez los. Wobec tego bardzo ważną sprawą jest, aby neurolog stawiający diagnozę był osobą, która rozumie problem i potrafi odpowiednio pokierować rodziną tak, aby móc jak najszybciej rozpocząć rehabilitację. Każdy dzień ćwiczeń wzmacnia dziecko oraz pozwala mu na większą poprawę stanu zdrowia [20].



Bardzo ważną rolę w procesie usprawniania odgrywają rodzice, którzy nie powinni zwlekać z podjęciem rehabilitacji. Usprawnianie dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym jest dla rodziców pierwszoplanową rolą a także ma decydujący wpływ na późniejsze wyniki usprawniania. Gdy opiekunowie nie podejmują się rehabilitacji, wtedy dziecko traci szanse na poprawę stanu zdrowia a także korzystny wynik rehabilitacji [21].

Opiekunowie w szczególności muszą zaakceptować dziecko, chcąc, aby usprawnianie przynosiło pozytywne efekty. Zaakceptowanie polegać musi przede wszystkim na przyjęciu dziecka takim, jakie ono jest. Aby stan ten został osiągnięty, niezbędna jest pomoc specjalistów i lekarzy, którzy zajmują się dzieckiem. Zadaniem ich jest w odpowiedni sposób przekazać informacje dotyczące stanu zdrowia dziecka. Opiekunowie powinni dowiedzieć się, jaki jest stan faktyczny, jak będzie przebiegać dalsze leczenie i jakie są oczekiwania w związku z chorobą dziecka. Informacje przekazane powinny być w sposób przystępny a także jasny. Rodzice muszą wiedzieć, dlaczego postępować tak a nie inaczej, muszą być świadomi jakie konsekwencje może powodować zaniechanie odpowiednio dobranej rehabilitacji. Bardzo ważne jest również, aby rodzice byli świadomi, gdzie mogą zwrócić się o pomoc specjalistyczną. Rodzice wiedzieć powinni, jakie prawa im przysługują związane z wychowaniem niepełnosprawnego dziecka.

Poradnie informować powinny rodziców o ośrodkach rehabilitacyjnych, które znajdują się najbliżej miejsca zamieszkania, przedszkolach integracyjnych a także organizacjach społecznych. Rodzice muszą być świadomi tego, że nie są sami, że mogą liczyć na pomoc rodziny, instytucji społecznych oraz państwowych [22].

**Metoda NDT-Bobath.** Metoda NDT-Bobath to terapia neurorozwojowa. Jest zaawansowaną rehabilitacją stosowaną przez fizjoterapeutów, logopedów, terapeutów zajęciowych. Dla każdego pacjenta terapia ta jest dobierana indywidualnie. Prowadzi do niezależności w codziennym życiu na tyle, na ile jest to możliwe. Terapeuci współpracują z pacjentem, jego opiekunami, innymi specjalistami sprawującymi nad nimi opiekę, tworząc wspólnie terapeutyczny program, oparty na najnowszych badaniach naukowych z zakresu fizjologii, neurologii, ortopedii oraz innych nauk [23].

Do założeń NDT-Bobath należą:

1. Normalizowanie niewłaściwego napięcia posturalnego- obniżanie napięcia wzmożonego i podwyższanie obniżonego. Regulowanie napięcia posturalnego umożliwi większą kontrolę nad aktem ruchu, ułatwiając jego organizację.

2. Zmiana nieodpowiednich wzorców postawy, ruchu oraz dostarczeniu dziecku zbliżonych do prawidłowych sensorycznych doświadczeń
3. Rozwój prawidłowego mechanizmu odruchu postawy, na jaki składają się reakcje automatyczne: równoważne, nastawcze, integrowane na poziomie mostu, kory, mózdzku, śródmózgowia oraz jąder podkorowych
4. Utrzymanie pełnej elastyczności mięśni a także pełnej ruchomości w stawach
5. Przygotowanie pacjenta do samoobsługi, życia codziennego [24].

**Integracja Sensoryczna.** Terapia Integracji Sensorycznej jest oparta na szczegółowych badaniach diagnostycznych, które obejmują: testy SI, próby klinicznej obserwacji, a także wywiad z rodzicami. Dokładne określenie rodzaju, stopnia deficytów, które występują u dziecka pozwalają na programowanie zindywidualizowanych oraz sprawnych oddziaływań terapeutycznych. Lepsze efekty terapii będą wtedy, gdy przyczyny zaburzeń zostaną rozpoznane jak najwcześniej. W tej metodzie terapia wygląda jak zabawa jednak jest to zabawa naukowa/dydaktyczna, poprzez którą układ nerwowy, mózg dziecka uczy się prawidłowego reagowania na bodźce zewnętrzne [25].

Podstawę w tej terapii stanowi stymulacja zmysłu równowagi, podczas różnych zabaw prowadzonych na sprzęcie podwieszanym (huśtawki, drabinki, platformy). Wiele ćwiczeń i zabaw stymuluje czucie powierzchniowe, głębokie, zmysły-słuchu, węchu, wzroku. Podczas zajęć maluch jest zachęcany do wykonywania aktywności. Aktywność sprzyja w minimalizowaniu deficytów rozwojowych. Stopień trudności tych ćwiczeń wzrasta stopniowo w miarę czynionych przez dziecko postępów. Ćwiczenia nie mogą być ani za trudne, ani za łatwe. Bardzo ważne w tej terapii jest motywowanie pacjenta. Każde wykonywane ćwiczenie powinno zakończyć się sukcesem. Terapia Integracji Sensorycznej zwykle jest dla dziecka przyjemnością, ale także wymaga dużego zaangażowania, a czasami sporego wysiłku. Zadaniem terapeuty jest zachęcenie i prowokowanie dziecka do ćwiczeń nawet, gdy niektóre rodzaje zabaw i ćwiczeń budzą u niego lęk, bądź niechęć [25].

**Metoda Weroniki Sherbone.** Podstawowym założeniem w tej metodzie jest rozwijanie poprzez ruch. Składają się na nią świadomość własnego ciała, usprawnianie ruchowe, świadomość przestrzeni i działania w niej, dzielenie przestrzeni z innymi ludźmi, a także nawiązywanie z nimi bliższego kontaktu. Metodą Weroniki Sherbone udział w ćwiczeniach ma na celu stworzenie dziecku okazji do poznawania własnego ciała, usprawniania motoryki, poczucia własnej siły, sprawności a także możliwości ruchowych. Dzięki temu dziecko zaczyna



mieć zaufanie do samego siebie i czuje się bezpiecznie. W czasie ćwiczeń ruchowych dziecko poznaje przestrzeń, w której się znajduje - przestaje być ona dla niego groźna, czuje się bezpiecznie, staje się bardziej otwarte oraz przejawia większą inicjatywę [26].

**Metoda Wojty.** Metoda Wojty opiera się na torowaniu (pobudzeniu pól koordynacyjnych w ośrodkowym układzie nerwowym) przez sumację bodźców- czasową (wydłużenie czasu stymulacji) a także przestrzenną (jednoczesna stymulacja kilku stref wyzwolenia). Usprawnianie wymaga w tzw. pozycji aktywizującej ułożenia dziecka, co ułatwia uzyskanie odpowiednich reakcji odruchowych, podczas stymulacji odpowiednich sfer. Ucisk jest najczęściej stosowanym bodźcem powodującym wyzwolenie określonej reakcji. Ucisk wywierany jest kciukiem, dwoma palcami-środkowym, wskazującym, bądź brzegiem dłoni. W czasie stymulacji do ośrodkowego układu nerwowego przenikają liczne informacje z receptorów mięśni i stawów, co pozwala maluchowi na budowanie prawidłowego schematu ciała [27].

Terapia metodą Wojty może być rozpoczęta bardzo wcześnie. Jej celem jest poprawa motoryki u dzieci z nieprawidłowościami narządu ruchu. Jest to jednocześnie jedyna metoda niewymagająca od malucha świadomej aktywności ruchowej. Poprzez globalne oddziaływanie na cały organizm metoda ta pomaga w ssaniu, połykaniu, sprawności języka oraz rozwoju mowy, polepsza funkcje wegetatywne, ma wpływ na ustąpienie kolek niemowlęcych [28].

**Metoda Petö.** Metoda Petö to metoda interdyscyplinarna, ukierunkowana na osiągnięciu przez dziecko większej samodzielności niż tylko na samą terapię neurologiczną. Metoda ta również nosi nazwę „nauczania kierowanego” [29].

Dzieci w tej metodzie uczą się samodzielnego stania, chodzenia. Według poziomu rozwoju sprawności ruchowej a także intelektualnej kwalifikowane są dzieci. Do prowadzenia terapii warunkiem jest rozumienie i spełnianie poleceń przez dziecko. Dzieci, które uczestniczą we wspólnych zajęciach zespołowych wykonują takie ćwiczenia jak: ćwiczenia osiągnięcia wyższych pozycji, ćwiczenia rąk i pisania, chwytania, podporu, ćwiczenia oddechowe, stania i chodzenia, ćwiczenia obronne, równoważne. W szczególności uwagę zwraca się przede wszystkim na czynności dnia codziennego takie jak: mycie, ubieranie się, sprzątanie. Bardzo ważną rolę w terapii odgrywa prowadzący, który powinien zadbać o miłą atmosferę w grupie, wpłynie to na pozytywne wykonywanie poleceń. Podczas dostrzeżenia błędów, zwraca się do całej grupy i tłumaczy wszystko co zostało niewłaściwie zrobione. Każdy sukces powinien być podkreślany, ponieważ wpływa to na osiągnięcie lepszych rezultatów, a także motywację [30].

**Hipoterapia.** W hipoterapii wykorzystuje się chód konia w stępie, co stymuluje przemieszczenie środka ciężkości jeźdźcy w sposób podobny do ruchu miednicy człowieka podczas chodu. Podczas ruchu konia dziecko jest w stanie poczuć prawidłowe wzorce miednicy. Zmiana kierunku i tempa jazdy ma wpływ na poprawę reakcji równoważnych, a także na orientację w przestrzeni. Bliski kontakt z koniem, bezpośrednio odczuwalne ciepło pozwala na zmniejszenie lęku przez dziecko. W fazie początkowej terapeuta powinien siedzieć razem z dzieckiem na koniu celem kontroli postawy, jego asekuracji, dopiero po jakimś czasie może asekurować malucha z ziemi [31].

Badania Białoszewskiego [32] wykazują, że hipoterapia może stać się skuteczną metodą, która wspomogę tradycyjną fizjoterapię. W rezultacie przynosi ona korzyści w sferze poznawczej, emocjonalnej, ruchowej, werbalnej dziecka [32].

### ***Problemy bio-psycho-społeczne osób z MPD***

Oprócz uwarunkowań genetycznych, na rozwój każdego dziecka wpływa zewnętrzne środowisko między innymi warunki ekologiczne a także środowisko wychowawcze. U dzieci rozwijających się prawidłowo, jesteśmy w stanie przewidzieć poszczególne cykle rozwoju, kolejność a także czas, w którym się one pojawiają (mając na względzie osobnicze różnice indywidualne). Niepełnosprawność jest pojęciem, które obejmuje różne ograniczenia funkcjonalne człowieka w społeczeństwie. Są efektem uszkodzenia zdolności do podejmowania czynności, w sposób, który uważa się za normalny i typowy dla ludzkiego życia. Utrudnienia te mogą mieć charakter stały lub przejściowy, całkowity i częściowy. Mogą odnosić się do sfery sensorycznej, fizycznej a także psychicznej [6]. Bardzo dużo jest przyczyn przewlekłej choroby lub niepełnosprawności, które mogą pojawić się w okresie prenatalnym, okołoporodowym jak również w każdym kolejnym roku życia. Wywołać mogą one skutki o różnym nasileniu i w różnorodny sposób wpłynąć na dalszy rozwój. Funkcjonowanie psychospołeczne stałoby się ograniczone, utrudnione, gdybyśmy dzieci te pozostawili jedynie ich własnej aktywności a także oddziaływaniu rutynowych metod postępowania pedagogicznego. Większa część tych dzieci wymaga specjalistycznych oddziaływań rehabilitacyjnych. Aktywność ta ma za zadanie w możliwie jak największym stopniu wykorzystać własny potencjał tak, aby uszkodzenia, które wynikają z opóźnienia sfery poznawczej i ruchowej w jak najmniejszym stopniu ograniczyły rozwój dziecka [6].

Do swojego niepełnosprawnego dziecka rodzice zachowują się w różny sposób. Podczas całego życia ich reakcja ulega zmianom i zależy od wieku dziecka, stopnia zaburzeń funkcjonowania, stopnia leczenia, rehabilitacji i od zasobów, między innymi od: środków materialnych wsparcia społecznego, spójności rodziny a także sposobu radzenia sobie ze stresem. Pojawienie się dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym w rodzinie wiąże się z ogromnym stresem, a stres wzrasta z dorastaniem dziecka. Specyfika stresu dotyczy: późnej niepewnej diagnozy, intensywności i różnorodności zaburzeń, przewlekłości schorzenia a także podejmowanych zabiegów rehabilitacyjnych oraz pielęgnacyjnych. Na obniżenie poczucia wartości u rodziców może wpłynąć poczucie braku kompetencji, które są niezbędne do sprostowania wymaganiom stawianym przez ograniczenia dziecka [33].

Oceniając sytuację rodziców, a przede wszystkim przeżycia, wyróżnić można następujące etapy: szok, kryzys emocjonalny, pozorne oraz konstruktywne przystosowanie się do danej sytuacji. Okres szoku rozpoczyna się w momencie przekazania wiadomości o stanie zdrowia dziecka. Informacja o niepełnosprawności dziecka jest dla rodzica wstrząsem psychicznym, który przejawia się najczęściej niekontrolowanymi reakcjami emocjonalnymi a także stanami nerwicowymi. Wtedy znacznemu pogorszeniu ulegają relacje rodzinne. Pojawić się może brak wsparcia otoczenia, poczucie winy i lęku [34].

Po fazie „burzy negatywnych uczuć” występuje faza emocjonalnego kryzysu. Opiekunowie w dalszym ciągu nie mogą pogodzić się z niepełnosprawnością dziecka. Ta sytuacja zagraża trwałości więzów między rodzicami, na co wpływ mają kłótnie, przemoczenie opieką a także nieporozumienia. Często obserwowane w tej fazie jest odsuwanie się ojca poprzez brak zainteresowania dzieckiem, ucieczkę w alkohol lub w pracę zawodową. Następnym okresem w życiu rodziny dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym jest zaakceptowanie sytuacji. Etap ten kreuje u rodziców własny wizerunek rzeczywistości a także irracjonalne radzenie sobie z sytuacją trudną, nie mogąc oswoić się z niepełnosprawnością dziecka. W fazie przeżyć emocjonalnych szukają nowej diagnozy, idealnego sposobu leczenia, a w szczególności zaprzeczają niepełnosprawności dziecka. Zdarzyć się może, że rodzice obarczają się nawzajem winą za niepełnosprawność dziecka, a także obciążają inne osoby między innymi personel medyczny. Gdy rodzice zaakceptują fakt posiadania dziecka z MPD, początkowo popadają w pesymizm i apatię. Okres konstruktywnego przystosowania się do danej sytuacji jest ostatnim etapem. W tym etapie rodzina określa wspólny cel, jakim jest stworzenie jak najlepszych warunków dla rozwoju dziecka. Opiekunowie są zaangażowani w rehabilitację i opiekę nad dzieckiem, która przynosi im satysfakcję.

Pojawiają się uczucia pozytywne. Przebieg tych okresów jest indywidualny a okresy różnić się mogą czasem trwania a także intensywnością [35].

**Rozwój społeczny.** Ważnym czynnikiem, który w dużej mierze oddziałuje na życie osoby z mózgowym porażeniem dziecięcym jest środowisko społeczne, stanowi ono ogół jednostek, grup, kręgów i innych zbiorowości [32]. Wraz ze wzrostem świadomości społecznej, zmienił się stosunek do szeroko rozumianej niepełnosprawności. Pierwszym etapem był, etap filantropijny, który osoby z niepełnosprawnością uznawał za niezdolne do wykonywania jakichkolwiek zawodów a także brania udziału w życiu społecznym i kulturalnym. Etap tworzenia instytucji, która zajmuje się udzielaniem pomocy osobom kalekim, stał się kolejnym etapem. Natomiast etap, który trwa do dziś jest etapem stosunku, społeczeństwa do osób dotkniętych niepełnosprawnością. Polega on na przyznaniu osobom z niepełnosprawnością a także z mózgowym porażeniem dziecięcym podstawowych praw ludzkich. Coraz częściej podejmowane są działania, które idą w kierunku integracji społecznej tej grupy osób. Celem tego ma być uświadomienie osobom w intelektualnej normie, że żadna grupa, bez względu na stan psychofizyczny, nie może być pozbawiona podstawowych praw a także współżycia z innymi ludźmi, oraz realizowania celów życiowych, korzystania z dorobków społeczeństwa [36]. Wobec otaczającego świata, w którym żyją osoby z mózgowym porażeniem dziecięcym, postawy środowiska społecznego niewątpliwie oddziałują na ich osobowość. Mogą, zatem wywołać u nich poczucie mniejszej wartości, lęk, depresję, zgorzkniałość, a w skutku może doprowadzić to do zachowań agresywnych [36].

**Edukacja.** Zależnie od rodzaju oraz obszaru uszkodzenia obraz ucznia z mózgowym porażeniem dziecięcym może być bardzo zróżnicowany. Literatura podmiotu omówiła liczne klasyfikacje mózgowego porażenia dziecięcego. Najistotniejszy dla nauczyciela jest podział, który uwzględnia funkcjonowanie dziecka w obszarze ruchowym, poziom funkcjonowania intelektualnego, zaburzenia współistniejące a także towarzyszące choroby przewlekłe. Pamiętać należy, że mózgowe porażenie dziecięce jest rodzajem niepełnosprawności, a nie procesem chorobowym [37].

Uczniowie z mózgowym porażeniem dziecięcym różnią się między sobą. Dokonanie wczesnej diagnozy psychologicznej, jest niezbędne, aby określić możliwości odnoszące się do nauki danego dziecka. Dokładne określenie rodzaju oraz nasilenie trudności występujących u dziecka, pomaga w optymalnym dostosowaniu do jego potrzeb sposobu nauczania. Część dzieci uczęszczać może do szkoły masowej bądź integracyjnej, inne natomiast do szkoły specjalnej, a niektóre dzieci mają nauczanie indywidualne w domu.

Są także dzieci, które przebywają w domach pomocy społecznej dla osób z głęboką niepełnosprawnością. Na realizację obowiązku szkolnego mają wpływ takie zaburzenia jak:

- zaburzenia widzenia, które występują najczęściej-wady wzroku, zaćma, zez, jaskra a także niedowidzenie
- zaburzenia słuchu- niedosłuch
- wady zgryzu, które utrudniają odżywianie
- nadwrażliwość emocjonalna [38].

Dziecko z MPD w kontaktach z innymi często jest traktowane bardziej przedmiotowo niż podmiotowo. Jest często oceniane i porównywane. Może doprowadzić to do tego, że dziecko unikać będzie sytuacji, w których czuje się mniej wartościowe a także ludzi, którzy nie są w stanie zaspokoić jego potrzeb bezpieczeństwa. Może być to związane z niechęcią do pewnych rodzajów terapii. Bardzo ważnym zadaniem nauczycieli jest dogłębna obserwacja dziecka i podejmowanie decyzji odnośnie do optymalnych sposobów postępowania z nim. Wychowawca powinien umieć spostrzec zalety dziecka, docenić je, uszanować a także rozwijać to, co dziecko ma do zaoferowania. Ważną częścią stosowanej terapii jest dodawanie dziecku otuchy, docenianie go, pokazanie dziecku, co mu wolno a czego nie a także zapewnienie stałego dostępu do siebie. Często dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym nie potrafią podporządkować się poleceniom wydawanym przez nauczyciela, regułom, które stosowane są podczas zajęć a także brakiem współpracy z rówieśnikami. Od nauczyciela wymagają ciągłej mobilizacji do działania a także ciągłego zainteresowania własną osobą. W bardzo dużym stopniu od sprawności intelektualnej, motywacji i koncentracji zależy ich poziom osiągnięć w nauce [38].

Zaburzenia wzroku, rozwoju ruchowego i percepcji ciała powodują trudności w nazywaniu części ciała a także ich lokalizacji. Zaburzenia orientacji w przestrzeni prowadzą do problemów w ocenianiu odległości, położeniu, poruszaniu się pomiędzy przedmiotami a także unikaniu potrącenia i uderzeniu. Te wszystkie nieprawidłowości mają wpływ na funkcjonowanie dziecka w szkole, a utrudnienia ukazują się podczas nauki pisania liter, następnie w poprawnym rozkładzie zadań na kartkach zeszytu, wyobrażaniu sobie i rysowaniu figur geometrycznych, a także w zrozumieniu poleceń, które odnoszą się do orientacji w terenie. Podczas komunikacji nauczyciela z dzieckiem bardzo ważne są wyraźne i jednoznaczne informacje o dużej powtarzalności. Muszą być one dostosowane do percepcyjnych możliwości

dziecka. Dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, pomimo iż są „uwięzione w swoim ciele” odczuwają tak samo jak dzieci zdrowe, potrzebę zabawy oraz ruchu. W normalnej aktywności fizycznej nie są w stanie odreagować swoich napięć emocjonalnych. Podczas zabawy przede wszystkim należy zadbać o rozwój sprawności manualnej i koordynacji wzrokowo-ruchowej. Przyczyniają się do niego zabawy konstrukcyjne, manipulacyjne, rysowanie, malowanie, zabawy z wodą i piaskiem, wydzieranki, kolorowanki, a także ugniatanie plasteliny, masy solnej. Poprzez zabawę dziecko poznaje otaczający go świat, stosunki społeczne, kształtuje umysł i umiejętności skutecznego działania, ulepszając w ten sposób spostrzeganie i koncentrację uwagi [38].

## **CEL BADAŃ**

Celem pracy była ocena jakości życia dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym.

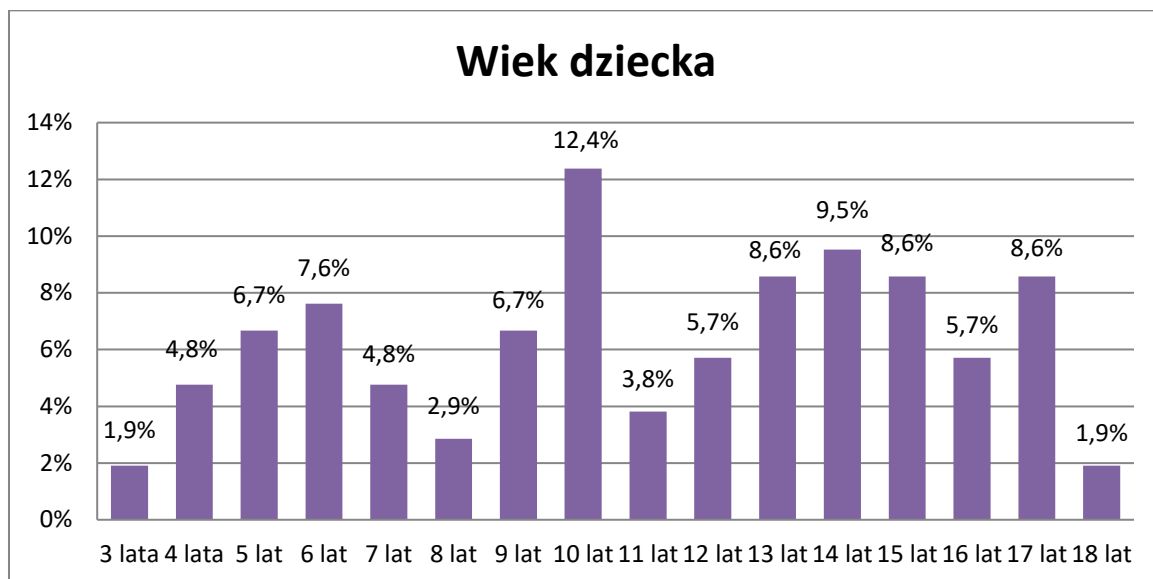
## **MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ**

Ankieta składała się z dwudziestu pięciu pytań, w tym siedem pytań wielokrotnego wyboru. W ankiecie zawarta była również metryczka składająca się z sześciu pytań, dotyczących wieku dziecka, płci, liczby dzieci w rodzinie, miejsca zamieszkania, wykształcenia rodziców a także źródła utrzymania. Ankieta została przeprowadzona wśród 105 rodziców dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym online, na forum dla rodziców dzieci z powyższym schorzeniem, w okresie od 20.02.2019r. do 22.04.2019r. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Senackiej Komisji ds. Etyki Badań Naukowych PWSiP w Łomży.

## **WYNIKI**

### ***Charakterystyka populacji badawczej***

Ankieta została przeprowadzona wśród 105 rodziców dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. Wiek dzieci był bardzo zróżnicowany. Najwięcej było dzieci w wieku 10 lat (12,4%), natomiast najmniej w wieku 3 lata i 18 lat (po 1,9 % populacji objętej badaniem) (Rycina 1).



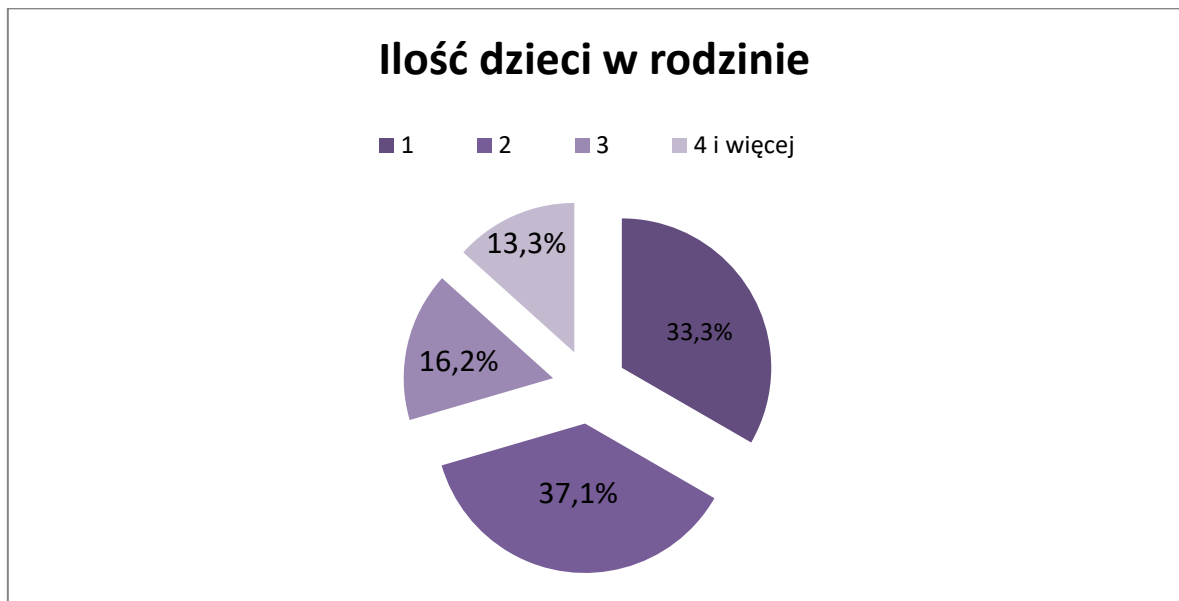
**Rycina 1. Wiek dziecka.**

Dziewczynek w objętej badaniem grupie było 45- czyli 43%, natomiast chłopców 60- 57% (Rycina 2).



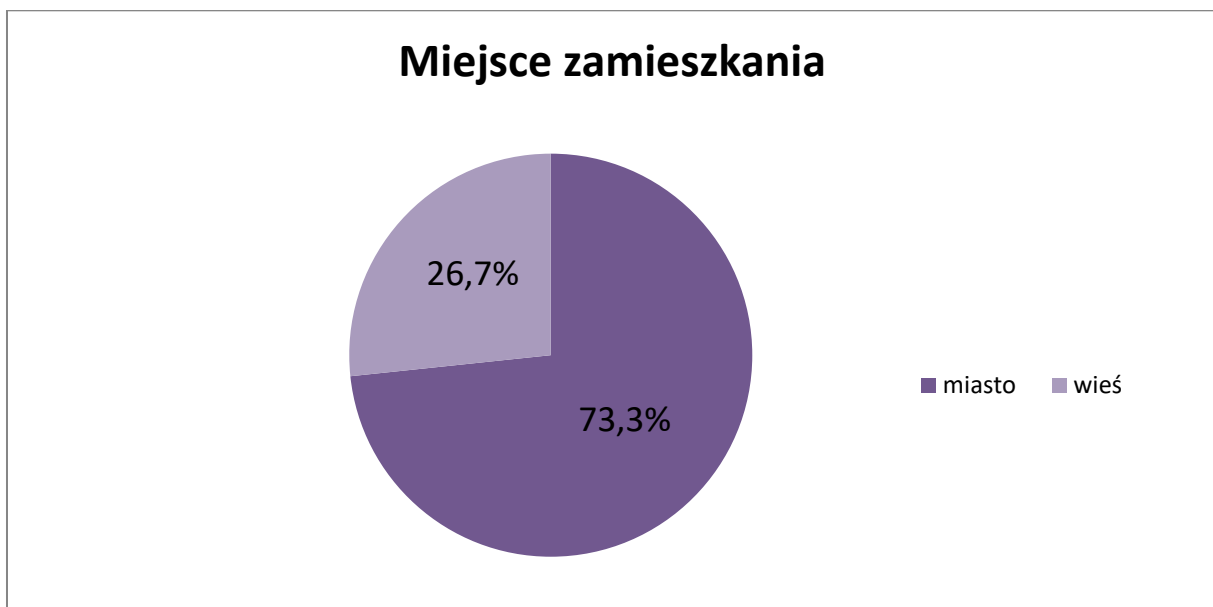
**Rycina 2. Płeć dziecka.**

Na pytanie dotyczące ilości dzieci w rodzinie, najczęściej udzieloną odpowiedzią przez respondentów było 2 dzieci - 37,1%, nieco mniej udzieliło odpowiedzi 1 dziecko -33,3%, 3 dzieci posiada 16,2% rodziców, natomiast 4 bądź więcej dzieci ma 13,3% badanych (Rycina 3).



Rycina 3. Struktura badanych ze względu na ilość dzieci w rodzinie.

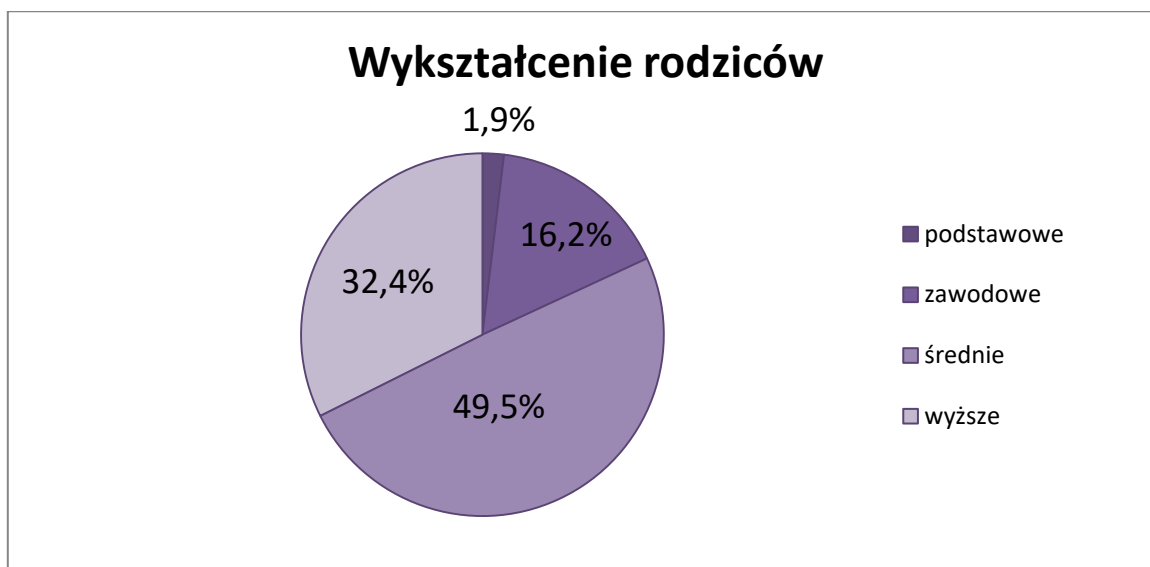
Większość badanych pochodzi z miasta stanowią oni 73,3%, natomiast respondentów mieszkających na wsi jest 26,7% (Rycina 4).



Rycina 4. Struktura badanych ze względu na miejsce zamieszkania.

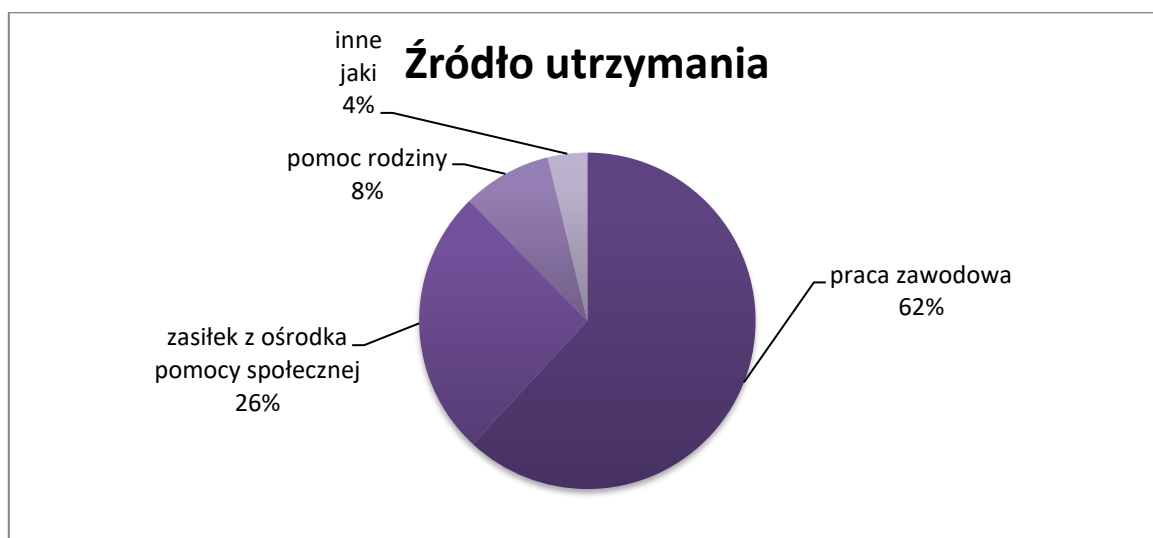


Wśród ankietowanych rodziców 49,5% stanowiły osoby z wykształceniem średnim; 32,4 % osoby z wykształceniem wyższym. 16,2% osób posiada wykształcenie zawodowe, natomiast wykształcenie podstawowe posiada 1,9% osób badanych (Rycina 5).



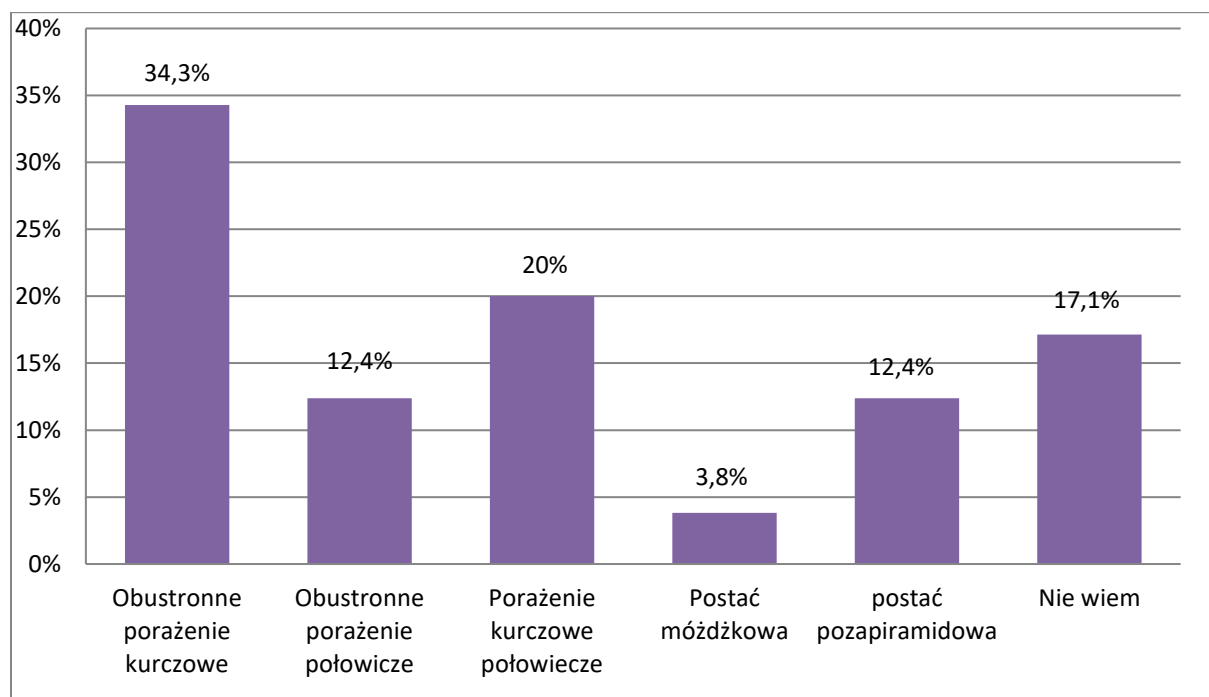
Rycina 5. Struktura badanych rodziców ze względu na wykształcenie.

Źródłem utrzymania 62% respondentów jest praca zawodowa, zasiłek ośrodka pomocy społecznej wykazuje 25,7% badanych, pomoc rodziny 8,5% rodziców, natomiast odpowiedź „inne” stanowi 3,8%, czyli 4 respondentów udzieliło odpowiedzi, że źródłem utrzymania są świadczenia pielęgnacyjne, alimenty, emerytura (Rycina 6).



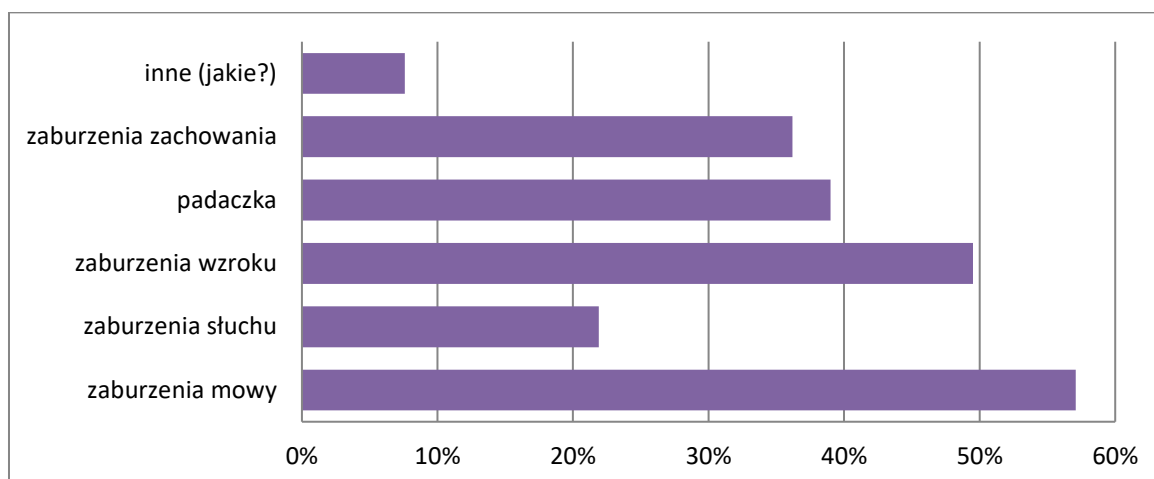
Rycina 6. Struktura badanych ze względu na źródło utrzymania.

Wśród rodziców biorących udział w badaniu 34,3% ich dzieci ma obustronne porażenie kurczowe, 20% dzieci cierpi na porażenie kurczowe połowicze, 17,1% nie wie jaką postać mózgowego porażenia dziecięcego ma ich dziecko, 12,4% badanych odpowiedziało, że ich dziecko ma obustronne porażenie kurczowe i postać pozapiramidową, natomiast 3,8 % cierpi na postać mózdkową (Rycina 7).



**Rycina 7. Postać mózgowego porażenia dziecięcego.**

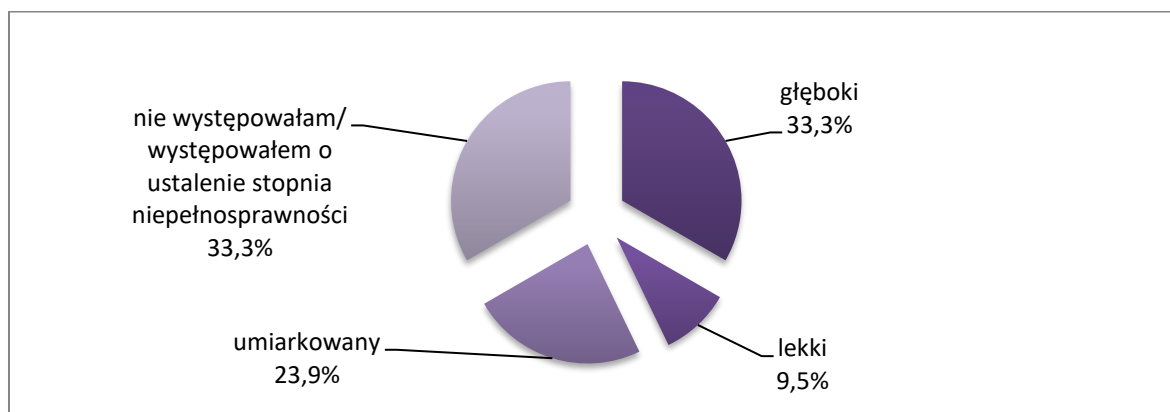
Najczęściej występującym objawem są zaburzenia mowy stanowią 57,1% odpowiedzi, nieco mniej 49,5% zaburzenia wzroku. Padaczka występuje u 39% dzieci; 36,2% dzieci ma problemy z zaburzeniem zachowania. Respondenci w 21,9 % zaznaczyli odpowiedź zaburzenia słuchu. Odpowiedzi „inne” udzieliło 8 osób-7,6%; w tym ich dzieci mają upośledzenie umysłowe a także zaburzenia ruchu (Rycina 8).



*\*Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru*

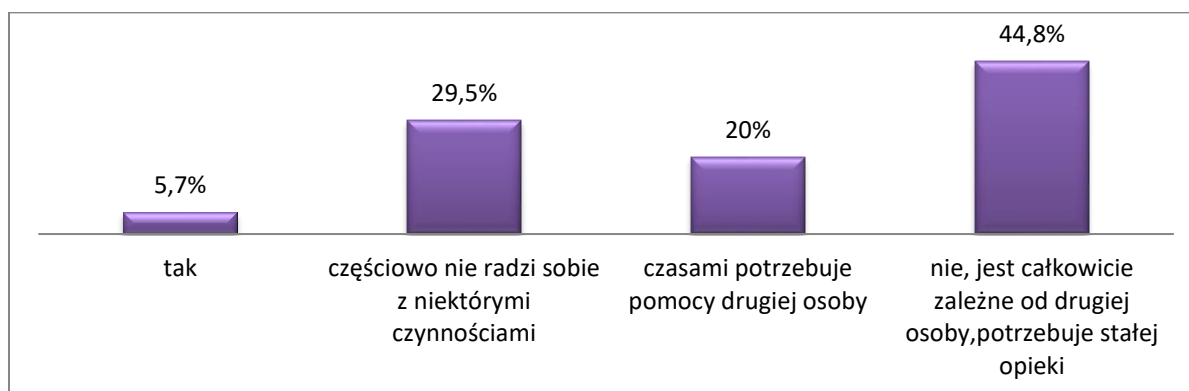
**Rycina 8. Objawy współistniejące.**

33,3% respondentów odpowiedziało, że ich dziecko ma niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim; 33,3% rodziców nie występowało o ustalenie stopnia niepełnosprawności; 23,9 % badanych udzieliło odpowiedzi umiarkowany, a 9,5 % dzieci respondentów ma niepełnosprawność intelektualną w stopniu lekkim (Rycina 9).



**Rycina 9. Stopień niepełnosprawności występujący u dziecka.**

Badani w 44,8% udzielili odpowiedzi, że ich dziecko jest całkowicie zależne od drugiej osoby i potrzebuje stałej opieki, nieco niżej 29,5 % respondentów odpowiedziało, że ich dziecko częściowo nie radzi sobie z niektórymi czynnościami. 20% dzieci ankietowanych czasami potrzebuje pomocy drugiej osoby, a 5,7% dzieci osób biorących udział w ankiecie jest samodzielne w wykonywaniu czynności dnia codziennego (Rycina 10).



**Rycina 10. Samodzielność w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego.**

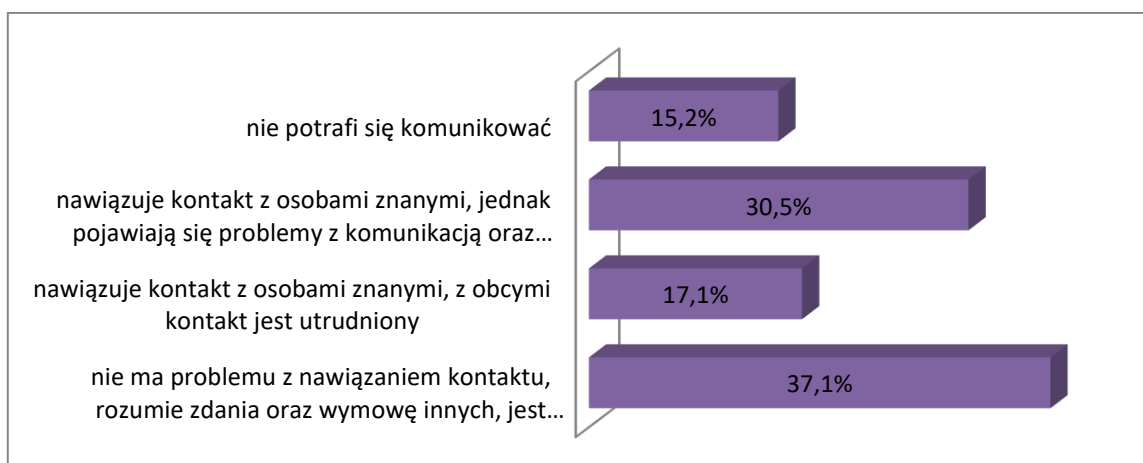
Na pytanie odnoszące się do czynności dnia codziennego, które sprawiają utrudnienie dziecku, najczęściej wskazywana była odpowiedź: wykonywanie czynności precyzyjnych- 71,4%, nieco mniej 65,7% respondentów zaznaczyło odpowiedź poruszanie się i ubieranie- 62,9%. Zmiana pozycji ciała z leżącej na siedzącą sprawia najmniejsze utrudnienie, odpowiedź tą zaznaczyło 20 respondentów- 19% (Tabela I).

**Tabela I. Czynności sprawiające trudności dziecku.**

Czynności	N	%
Spożywanie posiłków	41	39
Zmiana pozycji ciała z leżącej na siedzącą	20	19
Korzystanie z toalety	48	45,7
Poruszanie się	69	65,7
Mowa	59	56,2
Nauka nowych umiejętności	54	51,4
Wykonywanie czynności precyzyjnych	75	71,4
Czynności higieniczne	61	58,1
Ubieranie się	66	62,9
Pisanie/rysowanie	53	50,5
Zakładanie butów	59	56,2

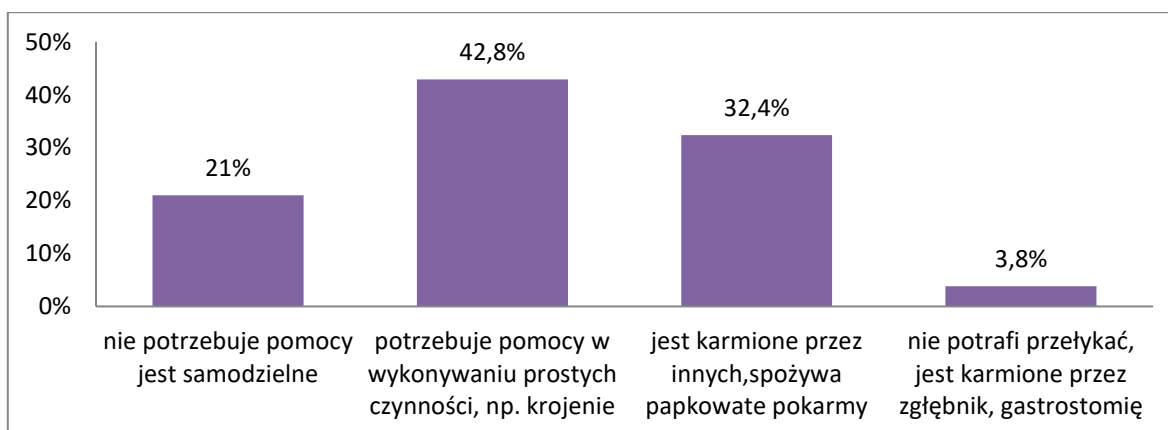
*\*Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru*

Według zebranych odpowiedzi najczęściej rodziców 37,1% odpowiedziało, że ich dziecko nie ma problemu z nawiązaniem kontaktu, rozumie zdania oraz wymowę innych, jest rozumiane przez innych. 30,5% badanych udzieliło odpowiedzi, że ich dziecko nawiązuje kontakt z osobami znanymi, jednak pojawiają się problemy z komunikacją oraz brakiem zrozumienia, nieco mniej 17,1% przebadanych wskazało, że dziecko nawiązuje kontakt z osobami znanymi, z obcymi kontakt jest utrudniony - Rycina 11.



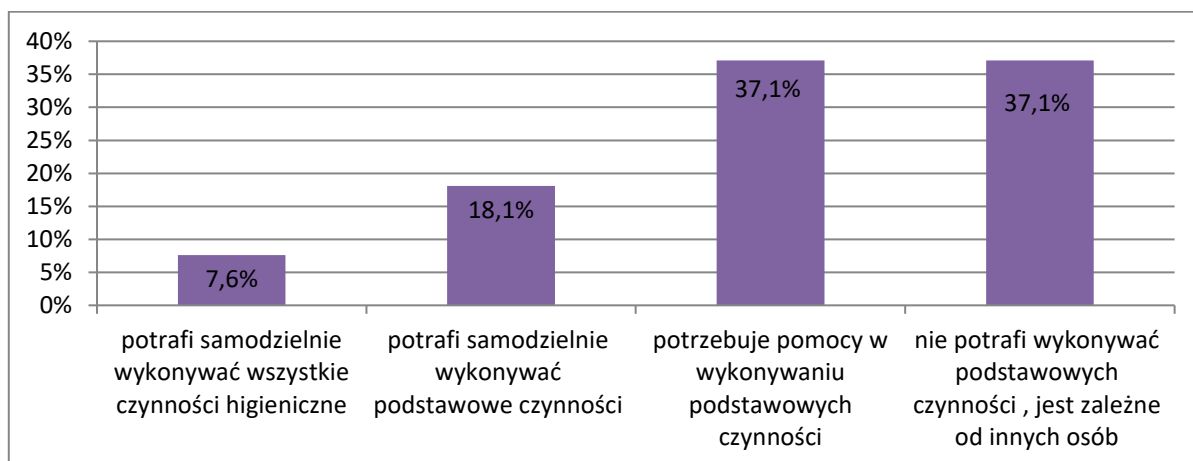
**Rycina 11. Nawiązywanie kontaktów przez dziecko.**

Wśród badanych 42,8% rodziców odpowiedziało, że ich dziecko potrzebuje pomocy w wykonywaniu prostych czynności, np. krojenie. 32,4% respondentów zadeklarowało, że ich dziecko jest karmione przez innych, spożywa pokarmy papkowe. Nieco mniej 21% badanych twierdzi, że dziecko jest samodzielne i nie potrzebuje pomocy. 3,8% deklaruje, że dziecko nie potrafi samodzielnie przyjmować posiłków, jest karmione przez zgłębnik lub gastrostomię (Rycina 12).



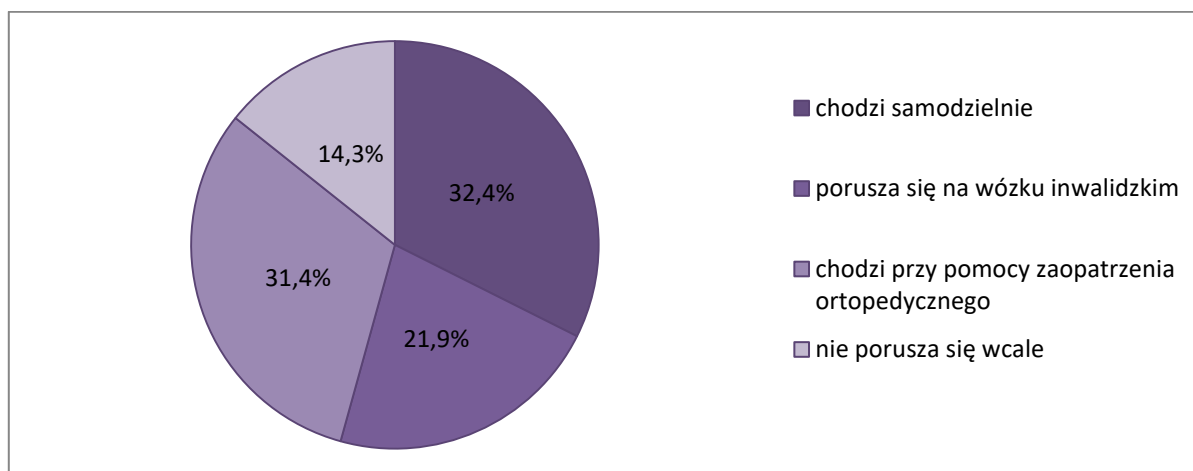
**Rycina 12. Przyjmowanie i spożywanie posiłków przez dziecko.**

Według zebranych odpowiedzi 37,1% respondentów udzieliło odpowiedzi, że ich dziecko potrzebuje pomocy w wykonywaniu podstawowych czynności, tyle samo (37,1%) badanych twierdzi, że ich dziecko nie potrafi wykonywać podstawowych czynności i jest zależne od innych osób. 18,1% przebadanych osób deklaruje, że dziecko potrafi samodzielnie wykonywać podstawowe czynności, natomiast 7,6% dzieci potrafi samodzielnie wykonywać wszystkie czynności higieniczne (Rycina 13).



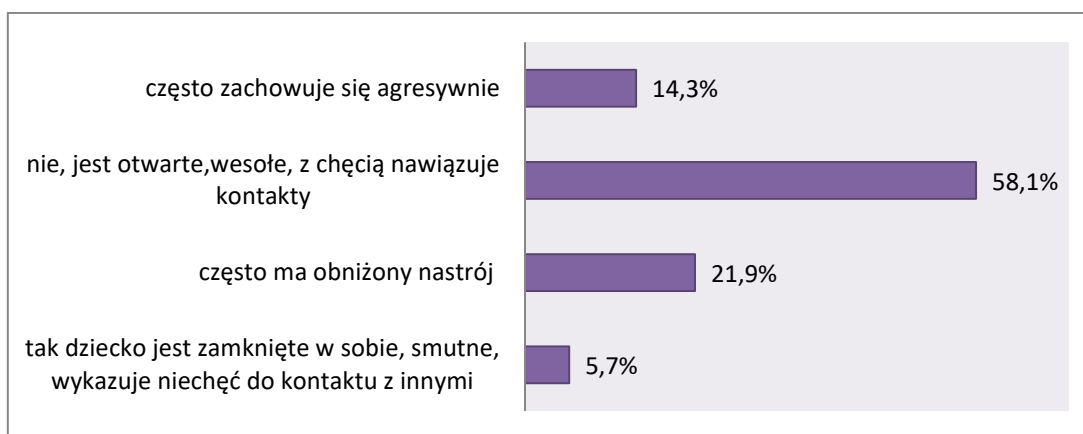
**Rycina 13. Utrzymanie higieny osobistej przez dziecko.**

32,4% osób biorących udział w ankiecie udzieliło odpowiedzi, że ich dziecko chodzi samodzielnie, nieco mniej osób 31,4% dzieci porusza się na wózku inwalidzkim. Porusza się na wózku inwalidzkim 21,9% dzieci osób ankietowanych. Natomiast 15 osób (14,3%), stwierdza, że ich dziecko nie porusza się wcale (Rycina 14).



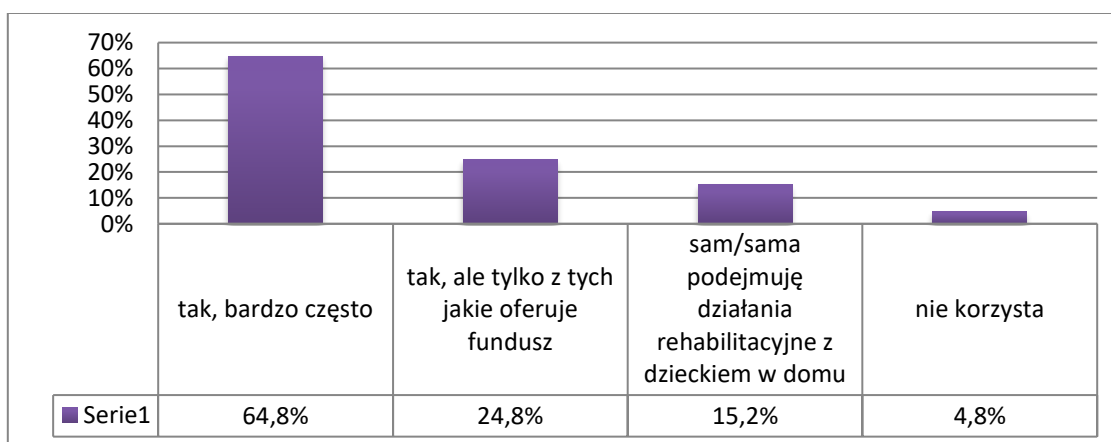
**Rycina 14. Jak dziecko porusza się.**

Ankietowanym zadano pytanie dotyczące problemów emocjonalnych występujących u ich dziecka. 58,1% respondentów udzieliło odpowiedzi, że dziecku nie towarzyszą problemy emocjonalne, dziecko jest otwarte, wesołe, z chęcią nawiązuje kontakty. 21,9% ankietowanych twierdzi, że dziecko często ma obniżony nastrój. U 14,3% ankietowanych dziecko często zachowuje się agresywnie. 5,7% zadeklarowało, że dziecko jest zamknięte w sobie, smutne, wykazuje niechęć do kontaktu z innymi (Rycina 15).



**Rycina 15. Problemy emocjonalne towarzyszące dziecku.**

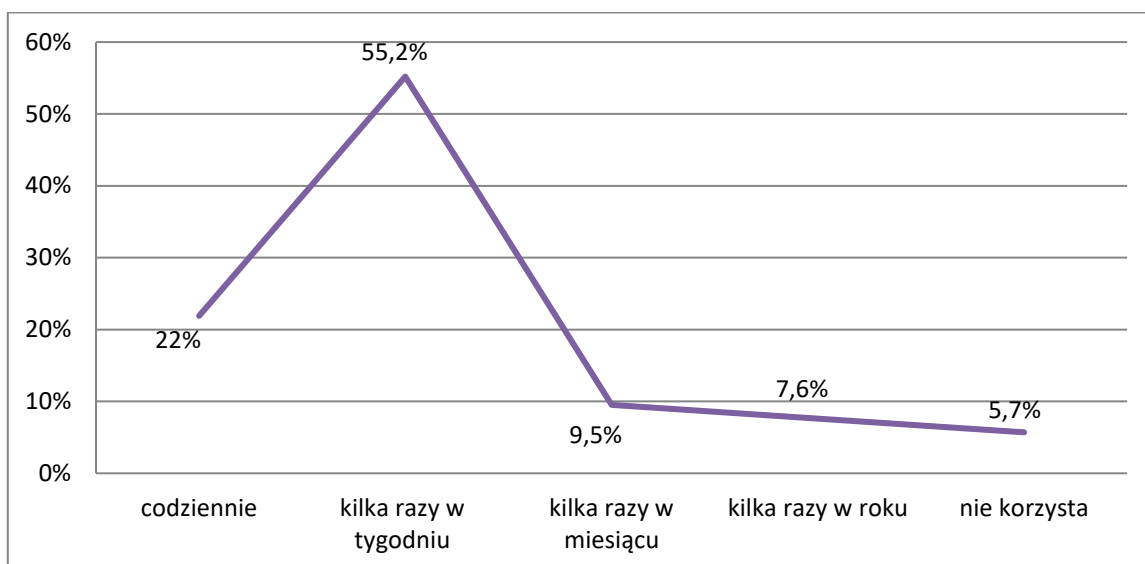
Wśród badanych 64,8% ankietowanych odpowiedziało, że ich dziecko bardzo często korzysta z zajęć rehabilitacyjnych, 24,8% badanych udzieliło odpowiedzi, że dziecko korzysta, ale tylko z tych jakie oferuje fundusz. 15,2% rodziców sama podejmuje działania rehabilitacyjne z dzieckiem w domu, a 4,8% dzieci respondentów wcale nie korzysta z zajęć rehabilitacyjnych (Rycina 16).



*\*Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru*

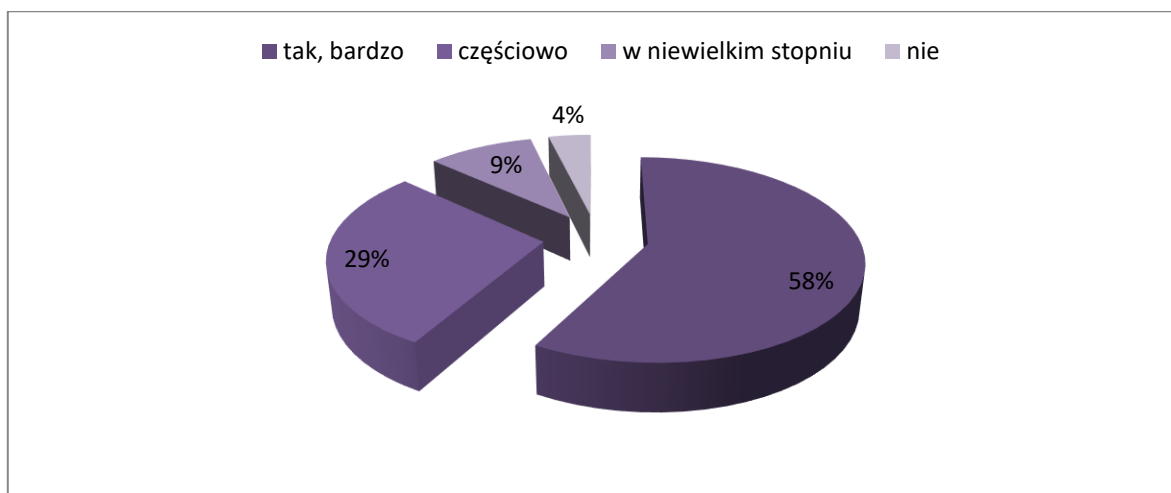
**Rycina 16. Korzystanie z zajęć rehabilitacyjnych**

Kilka razy w tygodniu z zajęć rehabilitacyjnych korzysta 55,2% dzieci, 22% respondentów odpowiedziało, że ich dziecko codziennie korzysta z rehabilitacji. 9,5% ankietowanych odpowiedziało kilka razy w miesiącu, nieco mniej 7,6% kilka razy w roku a 5,7 nie korzysta wcale (Rycina 17).



**Rycina 17. Częstość korzystania z zajęć rehabilitacyjnych.**

Rodzicom zadano pytanie dotyczące wpływu rehabilitacji na jakość życia dziecka. Znaczna część odpowiedziała, że tak, bardzo. 29% respondentów odpowiedziało, że wpłynęła częściowo. W niewielkim stopniu udzieliło takiej odpowiedzi 9%. 4 % badanych rodziców stwierdziło, że rehabilitacja nie wpłynęła na polepszenie jakości życia ich dziecka (Rycina 18).



**Rycina 18. Wpływ rehabilitacji na jakość życia dziecka.**



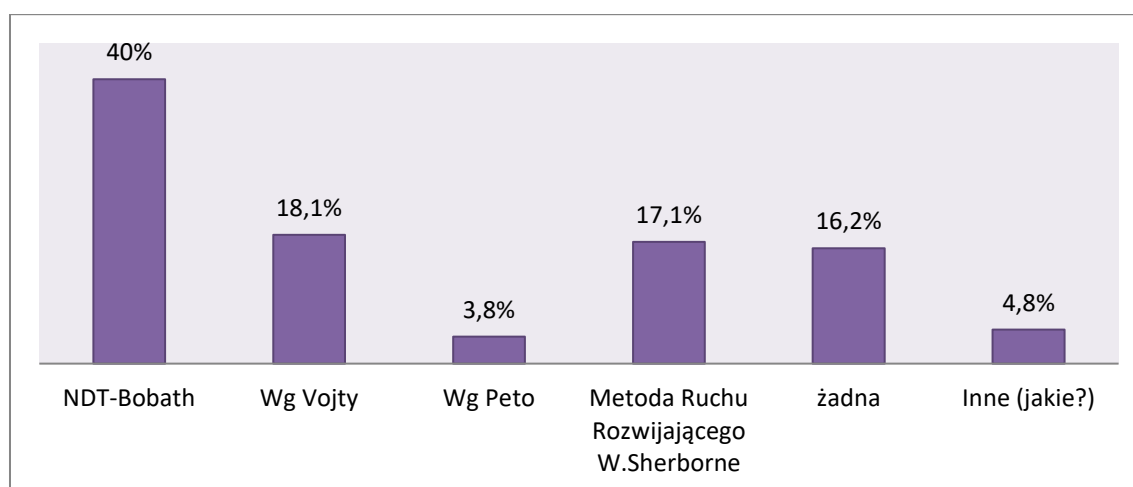
72,6% respondentów odpowiedziało, że ich dziecko najczęściej korzysta z fizykoterapii, 59% twierdzi, że ich dziecko korzysta z masażu leczniczego. 5,7% dzieci nie korzysta z żadnej metody leczenia (Tabela II).

**Tabela II. Metody leczenia z jakich korzysta dziecko.**

Metoda leczenia	N	%
Fizykoterapia	80	72,6
Hipoterapia	31	29,5
Kinezyterapia	39	37,1
Dogoterapia	36	34,3
Muzykoterapia	38	36,2
Masaż leczniczy	62	59
Żadne	6	5,7
Inne (jakie)?	0	0

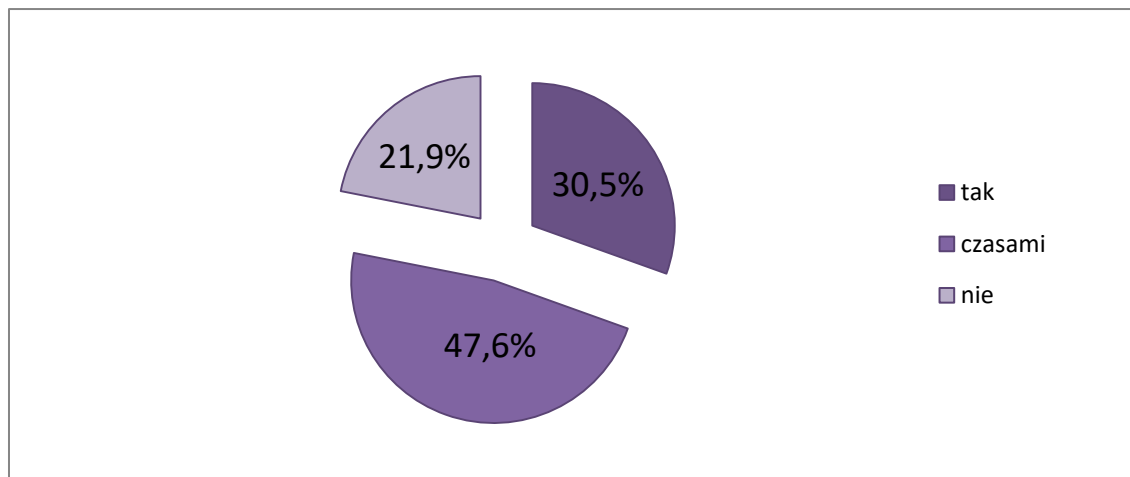
*\*Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru*

Metoda NDT-Bobath jest najczęściej wykorzystywaną metodą usprawniania według 40% respondentów. 18,1% rodziców dzieci stwierdziło, że metoda Wojty, 3,8% badanych rodziców u swojego dziecka wykorzystuje metodę Petö. Odpowiedzi „inne” udzieliło 5 rodziców w tym wymienili metodę SI (metoda Integracji Sensorycznej) i metodę Domana. 16,2% dzieci nie korzysta z żadnej metody usprawniania (Rycina 19).



**Rycina 19. Metody usprawniania.**

47,6% ankietowanych odpowiedziało, że jego rodzina korzysta z dofinansowania, 21,9% respondentów nie korzysta z dofinansowania (Rycina 20).



**Rycina 20. Ilość rodzin korzystająca z dofinansowania.**

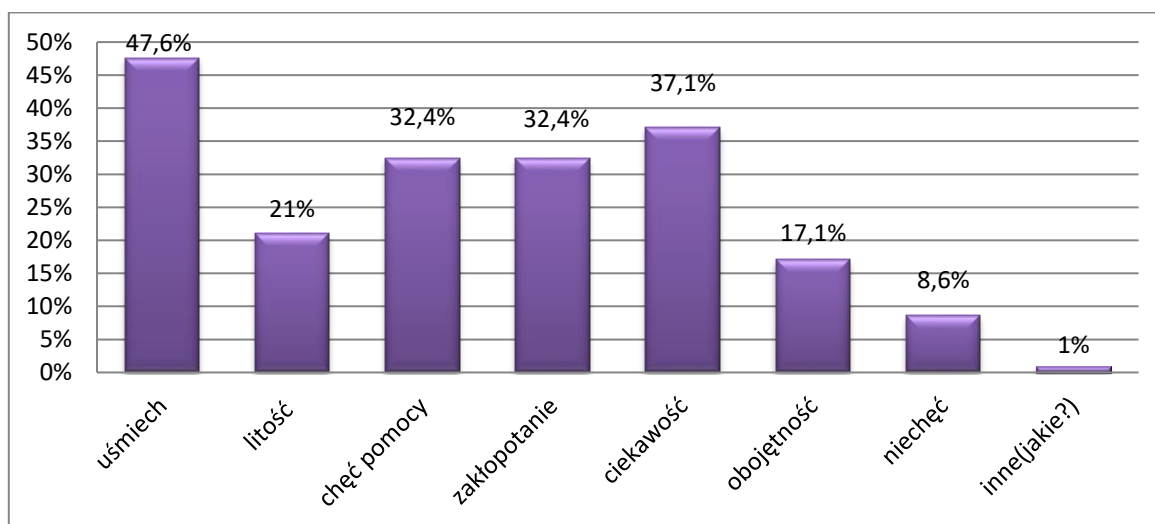
Analizując zebrane dane można stwierdzić, że najczęściej dzieci (91,4%) pozostaje pod opieką neurologa. Pod opieką fizjoterapeutów jest 73,3% dzieci. 71,4% respondentów zwraca się z pomocą do lekarza pierwszego kontaktu. 27,6% ankietowanych zaznaczyło odpowiedź „innego” w tym wymieniali, że ich dziecko pozostaje pod opieką okulisty, urologa, alergologa, diabetologa, nefrologa a także psychiatry (Tabela III).

**Tabela III. Wykaz specjalistów.**

Specjalista	N	%
Neurologa	96	91,4
Kardiologa	23	21,9
Logopedy	59	56,2
Ortopedy	68	64,8
Laryngologa	23	21,9
Psychologa	53	50,5
Fizjoterapeuty	77	73,3
Lekarza pierwszego kontaktu	75	71,4
Innego (jakiego?)	29	27,6

*\*Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru*

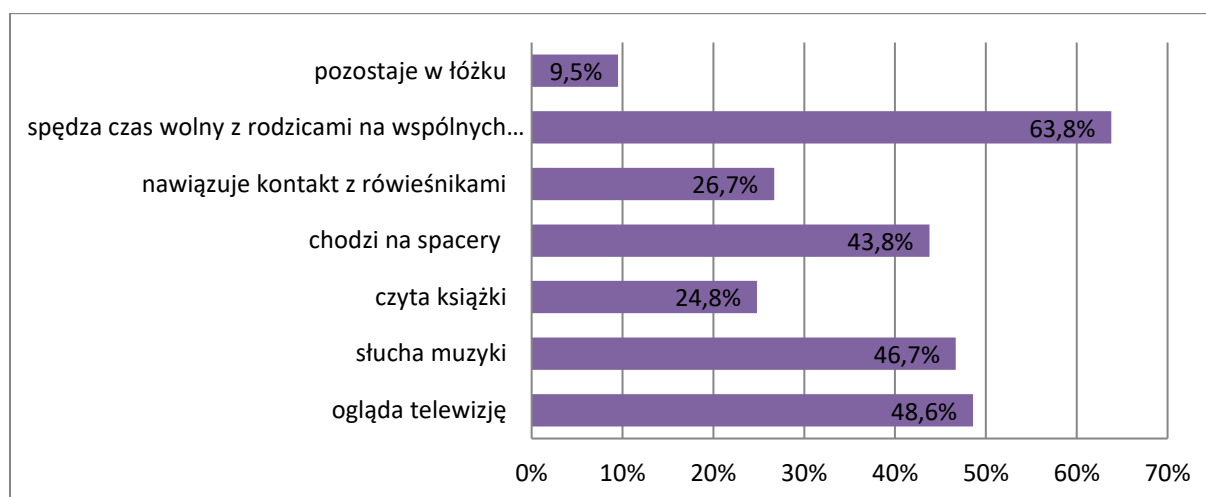
Respondentom zadano pytanie dotyczące reakcji otoczenia na ich dziecko w czasie spotkania. 47,6% ankietowanych oznajmiło, że reakcją na spotkanie z ich dzieckiem jest uśmiech. 37,1% respondentów zaznaczyło ciekawość. 32,4% rodziców zadeklarowało, że reakcją na spotkanie z ich dzieckiem jest chęć pomocy, a także zakłopotanie (Rycina 21).



*\*Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru*

**Rycina 21. Reakcje ludzi na spotkanie z dzieckiem.**

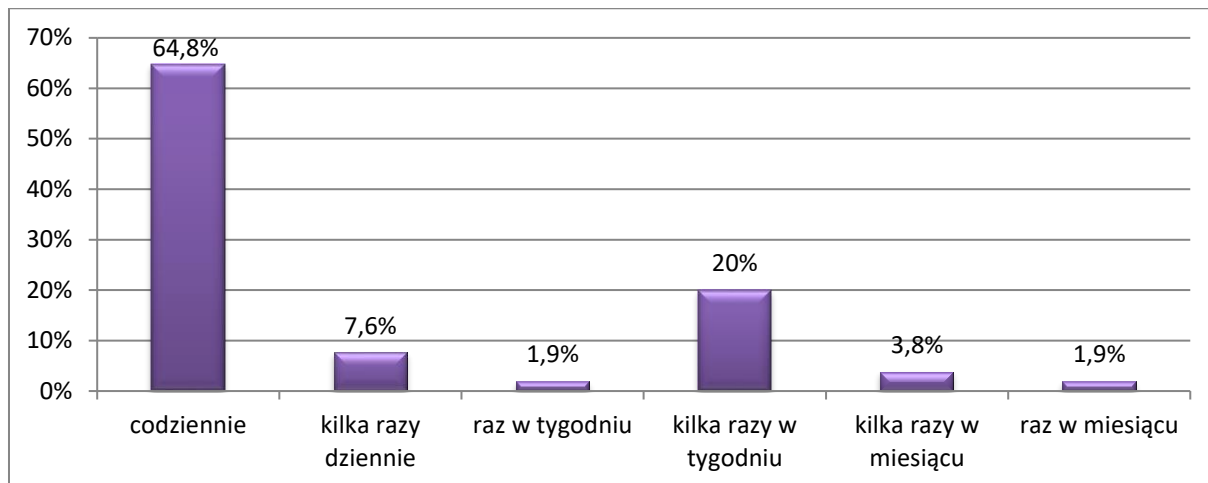
Respondenci udzielili odpowiedzi, że najczęściej ich dzieci spędzają czas wolny z rodzicami na wspólnych aktywnościach (63,8%). 48,6% dzieci ogląda telewizję, nieco mniej 46,7% słucha muzyki, natomiast 9,5% dzieci pozostaje w łóżku (Rycina 22).



*Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru*

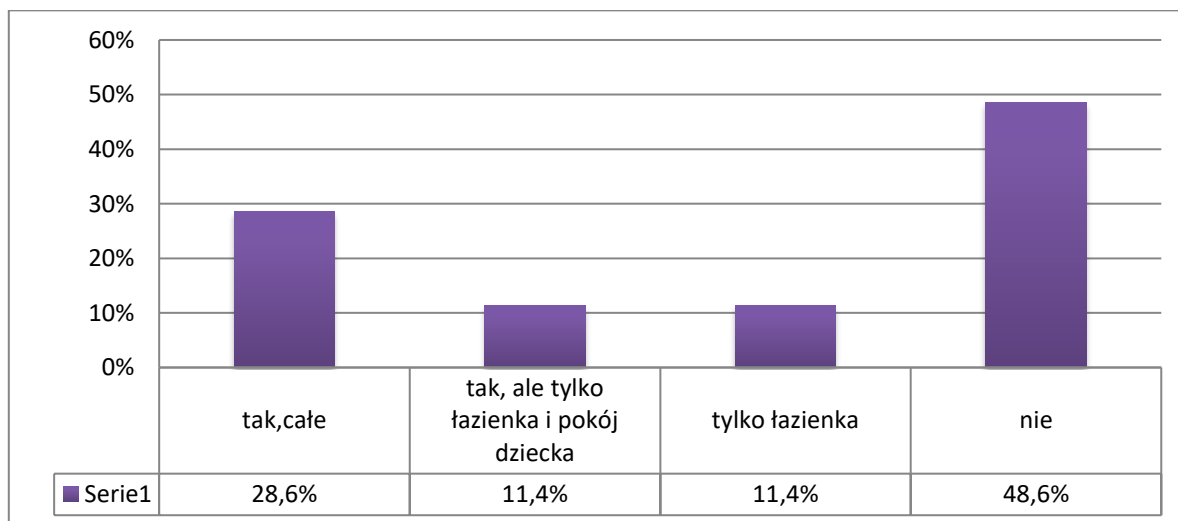
**Rycina 22. Czas wolny wykorzystywany przez dziecko.**

64,8% badanych rodziców oznajmiło, że ich dziecko codziennie wychodzi z domu/ jest wyprowadzane na spacer, 20% respondentów deklaruje, że ich dziecko wychodzi z domu kilka razy w tygodniu. Raz w miesiącu z domu wychodzi 1,9% dzieci (Rycina 23).



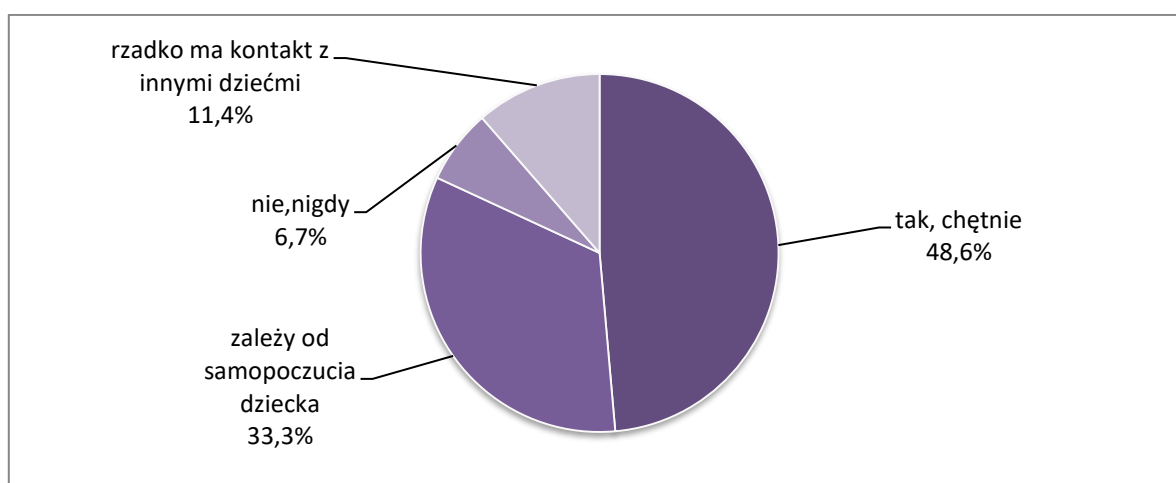
**Rycina 23. Częstotliwość wychodzenia dziecka z domu.**

Większość respondentów 48,6% udzieliło odpowiedzi, że mieszkanie nie jest przystosowane do niepełnosprawności dziecka. Mieszkanie jest całkowicie przystosowane u 28,6% rodzin. 11,4% ma przystosowaną łazienkę i pokój dziecka, albo samą łazienkę (Rycina 24).



**Rycina 24. Przystosowanie mieszkania do niepełnosprawności dziecka.**

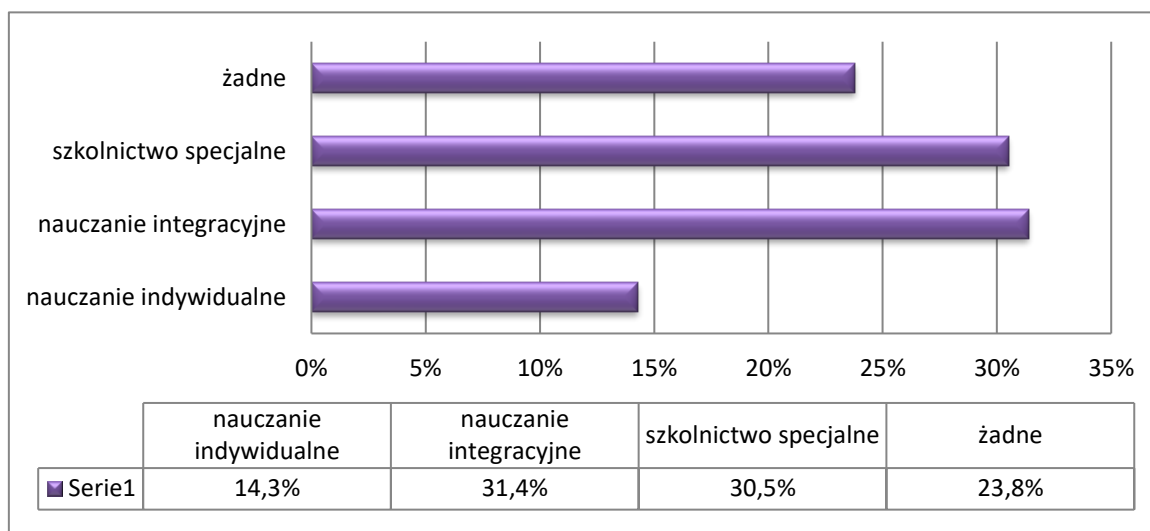
Analizując zebrane wyniki 48,6% rodziców udzieliło odpowiedzi, że dziecko chętnie uczestniczy w zabawach z innymi dziećmi, w zależności od samopoczucia dziecka-33,3% ankietowanych. 11,4% badanych rodziców dzieci oznajmiło, że dziecko rzadko ma kontakt z innymi dziećmi, a 6,7% dzieci nigdy nie uczestniczy w zabawach z innymi dziećmi (Rycina 25).



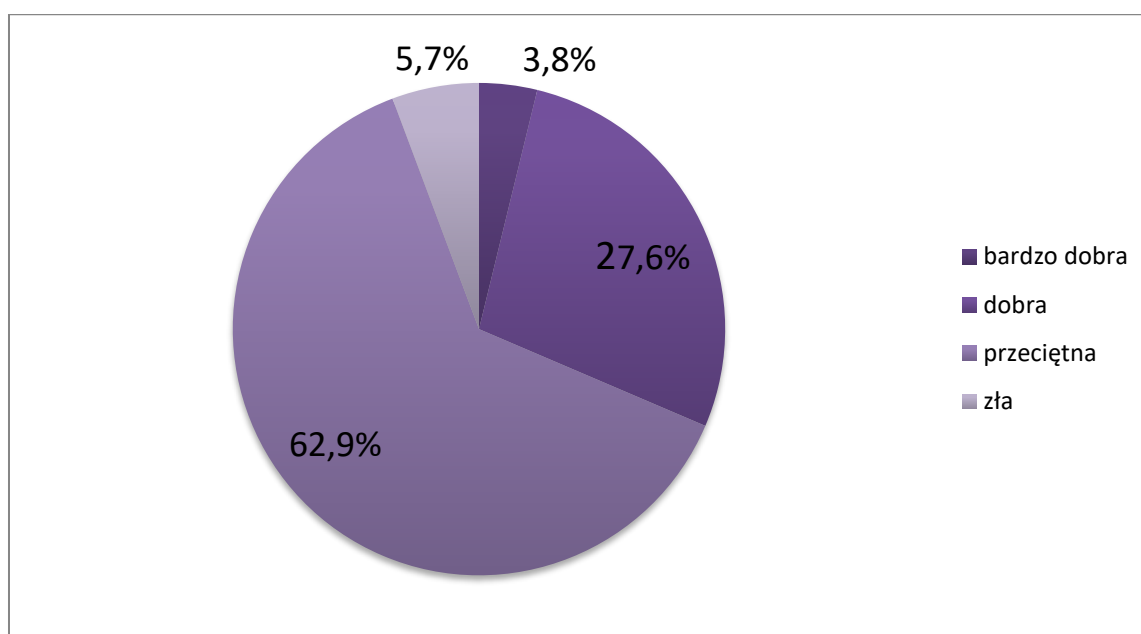
**Rycina 25. Uczestnictwo w zabawach z innymi dziećmi.**

Z nauczania integracyjnego korzysta 31,4% dzieci, nieco mniej 30,5% dzieci uczestniczy w szkolnictwie specjalnym. 23,8% rodziców dzieci, zadeklarowało, że ich dziecko nie korzysta z żadnej formy edukacyjnej, a 14,3% respondentów, odpowiedziało, że ich dziecko korzysta z nauczania indywidualnego (Rycina 26).

Najwięcej 62,9% respondentów udzieliło odpowiedzi, że oceniają swoją sytuację finansową jako przeciętną, 27,6% badanych mówi, że sytuacja finansowa jest dobra. Jako złą oceniło 5,7% rodziców. Sytuację bardzo dobrą posiada 3,8% rodzin (Rycina 27).

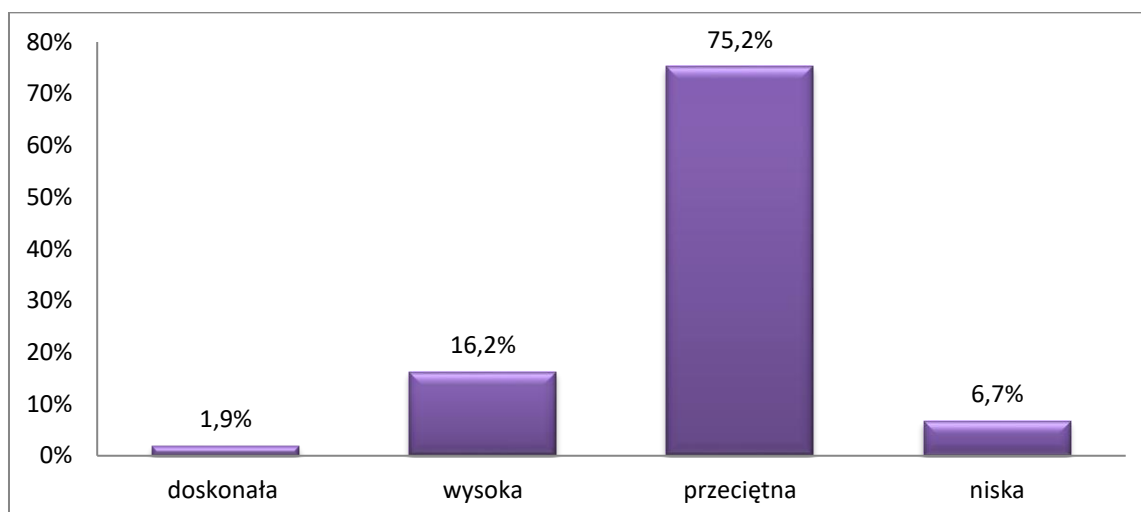


**Rycina 26. Formy edukacyjne.**



**Rycina 27. Sytuacja finansowa.**

75,2% rodziców ocenia swoją sytuację rodzinną jako przeciętną, 16,2% badanych twierdzi, że jakość życia rodziny jest wysoka. Odpowiedź niska zaznaczyło 6,7% ankietowanych. 1,9% respondentów twierdzi, że jakość życia rodziny jest doskonała (Rycina 28).



Rycina 28. Ocena jakości życia.

## DYSKUSJA

Mózgowe porażenie dziecięce jest określane jako uszkodzenie mózgu na etapie wczesnego rozwoju dziecka w okresie prenatalnym, perinatalnym a także postnatalnym, którego działaniem jest dysfunkcjonalność narządów, oraz deformacja ciała [39].

Respondentom zadano pytanie dotyczące wieku i płci dziecka. Odpowiedzi odnoszące się do wieku były bardzo zróżnicowane. 12,4% rodziców odpowiedziało, że ich dziecko ma 10 lat. 1,9% respondentów odpowiedziało, że ich dziecko ma 3 lata. W badaniach własnych mózgowe porażenie dziecięce dominowało wśród chłopców (57%).

Zdaniem Zabłockiego [40] mózgowe porażenie dziecięce, nie jest jednostką chorobową, ale objawem powstałym na skutek uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, zwłaszcza neuronu ruchowego w okresie jego rozwoju i dojrzewania. Natomiast Mazanek [41] twierdzi, że MPD jest zespołem należącym do zaburzeń organicznych a także czynnościowych mózgu, objawiających się występowaniem nieprawidłowych napięć mięśniowych, czyli niedowładów, porażień, ruchów mimowolnych, trudności związanych z utrzymaniem równowagi a także koordynacji ruchów.

Czochańska [42], podaje kilka postaci mózgowego porażenia dziecięcego, np. czterokończynowy, obustronny niedowład kurczowy, postacie pozapiramidowe o charakterze atetotyczno- płasawicznym, ze sztywnością, a także mózdkową.

Herberg [43], ze względu na objawy i przyczyny powstawania wyznacza następujące postacie kliniczne mózgowego porażenia dziecięcego: spastyczne w których wyróżnia się: (obustronny niedowład kurczowy, niedowład połowiczny prawo- i lewostronny, niedowład spastyczny czterokończynowy), pozapiramidowe, mózdkowe a także mieszane.

Z przedstawionych badań wynika, iż 34,3% dzieci ma obustronne porażenie kurczowe, 20% dzieci posiada porażenie kurczowe połowicze. Najmniejszą grupę 3,8% dzieci ma postać mózdkową. A 17,1% rodziców dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, nie wie jaką postacią MPD ma ich dziecko.

Przewlekła choroba, która przebiega z niepełnosprawnością ogranicza możliwość pełnego funkcjonowania nie tylko dziecka, a także najbliższej rodziny. Dziecko w różny sposób reaguje na stan swojego zdrowia. W dużym stopniu jest to zależne od jego wieku. Efekty choroby określają dalszy rozwój fizyczny a także psychiczny dziecka i mają duży wpływ na funkcjonowanie jego całej rodziny. Dziecko bardzo często nie jest w stanie wyrazić swoich potrzeb, a realizacja ich wymaga współpracy specjalistów z różnych dziedzin, z nimi jak również z jego rodzicami [44].

Rodzicom zadano pytanie: Pod opieką jakich specjalistów jest Pani/Pana dziecko? Pytanie było wielokrotnego wyboru. Jednak 91,4% respondentów odpowiedziało, że najczęściej dziecko ich pozostaje pod opieką neurologa. Pod opieką fizjoterapeuty pozostaje 73,3% dzieci.

Bardzo ważna jest ocena poziomu dojrzałości dziecka podczas ustalania programu usprawniania. Dla oceny poziomu rozwoju psychofizycznego, zakresu oraz stopnia zaburzeń niezbędne jest stosowanie metod psychologicznych, jak również neurologicznych. Za pośrednictwem ruchu biernego i czynnego oddziałuje się na dziecko. Psychopedagogiczne oddziaływanie dąży do adaptacji społecznej poprzez zajęcia, które usprawniają funkcje, które zostały zaburzone, a także zaspokajają potrzeby psychiczne [45].

Według Ślenzaka [45] stymulacja ogólnego rozwoju jest jednym z podstawowych założeń w usprawnianiu rozwoju dziecka. Ta stymulacja polega na dostarczeniu bodźców dziecku już w pierwszym roku życia. Bodźce te aktywizują sferę spostrzeżeniowo-ruchową. W stymulacji rozwoju ogólnego dziecka należy przestrzegać zachowania odpowiedniej kolejności występowania wzorców rozwojowych.



Pojawienie się kolejnych etapów rozwoju u dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym może zakłócać choroba. W procesie usprawniania należy brać pod uwagę kolejność stadiów rozwojowych bez względu na wiek, w którym się pojawiają. Oddziaływanie psychologiczno -pedagogiczne na dziecko z MDP prowadzi do zaspokojenia potrzeb poznawczych i emocjonalnych poprzez dostarczenie doświadczeń odpowiednich do poziomu rozwoju a także możliwości fizycznych dziecka.

Metody usprawniania są definiowane mianem neurofizjologicznych, mają na celu odbudowę prawidłowych wzorców ruchowych przez stopniowy rozwój postawy i lokomocji. Z rozwijających się i modyfikowanych metod usprawniania, znane i najczęściej stosowane metody w naszym kraju to metody: NDT-Bobath, Wojty, Peto i Domana [19, 29, 30].

Wyniki, które zostały uzyskane podczas przeprowadzania badań szeroko pokrywają się z opisywanymi w literaturze. 55,2% badanych dało odpowiedź, że ich dziecko kilka razy w tygodniu korzysta z zajęć rehabilitacyjnych. Z badań wynika, iż 40% rodziców odpowiedziało, że ich dziecko najczęściej korzysta z metody NDT-Bobath, nieco mniej 18,1% respondentów u dziecka stosuje metodę Wojty. Rehabilitacja zdaniem 58% respondentów wpłynęła na polepszenie jakości życia ich dziecka.

Skuteczne leczenie wymaga wkładu finansowego jak również zaangażowania ze strony najbliższych w opiekę a także leczenie. Stan ten jest długotrwały, dlatego też bardzo ważną rolę odgrywa sytuacja materialna rodziny [46]. 27,6% badanych ankietowanych zadeklarowało dobrą sytuację materialną rodziny, natomiast 62,9% respondentów ocenia swoją sytuację materialną jako przeciętną.

Do nauki szkolnej dziecko właściwie przygotowane powinno osiągnąć odpowiedni poziom rozwoju poznawczego, fizycznego a także emocjonalno-społecznego. Przewidzieć wtedy można, że będzie ono bez większych trudności mogło opanować podstawowe umiejętności szkolne takie jak: czytanie, pisanie, rachowanie. W celu zdobycia większego zasobu wiedzy, umiejętności te będzie doskonalić i wykorzystywać w toku dalszej nauki. Jeżeli uczeń ma problem ze spełnieniem tych kryteriów, to prawdopodobieństwem jest, że w przyszłości będzie narażony na niepowodzenie szkolne [6].

Badania nad dojrzałością szkolną zostały opracowane przez Bogucką [47] i uwzględniały następujące aspekty: sprawność ruchową, poziom rozwoju umysłowego, funkcjonowanie analizatora słuchowego i wzrokowego, mowę, laterację a także funkcjonowanie socjonalno-społeczne.

Zdaniem autorki ocenie dojrzałości szkolnej dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym nie powinien wskazywać wiek metrykalny ani poziom rozwoju intelektualnego, ale dojrzałość ogólna funkcjonowania analizatorów, a także dojrzałość systemu nerwowego.

Z przeprowadzonych badań wynika, iż największą czynnością sprawiającą trudnienie dziecku w 71,4% jest wykonywanie czynności precyzyjnych. Natomiast największa grupa ankietowanych wskazuje na nauczanie integracyjne (31,4%). Dzieci 30,5% rodziców uczą się w szkołach specjalnych.

Ogromne znaczenie dla rozwoju fizycznego i psychospołecznego ma wzajemne oddziaływanie członków rodziny na siebie i na dziecko. Ziemska [48], zwraca uwagę na to, że rodzina poprzez zaspokojenie dziecku jego potrzeb zapewnia prawidłowy rozwój emocjonalno-społeczny, co pozwala w zaakceptowaniu siebie i przystosowaniu się do życia w społeczeństwie. Odnosi się to do pełno-, jak i niepełnosprawnych dzieci.

Badania Gałkowskiego [49] wykazują, że efekty stymulacji tych dzieci najwyżej wiążą się z postawami rodziców. Autor wykazuje, iż emocjonalne nieprawidłowości u dzieci, spowodowane niepoprawnymi postawami rodziców, bardzo zakłócają ich procesy intelektualne, przyczyniając się do złej koncentracji uwagi a także zaburzeń neurodynamiki.

Na podstawie przeprowadzonych badań można wywnioskować, iż na każdym etapie choroby dziecka współdziałanie profesjonalistów z rodziną stanowi niezbędny warunek skutecznego procesu terapeutycznego. Rodzina odgrywa bardzo ważną rolę w procesie usprawniania, a podejście interdyscyplinarne do rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym jest niezbędnym czynnikiem modyfikującym postawy rodzicielskie, a także charakter odczuwanych przez rodziców problemów w opiece.

## **WNIOSKI**

Na podstawie przeprowadzonych badań wyciągnięto następujące wnioski:

1. W objętej badanej grupie wśród dzieci z porażeniem mózgowym przeważali chłopcy.
2. Najczęściej występującą postacią mózgowego porażenia dziecięcego wśród dzieci objętych badaniem było obustronne porażenie kurczowe.
3. Najczęściej występującym objawem współlistniejącym w objętej badaniem grupie dzieci było zaburzenie mowy.
4. 1/3 dzieci badanych miało niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim.
5. Ponad 40% rodziców twierdziło, że ich dziecko potrzebuje stałej opieki i jest całkowicie zależne od drugiej osoby.

6. Zdaniem ankietowanych rehabilitacja znacznie wpłynęła na polepszenie jakości życia dziecka.
7. Według respondentów metoda NDT-Bobath była wykorzystywana najczęściej w rehabilitacji ich dzieci.
8. Blisko połowa rodzin nie miała przystosowanego mieszkania do niepełnosprawności dziecka.
9. 31,4 % dzieci korzystało z nauczania integracyjnego.
10. Oceniając jakość życia dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym 75,2% rodziców biorących udział w badaniu, oceniało jakość życia swojego dziecka jako przeciętną.

## **PIŚMIENNICTWO**

1. Mirecka U.: Dyzartria w mózgowym porażeniu dziecięcym. Segmentalna i suprasegmentalna specyfika ciągu fonicznego a zrozumiałość wypowiedzi w przypadku dyzartrii w mpd. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2013, 13.
2. Grajewska E.: Nowe definicje i skale funkcjonalne stosowane w mózgowym porażeniu dziecięcym. *Neurologia Dziecięca*, 2009, 18 (35), 68.
3. Michalik M.: Mózgowe porażenie dziecięce w teorii i praktyce logopedycznej, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2015.
4. Rutkowska M.: Mózgowe porażenie dziecięce [w:] *Pediatrya*, Tom 1, Kawalec W., Grendy R., Ziółkowskiej H. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013, 222-223.
5. Michilewicz S.: Zaburzenia przetwarzania słuchowego u dzieci z porażeniem mózgowym, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Wrocław 2003.
6. Loska M.: Uczniowie z mózgowym porażeniem dziecięcym. Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 2005.
7. Borkowska M.: Najczęstsze schorzenia wywołujące niepełnosprawności ruchową dzieci [w:] *Dziecko z niepełnosprawnością ruchową*, Borkowskiej M. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012, 109-118.
8. Zeman K.: Najczęstsze neurologiczne przyczyny zaburzeń rozwoju psychoruchowego [w:] *Fizjoterapia w wybranych dziedzinach medycyny*, Olszewskiego J. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, 5-9.

9. Pusz B., Stoińska B.: Wybrane zagadnienia dotyczące rehabilitacji ruchowej noworodków i małych dzieci [w:] Neonatologia, Szczepy J. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015, 615-619.
10. Czernicki J., Krukowska J., Łukasiak A.: Mózgowe porażenie dziecięce [w:] Fizjoterapia w neurologii i neurochirurgii, Kwołka A. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012, 212-219.
11. Michałowska-Mrozek J.: Mózgowe porażenie dziecięce [w:] Rehabilitacja medyczna, Kiwerskiego J. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, 355-381.
12. Wendorff J., Połatyńska K.: Choroby układu nerwowego [w:] Fizjoterapia w pediatrii, Kulińskiego W. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012, 92-133.
13. Borzęcka A.: Diagnoza dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym oraz komunikacji alternatywnej i wspomagającej [w:] Diagnoza interdyscyplinarna, Skibskiej J. (red.). IMPULS, Kraków 2017, 337-357.
14. Kołomyjska T., Sobaniec W., Kułak W.: Charakterystyka padaczki u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. *Epilepsja*, 2004, 12, 221-233.
15. Ostapowicz D., Kułak W., Sobaniec W.: Zaburzenia mowy u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. *Neurologia Dziecięca*, 2002, 22, 49-58.
16. Schaffer D.R., Kipp K.: Psychologia rozwoju. Od dziecka do dorosłości. Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2015, 32.
17. Drozd E.: Postawy rodziców dzieci niepełnosprawnych. *Edukacja i Dialog*, 1999, 10, 34-41.
18. Kosiński S.: Socjologia ogólna. Wydawnictwo PWN. Warszawa 1987, 154.
19. Nowotny J., Czupryna K., Domagalska M.: Aktualne podejście do rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. *Neurologia Dziecięca*, 2009, 18(35), 53-60.
20. Bagnowska K., Falkowski M.: Mózgowe porażenie dziecięce-wybrane metody usprawniania. *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne*, 2013, 8, 28-32.
21. Kotkowska-Szulżyk A.: Praca z dzieckiem z porażeniem mózgowym. *Edukacja i Dialog*, 2005, 7, 35-40.
22. Ziemska M.: Postawy rodzicielskie. Wiedza Powszechna, Warszawa 2009.
23. Borkowska M., Szwiling Z.: Metoda NDT-Bobath- poradnik dla rodziców. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.

24. Borkowska M.: Metoda NDT Bobath w usprawnianiu dzieci z zaburzeniami rozwoju ruchowego [w:] Wczesna interwencja i wspomaganie małego dziecka, pod.red. Winczury B., Cytowskiej B. Impuls, Kraków 2014, 205-2014.
25. Borkowska M., Wagh K.: Integracja Sensoryczna na co dzień. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
26. Bogdanowicz M., Kasica A.: Ruch rozwijający dla wszystkich. Efektywność Metody Weroniki Sherbone. Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2003.
27. Banaszek G.: Metoda Wojty jako wczesna diagnostyka neurorozwojowa i koncepcja terapeutyczna. Przegląd Lekarski 2010, 67(1), 67-76.
28. Sadowska L.: Neurokinezyologiczna diagnostyka i terapia dzieci z zaburzeniami rozwoju motorycznego opracowana przez Vaclava Vojtę, Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja, 2001, 3(4), 519-526.
29. Borkowska M.: Usprawnianie dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. Klinika Pediatryczna, 2003,11(2), 261-266.
30. Domagalska M., Czupryna K., Szopa A.: Specyficzne i alternatywne sposoby terapii dzieci z porażeniem mózgowym. Neurologia Dziecięca, 2005, 14(27), 7-15.
31. Stefaniak M., Śleboda C.: Na koniu do sprawności- zdrowotne walory hipoterapii. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, 2008, 7, 14-18
32. Białoszewski D.: Ocena przydatności hipoterapii w rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem. Doniesienie wstępne. Fizjoterapia Polska, 2011, 2(4), 175-181.
33. Wiśniewska E.: Rodzina z dzieckiem z mózgowym porażeniem dziecięcym w aspekcie teorii systemowej. Neurologia Dziecięca, 2009, 35(18), 61–66.
34. Minczakiewicz E.: Dziecko ryzyka a wychowanie. Wydawnictwo Impuls, Kraków 2005.
35. Zeman I.: Poczucie sensu życia u rodziców a akceptacja niepełnosprawnego dziecka. Psychologia Wychowawcza, 1999, 4, 340– 348.
36. Borowski R.: Środowisko społeczne osób niepełnosprawnych. Wydawnictwo Naukowe Novum, Płock 2003, 10-11.
37. Cichońka-Segiet K.: Dydaktyka specjalistyczna ukierunkowana na mózgowie porażenie dziecięce [w:] Dydaktyka specjalna, Głódkowskiej J. (red.). Wydawnictwo PWN, Warszawa 2016, 271-285.
38. Kaciński M.: Mózgowe porażenie dziecięce [w:] Uczniowie z chorobami przewlekłymi, Woynarowskiej B. (red.). Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010, 123-134.

39. Zalewski M.: Muzyczna zabawa. Wydawnictwo Oświatowe FOSZE, Rzeszów 2008.
40. Zabłocki K.J.: Mózgowe porażenie dziecięce w teorii i terapii. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 1998.
41. Mazanek E.: Ocena poziomu rozwoju umysłowego dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym [w:] Wybrane problemy psychologicznej diagnozy zaburzeń rozwoju dzieci, Pisuli E., Roli J. (red.). Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogiki Specjalnej im. Grzegorzewskiej M, Warszawa 1998.
42. Czochońska J.: Objawy mózgowego porażenia dziecięcego [w:] Dziecko niepełnosprawne ruchowo. Wybrane zaburzenia neurorozwojowe i zespoły neurologiczne, Cz. 1, Łosiewskiego Z. (red.). Wydawnictwo WSiP, Warszawa 1997.
43. Łosiewski Z.: Definicja i postacie [w:] Dziecko niepełnosprawne ruchowo. Wybrane zaburzenia neurorozwojowe i zespoły neurologiczne, Cz. 1, Łosiewskiego Z. (red.). Wydawnictwo WSiP, Warszawa 1997.
44. Obuchowska I.: Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1999.
45. Borkowski G.: Postawy rodzicielskie wobec dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. Edukacja i dialog, 2008, 11, 62-65.
46. Dytrych G.: Kontrowersje wokół metody Wojty – spojrzenie terapeuty. Neurologia Dziecięca, 2008, 17(33), 59-62.
47. Bogucka J.: Dojrzałość szkolna [w:] Mózgowe porażenie dziecięce, Michałowicza R. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2001, 439-451.
48. Ziemska M.: Postawy rodzicielskie. Wiedza Powszechna, Warszawa 2009.
49. Gałkowski T.: Dzieci specjalnej troski. Wiedza Powszechna, Warszawa 1979.

## WPLYW ZESPOŁU POLICYSTYCZNYCH JAJNIKÓW NA POCZUCIE JAKOŚCI ŻYCIA KOBIEC

**Anna Nowakowska<sup>1</sup>, Beata Kowalewska<sup>2</sup>**

1. Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Ostrołęce
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

### WSTĘP

Zespół policystycznych jajników jest schorzeniem występującym u 3-12% kobiet. Stanowi szczególny problem w okresie prokreacyjnym, gdyż jego występowanie powoduje trudności z zajściem w ciążę oraz zaburzenia miesiączkowania. Powstał jako połączenie kilku zaburzeń endokrynologicznych, takich jak: hiperandrogenizm, zaburzenia gospodarki węglowodanowej oraz zaburzenia hormonalne [1, 2, 3].

Charakteryzuje się następującymi objawami:

- zaburzenia miesiączkowania – występuje oligomenorrhea lub wtórny brak miesiączki,
- zaburzenia owulacji, które prowadzą do kłopotów z zajściem w ciążę,
- hiperandrogenizm, czyli pojawienie się u młodych kobiet takich objawów jak trądzik, hirsutyzm i łysienie androgenowe,
- w obrazie USG - objętość jajników >10 ml, >12 pęcherzyków o wielkości 2-9 mm, tworząc na jajniku tzw. sznur pereł,
- otyłość, zaburzenia gospodarki lipidowej, zespół metaboliczny,
- zaburzenia gospodarki węglowodanowej - hiperinsulinemia, insulinooporność oraz zwiększone ryzyko cukrzycy typu II,
- zaburzenia hormonalne – stosunek LH/FSH >2, zwiększona produkcja testosteronu [3, 4].

Światowa Organizacja Zdrowia w 1994 roku zdefiniowała pojęcie jakości życia. Według WHO 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”.



Jakość życia jest nieodłącznym elementem potrzebnym do funkcjonowania każdej jednostki, który zależy między innymi od stanu psychicznego, upodobań, systemu wartości czy cech osobowości danego człowieka [5, 6, 7].

Zespół policystycznych jajników a w głównej mierze objawy jakie mu towarzyszą mają wpływ na życie i samopoczucie kobiet. Sonino i wsp. przeprowadzili badania, w których ukazano, że aż 60% kobiet z PCOS cierpi na hirsutyzm. Ekback i wsp. po przeanalizowaniu swoich badań wykazali, że hirsutyzm powoduje występowanie u kobiet osamotnienia i wstydu. Badania przedstawione przez Gabriele Kurek i Beatę Babiarczyk pokazały, że aż 39,6% badanych kobiet nie akceptuje tego jak wygląda a ponad 70% określiło, że choroba na ich życie negatywny wpływ. Natomiast Trent i wsp. przeprowadzili badania porównawcze nad 97 dziewczętami z PCOS i 186 zdrowymi i stwierdzili, że zespół policystycznych jajników negatywnie wpływa na jakość życia [8, 9, 10, 11].

### ***Zespół policystycznych jajników***

Po raz pierwszy wzmianki o objawach występujących w zespole policystycznych jajników zostały opisane w 1721r. przez Vallisneriego. Następnie w 1935r. Stein i Leventhal wykazali, że PCOS dotyczy objawów, na które składa się: wtórny brak miesiączki, hirsutyzm, otyłość oraz powiększenie jajników. PCOS nosił wtedy nazwę zespołu Steina-Leventhala. Kolejno, w 1958r. odkryto podwyższony poziom hormonu luteotropowego w moczu kobiet z PCOS. W 1960r. wprowadzono nazwę, która jest używana do dzisiaj, czyli Zespół Policystycznych Jajników [12].

Kolejne ważne daty w historii PCOS dotyczyły konferencji naukowych na których zostały przedstawione warunki do rozpoznania zespołu:

- 1990 r. – konferencja NIH,
- 2004 r. – konferencja The Rotterdam ESHRE/ASRM,
- 2006 – konferencja The Androgen Excess Society [13].

Z zespołem policystycznych jajników wiąże się z szeregiem objawów, takich jak nieregularne miesiączki, hiperandrogenizm, skłonność na nadwagi i otyłości, zaburzenia gospodarki lipidowej i węglowodanowej oraz niepłodność. Jednak na podstawie samych objawów przedmiotowych nie można postawić diagnozy PCOS. Przed rozpoznaniem zespołu policystycznych jajników ważne jest przeprowadzenie dokładnej diagnostyki.



Pierwszym i najważniejszym badaniem jest USG narządów rodnych (Fotografia 1), w którym powinno stwierdzić się minimum 10 pęcherzyków <10 mm w jajnikach [14, 15].



**Fotografia 1. Policystyczne jajniki w badaniu USG [źródło: zbiory własne].**

Po rozpoznaniu policystycznych jajników w USG powinno wykonać się badania laboratoryjne, które dadzą dokładniejszy obraz choroby. Badania hormonów FSH i LH należy wykonać między 1 a 3 dniem cyklu, progesteron i prolaktynę między 20 a 22 dniem cyklu. Oprócz tego należy zbadać u pacjentki poziom testosteronu, glukozy i hormonów tarczycy [16].

Aby ułatwić lekarzom postawienie diagnozy stworzono kryteria na podstawie których można rozpoznać PCOS:

#### **1. Kryteria National Institutes of Health (NIH, 1990)**

Aby rozpoznać PCOS u kobiety musi występować zwiększony poziom androgenów we krwi lub objawy hiperandrogenizacji, czyli trądzik lub/i hirsutyzm oraz owulacje występujące poniżej 6 razy w roku. Rozpoznanie można postawić po wykluczeniu innych schorzeń, które powodują te zaburzenia [3, 17].

## **2. Kryteria Rotterdamskie (The Rotterdam ESHRE/ASRM, 2003)**

Według ESHRE/ASRM rozpoznanie PCOS można postawić po stwierdzeniu u pacjentki rzadko występujących owulacji i/lub jej braku. Hiperandrogenizm musi być potwierdzony w badaniach laboratoryjnych lub u kobiety muszą występować jego objawy zewnętrzne. Do kryteriów Rotterdamskich włączono również obraz jajników w USG (objętość jajnika powyżej 10 cm<sup>3</sup> lub > 12 pęcherzyków o średnicy 2-9 mm). Rozpoznanie stawia się po wykryciu dwóch z trzech przedstawionych kryteriów [17, 18].

## **3. Kryteria The Androgen Excess Society (AES, 2006)**

W celu rozpoznania PCOS, po wykluczeniu wszystkich innych chorób charakteryzujących się hiperandrogenizacją, należy u kobiety zdiagnozować hiperandrogenizm w badaniach biochemicznych i/lub klinicznie. Należy też rozpoznać rzadkie owulacje, brak owulacji lub występowanie obrazu wielotorbielowatych jajników w badaniu USG [3, 17].

Na podstawie kryteriów diagnostycznych zespołu policystycznych jajników, wyodrębniono jego trzy typy:

- klasyczny: charakteryzujący się cyklami bezowulacyjnymi i/lub rzadkimi owulacjami, cechami androgenizacji, obecnością policystycznych jajników w obrazie USG
- owulacyjny: cechą tego fenotypu jest androgenizacja potwierdzona w badaniach, występowanie owulacji oraz obecność policystycznych jajników w obrazie USG
- nieowulacyjny – cechuje się brakiem androgenizacji, występowaniem oligoowulacji lub ich całkowitym brakiem oraz obecnością policystycznych jajników w USG [19].

Istotą zespołu policystycznych jajników jest to, iż organizm kobiety wydziela nadmierne ilości androgenów, co skutkuje powstawaniem w jajnikach zmian torbielowatych a w konsekwencji prowadzi do zaburzeń owulacji. Hiperandrogenizacja może być spowodowana przez patologiczny proces polegający na zaburzonym wydzielaniu gonadotropin lub jako następstwo w zaburzeniach sterydogenezy w nadnerczach i jajnikach [17].

Wyniki badań laboratoryjnych kobiet z PCOS pokazują zwiększone wydzielanie hormonu luteinizującego, przy czym wydzielanie hormonu folikulotropowego (FSH) jest cały czas na tym samym poziomie [20]. Prawidłowy stosunek FSH do LH powinien w 2- 5 dniu cyklu miesięczkowego wynosić 1:1, natomiast u kobiet chorujących na PCOS jest on  $\geq 2:1$ . Zwiększenie wydzielania LH powoduje wzmożoną syntezę testosteronu i androsteronu przez jajnik, co skutkuje zwiększeniem czynnika insulinopodobnego 3 [17].

Zagrożone insulinoopornością i występowaniem wtórnego hiperinsulinizmu w PCOS są wszystkie kobiety otyłe i aż 25-60% kobiet z prawidłowym BMI. Insulina działając przez receptory insulinopodobnego czynnika wzrostu - 1 (IGF – 1) pobudza syntezę androgenów w jajnikach. Zwiększa się aktywność  $17\alpha$  – hydroksylazy. Hiperinsulinizm skutkuje zmniejszeniem syntezy białka wiążącego czynnik wzrostowy-1, co prowadzi w konsekwencji do wzrostu IGF – 1 [17].

W zespole policystycznych jajników obniża się wytwarzanie estradiolu, co prowadzi do obniżenia stężenia SHBG i wzrostu wolnych androgenów. Wzrost stosunku LH:FSH, niskie wydzielanie FSH i zwiększenie wydzielania wolnego testosteronu powoduje zahamowanie wzrastania pęcherzyków w jajnikach, co skutkuje pojawieniem się głównego objawu PCOS, czyli braku owulacji [17].

U dużego odsetka kobiet z PCOS pojawia się FOH, czyli hiperandrogenizm jajnikowy. Jest on związany ze zwiększeniem aktywności  $17\alpha$  – hydroksylazy w jajnikach. Objawia się nadmierną sterydogenezą podczas stymulacji gonadotropinami. Można go rozpoznać po wzroście  $17\text{OH}$  – progesteronu po stymulacji krótko działającym GnRH oraz brak spadku  $17\text{OH}$  – progesteronu i wolnego testosteronu w teście hamowania deksametazonem. U połowy kobiet chorujących na PCOS pojawia się FAH - hiperandrogenizm nadnerczowy, co objawia się wzrostem wydalania  $17\text{-KS}$  oraz zwiększoną sekrecją DHEA [17].

Zespół policystycznych jajników jest uważany za schodzenie uwarunkowane genetycznie. Uważa się, że to mutacje genów związane z sterydogenezą oraz produkcją i działaniem insuliny stoją za powstaniem PCOS [17].

Obraz kliniczny zespołu policystycznych jajników różni się na poszczególnych etapach życia. W dzieciństwie może przyczynić się do wcześniejszego pokwitania, w wieku młodzieńczym jest przyczyną występowania nadmiernego owłosienia i zaburzeń miesiączkowania, w okresie dorosłości powoduje otyłość, nadmierne owłosienie, zaburzenia miesiączkowania i kłopoty z zajściem w ciążę, a w wieku podeszłym powoduje wzrost ryzyka zachorowania na cukrzycę typu II i choroby układu sercowo - naczyniowego. Badania w kierunku rozpoznania PCOS powinny być wykonywane u wszystkich dziewcząt, u których po okresie pokwitania występuje problem nieregularnych miesiączek, hirsutyzmu, otyłość [17].

Leczenie zespołu policystycznych jajników warunkowane jest tym jakie zaburzenia hormonalne dominują u danej pacjentki oraz jaki efekt leczenia chce się uzyskać.

Inne leki stosuje się u pacjentek w celu zwalczania objawów hiperandrogenizmu i braku owulacji, a inne u kobiet pragnących zajść w ciążę. Pierwszym etapem leczenia jest zmiana stylu życia. Każdorazowy spadek masy ciała u kobiet z nadmierną masą ciała daje bardzo korzystne efekty w postaci wzrostu insulinowrażliwości, zwiększenia ilości owulacji, wzrost SHBG, zmniejszenie testosteronu, wzrost częstotliwości owulacji [17].

Leki stosowane w leczeniu zespołu policystycznych jajników:

- Doustne tabletki antykoncepcyjne: powodują zmniejszenie wytwarzania LH oraz spadek produkcji androgenów, mają udowodnioną skuteczność w zwalczaniu zaburzeń miesiączkowania, trądziku i nadmiernego owłosienia powodują wzrost produkcji SHBG przez wątrobę, co prowadzi do spadku ilości wolnego testosteronu we krwi, zawierają w swoim składzie estrogeny i progestageny.
- Antyandrogeny (spironolakton, octan cyproteronu, flutamid): zastosowanie w zwalczaniu trądziku i nadmiernego owłosienia, należy stosować je łącznie z antykoncepcją hormonalną, gdyż nie należy ich przyjmować w czasie ciąży, efekty leczenia uzyskuje się po około pół roku stosowania (niekiedy terapię należy kontynuować przez 9-12 miesięcy).
- Glikokortykoidy (prednison, deksametazon): przy zwiększonym poziomie androgenów nadnerczowych, efekty leczenia po około 3 miesiącach stosowania, wzrost ilości owulacji, zmniejszenie trądziku.
- Klomifen: indukcja owulacji.
- Leki zmniejszające insulinoporność i hiperinsulinemię (metformina): zwiększają: insulinowrażliwość, częstość owulacji, zmniejszają: wątrobowe wytwarzania glukozy, stężenie na czczo insuliny, LDL, triglicerydów, masy ciała, androgenów.
- Gonadotropiny: indukcja owulacji, poprawa endometrium [17].

### ***Choroby towarzyszące zespołowi policystycznych jajników***

#### **a. Zespół metaboliczny**

Zespół metaboliczny jest to występowanie czynników zwiększających ryzyko wystąpienia chorób układu krążenia i cukrzycy typu II. Charakteryzuje go pojawieniem się insulinoporności, hiperinsulinemii, otyłości brzusznej i dyslipidemii. Został opisany po raz pierwszy w 1988 r. przez Geralda Reaven, pod nazwą „zespołu X”. Upowszechnienia terminu „zespół metaboliczny” dokonała Światowa Organizacja Zdrowia.

W definicji WHO zespół metaboliczny to czynniki ryzyka pochodzenia metabolicznego, które współistniejąc prowadzą do rozwoju cukrzycy typu 2 i chorób układu krążenia. W 1998 roku Światowa Organizacja Zdrowia jako pierwsza przedstawiła kryteria diagnostyczne zespołu metabolicznego. Kolejnymi instytucjami zajmującymi się tym problemem są Europejska Grupa Badań Insulinooporności oraz Międzynarodowa Federacja Diabetologiczna [21, 22, 23, 24].

Według przyjętych założeń rozpoznania zespołu metabolicznego można dokonać po wykryciu co najmniej 3 z następujących objawów:

- występowanie otyłości centralnej (obwód talii > 88cm u kobiet i >102 cm u mężczyzn),
- stężenie triglicerydów przekraczające bądź równe 3,9 mmol/l,
- stężenie cholesterolu HDL poniżej 1,3 mmol/l,
- ciśnienie tętnicze krwi  $\geq$  130/85 mmHg,
- glikemia na czczo 6,1-6,99 mmol/l oraz po 2 godzinach w OGTT 7,77-11,04 mmol/l [25].

Kobiety, u których rozpoznano zespół policystycznych jajników mają zwiększone predyspozycje do rozwinięcia się zespołu metabolicznego. Dzięki zastosowaniu kryteriów NCEP-ATP III odkryto, że u kobiet z PCOS zespół metaboliczny występuje 2 razy częściej niż w ogólnej populacji [17].

Zespół policystycznych jajników predysponuje do wystąpienia otyłości, nadciśnienia tętniczego oraz zaburzeń gospodarki lipidowej. Dzieje się tak dlatego, ponieważ PCOS powoduje zwiększenie cholesterolu całkowitego, triglicerydów, cholesterolu LDL a poziom cholesterolu HDL zostaje obniżony. Szacuje się, że cukrzyca typu II wystąpi, aż ok 10% a nietolerancja glukozy u około 40% kobiet z PCOS. Zespół policystycznych jajników zwiększa ryzyko wystąpienia powikłań sercowo – naczyniowych, poprzez wzrost wskaźników stanu zapalnego oraz nasilenie objawów miażdżycy. Wzrost zapadalności na te schorzenia występuje w okolicach menopauzy [2, 20].

Badanie przeprowadzone przez Gambineri, Repaci i Patton na grupie 200 kobiet z zespołem policystycznych jajników pokazały, iż obniżenie cholesterolu HDL zwiększa częstotliwość występowania zespołu metabolicznego.

Podobne wnioski uzyskał Glueck i wsp. w badaniu przeprowadzonym w 2009 roku na grupie 488 kobiet z PCOS, gdzie wyniki pokazały niższy poziom HDL oraz większe występowanie insulinooporności w stosunku to grupy kontrolnej składającej się z 261 kobiet bez PCOS [26, 27].

*b. Hiperinsulinemia i insulinooporność*

Insulinooporność oznacza brak spadku poziomu cukru we krwi w stosunku to ilości produkowanej insuliny. Schorzenie to jest spowodowane nieprawidłowym działaniem receptora insulinowego oraz czynników postreceptorowych. Cechą charakterystyczną insulinooporności jest podwyższenie poziomu insuliny we krwi [28].

Wyróżniamy trzy rodzaje insulinooporności:

- a. Przedreceptorową, która jest spowodowana nieprawidłową budową cząsteczki insuliny powstałej w wyniku zaburzeń genetycznych (zespół zmutowanej insuliny).
- b. Receptorową, spowodowaną nieprawidłowym funkcjonowaniem lub budową receptora insulinowego.
- c. Poreceptorową, która objawia się nieprawidłowym rozkładem glukozy przez mięśnie, wzrostem wolnych kwasów tłuszczowych (postać obwodowa) lub zwiększeniem wytwarzania cholesterolu LDL i triglicerydów oraz zwiększeniem procesu syntezy glikogenu z glukozy i niecukrowcowych w glukozę (postać wątrobową) [29].

W celu diagnostyki insulinooporności można przeprowadzić między innymi takie badania jak:

- a. Metoda kłamry metabolicznej (polega na podaniu pacjentowi takiej ilości glukozy, która pozwoli utrzymać glikemię na jednakowym poziomie przez 120 minut),
- b. Obliczenie wskaźnika HOMA – IR (obliczenie ilorazu stężenia glukozy i insuliny stosując algorytm:  $R = \text{insulinemia na czczo (mU/ml)} \times \text{glikemia na czczo (mmol/l)} / 22,5$ . Wskaźnika HOMA - IR  $0,91 \pm 0,38$  oznacza insulinooporność),
- c. Obliczenie wskaźnika QUICKI (insulinooporność rozpoznajemy przy wartości  $< 0,34$ ),
- d. Obliczenie współczynnika insulinemia/glikemia (jest to iloraz stężenia insuliny (mj./l) i glukozy we krwi(mg/dl). Wartość  $>0,3$  oznacza insulinooporność, badanie to można wykonać na czczo lub podczas OGTT) [30].



U kobiet z zespołem policystycznych jajników insulinooporność występuje u 35-50%. Może wystąpić bez względu na poziom BMI. Hiperinsulinemia w następstwie insulinooporności powoduje zwiększenie stężenia globuliny wiążącej hormony płciowe. Insulina działając na podwzgórze powoduje wzrost wydzielania gonadotropin oraz zwiększenie apetytu. U kobiet z PCOS insulina ulega zwiększeniu z powodu jej zmniejszonego rozkładu w wątrobie oraz gorszemu funkcjonowaniu komórek  $\beta$  wysp trzustkowych [1, 31].

Leczenie insulinooporności polega przede wszystkim na leczeniu dietetycznym, redukcji masy ciała i regularnej aktywności fizycznej. Spadek masy ciała o 5-10% powoduje zmniejszenie stężenia insuliny. Jeżeli leczenie dietetyczne nie przynosi rezultatu, lekiem najbardziej skutecznym w zwalczaniu insulinooporności przy PCOS jest metformina. Po raz pierwszy lek ten został zastosowany w badaniu pilotażowym przeprowadzonym na 24 kobietach z PCOS. Wyniki badania pokazały, iż metformina wpłynęła na redukcję insulinooporności.

Leki mające w swoim składzie metforminę powodują regulację cykli miesięczkowych u około 90% kobiet. Innym efektem działania metforminy jest spadek cholesterolu LDL i całkowitego u 10% kobiet oraz spadek wagi. Zmniejszenie masy ciała wpływa na spadek częstości poronień, wzrost częstości owulacji, spadek testosteronu oraz zwiększa szanse na ciążę. Pomimo wielu pozytywnych skutków w leczeniu kobiet z PCOS metformina jest zarejestrowana w Polsce jedynie jako lek dla chorych na cukrzycę. Terapia dietą i metforminą jest jednak zalecana przez międzynarodowe towarzystwa diabetologiczne i endokrynologiczne. Bardzo ważne są również działania profilaktyczne. Test OGTT należy wykonywać co 2 lata u kobiet z obciążeniem genetycznym i nadmierną masą ciała [4, 13, 20, 32].

### **c. Nadwaga i otyłość**

Otyłość jest to zwiększenie zawartości tkanki tłuszczowej, uwarunkowane środowiskowo i genetycznie. Metodą, którą możemy ocenić czy u danej osoby występuje otyłość jest pomiar BMI (masa ciała (kg)/wzrost(m<sup>2</sup>)). BMI pokazuje, czy masa ciała jest prawidłowa, przy czym wynik: 25-29,9 wskazuje na nadwagę, 30-39,9 na otyłość a 40 na ekstremalną otyłość [33, 34].

Otyłość powoduje u kobiet szereg zaburzeń płodności, takich jak: wzrost częstości poronień, ryzyko pojawienia się niepłodności, brak regularnych cykli miesięczkowych [35].

Nadwaga i otyłość stanowią duży problem wśród kobiet z zespołem policystycznych jajników. Badanie przeprowadzone w latach 2015/2016 na Oddziale Endokrynologii

Ginekologicznej Samodzielnego Publicznego Centralnego Szpitala Klinicznego w Katowicach pokazało, że aż 29,7% kobiet z PCOS miało nadwagę a 37,6% cierpiało na otyłość. Badanie przeprowadzone w latach 2014–2016 w Oddziale Endokrynologii wśród 45 pacjentek z PCOS pokazało, że nadwagę miało 26,7%, otyłość pierwszego stopnia 11,2%, otyłość drugiego stopnia 13,3%, a otyłość trzeciego stopnia 4,4% [11, 36].

Otyłość powoduje u kobiet wiele zaburzeń w cyklu miesięczkowym, do których zaliczyć można za krótkie lub za długie cykle miesięczne, cykle bezowulacyjne, niepłodność, poronienia. W związku z tym wiele kobiet z zespołem policystycznych jajników, by zajść w ciążę musi korzystać z technik wspomaganego rozrodu, takich jak inseminacja, czy in vitro. BMI powyżej 30 powoduje spadek skuteczności in vitro.

Badanie, któremu poddano 2656 kobiet, które podchodziły do in vitro pokazało, że u kobiet, które miały prawidłową masę ciała skuteczność zabiegu wynosiła 45,5% a u kobiet z BMI >25 kg/m<sup>2</sup> 38,3%. McClamrock H.D. i wsp. wykazali, że zwiększenie BMI powoduje słabszą odpowiedź na stymulację do in vitro [33, 35].

Według Amerykańskiego Towarzystwa Endokrynologicznego otyłość u kobiet z PCOS skutkuje zwiększeniem ryzyka zachorowania na cukrzycę typu II oraz wystąpienia zespołu metabolicznego połączonego z upośledzoną tolerancją glukozy. Badanie przeprowadzone na grupie 14 otyłych kobiet z PCOS pokazało, że spadek masy ciała powoduje spadek triglicerydów oraz brak różnicy między stężeniem insuliny, glukozy, cholesterolu LDL i HDL po schudnięciu. Otyłość skutkuje również zwiększonym ryzykiem wystąpienia nadciśnienia tętniczego. Wild i wsp. w swoich badaniach wykazali częstsze występowanie nadciśnienia u kobiet z PCOS w porównaniu ze zdrowymi, natomiast Ben Salem Hachmi i wsp. zaobserwowali w swoich badaniach nadciśnienie tętnicze u 10% badanych kobiet z PCOS [37, 38, 39].

#### **d. Zaburzenia miesięczkowania i niepłodność**

Prawidłowy cykl miesięczkowy powinien trwać około 28 dni i przebiegać w trzech fazach:

- folikularnej, czyli wzrostu pęcherzyków jajnikowych do owulacji,
- lutealnej, czyli przekształcenie pęcherzyka Graffa w ciało żółte,
- złuszczenia, czyli miesiączka [15].



Kobiety z zespołem policystycznych jajników mają zaburzone funkcjonowanie układu podwzgórze – przysadka, dlatego też dochodzi u nich do zaburzeń miesiączkowania, takich jak: nieregularne cykle miesiączkowe, oligoowulacje lub brak owulacji, wtórny brak miesiączki, problemy z zajściem w ciążę [15].

Główną metodą leczenia stosowaną w przypadku nieregularnych cykli zalecaną przez Polskie Towarzystwo Endokrynologiczne jest stosowanie antykoncepcji hormonalnej (dotyczy to jednak tylko tych kobiet, które nie starają się o dziecko). Również stosowanie preparatów zawierających metforminę pozwala uregulować cykl miesiączkowy u 50-70% kobiet z PCOS [37].

Problem niepłodności u kobiet z zespołem policystycznych jajników w głównej mierze (w około 70%) jest spowodowany brakiem owulacji i zwiększonym stężeniem androgenów, które poprzez zwiększenie produkcji insuliny powodują atrezię pęcherzyków. Leczenie tego schorzenia polega przede wszystkim na zmianie stylu życia oraz redukcji masy ciała u kobiet z nadwagą. Dobre rezultaty daje również indukcja owulacji poprzez stosowanie klomifenu w połączeniu z metforminą. Nestler i wsp. w swoich badaniach dowiedli, że u 90% badanych kobiet wystąpiła owulacja po zastosowaniu metforminy, natomiast Paloma i wsp. w swoich badaniach stwierdzili, że metformina stosowana u kobiet otyłych wyzwała owulację u 30% badanych [4, 32, 37].

Zespół policystycznych jajników jest uważany za główną przyczynę niepłodności, poronień nawykowych i trudności w zajściu w ciążę. Badania przeprowadzone 2016 roku w Lublinie przez Stadnicką i współ. wśród kobiet ze zdiagnozowanym zespołem policystycznych jajników pokazały, że zaburzenia miesiączkowania występowały u 73,6% badanych. Brak miesiączki zgłosiło 12,5%. U pacjentek, które starały się o dziecko występowały poronienia – 20% oraz obumarcie płodu – 25% [9, 40].

#### **e. Hiperandrogenizm**

Hiperandrogenizm jest spowodowany zwiększonym wytwarzaniem androgenów przez jajniki a u niektórych kobiet również przez nadnercza.

Główne objawy tego schorzenia to nadmierne owłosienie (hirsutyzm) (występuje u 66% kobiet z PCOS), trądzik (dotyczy 35% kobiet), łysienie androgenowe (6% kobiet) i rogowacenie ciemne (3% kobiet) [41, 42].

Markerem, który jest bardzo pomocny w rozpoznaniu hiperandrogenizmu jest oznaczenie całkowitego lub wolnego testosteronu. W przypadku nadmiernej androgenizacji u kobiet poziom całkowitego testosteronu we krwi będzie wynosił  $>55$  ng/dl lub  $>42$  ng/dl w fazie przedowulacyjnej [43].

Najczęściej występujące schorzenie spowodowane nadmierną androgenizacją u kobiet z PCOS to hirsutyzm, który stwierdza się u ponad połowy kobiet z PCOS. Charakteryzuje się on występowaniem u kobiet owłosienia w postaci grubych, ciemnych włosów w miejscach charakterystycznych dla mężczyzn.

Natężenie nadmiernego owłosienia możemy ocenić w stopniach Barona [42, 44]:

- I° to owłosienie obszaru od górnej granicy owłosienia łonowego do pępka,
- II° to I° i podbródek i wewnętrzna powierzchnia ud,
- III° to II° oraz owłosienie na klatce piersiowej, pośladki, barki i w okolicy mostka.

Przy ocenie nadmiernego owłosienia bardzo pomocna jest skala Ferrimana – Gallweya. Uwzględnia się w niej 9 miejsc na skórze podatnych na działanie hormonów (uda, dolna część brzucha, górna część brzucha, okolica łędźwiowa, klatka piersiowa, kark, ramiona, podbródek i górna warga). Nasilenie objawów ocenia się w skali od 0 do 4. Hirsutyzm rozpoznaje się po uzyskaniu  $\geq 8$  punktów [44].

Hirsutyzm jest to najbardziej widoczny objaw zespołu policystycznych jajników, dlatego też w największej mierze oddziałuje na życie społeczne kobiet. N. Sonio i wsp. w swoich badaniach wykazali, że kobiety z nadmiernym owłosieniem są bardziej lękliwe, mają większe predyspozycje do zapadnięcia na fobię społeczną. Kobiety z PCOS są też bardziej narażone na występowanie problemów tożsamościowych. Wiele kobiet z PCOS przyznaje się też do depresji i myśli samobójczych [8].

Trądzik występuje u około 14-25% kobiet z PCOS. Częstość występowania jest warunkowana wiekiem i pochodzeniem etnicznym. Może on pojawiać się w trzech postaciach jako trądzik: zaskórnikowy (charakteryzuje się występowaniem zaskórników otwartych i zamkniętych), krostkowo- grudkowy (występują zaskórniki i grudki podskórne) oraz ropowiczy (guzy zapalne wypełnione ropą) [37, 45].

W terapii trądziku w przypadku kobiet z zespołem policystycznych jajników stosuje się antykoncepcję hormonalną, która może być połączona ze standardowymi metodami leczenia trądziku tj. antybiotykoterapią (najczęściej stosuje się klindamycynę oraz erytromycynę), stosowaniem retinoidów i nadtlenku benzoilu. Jako leczenie dodatkowe można zastosować antyandrogeny [37, 46].

Hiperandrogenizmowi można przeciwdziałać stosując leczenie, które polega na zmniejszeniu produkcji androgenów, zahamowanie przemian testosteronu do dihydrotestosteronu oraz zablokowaniu receptorów androgenowych. Najpopularniejszym środkiem służącym do osiągnięcia wyżej wymienionych celów jest stosowanie doustnych środków antykoncepcyjnych. Równie skuteczny lek to antagonistareceptora androgenowego – octan cyproteronu. W leczeniu hiperandrogenizmu stosuje się również spironolakton oraz flutamid. Lekiem dającym bardzo dobre rezultaty w zwalczaniu hirsutyzmu jest metformina, która po 6 miesiącach terapii zmniejsza zauważalnie nadmierne owłosienie u 15% pacjentek z zespołem policystycznych jajników [4].

#### **f. Zaburzenia psychiczne związane z PCOS**

Zespół policystycznych jajników oddziałuje na wiele aspektów życia kobiet, które na niego cierpią. Zaburzenia jakie się z nim wiążą powodują, że kobiety z PCOS są podatne na zaburzenia psychiczne. Krechner i wsp. w swoich badaniach wykazali, że aż 40% z poddanych badaniu kobiet miało objawy depresji. W badanej grupie 10 kobiet spełniało kryteria rozpoznania depresji a 14 brało antydepresanty. Hollinrake i wsp. oceniali częstość występowania depresji wśród 103 kobiet z rozpoznaniem PCOS w porównaniu do takiej samej grupy zdrowych kobiet. Badania wykazały, że depresja dotykała 35% kobiet z zespołem policystycznych jajników, przy 10,7% depresji wśród grupy kontrolnej. Jako najczęstsze objawy depresji kobiety zgłaszały zmęczenie (96%) i zaburzenia snu (88%). Niepłodność jest również jedną z głównych przyczyn występowania depresji. W badaniu przeprowadzonym w Lublinie w 2010 roku wśród par leczących się z powodu trudności w zajściu w ciążę depresję wykazano u 24,1% badanych kobiet [47, 48, 49].

Benson i wsp. w przeprowadzonym przez siebie badaniu wykazali współistnienie zaburzeń lękowych i depresji. Zbadali 448 kobiet, z czego u 34% wykryto zaburzenia lękowe (zaburzenia te występowały w głównej mierze u kobiet z trądzikiem i z problemami z płodnością) [50].

Wyniki badania przeprowadzonego przez Guidi i wsp. wśród dziewcząt z PCOS w wieku 16-19 lat pokazały, że doświadczały one wyższego poziomu stresu i obniżonego samopoczucia w porównaniu ze zdrowymi dziewczętami. Ponadto odnotowali zwiększony poziom drażliwości i wrogości w grupie młodzieży z PCOS. Natomiast Jones i wsp. przeprowadzili badania, w których stwierdzili, że występowanie objawów hiperandrogenizmu oraz zaburzeń cyklu miesięczkowego w zespole policystycznych jajników powoduje obniżenie jakości życia. Objawy te wpływają również negatywnie na samoakceptację [51, 52].

Występowanie zaburzeń dwubiegunowych u kobiet z zespołem policystycznych jajników badali Klipstein i wsp. W przeprowadzonym przez nich badaniu wśród 78 kobiet z PCOS, u 28% zdiagnozowano zaburzenia dwubiegunowe lub spełniały kryteria kwestionariusza MDS [48].

Kolejnym zaburzeniem zdrowia psychicznego mogącym dotknąć kobiety z PCOS są zaburzenia odżywiania. McCluskey i wsp. przebadali 153 kobiety z zespołem policystycznych jajników i wykazali, że kryteria diagnostyczne zaburzeń odżywiania spełnia 1/3 badanych, przy czym bulimię zdiagnozowano u 6% kobiet [48].

## **CEL BADAŃ**

Celem badań była ocena jakości życia kobiet z zespołem policystycznych jajników.

## **MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ**

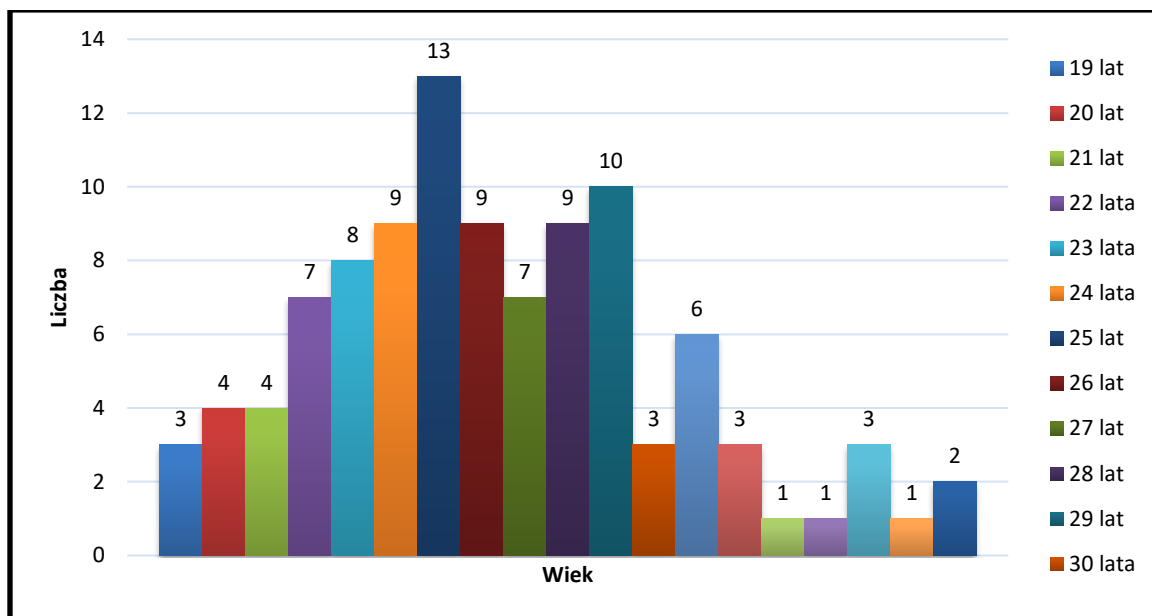
Badanie zostało przeprowadzone od 1.06. do 31.07.2018 roku wśród 103 kobiet dotkniętych PCOS. W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego a narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety, zamieszczony w formie elektronicznej na portalu [www.facebook.com](http://www.facebook.com), w grupach\_Nasze PCOS, Obudź w sobie życie – grupa zamknięta dla kobiet starających się o dziecko, PCOS DIETA, [towsrodku.pl](http://towsrodku.pl) – grupa ogólna.

Kwestionariusz ankiety składał się z:

- metryczki, gdzie zawarto pytania o wiek, miejsce zamieszkania, sytuację zawodową, stan cywilny, wykształcenie, wzrost i masę ciała;
- części szczegółowej, która zawierała 13 pytań dotyczących przebiegu i leczenia zespołu policystycznych jajników;
- części oceniającej jakość życia kobiet, składającej się z 10 pytań.

## WYNIKI

Badana grupa liczyła 103 kobiety z zespołem policystycznych jajników. Respondentki liczyły od 19 do 37 lat (Rycina 1).



Rycina 1. Wiek respondentek.

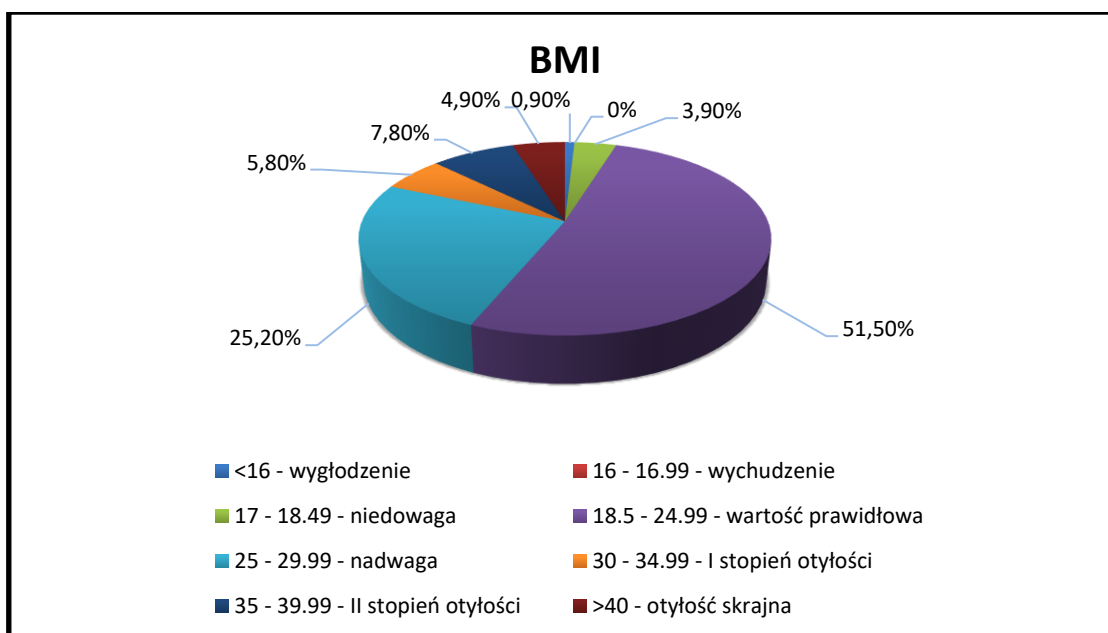
Uczestniczki badania zamieszkiwały głównie miasta, w tym miasto powyżej 100 tys. mieszkańców 43,7%, miasto 50- 100 tys. mieszkańców 16,5%, miasto do 50 tys. mieszkańców 22,3%. Wieś zamieszkiwało 17,5% respondentek.

48,5% respondentek było mężatkami a 51,5% badanych było pannami. Wśród badanych nie było wdów i rozwódek.

Uczestniczki badania z zdecydowanej większości (65% ankietowanych) posiadały wykształcenie wyższe. Wykształcenie średnie zaznaczyło 35% kobiet.

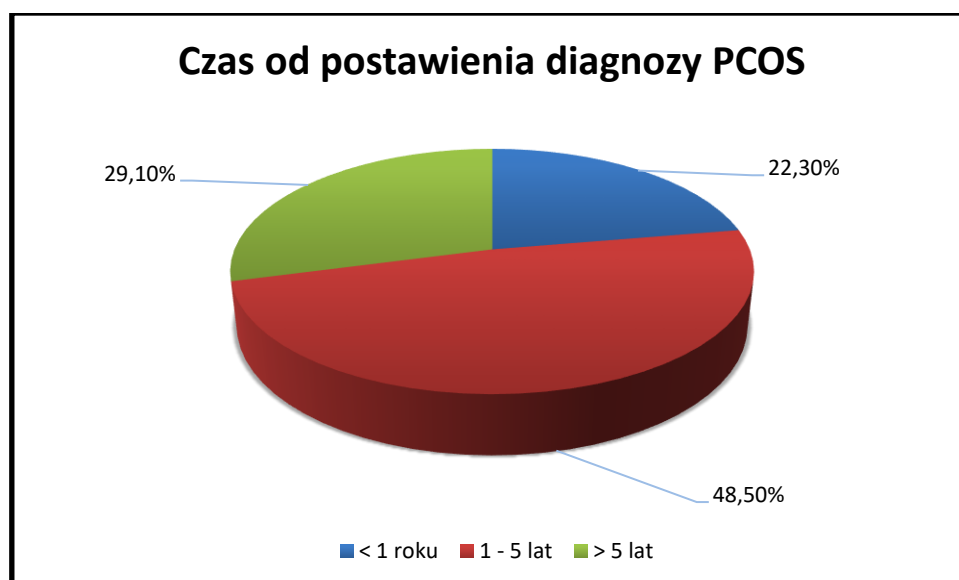
Ankietowane kobiety w 69% posiadały pracę, 22,3% uczęszczało do szkół. 8,7% pozostawało bezrobotnych.

Na podstawie wzrostu i wagi, które badane kobiety podały w ankiecie, obliczono BMI. Z ankiety wynika, że ponad połowa respondentek (51,5%) ma prawidłową masę ciała. Niedowaga dotyczy 3,9%, a wygłodzenie 0,9%. Badanie pokazało, że zwiększona masa stanowi bardzo duży problem wśród kobiet z zespołem policystycznych jajników. Z ankiety wynika, że aż 25,5% badanych kobiet ma nadwagę, a 18,5% choruje na otyłość (w tym u 4,9% badanych występuje skrajna otyłość). Wyniki przedstawia Rycina 2.



Rycina 2. BMI respondentek

Kobiety, które wzięły udział w badaniu w zdecydowanej większości diagnozę PCOS mają postawioną już od jakiegoś czasu (od 5 lat – 29.1%, od 1-5 lat – 48,5%). Wyniki przedstawiono na Rycina 3.



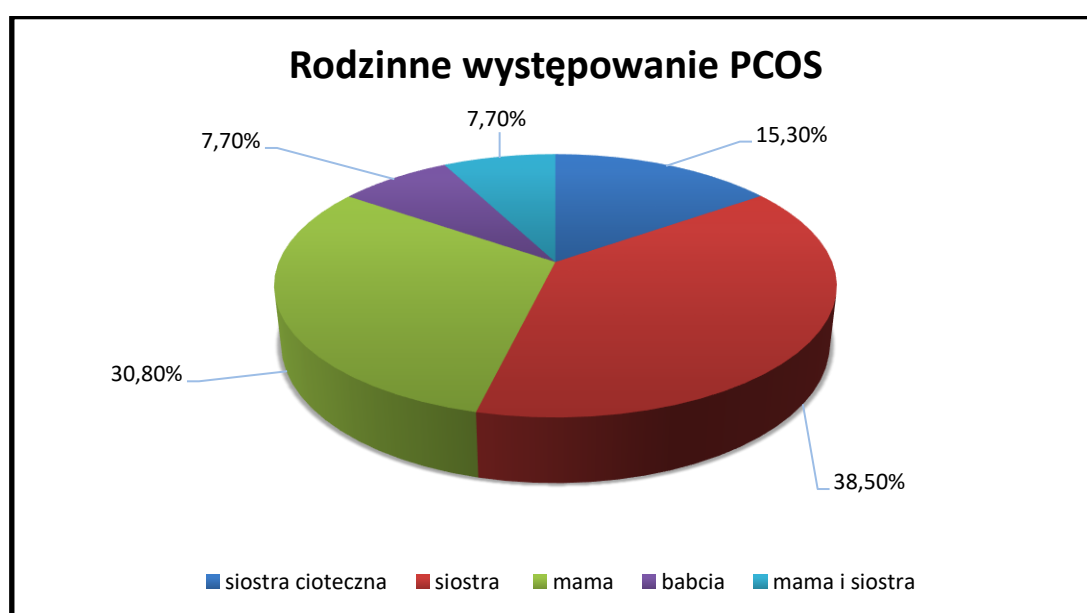
Rycina 3. Czas od jakiego jest rozpoznany zespół policystycznych jajników.

Rodzinne występowanie zespołu policystycznych jajników wykazało 12,6% respondentek, przy czym prawie połowa badanych (47,6%) nie wie, czy ktoś w rodzinie również choruje na PCOS. Wyniki przedstawia Rycina 4.



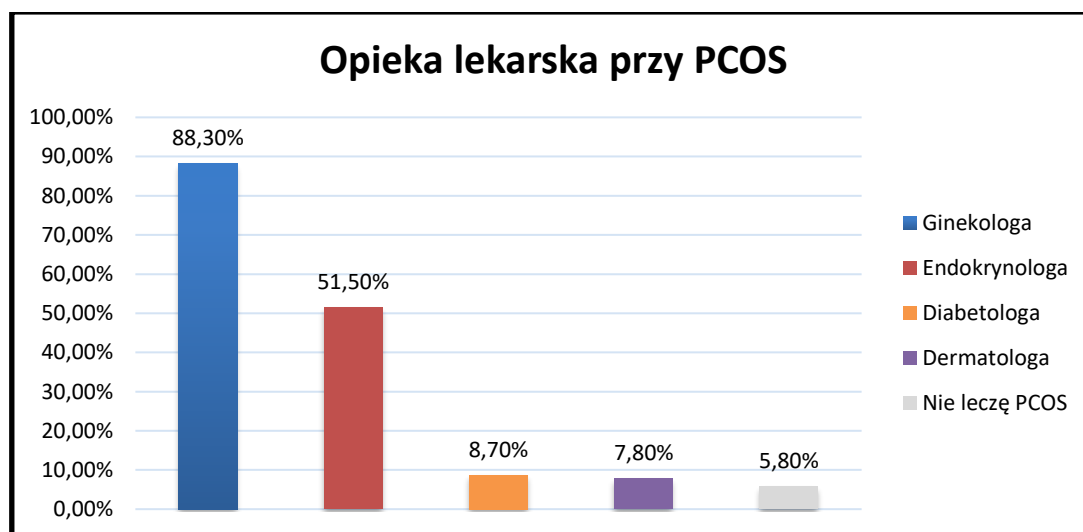
Rycina 4. Rodzinne występowanie zespołu policystycznych jajników.

Z przeprowadzonego badania wynika, że rodzinne występowanie PCOS dotyczy najczęściej siostr (38,5%) oraz matek z córkami (30,8%). Wyniki przedstawia Rycina 5.



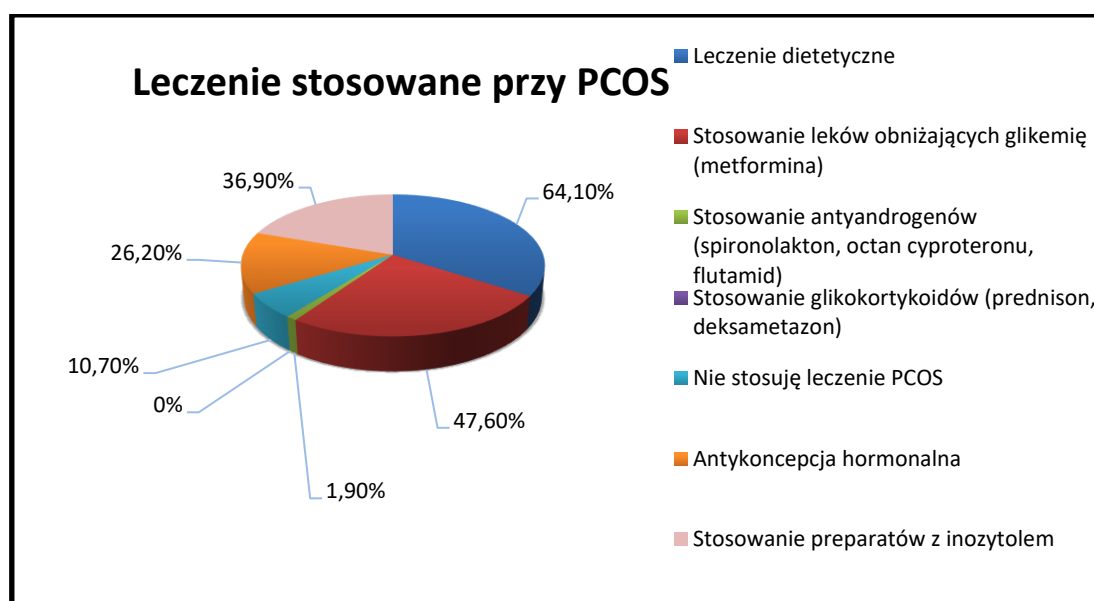
Rycina 5. Rodzinne występowanie PCOS – u kogo zostało stwierdzone

Opieka lekarska przy zespole policystycznych jajników jest bardzo istotna. Najwięcej respondentek pozostawało pod opieką ginekologa (88,3%) i endokrynologa (51,5%). Tylko 5,8% kobiet nie było objętych opieką lekarską. Wyniki przedstawia Rycina 6.



Rycina 6. Opieka lekarska przy PCOS.

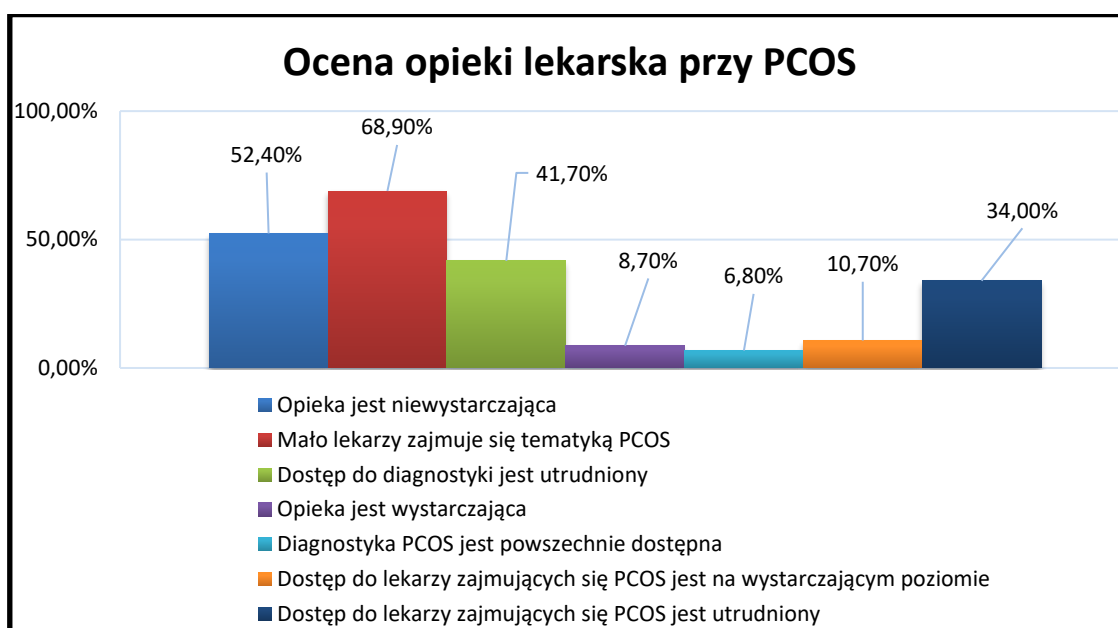
Respondentki w celu leczenia PCOS stosowały leczenie dietetyczne (64,1% badanych) oraz leki obniżające glikemię (47,6%). Nadal popularną metodą leczenia jest stosowanie antykoncepcji (26,2% respondentek). 10,7% kobiet z rozpoznanym zespołem policystycznych jajników nie stosowało żadnego leczenia. Wyniki przedstawiono na Rycina 7.



Rycina 7. Leczenie stosowane przy PCOS.



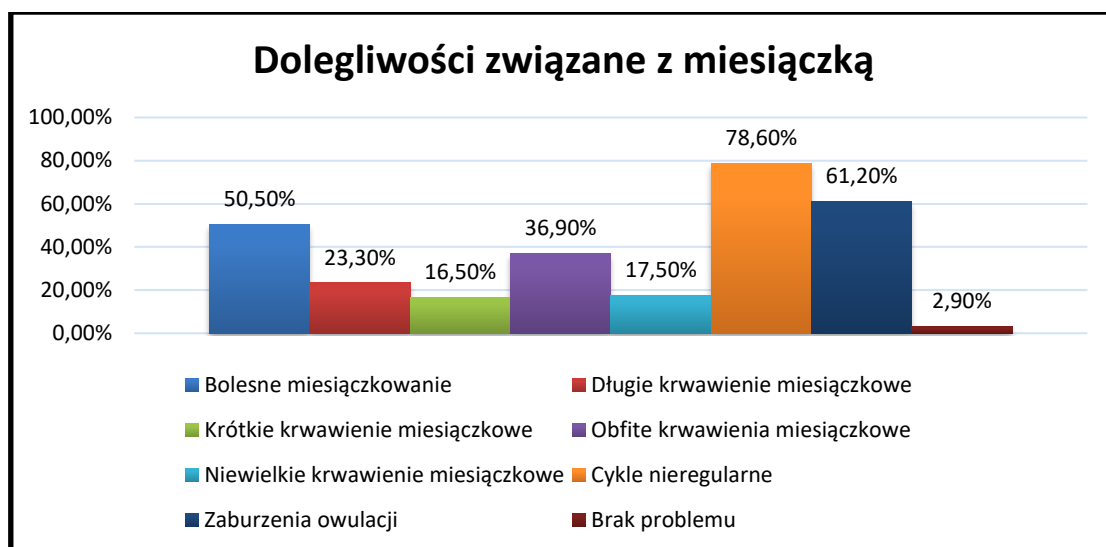
Respondentki bardzo negatywnie oceniły opiekę lekarską nad pacjentkami z zespołem policystycznych jajników. 68,9% kobiet uważa, że mało lekarzy zajmuje się tematyką PCOS, 52,4% jest zdania, że opieka jakiej doświadczają jest niewystarczająca. Badane wykazały też trudności w diagnostyce choroby (41,7%) oraz kłopoty z dostępem do lekarzy zajmujących się kobietami z PCOS (34%). Zadowolonych z opieki było jedynie 8,7% respondentek. Szczegółowe wyniki przedstawia Rycina 8.



**Rycina 8. Ocena opieki lekarskiej nad pacjentką z PCOS.**

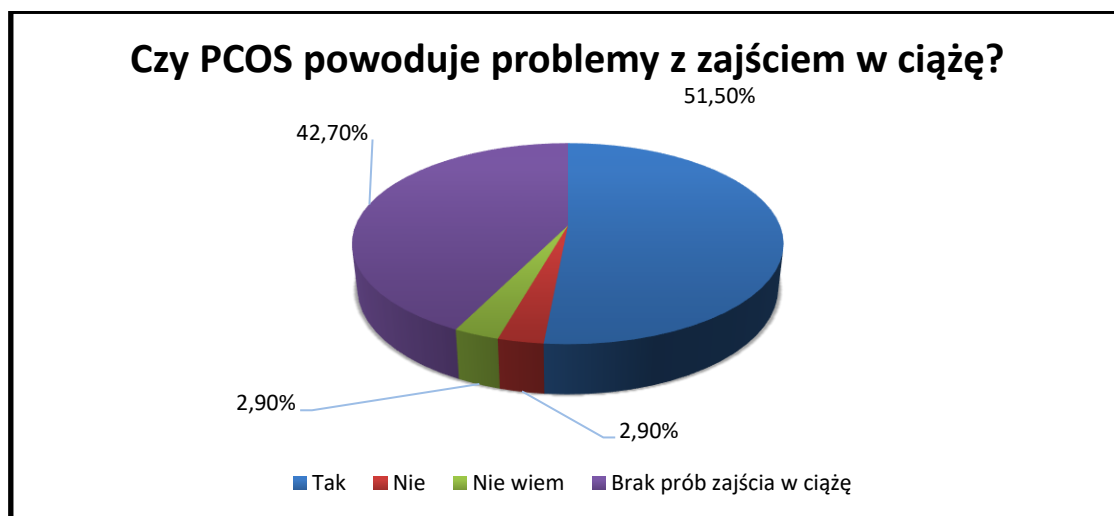
Wydłużony cykl miesięczkowy jest jednym z głównych objawów PCOS. 41,7% badanych określiło, że ich cykl trwa 28-36 dni. Cykl powyżej 36 dni zaobserwowało u siebie 33% respondentek, poniżej 28 dni – 9,7%, zaś inna niż wymieniona długość cyklu miała 15,5% objętych badaniem kobiet.

Na pytanie o najczęstsze dolegliwości związane z menstruacją kobiety wskazały cykle nieregularne, które występują u 78,6% badanych oraz zaburzenie owulacji – 61,2%. Brak problemów w cyklem miesięczkowym wykazało jedynie 2,9% respondentek. Szczegółowe wyniki przedstawia Rycina 9.



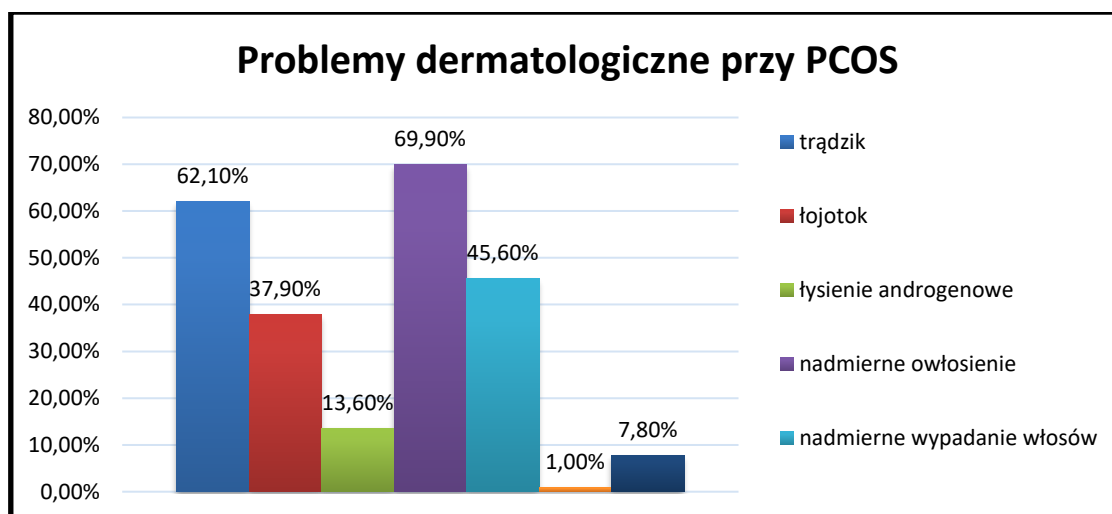
**Rycina 9. Dolegliwości związane z miesiączką.**

W badanej grupie 57,3% ankietowanych starało się o dziecko, przy czym aż u 51,5% wystąpiły problemy z zajściem w ciążę. Wyniki przedstawia Rycina 10.



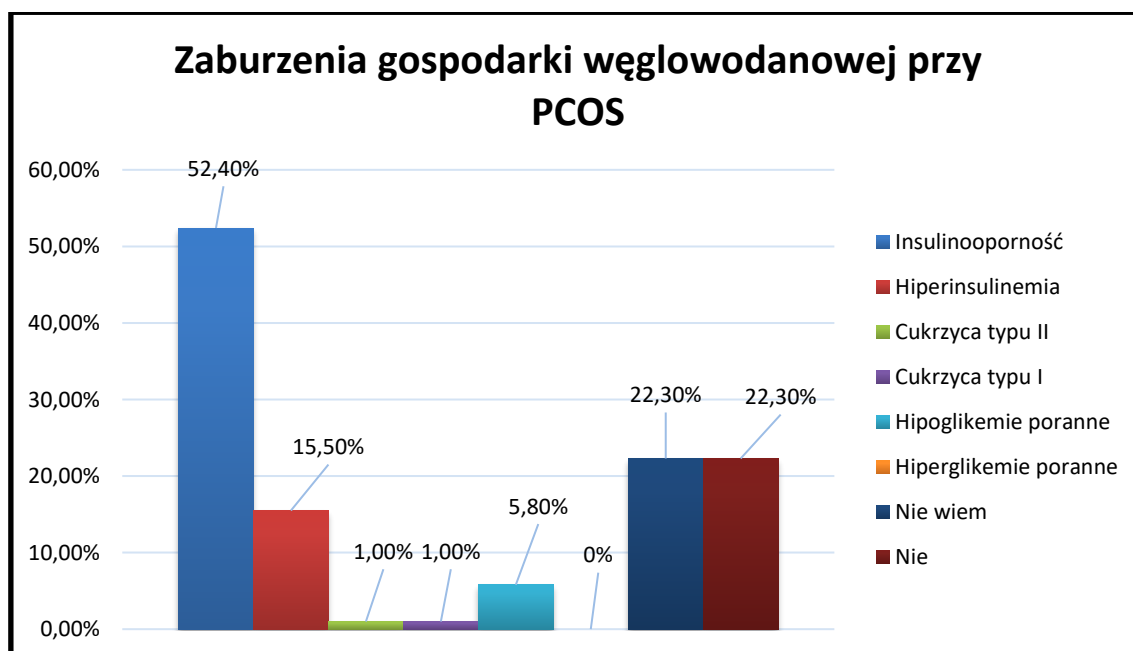
**Rycina 10. Występowanie trudności z zajściem w ciążę przy PCOS.**

Jako najczęstsze problemy dermatologiczne przy PCOS ankietowane wskazywały występowanie nadmiernego owłosienia (69,9%) oraz trądziku (62,1%). Prawie połowa respondentek cierpi na nadmierne wypadanie włosów. 1% respondentek jako odpowiedź „inne” zaznaczył tworzenie się zaskórników. Problemy dermatologiczne nie wystąpiły jedynie u 7,8% badanych. Szczegółowe wyniki przedstawia Rycina 11.



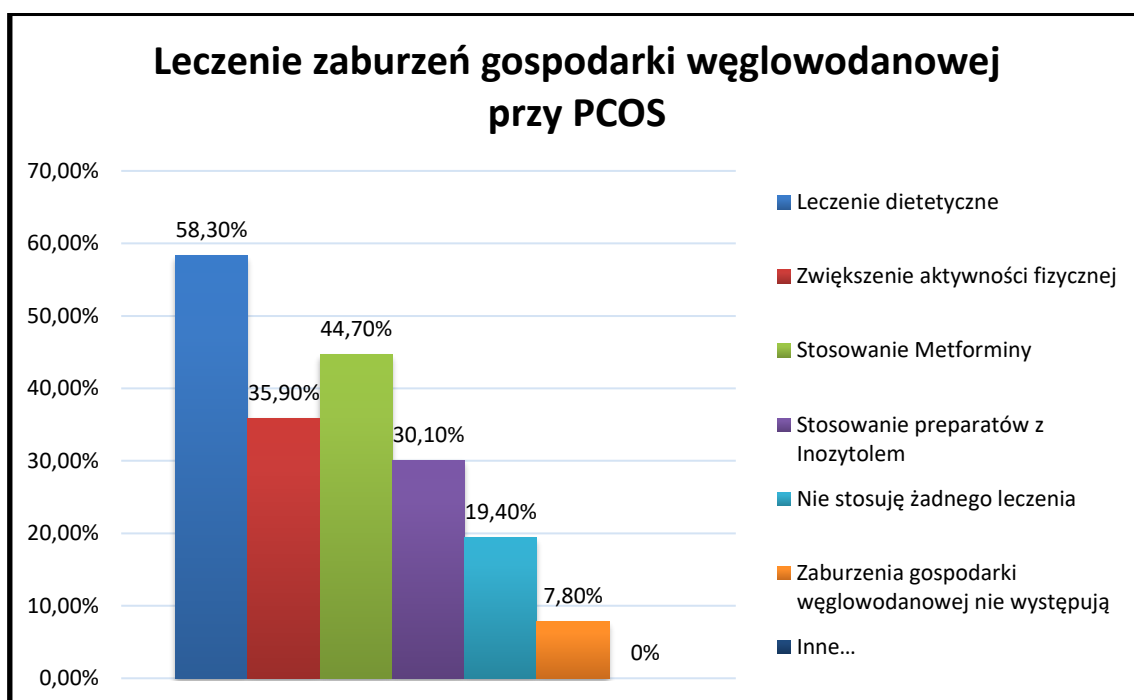
Rycina 11. Problemy dermatologiczne przy PCOS.

Zdiagnozowane zaburzenia gospodarki węglowodanowej wystąpiły u 53,2% ankietowanych. W największym stopniu kobiety z PCOS chorują również na insulinooporność – 52,4% respondentek. Wyniki przedstawia Rycina 12.



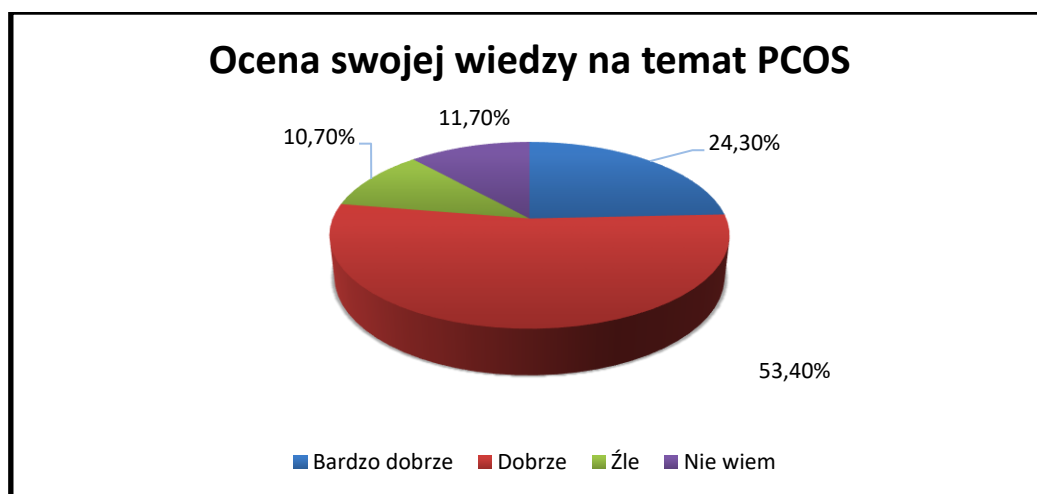
Rycina 22. Zaburzenia gospodarki węglowodanowej przy PCOS.

Ankietowane kobiety, które wykazały, że leczą występujące u nich zaburzenia gospodarki węglowodanowej na pytanie „Jakie metody stosuje Pani w leczeniu zaburzeń gospodarki węglowodanowej?” jako najczęstszą metodę zaznaczyły leczenie dietetyczne (58,3%). Równie popularnym sposobem leczenia jest stosowanie Metforminy (44,7%). Wyniki przedstawia Rycina 13.



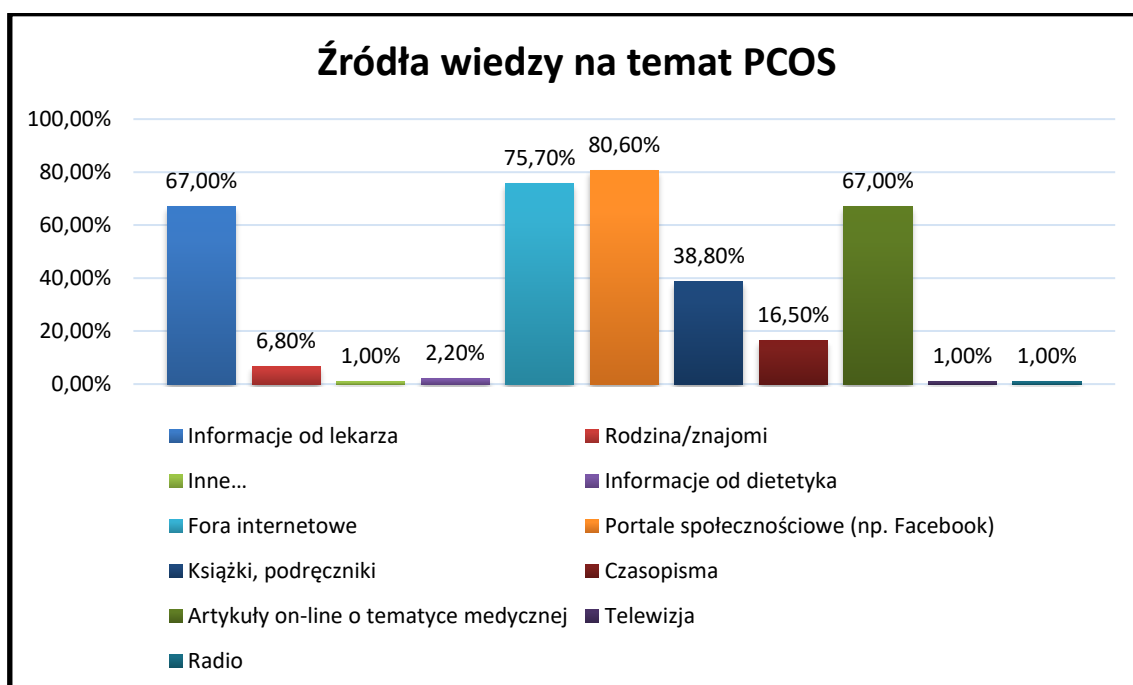
Rycina 13. Leczenie zaburzeń gospodarki węglowodanowej przy PCOS.

Ankietowane swój stan wiedzy na temat zespołu policystycznych jajników w przeważającej większości oceniały jako dobry (53,4%). 10,7% badanych swoją wiedzę określiło jako złą. Wyniki przedstawia Rycina 14.



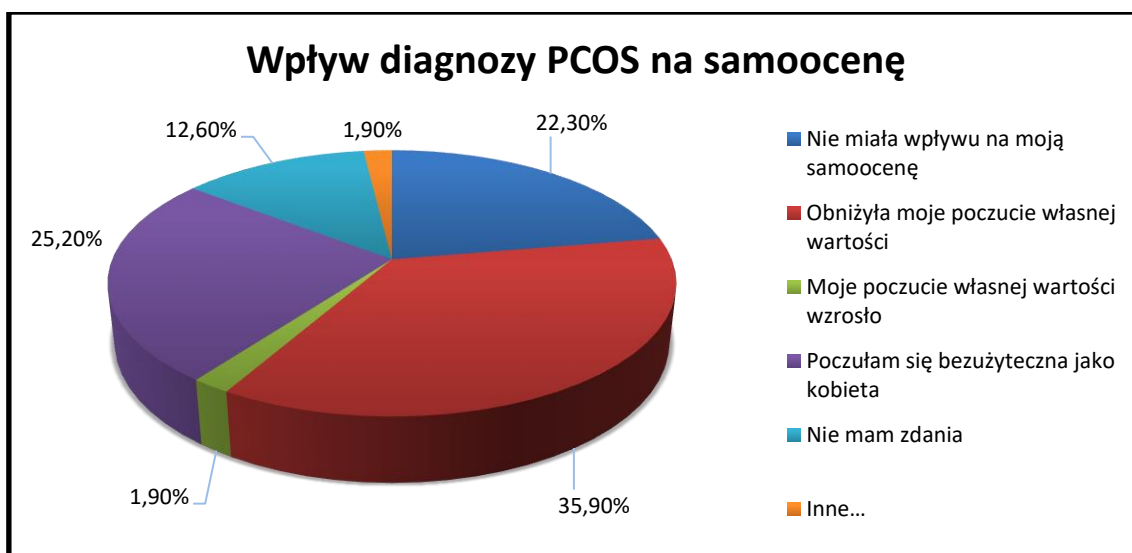
**Rycina 14. Ocena swojej wiedzy na temat PCOS.**

Jako najczęstsze źródło swojej wiedzy na temat choroby ankietowane wskazały portale społecznościowe (80,6%) i fora internetowe (75,7%). Dopiero na trzecim miejscu wskazały, że źródłem wiedzy są informacje od lekarza (67% respondentek). Jako odpowiedź „inne” 1% badanych wskazał studia dietetyczne. Szczegółowe wyniki przedstawia Rycina 15.



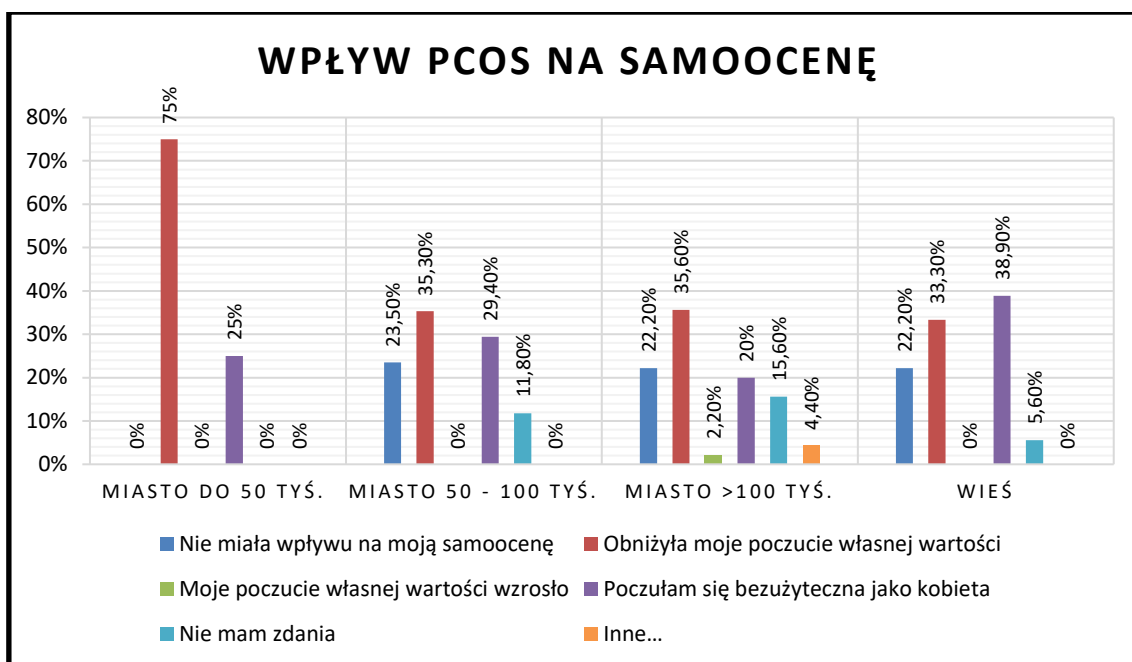
**Rycina 15. Źródła wiedzy na temat PCOS.**

Z odpowiedzi udzielonych przez ankietowane wynika, że PCOS negatywnie wpływa na samoocenę. 35,9% respondentek odczuło u siebie obniżenie poczucia własnej wartości, a 25,2% postawiona diagnoza sprawiła, że poczuły się bezużyteczne jako kobiety. 1,9% kobiet udzieliło własnej odpowiedzi, gdzie wyśtosowały stwierdzenia: „są dni lepsze i gorsze; więcej jest lepszych, gdzie wmawiam sobie, że to nie koniec świata i da się z tym żyć, zmieniając styl życia i kontrolując” oraz „w końcu zrozumiałam, dlaczego tak różnię się od sióstr i dlaczego jestem taka "masywna". Wzrost poczucia własnej wartości wystąpił jedynie u 1,9%. Szczegółowe wyniki przedstawia Rycina 16.



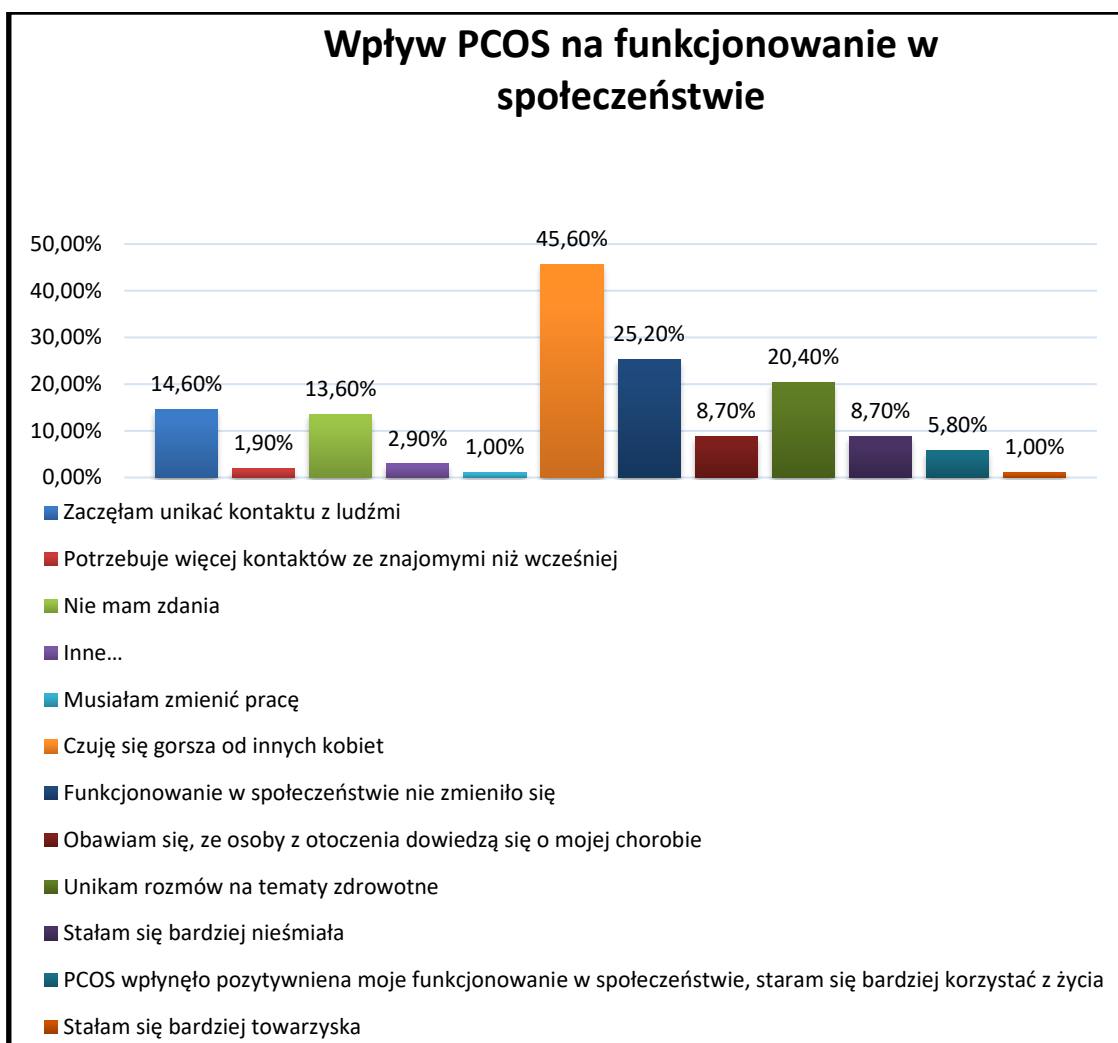
**Rycina 16. Wpływ PCOS na samoocenę.**

Z przeprowadzonej ankiety wynika, że negatywny wpływ na samoocenę PCOS ma zarówno wśród mieszkanek miast jak i wsi. Wzrost poczucia własnej wartości wystąpił jedynie u 1,9% mieszkanek miasta >100 tyś. mieszkańców. Szczegółowe wyniki przedstawia Rycina17.



**Rycina 173. Miejsce zamieszkania a wpływ PCOS na samoocenę.**

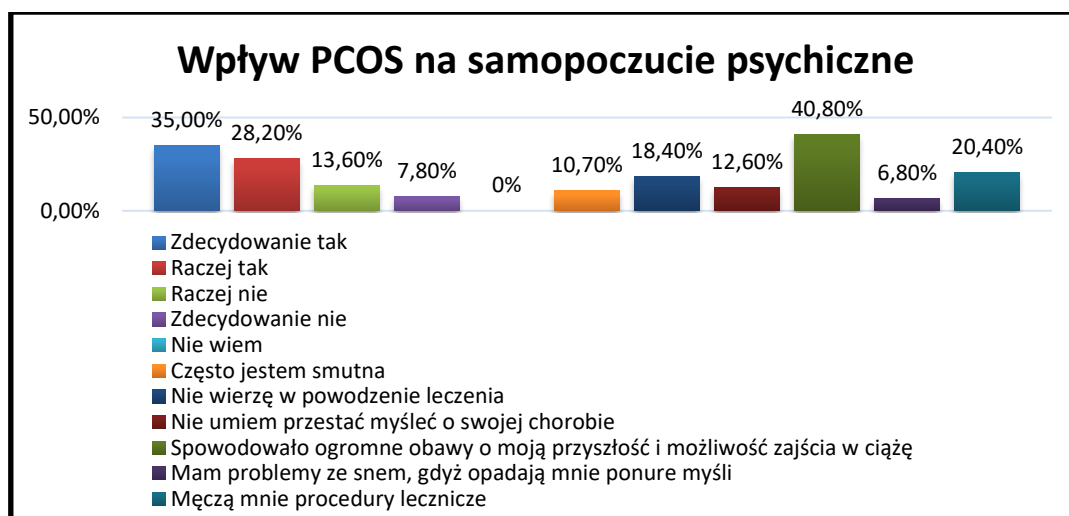
Zespół policystycznych jajników u 45,6% ankietowanych sprawił, że czują się gorsze od innych kobiet. 20,4% kobiet zaczęło unikać rozmów na tematy zdrowotne a 14,6% unikać kontaktu z ludźmi. 8,7% respondentek obawia się, że osoby z otoczenia mogą dowiedzieć się o ich chorobie. 2,9% badanych udzieliło własnych odpowiedzi, w tym 1,9% uznało, że nic się nie zmieniło a 1% kobiet zaznaczył, że „od razu zmieniłam styl życia/dietę. z innymi rozmawiam otwarcie na te temat-nie chcę czuć się inaczej”. Brak wpływu PCOS na funkcjonowanie w społeczeństwie stwierdziło 25,2% kobiet. Szczegółowe wyniki przedstawia Rycina 18.



**Rycina 18. Wpływ PCOS na funkcjonowanie w społeczeństwie.**

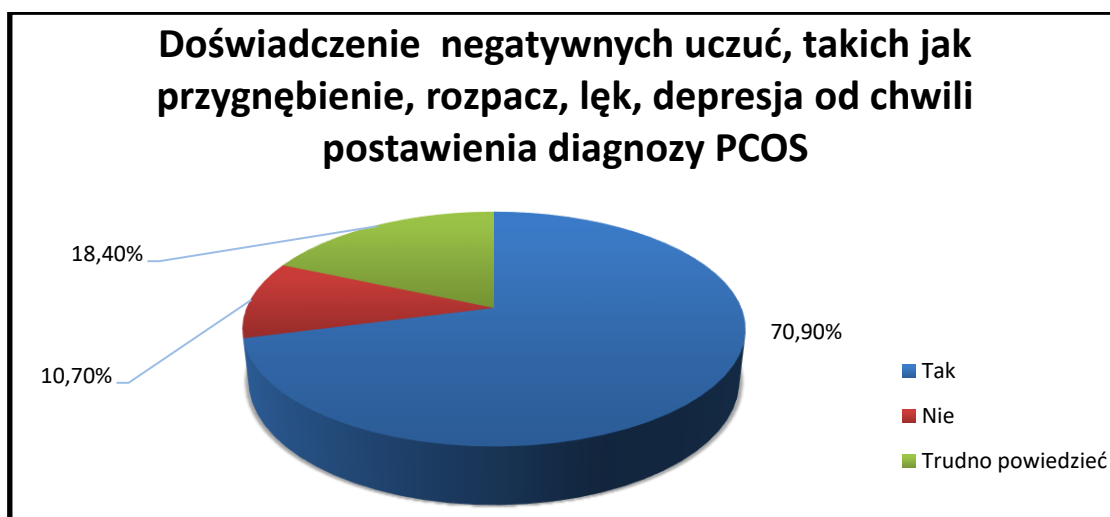
Z przeprowadzonej ankiety wynika, że PCOS ma negatywny wpływ na samopoczucie psychiczne kobiet. Zdecydowany negatywny wpływ odczuwało u siebie 35% kobiet a jedynie 7,8% nie odczuwało zdecydowanie negatywnego wpływu. 40,8% badanych miało obawy o swoją przyszłość i możliwość zajścia w ciążę. Kobiety są też zmęczone procedurami leczniczymi (20,4%), nie wierzą w powodzenie leczenia (18,4%) oraz nie potrafią przestać myśleć o swojej chorobie (12,6%). Szczegółowe odpowiedzi na pytanie o wpływ PCOS na samopoczucie psychiczne przedstawia Rycina 19.





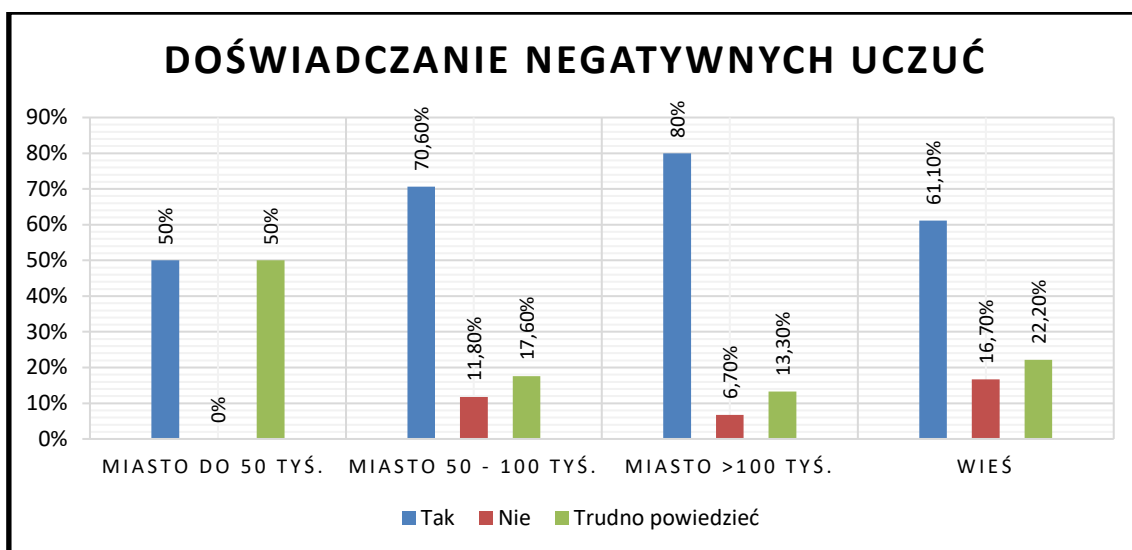
**Rycina 19. Czy diagnoza PCOS wpłynęła na samopoczucie psychiczne.**

Na pytanie „Czy doświadczyła Pani negatywnych uczuć, takich jak przygnębienie, rozpacz, lęk, depresja od chwili postawienia diagnozy PCOS?” zdecydowana większość ankietowanych (70,9%) odpowiedziała, że doświadczyła takich uczuć. 10,7% kobiet nie miało takich doświadczeń, a 18,4% nie potrafi odpowiedzieć. Wyniki przedstawia Rycina 20.



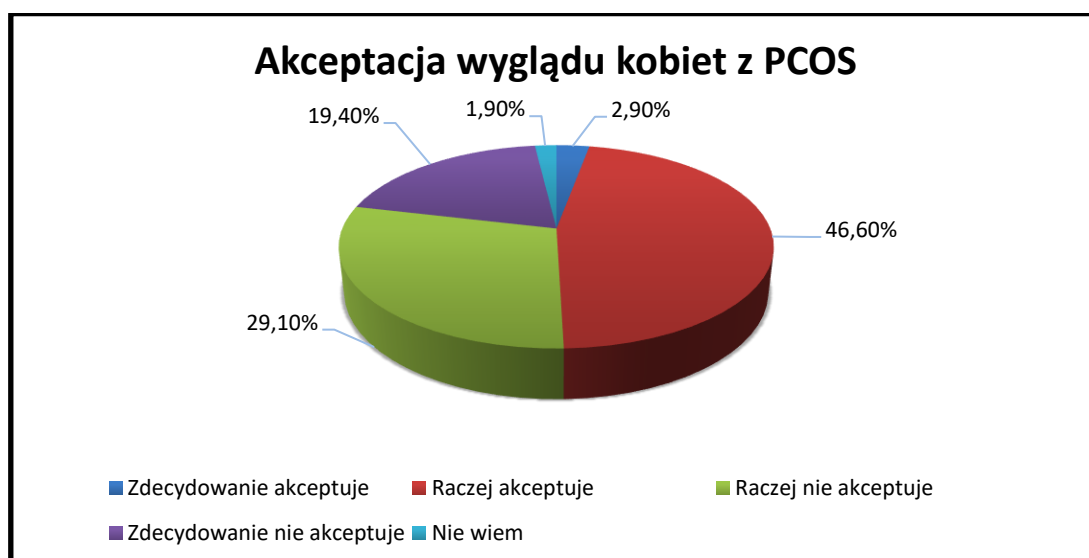
**Rycina 20. Doświadczenie negatywnych uczuć, takich jak przygnębienie, rozpacz, lęk, depresja od chwili postawienia diagnozy PCOS.**

Porównując częstość występowania negatywnych uczuć w związku z miejscem zamieszkania, to przedstawia się to podobnie zarówno w miastach jak i na wsi. Jedynie respondentki z miast do 50 tys. mieszkańców wykazały, że doświadczały negatywnych uczuć od chwili postawienia diagnozy PCOS. Wyniki przedstawia Rycina 21.



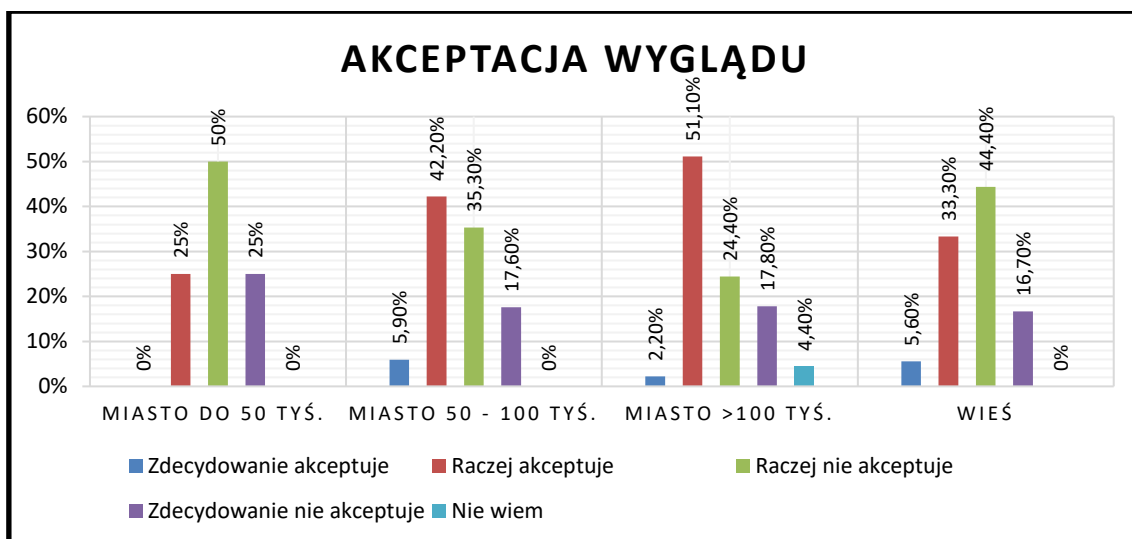
**Rycina 21. Miejsce zamieszkania a doświadczenie negatywnych uczuć, takich jak: przygnębienie, rozpacz, lęk, depresja od chwili postawienia diagnozy PCOS.**

Z przeprowadzonej ankiety wynika, że jedynie 2,9% respondentek zdecydowanie akceptuje swój wygląd. Umiarkowaną akceptację zaznaczyło za to aż 46,6% badanych. Brak akceptacji wyglądu wykazało 48,5% ankietowanych kobiet (w tym 29,1% raczej nie akceptuje, a 19,4% zdecydowanie nie akceptuje). Wyniki przedstawia Rycina 22.



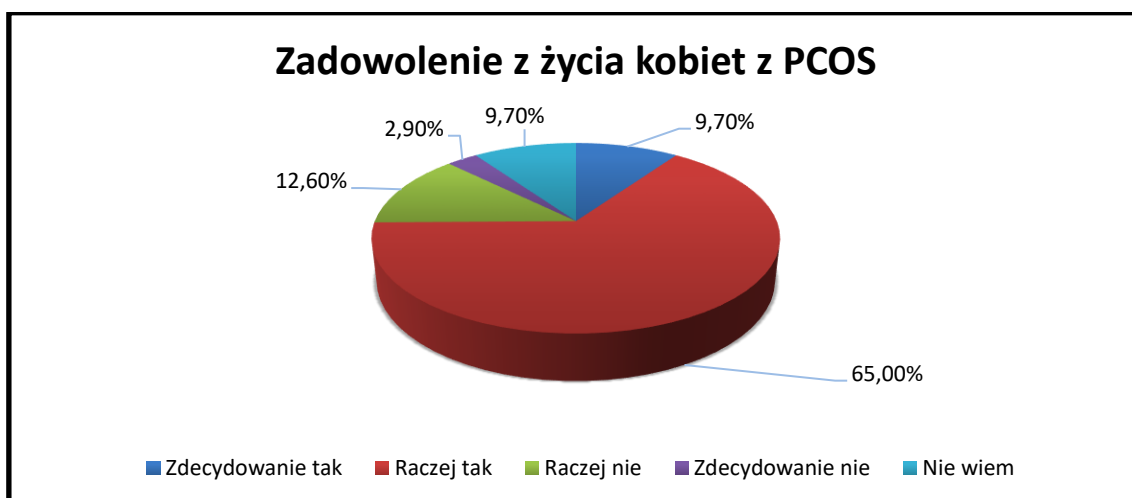
**Rycina 22. Akceptacja wyglądu.**

Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania największy brak akceptacji wyglądu występuje u mieszkanek obszarów wiejskich (61,1%) oraz z miastach do 50 tys. mieszkańców (75%). Swój wygląd akceptują za to w większej mierze mieszkanki dużych miast (miasta 50-100 tys. mieszkańców 48,1% i miasta >100 tys. mieszkańców 53,3% ankietowanych) - Rycina 23.



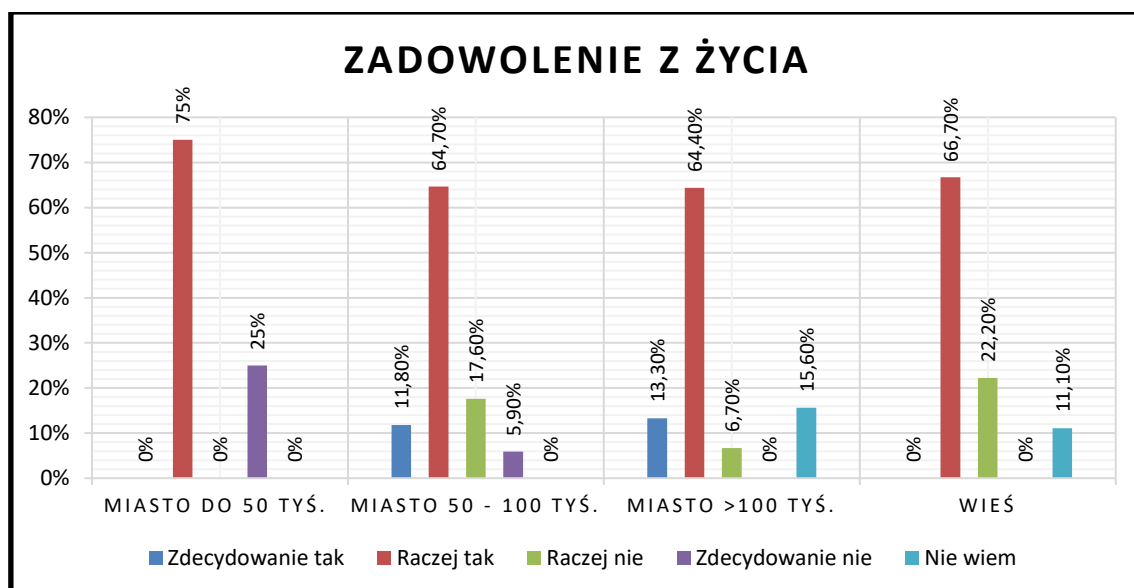
Rycina 23. Miejsce zamieszkania a akceptacja wyglądu.

Kobiety biorące udział w badaniu, pomimo występującej choroby są zadowolone z życia (9,7% jest zdecydowanie zadowolona a 65% raczej zadowolona). Niezadowolonych jest ogółem 22,3%. Wyniki przedstawia Rycina 24.



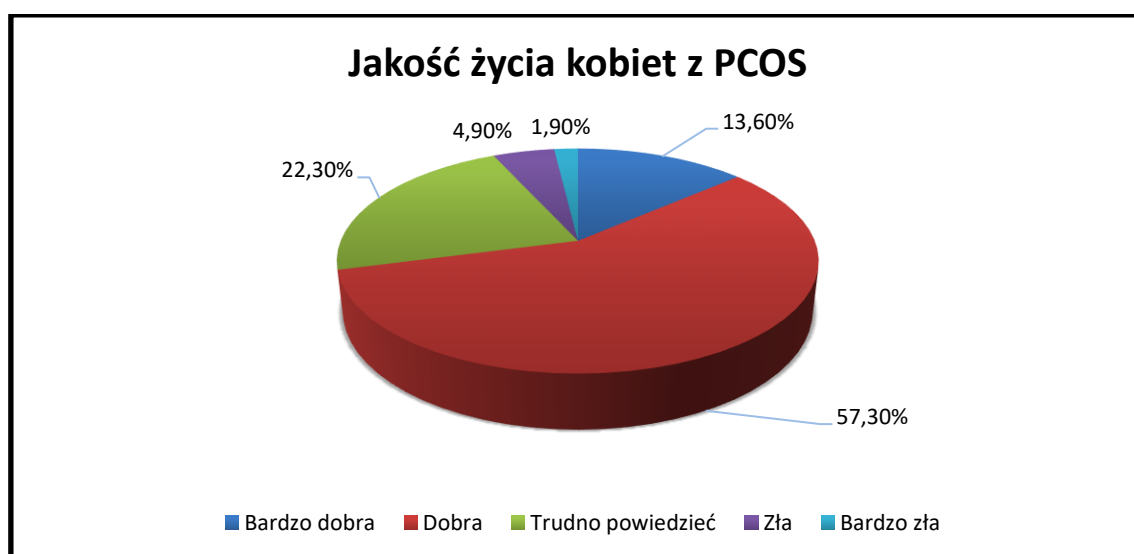
Rycina 24. Zadowolenie z życia kobiet z PCOS.

Poziom zadowolenia z życia jest porównywalny wśród mieszkanek miast i wsi, przy czym najmniejszy poziom niezadowolenia występuje wśród mieszkanek miast >100 tys. mieszkańców (6,7%). Szczegółowe wyniki przedstawia Rycina 25.



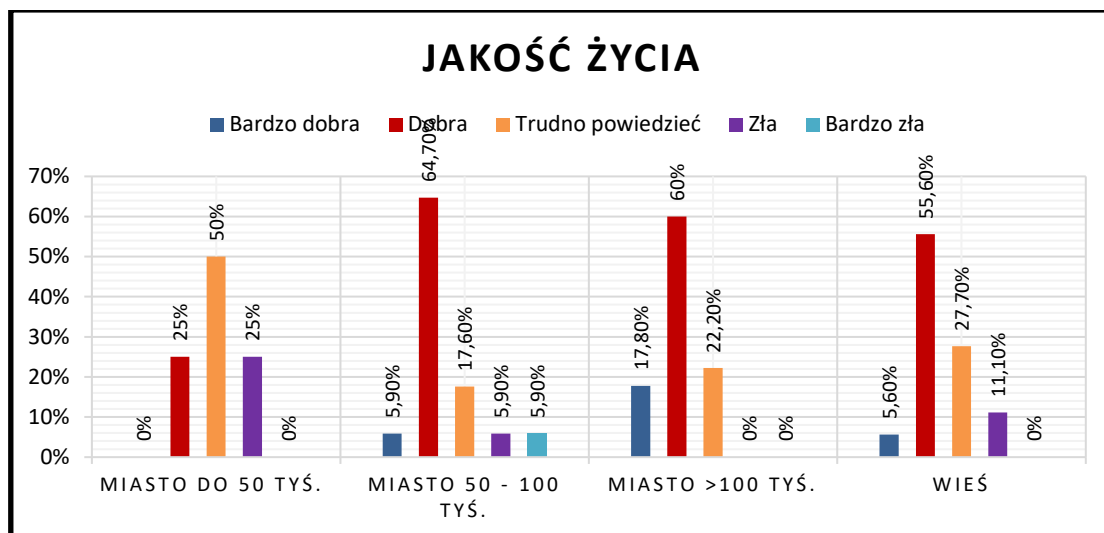
Rycina 25. Miejsce zamieszkania a zadowolenie z życia kobiet z PCOS.

Respondentki biorące udział w badaniu w zdecydowanej większości (57,3%) uważają swoją jakość życia za dobrą. Bardzo dobrą jakość życia odczuwa 13,6% kobiet. Zła jakość życia występuje u 4,9% a bardzo zła u 1,9% ankietowanych. Wyniki przedstawia Rycina 26.



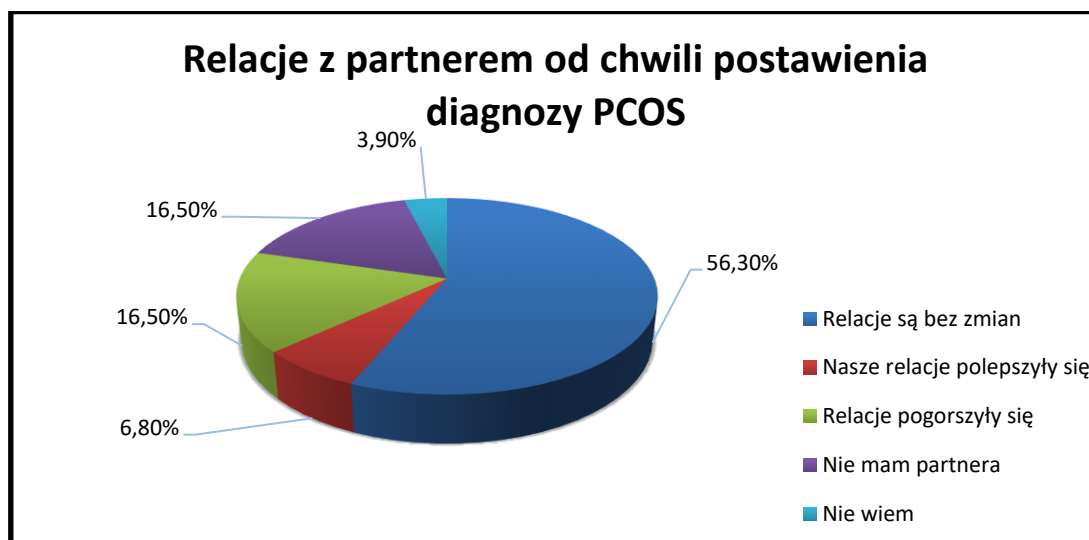
Rycina 26. Jakość życia kobiet z PCOS

Porównując jakość życia w stosunku do miejsca zamieszkania to jest ona najgorsza wśród mieszkanek wsi (11,1%) oraz mieszkanek miast do 50 tys. mieszkańców (25%). Jakość życia wzrasta wśród mieszkanek większych miast - Rycina 27.



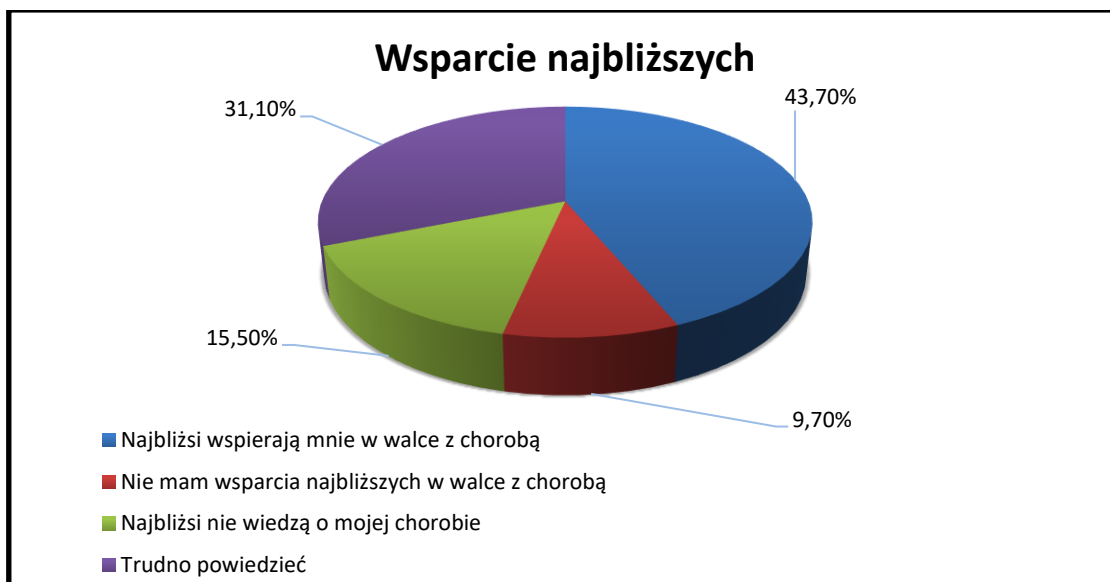
Rycina 27. Miejsce zamieszkania a jakość życia kobiet z PCOS.

W walce z chorobą jako jest PCOS bardzo ważne jest wsparcie partnera. Posiadanie partnera wskazało 83,5% badanych. Poprawę relacji od chwili rozpoznania choroby zauważyło w swoich związkach 6,8% badanych kobiet, natomiast pogorszenie relacji wystąpiło u 16,5% respondentek. W większości przypadków relacje z partnerem pozostają bez zmian (56,3%). Wyniki przedstawia Rycina 28.



Rycina 28. Relacje z partnerem od chwili rozpoznania PCOS.

Wsparcie wśród najbliższych w walce z PCOS ma 43,7% badanych kobiet. Brak wsparcia odczuwa 9,7% a chorobę ukrywa przed bliskimi osobami aż 15,5% respondentek. Wyniki przedstawia Rycina 29.



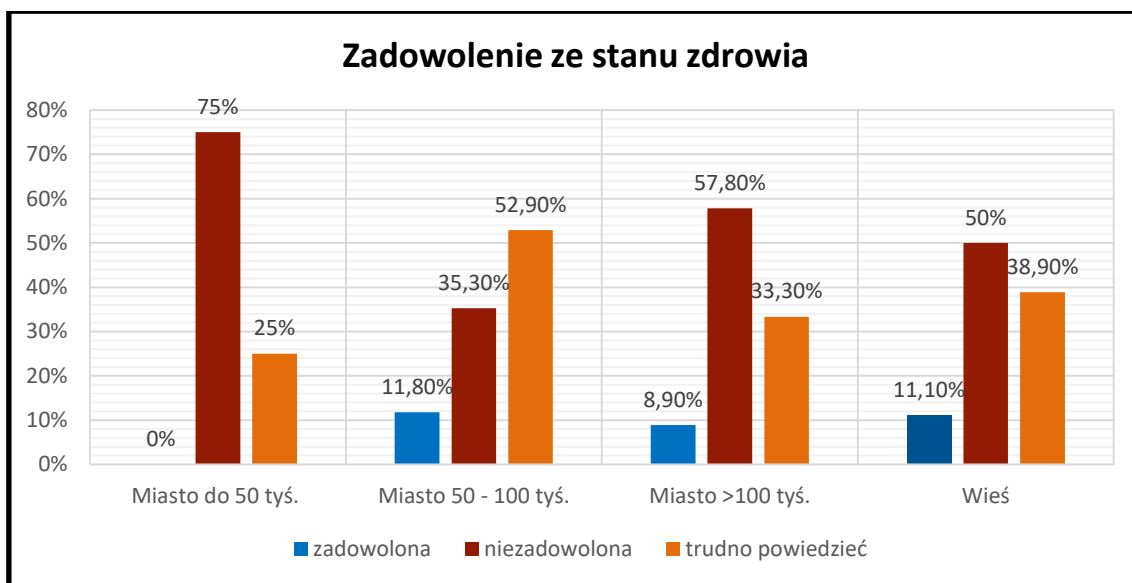
Rycina 29. Wsparcie najbliższych w PCOS.

Z przeprowadzonej ankiety wynika, że kobiety z PCOS w zdecydowanej większości są niezadowolone ze swojego zdrowia (55,3%). Zadowolonych jest jedynie 9,7% respondentek. Wyniki przedstawia Rycina 30.



Rycina 30. Zadowolenie ze swojego zdrowia kobiet z PCOS.

Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania największe niezadowolenie ze swojego stanu zdrowia wykazują mieszkanki miast do 50 tys. mieszkańców (75%). Poziom zadowolenia wśród mieszkanek wsi, miast 50-100 tys. i powyżej 100 tys., mieszkańców jest porównywalny. Szczegółowe wyniki przedstawia Rycina 31.



Rycina 31. Zadowolenie ze swojego zdrowia wśród kobiet z PCOS.

## DYSKUSJA

W badaniu ankietowym wzięło udział 103 respondentki z rozpoznanym zespołem policystycznych jajników. W większości ankietowane mieszkały w miastach (66%), miały wykształcenie wyższe (55%) oraz były osobami czynnymi zawodowo (68,9%). Większość respondentek miała postawioną diagnozę PCOS od kilku lat (1-5 lat 48,5% oraz >5 lat 29,1%). Wyniki badania ankietowego zostały porównane z innymi badaniami.

Z przeprowadzonej ankiety wynika, że zespół policystycznych jajników wiąże się z zwiększonym ryzykiem występowania nadwagi (25,5% ankietowanych) oraz otyłości (18,5% ankietowanych). Wyniki są porównywalne z badaniem przeprowadzonym na Oddziale Endokrynologii Ginekologicznej Samodzielnego Publicznego Centralnego Szpitala Klinicznego w Katowicach [10], gdzie wśród badanych kobiet średnia wartość BMI wynosiła  $28,3 \pm 6,1$  kg/m<sup>2</sup>. Badanie przeprowadzone w Klinice Chorób Wewnętrznych i Endokrynologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego [53], również dało podobne rezultaty – średnia wartość BMI wynosiła  $25,04 \pm 6,78$  kg/m<sup>2</sup> a BMI > 30 kg/m<sup>2</sup> odnotowano u 18,3% kobiet.

Biorąc pod uwagę przeprowadzone badanie można wysunąć przypuszczenie, że zespół policystycznych jajników może mieć podłoże genetyczne, gdyż 12,6% kobiet przyznało, że w ich najbliższej rodzinie występuje to schorzenie (38,5% dotyczy siostr a 30,8% matek kobiet z PCOS). Podobny wynik przedstawia badanie przeprowadzone na Oddziale Endokrynologii Ginekologicznej Samodzielnego Publicznego Centralnego Szpitala Klinicznego w Katowicach [10], gdzie rodzinne występowanie PCOS potwierdziło 13,9% badanych.

Kobiety z PCOS pozostają pod opieką różnego rodzaju specjalistów, w tym w największej mierze pod opieką ginekologa (88,3%) oraz endokrynologa (51,5%). Opieka lekarska w opinii ankietowanych jest oceniana w większości negatywnie. Jako główne problemy respondentki wymieniły małą ilość lekarzy zajmujących się PCOS (52,4%), niewystarczającą opiekę (52,4%) oraz utrudniony dostęp do diagnostyki (41,7%).

Leczenie zespołu policystycznych jajników wśród badanych kobiet w głównej mierze opiera się na leczeniu dietetycznym (64,1%), przyjmowaniem leków obniżających glikemię (47,6%), stosowaniem preparatów z inozytolem (36,9%) oraz antykoncepcji hormonalnej (26,2%).

Badanie przeprowadzone na Oddziale Endokrynologii Ginekologicznej Samodzielnego Publicznego Centralnego Szpitala Klinicznego w Katowicach [10] pokazało, że 64,3% kobiet przyjmuje antykoncepcję hormonalną, około 33% pacjentek musiało przyjmować leki obniżające poziom glikemii a największy odsetek ankietowanych (68,3%) stosowało leczenie dietetyczne. Porównując oba badania można powiedzieć, że kobiety z PCOS mają bardzo podobne schematy leczenia.

Ankietowane wykazały zaburzenia w długości cyklu miesięczkowego - długość > 36 dni dotyczyła 33% kobiet. Respondentki dotykały też dolegliwości związane z miesiączką, takie jak nieregularne cykle, zaburzenia owulacji, bolesne miesiączkowanie czy obfite krwawienia miesięczkowe. W przeprowadzonej ankiecie dotyczyły one aż 97,1% badanych. Podobne wnioski wysuwa Specjalski [54], którego badania pokazały występowanie zaburzeń cyklu miesięczkowego u około 90% kobiet z PCOS. Hickey wsp. [3] w swoim badaniu stwierdzili występowanie oligomenorrhea u 51,7% badanych dziewcząt. Gambineri i wsp. [55] stwierdzili występowanie nieregularnych cykli miesięczkowych u 10% badanych dziewcząt. Badanie przeprowadzone w Klinice Chorób Wewnętrznych i Endokrynologii w Warszawie [53] na 60 pacjentkach z PCOS pokazały występowanie zaburzeń miesiączkowania u 92% badanych.



W badaniu przeprowadzonym z Lublinie [40] wśród 72 kobiet z PCOS wykazano, że cykl miesięczkowy trwał średnio co  $36,40 \pm 7,91$  dni a zaburzenia miesiączkowania występowały u 73,6% ankietowanych.

Diagnoza PCOS w głównej mierze jest stawiana kobietom w chwili trudności w zajściu w ciążę. W badanej grupie 57,7% kobiet starało się zajść w ciążę i aż u 89,9% wystąpiły trudności w poczęciu. Badanie przeprowadzone przez Szymkowiak i Hirnle [6] wskazuje, że niepłodność dotyczy około 74% kobiet z PCOS, natomiast wyniki badań przeprowadzonych przez Specjalskiego [54] pokazały, że niepłodność występuje u od 40% do 94% kobiet z PCOS.

Problemy dermatologiczne są jednym z głównych objawów zespołu policystycznych jajników. Z przeprowadzonej ankiety wynika, że hirsutyzm dotyka aż 69,9% kobiet, co jest też ukazane w badaniach Sonio i wsp. [8] (60% badanych ma objawy hirsutyizmu). Również badanie przeprowadzone w Oddziale Endokrynologii Ginekologicznej Samodzielnego Publicznego Centralnego Szpitala Klinicznego w Katowicach [10] ukazało, że problem nadmiernego owłosienia dotyczy 64,4% badanych.

W badaniu przeprowadzonym w Katowicach oceniono również częstość występowania łysienia androgenowego (8,9%) oraz nadmiernego wypadania włosów (69,3%). Wyniki badania przeprowadzonego przez Hickey i wsp. [3] na 244 dziewczętach w wieku 14-16 lat pokazały, że u 48% badanych występował trądzik a 8,2% wystąpiły objawy hirsutyizmu. Gambineri i wsp. [55] w swoich badaniach przeprowadzonych na 519 dziewczętach w wieku 16-19 lat stwierdzili występowanie hirsutyizmu u 17% ankietowanych. Badanie przeprowadzone w Lublinie [40] wśród pacjentek poradni leczenia niepłodności pokazało obecność hirsutyizmu u 70,8% kobiet.

Badane kobiety potwierdziły związek zaburzeń gospodarki węglowodanowej z PCOS. Insulinooporność dotyczy 52,4% a hiperinsulinemia 15,5% ankietowanych. Jako metody leczenia wskazały w głównej mierze leczenie dietetyczne (58,3%), stosowanie metforminy (44,7%) oraz zwiększenie aktywności fizycznej (35,9%).

Ankietowane swoją wiedzę na temat zespołu policystycznych jajników oceniły głównie jako dobrą (53,4%) oraz bardzo dobrą (24,3%). Główne źródła wiedzy na temat choroby to w opinii ankietowanych portale społecznościowe (80,6%), fora internetowe (75,7%), artykuły w czasopiśmie medycznych (67%) oraz informacje przekazywane przez lekarza (67%).

Przeprowadzone badanie wykazało negatywny wpływ PCOS na samoocenę bez względu na miejsce zamieszkania. 35,9% kobiet diagnoza PCOS obniżyła poczucie własnej wartości. Kobiety zaczęły się też czuć bezwartościowe (25,2%). Zespół policystycznych

jajników ma również negatywny wpływ na funkcjonowanie w społeczeństwie, gdyż aż 45,6% z tą diagnozą czyje się gorsza od innych kobiet, 20,4% unika rozmów na tematy związane ze zdrowiem, a 14,6% zaczęła unikać kontaktu z ludźmi.

Kobiety z zespołem policystycznych jajników w 48,5% nie akceptują swojego wyglądu. Brak akceptacji jest największy wśród kobiet mieszkających na wsi – 61,1% z kolei kobiety zamieszkujące duże miasta wykazują większą samoakceptację (miasta 50-100 tys. mieszkańców 48,1% i miasta >100 tys. mieszkańców 53,3%).

W przeprowadzonym badaniu oceniano wpływ PCOS na samopoczucie psychiczne. Brak wpływu na samopoczucie psychiczne wskazało jedynie 6,8%. PCOS ma również negatywny wpływ na poczucie własnej wartości – diagnoza choroby obniżyła je u 35,5%. Kobiety czują się również bezużyteczne (25,2%), a 29,1% kobiet nie akceptuje swojego wyglądu.

Zdecydowana większość kobiet doświadcza negatywne uczucia takie jak przygnębienie, lęk, rozpacz i depresja (70,9%). Jednak pomimo choroby kobiety są zadowolone z życia – 74,7% a jego jakość określają jako w większości jako dobrą (57,3%). Warto zaznaczyć, że jakość życia spada u mieszkank mniejszych miejscowości (zła jakość życia dotyczy tu 11% mieszkank wsi oraz 25% mieszkank miast do 50 tys. mieszkańców). Badanie przeprowadzone w Samodzielnym Centralnym Szpitalu Klinicznym w Katowicach [10] pokazało podobne wyniki – negatywny wpływ PCOS na samopoczucie psychiczne odczuwa 70,3% respondentek. PCOS wpłynęła negatywnie na poczucie własnej wartości u 79,2% kobiet oraz na brak akceptacji swojego wyglądu – około 65% ankietowanych. Biorąc pod uwagę wszystkie te negatywne czynniki i tak w dużej mierze, bo aż 46,6% kobiet jest zadowolonych z życia. Krehner i wsp. [47] w badaniach przeprowadzonych na 60 kobietach z PCOS wykazali, że 40% miało objawy depresji. W badanej grupie 10 kobiet spełniało kryteria rozpoznania depresji, a 14 brało antydepresanty. Badania przeprowadzone przez Hollinrake i wsp. [48] wśród 103 kobiet z PCOS pokazały, że depresja dotyczyła 35%.

W badaniu ankietowym zadano respondentkom pytanie o relacje z partnerem i wsparcie najbliższych w chorobie. Wśród respondentek, które potwierdziły posiadanie partnera w większości relacje te pozostają bez zmian (56,3%), a u 16,5% uległy one pogorszeniu. Badanie przeprowadzone w Samodzielnym Szpitalu klinicznym w Katowicach [10] podaje podobne wyniki: 33,7% partnerów reagowało obojętnie, około 45% wskazało pozytywną

reakcję partnera, a około 11% zauważyło negatywną reakcję u partnera. Ankietowane mają wsparcie najbliższych w chorobie (43%).

Zespół policystycznych jajników powoduje u respondentek ogólne niezadowolenie ze stanu zdrowia - 55,3%, przy czym największy poziom niezadowolenia występuje u mieszkanek miast do 50 tys. mieszkańców (75%).

## WNIOSKI

Po przeanalizowaniu wyników badań, wysunięto następujące wnioski:

1. Rozpoznanie PCOS ma negatywny wpływ na samoocenę u ponad 80% badanych.
2. PCOS wpływa negatywnie na funkcjonowanie kobiet w społeczeństwie – 45,6% respondentek czuje się gorszymi od innych kobiet.
3. Negatywny wpływ na samopoczucie psychiczne odczuwa 63,2% ankietowanych, przy czym aż 70,9% doświadczyło negatywnych uczuć takich jak: przygnębienie, rozpacz, lęk, depresja.
4. Pomimo choroby kobiety w 74,7% są zadowolone ze swojego życia a 57,3% uważa swoją jakość życia za dobrą.
5. Kobiety z PCOS są w 55,3% niezadowolone ze swojego stanu zdrowia.
6. Zespół policystycznych jajników predysponuje do nadmiernego wzrostu masy ciała – 25,2% ankietowanych kobiet ma nadwagę a 18,5% otyłość.
7. Rodzinne występowanie zespołu policystycznych jajników dotyczy 39,8% badanych kobiet.
8. Wśród badanych kobiet najczęściej występowały takie zaburzenia miesiączkowania jak: zaburzenia owulacji (61,2%), cykle nieregularne (78,6%) i skąpe miesiączki (50,5%).
9. Trudności w zajściu w ciążę dotyczyły 51,5% respondentek.
10. Respondentki jako najbardziej dokuczliwe problemy dermatologiczne wybrały hirsutyzm (69,9%) i trądzik (62,1%).
11. Zaburzenia gospodarki węglowodanowej występowały u 77,7% badanych, przy czym najwięcej kobiet choruje na insulinooporność – 52,4%.
12. Kobiety biorące udział w badaniu swoją wiedzę na temat PCOS w 53,4% oceniają jako dobrą a jako jej główne źródła wykorzystują portale społecznościowe (80,6%) i fora internetowe (75,7%).

## PIŚMIENNICTWO

1. Jakubowski L.: Aspekty genetyczne zespołu policystycznych jajników. *Endokrynologia Polska*, 2005, 3, 56, 285-293.
2. Banaszewska B., Spaczyński R., Pawelczyk L.: Zastosowanie statyn w leczeniu zespołu policystycznych jajników (PCOS). *Ginekologia Polska*, 2010, 81, 618-621.
3. Droszól-Cop A., Sidło-Stawowy A., Sajdak D., Skrzypulec-Plinta V.: Rozpoznanie zespołu policystycznych jajników u dziewcząt. *Ginekologia Polska*, 2014, 85, 145-148.
4. Szydłarska D., Dębski M., Grzesiuk W., Bar – Andziak E.: Leczenie zespołu policystycznych jajników. *Ginekologia i Położnictwo*, 2010, 3, 17, 59-68.
5. Cieślik B., Podbielska H.: Przegląd wybranych kwestionariuszy oceny jakości życia. *Inżynieria Biomedyczna*, 2015, 21, 2, 102 – 135.
6. 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, 63.
7. Kłak A., Mińko M., Siwczyńska D.: Metody kwestionariuszowe badania jakości życia. *Problemy Higieny Epidemiologicznej*, 2012, 93, 4, 632 – 638.
8. Nowotnik A.: Wielowymiarowość doświadczenia zespołu policystycznych jajników u kobiet w wieku rozrodczym: przegląd badań. *Nowiny Lekarskie*, 2012, 81, 3, 268–272.
9. Ekback M., Wijma K., Benzein E.: “It is always on my mind”: women’s experiences of their bodies when living with hirsutism. *Health Care for Women International*, 2009, 30, 358-372.
10. Kurek G., Babiarczyk B.: Problemy bio-psycho-społeczne kobiet w wieku rozrodczym z zespołem policystycznych jajników. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*, 2017, 1, 50, 7-15.
11. Foryś-Dworniczak E., Zachurzok A., Pasztak-Opiłka A., Małecka - Tendera E.: Związana ze zdrowiem jakość życia oraz role płciowe u nastoletnich dziewcząt z zespołem policystycznych jajników – przegląd metodyczny. *Endokrynologia Pediatria*, 2017, 16, 2, 127-132.
12. Szydłarska D., Grzesiuk W., Bar-Andziak E.: Kontrowersje wokół patogenezy zespołu policystycznych jajników. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*, 2010, 6, 3, 141-146.

13. Kuligowska-Jakubowska M., Dardzińska J., Rachoń D.: Zaburzenia gospodarki węglowodanowej u kobiet z zespołem wielotorbielowatych jajników (PCOS). *Diabetologia Kliniczna*, 2012, 1, 5, 185-195.
14. Pierzyński P.: *Zajść w ciążę*. Wydawnictwo CMR, Białystok, 2011.
15. Rzepka-Górska I., Wołczyński S., Opala T.: *Endokrynologia ginekologiczna [w:] Ginekologia Opala T. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2003, 120 – 122.*
16. [http://www.medical-diagnosis.co.uk/pl/static/polycystic\\_ovary\\_syndrome\\_pl.aspx](http://www.medical-diagnosis.co.uk/pl/static/polycystic_ovary_syndrome_pl.aspx), pobrano dnia 21.08.2018 g.14.25.
17. Kruszyńska A., Słowińska-Srzednicka J.: Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu zespołu policystycznych jajników. *Postępy Nauk Medycznych*, 2008, 3, 148-153.
18. Bachanek M., Abdalla N., Cendrowski K., Sawicki W.: Wartość ultrasonografii w diagnostyce zespołu policystycznych jajników – przegląd piśmiennictwa. *Journal of Ultrasonography*, 2015, 15, 410–422.
19. Suchta K., Kanecki K., Tyszko P., Radowicki S.: Wybrane aspekty zaburzeń metabolicznych u kobiet z zespołem policystycznych jajników (PCOS) z towarzyszącą nieprawidłową czynnością gruczołu tarczowego. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2016, 22, 2, 89–93.
20. Walczak-Gałęzewska M., Kręgielska-Narożna M., Bogdański P.: Kobieta z zespołem policystycznych jajników — pacjent podwyższonego ryzyka kardiometabolicznego. *Forum Zaburzeń Metabolicznych*, 2016, 7, 2, 79–83.
21. Kramkowska M., Czyżewska K.: Zespół metaboliczny — historia, definicje, kontrowersje. *Forum Zaburzeń Metabolicznych*, 2014, 5, 1, 6–15.
22. Olszanecka- Glinianowicz M., Banaś M., Zahorska-Markiewicz B., Kuglin D.: Mokrzycka J., Mentel A.: Insulinooporność a stężenie androgenów jajnikowych i nadnerczowych w surowicy otyłych kobiet bez chorób towarzyszących i z zespołem policystycznych jajników. *Endokrynologia Polska*, 2005, 56, 6, 921-926.
23. Pawłowska J., Witkowski J. M., Bryl E.: Zespół metaboliczny — rys historyczny i współczesność. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2009, 3, 3, 222–228.
24. Pogmaruk O.: Zespół metaboliczny. *Pomagruk Medyczne Zeszyty Naukowe Uczelni Warszawskiej im. Marii Skłodowskiej-Curie*, 2015, 2, 59-89.

25. Skałba P., Dąbkowska-Huć A.: Metaboliczne aspekty zespołu policystycznych jajników (PCOS). *Endokrynologia Polska*, 2005, 56, 6, 960-963.
26. Gambineri A., Repaci A., Patton L.: Prominent role of low HDL-cholesterol in explaining the high prevalence of the metabolic syndrome in polycystic ovary syndrome. *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases*, 2009, 19, 797-804.
27. Glueck C., Morrison J., Goldenberg N.: Coronary heart disease risk factors in adultpremenopausal white women with polycystic ovary syndrome compared with a healthy female population. *Metabolism*, 2009, 58, 714-721.
28. Scientific Advisory Committee: Metformina w leczeniu niepłodności u kobiet z zespołem policystycznych jajników. *Ginekologia Po Dyplomie*, 2010, 3, 67-69.
29. Grzesiuk W., Szydłarska D., Józwiak K.: Insulinooporność w endokrynopatiach. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*, 2008, 5, 1, 38-44.
30. Wesołowski P., Wańkiewicz Z.: Insulinooporność - metody rozpoznawania i następstwa kliniczne. *Nefrologia i Dializoterapia Polska*, 2011, 15, 243-246.
31. Issat T., Nowicka M. A., Jakimiuk A. J.: Zespół policystycznych jajników (PCOS), a ryzyko występowania cukrzycy ciążowej (GDM). *Ginekologia Polska*, 2015, 86, 392-395.
32. Łukasiewicz M.: Zasadność stosowania metforminy u pacjentek z zespołem policystycznych jajników. *Farmacja Praktyczna*, 2016, 6, 36-38.
33. Fichna P., Skowrońska B.: Otyłość u dzieci i młodzieży a zaburzenia prokrecji wieku dojrzałego- spojrzenie pediatri. *Forum Zaburzeń Metabolicznych*, 2010, 1, 1, 46-54.
34. Kinalska I., Popławska-Kita A., Telejko B., Kinalski M., Zonenberg A.: Otyłość a zaburzenia przemiany węglowodanowej. *Endokrynologia, Otyłość, Zaburzenia Przemiany Materii*, 2006, 2, 3, 94-101.
35. Wickiewicz D., Zimmer M.: Otyłość a problem niepłodności u kobiet. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, 2008, 1, 2, 138-140.
36. Brończyk-Puzoń A., Kulik-Kupka K., Koszowska A., Nowak J., Zubelewicz—Szkodzińska B.: Wpływ dystrybucji tkanki tłuszczowej na stężenie wybranych parametrów biochemicznych w grupie kobiet z zespołem policystycznych jajników. *Forum Zaburzeń Metabolicznych*, 2016, 7, 3, 131-137.



37. Pertyńska –Marczewska M.: Nowe spojrzenie na zespół policystycznych jajników [w:] Endokrynologia ginekologiczna, Dębski R. (red.). PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2018, 49 -61.
38. Olszanecka-Glinianowicz M., Zahorska-Markiewicz B., Żak-Gołąb A., Kuglin D., Mokrzycka J., Mentel A.: Wpływ umiarkowanej redukcji masy ciała na profil hormonalny otyłych kobiet z zespołem policystycznych jajników. Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii, 2005, 1, 2, 1–5.
39. Kiałka M., Milewicz T., Klocek M.: Ciśnienie tętnicze krwi a zespół policystycznych jajników (PCOS). Przegląd Lekarski, 2015, 72, 6, 309-312.
40. Stadnicka G., Pilewska-Kozak A. B., Łepecka-Klusek C., Pałucka K., Kostrzewska K.: Jakość życia i aktywność seksualna kobiet z zespołem policystycznych jajników (PCOS). Pielęgniarstwo XXI wieku, 2016, 15, 4, 35-41.
41. Iffat H., Abid K.: Zespół policystycznych jajników: punkt widzenia dermatologa. Dermatology Online, 2011, 2, 2, 76-79.
42. <https://podyplomie.pl/dermatologia/18122,hirsutyzm-zazwyczaj-nie-choroba-a-jednak-klopot> pobrano dnia 21.08.2018 g. 10.25
43. Skrzyńska K., Zachurzok A., Małecka-Tendera E.: Zaburzenia funkcji tarczycy u dziewcząt z zespołem policystycznych jajników. Endokrynologia Pediatria, 2017, 16, 2, 121-126.
44. Bumbuliene Ž., Alisauskas J.: Diagnostyka i leczenie hirsutyizmu u dziewcząt. Ginekologia Polska, 2009, 80, 374-378.
45. Sobjanek M., Sokołowska-Wojdyło M., Barańska-Rybak W., Nowicki R., Włodarkiewicz A.: Rola czynników hormonalnych w etiopatogenezie i terapii trądziku pospolitego. Postępy Dermatologii i Alergologii, 2006, 23, 6, 266–272.
46. Placek W., Romańska-Gocka K., Grzanka A.: Leczenie miejscowe trądziku. Przegląd Dermatologiczny, 2011, 98, 442–448.
47. Kerchner A, Lester W, Stuart SP.: Risk of depression and other mental health disorders in women with polycystic ovary syndrome: a longitudinal study. FertilSteril, 2009, 91, 207–12.
48. Krępuła K., Bidzińska-Speichert B., Lenarcik A., Tworowska-Bardzińska U.: Zaburzenia psychiczne związane z zespołem policystycznych jajników. Endokrynologia Polska, 2012, 62, 6, 488-491.

49. Makara-Studzińska M., Wdowiak A., Bakalczuk G., Bakalczuk Sz., Kryś K.: Problemy emocjonalne wśród par leczonych z powodu niepłodności. *Seksuologia Polska*, 2012, 10, 1, 28–35.
50. Benson S., Arck P.C., Tan S.: Disturbed stress responses in women with polycystic ovary syndrome. *Psychoneuroendocrinology*, 2009, 34, 727–35.
51. Guidi J., Gambineri A., Zanotti L: Psychological aspects of hyperandrogenic states in late adolescent and young women. *Clinical Endocrinology*, 2015, 83, 872-878.
52. Jones G.L., Hall J.M., Lashen H.L.: Health-related quality of life among adolescents with polycystic ovary syndrome. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 2011, 40, 577-588.
53. Szydłarska D., Machaj M., Jakubowska A., Lorkowski J., Zespół metaboliczny u kobiet z zespołem policystycznych jajników. *Ostry Dyżur*, 2014, 7, 2, 54-58.
54. Specjalski R.: Zaburzenia psychoseksualne u kobiet z zespołem policystycznych jajników. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2013, 3, 49, 230–234.
55. Gambineri A., Fanelli F., Prontera O.: Prevalence of hyperandrogenic states in late adolescent and young women: epidemiological survey on Italian high-school students. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 2013, 98, 4, 1641-1650.



## **JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTEK Z RAKIEM SZYJKI MACICY**

**Katarzyna Łagoda<sup>1,2</sup>, Sebastian Sienkiewicz<sup>3</sup>**

1. Zakład Medycyny Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku
3. Białostockie Centrum Onkologii

### **WSTĘP**

W Polsce nowotwór szyjki macicy jest jednym z najczęściej rozwijających się nowotworów kobiecych narządów płciowych. Na podstawie analizy danych krajowego rejestru nowotworów rocznie odnotowuje się ok. 4 tysiące przypadków. Choroba ta głównie dotyczy kobiet po 20-tym roku życia, a najczęściej występuje u kobiet między 45 a 60-tym rokiem życia [1]. Polska stanowi kraj o średniej zapadalności na ten nowotwór, ale ze względu na wysoką liczbę zgonów oraz niski wskaźnik pięcioletnich przeżyć przoduje wśród innych krajów europejskich [2]. Przyczyną tego zjawiska jest późne wykrywanie nowotworu, gdy jego stadium jest już zaawansowane, co z kolei skutkuje gorszym rokowaniem oraz obniżeniem jakości życia [3, 4].

Na jakość życia (*quality of life*, QoL) ma wpływ wiele czynników, np. sytuacja rodzinna, finansowa, zawodowa, sprawność fizyczna itp. Kiedy w drugiej połowie zeszłego wieku rozpoczął się dynamiczny rozwój nauk medycznych oraz pokrewnych, co umożliwiło wydłużenie życia ludzi chorych nieuleczalnie lub wręcz śmiertelnie, pojawiło się pojęcie jakości życia. Wtedy zwrócono uwagę na subiektywne odczucia i emocje pacjenta, które mogą wiązać się z przedłużeniem jego życia, jak i z możliwością odczuwania zadowolenia i satysfakcji z życia w chorobie. W onkologii pomiar jakości życia stanowi istotny parametr, za pomocą którego lekarz jest w stanie uzyskać informacje na temat funkcjonowania pacjenta w ważnych dla niego sferach życia. Po drugie definiuje się go jako kryterium oceny efektów leczenia oraz świadczy o całościowym podejściu pacjenta do procesu terapeutycznego [5].

Każdy człowiek ze względu na indywidualne cechy osobowości i wykształcone w ciągu całego życia mechanizmy radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych odmiennie reaguje na diagnozę choroby. To, jaką postawę przyjmie się wobec choroby, wpływa zarówno na jakość

życia, jak i odległe wyniki leczenia. Osoby w pełni akceptujące fakt istnienia choroby w ich życiu, chętniej podejmują wyzwanie zwalczania jej i doznają w ten sposób mniej negatywnych emocji [6]. Przystosowanie do choroby dotyczy problemów radzenia sobie z samą obecnością choroby oraz z konsekwencjami, jakie za sobą niesie. Kobieta z rozpoznaną patologią szyjki macicy musi zmierzyć się z szeregiem problemów, do których można bez wątplenia zaliczyć: lęk o życie, uciążliwe leczenie, zmianę stylu życia, utratę ról społecznych, weryfikację trwałości związków z ludźmi i inne [7]. Choroba, a w szczególności nowotworowa, wzbudza wiele negatywnych emocji typu gniew, poczucie zagrożenia, lęk, a nawet może doprowadzić do depresji. Ma to ogromny wpływ na poziom akceptacji choroby, co z kolei może uniemożliwiać powrót do zdrowia psychicznego oraz fizycznego [8].

Od wielu lat nowotwór szyjki macicy stanowi poważny problem epidemiologiczny w Polsce. Mimo, że liczba zachorowań stale się obniża, to wciąż pozostaje na wysokim poziomie. Rocznie odnotowuje się około 3450 przypadków. Niepokojący jest fakt, iż mimo powszechnie dostępnych cytologicznych badań profilaktycznych oraz coraz większych możliwości diagnostycznych, nowo diagnozowane przypadki stanowią nowotwory o wysokim stopniu zaawansowania. Wiąże się to z gorszym rokowaniem, ze względu na niekorzystne efekty leczenia, ponieważ w przypadku tego nowotworu głównym czynnikiem pozwalającym na skuteczne leczenie jest kliniczny stopień zaawansowania nowotworu. W związku z tym prawdopodobieństwo wyleczenia jest tym wyższe, im niższe jest zaawansowanie nowotworu. Dowodów na to należy szukać wśród danych 5-letnich przeżyć, gdzie przypadki zaawansowanego nowotworu szyjki macicy mają znacznie mniejsze szanse na wyleczenie, jak i dłuższe życie [9].

## **CEL BADAŃ**

Głównym celem badań była ocena jakości życia kobiet z nowotworem raka szyjki macicy.

Wśród celów szczegółowych znalazły się:

1. Ocena wpływu choroby na codzienne funkcjonowanie w życiu społecznym, rodzinnym, zawodowym.
2. Określenie wpływu choroby na poczucie kobiecości.
3. Analiza stopnia akceptacji choroby.

## **MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ**

Badaniem objęto łącznie 118 kobiet w różnym wieku. Respondentki różnicowano pod względem stanu cywilnego, wykształcenia oraz miejsca zamieszkania. W badaniu wzięło najwięcej mężatek i najmniej rozwódek. W grupie badawczej najwięcej było osób z wykształceniem wyższym, a najmniej z podstawowym. Większość respondentek mieszkało w mieście. Badanie przeprowadzono w okresie kwiecień – maj 2019 roku. W części badawczej posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, do którego wykorzystano kwestionariusz ankiety.

Kwestionariusz ankiety składał się z 17 pytań dotyczących m.in.: emocji związanych z rozpoznaniem choroby nowotworowej, ich ogólnego samopoczucia, poczucia kobiecości, codziennych problemów pojawiających się z powodu raka oraz wpływu choroby na wszystkie aspekty życia badanych kobiet. Ankietowane kobiety dokonywały samodzielnej oceny jakości życia przed i po pojawieniu się choroby. Udział w badaniu był całkowicie dobrowolny oraz anonimowy. Każda kobieta została poinformowana o celu przeprowadzanych badań oraz sposobie prawidłowego wypełniania ankiety. Zebrane dane poddano analizie ilościowej oraz procentowej. Wyniki badań przedstawiono w formie opisowej oraz tabelarycznej. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej nr KB/112/2018/2019.

## **WYNIKI**

### ***Charakterystyka grupy badawczej***

W badaniu wzięło udział 118 kobiet z rozpoznaniem nowotworem szyjki macicy. Kobiety były różnicowane pod względem wieku, wykształcenia, stanu cywilnego oraz miejsca zamieszkania. Nie różnicowano kobiet pod kątem wykonywanego zawodu. Charakterystykę demograficzną prezentuje Tabela I.

Powyżej 60-go roku życia było 51,7% respondentek, natomiast kobiet do 60 lat było 48,3%. Najwięcej osób posiadało wykształcenie wyższe (34,7%). Wykształcenie zawodowe posiadało 29,7% respondentek, a wykształcenie średnie – 28,8%. Najmniej osób posiadało wykształcenie podstawowe – 6,8%. Większość grupy badawczej stanowiły mężatki (62,7%). Podobną część grupy stanowiły panny (12,7%) oraz wdowy (15,2%). Choroba nowotworowa często wiąże się z odczuwaniem bardzo trudnych emocji i bardzo trudnych odczuć oraz emocji. W Tabeli II przedstawiono dane dotyczące emocji odczuwanych przez ankietowane kobiety w momencie rozpoznania choroby.

**Tabela I. Charakterystyka badanej grupy kobiet.**

Cechy demograficzne		Grupa badana (n=118)	
		n	%
<b>Wiek</b>	do 60 lat	57	48,3
	powyżej 60 lat	61	51,7
<b>Wykształcenie</b>	Podstawowe	8	6,8
	Średnie	34	28,8
	Zawodowe	35	29,7
	Wyższe	41	34,7
<b>Stan cywilny</b>	Panna	15	12,7
	Mężatka	74	62,7
	Rozwiedziona	11	9,4
	Wdowa	18	15,2
<b>Miejsce zamieszkania</b>	Miasto	67	56,8
	Wieś	51	43,2

Najwięcej respondentek (38,1%) odczuwało niepokój. Niewiele mniej respondentek przyznało się do lęku (26,3%). Niecałe 20% badanych odczuwało w tym momencie smutek. U kilku kobiet (10,2%) pierwszą reakcją była złość (10,2%). Najrzadziej w badanej grupie kobiet występowała depresja (5,9%) oraz obojętność (1,7%).

**Tabela II. Reakcja emocjonalna kobiet w momencie rozpoznania choroby.**

Reakcja na diagnozę	Grupa badana (n=118)	
	n	%
<b>Niepokój</b>	45	38,1
<b>Lęk</b>	31	26,3
<b>Smutek</b>	21	17,8
<b>Złość</b>	12	10,2
<b>Agresja</b>	-	-
<b>Depresja</b>	7	5,9
<b>Obojętność</b>	2	1,7

Nowotwór szyjki macicy jest jednym z najczęściej występujących poważnych chorób u kobiet na całym świecie. Bardzo często tej chorobie towarzyszy przewlekłe zmęczenie, które w zależności od stadium choroby oraz indywidualnej wytrzymałości może mieć różne nasilenie. W Tabeli III zostały przedstawione informacje dotyczące odczuwania zmęczenia, trudności podczas wykonywania różnych czynności dnia codziennego oraz potrzeby pomocy od innych osób.

Spośród wszystkich kobiet biorących udział w badaniu ponad połowa respondentek (53,4%) „często” odczuwała zmęczenie spowodowane chorobą. Niecałe 20% kobiet odczuwało zmęczenie „bardzo często”. Niewiele ponad 20% respondentek tylko „czasami” czuje się zmęczona. Najmniej osób (5,1%) „nigdy” nie odczuwało zmęczenia spowodowanego chorobą. „Bardzo często” odpoczynku potrzebowało 23,8% kobiet. Z mniejszą częstotliwością musi odpoczywać 36,4% respondentek. Ponad 20% kobiet „czasami” potrzebuje poleżeć w łóżku lub posiedzieć w fotelu, aby odpocząć.

Powszechnie wiadomo, że podejmowanie aktywności fizycznej wpływa bardzo korzystnie na samopoczucie, kondycję, jak i stan psychiczny. Jednak w czasie poważnej choroby, a zwłaszcza podczas leczenia nowotworu, nawet spacer może sprawiać trudności. Zmęczenie spowodowane dłuższym spacerem „bardzo często” odczuwało 17,8% kobiet. Najwięcej kobiet (42,4%) tylko „czasami” odczuwało zmęczenie wynikające z aktywności fizycznej. O „częstym” odczuwaniu zmęczenia poinformowało również wiele kobiet (37,3%). Najmniej kobiet (2,5%) „nigdy” nie skarżyło się na zmęczenie spowodowane dłuższym spacerem.

**Tabela III. Odczucia kobiet dotyczące zmęczenia.**

L.p.	Pytanie	Grupa badana (n=118)							
		Nigdy		Czasami		Często		Bardzo często	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1.	Czy odczuwa Pani zmęczenie?	6	5,1	28	23,7	63	53,4	21	17,8
2.	Czy ma Pani kłopoty podczas wykonywania męczących czynności?	2	1,7	19	16,1	74	62,7	23	19,5
3.	Czy musi Pani leżeć w łóżku lub siedzieć na fotelu w ciągu dnia?	1	0,8	29	24,6	43	36,4	45	<b>38,2</b>
4.	Czy dłuższy spacer męczy Panią?	3	2,5	50	42,4	44	37,3	21	17,8
5.	Czy potrzebuje Pani dłuższego odpoczynku w ciągu dnia?	5	4,2	34	28,8	51	43,2	28	23,8
6.	Czy potrzebuje Pani pomocy podczas codziennych czynności, np. mycie się, ubieranie?	41	34,8	32	27,1	25	21,2	20	16,9

Na jakość życia wpływa wiele czynników, które dotyczą wszystkich sfer życia człowieka. Osoba chora często musi zmagać się z szeregiem negatywnych odczuć, które również przyczyniają się do zmniejszenia jakości życia.

W Tabeli IV zostały przedstawione dane dotyczące odczuwania bólu, dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego, trudności z zasypianiem, odczuwania osłabienia i przygnębienia w ostatnich 7 dniach przez kobiety objęte badaniem ankietowym.

**Tabela IV. Odczucia badanych kobiet w ciągu ostatniego tygodnia.**

Lp.	Subiektywne odczucia w ostatnim tygodniu	Grupa badana (n=118)							
		Nigdy		Czasami		Często		Bardzo często	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Odczucia związane z życiem codziennym									
1.	Czy odczuwała Pani jakiegokolwiek ograniczenia związane z wykonywaniem codziennych czynności?	19	16,1	53	<b>44,9</b>	28	23,7	18	15,3
2.	Czy odczuwała Pani jakiegokolwiek ograniczenia związane z Pani hobby lub innymi przyjemnościami?	10	8,5	63	<b>53,4</b>	28	23,7	17	14,4
Odczuwanie bólu									
3.	Czy odczuwała Pani ból?	2	1,7	33	28,0	57	<b>48,3</b>	26	22,0
4.	Czy ból przeszkadzał Pani w codziennych czynnościach?	10	8,5	41	<b>34,8</b>	37	<b>31,4</b>	30	<b>25,3</b>
Odczucia związane z układem pokarmowym									
5.	Czy miała Pani problemy z apetytem?	5	4,2	45	38,1	41	34,8	27	22,9
6.	Czy odczuwała Pani nudności?	7	5,9	39	33,1	49	<b>41,5</b>	23	19,5
7.	Czy wymiotowała Pani?	33	28,0	41	34,8	25	21,2	19	16,0
8.	Czy miała Pani zaparcia?	21	17,8	37	31,4	40	33,9	20	16,9
9.	Czy miała Pani biegunkę?	10	8,5	46	39,0	34	28,8	28	23,7
Inne odczucia									
10.	Czy miała Pani trudności ze snem?	4	3,4	71	60,2	28	23,7	15	12,7
11.	Czy odczuwała Pani osłabienie?	1	0,8	23	19,5	64	<b>54,2</b>	30	<b>25,5</b>
12.	Czy odczuwała Pani przygnębienie?	2	1,70	18	15,4	69	<b>58,5</b>	29	<b>24,5</b>

Choroba nowotworowa powoduje wiele ograniczeń w życiu codziennym, które są odczuwane w różnym stopniu w zależności od stopnia zaawansowania, jak i odporności fizycznej i psychicznej kobiet. Najwięcej kobiet (44,9%) przyznało, że „czasami” odczuwa ograniczenia podczas wykonywania codziennych czynności. U 23,7% respondentek ograniczenia te występują „często”, natomiast u 15,3% kobiet „bardzo często”. U 16,1% kobiet te ograniczenia „nigdy” nie wystąpiły lub nie były na tyle poważne, aby zgłaszać jakiegokolwiek problem. Ograniczenia mogą dotyczyć nie tylko obowiązków życia codziennego, ale również

hobby. Mimo iż tego typu zajęcia należą do przyjemności oraz czynności sprawiających radość, to 53,4% kobiet „czasami” napotykało pewne ograniczenia spowodowane chorobą. U 23,7% respondentek ograniczenia te występowały „często”, natomiast u 14,4% - „bardzo często”. Niestety tylko w przypadku 8,5% ankietowanych tego rodzaju ograniczenia nie miały miejsca.

Wiele chorób, a zwłaszcza nowotwory i ich leczenie związane są z odczuwaniem bólu o różnym nasileniu, który może przeszkadzać w codziennym życiu. Najwięcej kobiet (48 %) „często” odczuwało ból. Ponad 20% ankietowanych skarżyła się na „bardzo częste” odczuwanie bólu. U 28% dolegliwości bólowe występowały „czasami”, natomiast u 1,7% ból spowodowany chorobą „nigdy” się nie pojawił. Prawie 35% zadeklarowało, że ból „czasami” powodował trudności podczas wykonywania codziennych czynności. U 31,4% kobiet odczuwany ból „często” przeszkadzał w codziennych obowiązkach, natomiast u 25,3% - „bardzo często”. Tylko 8,5% kobiet nie odczuwało bólu, który powodował trudności podczas wykonywania czynności dnia codziennego.

O tym, jak się czujemy każdego dnia często decydują odczuwanie lub brak dolegliwości ze strony układu pokarmowego. Niestety osoby zmagające się z nowotworami borykają się z tego typu problemami. Najwięcej kobiet (41,5%) zadeklarowało „częste” odczuwanie nudności. Prawie 40% zgłosiło „sporadyczne” lub „częste” posiadanie problemów z apetytem. Wśród osób z grupy badawczej „czasami” pojawiały się epizody związane z wymiotowaniem (34,8%). Wiele osób (33,9%) skarżyło się na „częste” zaparcia. „Często” (28,8%) lub „bardzo często” (23,7%) badane kobiety deklarowały biegunki.

Wiele kobiet (60,2%) zgłosiło, że czasami zdarza się im mieć problemy ze snem. „Częste” problemy związane z zasypianiem posiadało 23,7% respondentek, a „bardzo częste” – 12,7%. Tego typu problemów „nigdy” nie miało tylko 3,4% ankietowanych. Ponad połowa (54,2%) kobiet „często” odczuwało osłabienie spowodowane chorobą. „Bardzo częste” odczuwanie osłabienia zadeklarowało 25,5%. U 19,5% osłabienie występowało „czasami”. Natłok negatywnych emocji, zmiana dotychczasowego trybu życia, długotrwałe leczenie może powodować przygnębienie, które „często” zgłaszało 58,5% kobiet. „Bardzo częste” przygnębienie odczuwało 24,5% respondentek. U 15,4% kobiet przygnębienie to występowało „czasami”.



Choroba nowotworowa, a zwłaszcza dotycząca kobiecych organów, może przyczynić się do zmian poglądu na własny temat i swojej kobiecości u kobiet zmagających się z tą chorobą. Zapytano kobiety o ich odczucia dotyczące tej tematyki przed i po diagnozie choroby. Informacje te zostały zestawione w Tabeli V.

**Tabela V. Odczucia badanych kobiet związane z poczuciem kobiecości.**

Lp.	Odczucia związane z kobiecością	Grupa badana (n=118)							
		Tak		Średnio		Nie		Nie wiem	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1.	Czy przed diagnozą czuła się Pani stuprocentową kobietą?	70	59,3	27	22,9	6	5,1	15	12,7
2.	Czy odczuwa Pani zmniejszone poczucie kobiecości spowodowane chorobą?	58	49,7	19	16,1	24	<b>20,3</b>	17	14,4
3.	Czy przed diagnozą była Pani zadowolona ze swojego ciała?	54	45,8	30	<b>25,4</b>	14	11,9	20	16,9
4.	Czy jest Pani nadal zadowolona ze swojego ciała mimo choroby? (n=59)	31	52,5	11	18,6	8	13,6	9	15,3
5.	Czy odczuwa Pani strach spowodowany chorobą przed stosunkiem seksualnym?	49	41,5	27	22,9	11	9,3	31	<b>26,3</b>

Większość kobiet (59,9%) przed diagnozą czuły się stuprocentowymi kobietami. U 22,9% kobiet te poczucie było na „średnim” poziomie. Po postawieniu diagnozy wiele badanych kobiet (49,7%) odczuło „zmniejszenie” poczucia kobiecości. U 16,1% spadek tego poczucia był na „średnim” poziomie. Natomiast tego spadku nie zauważyło 20,3% respondentek. Przed postawieniem diagnozy 45,8% kobiet było „zadowolonych” ze swojego ciała, a u 25,4% kobiet poziom zadowolenia był „średni”.

Tylko 11,9% kobiet zadeklarowało „brak” zadowolenia. Pomimo choroby nadal 52,5% osób z grupy deklaruje zadowolenie, jest zadowolonych. Prawie 20% kobiet po zdiagnozowaniu są „średnio” zadowolone. U 13,6% występuje „brak” zadowolenia. U 41,5% kobiet występuje strach przed stosunkiem seksualnym spowodowanym chorobą. Ponad 20% kobiet deklaruje „średni” poziom strachu, natomiast 9,3% respondentek nie odczuwa tego typu emocji.

Choroby o chronicznym przebiegu mają charakter złożony i mogą powodować wiele konsekwencji, gdyż wpływają na wiele różnych sfer funkcjonowania jednostek i zbiorowości. Choroba przewlekła stanowi źródło negatywnych emocji, dlatego też generuje niższą jakość życia. W Tabeli VI zostały przedstawione dane, które dotyczą subiektywnej oceny wpływu choroby na życie rodzinne, towarzyskie oraz sytuację finansową.

**Tabela VI. Opinia kobiet na temat wpływu choroby na różne sfery życia.**

Lp.	Wpływ choroby na różne sfery życia	Grupa badana (n=118)							
		Nigdy		Czasami		Często		Bardzo często	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1.	Czy stan Pani zdrowia lub terapia wpływa negatywnie na Pani życie rodzinne?	29	24,6	48	40,7	23	19,5	18	15,3
2.	Czy stan Pani zdrowia lub terapia wpływa negatywnie na Pani życie towarzyskie?	38	32,2	53	44,9	17	14,4	10	8,5
3.	Czy stan Pani zdrowia lub terapia powodują u Pani kłopoty finansowe?	40	33,9	38	32,2	17	14,4	23	19,5

Według 24,6% respondentek stan zdrowia oraz terapia nie miały negatywnego wpływu na życie rodzinne. U 40,7% zdarzało się, że obecność choroby spowodowała „negatywne” skutki. Prawie 20% zgłosiło „częstą” negatywną ingerencję nowotworu w życie rodzinne kobiet, a u 15,3% choroba „bardzo często” negatywnie wpływała na te relacje. W przypadku życia towarzyskiego choroba „często” miała swój negatywny udział u 44,9% respondentek, a „bardzo często” u 14,4% osób. U 32,2% ankietowanych choroba „nigdy” nie wpłynęła źle na te relacje.

Tylko 8,5% kobiet zgłosiła „bardzo częstą” negatywną ingerencję nowotworu w tę sferę życia. Obecność choroby i związane z tym długotrwałe oraz kosztowne leczenie może powodować problemy finansowe. U 33,9% respondentek te problemy „nigdy” nie wystąpiły. W przypadku 32,2% ankietowanych pogorszenie sytuacji materialnej występowało „czasami” lub „często” u 14,4%. Natomiast 19,5% kobiet stwierdziło, że trudności finansowe występują u nich „bardzo często”.

W Tabeli VII zostały przedstawione dane dotyczące subiektywnej oceny satysfakcji kobiet z różnych sfer życia, tj. życia codziennego, towarzyskiego, rodzinnego, sytuacji finansowej, zawodowej, zdrowia fizycznego, zdrowia psychicznego oraz wyglądu.

**Tabela VII. Satysfakcja badanych kobiet z różnych sfer życia.**

Lp.	Zadowolenie z:	Grupa badana (n=118)					
		Wysokie zadowolenie		Średnie zadowolenie		Brak zadowolenia	
		n	%	n	%	n	%
1.	Życia codziennego	28	23,7	53	<b>44,9</b>	37	31,4
2.	Życia rodzinnego	49	<b>41,5</b>	43	36,4	26	22,0
3.	Życia towarzyskiego	36	30,5	59	<b>50,0</b>	23	19,5
4.	Sytuacji finansowej	19	16,1	64	<b>54,2</b>	35	<b>29,7</b>
5.	Sytuacji zawodowej	24	20,3	65	<b>55,1</b>	29	24,6
6.	Zdrowia fizycznego	21	17,8	50	<b>42,4</b>	47	<b>39,8</b>
7.	Zdrowia psychicznego	24	20,3	47	<b>39,8</b>	47	<b>39,8</b>
8.	Wyglądu	17	14,4	50	<b>42,4</b>	51	<b>43,2</b>

Z życia codziennego najczęściej kobiet (44,9%) było „średnio” zadowolonych. Z życia rodzinnego najczęściej respondentek (41,5%) była „bardzo” zadowolona. Połowa ankietowanych wskazała „średnie” zadowolenie z życia towarzyskiego. Ponad połowa kobiet (54,2%) zadeklarowała „średnie” zadowolenie z sytuacji finansowej. Podobna liczba kobiet (55,1%) również określiła „średni” poziom satysfakcji z sytuacji zawodowej.

Niecałe 50% ankietowanych było „średnio” zadowolonych ze swojego zdrowia fizycznego. „Średni” poziom satysfakcji ze zdrowia psychicznego zadeklarowało 39,8% kobiet i tyle samo „brak” zadowolenia. Ponad 40% ankietowanych była „średnio” zadowolona ze swojego wyglądu lub i tyle samo osób nie wykazywało satysfakcji z tej sfery w ogóle.

Przystosowaniem do choroby nazywany sposób radzenia sobie z nią oraz jej konsekwencjami, a także ze zmianą dotychczasowej jakości życia. W psychologii obecne są dwa style walki z chorobą: styl konstruktywny obejmujący takie postawy jak: duch walki oraz pozytywne przewartościowanie i styl destrukcyjny, w którego skład wchodzi: zaabsorbowanie lękowe oraz bezradność – beznadziejność. W Tabeli VIII przedstawiono przystosowanie kobiet do swojej choroby.

**Tabela VIII. Przystosowanie badanych kobiet do choroby.**

Przystosowanie do choroby	Grupa badana (n=118)	
	n	%
<b>Zaabsorbowanie lękowe</b>	29	24,6
<b>„Duch walki”</b>	30	25,4
<b>Bezradność – beznadziejność</b>	47	39,8
<b>Pozytywne przewartościowanie</b>	12	10,2

„Duch walki” pozwala osobie chorej traktować chorobę jako wyzwanie i ten wariant odpowiedzi zaznaczyło 25,4% respondentek. Wybrane przez 10,2% „pozytywne przewartościowanie” oznacza całkowite przeorganizowanie problemu związanego z chorobą w taki sposób, aby odnaleźć nadzieję oraz pełną satysfakcję z już przeżytych lat. Z „zaabsorbowaniem lękowym” utożsamiało się 24,6% kobiet, co oznacza, że choroba jest postrzegana jako zagrożenie powodujące strach, nad którym ciężko zapanować. Najwięcej osób (39,8%) wybrało „bezradność – beznadziejność”. Świadczy to o odczuwaniu bezsilności oraz zagubienia. Takie kobiety zazwyczaj biernie poddają się chorobie.

W kolejnym pytaniu poproszono respondentki o określenie stanu swojego zdrowia oraz jakości życia po otrzymaniu diagnozy w skali od 1 do 7, gdzie cyfra 1 oznaczała bardzo zły stan zdrowia, a 7 – doskonały (Tabela IX).

Najwięcej respondentek (33,9%) uważa swój stan zdrowia jako „średni” – ocena 4. Niewiele ponad 20% kobiet oceniła swój stan zdrowia „niżej” – ocena 3. Jako „bardzo zły” swój stan zdrowia określiło 10,2% kobiet i tyle samo osób stwierdziło, że ich stan jest „bardzo dobry”. Jako „zadowolający” stan zdrowia oceniło 14,3% chorych kobiet.

**Tabela IX. Subiektywna ocena stanu zdrowia oraz jakości życia przez respondentki.**

Ocena w punktach	Grupa badana (n=118)	
	n	%
Subiektywna ocena zdrowia respondentek		
1 – bardzo zły	12	10,2
2	6	5,1
3	25	21,2
4	40	33,9
5	17	14,3
6	12	10,2
7 – doskonały	6	5,1
Subiektywna ocena jakości życia kobiet po rozpoznaniu nowotworu		
1 – bardzo zły	19	16,1
2	13	11,0
3	22	18,6
4	37	31,4
5	13	11,0
6	11	9,3
7 – doskonały	3	2,6

Poproszono ankietowane kobiety, aby oceniły swoją jakość życia po uzyskaniu informacji o rozpoznaniu u nich nowotworu szyjki macicy. Najmniej kobiet (2,6%) uważa jakość swojego życia jako „zadowolającą”. Niewiele więcej kobiet (9,3%) oceniło swoją jakość życia jako „bardzo dobrą”. Według 11% osób ich jakość życia jest „dobra”. Najwięcej osób (31,4%) określiło jakość swojego życia jako „średnią”. Z „bardzo średnią” jakością życia utożsamiło się aż 18,6% kobiet. Natomiast prawie 30% respondentek oceniło ją jako „złą” lub „bardzo złą”.

Akceptacja choroby pomaga w codziennym życiu oraz w pozytywnym nastawieniu do leczenia. Wrogość wobec nowotworu nie spowoduje lepszych efektów leczenia i też nie sprawi, że życia z nim jest łatwiejsze. Ponad połowa kobiet (55,1%) nie akceptuje obecności nowotworu w ich życiu. Tylko 12,7% ankietowanych zaakceptowało fakt, iż są poważnie chore. Natomiast prawie 1/3 kobiet (32,2%) nie potrafiła jednoznacznie określić, czy akceptuje swoją chorobę.

Powszechnie wiadomo, że obecność choroby poważnie wpływa na jakość życia osoby dotkniętej nią. Spowodowane jest to nową oraz trudną sytuacją, nieustającym strachem o siebie i najbliższych, a także rozwlekającym się w czasie procesie leczenia. W Tabeli X przedstawiono wyniki subiektywnej oceny jakości życia kobiet przed chorobą oraz podczas leczenia. W obu przypadkach ankietowane miały za zadanie w pięciostopniowej skali określić poziom jakości życia, który najbardziej do nich pasuje. Cyfra 1 oznaczała bardzo niską jakość życia, natomiast 5 – bardzo wysoką.

**Tabela X. Subiektywna ocena jakości życia przed chorobą oraz w czasie leczenia przez pacjentki.**

Subiektywna ocena jakości życia	przed chorobą		w czasie leczenia	
	n	%	n	%
0 – bardzo niska	0	0	8	6,8
1	0	0	17	14,4
2	0	0	69	58,5
3	15	12,7	21	17,8
4	68	57,6	3	2,5
5 – bardzo wysoka	35	29,7	0	0

Większość respondentek (57,6%) przed otrzymaniem informacji o chorobie uważało, że jakość ich życia jest na „wysokim” poziomie. Prawie 30% kobiet oceniało jakość swojego życia jako „bardzo wysoką”, a 12,7% jako „średnią”. Żadna z ankietowanych kobiet nie określiła swojej jakości życia jako „niskiej” lub „bardzo niskiej”. Niestety po diagnozie nowotworu wiele kobiet oceniła jakość swojego życia o wiele gorzej. Najwięcej ankietowanych kobiet (58,5%) uważa, że ich jakość życia spadła do poziomu „bardzo średniego”. Prawie 15% respondentek uważa, że po zdiagnozowaniu poważnej choroby ich jakość życia jest „niska”. Z „bardzo niską” jakością życia utożsamia się 6,8% kobiet. Znalazły się kobiety, które oceniają jakość swojego życia jako „wysoką”, lecz to tylko 2,5% całej grupy badawczej. Prawie 20% oceniła ją jako „średnią”. To tylko dowodzi, jak destrukcyjny wpływ ma choroba na nasze życie, niezależnie od tego czy ją akceptujemy czy nie.

Poproszono respondentki o stwierdzenie, czy po rozpoznaniu choroby jakość ich życia uległa pogorszeniu lub polepszeniu, a może została na takim samym poziomie, jak przed diagnozą. W większości przypadków (67%) jakość życia chorych uległa „pogorszeniu”. U prawie 20% respondentek jakość życia pozostała na tym samym poziomie, jak przed rozpoznaniem nowotworu. Zaskakujący jest fakt, iż 15,2% kobiet uważa, że jakość ich życia uległa „poprawie”. Być może jest to związane z polepszeniem stosunków rodzinnych czy towarzyskich przez wzgląd na chorobę, zmianę trybu życia lub po prostu odnalezieniem pewnej nadziei na wyzdrowienie i czerpanie radości z dotychczasowego życia. Zdaniem ankietowanych kobiet choroba miała największy wpływ na sytuację rodzinną, finansową (70,3%) oraz stan psychiczny (76,3%). Wyniki przedstawiono w Tabeli XI.

**Tabela XI. Wpływ choroby na sferę rodzinną, zawodową, społeczną, finansową i psychiczną badanych kobiet w ocenie ankietowanych.**

Wpływ choroby na sfery życia	Grupa badana (n=118)			
	TAK		NIE	
	n	%	n	%
<b>Rodzinna</b>	88	<b>74,6</b>	30	25,4
<b>Zawodowa</b>	74	<b>62,7</b>	44	37,3
<b>Kontakty społeczne</b>	69	<b>58,5</b>	49	41,5
<b>Sytuacja finansowa</b>	83	<b>70,3</b>	35	29,7
<b>Stan psychiczny</b>	90	<b>76,3</b>	28	23,7

## **DYSKUSJA**

Rozpoznanie choroby nowotworowej jest bardzo silnym i traumatycznym przeżyciem dla chorego, któremu towarzyszy często lęk, żal, bunt, agresja, niedowierzanie, niepokój o własną przyszłość i los rodziny. Negatywne emocje nasilają odczuwane dolegliwości, działania niepożądane stosowanych terapii, ograniczenia fizyczne z powodu bólu czy też z powodu braku możliwości pełnienia dotychczasowych ról społecznych, zawodowych, rodzinnych. Ograniczenia fizyczne i psycho-społeczne związane z chorobą wpływają negatywnie na jakość życia pacjentów. Onkologia jest jedną z pierwszych dziedzin medycyny, która zwróciła uwagę na obniżenie jakości życia chorych. Pojęciem jakości życia zainteresowano się w latach siedemdziesiątych XX wieku. Wówczas pojęcie jakości życia było stosowane w odniesieniu do

konsumpcji i definiowano je jako poziom życia. Wielu naukowców starało się wówczas ustalić minimalny poziom socjalny, czyli poziom, w którym podstawowe potrzeby rodziny są zaspokojone [4, 9]. W obecnych czasach definicja jakości życia uległa zmianie. Zmiana polegała na przypisaniu mniejszych wartości potrzebom ekonomicznym, tj. dobrobyt materialny, a skupiono się głównie na potrzebach związanych z akceptacją, samorealizacją, uznaniem społecznym, więziami międzyludzkimi, wolnością, zdrowiem i in. [10].

W literaturze spotyka się wiele definicji oraz interpretacji jakości życia. Występuje wiele różnic w obrębie różnych nauk społecznych, ale również różnice te odnaleźć można w rozumieniu tego pojęcia przez przedstawicieli tych samych dziedzin naukowych. W ujęciu nauk społecznych jakość życia definiuje się jako dobrostan fizyczny, psychiczny oraz socjalny [11]. Tomaszewski przedstawia jakość życia jako: *„zespół elementów występujących w różnych proporcjach i z różnym nasileniem, na które składają się bogactwo przeżyć, poziom świadomości, poziom aktywności, twórczość i współuczestnictwo w życiu społecznym”* [12]. Jakość życia definiowana jest także jako: *„subiektywna percepcja dobrego samopoczucia, satysfakcja z życia i codziennego funkcjonowania”*. Słońska i Misiuna przedstawili jakość życia jako: *„poczucie satysfakcji jednostek lub grup społecznych wynikające ze świadomości zaspokojenia własnych potrzeb oraz postrzegania możliwości osiągnięcia pełni rozwoju jednostkowego i społecznego”* [13].

Jakość życia w medycynie definiuje się inaczej niż w przypadku innych nauk medycznych. Ma to związek z rozwojem nowej holistycznej koncepcji medycyny, wg której należy starać się nie tylko przedłużyć życie pacjenta, ale również sprawić, by jego życie było nie mniej aktywne i satysfakcjonujące od życia ludzi zdrowych [12]. Światowa Organizacja Zdrowia (ang. World Health Organization –WHO) w 1984 zdefiniowała jakość życia jako: *„stan pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub niedomagania”* [14]. W 1990 roku pojawiło się pojęcie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (ang. HRQoL, HRQL – *healthrelated quality of life*). Pojęcie to zostało zdefiniowane przez Schipperę, którego zdaniem HRQL to *„czynnościowy efekt choroby i jej leczenia, subiektywnie lub obiektywnie odbierany przez chorego”* [15]. W 1994 roku pojawiła się nowa i bardziej rozbudowana definicja opracowana przez Grupę ds. Badania Jakości Życia działającej przy WHO. Według tej definicji, że *„jakość życia to spostrzeganie przez jednostkę jej pozycji w życiu w kontekście kultury i systemów wartości w jakich żyje oraz w relacji do jej celów, oczekiwań, standardów i zainteresowań”*.



Natomiast jakość życia uwarunkowana zdrowiem to „*poczucie jednostki co do jej stanu: fizycznego, psychicznego i pozycji społecznej*” [16]. Inną definicję HRQL przedstawili Siegris i Jung [17], wg których jakość życia obejmuje trzy ściśle związane ze sobą elementy ludzkiego życia:

- uwarunkowania psychiczne, tj. samopoczucie, stan depresji, stopień niepokoju,
- uwarunkowania fizyczne, tj. niepełnosprawność i ból,
- uwarunkowania społeczne, tj. możliwość pełnienia ról społecznych, stopień izolacji od społeczeństwa.

Adamczyk określił wyznaczniki jakości życia uwarunkowanej zdrowiem, do których należą: stan somatyczny, ogólny stan zdrowia, objawy chorobowe, możliwość funkcjonowania, dobrostan psychiczny, umiejętność radzenia sobie z przeciwnościami, umiejętność przystosowania się, satysfakcja z życia, zdolność posiadania kontroli nad własnym życiem, niezależność od innych i wsparcie społeczne [18]. W ostatnich latach co raz większą uwagę zwraca się na aspekt społeczny, ekonomiczny oraz duchowy jakości życia pacjentów z chorobą przewlekłą.

Jakość życia jest elementem bardzo ważnym w życiu każdego chorego, jednak jej wyrażenie jest bardzo trudne w metodologicznych kategoriach. Podstawową metodą ewaluacji jest samoocena wyników procesu leczenia dokonywana przez pacjenta (ang. *patient-reported outcomes*, PRO). Można wyróżnić kilka sposobów pozyskiwania danych, ale żaden z nich nie jest stuprocentowo dobry. Praktycznie wszystkie metody są związane z błędem, który może być związany ze zbyt szybkim udzielaniem odpowiedzi, niezrozumieniem pytania, zatajeniem informacji itp. Jednym z najprostszych testów jest wzrokowo-analogowa skala VAS (ang. *Visual Analogue Scale*). Należy ona do uniwersalnych testów i może ona służyć pomiarom różnych zmiennych w zakresie od 0 do 100. Pomiar polega na oznaczeniu przez pacjenta na poziomej linii o długości 100 mm miejsca, które odpowiada własnej ocenie danego parametru. Przy wykorzystaniu numerycznej lub słownej skali w szybki sposób można ocenić dane zjawisko, np. bardzo dobre – dobre – średnie – złe – bardzo złe w przypadku słów i 1 – 10, gdzie 1 oznacza bardzo zły stan, a 10 – stan bardzo dobry w przypadku liczb.

Wielu naukowców podkreśla, że rak nie tylko stanowi zagrożenie dla zdrowia i życia, ale oprócz tego wywołuje wiele negatywnych reakcji emocjonalnych, tj. lęk, gniew, złość, niepokój. Choroba nowotworowa skłania to refleksji nad dotychczasowym życiem, doprowadza do wielu zmian, wywołuje wiele ograniczeń, pozbawia ról społecznych, a nawet

okalecza, co zdecydowanie wpływa na obniżenie samooceny. W wielu przypadkach powoduje poczucie degradacji oraz wpływa destrukcyjnie na kondycję psychiczną i fizyczną. Ponadto choroba sprawia, że pacjent doznaje wielu psychofizycznych strat, np. utrata kondycji finansowej, sił fizycznych, ról społecznych, kontaktów interpersonalnych, funkcji seksualnych, integracji psychofizycznej, nadziei oraz rzeczy, które mają unikatowe znaczenie dla jednostki [13].

Dobra jakość życia pacjenta utożsamiana jest często z akceptacją choroby, dobrym samopoczuciem, możliwością pełnienia dotychczasowych ról społecznych czy też zawodowych. Pacjenci z rozpoznaniem choroby nowotworowej dokonują subiektywnej oceny poszczególnych dziedzin życia, w tym: sytuacji rodzinnej, zawodowej, społecznej, funkcjonowania fizycznego, sery duchowej, stopnia osiągnięcia celów życiowych itd. Ta subiektywna ocena zależy często od posiadanego doświadczenia życiowego, wieku i płci w którym doszło do rozpoznania nowotworu, wsparcia otrzymywanego ze środowiska zewnętrznego, odczuwanych dolegliwości, stopnia akceptacji choroby. Kobiety zmagające się z rakiem szyjki macicy są zmuszone radzić sobie z podobnymi problemami, jak inni pacjenci onkologiczni. Jednak stosowane leczenie oraz specyfika choroby powodują, że kobiety z rakiem szyjki macicy stanowią specyficzną grupę, której należy poświęcić szczególną uwagę. W tej grupie kobiet może pojawić się „zespół dystresu” wynikający z przedłużającego się stresu.

Psychologiczna część tego zespołu obejmuje takie objawy jak: podenerwowanie, niepokój, depresyjny nastrój, nerwowość, poczucie beznadziei, lęk. Druga część odpowiada za fizyczne odczucia, np. brak apetytu, nudności, zawroty głowy, mrowienie rąk i nóg, utrata włosów, ból oczu i in. Już sam pobyt w szpitalu może spowodować poważne obciążenie psychiczne u kobiety. Wobec tego niezwykle istotną rolę odgrywają tutaj osoby otaczające daną kobietę w szpitalu, dobór pacjentek w sali, organizacja szpitalnego życia, a nawet wystrój wnętrza ma wielkie znaczenie. Ponadto, wymaga to od pacjentki przystosowania się do odmiennych ról, nowych obowiązków i praw. Bardzo często kobiety, a zwłaszcza te aktywne, odczuwają bezradność i ograniczenie. Problemy te ulegają wzrostowi wraz z przedłużającym się czasem pobytu w szpitalu. Zapewnienie względnego komfortu psychicznego pacjentce jest bardzo ważne, ale niestety potrzeba ta bywa często zaniechana i prowadzi to do nasilenia napięcia emocjonalnego. Brak oparcia i depersonalizacja powodują poszukiwanie przez

pacjentek rad i innych informacji od innych pacjentów, co może zwiększyć odczuwany strach spowodowany doświadczeniami innych osób.

Na jakość życia pacjentek z rakiem szyjki macicy wpływa rodzaj stosowanego leczenia. Leczenie chirurgiczne pomimo obciążeń fizycznych jest stosunkowo dobrze znoszone przez kobiety. Zabiegi operacyjne są powszechnie stosowane i dają możliwość pełnego powrotu do zdrowia po usunięciu zmiany nowotworowej. Inne metody leczenia tj. radio- i chemioterapia niosą ze sobą ryzyko wielu działań niepożądanych. Radioterapia często kojarzy się pacjentom z chorobą popromienną czy też oparzeniami. W brachyterapii może pojawić się także uczucie wykluczenia ze społeczeństwa spowodowane wielogodzinną izolacją. Brachyterapia powoduje silne obciążenia psychiczne oraz fizyczne przez implantację źródeł promieniowania w okolice narządu rodnego, wielogodzinną wymuszoną leżącą pozycję bez możliwości kontaktu z otoczeniem. Powinno się rozmawiać z pacjentkami tłumacząc daną metodę terapii, co pozwoli zniwelować strach oraz niechęć do terapii. Dodatkowo należy edukować pacjentki z zakresu pojawienia się skutków ubocznych oraz przeciwdziałania ich nasileniu [7].

Na podstawie własnych badań można stwierdzić, iż choroba nowotworowa wymusza na kobietach potrzebę odpoczynku w ciągu dnia oraz rezygnacji z męczących czynności. Podobne wyniki badań otrzymali Barnaś i wsp., gdzie kobiety, mimo iż wykazywały samodzielność oraz sprawność, potrzebowały dodatkowego odpoczynku [5]. Jest to związane z włączaną terapią i występowaniem powikłań, tj. ból, nudności, wymioty, biegunka itp. Negatywny wpływ powyższych objawów wykazali Vaz i wsp. [19]. W badaniu własnym większość badanych kobiet zadeklarowała obecność nieprzyjemnych powikłań, które negatywnie wpływają na życie codzienne. Najczęściej zgłaszanymi było: nudności, problemy z apetytem, przygnębienie i osłabienie. W badaniu Barnaś i wsp. pacjentki zgłaszały osłabienie, nudności oraz zamartwianie się [5].

W badaniu własnym najwięcej kobiet oceniło stan swojego zdrowia jako średni. Podobna liczba respondentek również oceniła jakość swojego życia na podobnym poziomie. Barnaś i wsp. otrzymali podobne wyniki z tą różnicą, że ocena jakości życia była nieco wyższa niż stan zdrowia [5].

Warto wspomnieć o badaniach Park i wsp., że choroba nowotworowa u znacznej ilości pacjentek powodowała trudności finansowe, co ma swój skutek w funkcjonowaniu społecznym chorych [20]. Podobne wyniki otrzymali Pasek i wsp. podczas obserwacji chorych leczonych metodą radiologiczną [21]. W badaniach własnych kobiety przyznawały się, że nowotwór

wpływa na sytuację materialną, ale nie tylko. Większość badanych kobiet zauważyła skutki choroby w wielu obszarach życia, tj. sytuacja rodzinna, życie towarzyskie, sytuacja zawodowa, zdrowie psychiczne, fizyczne oraz wygląd.

Wiele wyników badań wskazuje, że obecność nowotworu szyjki macicy wpływa na jakość życia seksualnego. W badaniach własnych wykazano, że prawie połowa badanych kobiet boi się stosunku seksualnego, co jest spowodowane występowaniem poważnej choroby. W badaniu Barnas i wsp. obawę przed bolesnym współżyciem wykazywały kobiety w wieku pomenopauzalnym [5]. Fernandes i wsp. w swoich badaniach przeprowadzonych dla 149 kobietach wykazali, że największym problemem w chorobie nowotworowej było życie seksualne [22].

W badaniach własnych zdecydowana większość kobiet była negatywnie nastawiona na sytuacji, w której ze względu na poważną chorobę, się znalazły. U badanych kobiet przeważały postawy zaabsorbowania lękowego lub bezradność – beznadziejność. W badaniach Rogali i wsp. większość pacjentek przyjmowała zupełnie odwrotne strategię konstruktywne: duch walki i pozytywne przewartościowanie [23]. W badaniach Juczyńskiego wyniki były podobne do wyników Rogali. Tam również pacjentki wykazywały się pozytywnym nastawieniem [6]. Podobne wyniki do własnych otrzymali Malicka i wsp., gdzie chore kobiety wykazywały negatywne postawy [24].

Z badań własnych wynika, że badane kobiety nie należały do pewnych siebie osób. Niewiele ponad połowa z nich czuła się stuprocentowymi kobietami przed otrzymaniem diagnozy. Natomiast niecała połowa grupy badawczej była zadowolona ze swojego ciała. Po rozpoznaniu nowotworu tylko połowa z wcześniej deklarujących zadowolenie kobiet była nadal zadowolona ze swojego ciała mimo choroby. Połowa kobiet odczuła zmniejszone poczucie kobiecości wywołane nowotworem. W badaniu Barnas i wsp. ponad 80% respondentek przez nowotwór czuło się mniej kobieco i atrakcyjnie [5].

Ocena jakości życia kobiet z nowotworem złośliwym narządu rodowego jest bardzo ważnym aspektem opieki onkologicznej. Dodatkowymi czynnikami mającymi wpływ na subiektywną ocenę jakości życia przez pacjentki mają: poczucie atrakcyjności, poczucie kobiecości, metoda terapii nowotworu, przystosowanie do choroby, akceptacja własnego wyglądu czy też lęk przed podjęciem życia seksualnego.

## WNIOSKI

1. Zdaniem ankietowanych kobiet choroba miała istotny wpływ na sferę rodzinną, zawodową, kontakty społeczne, sytuację finansową i stan psychiczny.
2. Blisko połowa kobiet odczuwa zmniejszenie poczucia kobiecości z powodu choroby.
3. W związku z rozpoznaniem raka szyjki macicy największy odsetek kobiet odczuwa bezradność, beznadziejność, lęk. Natomiast najrzadziej pacjentki wskazywały na pozytywne przewartościowanie i mobilizację do walki z chorobą.
4. Zdecydowana większość kobiet subiektywnie gorzej ocenia jakość życia związaną ze zdrowiem w porównaniu ze stanem przed zachorowaniem.
5. Istnieje pilna potrzeba opracowania oraz wdrożenia programów profesjonalnego wsparcia psychicznego i emocjonalnego pacjentek z chorobą nowotworową.

## PIŚMIENNICTWO

1. Krajowa Baza Danych Nowotworowych. Adres: [www.epid.coi.waw.pl/krn](http://www.epid.coi.waw.pl/krn) pobrano 24.04.2019, godz. 17:45.
2. Berrino T., De Angelis R., Sant M. i wsp.: Survival for eight major cancer and all cancer combined for European adults diagnosed in 1995–99: results of the EURO CARE-4 study. *Lancet Oncology*, 2007, 8 (9), 773–783.
3. Didkowska J., Wojciechowska U.: Epidemiologia nowotworów złośliwych narządów płciowych u kobiet w Polsce. *Current Gynecologic Oncology*, 2012, 10 (1), 25–37.
4. Niewada M., Jakubczyk M., Macioch T. i wsp.: Kliniczne i ekonomiczne aspekty stosowania szczepień przeciwko HPV. *Current Gynecologic Oncology*, 2013, 11 (2), 137–150.
5. Barnaś E., Borowiec-Domka E. i wsp.: Jakość życia chorych leczonych z powodu raka szyjki macicy w Rzeszowie. *Current Gynecologic Oncology*, 2013, 11 (3), 183–190.
6. Juczyński Z.: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001, 171–174.
7. de Walden-Gałuszko K.: Jakość życia – rozważania ogólne [w:] Jakość życia w chorobie nowotworowej, de Walden-Gałuszko K., Majkovicz M. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994, 13–40.

8. Ślubowska M, Ślubowski T.: Problemy psychosocjalne w raku piersi. *Psychoonkologia*, 2008, 12, 1, 14–25.
9. Nowakowski M.A., Kotarski J.: Rak szyjki macicy w Polsce i na świecie – w świetle danych o zapadalności i umieralności. *Przegląd Epidemiologiczny*, 2011, 65, 75–79.
10. Michalak A., Krawczyk K., Bocian R., Okraszewski J., Wroński K.: Jakość życia. *Ginekologia Praktyczna*, 2009, 2, 33-37.
11. Chwałczyńska A., Woźniewski M., Rożek-Mróż K., Malicka I.: Jakość życia kobiet po mastektomii. *Wiadomości Lekarskie*, 2004, LVII (5-6), 312-315.
12. Tomaszewski T.: Ślady i wzorce. *WSiP*, Warszawa 1976, 204.
13. Słońska Z., Misiuna M.: Słownik podstawowych terminów. *Promocja Zdrowia*. Wydawnictwo Zakładu Promocji Zdrowia, Instytut Kardiologii, Warszawa 1993.
14. World Health Organization Quality of Life Group, What quality of life? *World Health Forum* 1996, 17, 354-356.
15. Schipper H.: Quality of life: principles of the clinical paradigm, *Journal of Psychosocial Oncology*, 1990, 8(23), 171-185.
16. Wallace W. H. B., Bath L. E., Shaw M. P., Fitzpatrick C., Anderson R. A.: Depletion of ovarian reserve in young women after treatment for cancer in childhood: detection by anti-Müllerian hormone, inhibin B and ovarian ultrasound, *Human Reproduction*, 2003, 18(11), 2368-2374.
17. Siergis J., Junge A.: Conceptual and methodological problems in quality of life in clinical medicine, *Social Science & Medicine*, 1989, 29, 463-470.
18. Tobiasz-Adamczyk B.: Jakość życia w naukach społecznych i medycynie. *Sztuka Leczenia*, 1996, 2, 33-40.
19. Vaz A.F., Pinto-Neto A.M., Conde D.M. i wsp.: Quality of life of women with gynecologic cancer: associated factors. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 2007, 276, 583–589.
20. Park S.Y., Bae D.S., Nam J.H. i wsp.: Quality of life and sexual problems in disease-free survivors of cervical cancer compared with the general population. *Cancer*, 2007, 110, 2716–2725.
21. Pasek M., Suchocka L., Urbański K.: Quality of life in cervical cancer patients treated with radiation therapy. *Journal of Clinical Nursing*, 2013, 22, 690–697.
22. Fernandes W.C., Kimura M.: Health related quality of life of women with cervical cancer. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2010, 18, 360–367.

23. Rogala D., Mazur A., Maślińska M., Krawczak M.: Przystosowanie do choroby nowotworowej u pacjentek z rakiem szyjki macicy. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2016, 2, 170-174.
24. Malicka I., Szczepańska J., Anioł K., Rymaszewska J., Woźniewski M.: Zaburzenia nastroju i strategie przystosowania do choroby u kobiet leczonych operacyjnie z powodu nowotworu piersi i narządów rodnych. *Współczesna Onkologia*, 2009,13, 1, 41–46.

## **STYL ŻYCIA PACJENTÓW W ZESPOLE UZALEŻNIENIA ALKOHOLEWEGO**

**Elżbieta Trypuć<sup>1</sup>, Cecylia Dolińska<sup>2</sup>, Katarzyna Snarska<sup>3</sup>**

1. Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo, Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku
2. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
3. Zakład Medycyny Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

### **WSTĘP**

Zespół uzależnienia alkoholowego stanowi poważny problem w aspekcie jednostki, jej najbliższego otoczenia oraz ogółu populacji. Następstwa społeczne mają wymiar socjologiczny, medyczny oraz w dużej mierze ekonomiczny. Pod względem jednostki, pogorszeniu ulega analogicznie jej funkcjonowanie w społeczeństwie, stan zdrowia fizycznego i psychicznego oraz status ekonomiczny. Znaczącym problemem, a jednak mało dostrzegalnym, jest jakość życia osoby uzależnionej, która jest wypadkową wszystkich następstw i powikłań nadużywania alkoholu [1].

### ***Definicja zespołu uzależnienia alkoholowego***

Zespół uzależnienia alkoholowego (ZUA) objawia się chęcią spożywania alkoholu, w celu uzyskania doznań fizycznych i psychicznych. Istotą schorzenia jest brak kontroli nad spożywaną ilością alkoholu, nawet gdy jest się świadomym patologicznego wpływu alkoholu na własne zdrowie. ZUA nazywany jest zamiennie uzależnieniem od alkoholu, chorobą alkoholową lub alkoholizmem [2].

Uzależnienie od alkoholu figuruje jako choroba ze względu na jego przewlekły, nieuleczalny charakter, który nieleczone może skutkować śmiercią. W Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) oznaczone jest kodem F-10.2 [2]. Głównymi determinantami świadczącymi o alkoholizmie jako chorobie są: utrata kontroli nad piciem, rozwój tolerancji na alkohol, występowanie objawów odstawiennych po przerwaniu picia, rozwój powikłań somatycznych i psychicznych oraz nawroty intoksykacji pomimo wdrażanego leczenia i abstynencji [3].



### ***Epidemiologia zespołu uzależnienia alkoholowego***

W Polsce alkoholu nadużywa 12% dorosłego społeczeństwa, a 2% jest uzależnionych. Wiek inicjacji alkoholowej stale się obniża i obecnie szacowany jest na 10-11 rok życia. Wśród młodzieży w wieku gimnazjalnym (13-16 lat) około 30-40% deklaruje regularne upijanie się [3]. Ilość wypijanego rocznie alkoholu wzrosła gwałtownie po II Wojnie Światowej, osiągając najwyższe wskaźniki 9,2litra czystego alkoholu na 1 mieszkańca w 1978 roku [4]. W latach 1996-2006 istniało największe spożycie win i miodów pitnych, które od 2006 ustąpiło na rzecz spożycia większych ilości piwa. Ilość spożywanego wyrobów spirytusowych stale rośnie, bez względu na tendencje spożywania innych typów [5].

Światowe spożycie alkoholu szacowane przez WHO na 2016 rok wyniosło 6,4 litra czystego alkoholu na osobę powyżej 15 roku życia. Największe spożycie alkoholu utrzymuje się w Europie. Preferencje światowe w rodzaju spożywanego alkoholu są tożsame z polskimi: najczęściej jest spożywanym napoi spirytusowych, następnie piwa, na miejscu trzecim są wina. W 2016 roku około 3 mln zgonów spowodowane było spożywaniem alkoholu, z czego 2,3mln stanowiły zgony mężczyzn [6].

### ***Etiologia zespołu uzależnienia alkoholowego***

Czynnikami predysponującymi do rozwoju uzależnienia alkoholowego jest podatność organizmu na rozwój tolerancji somatycznej oraz zależności psychicznej. Ze względów fizjologicznych kobiety i osoby starsze są bardziej podatne na szkodliwe działanie alkoholu, a tym samym na szybsze rozwinięcie zależności psycho-somatycznej, nawet przy niewielkich ilościach spożywanego alkoholu [3]. Rozwojowi ZUA sprzyja również rodzinne występowanie choroby, gdyż dowiedziono niższą tolerancję alkoholową u członków rodziny osoby uzależnionej [6].

### ***Etapy rozwoju zespołu uzależnienia alkoholowego***

Zespół uzależnienia alkoholowego swój początek ma zwykle w zależności psychicznej, poprzez osiąganie oczekiwanych efektów emocjonalnych. Zależność fizjologiczna rozwija się wtórnie do emocjonalnej. Stosowany jest 4-stopniowy schemat progresji choroby alkoholowej, autorstwa Jellinka [2]:

1. Faza objawowa – postępujące uzależnienie psychiczne, mające początek w piciu towarzyskim, poprzez picie dla osiągnięcia efektu emocjonalnego (rozładowania stresu, uczucia radości) do fazy końcowej, którą jest rosnąca tolerancja alkoholowa.
2. Faza ostrzegawcza – objawiająca się szukaniem i inicjowaniem okazji do spożycia alkoholu oraz rozwojem objawów choroby alkoholowej.
3. Faza krytyczna – postępujące uzależnienie fizyczne, odczuwanie ciągłego pragnienia alkoholu oraz brak kontroli nad ilością spożywanego alkoholu.
4. Faza chroniczna – ostateczne stadium ZUA, w którym pragnienie alkoholu przewyższa inne wartości życiowe. Częstotliwość spożywanego alkoholu ciągle wzrasta, przy stale malejącej tolerancji. Kolejnymi symptomami są: długotrwałe ciągi picia, picie poranne, picie w samotności, spożywanie alkoholi niekonsumpcyjnych oraz rozwój objawów abstynencyjnych przy krótkotrwałej przerwie w piciu i zachowań psychotycznych.

### ***Klasyfikacja zespołu uzależnienia alkoholowego***

Ujęcie alkoholizmu jako choroby miało początek w drugiej połowie XX. wieku za sprawą Elvina Mortona Jellinka. Wieloletnie badania umożliwiły zespołowi ekspertów na wyodrębnienie pięciu typów ZUA [6]:

1. Typ Alfa – dotyczy osób o słabej konstrukcji psychicznej, które sięgając po kolejne dawki alkoholu pozornie wzmacniają poczucie własnej wartości i możliwości pokonania życiowych trudności. Bodźcem do spożycia alkoholu jest każda trudna sytuacja, w której chory czuje się niepewnie, a upojenie alkoholem pozwala uciec od problemów bądź dodaje odwagi do zmierzenia się z nimi;
2. Typ Beta – cechuje się utratą kontroli nad ilością spożywanego alkoholu oraz rozwojem psychosomatycznych następstw nadużywania alkoholu, m.in. uszkodzenie wątroby i układu pokarmowego;
3. Typ Gamma – objawia się wzrostem tolerancji organizmu na alkohol oraz rozwojem zależności psycho-somatycznej. Odstawienie alkoholu skutkuje narastaniem objawów abstynencyjnych;
4. Typ Delta – dotyczy osób, które nie potrafią powstrzymać się od spożywania alkoholu, ale posiadają umiejętność kontroli nad własnym piciem. Występuje głównie wśród chorych, którzy spożywają alkohol regularnie w niewielkich ilościach, wobec czego objawy

uszkodzającego wpływu alkoholu również rozwijają się powoli, nie dając specyficznych oznak rozwijającej się choroby alkoholowej;

5. Typ Epsilon – zwany również dipsomanią, występuje u osób upijających się sporadycznie ze względu na brak odczuwania pragnienia alkoholu.

Ze względu na ekspresję nałogu alkoholowego wyróżnia się dwa typy uzależnienia alkoholowego [4]:

- Typ I – późny początek i powolny rozwój uzależnienia, występuje w równym stopniu u obu płci, charakteryzuje się niewielką ilością osób bliskich z ZUA;
- Typ II – wczesny początek - zwykle przed 25 rokiem życia, szybki rozwój uzależnienia, występuje częściej u mężczyzn i charakteryzuje się posiadaniem dużej ilości osób bliskich z ZUA oraz zwiększonym ryzykiem ryzykownych zachowań wobec siebie samego i innych osób oraz przestępstw.

### ***Rozpoznanie zespołu uzależnienia alkoholowego***

Diagnoza uzależnienia alkoholowego ustalana jest na podstawie stwierdzenia co najmniej trzech z podanych poniżej objawów, które powtarzają się z różną częstotliwością przez ostatni rok [7]:

- 1) uczucie pragnienia lub konieczności picia alkoholu,
- 2) utrata kontroli na czasem rozpoczęcia spożywania alkoholu, spożytą ilością lub długością picia,
- 3) rozwój zespołu abstynencyjnego na skutek zaprzestania picia lub zmniejszenia dawki alkoholu:
  - a) charakteryzujący się objawami somatycznymi, m.in. drżenie rąk, pocenie się, tachykardia, pobudzenie psycho-ruchowe, objawy dyspeptyczne, napady drgawkowe oraz objawami psychogennymi: urojenia i omamy, zaburzenia lękowe,
  - b) przymus zaspokojenia „głodu” alkoholem lub innymi substancjami psychotropowymi bądź lekami (benzodwiazepiny, barbiturany);
- 4) wzrost tolerancji spożywanego alkoholu objawiający się koniecznością spożywania coraz większych ilości alkoholu w celu osiągnięcia oczekiwanego efektu,

- 5) ograniczenie aktywności zawodowej, społecznej i rekreacyjnej na rzecz picia, poświęcanie znacznej ilości czasu na pozyskanie alkoholu lub normalizacja czynności życiowych po spożyciu alkoholu,
- 6) kontynuacja picia alkoholu pomimo świadomości jego szkodliwego działania na własny stan zdrowia fizycznego i psychicznego.

### ***Leczenie zespołu uzależnienia alkoholowego***

Zasady leczenia zespołu uzależnienia alkoholowego funkcjonują w Polsce zgodnie z Ustawą o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z 1982r. i późniejszymi poprawkami z 1996 i 1998 roku. Leczenie osób uzależnionych od alkoholu jest bezpłatne i przebiega w instytucjach stacjonarnych lub całodobowych. Pacjentami są osoby dobrowolnie poddające się leczeniu lub na podstawie nakazu sądowego. Sądowy nakaz leczenia stosowany jest wobec osób nadużywających alkoholu, którzy nie chcą dobrowolnie poddać się leczeniu, gdy ich zachowanie po spożyciu alkoholu skutkuje demoralizacją nieletnich, rozpadem życia rodzinnego, zaniedbywaniem obowiązku zaspokajania potrzeb rodziny lub systematycznym zakłócaniem spokoju i porządku publicznego. Ośrodki zdrowotne obejmują również leczeniem i rehabilitacją członków rodziny osoby uzależnionej. Instytucje lecznicze i rehabilitacyjne są tworzone, kontrolowane i finansowane przez wojewódzkie ośrodki terapii uzależnień i współuzależnień oraz gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych (Dz.U. 1982 Nr 35 poz. 230) [8].

W celu dostosowania odpowiedniej metody leczenia, niezbędne jest określenie zamierzonych celów, do których należą:

- ograniczenie ilości spożywanego alkoholu;
- farmakoterapia objawów zespołu odstawienia alkoholu (wyrównanie niedoborów wodno-elektrolitowych i substancji pokarmowych, leczenie anksjolityczne i przeciwdrgawkowe);
- leczenie somatycznych i psychicznych powikłań nadużywania alkoholu;
- leczenie odwykowe.

### ***Powikłania i następstwa zespołu uzależnienia alkoholowego***

Szkodliwe działanie na organizm zależy od rodzaju alkoholu oraz ilości i częstości spożywania.

W Europie funkcjonuje pojęcie standardowej dawki alkoholu etylowego w ilości 10g, które zawarte jest w 250ml 5% piwa, 100ml 12% wina i 30ml 40% wódki [2]. Dowiedziono, iż „białe” alkohole (wódka, dzin, biały rum i cydr) powodują więcej szkodliwych konsekwencji zdrowotnych. Prawdopodobną przyczyną jest niższa zawartość przeciwutleniaczy niż w alkoholach kolorowych (whisky, wino, piwo). Szybkie spożywanie jednorazowo dużych ilości dodatkowo potęguje szkodliwe działanie „białych” alkoholi [9].

Przewlekłe spożywanie dużych dawek etanolu prowadzi do rozwoju choroby alkoholowej, polegającej na uszkodzeniu czynnościowym i strukturalnym wielu ważnych życiowo narządów i układów, głównie wątroby, trzustki, serca, układu pokarmowego i nerwowego [10]. Przypuszcza się, iż około 20-40% osób hospitalizowanych ma problem z alkoholem i często przyczyną hospitalizacji jest efektem jego nadużywania [4]. Degeneracyjny wpływ alkoholu na organizm występuje przy codziennym spożywaniu powyżej 20-40g etanolu przez kobiety oraz powyżej 60-80g etanolu przez mężczyzn. Szczególnie narażona na uszkadzające działanie alkoholu jest wątroba, która odpowiada za 90% jego metabolizmu [3]. Długotrwała ekspozycja wątroby na nadmiar alkoholu skutkuje rozwojem stłuszczenia, stanu zapalnego, zwłóknienia i w efekcie końcowym nawet marskości wątroby. Stłuszczenie wątroby jest stanem odwracalnym przy eliminacji czynnika sprawczego. Spożywanie dziennie powyżej 60g etanolu u 60% osób skutkuje rozwojem stłuszczenia wątroby, zaś dawka powyżej 120g/dziennie wiąże się z największym ryzykiem rozwoju marskości wątroby [3]. Postępująca marskość alkoholowa obarczona jest szeregiem powikłań ogólnoustrojowych, m.in. encefalopatią wątrobową, niewydolnością nerek i płuc [6].

Poza fizykalnymi powikłaniami, alkoholizm równie silnie oddziałuje na psychikę, bezpośrednio uzależnionego, a pośrednio również jego najbliższych. W przebiegu choroby nasilają się zaburzenia psychiczne, typu zaburzeń osobowości, narastania lęku, depresji i stanów psychotycznych [7].

Kolejnym problemem rodzin jest często zagrożenie przemocą przez sprawcę pod wpływem alkoholu. Przemoc – definiowana jako intencjonalne wyrządzenie krzywdy, występuje w alkoholizmie głównie wtedy, gdy sprawca przemocy jest fizycznie silniejszy i wykorzystuje tę przewagę do siłowego podporządkowania i krzywdzenia ofiary, narażając ją tym samym na utratę godności osobistej, zdrowia, a nawet życia.

Ofiary są często na tyle porażone świadomością grążącego im niebezpieczeństwa, że tracą umiejętność przeciwstawienia się i przeciwdziałania przemocy. Osoby poszkodowane objęte są w Polsce procedurą Niebieskiej Karty [10].

Szczególnym piętnem emocjonalnym naznaczone są dzieci osób nadużywających alkoholu. Skala problemu zależy od czynników współistniejących: bezrobocie, ubóstwo, przemoc domowa. Dzieci alkoholików nie mając prawidłowych wzorców socjologicznych z domu nie potrafią funkcjonować w społeczeństwie, zarówno w trakcie dzieciństwa, jak i życia dorosłego. Dojrzewanie w domu z problemem alkoholowym często skutkuje wykształceniem syndromu DDA – dorosłego dziecka alkoholika, który do własnego dorosłego życia przenosi patologiczne schematy z domu rodzinnego, gdyż w praktyce innych nie zna. Pomimo chęci stworzenia zdrowych relacji rodzinnych i społecznych często osoby dorosłe z syndromem DDA nie są w stanie sprostać wymaganiom własnym i otaczającego społeczeństwa bez długotrwałego wsparcia psychoterapeuty [5].

Następstwa społeczne alkoholizmu dotyczą nie tylko samej osoby uzależnionej, ale też osób z najbliższego otoczenia - członków rodziny oraz ogółu społeczeństwa. Społecznym wymiarem następstw wobec samego alkoholika jest m.in. bezrobocie, bezdomność, utracenie szansy na wykształcenie i zdobycie zawodu, skrócenie długości życia, postępujące ograniczenie psychofizyczne. Rodzina jest również obciążona społecznymi następstwami choroby alkoholowej, w postaci stygmatyzacji społecznej, utracenia płynności finansowej i ubóstwa, bezdomności [11].

### ***Profilaktyka zespołu uzależnienia alkoholowego***

Działania na rzecz profilaktyki uzależnień alkoholowych w Polsce prowadzone są na podstawie rządowego programu przeciwdziałania problemom alkoholowym pod postacią Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Zadaniem mającymi na celu społeczną profilaktykę alkoholową, realizowanymi zgodnie z Ustawą o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z 1982r. (Dz.U. 1982 Nr 35 poz. 230) oraz ostatnim zmianom z Ustawy o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz ustawy o bezpieczeństwie imprez masowych z dnia 10 stycznia 2018r. (DZ.U. 2018 poz. 310), są:

- tworzenie warunków propagujących wstrzemięźliwość od spożywania alkoholu;
- edukacja społeczna i wychowawcza;

- regulacja ilości i jakości napojów alkoholowych produkowanych i sprzedawanych w kraju;
- regulacja dostępności napojów alkoholowych;
- tworzenie warunków organizacyjnych i lokalowych w celu leczenia, rehabilitacji i ponownej socjalizacji osób uzależnionych;
- profilaktyka i leczenie następstw i powikłań wynikających z nadużywania alkoholu;
- działania wspierające członków rodziny osoby uzależnionej, szczególnie w sytuacjach zagrożenia przemocą domową;
- finansowe wsparcie instytucji wspomagających zawodowo i socjalnie osoby wychodzące z nałogu [10].

Na podstawie powyższych ustaw profilaktyka alkoholowa jest regulowana na każdym szczeblu administracyjnym kraju. Na szczeblu wojewódzkim podmiotem wykonawczym są samorządy wojewódzkie realizujące wojewódzki program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Zadaniem samorządów wojewódzkich jest przede wszystkim koordynacja procesu przygotowania i realizacji zadań wynikających z Ustawy, objęcie wsparciem i nadzorem instytucji oraz osób fizycznych realizujących poszczególne cele oraz pośredniczenie we współpracy pomiędzy instytucjami. Samorządy gminne odpowiadają za lokalną realizację celów ustawy w zakresie tworzenia, finansowania i kontrolowania instytucji profilaktycznych i leczniczych. Ze względu na wczesną inicjację alkoholową programy profilaktyczne wdrażane są w wieku szkolnym na terenach szkół w ramach obowiązkowych zajęć lekcyjnych. W celu poprawy lokalnej profilaktyki alkoholowej powołuje się gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych odpowiadające m.in. za:

- ustalenie liczby wydawanych rocznie zezwoleń na sprzedaż alkoholu;
- określenie rodzajów alkoholów dopuszczonych do sprzedaży oraz miejsc ich spożycia (w miejscu lub poza miejscem sprzedaży);
- ograniczenie czasu sprzedaży alkoholu (od godziny 22<sup>00</sup> do 6<sup>00</sup>) [7, 10].

Ustawa z 1982r. określa również zasady reklamowania napojów alkoholowych, w celu ograniczenia rozpowszechnienia nadużywania alkoholu. Zgodnie z ustawą zakazane są reklamy i promocja napojów alkoholowych, poza piwem, którego reklama podlega wielu restrykcjom, m.in.: nie może przedstawiać osób nieletnich i być do nich adresowana, nie może zestawiać spożywania alkoholu z kierowaniem pojazdami, aktywnością fizyczną,



atrakcyjnością seksualną i sposobem spędzania wolnego czasu, nie zachęca do nadmiernego spożywania alkoholu oraz nie neguje prawidłowych postaw abstynenckich (Dz.U. 1982 Nr 35 poz. 230) [10].

## **CEL BADAŃ**

Celem pracy była ocena stylu życia respondentów z rozpoznanym zespołem uzależnienia alkoholowego.

## **MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ**

Badaniem objęto 100 pacjentów z rozpoznanym zespołem uzależnienia alkoholowego, będących uczestnikami terapii leczenia uzależnienia w terminie: grudzień 2017 – luty 2019 w NZOZ Optima – Ośrodek leczenia uzależnień i współuzależnień w Białymstoku.

Badanie przeprowadzono za pomocą kwestionariusza ankiety, który został samodzielnie skonstruowany na potrzeby niniejszej pracy i składał się z części:

- pozyskującej dane socjodemograficzne;
- oceniającej uzależnienie alkoholowe według standaryzowanego testu MAST;
- zawierającej informacje w zakresie elementów stylu życia.

## **WYNIKI**

Kobiety stanowiły 14% grupy badawczej, mężczyźni – 86%. Pacjenci w wieku 18-30 lat stanowili 18% grupy badawczej oraz 14% kobiet i 18% mężczyzn. Największy odsetek grupy badawczej stanowiły osoby w wieku 31-50lat (54%), stanowiąc jednocześnie 78% grupy kobiet i 50% mężczyzn. Badani w wieku powyżej 50 lat stanowili 7% grupy kobiet, 31% grupy mężczyzn i 28% ogółu grupy badawczej. Niespełna połowa grupy badawczej – 47% było w związku małżeńskim, z czego 78% kobiet i 41% mężczyzn. ¼ grupy badawczej nie było w związku, co stanowiło 215 kobiet i 25% mężczyzn. Jedynie mężczyźni byli po rozwodzie (23%), w konkubinacie (7%) i wdowcami (2%). Szczegóły przedstawia Tabela I.



**Tabela I. Stan cywilny względem płci.**

Płeć	Stan cywilny				
	mężatka/ żonaty	rozwódka/ rozwodnik	konkubinat	panna/ kawaler	wdowa/ wdowiec
<b>kobiety</b>	78,57%	-	-	21,43%	-
<b>mężczyźni</b>	41,86%	23,25%	6,98%	25,58%	2,32%
<b>Ogółem</b>	47%	20%	6%	25%	2%

Wykształcenie podstawowe posiadał tylko jeden mężczyzna, stanowiąc 1% grupy badawczej. Wykształcenie zawodowe prezentowało 19% grupy, z czego 14% kobiet i niespełna 20% mężczyzn. Wykształcenie średnie posiadało 42% badanych, z czego niespełna 43% kobiet i niespełna 42% mężczyzn. Wykształcenie wyższe miało 38% badanych, w tym niespełna 43% kobiet i 37% mężczyzn. Szczegóły przedstawia Tabela II.

**Tabela II. Wykształcenie względem płci.**

Płeć	Wykształcenie			
	podstawowe	zawodowe	średnie	wyższe
<b>kobiety</b>	-	14,28%	42,86%	42,86%
<b>mężczyźni</b>	1,16%	19,77%	41,86%	37,21%
<b>Ogółem</b>	1%	19%	42%	38%

77% respondentów pracowało na etacie (92% kobiet i 74% mężczyzn). Pracę dorywczą posiadali tylko mężczyźni (17%), stanowiąc 15% badanych. Osoby bezrobotne lub pozostające na rencie/emeryturze stanowili po 4% grupy badawczej. Szczegóły przedstawia Tabela III.

**Tabela III. Stosunek do pracy zawodowej względem płci.**

Płeć	Stosunek do pracy zawodowej			
	etat	dorywcza	bezrobocie	renta/emerytura
<b>kobiety</b>	92,86%	-	7,14%	-
<b>mężczyźni</b>	74,42%	17,44%	3,49%	4,65%
<b>Ogółem</b>	77%	15%	4%	4%

Średni okres uzależnienia od alkoholu wynosił  $12,91 \pm 7,08$ . Mężczyźni chorowali średnio  $13,71 \pm 7,15$  lat, natomiast kobiety  $8 \pm 4,08$  lat. Uzależnienie alkoholowe grupy badawczej oceniono na 12-56 punktów w skali MAST, ze średnim wynikiem  $34,83 \pm 12,08$ . Średni wynik MAST kobiet wynosił  $26 \pm 6,83$ , natomiast mężczyzn  $36,27 \pm 12,14$ . Szczegóły przedstawia Tabela IV.

**Tabela IV. Ocena uzależnienia alkoholowego w skali MAST względem płci.**

Płeć	Ocena uzależnienia alkoholowego w skali MAST	
	zakres punktacji	średnia $\pm$ SD
<b>kobiety</b>	19-37	$26 \pm 6,83$
<b>mężczyźni</b>	12-56	$36,27 \pm 12,14$
<b>Ogółem</b>	12-56	$34,83 \pm 12,08$

Pod względem płci, wzmożenie apetytu deklarowali jedynie mężczyźni (12,8%). Osłabienie apetytu występowało u 28,6% kobiet i 39,5% mężczyzn.

Pod względem wieku, wzmożenie apetytu występowało jedynie u osób w grupie wiekowej 31-50 lat (20,4%). Osłabiony apetyt dotyczył około 2-krotnie większej ilości badanych po 50- tym roku życia niż młodszych.

Pod względem stanu cywilnego, wzmożony apetyt występował u niespełna 15% osób zamężnych, 10% rozwodników i 8% stanu wolnego. Osłabiony apetyt deklarowało 25,5% zamężnych, 60% rozwodników, niespełna 67% osób w konkubinacie i 24% stanu wolnego.

Pod względem wykształcenia, wzmożony apetyt dotyczył osób na każdym poziomie: 100% z wykształceniem podstawowym, 26,3% - z zawodowym, 4,8% - ze średnim, niespełna 8% - z wyższym. Osłabiony apetyt występował u 21% osób z wykształceniem zawodowym, 47,6% z wykształceniem średnim i 26,3% z wykształceniem wyższym.

Pod względem stosunku do pracy, wzmożony apetyt występował tylko u osób pracujących na etacie (14,3%). Osłabienie apetytu występowało u 28,6% badanych na etacie, u 46,7% pracujących dorywczo, u 75% bezrobotnych, u 50% będących na rencie/emeryturze. Szczegóły przedstawia Tabela V.

Średni okres uzależnienia od alkoholu wśród pacjentów ze wzmożonym apetytem wynosił  $13,45 \pm 7,39$  lat, z normalnym apetytem -  $11,84 \pm 6,65$  lat, z osłabionym apetytem -  $14,47 \pm 7,36$  lat. Średnia ocena uzależnienia w skali MAST wśród osób ze wzmożonym apetytem wynosiła  $33,29 \pm 7,23$  pkt., z normalnym apetytem -  $29,73 \pm 10,74$  pkt., z osłabionym apetytem -  $43,53 \pm 10,36$  pkt. Szczegóły przedstawia Tabela VI.

**Tabela V. Ocena apetytu względem ogólnej charakterystyki grupy badawczej.**

		Apetyt			p
		wzmożony	normalny	osłabiony	
Płeć	kobiety	-	71,43%	28,57%	p > 0,05
	mężczyźni	12,79%	47,67%	39,53%	
Wiek (lata)	18-30	-	77,78%	22,22%	p > 0,05
	31-50	20,37%	50%	29,63%	
	>50	-	50%	50%	
Stan cywilny	zamężny	14,89%	59,57%	25,53%	p > 0,05
	rozводnik	10%	30%	60%	
	konkubinat	-	33,33%	66,67%	
	wolny	8%	68%	24%	
	wdowiec	-	100%	-	
Wykształcenie	podstawowe	100%	-	-	p > 0,05
	zawodowe	26,31%	52,63%	21,06%	
	średnie	4,76%	47,62%	47,62%	
	wyższe	7,89%	65,79%	26,31%	
Stosunek do pracy	stała – etat	14,28%	42,86%	28,57%	p > 0,05
	dorywcza	-	53,33%	46,67%	
	bezrobocie	-	25%	75%	
	renta / emerytura	-	50%	50%	
<b>Ogółem</b>		11%	55%	34%	

**Tabela VI. Okres uzależnienia od alkoholu i MAST względem oceny apetytu.**

		Okres uzależnienia od alkoholu (lata)	p	MAST (pkt.)	p
Apetyt	wzmoczony	13,45 ± 7,39	p > 0,05	33,29 ± 7,23	p > 0,05
	normalny	11,84 ± 6,65		29,73 ± 10,74	
	osłabiony	14,47 ± 7,36		43,53 ± 10,36	

Wśród badanych, którzy mieli osoby uzależnione w rodzinie, 9,3% miało wzmożony apetyt, 44,2% - apetyt osłabiony. Respondenci mający osoby uzależnione wśród bliskich znajomych mieli apetyt wzmożony w niespełna 6%, zaś apetyt osłabiony – 35,3%. ¼ respondentów nie mających w bliskim otoczeniu innych, poza sobą, osób uzależnionych deklarowało wzmożenie apetytu, zaś połowa miała apetyt osłabiony. Wzmoczony apetyt deklarowało 12% respondentów spożywających alkohol samotnie i niespełna 8% spożywających alkohol z kolegami. Osłabiony apetyt występował u niespełna 35% ankietowanych pijących samotnie, 29% - pijących z kolegami oraz 27% - pijących z rodziną.

Intensywny wysiłek fizyczny przez minimum 10 minut dziennie podejmowało w ciągu tygodnia 57,4% kobiet i 59,3% mężczyzn. Kobiety podejmowały intensywny wysiłek średnio 3,9 dnia w tygodniu, natomiast mężczyźni około 2,6 dnia. Dzienna ilość intensywnego wysiłku wynosiła dla kobiet średnio 85 minut, dla mężczyzn – 51 minut.

Pod względem wieku, intensywny wysiłek fizyczny deklarowało około 73% osób poniżej 50-go roku życia i 43% powyżej 50 roku życia. Ilość dni w tygodniu z minimum 10-minutowym intensywnym wysiłkiem była największa w grupie wiekowej 31-50 lat. Dzienna ilość intensywnego wysiłku była najwyższa wśród respondentów powyżej 50-go roku życia. Osoby w wieku 18-30 lat podejmowali intensywny wysiłek najmniej dni w tygodniu i najmniejszą ilość czasu w ciągu dnia.

Pod względem stanu cywilnego intensywny wysiłek deklarowało 60-72% ankietowanych. Jedynie wdowcy nie podejmowali intensywnego wysiłku. Osoby zamężne i nie będący w związkach wykazywały intensywny wysiłek ponad 4 dni w tygodniu, osoby żyjące w konkubinacie – 2 dni w tygodniu. Dzienna ilość intensywnego wysiłku była najwyższa wśród

zameężnych – średnio 103 minuty, najniższa wśród osób w konkubinacie – średnio 10 minut. Wykazano zależność statystyczną intensywnego wysiłku względem stanu cywilnego ( $p < 0,05$ ).

Pod względem wykształcenia, najmniejszy odsetek osób podejmujących minimum 10-minutowy intensywny wysiłek miało wykształcenie zawodowe – 47,4%. Wszyscy respondenci z wykształceniem podstawowym deklarowali wykonywanie intensywnego wysiłku. W tygodniu najmniejszą ilość dni z intensywnym wysiłkiem wykazywali respondenci z wykształceniem wyższym, zaś największą – z podstawowym. Dzienna ilość intensywnego wysiłku była najmniejsza w wykształceniu podstawowym, największa – w wykształceniu średnim.

Pod względem pracy, intensywny wysiłek deklarowało 66% badanych na etacie, 73% - pracujących dorywczo, 25% bezrobotnych i 50% będących na rencie/emeryturze. Osoby bezrobotne oraz emerycie i renciści deklarowali intensywny wysiłek przez 5 dni w tygodniu, jednakże przez najmniejszą ilość czasu dziennie (20 i 10 minut). Szczegóły przedstawia Tabela VII.

Średni okres uzależnienia od alkoholu osób podejmujących intensywny wysiłek wynosił 12,55 lat. Osoby niepodejmujące intensywnego wysiłku były uzależnione średnio 13,57 lat. Średnie nasilenie uzależnienia wg skali MAST wynosiło 31,48 dla osób podejmujących intensywny wysiłek i 41,06 dla pacjentów niepodejmujących intensywnego wysiłku. Szczegóły przedstawia Tabela VIII.

Intensywny wysiłek podejmowało 75% osób, które nie miały w najbliższym otoczeniu osób uzależnionych od alkoholu. Codziennie poświęcali na intensywny wysiłek średnio 170,8 minut. 46,5% pacjentów mających osoby uzależnione w rodzinie i 63,5% pacjentów mających osoby uzależnione wśród bliskich znajomych podejmowało intensywny wysiłek fizyczny, poświęcając dziennie odpowiednio 55 i 71,6 minut. Wykazano zależność istotną statystycznie intensywnego wysiłku wobec obecności osób uzależnionych w otoczeniu pacjenta. Szczegóły przedstawia Tabela IX.

**Tabela VII. Intensywny wysiłek względem ogólnej charakterystyki grupy badawczej.**

		Minimum 10-minutowy intensywny wysiłek			<b>p</b>
		tak	ilość dni w tygodniu	ilość minut dziennie	
Płeć	kobiety	57,43%	3,87 ± 0,93	85 ± 124,2	p > 0,05
	mężczyźni	59,3%	2,59 ± 2,19	51,63±101,96	
Wiek (lata)	18-30	72,22%	2,93 ± 2,26	67,85±114,65	p > 0,05
	31-50	74,07%	4,35 ± 1,29	81±103,98	
	>50	42,85%	3,41 ± 1,5	95 ± 172,61	
Stan cywilny	zamężny	65,96%	4,22 ± 1,18	103,06 ±138,56	p < 0,05
	rozводnik	60%	3,42 ± 1,7	54,17 ± 84,36	
	konkubinat	66,67%	2 ± 0	10 ± 5	
	wolny	72%	4,11 ± 1,49	65,28 ± 93,67	
	wdowiec	-	-	-	
Wykształ enie	podstawowe	100%	5	30	p > 0,05
	zawodowe	47,37%	4,11 ± 1,52	65,56 ± 93,46	
	średnie	71,43%	4,13 ± 1,31	111,33 ± 142,32	
	wyższe	65,79%	3,52 ± 1,55	44 ± 73,22	
Stosunek do pracy	stała – etat	66,23%	3,96 ± 1,51	61,76 ± 90,2	p > 0,05
	dorywcza	73,33%	3,36 ± 1,23	84,54 ± 109,05	
	bezrobocie	25%	5	20	
	renta /emerytura	50%	5 ± 0	10 ± 0	
<b>Ogółem</b>		65%	3,91 ± 1,46	77,85 ± 116,77	

**Tabela VIII. Okres uzależnienia od alkoholu i MAST względem uprawiania intensywnego wysiłku fizycznego.**

		Okres uzależnienia od alkoholu (lata)	p	MAST (pkt.)	p
Min. 10-minutowy intensywny wysiłek w ciągu tygodnia	tak	12,55 ± 7,66	p > 0,05	31,48 ± 10,94	p > 0,05
	nie	13,57 ± 5,81		41,06 ± 11,62	

**Tabela IX. Intensywny wysiłek względem obecności osób uzależnionych w otoczeniu.**

		Minimum 10-minutowy intensywny wysiłek			p
		tak	ilość dni w tygodniu	ilość minut dziennie	
Osoby uzależnione w otoczeniu	w rodzinie	46,51%	3,8 ± 1,66	55 ± 70,51	p < 0,05
	bliscy znajomi	63,53%	3,73 ± 1,44	71,6 ± 99,91	
	tylko ja	75%	4,33 ± 1,1	170,83 ± 218,72	

63% osób samotnie spożywających alkohol podejmowało intensywny wysiłek fizyczny, spędzając dziennie niespełna 70 minut. Intensywny wysiłek podejmowało 67% pacjentów spożywających alkohol z kolegami i 18% z rodziną, spędzając na wysiłku dziennie średnio odpowiednio 67 minut i 40 minut.

Umiarkowany wysiłek podejmowało 100% kobiet i 65% mężczyzn. Kobiety umiarkowany wysiłek podejmowały średnio przez 151 minut dziennie, mężczyźni przez 190 minut.

Umiarkowany wysiłek podejmowało 89% respondentów poniżej 30 roku życia, 92% w wieku 31-50 lat i 46% powyżej 50 roku życia. Respondenci w wieku 31-50 lat dziennie podejmowali umiarkowany wysiłek 3,5-krotnie częściej niż osoby poniżej 31 roku życia i ponad 4,5-krotnie częściej niż osoby po 50 roku życia. Wykazano zależność istotną statystycznie umiarkowanego wysiłku względem wieku respondentów.

Umiarkowany wysiłek podejmowało 85% osób zamężnych, 60% po rozwodzie, 67% w konkubinacie, 92% stanu wolnego. Zamężni pacjenci podejmowali umiarkowany wysiłek średnio przez 66 minut dziennie, rozwodnicy przez 41 minut dziennie, stanu wolnego przez 39 minut dziennie. Badani żyjący w konkubinacie podejmowali umiarkowany wysiłek średnio 2 dni w tygodniu przez 10 minut dziennie. Wdowcy nie deklarowali umiarkowanego wysiłku.

Wszyscy respondenci z wykształceniem podstawowym podejmowali umiarkowany wysiłek, przez niespełna 4 dni w tygodniu, 67 minut dziennie. 79% badanych z wykształceniem zawodowym podejmowało umiarkowany wysiłek, średnio przez 3,75 dnia w tygodniu, 41 minut dziennie. Niespełna 74% ankietowanych ze średnim wykształceniem podejmowało umiarkowany wysiłek, przez niespełna 4 dni w tygodniu, 75 minut dziennie. 84% osób z wykształceniem wyższym podejmowało wysiłek umiarkowany, średnio przez 3,5 dnia w tygodniu, przez niespełna 45 minut dziennie. 80-83% respondentów pracujących podejmowało aktywność umiarkowaną, średnio przez 3,5 dnia w tygodniu, przez 44-54 minut dziennie. ¼ osób bezrobotnych podejmowało umiarkowaną aktywność, średnio 5 dni w tygodniu przez 30 minut dziennie. Połowa ankietowanych przebywających na rencie/emeryturze uprawiała umiarkowany wysiłek, średnio przez 5 dni w tygodniu przez minutę dziennie. Wykazano zależność istotną statystycznie umiarkowanego wysiłku względem. Szczegóły przedstawia Tabela X.

Okres uzależnienia od alkoholu respondentów podejmujących umiarkowany wysiłek wynosił średnio 12 lat, osób niepodejmujących umiarkowanego wysiłku – 16 lat.

Nasilenie uzależnienia alkoholowego respondentów podejmujących umiarkowany wysiłek wynosił średnio 32 punkty, osób niepodejmujących umiarkowanego wysiłku – 44 punkty. Szczegóły przedstawia Tabela XI.



**Tabela X. Umiarkowany wysiłek względem ogólnej charakterystyki grupy badawczej.**

		Umiarkowany wysiłek			p
		tak	ilość dni w tygodniu	ilość minut dziennie	
Płeć	kobiety	100%	3,21 ± 0,77	151,43 ± 95,42	p > 0,05
	mężczyźni	65%	2,96 ± 2,01	190,55 ± 81,88	
Wiek (lata)	18-30	88,89%	3,25 ± 1,98	20,5 ± 9,4	p < 0,05
	31-50	92,59%	4,08 ± 1,44	70,5 ± 107,14	
	>50	46,43%	3,54 ± 1,22	15,54 ± 10,05	
Stan cywilny	zameężny	85,11%	3,92 ± 1,33	66,67 ± 104,81	p > 0,05
	rozwodnik	60%	3,75 ± 1,48	41 ± 78,55	
	konkubinat	66,67%	2 ± 0	10 ± 5	
	wolny	92%	3,74 ± 1,62	39,39 ± 63,53	
	wdowiec	-	-	-	
Wykształ- cenie	podstawowe	100%	6	60	p > 0,05
	zawodowe	78,95%	3,53 ± 1,5	15,07 ± 9,16	
	średnie	73,81%	3,93 ± 1,37	75,45 ± 121,04	
	wyższe	84,21%	3,59 ± 1,5	44,69 ± 64,25	
Stosunek do pracy	stała – etat	83,12%	3,79 ± 1,46	54,61 ± 92,38	p < 0,05
	dorywcza	80%	3,16 ± 1,46	44 ± 78,37	
	bezrobocie	25%	5	30	
	renta /emerytura	50%	5 ± 0	1 ± 0	
<b>Ogółem</b>		80%	3,74 ± 1,47	51,33 ± 89,07	

**Tabela XI. Okres uzależnienia od alkoholu i MAST względem umiarkowanego wysiłku.**

		Okres uzależnienia od alkoholu (lata)	p	MAST (pkt.)	p
Umiarkowany wysiłek	tak	12,04 ± 7,11	p > 0,05	32,39 ± 10,75	p > 0,05
	nie	16,19 ± 5,91	p > 0,05	44 ± 12,39	p > 0,05

Umiarkowany wysiłek podejmowało 72% pacjentów mających osoby uzależnione w rodzinie, 80% - wśród bliskich znajomych i 75% nie mających w otoczeniu innych osób uzależnionych. Średnia ilość czasu poświęcona dziennie na umiarkowany wysiłek osób mających osoby uzależnione w rodzinie wynosił niespełna 37 minut, mających uzależnionych wśród bliskich znajomych – niespełna 50 minut. Respondenci nie mający w otoczeniu innych osób uzależnionych spędzali na umiarkowanym wysiłku 15 minut dziennie. Umiarkowany wysiłek podejmowało niespełna 75% pacjentów spożywających alkohol samotnie, 76% osób pijących z kolegami i 18% pijących z rodziną. Respondenci pijący samotnie na umiarkowany wysiłek poświęcali średnio 3,7 dnia w tygodniu, 42 minuty dziennie. Badani pijący z kolegami na umiarkowany wysiłek poświęcali średnio 3,5 dnia w tygodniu, 49 minut dziennie. Osoby pijące samotnie na umiarkowany wysiłek poświęcali średnio 5 dni w tygodniu, 60 minut dziennie. Minimum 10-minutowy spacer podejmowało 100% kobiet i 88% mężczyzn. Kobiety na spacerzy przeznaczały średnio 3,6 dnia w tygodniu, prawie 18 minut dziennie. Mężczyźni na spacerzy poświęcali 3,5 dnia w tygodniu, niespełna 45 minut dziennie. Szczegóły przedstawia Tabela XII.

Tabela XII. Spacerowanie względem ogólnej charakterystyki grupy badawczej.

		Minimum 10-minutowy spacer			p
		tak	ilość dni w tygodniu	ilość minut dziennie	
Płeć	kobiety	100%	3,64 ± 1,63	17,86 ± 4,87	p > 0,05
	mężczyźni	88,37%	3,5 ± 2	44,76 ± 95,12	
Wiek (lata)	18-30	100%	3,67 ± 1,49	31,67 ± 31,8	p > 0,05
	31-50	96,3%	3,96 ± 1,67	49,13 ± 95,06	
	>50	71,43%	3,9 ± 1,95	67,55 ± 138,24	
Stan cywilny	zameżny	91,49%	4,11 ± 1,74	77,1 ± 135,75	p < 0,05
	rozводnik	80%	3,44 ± 1,32	21,85 ± 15,9	
	konkubinat	100%	1,67 ± 0,47	8,67 ± 5,79	
	wolny	100%	4,32 ± 1,59	30,4 ± 29,42	
	wdowiec	-	-	-	
Wykształcenie	podstawowe	100%	5	20	p > 0,05
	zawodowe	89,47%	3,87 ± 1,54	35,65 ± 36,91	
	średnie	88,09%	3,94 ± 1,59	71,81 ± 143,14	
	wyższe	94,74%	3,8 ± 1,9	34,17 ± 44,63	
Stosunek do pracy	stała – etat	94,8%	3,73 ± 1,72	39 ± 81,36	p > 0,05
	dorywcza	73,33%	4,91 ± 1,37	48,18 ± 37,31	
	bezrobocie	100%	3,5 ± 1,5	35 ± 32,79	
	renta /emerytura	50%	5 ± 1	80 ± 20	
<b>Ogółem</b>		90%	3,89 ± 1,71	49,74 ± 99,02	

Średni okres uzależnienia od alkoholu osób podejmujących minimum 10-minutowe spacerowanie wynosił 12,38 lat, osób niepodejmujących spacerów – 17,7 lat. Nasilenie uzależnienia pacjentów podejmujących spacerowanie wynosiło średnio 33 pkt. MAST, osób nie spacerujących – 50,8 pkt. MAST. Szczegóły przedstawia Tabela XIII.

**Tabela XIII. Okres uzależnienia od alkoholu i MAST względem spacerowania.**

		Okres uzależnienia od alkoholu (lata)	P	MAST (pkt.)	p
Min. 10-minutowy spacer	tak	12,38 ± 7,31	p > 0,05	33,05 ± 11,2	p > 0,05
	nie	17,7 ± 4,34		50,8 ± 6,9	

81% pacjentów mających w rodzinie osoby uzależnione spacerowało, średnio 3.9 dnia w tygodniu. 49 minut dziennie. Niespełna 85% badanych, których bliscy znajomi byli uzależnieni od alkoholu, podejmowali spacer 3,7 dnia w tygodniu, 30 minut dziennie.  $\frac{3}{4}$  respondentów nie posiadających w otoczeniu innych osób uzależnionych od alkoholu uprawiało spacer, przez niespełna 182 minuty dziennie.

89% osób samotnie spożywających alkohol podejmowało spacer, średnio przez niespełna 4 dni w tygodniu, 53 minuty dziennie. Intensywny wysiłek podejmowało 88,6% pacjentów spożywających alkohol z kolegami i 63,4% z rodziną, spędzając na wysiłku dziennie średnio odpowiednio 30 minut i 17 minut.

Kobiety na siedzenie poświęcały dziennie średnio 73,6 minuty, mężczyźni prawie 61 minut. Osoby w wieku 18-30 lat dziennie na siedzenie przeznaczali 57,6 minut, w wieku 31-50 lat – niespełna 75 minut, po 50 roku życia – 35 minut. Respondenci żyjący w związkach małżeńskich podejmowali siedzenie średnio 75 minut dziennie, rozwodnicy 40,5 minut dziennie, żyjący w konkubinacie i wdowcy – 30 minut, osoby stanu wolnego przez 59,5 minut. Badani z wykształceniem podstawowym dziennie siedzieli 60 minut, z wykształceniem zawodowym 72 minuty, ze średnim – 62 minuty i z wyższym – 48 minut. Respondenci pracujący na etacie i dorywczo spędzali siedząc średnio 62 minuty dziennie, osoby bezrobotne – 40 minut, renciści/emeryci – 45 minut dziennie. Szczegóły przedstawia Tabela XIV.

**Tabela XIV. Ilość minut dziennie spędzonych siedząc względem ogólnej charakterystyki.**

		Ilość minut dziennie spędzonych siedząc	<b>p</b>
Płeć	kobiety	73,57 ± 93,01	p > 0,05
	mężczyźni	60,78 ± 73,06	
Wiek (lata)	18-30	57,68 ± 65,11	p > 0,05
	31-50	74,78 ± 88,16	
	>50	35,71 ± 18,4	
Stan cywilny	zamężny	75,32 ± 92,06	p > 0,05
	rozводnik	40,5 ± 26,73	
	konkubinat	30 ± 8,16	
	wolny	59,52 ± 61,65	
	wdowiec	30 ± 0	
Wykształcenie	podstawowe	60	p > 0,05
	zawodowe	72 ± 105,69	
	średnie	62,19 ± 73,17	
	wyższe	48,05 ± 31,53	
Stosunek do pracy	stała – etat	62,31 ± 75,94	p > 0,05
	dorywcza	62,67 ± 74,87	
	bezrobocie	40 ± 21,21	
	renta / emerytura	45 ± 15	
<b>Ogółem</b>		60,78 ± 73,06	

Respondenci posiadający w rodzinie osoby uzależnione od alkoholu spędzają na siedzeniu średnio 49,5 minut dziennie. Pacjenci mający osoby uzależnione wśród bliskich znajomych dziennie na siedzeniu spędzali 55,4 minut. Badani nie mający w najbliższym otoczeniu innych osób uzależnionych na siedzenie poświęcali średnio 125 minut dziennie.

Respondenci spożywający alkohol samotnie na siedzenie poświęcali dziennie niespełna 50 minut. Osoby pijące alkohol z kolegami dziennie spędzali na siedzeniu średnio 63 minuty dziennie. Pacjenci spożywający alkohol z rodziną na siedzeniu spędzali dziennie średnio 26 minut.

W sytuacji stresowej 85,7% kobiet próbuje rozwiązać problem i prosi o pomoc, 14,2% kobiet rozładowuje stres poprzez wysiłek fizyczny i 71,4% kobiet sięga po alkohol. Adekwatnie wśród mężczyzn próby rozwiązania problemu i picie alkoholu w reakcji na stres deklarowało 82,5% mężczyzn, 92,3% prosi o pomoc, a 24,4% odreagowuje stres wysiłkiem fizycznym.

Spośród pacjentów pracujących na etacie 80,5% w reakcji na stres próbuje rozwiązać problem, 75,3% proszą o pomoc, 22,1% podejmują aktywność fizyczną i 93,3% spożywają alkohol. Spośród osób pracujących dorywczo wszyscy próbują rozwiązać problem, 86,7% proszą o pomoc, 26,7% uprawiają aktywność fizyczną, 93,3% spożywają alkohol. Wszystkie osoby bezrobotne próbują rozwiązać problem, a  $\frac{3}{4}$  osób prosi o pomoc i piją alkohol. 100% rencistów próbuje rozwiązać problem, prosi o pomoc i pije alkohol (Tabela XV).

Średni okres uzależnienia od alkoholu pacjentów próbujących rozwiązać problem w sytuacji stresowej wynosił 13,6 lat. Średni okres uzależnienia alkoholu osób, które w sytuacji stresowej proszą o pomoc wynosił 13,3 lat, podejmują wysiłek fizyczny – 8 lat, piją alkohol – 12,7 lat. Wykazano zależność istotną statystycznie metod radzenia w sytuacji stresowej względem okresu uzależnienia od alkoholu.

Średni wynik MAST oceniającego nasilenie alkoholizmu pacjentów próbujących rozwiązać problem w sytuacji stresowej wynosił 34,6 pkt. Średni wynik MAST osób, które w sytuacji stresowej proszą o pomoc wynosił 35 pkt., podejmują wysiłek fizyczny – 31,8 pkt., piją alkohol – 35,2 pkt. Szczegóły przedstawia Tabela XVI.

**Tabela XV. Radzenie w sytuacji stresowej względem ogólnej charakterystyki grupy badawczej.**

		Radzenie w sytuacji stresowej				<b>p</b>
		próbuję rozwiązać problem	prosi o pomoc	wysiłek fizyczny	pije alkohol	
Płeć	kobiety	85,71%	85,71%	14,28%	71,43%	p > 0,05
	mężczyźni	82,56%	95,35%	24,42%	82,56%	
Wiek (lata)	18-30	77,78%	88,89%	22,22%	88,89%	p < 0,05
	31-50	85,18%	68,52%	25,92%	77,78%	
	>50	92,86%	85,71%	7,14%	96,43%	
Stan cywilny	zamężny	91,49%	68,05%	25,53%	78,72%	p > 0,05
	rozводnik	90%	90%	10%	95%	
	konkubinat	33,33%	66,67%	-	66,67%	
	wolny	92%	88%	28%	92%	
	wdowiec	100%	100%	-	100%	
Wykształcenie	podstawowe	100%	100%	-	100%	p > 0,05
	zawodowe	78,95%	68,42%	31,58%	78,95%	
	średnie	90,48%	83,33%	21,43%	85,71%	
	wyższe	78,95%	78,95%	15,79%	86,84%	
Stosunek do pracy	stała – etat	80,52%	75,32%	22,08%	83,12%	p > 0,05
	dorywcza	100%	86,67%	26,67%	93,33%	
	bezrobocie	100%	75%	-	75%	
	renta / emerytura	100%	100%	-	100%	
<b>Ogółem</b>		85%	78%	79%	85%	

**Tabela XVI. Okres uzależnienia od alkoholu i MAST względem radzenia w sytuacji stresowej.**

		Okres uzależnienia od alkoholu (lata)	p	MAST (pkt.)	p
Radzenie w sytuacji stresowej	próbuję rozwiązać problem	13,58 ± 6,87	p < 0,05	34,59 ± 12,48	p > 0,05
	prosi o pomoc	13,3 ± 7,03		34,97 ± 12,17	
	wysiłek fizyczny	8 ± 5,38		31,76 ± 7,58	
	pije alkohol	12,69 ± 7,39		35,22 ± 12,27	

Wśród osób mających w rodzinie osoby uzależnione od alkoholu, 65,1% w reakcji na stres próbuje rozwiązać problem i pije alkohol, 46,5% prosi o pomoc i 48,8% podejmuje wysiłek fizyczny. Wśród osób mających osoby uzależnione od alkoholu wśród bliskich znajomych, 89,4% w reakcji na stres próbuje rozwiązać problem, 85,5% prosi o pomoc i 17,6% podejmuje wysiłek fizyczny, 84,7% pije alkohol. Wszyscy badani nie mający w otoczeniu innych osób uzależnionych próbują rozwiązać problem, 75% osób prosi o pomoc i pije alkohol. Szczegóły przedstawia Tabela XVII.

Średni okres uzależnienia od alkoholu osób mających dobre relacje rodzinne wynosił 12,71 lat, zaś osób mających złe relacje rodzinne – 14,14 lat. Średnia punktacja MAST respondentów z dobrymi relacjami rodzinnymi wynosiła 34,2 punkty, z obojętnymi – 38,71 punktów.

Wśród ankietowanych mających osoby uzależnione w rodzinie, dobre relacje rodzinne deklarowało 76,74%, natomiast złe relacje – 23,26%. Badani mający osoby uzależnione wśród bliskich znajomych najczęściej utrzymywali dobre relacje rodzinne (88,1%), niespełna 12% miało obojętne stosunki rodzinne. Wśród badanych, którzy w najbliższym otoczeniu nie mieli innych osób uzależnionych 75% miało dobre relacje rodzinne i 25% obojętne (Tabela XVIII).



**Tabela XVII. Relacje międzyludzkie względem ogólnej charakterystyki grupy badawczej.**

		Relacje międzyludzkie			<b>p</b>
		dobrze	złe	obojętne	
Płeć	kobiety	100%	-	-	p > 0,05
	mężczyźni	83,72%	-	16,28%	
Wiek (lata)	18-30	88,89%	-	11,11%	p > 0,05
	31-50	85,19%	-	14,81%	
	>50	85,71%	-	14,29%	
Stan cywilny	zamężny	87,23%	-	12,77%	p > 0,05
	rozводnik	90%	-	10%	
	konkubinat	66,67%	-	33,33%	
	wolny	84%	-	16%	
	wdowiec	100%	-	-	
Wykształcenie	podstawowe	100%	-	-	p > 0,05
	zawodowe	78,95%	-	21,05%	
	średnie	80,95%	-	19,05%	
	wyższe	94,74%	-	5,26%	
Stosunek do pracy	stała – etat	87,01%	-	12,99%	p > 0,05
	dorywcza	73,33%	-	26,67%	
	bezrobocie	100%	-	-	
	renta / emerytura	100%	-	-	
<b>Ogółem</b>		86%	0	14%	

Wykazano istotną statystycznie zależność jakości relacji rodzinnych względem płci i stanu cywilnego ankietowanych. Szczegóły przedstawia Tabela XVIII.

**Tabela XVIII. Relacje rodzinne względem ogólnej charakterystyki grupy badawczej.**

		Relacje rodzinne			p
		dobrze	złe	obojętne	
Płeć	kobiety	85,72%	-	14,28%	p < 0,05
	mężczyźni	60,47%	5,81%	33,72	
Wiek (lata)	18-30	61,11%	5,56%	33,33%	p > 0,05
	31-50	72,22%	3,7%	24,07%	
	>50	50%	7,14%	42,86%	
Stan cywilny	zamężny	80,85%	6,38%	12,77%	p < 0,05
	rozwódnik	15%	10%	75%	
	konkubinat	33,33%	-	66,67%	
	wolny	76%	-	24%	
	wdowiec	100%	-	-	
Wykształcenie	podstawowe	100%	-	-	p > 0,05
	zawodowe	78,95%	10,53%	10,53%	
	średnie	45,24%	-	54,76%	
	wyższe	75,32%	7,89%	15,79%	
Stosunek do pracy	stała – etat	66,23%		29,87%	p > 0,05
	dorywcza	46,67%	13,33%	40%	
	bezrobocie	50%	-	50%	
	renta / emerytura	100%	-	-	
<b>Ogółem</b>		64%	5%	31%	

Średni okres uzależnienia od alkoholu był najkrótszy wśród respondentów utrzymujących dobre relacje rodzinne. Najwyższą średnią punktację w skali MAST uzyskali pacjenci ze złymi relacjami rodzinnymi. Szczegóły przedstawia Tabela XIX.

**Tabela XIX. Okres uzależnienia od alkoholu i MAST względem relacji rodzinnych.**

		Okres uzależnienia od alkoholu (lata)	p	MAST (pkt.)	p
Relacje rodzinne	dobrze	10,67 ± 6,64	p > 0,05	31,73 ± 10,28	p > 0,05
	złe	16,4 ± 3,2		44,8 ± 11,7	
	obojętne	16,96 ± 6,36		39,61 ± 13,11	

Dobre relacje rodzinne występowały w zbliżonym odsetku u wszystkich respondentów, bez względu na obecność w bliskim otoczeniu pacjenta innych osób uzależnionych. Złe relacje rodzinne dotyczyły głównie pacjentów, którzy nie posiadali w swoim otoczeniu osób uzależnionych. Dobre relacje rodzinne dotyczyły w zbliżonym odsetku pacjentów spożywających alkohol samotnie i z kolegami – około 62%. Jedynie 27% respondentów spożywających alkohol z rodziną deklarowało utrzymywanie z nią dobrych relacji, pozostali mieli relacje obojętne. Złe relacje rodzinne dotyczyły jedynie osób spożywających alkohol samotnie i z kolegami. Ankietowani nie wykazują agresji w kontaktach z ludźmi. 2% mężczyzn odczuwa złość, kobiety i mężczyźni najczęściej okazują radość. Złość w kontaktach międzyludzkich odczuwali ankietowani w wieku 18-30 lat, rozwodnicy, osoby z wykształceniem wyższym i pracujący dorywczo. Najmniejszy odsetek radości deklarowali pacjenci w wieku 18-30 lat i osoby będące na rencie lub emeryturze. Szczegóły przedstawia Tabela XX.

**Tabela XX. Emocje w kontaktach z ludźmi względem ogólnej charakterystyki grupy badawczej.**

		Emocje w kontaktach z ludźmi				<b>p</b>
		agresja	złość	obojętność	radość	
Płeć	kobiety	-	-	28,57%	71,43%	p > 0,05
	mężczyźni	-	2,32%	20,93%	76,75%	
Wiek (lata)	18-30	-	11,11%	33,33%	55,56%	p > 0,05
	31-50	-	-	18,52%	81,48%	
	>50	-	-	21,43%	78,57%	
Stan cywilny	zamężny	-	-	19,15%	80,85%	p > 0,05
	rozwódnik	-	10%	25%	65%	
	konkubinat	-	-	33,33%	66,67%	
	wolny	-	-	24%	76%	
	wdowiec	-	-	-	100%	
Wykształcenie	podstawowe	-	-	-	100%	p > 0,05
	zawodowe	-	-	21,05%	78,95%	
	średnie	-	-	26,19%	73,81%	
	wyższe	-	5,26%	18,42%	76,31%	
Stosunek do pracy	stała – etat	-	-	23,38%	76,62%	p > 0,05
	dorywcza	-	13,33%	13,33%	73,33%	
	bezrobocie	-	-	-	100%	
	renta / emerytura	-	-	50%	50%	
<b>Ogółem</b>		0	2%	22%	76%	

Złość w kontaktach międzyludzkich deklarowali pacjenci, którzy mieli osoby uzależnione od alkoholu w rodzinie i wśród bliskich znajomych. Nieznacznie mniejszą częstotliwość radości w kontaktach z ludźmi wykazali badani posiadający osoby uzależnione w rodzinie. Złość w kontaktach międzyludzkich deklarowali pacjenci, którzy alkohol spożywali samotnie lub z kolegami. Osoby spożywające alkohol z rodziną najczęściej w kontaktach z ludźmi odczuwali obojętność.

Problemy w pracy dotyczyły w zbliżonym odsetku obu płci, problemy z komunikacją częściej mężczyzn, problemy rodzinne niemal w równym stopniu obu płci, a finansowe częściej kobiet. Pod względem wieku, problemy w pracy najczęściej dotyczyły respondentów w wieku 31-50 lat, problemy z komunikacją – najczęściej w wieku 18-10 lat, problemy rodzinne – w zbliżonym odsetku osób przed 50 rokiem życia i problemy finansowe głównie osób po 50 roku życia. Pod względem stanu cywilnego, wdowcy w 100% deklarowali występowanie problemów w pracy, z komunikacją, rodzinnych i finansowych. Najmniejsze obciążenie problemami deklarowali pacjenci stanu wolnego i żyjący w konkubinacie. 100% respondentów z wykształceniem podstawowym deklarowało problemy w pracy, rodzinne i finansowe. Pod względem stosunku do pracy, problemy w pracy, z komunikacją i rodzinne deklarowało 100% osób pracujących dorywczo i będących na emeryturze lub rencie. Dodatkowo wszyscy emerytowani respondenci mieli problemy finansowe.

Wykazano istotną statystycznie zależność występowania problemów społecznych względem wykształcenia i stanu cywilnego ankietowanych. Szczegóły przedstawia Tabela XXI.

Istotnie statystycznie najkrótszy średni okres uzależnienia od alkoholu występował wśród pacjentów mających problemy z komunikacją, najdłuższy – przy problemach rodzinnych i finansowych. Najwyższą średnią punktację MAST uzyskali respondenci mający problemy z komunikacją i finansowe, najniższą – przy problemach w pracy. Szczegóły przedstawia Tabela XXII.

**Tabela XXI. Problemy społeczne (cz.1) względem ogólnej charakterystyki grupy badawczej.**

		Problemy społeczne				<b>p</b>
		w pracy	z komunikacją	rodzinne	finansowe	
Płeć	kobiety	85,72%	14,28%	85,72%	85,72%	p > 0,05
	mężczyźni	83,09%	19,77%	86,04%	63,95%	
Wiek (lata)	18-30	55,56%	50%	77,78%	16,67%	p > 0,05
	31-50	75,93%	12,96%	72,22%	33,33%	
	>50	41,23%	10,71%	67,14%	60,71%	
Stan cywilny	zameężny	65,96%	14,89%	78,72%	68,08%	p < 0,05
	rozводnik	100%	10%	90%	90%	
	konkubinat	66,67%	-	66,67%	66,67%	
	wolny	56%	32%	92%	36%	
	wdowiec	100%	100%	100%	100%	
Wykształcenie	podstawowe	100%	-	100%	100%	p < 0,05
	zawodowe	57,89%	10,53%	78,95%	73,68%	
	średnie	69,05%	30,95%	83,33%	80,95%	
	wyższe	78,95%	10,53%	92,1%	47,37%	
Stosunek do pracy	stała – etat	67,53%	9,09%	85,71%	61,04%	p > 0,05
	dorywcza	73,33%	26,67%	80%	86,67%	
	bezrobocie	100%	100%	100%	75%	
	renta / emerytura	100%	100%	100%	100%	
<b>Ogółem</b>		71%	19%	86%	67%	

**Tabela XXII. Czas uzależnienia i MAST względem problemów społecznych (cz.1).**

		Okres uzależnienia od alkoholu (lata)	P	MAST (pkt.)	P
Problemy społeczne	w pracy	13,08 ± 6,93	p < 0,05	37,24 ± 12,36	p > 0,05
	z komunikacją	11,89 ± 7,83		37,84 ± 13,44	
	rodzinne	13,72 ± 7,12		36,39 ± 12	
	finansowe	13,82 ± 7,2		37,85 ± 12,46	

Wszyscy ankietowani, którzy nie mieli w swoim otoczeniu osób uzależnionych, deklarowali występowanie problemów w pracy, rodzinnych i finansowych, a  $\frac{3}{4}$  z nich – problemów z komunikacją. Respondenci posiadający osoby uzależnione wśród rodziny lub bliskich znajomych deklarowali występowanie problemów społecznych w zbliżonym odsetku.

Problemy w pracy i z komunikacją dotyczyły najczęściej respondentów spożywających alkohol z rodziną. Problemy rodzinne występowały najczęściej wśród ankietowanych spożywających alkohol samotnie, natomiast problemy finansowe najczęściej wśród pijących z kolegami. Problemy z prawem i zdrowotne dotyczyły w zbliżonym odsetku obu płci, stosowanie przemocy i problemy psychiczne głównie kobiet. Pod względem wieku, problemy z prawem najczęściej deklarowali respondenci w wieku 18-30 lat.

Stosowania przemocy doświadczały osoby w wieku 18-30 lat i powyżej 50-go roku życia, problemy zdrowotne i psychiczne dotyczyły w zbliżonym odsetku badanych w wieku 31-50 lat i powyżej 50. roku życia. Pod względem stanu cywilnego, problemy z prawem dotyczyły głównie wdowców i konkubentów, stosowania przemocy doświadczały osoby zamężne i stanu wolnego, problemy zdrowotne i psychiczne dotyczyły najczęściej rozwodników i wdowców. Problemy z prawem deklarowało około 20% respondentów z wykształceniem średnim i wyższym, stosowanie przemocy – z wykształceniem zawodowym i średnim. Problemy zdrowotne i psychiczne były główną domeną osób z wykształceniem podstawowym. Pod względem stosunku do pracy, najczęściej problemy z prawem, zdrowotne i psychiczne deklarowali badani będący na rencie lub emeryturze, zaś doświadczanie przemocy – 25% bezrobotnych. Wykazano istotną statystycznie zależność występowania problemów

społecznych względem stanu cywilnego i wykształcenia ankietowanych. Szczegóły przedstawia Tabela XXIII.

Istotnie statystycznie najkrótszy średni okres uzależnienia od alkoholu występował wśród respondentów mających problemy z prawem, zaś najdłuższy – przy problemach zdrowotnych. Najwyższa punktacja MAST występowała u respondentów z problemami z prawem, najniższa przy stosowaniu przemocy. Szczegóły przedstawia Tabela XXIV.

**Tabela XXIII. Problemy społeczne (cz.2) względem grupy badawczej.**

		Problemy społeczne				p
		z prawem	stosowanie przemocy	zdrowotne	psychiczne	
Płeć	kobiety	14,28%	85,72%	57,14%	100%	p > 0,05
	mężczyźni	15,12%	1,16%	46,51%	73,25%	
Wiek (lata)	18-30	27,78%	5,56%	17-50%	61,11%	p > 0,05
	31-50	9,26%	-	42,59%	75,92%	
	>50	17,86%	7,14%	50%	75%	
Stan cywilny	zamężny	6,38%	2,13%	46,81%	70,21%	p < 0,05
	rozводnik	5%	-	85%	100%	
	konkubinat	66,67%	-	33,33%	66,67%	
	wolny	28%	8%	36%	48%	
	wdowiec	100%	-	100%	100%	
Wykształcenie	podstawowe	-	-	100%	100%	p < 0,05
	zawodowe	10,53%	5,26%	52,63%	63,18%	
	średnie	19,05%	4,76%	28,57%	88,09%	
	wyższe	21,05%	-	81,58%	60,53%	
Stosunek do pracy	stała – etat	12,99%	2,6%	50,65%	68,83%	p > 0,05
	dorywcza	20%	-	46,67%	86,67%	
	bezrobocie	-	25%	100%	75%	
	renta / emerytura	50%	-	100%	100%	
<b>Ogółem</b>		15%	3%	54%	73%	



**Tabela XXIV. Czas uzależnienia i MAST względem problemów społecznych (cz.2).**

		Okres uzależnienia od alkoholu (lata)	P	MAST (pkt.)	P
Problemy społeczne	z prawem	11,07 ± 5,48	p < 0,05	41,73 ± 11,66	p > 0,05
	stosowanie przemocy	12 ± 5,66		29,33 ± 3,3	
	zdrowotne	14,15 ± 7,31		38,8 ± 13,18	
	psychiczne	13,86 ± 7,4		36,54 ± 12,59	

Problemy z prawem deklarowało dwukrotnie więcej pacjentów, którzy mieli osoby uzależnione w rodzinie w porównaniu do tych, którzy mieli uzależnionych bliskich znajomych. Pacjenci nie posiadający w swoim otoczeniu osób uzależnionych od alkoholu nie mieli problemów z prawem i stosowaniem przemocy. Stosowanie przemocy dotyczyły tylko respondentów, którzy mieli uzależnionych bliskich znajomych. Problemy zdrowotne i psychiczne w największym odsetku dotyczyły badanych mających osoby uzależnione w rodzinie.

Badani spożywający alkohol z rodziną deklarowali problemy z prawem 2 krotnie częściej niż pijący samotnie i 3-krotnie częściej niż pijący z kolegami. Stosowanie przemocy zgłaszało 4% badanych pijących samotnie i 1% pijących z kolegami. Problemy zdrowotne i psychiczne były główną domeną osób spożywających alkohol z rodziną.

## **DYSKUSJA**

W grupie badawczej liczącej 100 osób było zaledwie 14 kobiet, z których 78% było w wieku 31-50 lat. Mężczyźni byli głównie w grupach wiekowych 31-50 lat (50%) i powyżej 50 lat (31%). 78% kobiet i 47% ogółu grupy badawczej było w związkach małżeńskich. Jedynie mężczyźni byli po rozwodzie, żyli w konkubinacie lub byli wdowcami. Wyższe i średnie wykształcenie prezentowało 38% i 42% grupy. Wykształcenie zawodowe posiadał tylko jeden respondent (1%). Ponad ¾ grupy i 93% kobiet miało stałą pracę. Bezrobocie dotyczyły 4% grupy i 7% kobiet. Pracę dorywczą oraz rentę/emeryturę posiadali jedynie mężczyźni. Średni okres uzależnienia od alkoholu grupy badawczej wynosił niespełna 13 lat. Wśród kobiet okres

uzależnienia wynosił średnio 8 lat. Według skali MAST wszyscy ankietowani wykazywali cechy uzależnienia, otrzymując ponad 5 punktów MAST. Średnia ocena grupy badawczej wynosiła 34,8 pkt. MAST. W grupie kobiet średnia MAST wynosiła 26pkt, co może sugerować, iż kobiety szybciej podejmują decyzję o podjęciu leczenia odwykowego, są bardziej świadome swojego stanu zdrowia od mężczyzn. W badaniach Zawadzkiej i wsp., kobiety stanowiły 42% grupy badawczej, średni okres uzależnienia od alkoholu wynosił 8 lat, a średni wynik MAST wynosił 28,42 punkty [12]. Udział kobiet w populacji osób uzależnionych od alkoholu jest znacznie mniejszy niż mężczyzn, jednak na całym świecie obserwowany jest wzrost ilości kobiet nadużywających alkoholu.

Apetyt stanowi jeden z elementów stylu życia, który w badaniu własnym osób z zespołem uzależnienia alkoholowego nie wykazał zależności istotnych statystycznie wobec żadnych ocenianych czynników. W grupie badanej zaburzenia apetytu dotyczyły 52% mężczyzn oraz 50% ogółu badanych po 50 roku życia. Pod względem stanu cywilnego zaburzenia apetytu dotyczyły głównie rozwodników (70%) i osób żyjących w konkubinacie (67%). Wszyscy respondenci z wykształceniem podstawowym deklarowali zaburzenia apetytu, zaś z wykształceniem wyższym – tylko 34%. Najczęściej zaburzenia apetytu, pod względem stosunku do pracy, dotyczyły osób bezrobotnych (75%). Osłabienie apetytu koreluje z długością okresu uzależnienia od alkoholu oraz wzrostem natężenia choroby alkoholowej wg punktacji MAST, co świadczy o proporcjonalnym do długości trwania i nasilenia choroby alkoholowej uszkodzeniu organizmu.

Wysiłek fizyczny stanowi jedno z głównych determinantów zdrowia. Regularna aktywność wpływa korzystnie na utrzymanie siły mięśniowej, odporności organizmu, funkcjonowanie układu oddechowego i krążeniowego oraz ogólną wydolność organizmu. Częstotliwość i natężenie wysiłku powinny być dostosowane do możliwości organizmu, jednakże jej stopniowe zmniejszanie lub całkowite zaniechanie zawsze skutkuje negatywnymi skutkami zdrowotnymi [4, 6]. W badaniu własnym intensywny wysiłek podejmowany był w równym stopniu przez obie płcie, jednakże kobiety wykonywały go z większą częstotliwością.

Umiarkowany wysiłek fizyczny deklarowało 100% kobiet, przy czym mężczyźni wykonywali go z większą częstotliwością. W wynikach badań Zawadzkiej i wsp. również nie uzyskano istotnych zależności aktywności fizycznej względem płci [12]. W badaniu własnym wykazano, że częstotliwość wykonywania wysiłku fizycznego wzrasta po 30 roku życia.

Umiarkowany wysiłek fizyczny podejmowało 90% respondentów przed 50 rokiem życia i jedynie 46% po 50 roku życia, przy czym intensywny wysiłek deklarowało aż 73% osób po 50 roku życia. Przyczyną takiej rozbieżności może być narastające wraz z wiekiem osłabienie mięśniowe, przez które niewielka aktywność urasta do rangi intensywnego wysiłku. Najbardziej aktywną grupą, pod względem stanu cywilnego, były osoby wolne, wśród których intensywny wysiłek deklarowało 72%, zaś umiarkowany aż 92% osób. Respondenci pozostający w związkach małżeńskich wykazywali się największą częstotliwością wysiłku, zarówno intensywnego i umiarkowanego. Wdowcy nie podejmowali żadnego wysiłku. Pracujący respondenci podejmowali wysiłek intensywny w największym odsetku i z największą częstotliwością. Najmniej zaangażowane w wysiłek były osoby bezrobotne. Wzrost wysiłku intensywnego i umiarkowanego korelowały (bez istotności statystycznej) z krótszym okresem uzależnienia od alkoholu i mniejszym nasileniem ZUA wg skali MAST. Tym samym można wnioskować, iż wydłużenie okresu choroby alkoholowej i zwiększenie jej nasilenia wpływa negatywnie na aktywność fizyczną chorego. Literatura dowodzi, iż długotrwałe przyjmowanie dużych dawek alkoholu wpływa destrukcyjnie na układ nerwowy i mięśniowy, osłabiając koordynację ruchową, wydolność oraz koncentrację, co zwiększa ryzyko urazów i kontuzji, a w efekcie zmniejsza natężenie podejmowanej aktywności [7, 9].

Największy udział w intensywnym wysiłku wykazali pacjenci, którzy nie mają w najbliższym otoczeniu osób uzależnionych od alkoholu. Intensywny wysiłek podejmowało najmniej chorych, którzy alkohol spożywali w towarzystwie kolegów. Umiarkowany wysiłek w największym odsetku i częstotliwości podejmowali badani, którzy mieli osoby uzależnione wśród bliskich znajomych. Umiarkowany wysiłek podejmowało najmniej chorych, którzy alkohol spożywali z rodziną. Rodzinne uzależnienie prawdopodobnie wyklucza z życia inne aktywności poza wspólnym celebrowaniem spożywania alkoholu. Osoby nie mające w najbliższym otoczeniu osób uzależnionych od alkoholu mają większe szanse poznania i praktykowania innych aktywności, niż spożywanie alkoholu [3, 11].

Spacery były praktykowane przez wszystkie grupy respondentów, pod względem wieku, płci, wykształcenia i stosunku do pracy. Badani, którzy nie mieli w najbliższym otoczeniu innych osób uzależnionych oraz spożywający alkohol samotnie wykazywali największą częstotliwość spacerów. Spadek odsetka respondentów uprawiających spacery korelował ze zwiększeniem okresu uzależnienia od alkoholu oraz większym nasileniem ZUA według skali MAST. Zależność statystyczną wykazano wobec stanu cywilnego, gdyż spacery

podejmowało 100% ankietowanych żyjących w konkubinacie i nie będących w związku, zaś wdowcy nie uczęszczali na spacer. Największą częstotliwością spacerów wykazali się badani będący w związku małżeńskim. Wsparcie małżeńskie jest obowiązkiem prawnym i potrzebą emocjonalną obu stron, która warunkuje skuteczność utrzymania lub odbudowania dóbr zarówno jednostki, jak i w efekcie całej rodziny [3].

Sposób radzenia w sytuacji stresowej zależy od wielu czynników indywidualnych i środowiskowych. Diagnoza ZUA jest wystarczającym dowodem na brak lub bardzo ograniczone umiejętności radzenia ze stresem. Spożywanie alkoholu w reakcji na sytuację stresową jest wynikiem nieprzystosowania osoby uzależnionej do stawianych wyzwań, braku umiejętności planowania i przewidywania ewentualnych konsekwencji. Alkohol powoduje krótkotrwałe poczucie zmniejszenia napięcia psychofizjologicznego, co napędza błędne koło autodestrukcyjnych zachowań.

Ankietowani w zbliżonym odsetku w sytuacji stresowej podejmowali próby rozwiązania problemu (85%), prosili o pomoc (78%), odreagowywali stres poprzez wysiłek fizyczny (79%) i sięgali po alkohol (85). Istotnym statystycznie czynnikiem umiejętności radzenia w sytuacji stresowej był wiek badanych. Respondenci do 30-go roku życia częściej prosili o pomoc, badani w wieku 31-50 lat częściej niż inni podejmowali wysiłek fizyczny, natomiast osoby po 50. roku życia podejmowały próby rozwiązania problemu i spożywały alkohol. Metody radzenia w sytuacji stresowej były istotnie statystycznie powiązane również z okresem uzależnienia alkoholowego. Najdłuższe uzależnienie dotyczyło respondentów, którzy w sytuacji stresowej próbowali rozwiązać problem i prosili o pomoc, zaś najkrótszy okres uzależnienia cechował osoby, które w stresie podejmowały wysiłek fizyczny. Według zespołu badawczego Terelaka, podjęcie terapii odwykowej jest pierwszą i być może najważniejszą lekcją radzenia w sytuacji stresowej – nie picia. Długość okresu abstynencji jest proporcjonalna do wzrostu umiejętności samozachowawczych i poszukiwania wsparcia społecznego w sytuacji stresowej. Skuteczna terapia odwykowa częściej skutkuje wypracowaniem mechanizmu radzenia ze stresem nastawionym na rozwiązanie problemu [13]. Reasumując, rzetelne uczestnictwo w terapii odwykowej warunkuje przejście ze strategii unikowej do zadaniowego radzenia w sytuacji stresowej, co znacząco wpływa na poprawę jakości życia [14]. Jakość relacji rodzinnych była statystycznie zależna względem płci i stanu cywilnego respondentów. Dobre relacje rodzinne deklarowało 85% kobiet i 60% mężczyzn. Złe relacje istniały jedynie wśród rodzin badanych mężczyzn. Pod względem stanu cywilnego,

dobre relacje rodzinne dotyczyły głównie wdowców, osób będących w związkach małżeńskich i stanu wolnego. Złe relacje rodzinne deklarowali jedynie rozwodnicy i osoby będące w związkach małżeńskich. Obojętność wobec relacji rodzinnych dominowała wśród rozwodników (75%) i osób żyjących w konkubinacie (66,67%). Przyczyną zachwiania relacji rodzinnych mogą być wszystkie możliwe następstwa uzależnienia alkoholowego, m.in.: zaburzenia emocjonalne, finansowe, zdrowotne oraz rozwój emocjonalnego współuzależnienia członków rodziny.

Problemy społeczne były istotnie zależne od stanu cywilnego, wykształcenia i okresu uzależnienia od alkoholu. Problemy w pracy były główną domeną rozwodników, wdowców oraz osób z wykształceniem podstawowym. Problemy z komunikacją międzyludzką dotyczyły wszystkich wdowców, a nie występowały wśród osób żyjących w konkubinacie i mających podstawowe wykształcenie. Problemy rodzinne w największym stopniu występowały wśród respondentów po rozwodzie, stanu wolnego, wdowców oraz z wykształceniem podstawowymi wyższym. Problemy finansowe występowały najczęściej wśród rozwodników i wdowców oraz osób z wykształceniem podstawowym. Problemy z prawem były główną domeną wdowców, nie dotyczyły nikogo z wykształceniem podstawowym. Stosowanie przemocy było udziałem ankietowanych stanu wolnego i zamężnych, z wykształceniem zawodowym i średnim. Problemy zdrowotne dotyczyły w największym odsetku wdowców i rozwodników oraz respondentów z wykształceniem podstawowym. Najmniej problemów zdrowotnych mieli pacjenci z wykształceniem średnim i żyjący w konkubinacie. Problemy psychiczne występowały u wszystkich ankietowanych po rozwodzie i wdowców oraz osób z wykształceniem podstawowym. Najmniejszy odsetek problemów psychicznych deklarowali badani stanu wolnego. Największe obciążenie problemami społecznymi występowało wśród wdowców oraz osób z wykształceniem podstawowym [15].

Średni okres uzależnienia od alkoholu był najkrótszy wśród osób mających problemy z prawem (11,07 lat), zaś najdłuższy wśród osób mających problemy zdrowotne (14,15 lat). Z badań Śląskiego, mających na celu porównanie problemów społecznych osób z ZUA odbywających karę w zakładzie karnym oraz nie karanych, czas uzależnienia od alkoholu wśród więźniów wynosił średnio 12,5 roku i był krótszy o niespełna 4 lata od średniego okresu uzależnienia osób nie karanych. Problemy psychiczne oceniane były na równym poziomie. Wobec tego można wnioskować, iż więzienie bardziej kształtuje styl życia osób uzależnionych (szczególnie należących do grupy grypsujących) niż sam alkoholizm [16].

Długotrwałe spożywanie alkoholu powoduje wiele szkód zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych, co w efekcie pogarsza jakość życia chorego [17]. Chodkiewicz udowodnił, iż alkoholicy przystępujący do terapii leczenia uzależnienia mają znacznie gorsze poczucie stanu zdrowia, zarówno fizycznego i psychicznego w porównaniu do okresu po odbyciu terapii odwykowej. Jakość życia osób uzależnionych tym samym ulegała stopniowej poprawie w trakcie trwania terapii, odnosząc maksymalne efekty po jej skutecznym zakończeniu [18]. Dowodzi to szkodliwości działania alkoholu na stan zdrowia, uzyskując jego poprawę przy całkowitej abstynencji. Ponadto istotnym czynnikiem jest nastawienie psychiczne i wypracowane w trakcie terapii mechanizmy samozachowawcze wobec picia, które nie tylko znoszą destrukcyjny wpływ alkoholu na zdrowie fizyczne, ale również wpływają dobroczynnie na psychikę i nowy styl życia po terapii [19].

## **WNIOSKI**

1. Styl życia pacjentów z zespołem uzależnienia alkoholowego jest istotnie zależny od wieku, stanu cywilnego, stosunku do pracy zawodowej, okresu uzależnienia od alkoholu, obecności osób uzależnionych w otoczeniu pacjenta oraz utrzymywanych relacji międzyludzkich.
2. Zaburzenia apetytu nie wykazywały zależności względem badanych cech demograficznych i środowiskowych czynników choroby alkoholowej.
3. Podejmowanie intensywnego wysiłku wykazało zależność ze stanem cywilnym, obecnością innych osób uzależnionych w otoczeniu pacjenta.
4. Umiarkowany wysiłek wykazał zależność z wiekiem respondentów i stosunkiem do pracy.
5. Spacerowanie było zależne od stanu cywilnego ankietowanych.
6. Radzenie w sytuacji stresowej było zależne od wieku i okresu uzależnienia od alkoholu.
7. Relacje międzyludzkie nie wykazywały zależności względem badanych cech demograficznych i środowiskowych czynników choroby alkoholowej.
8. Relacje rodzinne wykazywały zależność względem płci i stanu cywilnego.
9. Problemy społeczne wykazywały zależność w stosunku do wykształcenia, stanu cywilnego i okresu uzależnienia od alkoholu.

## PIŚMIENNICTWO

1. Krok D., Gałążewska I.: Dylematy uzależnienia – impulsywność i radzenie sobie ze stresem u mężczyzn uczestniczących w terapii uzależnień. *Studia Socialia Cracoviensia*, 2016, 8 (2), 179-198.
2. Cierpiałkowska L.: Efektywność psychoterapii i interwencji społecznych wobec osób nadużywających i uzależnionych od alkoholu w świetle badań. *Polskie Forum Psychologiczne*, 2015, 20 (4), 453-466.
3. Zarzycka B., Ziółkowska D., Śliwak J.: Wsparcie i zmagania religijne jako predykatory jakości życia anonimowych alkoholików – moderacja przez czas abstynencji. *Roczniki Psychologiczne*, 2017, 20 (1), 99-120.
4. Czarnecki D., Ziółkowski M., Chodkiewicz J., Danek M., Łangowska-Grodzka B., Zając-Lamparska L.: Jakość życia i jej korelaty u mężczyzn uzależnionych od alkoholu – leczonych stacjonarnie odwykowo i bezdomnych przebywających w schronisku lub hostelu. *Alcoholism and Drug Addiction*, 2017, 30 (1), 41-58.
5. EASL European Association for the Study of the Liver: Clinical practical guidelines: management of alcoholic liver disease. *Journal of Hepatology*, 2012, 57, 399-420.
6. Frąckowiak M., Motyka M.: Zespół zależności alkoholowej: charakterystyka, fazy rozwoju, metody diagnozowania. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2015, 96 (2), 315-320.
7. Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Dz.U. 1982, Nr 35, poz. 230.
8. Gill J., Tsang C., Black H., Chick J.: Can part of the health damage linked to alcohol misuse in Scotland be attributable to the type of drink and its low price (by permitting a rapid rate of consumption)? A point of view. *Alcohol and Alcoholism*, 2010, 45 (1), 398-400.
9. 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,
10. Ustawa z dnia 10 stycznia 2018 r. o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz ustawy o bezpieczeństwie imprez masowych. Dz.U. 2018, poz. 310.



11. Gruszczyńska M., Skorupa P.: Aktywność fizyczna a jakość życia i samoocena. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2018, 99 (1), 69-73.
12. Zawadzka M., Dziedziczak-Buczyńska M., Buczyński A., Henrykowska G.: Aktywność ruchowa wśród pacjentów ze zdiagnozowanym zespołem uzależnienia alkoholowego. *Polish Hyberbaric Medicine and Technology Society*, 2017, 61 (4), 67-74.
13. Ryszkowski A., Wojciechowska A., Kopański Z., Brukwicka I., Lishchynskyy Y., Mazurek M.: Funkcjonowanie w społeczeństwie osób uzależnionych od alkoholu. *Journal of Clinical Healthcare*, 2015, 1, 7-13.
14. Hędzulek M., Wnuk M., Marcinkowski J.T.: Choroba współuzależnienia od alkoholu – diagnoza, konsekwencje, leczenie. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2009, 90 (3), 309-315.
15. [www.parpa.pl](http://www.parpa.pl); Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych: Profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych w Polsce w samorządach gminnych w 2017 roku. Zestawienia statystyczne 2017. pobrano 26.10.2018 g. 06.10.
16. Jankowska I., Wicher D., Teisseyre M., Cielecka-Kuszyk J., Pawłowska J.: Markery przewlekłej niewydolności wątroby. *Pediatrics po Dyplomie*, 2013, 17 (1), 47-55.
17. Jankowski M.M., Ignatowska-Jankowska B., Kumański K., Witek B., Świergiel A.H.: Wpływ alkoholu na układ odpornościowy – przegląd badań. *Alkoholizm i Narkomania*, 2013, 26 (1), 37-53.
18. Chodkiewicz J.: Ocena jakości życia alkoholików przed i po terapii odwykowej. Co zmienia się w czasie leczenia? *Alkoholizm i Narkomania*, 2012, 25 (2), 133-150.
19. Kano M.Y., Santos M.A., Pillon S.C.: Use of alcohol in the elderly: transcultural validation of the Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version (MAST-G). *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2014, 48 (4), 649-656.



## **DOLEGLIWOŚCI W SFERZE BIO-PSYCHO-SPOŁECZNEJ U CHORYCH Z NADCIŚNIENIEM TĘTNICZYM KRWI**

**Karolina Boruch<sup>1</sup>, Krystyna Klimaszewska<sup>2</sup>**

1. Oddział Kardiologii z OIOK, Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowi Mazowieckiej
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

### **WSTĘP**

Nadciśnienie tętnicze obok hipercholesterolemii i palenia tytoniu, stanowi jeden z głównych modyfikowalnych czynników rozrostu miażdżycy oraz jest jedną z najczęściej występujących przyczyn zarówno chorobowości jak też śmiertelności sercowo-naczyniowej.

NTK to choroba cywilizacyjna będąca najważniejszym bodźcem prowadzącym do przedwczesnej śmierci na całej kuli ziemskiej. Wysokie wartości ciśnienia tętniczego krwi wykazują powiązanie ze śmiertelnością oraz zapadalnością na choroby układu krążenia (zawał serca, niewydolność serca, udar mózgu, choroba tętnic obwodowych, migotanie przedsionków), niewydolność nerek [1].

### ***Definicja nadciśnienia tętniczego krwi (NTK)***

Nadciśnienie tętnicze krwi to choroba układu krążenia, gdzie w naczyniach tętniczych panuje stałe bądź czasami podwyższone ciśnienie tętnicze krwi. Jako podstawę do rozpoznania nadciśnienia tętniczego krwi bierze się prawidłowo wykonany pośredni pomiar. NTK diagnozuje się, gdy średnie wartości ciśnienia tętniczego (zmierzone co najmniej z dwóch pomiarów dokonanych w czasie dwóch różnych wizyt) są równe bądź wyższe niż 140 mmHg ciśnienia skurczowego i/lub 90 mmHg rozkurczowego [2].

### ***Epidemiologia nadciśnienia tętniczego***

NTK jest jedną z najczęstszych chorób cywilizacyjnych, dotyczy ok. 25% populacji. W Polsce szacowana liczba chorych wynosi 8-10 mln, w USA 50 mln, z kolei na świecie 1 mld. [3].

W ciągu ostatnich 20 lat w Polsce obserwuje się znaczny wzrost rozpowszechnienia NTK. Z badań NATPOL przeprowadzonych w 2011 roku rozprzestrzenienie nadciśnienia w grupie osób 18-78 lat zwiększyło się w okresie 10 lat z 30-33%, to jest około 9 milionów ludzi. Do tej grupy należy doliczyć około 1 miliona ludzi z nadciśnieniem po ukończeniu 80-go roku życia. Do roku 2035 liczba zachorowań na nadciśnienie może wzrosnąć o połowę, na co wskazuje utrzymywanie się analizowanych rokowań [3].

### ***Etiologia nadciśnienia tętniczego***

Wysokość wartości ciśnienia tętniczego jest zależna od dwóch parametrów biochemicznych: oporu dla przepływu krwi oraz pojemności minutowej serca. Patogeneza nadciśnienia jest zależna od wielu czynników, a podstawę pogłębiania się choroby mogą stanowić zaburzenia działania jednego bądź kilku układów mających wpływ za normalizację ciśnienia tętniczego [4].

Nadrzędną rolę w progresji nadciśnienia tętniczego odgrywają:

- układ renina-angiotensyna-aldosteron
- układ nerwowy
- substancje presyjne oraz hipotensyjne produkowane przez komórki śródbłonna naczyń.

Działania tych układów i substancji presyjnych są ze sobą silnie związane dzięki zasadzie sprzężeń zwrotnych, które ulegają zaburzeniu wraz z pogłębianiem się NTK, co skutkuje zatrzymaniem wartości ciśnienia krwi na wyższym poziomie [4].

W patogenezie nadciśnienia tętniczego zasadniczą rolę pełnią nerki. Biorą udział normalizacji wysokości ciśnienia krwi poprzez wydalanie sodu, zmiany wolemii. Ich mechanizm działania jest bardzo rozbudowany. U chorych z NTK występuje zaburzone wydalanie sodu, które wymaga wysokich wartości ciśnienia, żeby wydalić odpowiednią ilość danego jonu, niż jak to jest u osób z właściwym ciśnieniem krwi. Zjawisko to nosi miano diurezy presyjnej [4].

### ***Klasyfikacja***

Jako podstawę do rozpoznania NTK jest właściwie wykonany pośredni pomiar ciśnienia w gabinecie lekarskim. Wiarygodny wynik pozwala uzyskać aparat spełniający kryteria, wskazujący właściwy pomiar, stosowne przygotowanie pacjenta oraz właściwe techniki badającego. NTK rozpoznaje się, gdy średnie wartości ciśnienia są równe bądź wyższe niż 140mmHg dla skurczowego ciśnienia i/lub 90mmHg dla rozkurczowego.

Według badań PTNT przeprowadzonych w 2015 roku podtrzymano klasyfikację nadciśnienia opartą o pomiary gabinetowe, z podziałem na 3 stopnie, gdzie wyróżniono podtyp izolowanego nadciśnienia skurczowego [4].

### ***Objawy nadciśnienia tętniczego***

Podstawowy objaw nadciśnienia tętniczego krwi to podwyższenie wartości ciśnienia skurczowego krwi powyżej 139 mmHg i/lub rozkurczowego powyżej 89 mmHg. Podwyższenie ciśnienia może pojawiać się stale bądź okresowo (zwane potocznie ciśnieniem chwiejnym). Choroba może rozwijać się skrycie nawet przez wiele lat, nie ujawniając żadnych dolegliwości. Do pierwszych objawów zaliczamy:

- złe samopoczucie,
- nieznaczne przyspieszenie akcji serca,
- osłabienie,
- różne uporczywe bóle głowy (często występujące, poranne bóle, zlokalizowane w okolicy potylicznej),
- szum w uszach,
- zawroty głowy,
- mroczki przed oczami,
- zmniejszona tolerancja wysiłku fizycznego,
- niepokój oraz uczucie kołatania serca,
- okresowa bezsenność,
- wzmożona potliwość,
- spadek sprawności fizycznej jak też psychicznej [5].

Zdarza się, że dojdzie do dramatycznego podwyższenia ciśnienia tętniczego (przełomu nadciśnieniowego), wówczas do wyżej wymienionych objawów dołączają:

- uczucie ściskania w klatce piersiowej,
- nudności,
- uczucie braku powietrza,
- zaburzenia mowy,
- zaburzenia widzenia,
- różne objawy neurologiczne [5].

### ***Powikłania nadciśnienia tętniczego***

NTK powoduje zmiany w większości narządów jak i tkanek. Szczególnie groźne jest uszkodzenie serca, mózgu, oczu, nerek i dużych naczyń.

Powikłania w przebiegu NTK:

- neurologiczne: udar mózgu, zespół otępienny, przemijające niedokrwienie mózgu,
- kardiologiczne: choroba niedokrwienna serca (zwłaszcza zawał serca), przerost mięśnia serca, niewydolność serca,
- nefrologiczne: szklwienie kłębuszków nerkowych, białkomocz, mikroalbuminuria, niewydolność nerek,
- okulistyczne: retinopatia,
- powiązane z przyspieszeniem zmian miażdżycowych innych tętnic: tętnic kończyn dolnych, aorty jak również powstawanie tętniaków naczyniowych [6].

### ***Leczenie nadciśnienia tętniczego krwi***

#### **Leczenie farmakologiczne**

Do celów leczenia NTK zalicza się:

- zmniejszenie gruntownego ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych poprzez zmniejszenie wartości ciśnienia tętniczego poniżej 140/90 mmHg. U chorych z niewydolnością nerek, z cukrzycą, z ogromnym ryzykiem sercowo-naczyniowym radzi się obniżyć wartość ciśnienia poniżej 130/80 mmHg. Z kolei w przypadku białkomoczu poniżej 125/75 mm Hg.
- Koordynowanie modyfikowalnych przyczyn ryzyka sercowo-naczyniowego [7].

Leczenie farmakologiczne obejmuje przyjmowanie środków terapeutycznych spośród 5 głównych grup leków hipotensyjnych w monoterapii lub też w leczeniu skojarzonym:

- Leki moczopędne (diuretyki),
- Antagoniści wapnia,
- Leki blokujące receptory beta adrenergiczne (beta-blokery),
- Inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACEI),
- Leki blokujące receptor AT<sub>1</sub> (ARB) [7].

Terapia hipotensyjna musi być zindywidualizowana, czyli dostosowana do indywidualnego stanu zdrowia pacjenta. Monoterapia może stanowić początkowe leczenie, gdy ma się do czynienia z niewielkim wzrostem ciśnienia tętniczego jak też małego całkowitego ryzyka sercowo-naczyniowego [7].

U dużej ilości chorych ze względu na nieskuteczność monoterapii wskazane staje się stosowanie leczenia skojarzonego. Zalecenia zawierają algorytmy przyjmowania połączeń lekowych. Jeżeli konieczne jest stosowanie trzech bądź większej ilości leków, schemat powinien zawierać podawanie diuretyku. Podstawowym kryterium komponowania leków w terapii skojarzonej powinien być zwiększony efekt terapeutyczny, jak również uzyskanie lepszej tolerancji leczenia [8].

Prawidłowo tolerowane i skuteczne skojarzenia leków, tworzą połączenia:

- ACEI i antagonistą wapnia,
- ACEI i diuretyk tiazydowy,
- Antagonista wapnia i ARB,
- ARB i diuretyk tiazydowy,
- Beta-adrenolityk i antagonistą wapnia (pochodna dihydropirydyny),
- Antagonista wapnia i diuretyk tiazydowy [7, 8].

### **Leczenie niefarmakologiczne**

Dotyczy ono zmiany stylu życia wszystkich chorujących na nadciśnienie tętnicze krwi, łącznie z wymagającymi farmakoterapii [8].

Do metod mających wpływ na zmniejszenie wartości ciśnienia tętniczego krwi bądź ryzyka sercowo-naczyniowego należą modyfikacje stylu życia, takie jak:

- Zerwanie z nałogiem palenia papierosów,
- Zwiększenie aktywności ruchowej,

- Utrzymanie prawidłowej masy ciała,
- Zmniejszenie zbyt dużego spożycia alkoholu,
- Minimalizacja spożywania soli w diecie,
- Zwiększenie spożycia warzyw, owoców,
- Ograniczenie spożycia tłuszczów nasyconych oraz łącznej ilości przyjmowanych tłuszczów [7, 8].

### *Czynniki zwiększające ryzyko nadciśnienia tętniczego*

#### **- Predyspozycje genetyczne**

Liczne badania naukowe uzasadniają działanie czynników genetycznych na mechanizm powstawania NTK. Geny determinują około 30% labilność ciśnienia tętniczego w populacji. Badania dowiodły, że u bliźniąt jednojajowych ma miejsce większe podobieństwo, jeśli chodzi o wartości ciśnienia tętniczego niż u dwujajowych bliźniąt, jak również, że u 45-85% osób z nadciśnieniem co najmniej jedno z rodziców chorowało na nadciśnienie [9].

#### **- Otyłość**

Otyłość, zwłaszcza brzuszna, stała się jednym spośród najsilniejszych czynników ryzyka sercowo-naczyniowego. NTK to najczęstsza patologia układu krążenia, gdzie jedną z ważniejszych przyczyn jest nadmierna masa ciała. Postępowanie z chorym na NTK z nieprawidłową masą ciała wg wytycznych Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego nie powinno się zbyt różnić jak w przypadku postępowania z osobami o prawidłowej masie ciała [10].

Według definicji WHO prawidłowy wskaźnik masy ciała (BMI), mieści się w przedziale 18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup>, a wartości większe klasyfikowane są jako nieprawidłowe. BMI określające osoby z nadwagą mieszczą się w zakresie: 25-29,9 kg/m<sup>2</sup>. Z kolei BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> wskazuje otyłość [10].

Przypuszcza się, że liczba otyłych w Polsce w 2035 roku wzrośnie z 22 do 33%. Wówczas będziemy mieli do czynienia z równorzędnym istotnym wzrostem częstości występowania chorób uwarunkowanych nadmierną masą ciała, takich jak nadciśnienie oraz cukrzyca. Ocenia się, że przy przewidzianym tempie wzrostu częstości występowania otyłości szacuje się, że rozpowszechnienie nadciśnienia w Polsce wzrośnie z 32 do ponad 50% [10].

Wraz ze wzrostem BMI wzrasta ilość występowania chorób związanych z otyłością, takich jak cukrzyca oraz nadciśnienie tętnicze. Według niektórych badań wskazuje się, że ponad 2/3 przypadków NTK może być naocznie związane z występowaniem nadmiernej masy ciała [10].

Udowodniono także, że ryzyko nadciśnienia tętniczego, cukrzycy jak również dyslipidemii wzrasta od BMI ok. 21 kg/m<sup>2</sup>. Współwystępowanie nadwagi i otyłości jest związane z większymi trudnościami kontroli nadciśnienia tętniczego, czyli z tzw. „nadciśnieniem opornym” [10].

W ostatnim czasie wykazano także silny związek częstości występowania NTK z obwodem talii, jak również z wskaźnikiem talia/biodra (WHR). U osób z największym wskaźnikiem WHR nadciśnienie tętnicze pojawia się znacznie częściej. W dodatku tylko u osób z otyłością zagrożenie rozwoju nadciśnienia tętniczego jest podwyższone, lecz także osoby z nadciśnieniem zdają się być bardziej podatne na zwiększenie masy ciała [11].

#### **- Wiek**

Wraz z wiekiem rośnie częstość występowania nadciśnienia tętniczego krwi. W Polsce nadciśnienie tętnicze dotyczy ponad 3 mln osób. Przed 60 rokiem życia częstość występowania NTK nie przewyższa 30%, z kolei w późniejszym okresie życia podwyższa się do 59%, a po osiągnięciu 80 r.ż. przekracza 70% [12].

U większej ilości osób w podeszłym wieku wskazuje się izolowane nadciśnienie skurczowe. Zauważa się istotny i często trudny do zahamowania lekami wzrost wartości ciśnienia tętniczego skurczowego i względnie niskie ciśnienie rozkurczowe. Doprowadza to do znacznej różnicy między ciśnieniem skurczowym, a rozkurczowym, czyli do sporej wartości tętna, co jest negatywnym wskaźnikiem prognostycznym [12, 13].

U osób w podeszłym wieku nadciśnienie wtórne występuje częściej niż u osób młodych, jednak u tych osób częściej pojawia się nadciśnienie pierwotne. Zazwyczaj ujawnia się w średnim wieku i rośnie wraz ze starzeniem się ustroju. Z kolei, u niektórych chorych ukazuje się po raz pierwszy w późniejszym stadium życia [13].

#### **- Stres**

Długotrwałe występujący stres nie jest obojętny w stosunku do zdrowia. Jeśli długo się utrzymuje, może wywołać jeszcze większe szkody w organizmie. Nadmiar stresu wywiera wpływ na funkcjonowaniu układu krążenia, pokarmowego, hormonalnego i innych. Stresowe sytuacje powodują wzrost ciśnienia krwi oraz przyspieszenie pracy serca. Przewlekły stres

wywołuje takie same, lecz pogłębione skutki mogą doprowadzić do utrwalonego NTK, miażdżycy czy zawału serca [13].

Rozładować stres pomagają różne techniki relaksacyjne, takie jak, np. joga, medytacja transcendentna, terapia behawioralna, gimnastyka relaksacyjno-oddechowa tai-chi. Obniżają one wartość ciśnienia skurczowego średnio o 10 mmHg, a rozkurczowego o 5 mmHg [13].

#### **- Zaburzenia metaboliczne**

Obejmują zespół objawów, takich jak:

- ciśnienie tętnicze krwi > 130/85mmHg,
- otyłość brzuszna,
- zawyżony poziom trójglicerydów
- zbyt niski poziom cholesterolu HDL,
- nieprawidłowa glikemia na czczo bądź też nieprawidłowa tolerancja glukozy [14].

Do zdiagnozowania zespołu metabolicznego trzeba stwierdzić przynajmniej 3 z wymienionych powyżej składowych. Zgodnie z punktem widzenia patofizjologii głównym zaburzeniem zespołu metabolicznego jest otyłość brzuszna, jednakże w populacji ze stwierdzonym zespołem kryterium nadciśnienia tętniczego dotyczy aż 93% osób, natomiast kryterium otyłości brzusznej -77%, hipertrójglicydemii -77%, zbyt niskiego poziomu cholesterolu frakcji HDL -62% oraz zaburzeń metabolizmu glukozy – 33% [14].

#### **- Mała aktywność fizyczna**

Brak jakiegokolwiek aktywności fizycznej doprowadza głównie do otyłości i insulinooporności, która może zapoczątkować rozwój cukrzycy typu 2. Te wymienione wyżej skutki mają negatywny wpływ na wartości ciśnienia tętniczego krwi. Co więcej osoby nieaktywne fizycznie mają tendencję do stałej, przyspieszonej pracy serca, co także podnosi wartości ciśnienia tętniczego krwi [13].

Ćwiczenia fizyczne wykonywane przez większość dni tygodnia, trwające 30-60 minut obniżają wartość ciśnienia tętniczego o 4-9 mm Hg. Dla osób chorujących na NTK zalecane są: pływanie, marsze i spacer, jazdę na rowerze, bieg narciarski. Trzeba wziąć także pod uwagę, że wybór dyscypliny zależy nie tylko od choroby podstawowej, ale również od stanu zdrowia kondycji organizmu czy wieku. Dlatego każdą aktywność najlepiej skonsultować z lekarzem [13].



### **- Palenie papierosów i alkohol**

Samo palenie tytoniu nie powoduje wprost choroby nadciśnieniowej, czyni to pośrednio, ponieważ toksyczny dym tytoniowy niszczy układ naczyniowy, będąc przyczyną rozwoju miażdżycy i choroby wieńcowej. U nałogowego palacza można zaobserwować już po minucie, jak naczynia krwionośne ulegają zwężeniu pod wpływem działania nikotyny. Mimo, że trwa to chwilę (w czasie palenia papierosa), dotyczy to całego organizmu.

Płytki krwi pod wpływem nikotyny mają większą skłonność do gromadzenia się oraz łączenia ze sobą. Agregacja płytek krwi odgrywa ważną rolę w tworzeniu się zakrzepów, mogąc wywołać zawał serca [11].

Błazka miażdżycowa w zaawansowanej miażdżycy może zajmować więcej niż połowę światła naczynia, a od strumienia krwi oddziela ją tylko cienka błonka. U nałogowych palaczy palenie wspomaga destabilizację płytki miażdżycowej, czyli przyspiesza moment, gdy pod wpływem wysokich wartości ciśnienia tętniczego krwi bądź innych czynników błonka pęknie, wtedy szybko i łatwo sklejać się płytki krwi stworzą w miejscu pęknięcia skrzep „korek”, będący największym zagrożeniem dla życia [15].

Jeżeli osoba chora na nadciśnienie pali papierosy, to ryzyko wystąpienia zawału i udaru mózgu wzrasta wielokrotnie [15].

Duża dawka alkoholu przyczynia się do skurczu naczyń tętniczych mięśni nóg i rąk (szkieletowych), większości narządów wewnętrznych oraz naczyń mózgu. Niekorzystnym skutkiem dla chorych na NTK i zagrożonych udarem mózgu jest podwyższenie się wartości ciśnienia tętniczego krwi [11].

### ***Profilaktyka nadciśnienia tętniczego krwi***

Wyróżnia się wiele aspektów, odgrywających rolę w profilaktyce NTK. Należą do nich następujące:

#### **1. Dieta**

Niezmiernie ważne jest zmniejszenie wartości kalorycznej oraz składu diety, co pozwoli zredukować nadmiar zbędnych kilogramów. Zachęca się chorych do spożywania warzyw, błonnika, białka pochodzenia roślinnego, produktów pełnoziarnistych, produktów mlecznych ubogich w tłuszcz, jak też zminimalizowanie przyjmowania tłuszczów nasyconych oraz cholesterolu. Rekomendowane jest spożycie świeżych owoców, jednak powinno się zachować ostrożność u chorych z cukrzycą i nadwagą, biorąc pod uwagę dużą ilość węglowodanów.

Polecana jest dieta śródziemnomorskiego, gdzie ryby są spożywane co najmniej dwa razy w ciągu tygodnia, a łączne spożycie warzyw i owoców obejmuje 300-400 g/ dzień. Wskazane jest wyeliminowanie napojów energetyzujących, jak też produktów spożywczych z wysoką zawartością fruktozy [11].

Udowodniono, że nadpodaż soli kuchennej w diecie może wywołać oporność w leczeniu NTK. Szacuje się, że minimalizacja spożycia sodu do 4,35-5,8 g/dobę, wywołuje przeciętnie obniżenie ciśnienia o 2-8mmHg, zatem dieta chorych na nadciśnienie nie powinna przekraczać więcej niż 5g/dobę soli kuchennej [16].

## 2. Rozstanie się z papierosami

Każdy wypalony papieros powoduje radykalny wzrost wartości ciśnienia krwi, jak również częstości rytmu serca, trwający powyżej 15 minut. Równie szkodliwe jest działanie palenia biernego. Oprócz tego palenie papierosów istotnie zwiększa ryzyko zachorowania na choroby, takie jak: choroba niedokrwienna serca, choroby tętnic obwodowych, udar mózgu, zwłaszcza u chorych z nadciśnieniem tętniczym. Rzucenie nałogu palenia wyznacza istotny element zmniejszania zagrożenia sercowo-naczyniowego chorych z NTK. Palaczom powinno się udzielić porady na temat korzyści płynących z zaprzestania palenia tytoniu. Można rozważyć przyjmowanie środków farmakologicznych, pomagających rzucić nałóg: nikotynowa terapia zastępcza, wardeniklina bądź bupropion [17].

## 3. Ograniczenie alkoholu

Związek między spożywaniem alkoholu a wielkością ciśnienia tętniczego ma liniowy charakter. Większemu spożyciu alkoholu towarzyszy częstsze występowanie udarów, osłabiając jednocześnie mechanizm działania leków hipotensyjnych. U mężczyzn zaleca się dzienne zapotrzebowanie na alkohol ograniczyć do 20-30 g, przeliczając na czysty etanol. Z kolei u kobiet spożycie alkoholu nie powinno przekraczać 10-20 g czystego etanolu na dzień [16, 17].

## 4. Ruch

Właściwa forma aktywności fizycznej stanowi istotną składową leczenia nefarmakologicznego. Stwierdzono, iż w ten sposób można zmniejszyć wartość ciśnienia o 4-9mmHg. Korzyści z włączenia aktywności fizycznej w życie codzienne to: zmniejszenie masy ciała, poprawa ogólnej wydolności organizmu oraz wzrost długości życia. Zalecane jest pacjentom z NTK uprawianie umiarkowanie intensywnego wysiłku fizycznego, przez co najmniej 30 minut, takiego jak: szybkie marsze, bieganie, jazda na rowerze, bądź też pływanie

przez 5-7 dni w tygodniu. Należy unikać sportów związanych z dźwiganiem sporych ciężarów [17, 18].

Zrzucenie zbędnych kilogramów zwłaszcza w okolicy brzucha skutkuje obniżeniem wartości ciśnienia tętniczego krwi oraz zredukowaniem insulinooporności i dyslipidemii.

Wylicza się, że spadek masy ciała o 10 kilogramów powoduje obniżenie ciśnienia skurczowego o około 5-20mmHg, a rezultat hipotensyjny zmniejszenia masy ciała jest przeważający u chorych otyłych niż u osób z prawidłową masą ciała [18].

#### 5. Kontrola ciśnienia krwi

W pierwszym okresie (obejmuje czas do potwierdzenia rozpoznania NTK, a w następnej kolejności wdrażania terapii hipotensyjnej), wizyty kontrolne mogą być realizowane – 1 raz w miesiącu. Z kolei po uzyskaniu właściwej kontroli ciśnienia krwi, bądź też uzyskania wartości zbliżonych do prawidłowych – 1 raz na trzy miesiące. Częstość wizyt jest zależna również od współpracy z pacjentem, pojawianiem się uszkodzeń narządowych, chorób współistniejących, jak też innych czynników ryzyka. Ważne jest dopasowanie schematu leczenia do potrzeb chorego, jego stylu życia, zminimalizowaniu liczby spożywanych dziennie środków farmakologicznych, zaangażowanie rodziny w proces leczenia, jak też oferowanie leczenia nieprzekraczającego warunków finansowych chorego [18].

#### 6. Utrzymanie poziomu cholesterolu w normie

Udowodnione jest, iż podwyższony poziom cholesterolu wywołuje wzrost ryzyka zachorowalności na chorobę niedokrwinną serca. Zminimalizowanie natomiast wartości cholesterolu zmniejsza z kolei to ryzyko. U 40% osób chorujących na pierwotne nadciśnienie tętnicze oraz u dużej ilości osób mających graniczne wartości ciśnienia potwierdzono występowanie zaburzeń lipidowych [19].

Zbyt duże spożycie tłuszczów w codziennej diecie wywołuje niekorzystny wpływ na rokowanie nadciśnienia tętniczego. Dowiedziono, iż spore ilości kwasów tłuszczowych omega 3-nienasyconych mogą w pewnym stopniu zmniejszyć wartość ciśnienia tętniczego, w związku z czym polecane jest spożywanie ryb, mające w swoim składzie spore ilości tych kwasów. Zaleca się utrzymanie cholesterolu całkowitego we krwi poniżej 190mg/dl, jak również cholesterolu frakcji LDL poniżej 115mg/dl [19].

## 7. Nauka radzenia sobie ze stresem

Udowodniono, że stres powoduje wzrost wartości ciśnienia tętniczego. Dlatego też niezwykle ważne w prewencji oraz leczeniu NTK jest unikanie stresów, co jest trudne do zrealizowania.

Wskazane jest modyfikowanie stylu życia, poprzez ograniczenie spożycia soli kuchennej, gdyż nadmiar sodu potęguje reakcję układu sercowo-naczyniowego na stres. Należy unikać kofeiny oraz nikotyny, gdyż w sytuacjach stresowych potęgują reakcję presyjną. Ogromną rolę pełni wysiłek fizyczny, działając na obniżenie spoczynkowego stężenia katecholamin w surowicy oraz zmniejszenie nasilenia reakcji stresowej. Im większa wydolność fizyczna organizmu tym szybsza redukcja wartości ciśnienia tętniczego spowodowanych stresem psychicznym. Duży odsetek ludzi próbuje zwalczyć stres poprzez stosowanie technik relaksacyjnych. Do najbardziej rekomendowanych zaliczamy: terapię behawioralną, trening autogenny, jogę oraz gimnastykę relaksacyjno-oddechową. Są dowody na to, iż techniki te u osób z nadciśnieniem zmniejszają wartości ciśnienia tętniczego skurczowego przeciętnie o 10mmHg, zaś rozkurczowego o 5 mmHg [17, 18, 19].

### **CEL BADAŃ**

Celem pracy było:

1. Określenie dolegliwości w sferze bio-psycho-społecznej u chorych z nadciśnieniem tętniczym krwi.
2. Wpływ dolegliwości związanych z nadciśnieniem na sferę bio-psycho-społeczną.
3. Wytyczenie metod radzenia sobie z dolegliwościami w sferze bio-psycho-społecznej u chorych z nadciśnieniem tętniczym krwi.
4. Poznanie stopnia wiedzy chorych na temat ich jednostki chorobowej.
5. Wyjaśnienie związku chorób współistniejących z nadciśnieniem tętniczym krwi.

### **MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ**

Do przeprowadzenia badań wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego z zastosowaniem techniki ankietowej. Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety własnego autorstwa, złożony z ośmiu pytań metryczkowych oraz dwudziestu ośmiu pytań merytorycznych dotyczących własnych objawów.

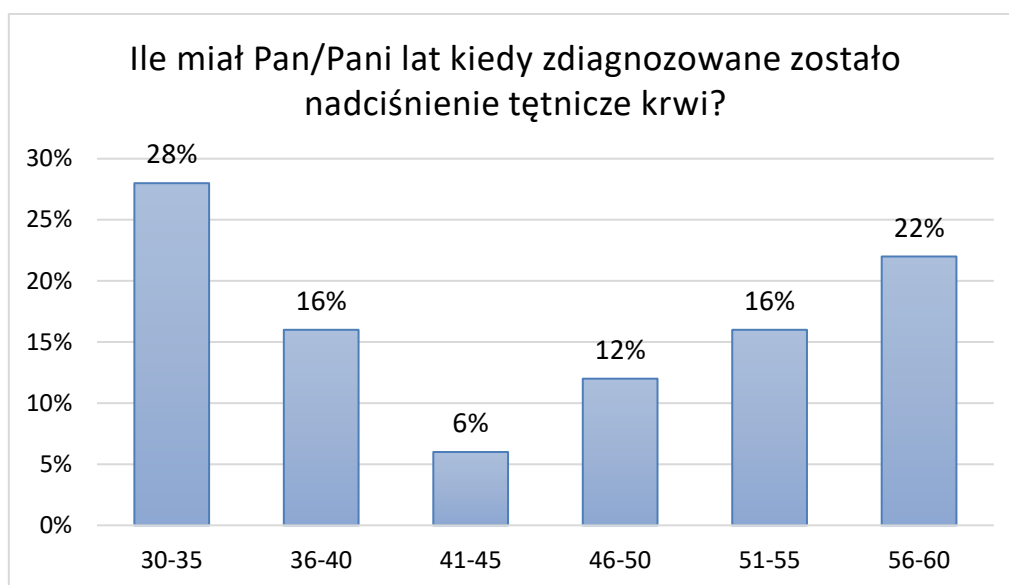
Badanie przeprowadzono wśród 100 pacjentów Oddziału Kardiologicznego z OIOK w SPZZOZ w Ostrowi Mazowieckiej. Zostało przeprowadzone w okresie od 2.01.2019 do 30.03.2019 roku. Do badania włączone były osoby w wieku od 20 do 80 i więcej.

Respondenci otrzymywali kwestionariusz ankiety w formie papierowej, z informacją, że ankieta jest anonimowa, i istnieje możliwość zrezygnowania z uczestniczenia w badaniu na każdym etapie wypełniania kwestionariusza ankiety.

## WYNIKI

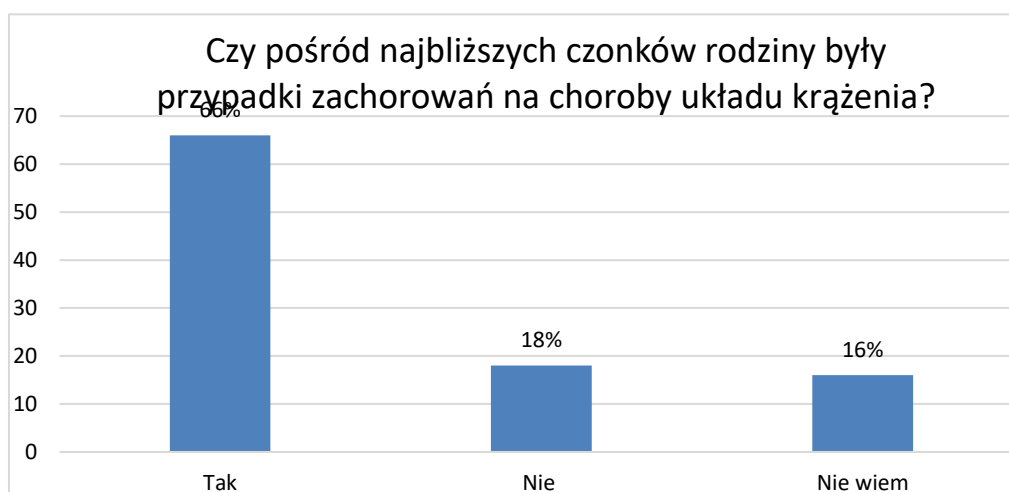
Do badania przystąpiło 100 pacjentów Oddziału Kardiologicznego OIOK w SPZZOZ w Ostrowi Mazowieckiej. Wśród badanych 68% stanowiły kobiety i 32% mężczyźni. Wiek osób biorących udział w ankiecie zawierał się w przedziałach od 20 do 30, od 31 do 40, od 41 do 50, od 51 do 60, od 61 do 70, od 71 do 80 lat. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby z przedziału 51-60 lat, co stanowiło 28% badanych. Respondenci w przedziale wiekowym 20–30 stanowili 6%, w przedziale 31-40 8%, w przedziale 41-50 18%, w przedziale 61-70 22%, z kolei w przedziale 71-80 18%. Na podstawie zebranych informacji dotyczących wagi i wzrostu ankietowanych wyliczono wskaźnik BMI podany w  $\text{kg/m}^2$ . Większość respondentów, bo aż 40% ma nadwagę, co przedstawia przedział 25-29,99. Tylko 22% ma prawidłową masę ciała (przedstawia przedział 18,5-24,99). 24% ma otyłość I stopnia – przedział 30-34,99. Z kolei otyłość II stopnia dotyczy 12% respondentów (przedział 35-39,99). 2% ankietowanych ma otyłość III stopnia (przedział powyżej 40). Wśród badanych na pytanie dotyczące stanu cywilnego otrzymano następujące wyniki: 12% osób to kawaler/panna, 74% to żonaty/mężatka, 2% rozwiedziony/ rozwiedziona, natomiast 12 % wdowiec/wdowa. Wśród ankietowanych 62% osób zadeklarowało, że mieszka na wsi, zaś w mieście zamieszkuje 38%. Wśród ankietowanych 32% posiada wykształcenie zasadnicze zawodowe, 20% podstawowe, 30% średnie, natomiast 18% wyższe. W badanej grupie 20% osób pracuje fizycznie, 28% umysłowo, 2% studiuje, 4% to osoby bezrobotne, zaś na rencie/emeryturze jest 46% badanych.

Zdiagnozowanie nadciśnienia tętniczego u ankietowanych mieściło się w przedziałach: od 30-35 lat u 28% badanych, od 36-40 lat u 16%, od 41-45 lat u 6 %, 46-50 lat u 12 %, 51-55 lat u 16% oraz 56-60 lat u 22% respondentów. Dane przedstawia Rycina 1.



**Rycina 1. Wiek, w którym zdiagnozowano nadciśnienie tętnicze krwi.**

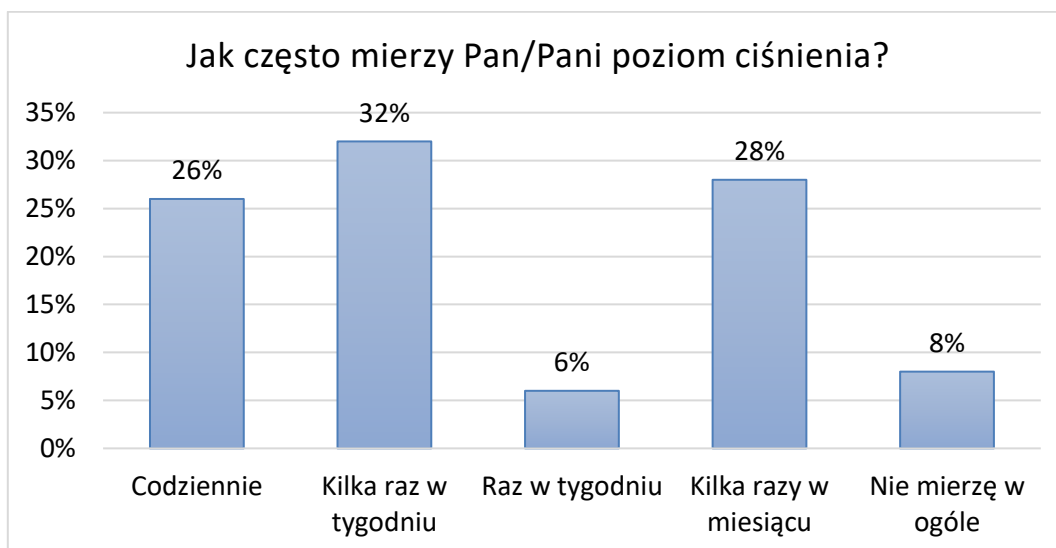
Na pytanie: „Czy wśród najbliższych członków rodziny były przypadki zachorowań na choroby układu krążenia?” 66 % respondentów udzieliło odpowiedzi, że tak, 18 % nie, zaś 16 % nie wie (Rycina 2).



**Rycina 2. Przypadki zachorowań na choroby układu krążenia wśród najbliższych członków rodziny.**

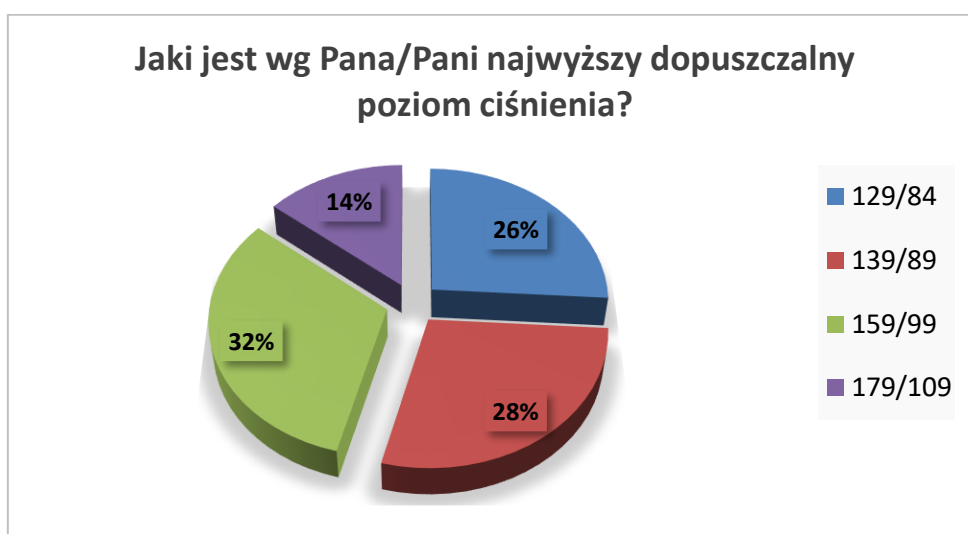
Kolejne pytanie dotyczyło posiadania własnego ciśnieniomierza. Wśród badanych zdecydowana większość, bo aż 90% posiada własny ciśnieniomierz, pozostałe 10% nie.

Na pytanie: „Jak często mierzy Pan/Pani poziom ciśnienia?” 26 % zadeklarowało, że codziennie, 32% kilka razy w tygodniu, 6% raz w tygodniu, 28% kilka razy w miesiącu, natomiast 8% nie mierzy w ogóle. Dane przedstawia Rycina 3.



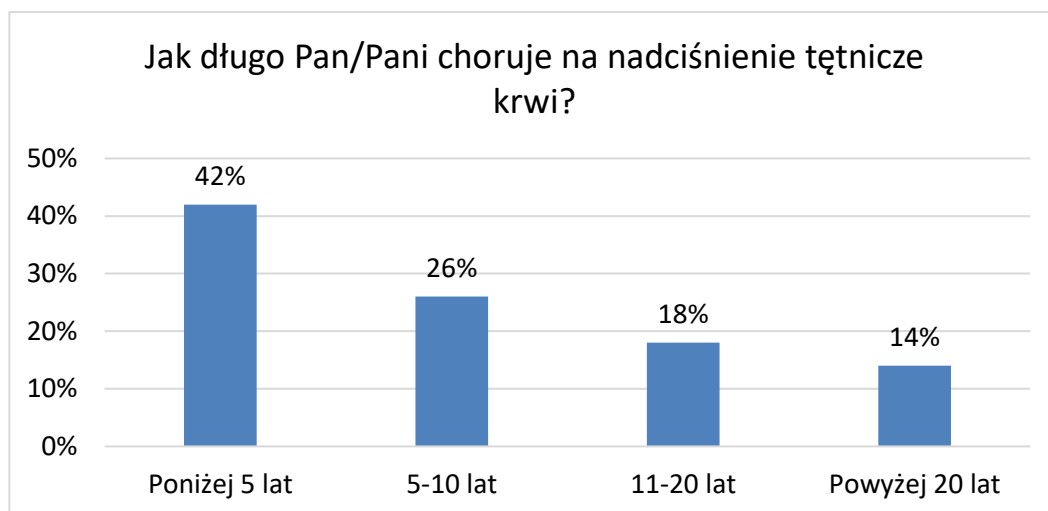
**Rycina 3. Częstość mierzenia ciśnienia przez ankietowanych.**

Według badanych najwyższy dopuszczalny poziom ciśnienia wynosi 159/99. Zadeklarowało tak 32% badanych. 26% stwierdziło, że 129/84, 14% uważa, że 179/109, natomiast 28 % twierdzi, że 139/89 (Rycina 4).



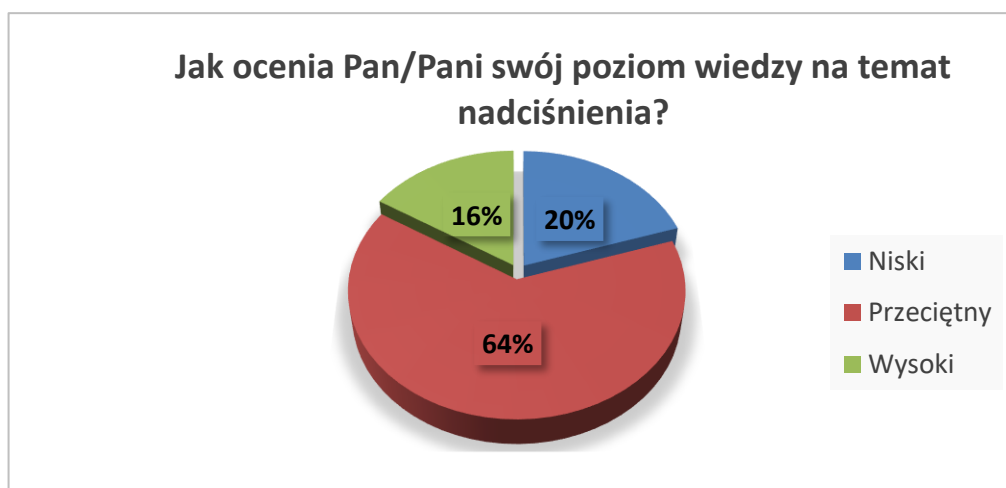
**Rycina 4. Dopuszczalny poziom ciśnienia wg badanych.**

Kolejne pytanie dotyczyło czasu chorowania na nadciśnienie. Większość badanych (42%) zadeklarowało, że choruje poniżej 5 lat. 26% stwierdziło, że od 5-10 lat, 18%, że od 11-20 lat, z kolei 14 %, że powyżej 20 lat (Rycina 5).



**Rycina 5. Czas chorowania na nadciśnienie.**

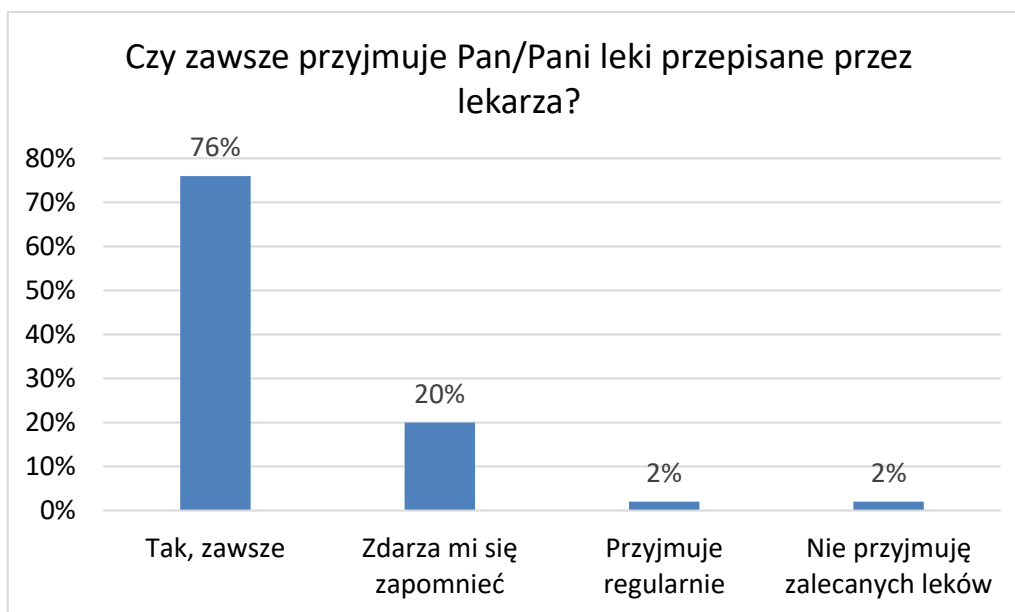
Wśród badanych większość, bo aż 64% odpowiedziało, że poziom wiedzy na temat nadciśnienia tętniczego jest przeciętny. 20% stwierdziło, że niski, natomiast 16%, że wysoki (Rycina 6).



**Rycina 6. Ocena stanu wiedzy na temat nadciśnienia tętniczego.**

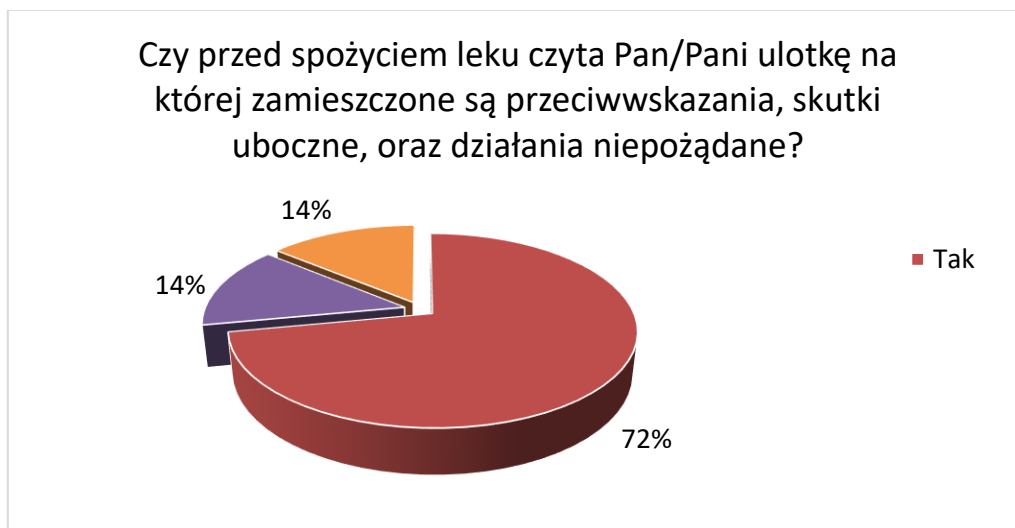
Według respondentów 76 % ankietowanych zawsze przyjmuje leki przepisane przez lekarza, 20% twierdzi, że zdarza im się zapomnieć, 2% przyjmuje regularnie, z kolei 2% nie przyjmuje zleconych leków (Rycina 7).





**Rycina 7. Przyjmowanie leków przepisanych przez lekarza.**

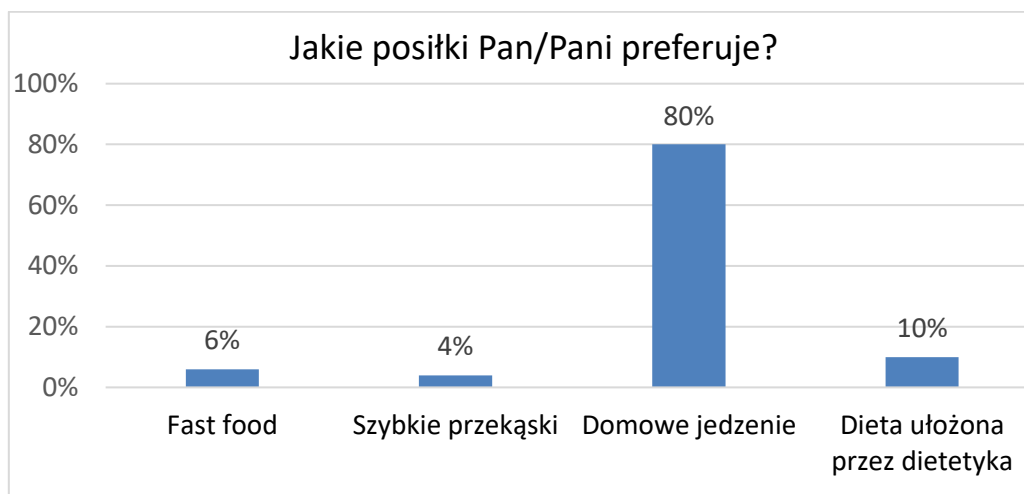
Wśród badanych 72% przed spożyciem czyta ulotkę leku na której zamieszczone są przeciwwskazania, skutki uboczne, oraz działania niepożądane. 14% nie czyta, zaś 14% deklaruje, że nie zawsze. Dane przedstawia Rycina 8.



**Rycina 8. Czytanie ulotki leku przed spożyciem przez respondentów.**

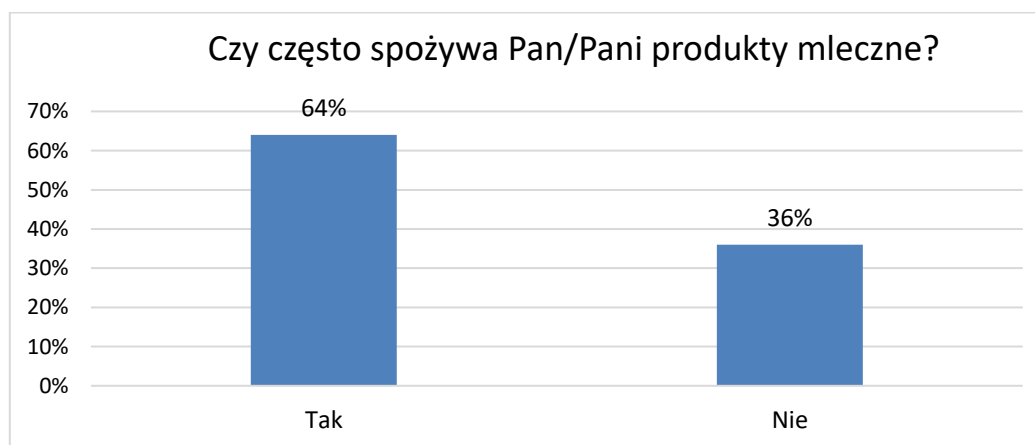
Większość ankietowanych aż 86% ma świadomość tego, że leki mogą wchodzić w interakcje ze składnikami pożywienia, z kolei 14 % nie.

Na pytanie dotyczące preferowanych posiłków, 6% wybiera fast food, 4% szybkie przekąski, 80% domowe jedzenie, natomiast 10% stosuje dietę ułożoną przez dietetyka. Dane przedstawia Rycina 9.



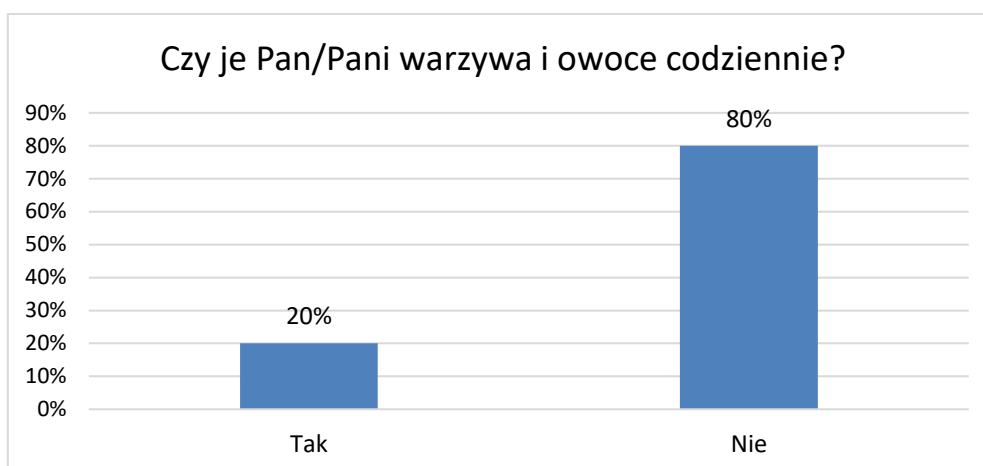
**Rycina 9. Posiłki preferowane przez respondentów.**

Wśród ankietowanych 64% twierdzi, że spożywa produkty mleczne, zaś pozostałe 36% nie. Dane przedstawia Rycina 10.



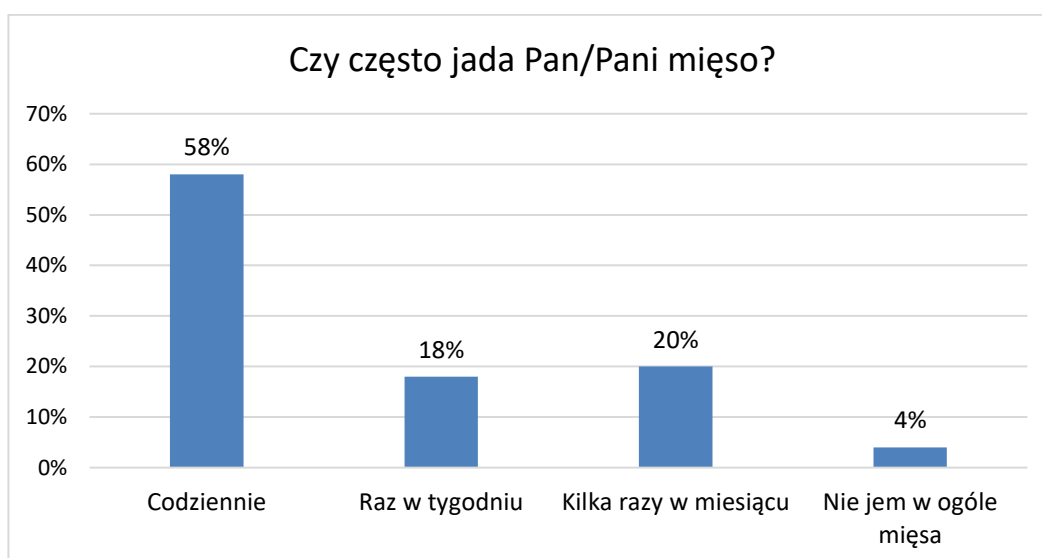
**Rycina 10. Częstość spożywania produktów mlecznych przez respondentów.**

Na pytanie dotyczące codziennego spożywania warzyw i owoców, 20% stwierdziło, że spożywa codziennie, a pozostałe 80%, że nie. Dane zostały przedstawia Rycina 11.



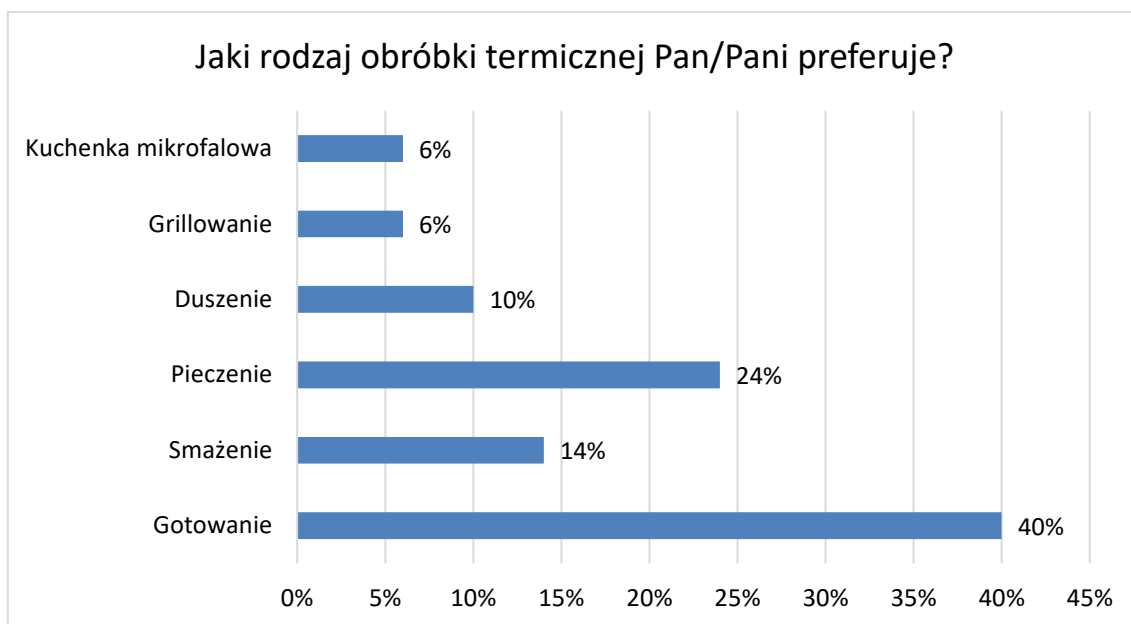
**Rycina 11. Codzienne spożywanie warzyw i owoców przez ankietowanych.**

Wśród respondentów 58% stwierdziło, że je mięso codziennie. Raz w tygodniu mięso spożywa 18% ankietowanych. Kilka razy w miesiącu 20%, z kolei nie je mięsa 4% badanych (Rycina 12)



**Rycina 12. Częstość spożywania mięsa przez badanych.**

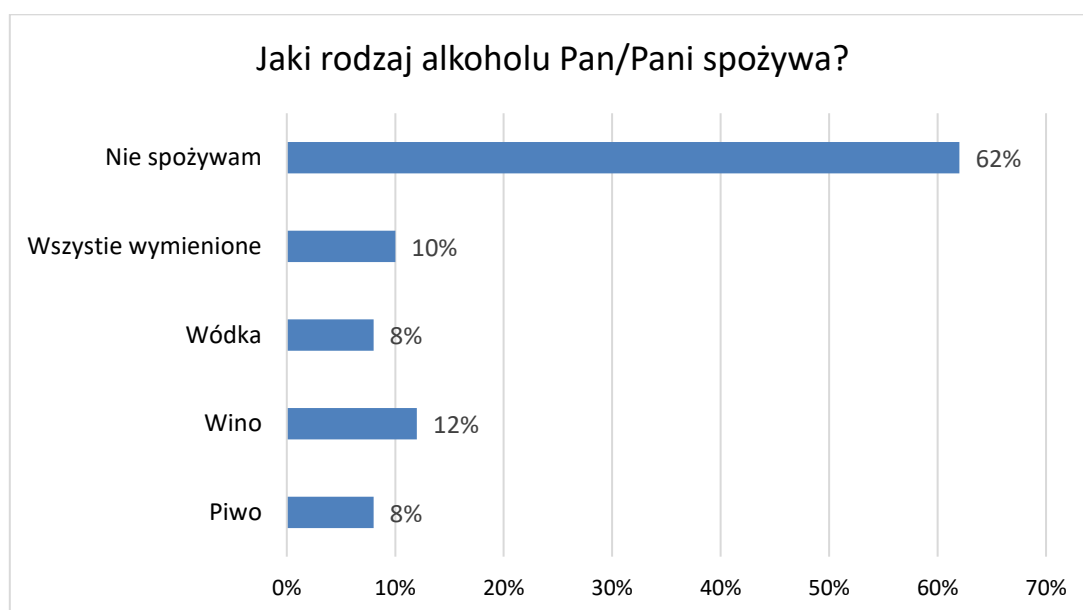
Na pytanie dotyczące preferowanego rodzaju obróbki termicznej, 40% ankietowanych wybrało gotowanie, 14% smażenie, 24% pieczenie, 10% duszenie, 6% grillowanie, zaś kuchenkę mikrofalową preferuje 6%. Dane przedstawia Rycina 13.



**Rycina 13. Preferowany rodzaj obróbki termicznej wśród respondentów.**

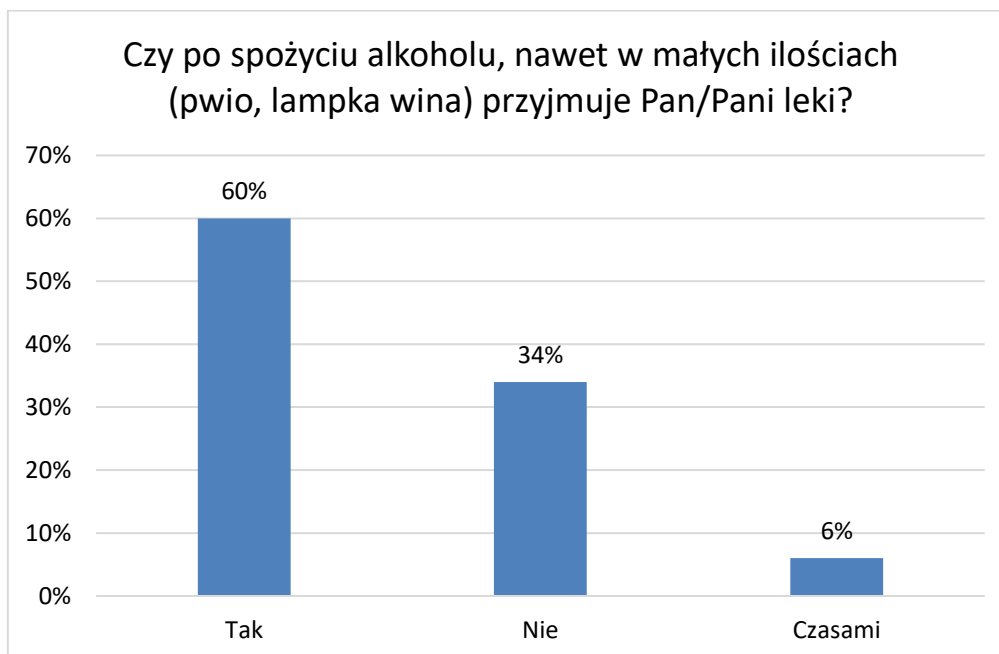
Wśród badanych 56% pije kawę regularnie. Z kolei 44% twierdzi, że nie. Na pytanie dotyczące picia alkoholu, 38% respondentów stwierdziło, że pije alkohol, zaś 62% odpowiedziało, że nie.

Według respondentów piwo spożywa 8%, wino 12%, wódkę 8%, wszystkie wymienione rodzaje alkoholu 10%, zaś nie spożywa 62% (Rycina 14).



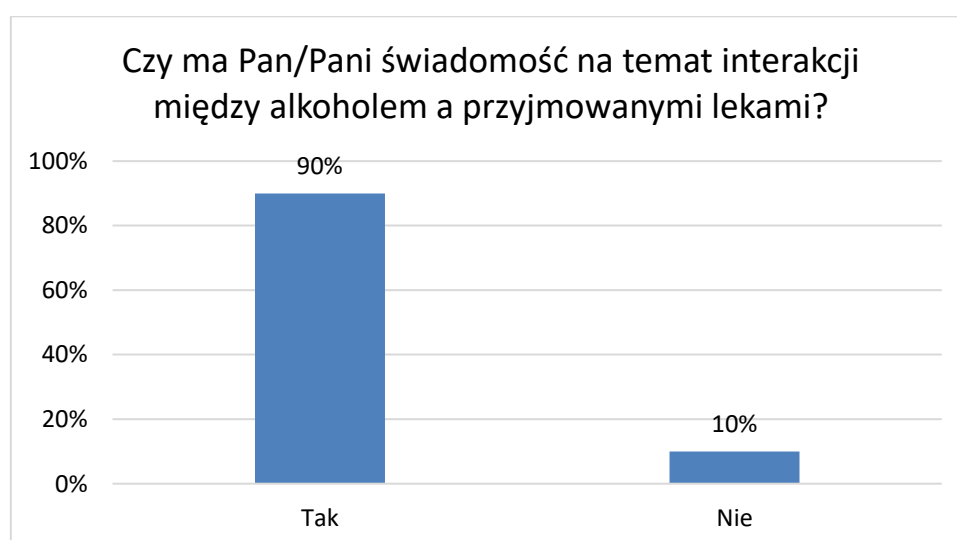
**Rycina 14. Rodzaj spożywanego alkoholu przez respondentów.**

Na pytanie dotyczące przyjmowania leków po wypiciu nawet małej ilości alkoholu, 60% badanych przyznaje się, że przyjmuje leki po wypiciu małej ilości alkoholu, 34% nie przyjmuje wtedy leków, z kolei 6% odpowiedziało, że czasami. Dane przedstawia Rycina 15.



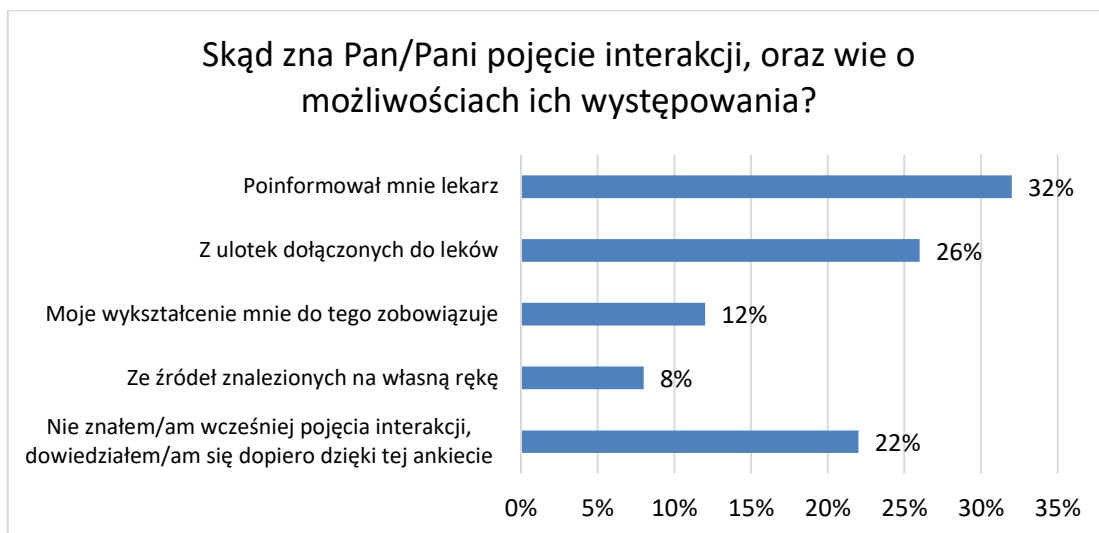
**Rycina 15. Przyjmowanie leków po wypiciu alkoholu w małej ilości przez ankietowanych.**

Wśród badanych 90% ma świadomość na temat interakcji między alkoholem a przyjmowanymi lekami, natomiast pozostałe 10% twierdzi, że nie (Rycina 16).



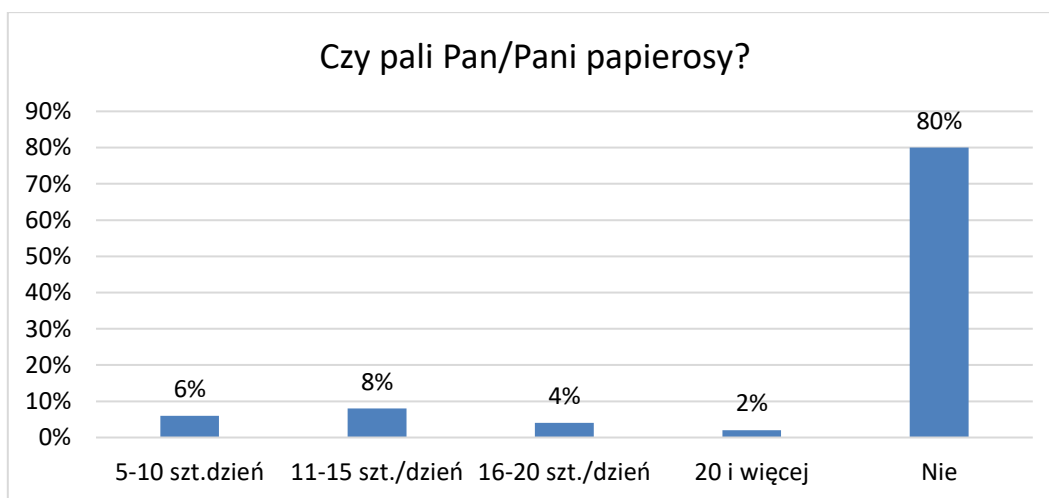
**Rycina 16. Świadomość respondentów na temat interakcji między alkoholem a przyjmowanymi lekami.**

Kolejne pytanie dotyczyło źródła poznania pojęcia interakcji oraz możliwości ich występowania. 32% uzyskało tą wiedzę od lekarza, 26% z ulotek dołączonych do leków. 12% respondentów przyznała, że posiadane wykształcenie ich do tego zobowiązuje. 8% pojęcie interakcji poznało ze źródeł znalezionych na własną rękę, natomiast nie знаło pojęcia interakcji 22% respondentów (Rycina 17).



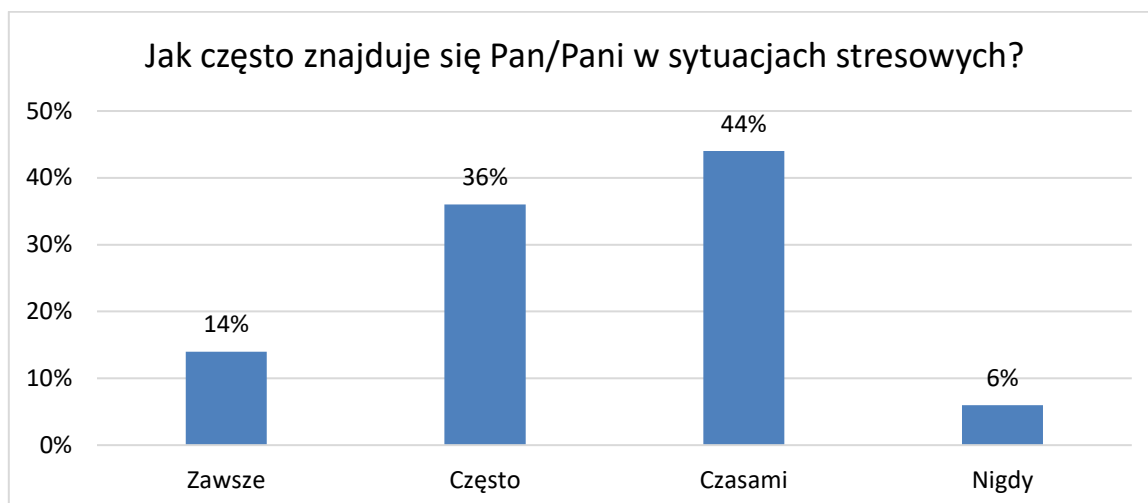
**Rycina 17. Źródło poznania pojęcia interakcji wśród badanych.**

6% respondentów pali papierosy w ilości 5-10 sztuk dziennie, 11-15 sztuk 8%, 16-20 sztuk 4%, 20 papierosów i więcej wypala 2% ankietowanych, natomiast nie pali 80%. Dane przedstawia Rycina 18.



**Rycina 18. Palenie papierosów wśród ankietowanych.**

Kolejne pytanie dotyczyło tego jak często respondenci znajdują się w sytuacjach stresowych. 14% zawsze się stresuje, 36% często, 44% czasami, zaś nigdy się nie stresuje tylko 6% badanych (Rycina 19).



**Rycina 19. Częstość występowania sytuacji stresowych wśród ankietowanych.**

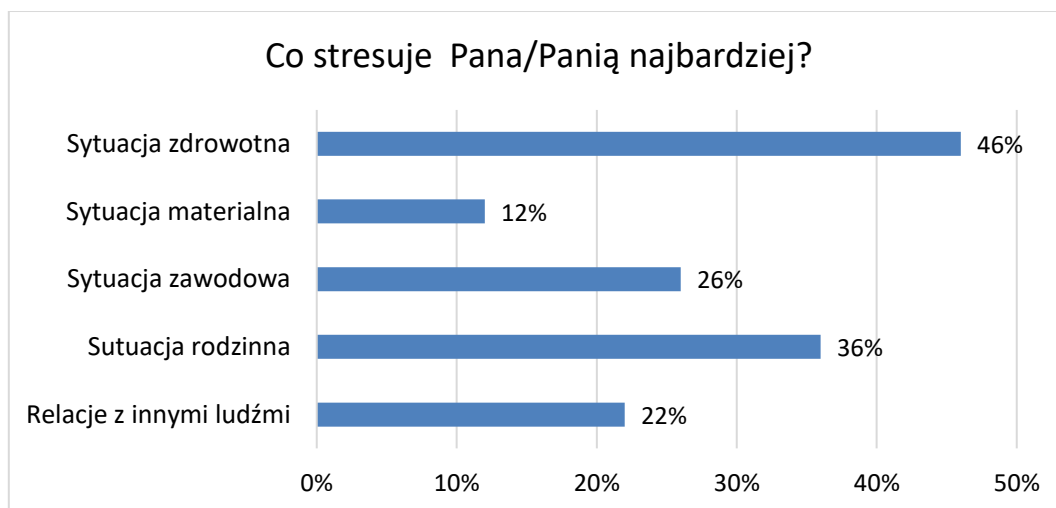
Wśród respondentów najczęstszym objawem towarzyszącym sytuacjom stresowym jest kołatanie serca, wskazało tak aż 56% ankietowanych. 36% twierdzi, że to ból głowy, 30% wskazuje zmęczenie, 28% drażliwość, 22% duszności, 18% bóle w klatce piersiowej, 12% nudności, 10% zasłabnięcie, 6% wymioty (Rycina 20).



*\*Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru*

**Rycina 20. Objawy odczuwane przez badanych w sytuacjach stresowych.**

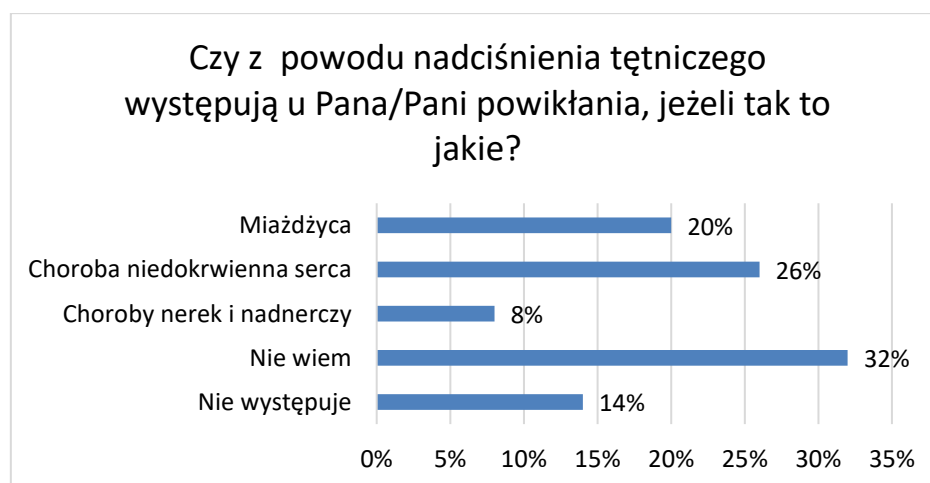
Na kolejne pytanie „Co stresuje Pana/Panią najbardziej?” najczęściej ankietowanych wskazało sytuację zdrowotną, aż 46%. 22% stwierdziło, że to relacje z innymi ludźmi, 4% życie seksualne, 12% sytuacja materialna, 26% sytuacja zawodowa oraz 36% sytuacja rodzinna. Pytanie było wielokrotnego wyboru. Dane przedstawia Rycina 21.



*\*Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru*

**Rycina 21. Powody stresu u respondentów.**

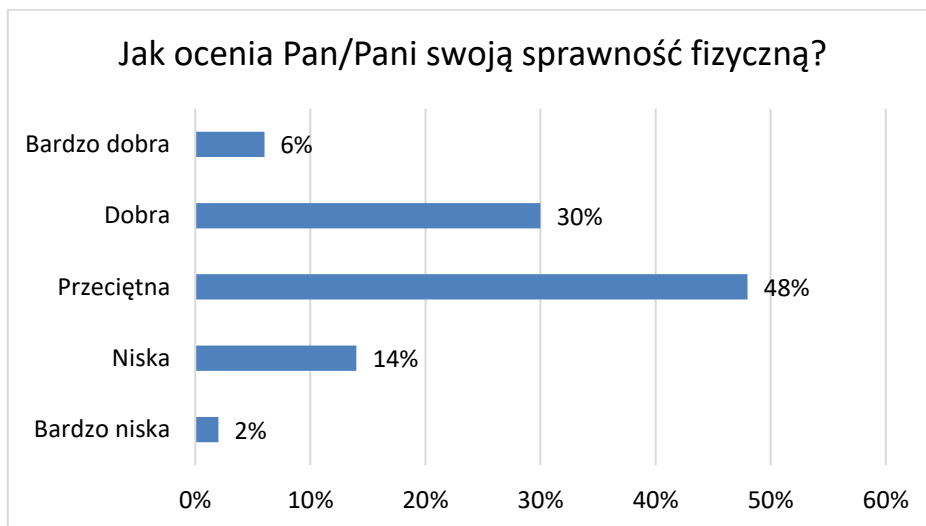
Wśród respondentów najczęstszym powikłaniem spowodowanym nadciśnieniem tętniczym krwi jest choroba niedokrwienna serca (26%). Pozostałe powikłania to: miażdżyca (20%) oraz choroby nerek i nadnerczy (8%). 32% badanych odpowiedziało, że nie wie jakie powikłania mogą występować (Rycina 22).



**Rycina 22. Powikłania występujące z powodu nadciśnienia tętniczego krwi.**

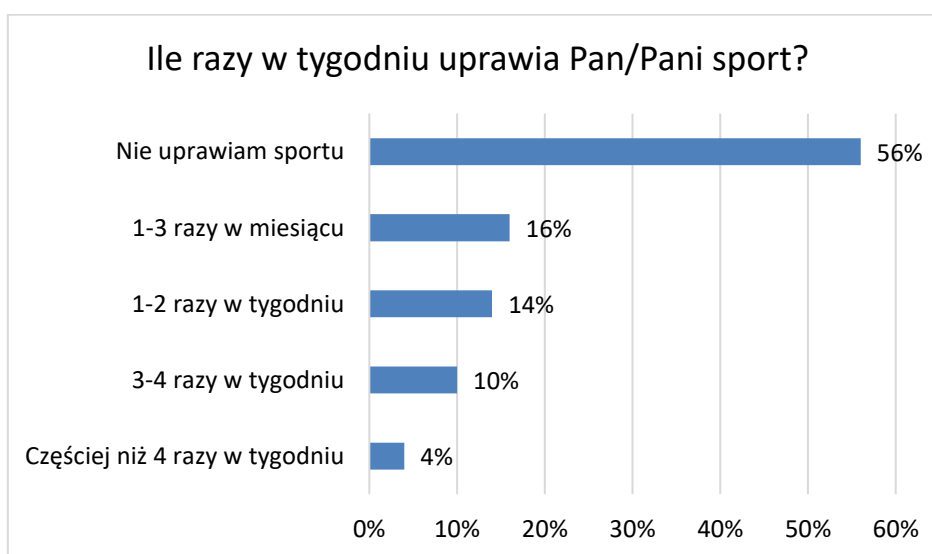


Kolejne pytanie dotyczyło oceny sprawności fizycznej wśród respondentów. Najwięcej badanych dało odpowiedź, że ich sprawność fizyczna jest przeciętna (48%). 6% stwierdziło, że bardzo dobra, 30% dobra, 14% niska oraz 2% bardzo niska. Dane przedstawia Rycina 23.



**Rycina 23. Ocena sprawności fizycznej.**

Wśród respondentów 54% ankietowanych nie uprawia sportu. 16% dało odpowiedź, że ćwiczy 1-3 razy w miesiącu, 14% 1-2 razy w tygodniu, 10% 3-4 razy w tygodniu, z kolei 4% częściej niż 4 razy w tygodniu (Rycina 24).



**Rycina 24. Uprawianie sportu wśród badanych.**

## DYSKUSJA

Nadciśnienie tętnicze stanowi jeden z głównych modyfikowalnych czynników rozrostu miażdżycy obok hipercholesterolemii i palenia tytoniu oraz jest jedną z najczęściej występujących przyczyn chorobowości jak również śmiertelności sercowo-naczyniowej [1].

Otyłość, zwłaszcza brzuszna, stała się jednym spośród najsilniejszych czynników ryzyka sercowo-naczyniowego. NTK to najczęstsza patologia układu krążenia, gdzie jedną z ważniejszych przyczyn jest nadmierna masa ciała [10].

Według niektórych badań wskazuje się, że ponad 2/3 przypadków NTK może być głównie związane z posiadaniem nadmiernej masy ciała. Występowanie nadciśnienia tętniczego jest bardzo silnie powiązane z nadwagą oraz otyłością, zaobserwowano, że 4 razy częściej jest ono spotykane u osób z BMI >30 kg/m<sup>2</sup>, w porównaniu z osobami o prawidłowej masie ciała [10].

Uzyskane w pracy wyniki pokazują, że aż 40% respondentów ma nadwagę. Związek nadmiernej masy ciała zapadalnością na nadciśnienie tętnicze krwi pokazują badania Bronkowskiej M., Martynowicz H., Żmich K., Jarosz M. oraz Respondek W. [10].

W niniejszej pracy wykazano, że najczęstszymi technikami przyrządzania posiłków przez ankietowanych są gotowanie na wodzie oraz pieczenie, zaledwie 10 % zadeklarowało duszenie posiłków na parze, co jest najbardziej właściwą techniką w zwalczaniu nadciśnienia tętniczego krwi.

Liczne badania naukowe potwierdzają działanie czynników genetycznych na mechanizm powstawania NTK. Geny determinują około 30% chwiejność ciśnienia tętniczego w populacji. Badania dowiodły, że u bliźniąt jednojajowych jest większe podobieństwo, jeżeli chodzi o wartości ciśnienia tętniczego niż u dwujajowych bliźniąt, jak również, że u 45-85% osób z nadciśnieniem co najmniej jedno z rodziców chorowało na nadciśnienie [9, 10, 11].

Według przeprowadzonego badania własnego, 66% respondentów udzieliło odpowiedzi, że wśród najbliższych członków rodziny były przypadki zachorowań na choroby układu krążenia, co potwierdza związek uwarunkowań genetycznych z występowaniem nadciśnienia tętniczego krwi.

Według Babiarczyk B. oraz Małutowskiej-Dudek B. podstawowym objawem nadciśnienia tętniczego krwi jest podwyższenie wartości ciśnienia skurczowego krwi powyżej 139 mmHg i/lub rozkurczowego powyżej 89 mmHg.

Podwyższenie ciśnienia może pojawiać się stale lub też okresowo (zwane potocznie ciśnieniem chwiejnym). Choroba może rozwijać się potajemnie nawet przez wiele lat, nie ujawniając przy tym żadnych dolegliwości [20].

Jak wykazało badanie własne wśród respondentów najczęstszym objawem towarzyszącym sytuacjom stresowym jest kołatanie serca, wskazało tak aż 56% ankietowanych. 36% stwierdziło, że to ból głowy, 30% wskazało zmęczenie, 28% drażliwość, 22% duszności, 18% bóle w klatce piersiowej, 12% nudności, 10% zasłabnięcie, 6% wymioty. 4% przyznało, że zawroty głowy oraz szum w uszach.

Długotrwanie występujący stres nie pozostaje obojętny w stosunku do zdrowia. Jeśli utrzymuje się dosyć długo, może wywołać znacznie większe szkody w organizmie. Nadmiar stresu wywiera wpływ zarówno na funkcjonowaniu układu krążenia, pokarmowego, hormonalnego i innych. Stresowe sytuacje powodują wzrost ciśnienia tętniczego krwi oraz przyspieszenie pracy serca. Przewlekły stres powoduje takie same, lecz pogłębione skutki mogą doprowadzić nawet do utrwalonego NTK, miażdżycy czy zawału serca [13].

Uzyskane wyniki w badaniach własnych przedstawiają, że 14% zawsze się stresuje, 36% często, 44% czasami, zaś nigdy się nie stresuje tylko 6% badanych.

Badania Pieniążek M. wskazują, że serce to mięsień, który wymaga regularnego treningu. Wyśiłek fizyczny usprawnia pracę serca, ułatwia niwelowanie zaburzeń lipidowych, poprawia przepływ krwi w naczyniach wieńcowych, reguluje ciśnienie krwi oraz zapobiega otyłości, tak również ma działanie antymiażdżycowe [11].

Własne wyniki badań pokazują, że wśród respondentów 54% nie uprawia sportu. 16% ćwiczy 1-3 razy w miesiącu, 14% 1-2 razy w tygodniu, 10% 3-4 razy w tygodniu, z kolei 4% częściej niż 4 razy w tygodniu.

Badania Węgorowskiego P. i wsp. z 2017 roku wykazały, iż wiedza pacjentów na temat nadciśnienia tętniczego jak też jego skutków może istotnie wpływać na skuteczność leczenia. Bardzo ważna powinna być prowadzona przez personel medyczny edukacja zdrowotna pacjentów, z uwzględnieniem samokontroli ciśnienia tętniczego przez chorych. Leczenie, jak też profilaktyka nadciśnienia tętniczego mają ogromne znaczenie z uwagi na duże ryzyko wystąpienia powikłań. W przebiegu leczenia nadciśnienia tętniczego istotnie ważnym zagadnieniem staje się modyfikacja zachowań zdrowotnych pacjentów, poprzez proces edukacji samych chorych i ich rodzin. Michalik J. zaznacza, iż punktem wyjścia powinna być

dogłębna diagnoza ich dotychczasowego stylu życia. W ostatnich latach badaniu zachowań zdrowotnych chorych z nadciśnieniem tętniczym poświęca się coraz więcej uwagi [21].

W badaniach własnych, 64% respondentów podaje, że poziom wiedzy na temat nadciśnienia tętniczego jest przeciętny. 20% stwierdza, że niski, natomiast 16%, że wysoki.

## **WNIOSKI**

Na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych wyciągnięto następujące wnioski:

1. Do najczęstszych dolegliwości w sferze bio-psycho-społecznej u chorych z nadciśnieniem tętniczym krwi należą objawy takie jak kołatanie serca oraz ból głowy.
2. Zachorowania na choroby układu krążenia mają charakter dziedziczny.
3. Metody radzenia sobie z dolegliwościami w sferze bio-psycho-społecznej u chorych z nadciśnieniem tętniczym to: uprawianie sportu, zmiana diety, przyjmowanie leków zgodnie ze zleceniem lekarskim.
4. Stopień wiedzy chorych na temat nadciśnienia tętniczego krwi jest przeciętny.
5. Zdecydowana większość chorych przed zastosowaniem leku czyta dołączoną do niego ulotkę.
6. Nadciśnienie tętnicze występuje w przebiegu innych chorób, takich jak: przewlekłe choroby nerek, choroby nadnerczy, nadczynność gruczołów przytarczycznych, nadczynność i niedoczynność tarczycy, koarktacja aorty, nadciśnienie naczyniowo-nerkowe.

## **PIŚMIENNICTWO**

1. Świetlik E., Pruszczyk P.: Migotanie przedsionków a nadciśnienie tętnicze. Postępy Nauk Medycznych, 2011, Suplement 3, 24, 63-67.
2. Pilecki T.: Nadciśnienie tętnicze [w:] Choroby wewnętrzne. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa i położnictwa, pod red. Pączka L., Muchy K., Foroniewicz B. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, 44-57.
3. Majewicz A., Marcinkowski J.: Epidemiologia chorób układu krążenia. Dlaczego w Polsce jest tak małe zainteresowanie istniejącymi programami profilaktycznymi. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2008, 89, 120-135.

4. Kaszuba D.: Nadciśnienie tętnicze podstawy kliniczne [w:] Pielęgniarstwo Kardiologiczne. Podręcznik dla studiów medycznych, pod red. Nowickiej A. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, 55-70.
5. Cole C.: Przełom nadciśnieniowy [w:] Podręcznik Kardiologii, pod red. Griffin B. MediPage, Warszawa 2011, 494-506.
6. Głuszek J.: Zmiany otępienne w przebiegu nadciśnienia tętniczego i cukrzycy. Postępy Nauk Medycznych, 2009, 1, 11-16.
7. Grodzicki T.: Leczenie farmakologiczne cz. I. [w:] Aktualne problemy leczenia chorego na nadciśnienie tętnicze, pod red. Rywika S. Biblioteka Lekarza Praktyka, Warszawa 2009, 67-78.
8. William J. Elliot, Henry R. Black: Diagnostyka i leczenie u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym [w:] Kardiologia, pod red. Opolskiego G. Urban & Partner, Wrocław 2010, Wydanie I, 309-344.
9. Piecha G., Więcek A.: Programowanie płodowe - udział w patogenezie nadciśnienia tętniczego u osób dorosłych. Postępy Nauk Medycznych, 2011, Suplement 3, 31-35.
10. Bronkowska M., Martynowicz H., Żmich K. i wsp.: Wybrane elementy stylu życia oraz wiedza żywieniowa otyłych osób z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego. Nadciśnienie Tętnicze, 2009, 13, 266-274.
11. Pieniążek M.: Zachowania zdrowotne pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. Lublin Polonia, Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, 2003, 58, 443-481.
12. Wąsowski M., Marcinowska-Suchowierska E.: Nadciśnienie tętnicze - odrębności diagnostyczne i terapeutyczne w wieku podeszłym. Postępy Nauk Medycznych, 2011, 5, 379-387.
13. Frank B. Hu, Joann E. Manson: Inne czynniki ryzyka choroby wieńcowej [w:] Kardiologia, pod red. Opolskiego G. Urban & Partner, Wrocław 2010, 393-408.
14. Januszewicz A.: Nadciśnienie tętnicze. Medycyna Praktyczna, Kraków 2011, 51-80.
15. Wyrzykowski B.: Nadciśnienie tętnicze-terapia i leki. Via-Medica, Gdańsk 2009, 69-107.
16. Grabowska H.: Wpływ diety na ryzyko rozwoju pierwotnego nadciśnienia tętniczego. Zalecenia dietetyczne stosowane w prewencji nadciśnienia tętniczego. Problemy Pielęgniarstwa, 2011, 4, 538-544.

17. Mamcarz A., Pikto-Pietkiewicz W.: Niefarmakologiczne metody zapobiegania chorobom układu krążenia – naturalne antyoksydanty i alkohol [w:] Kardiologia zapobiegawcza pod red. Naruszewicza M. Medical Education, Warszawa 2010, 297-314.
18. Krymska B.: Przygotowanie chorego z nadciśnieniem tętniczym do samoopieki. Problemy Pielęgniarstwa, 2009, 15, 139-146.
19. Sprecher D.: Zaburzenia lipidowe [w:] Podręcznik Kardiologii, pod red. Griffin B. MediPage, Warszawa 2011, 533-544.
20. Babiarczyk B., Małutowska-Dudek B.: Ocena zachowań zdrowotnych podejmowanych przez pacjentów z nadciśnieniem tętniczym hospitalizowanych i leczonych ambulatoryjnie. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu, 2016, 1, 29-35.
21. Węgorowski P., Michalik J., Buchcic Z., Stanisławek A.: Assessment of knowledge about hypertension. Journal of Education, Health and Sport. 2017, 7, 873-887.

## **JAKOŚĆ ŻYCIA OSÓB Z DOLEGLIWOŚCIAMI BÓLOWYMI ODCINKA LĘDŹWIOWEGO KRĘGOSŁUPA**

**Marta Dziekońska<sup>1</sup>, Mateusz Cybulski<sup>2</sup>, Anna Hryniewicz<sup>3</sup>, Elżbieta Krajewska-Kulak<sup>2</sup>**

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

### **WSTĘP**

Według dostępnej literatury co najmniej 70% społeczeństwa krajów wysokorozwiniętych choć raz w życiu doświadcza bólu kręgosłupa lędźwiowego [1]. Może on pojawić się już przed ukończeniem 20. roku życia, jednak częstość doświadczenia takich dolegliwości wzrasta wraz z wiekiem oraz wiąże się z płcią - częściej dotyczy kobiet [2-4].

Na powstawanie dolegliwości ma wpływ wiele czynników, w tym w szczególności styl życia, czynniki genetyczne oraz środowiskowe. Zalicza się do nich: zły stan zdrowia, niski poziom aktywności fizycznej, wrodzoną niską ruchomość i wady kręgosłupa, nadwagę oraz otyłość, a także powtarzające się przeciążenia fizyczne, jak i psychiczne na skutek utrzymywania nieprawidłowej pozycji ciała podczas pracy, bądź wykonywania codziennych czynności.

Etiologia bólu odcinka lędźwiowego kręgosłupa jest również ściśle powiązana z występowaniem chorób, które w swoim przebiegu dotyczą jego poszczególnych segmentów. U osób starszych najczęściej są to: choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa jako wyraz naturalnego zużywania się chrząstki i starzenia organizmu oraz dyskopatia odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Do innych schorzeń dających objawy bólowe w odcinku lędźwiowym kręgosłupa i otaczających go tkanek zalicza się m.in.: osteoporozę, zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa, rwę kulszową oraz rozszczep kręgosłupa [5, 6].

Dolegliwości bólowe dotyczące odcinek lędźwiowy kręgosłupa opisywane są jako występujące poniżej dwunastego żebra w okolicy odcinka lędźwiowego, stawów krzyżowo-biodrowych, do fałdów pośladkowych. Częstym zjawiskiem towarzyszącym bólom tych partii ciała są dolegliwości bólowe promieniujące wzdłuż kończyn dolnych [7, 8].

Wyróżnia się bóle swoiste, czyli takie, których przyczyna jest znana oraz bóle nieswoiste, których etiologia nie jest dokładnie poznana, lecz nie wiążą się one ze zmianami w strukturze kręgosłupa. W przypadku bólu nieswoistego wszelkie dolegliwości bólowe ulegają redukcji w przeciągu 4.-6. tygodni u większości chorych, a całkowity ich zanik odnotowuje się po około 12. tygodniach od ich pojawienia się.

Ból w odcinku lędźwiowym kręgosłupa może zostać sklasyfikowany pod kątem czasu trwania dolegliwości. Wyróżnia się:

- 1) okres ostry, który trwa do 6. tygodni, ból jest ostry i nasila się podczas wykonywania ruchu, choremu ciężko jest znaleźć bezbolesną pozycję. Towarzyszy temu nadmierne napięcie mięśni przykręgosłupowych oraz zniesienie fizjologicznej lordozy lędźwiowej. Utrudnione jest chodzenie oraz wszelkie czynności związane z samoobsługą oraz wykonywanie czynności dnia codziennego. Czasowo ograniczona jest również aktywność fizyczna, społeczna i możliwość podjęcia pracy.
- 2) okres podostry, w którym dolegliwości utrzymują się od 7. do 12. tygodni. Jest to stadium przejściowe pomiędzy okresem ostrym, a przewlekłym, zaś dominujące objawy w tym okresie różnią się u poszczególnych pacjentów.
- 3) okres przewlekły, który trwa ponad 12. tygodni. Występuje w nim ból o różnym nasileniu i czasie trwania w ciągu dnia oraz ograniczenie ruchomości kręgosłupa, które wpływa na zmniejszenie aktywności fizycznej. Jak każda przewlekła choroba, tak i przewlekłe bóle kręgosłupa wiążą się z pewnego stopnia niepełnosprawnością, częstą absencją w pracy oraz wycofaniem z życia społecznego.

Dodatkowo wyodrębnić można ból, który definiowany jest jako nawracający. Są to takie dolegliwości bólowe, które występują do dwóch razy w ciągu całego roku. Łączny czas ich trwania nie może przekroczyć okresu 6. miesięcy [9, 10].

Dolegliwości bólowe odcinka lędźwiowego kręgosłupa mogą być powodowane wieloma czynnikami i schorzeniami, dlatego tak ważna jest szeroka diagnostyka w celu ustalenia konkretnej ich przyczyny.



Można wyróżnić diagnostykę obrazową, do której zalicza się:

- zdjęcia rentgenowskie, uwidaczniające głównie struktury kostne, pozwalające ocenić ustawienie oraz krzywizny kręgosłupa, uwidocznić istniejące w jego obrębie wady i zmiany chorobowe. Są one przydatne do wykazania tworzących się zmian zwyrodnieniowych w danym odcinku kręgosłupa.
- tomografię komputerową, która stanowi badanie obrazujące struktury kostne, tkanki miękkie oraz naczynia krwionośne. Pozwala na dokładną analizę w wielu płaszczyznach patologii krążków międzykręgowych, czy budowy samych kręgów i otworów międzykręgowych odcinka lędźwiowego. Wykorzystywana w diagnostyce pacjentów z bólami kręgosłupa, u których wystąpiły przeciwwskazania do badania rezonansem magnetycznym.
- rezonans magnetyczny, będący najdokładniejszym badaniem pozwalającym na ocenę elementów kostnych, jak i tkanek miękkich je otaczających, np. krążków międzykręgowych, mięśni i więzadeł, obecności wysięków i blizn, rdzenia kręgowego z korzeniami nerwowymi. Jest to badanie bardziej precyzyjne niż tomografia komputerowa, gdyż cechuje go lepsza rozdzielczość uwidocznionych tkanek.
- badanie ultrasonograficzne, mające małe zastosowanie w diagnostyce bólów kręgosłupa, jednak używane w celu rozpoznania i różnicowania innych chorób, które mogą powodować dolegliwości w odcinku lędźwiowym [11, 12, 13].

Typowa diagnostyka fizjoterapeutyczna rozpoczyna się od obserwacji postawy ciała chorego w statyce i dynamice, ze szczególnym uwzględnieniem: oceny krzywizn kręgosłupa, ukształtowania masy mięśniowej oraz tkanek miękkich około kręgosłupowych, jak i obszarów połączonych funkcjonalnie z odcinkiem lędźwiowym, a także chodu. Podstawą badania jest stwierdzenie mogących występować zaburzeń ruchomości kręgosłupa. W tym celu stosuje się badania ruchomości czynnej: skłonu w przód, wyprost, skłonów bocznych oraz skrętów. Zwraca się szczególną uwagę na zakres ruchu oraz towarzyszące mu dolegliwości bólowe.

Badanie może zostać uzupełnione o specyficzne testy diagnostyczne i funkcjonalne, takie jak:

- test Schobera, badający ruchomość odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Polega na zaznaczeniu u stojącego pacjenta wyrostka kolczystego S1 oraz punktu leżącego 10 cm powyżej S1.

Następnie chory wykonuje maksymalny skłon w przód, a terapeuta mierzy odległość między dwoma zaznaczonymi punktami, która powinna ulec zwiększeniu o ok. 5-6 cm [14];

- test palce-podłoga, w którym badany z pozycji stojącej pochyla się maksymalnie w przód starając się dotknąć palcami do podłoża. Mierzona jest odległość między opuszką najdłuższego palca, a podłogą;
- test Laseque'a, który bada dolegliwości bólowe kręgosłupa lędźwiowego pochodzące z ucisku korzeni nerwowych. Badany znajduje się w pozycji leżenia tyłem. Terapeuta unosi wyprostowaną nogę do góry, sprawdzając czy nie pojawiają się promieniujące wzdłuż kończyny dolnej dolegliwości bólowe i/lub drętwienia. Ich pojawienie się może wskazywać, że dolegliwości kręgosłupa związane są z uciskiem na struktury układu nerwowego w odcinku lędźwiowym [15-17].

W zwalczaniu dolegliwości bólowych kręgosłupa wyodrębnić można leczenie przyczynowe oraz objawowe. Inny podział uwzględnia leczenie farmakologiczne i metody niefarmakologiczne.

Metody farmakologiczne skupiają się przede wszystkim na zwalczeniu istniejącego bólu. W tym celu najczęściej wykorzystywanymi środkami są leki przedstawione w drabinie analgetycznej według WHO. Najpierw stosowane powinny być leki z najniższego poziomu, które są najłatwiej dostępne dla pacjenta, takie jak: paracetamol oraz w przypadku schorzenia o podłożu zapalnym niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ). W przypadku silniejszego bólu, gdy środki pierwszego rzutu nie przynoszą ulgi włącza się słabe opioidy i nieopiodowe leki przeciwbólowe. Tylko w nielicznych schorzeniach pacjentom podaje się leki z najwyższego szczebla drabiny, takie jak: silne opioidy i nieopiodowe leki przeciwbólowe [18].

Do metod niefarmakologicznych zalicza się wszelkie działania z zakresu fizykoterapii, kinezyterapii, masażu, terapii manualnej oraz balneologii.

Fizykoterapia wykorzystuje naturalnie istniejące w naturze czynniki fizyczne oraz urządzenia emitujące określone promieniowanie, bądź prąd różnych częstotliwości. W zależności od stanu chorego najszerzej stosowanymi zabiegami są: naświetlania promieniami podczerwonymi, krioterapia, przezskórna elektrostymulacja nerwów obwodowych i ultradźwięki.

Zabiegi posiadają szeroki wachlarz działań na ludzki organizm, jednak za najważniejsze uznaje się działanie przeciwbólowe, poprawiające odżywienie i trofikę tkanek oraz rozluźniające nadmiernie napięte mięśnie [19].

Kinezyterapia jest to dział fizjoterapii, który skupia się na leczeniu ruchem. Zawiera w sobie całą gamę ćwiczeń o różnym stopniu nasilenia od ćwiczeń odcinka lędźwiowego w odciążeniu, przez ćwiczenia czynne wolne, do ćwiczeń oporowych w otwartych łańcuchach kinematycznych. W przypadku dolegliwości odcinka bólowego kręgosłupa trening obejmuje mięśnie: przykręgosłupowe, brzucha, obręczy biodrowej oraz kończyn dolnych. Do kinezyterapii zalicza się również wszystkie formy aktywnego spędzania wolnego czasu, które chory może wdrożyć jako czynności rekreacyjne (spacerowanie, jogging, nordic-walking, pływanie, jazda na rowerze) [20].

Masaż może być wykonywany w sposób ręczny lub mechaniczny z wykorzystaniem urządzeń. W dzisiejszych czasach masaż leczniczy jest jednym z najczęściej wykonywanych zabiegów z zakresu rehabilitacji. Wykorzystuje się go do zwalczania dolegliwości bólowych oraz przywracania odpowiedniego napięcia mięśni, więzadeł i ścięgien, co znacząco wpływa na poprawę zakresu ruchomości [21].

Terapia manualna obejmuje szereg specjalistycznych metod, które polegają na indywidualnej pracy pacjenta z terapeutą w celu usunięcia istniejących dysfunkcji aparatu ruchu. Wykonywane są wszelkiego rodzaju mobilizacje i manipulacje w odcinku lędźwiowym kręgosłupa [22].

Balneologia to dział lecznictwa, w którym stosowane są naturalne środki lecznicze takie jak: peloidy, gazy czy wody lecznicze i mineralne. Do leczenia można wykorzystać także czynniki środowiskowe, np. warunki atmosferyczne i walory krajobrazu - noszą one nazwę klimatoterapii. Leczenie balneologiczne jest prowadzone w poszczególnych częściach naszego kraju w uzdrowiskach i sanatoriach. Pacjent otrzymuje tam zabiegi pod postacią kąpiei, natrysków, zawijań i okładów z naturalnych surowców [22, 23].

W dolegliwościach bólowych kręgosłupa lędźwiowego bardzo ważne jest zapobieganie wystąpienia następnych epizodów bólowych. Podstawą jest edukacja pacjenta w zakresie zasad profilaktyki oraz tzw. „szkoły pleców”. Edukacja obejmuje wszystkie obszary życia chorego, takie jak: wykonywanie czynności samoobsługowych w odpowiednich pozycjach, pracę zawodową w jak najkorzystniejszym i najmniej obciążającym kręgosłup ustawieniu oraz sposoby spędzania wolnego czasu.

Profilaktyka obejmuje także naukę radzenia sobie z już istniejącym bólem poprzez przyjmowanie pozycji analgetycznych, odciążających kręgosłup. Do ogólnie zalecanych zasad codziennej profilaktyki zalicza się:

1. Ukształtowanie nawyku prawidłowej postawy utrzymanej we wszelkich czynnościach dnia codziennego.
2. Unikanie nadmiernych przeciążeń w odcinku lędźwiowym kręgosłupa poprzez:
  - podnoszenie ciężkich przedmiotów trzymając je blisko siebie, powoli wykonując przysiad, zginając stawy biodrowe oraz kolanowe zamiast wykonywania skłonu po daną rzecz na prostych kolanach, gdzie cały ruch zachodzi w kręgosłupie;
  - unikanie ruchów skrętnych, szczególnie, gdy towarzyszy im komponenta zgięciowa kręgosłupa;
  - odpowiednią ergonomię pracy w pozycji stojącej, jak i siedzącej, tj. odpowiednie dostosowanie stanowiska pracy oraz podparcia kręgosłupa.
3. Zadbanie o higienę snu i odpoczynku poprzez wybór odpowiednich materacy do spania oraz siedzeń.
4. W przypadku nadwagi zmniejszenie masy ciała.
5. Systematyczną i szeroko pojętą aktywność fizyczną, która ma za zadanie: wzmocnić gorset mięśniowy tułowia oraz kończyn w celu adaptacji do wykonywanych czynności i równomiernego przenoszenia obciążeń, zwiększenie lub zachowanie istniejącego zakresu ruchomości [24, 25].

Uzupełnieniem całej profilaktyki powinny być wskazówki dotyczące zachowań dietetycznych. Całokształt działań prozdrowotnych prowadzonych długoterminowo skutecznie zmniejsza ryzyko nawrotów dolegliwości bólowych kręgosłupa lędźwiowego, dlatego tak ważne jest zaznajomienie z nimi pacjenta [26].

## **CEL BADAŃ**

Celem pracy była ocena jakości życia osób zgłaszających występowanie dolegliwości bólowych odcinka lędźwiowego kręgosłupa.

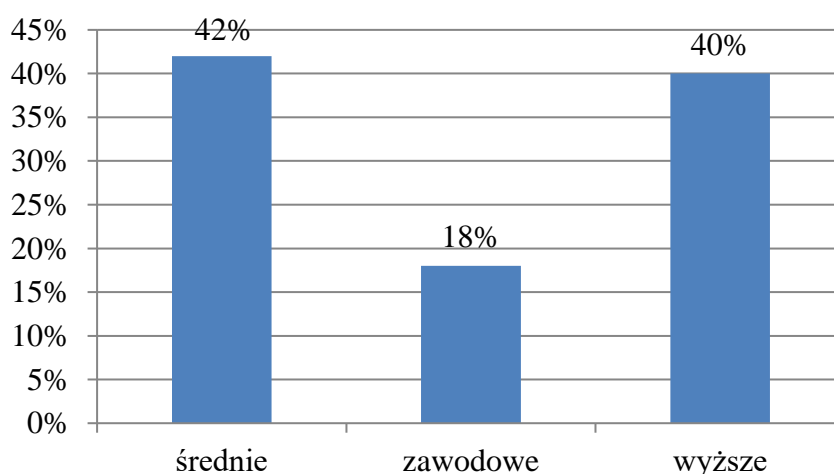
Cel główny został rozbudowany o następujące cele szczegółowe:

1. Ocenę wiedzy respondentów na temat zaleceń oraz sposobów radzenia sobie z napadami bólu kręgosłupa.
2. Ocenę ograniczeń wynikających z występowania bólu w życiu codziennym.
3. Ocenę występowania problemów emocjonalnych wynikających z bólu kręgosłupa.

## **MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ**

W badaniu wzięło udział 100 osób, które zgłaszały występowanie dolegliwości bólowych odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Grupa badaną stanowili pacjenci Kliniki Rehabilitacji UMB (37 osób), pacjenci Poradni Rehabilitacyjnej Szpitala Wojewódzkiego w Łomży (47 osób) oraz słuchacze Uniwersytetu Zdrowego Seniora (16 osób). Wiek ankietowanych mieścił się w przedziale 23-81 lat. Średnia wieku wyniosła 49 lat. Jedna czwarta badanych była w wieku poniżej 37. lat, natomiast 75% ukończyło 59. rok życia. Mediana wieku wyniosła 52 lata.

Udział w badaniu wzięło 55 kobiet i 45 mężczyzn. Jedna trzecia ankietowanych (33%) pochodziła z terenów miejskich, natomiast 67% jako miejsce zamieszkania podało wieś. Poziom wykształcenia respondentów został przedstawiony na Rycinie 1.



**Rycina 1. Poziom wykształcenia respondentów.**

Wśród respondentów 18% było stanu wolnego, 60% pozostawało w związku małżeńskim, 10% było rozwiedzionych, natomiast 12% było wdowcem/wdową.

Badanie zostało przeprowadzone w okresie od października 2018 roku do marca 2019 roku.

Na przeprowadzenie badań zgodę wyraziła Komisja Bioetyczna Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (uchwała nr R-I-002/450/2018). W badaniu wykorzystano następujące standaryzowane narzędzia badawcze:

- 1) *Revised Oswestry Low Back Pain Disability Scale* – skala ta służy do oceny stopnia niepełnosprawności wynikającej z powodu występujących dolegliwości bólowych odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Składa się ona z zestawu 10 pytań, które zawierają informacje odnośnie odczuwanego przez pacjenta bólu kręgosłupa oraz jego wpływu na funkcjonowanie fizyczne, psychiczne i społeczne. Za każde pytanie przyznawane było maksymalnie do 5 punktów. Wynik zawiera się w przedziale od 0 do 50 punktów i określa stopień występującej niepełnosprawności funkcjonalnej chorego (0-4 pkt. sugeruje brak niepełnosprawności, 5-14 pkt. wskazuje na jej niewielki stopień, 15-24 pkt. stwierdza mierną niepełnosprawność, 25-34 pkt. – ograniczenia w stopniu poważnym, a powyżej 35 pkt. – całkowitą niepełnosprawność) [27-29].
- 2) Kwestionariusz oceny jakości życia SF – 36 – służy do pomiaru jakości życia, która w znacznej mierze zależy od stanu zdrowia badanego. Może być wykorzystywany u osób z różnymi jednostkami chorobowymi powyżej 18. roku życia. Złożony jest z 36 pytań ujętych w 11 kategoriach, które różnicują 8 poziomów jakości życia, takich jak: funkcjonowanie fizyczne (ograniczenia wynikające z tego powodu, wpływ na życie codzienne, dolegliwości bólowe, ogólne postrzeganie własnego zdrowia), wpływ stanów emocjonalnych na życie i czynności dnia codziennego, aspekt funkcjonowania społecznego (przeszkody wynikające z istniejących problemów fizycznych i emocjonalnych), witalność i zdrowie psychiczne oraz porównanie bieżącego stanu zdrowia do analogicznego okresu zeszłego roku. Kategorie pogrupowane zostały w dwie skale: fizyczną oraz psychiczną. Reprezentują one aspekty życia badanej osoby szczególnie dotknięte przez schorzenie. Im wyższy jest uzyskany wynik, tym niższa jest jakość życia ankietowanego [30, 31].

Dodatkowo wykorzystany został kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. Składał się on z 16 pytań zamkniętych, z czego 14 pytań było jednokrotnego wyboru, a 2 wielokrotnego wyboru. Pierwsza pula pytań dotyczyła ogólnych informacji o badanym, takich jak: wiek, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania, stan cywilny, przynależność do jednej z badanych grup. Kolejna grupa odnosiła się do odczuwanego bólu odcinka lędźwiowego kręgosłupa:

kiedy pojawiły się po raz pierwszy dolegliwości bólowe, w jakiej porze dnia były najbardziej nasilone, w jakim stopniu ból ograniczał różne sfery życia osoby badanej (życie towarzyskie, aktywność fizyczną, codzienne czynności w domu oraz pracę zawodową), czy w najbliższej rodzinie chorego bliscy także uskarżali się na występowanie dolegliwości bólowych w odcinku lędźwiowym i jak chory radził sobie z napadami bólu kręgosłupa. Dalsza część kwestionariusza zawierała pytania na temat przebytych hospitalizacji i/lub rehabilitacji oraz o subiektywne odczucie poprawy stanu zdrowia po zakończonym turnusie rehabilitacyjnym. Dodatkowo ankietowani zostali poproszeni o wybranie z listy podanych jednostek chorobowych toczących się w obrębie kręgosłupa tych, które zostały u nich zdiagnozowane. Ostatnia część ankiety badała znajomość podstawowych pozycji analgetycznych oraz opinię respondentów na temat aktywności fizycznej oraz jej wpływ na ograniczenia konieczności przyjmowania środków przeciwbólowych i zapobiegania występowaniu napadów bólu.

Uzyskane w ten sposób dane empiryczne zostały uogólnione za pomocą programu Microsoft Excel i poddane analizie statystycznej. Analiza statystyczna została przeprowadzona przy zastosowaniu testów: niezależności chi-kwadrat ( $\chi^2$ ), t-Studenta, Kruskala-Wallisa oraz testu U Manna-Whitneya. Hipotezy statystyczne zweryfikowano na poziomie istotności  $p = 0,05$ . Obliczenia wykonano przy użyciu oprogramowania Statistica Data Miner + QC PL.

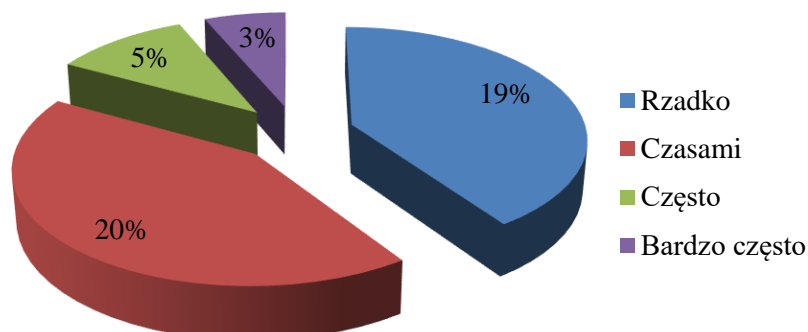
## **WYNIKI**

### ***Analiza wyników standaryzowanego kwestionariusza oceny jakości życia SF-36***

Na podstawie subiektywnej oceny ankietowani określili swój aktualny stan zdrowia. Ponad połowa badanych (51%) uznała, że ich stan zdrowia był dobry, 28% określiło go jako zadowalający, 16% cieszyło się bardzo dobrym zdrowiem, a 5% wskazało, że był on niezadowalający. Nikt z ankietowanych nie określił swojego stanu zdrowia jako doskonały. W porównaniu z analogicznym okresem ubiegłego roku wartości te były zbliżone, gdyż aż 56% respondentów stwierdziło, że ich stan zdrowia był na poziomie bardzo podobnym, jak rok wcześniej, 13% zadeklarowało znaczącą lub nieznaczną poprawę, natomiast aż 31% osób zauważyło niewielkie lub duże pogorszenie stanu zdrowia.

W jednym z pytań 47% osób badanych stwierdziło, że w ciągu ostatniego miesiąca miało problemy z wykonywaną pracą i/lub codziennymi czynnościami wynikającymi ze stanów emocjonalnych, takich jak poczucie depresji oraz zdenerwowanie. Występowały one z częstością przedstawioną na Rycinie 2.





**Rycina 2. Częstość występowania problemów związanych z pracą i wykonywaniem czynności dnia codziennego, wynikających ze stanów emocjonalnych.**

Wyniki przeprowadzonych badań przedstawione w Tabeli I wykazały brak istotnej statystycznie zależności pomiędzy dolegliwościami bólowymi kręgosłupa występującymi zależnie od płci, a ograniczeniem czynności wymagających energii, takich jak m.in. bieganie i podnoszenie ciężarów ( $p=0,11$ ). Kobiety i mężczyźni równie często zgłaszali występowanie ograniczeń w stopniu lekkim oraz dużym. Na podobnym poziomie odnotowano brak jakichkolwiek ograniczeń wynikających ze stanu zdrowia i problemów z kręgosłupem lędźwiowym.

Bardzo podobnie przedstawiał się rozkład odpowiedzi w stosunku do pytania o ograniczenie czynności o umiarkowanej trudności, takich jak odkurzanie czy przesuwanie stołu. U 12 kobiet (21,82%) i 4 mężczyzn (9%) czynności te były ograniczone w dużym stopniu, w umiarkowanym stopniu – u 28 kobiet (50,91%) oraz u 25 mężczyzn (55,67%). Żadne ograniczenia nie występowały u 15 osób płci żeńskiej (27,27%) i 16 osób płci męskiej (35,56%).



**Tabela I. Zależność pomiędzy ograniczeniem czynności wymagających energii, a płcią badanych.**

		Ogranicza bardzo	Ogranicza trochę	Nie ogranicza wcale	Ogółem
<b>Kobiety</b>	N	23	24	8	55
	%	41,82%	43,64%	14,55%	100,00%
<b>Mężczyźni</b>	N	15	25	5	45
	%	33,33%	55,56%	11,11%	100,00%
<b>Ogółem</b>	N	38	49	13	100

Odpowiedzi na pytanie dotyczące ograniczeń występujących podczas podnoszenia i dźwigania ciężarów spowodowanych bólem kręgosłupa wykazały istnienie istotnej statystycznie zależności pomiędzy płcią badanych, a występowaniem trudności w wyżej wymienionych czynnościach ( $p=0,003$ ). Kobiety zdecydowanie częściej uskarżały się na występowanie problemów z podnoszeniem i dźwiganiem przedmiotów, a niemal połowa badanych mężczyzn nie doświadczała wcale takich ograniczeń w ciągu dnia (Tabela II).

**Tabela II. Zależność między płcią, a ograniczeniem czynności związanych z dźwiganiem.**

		Ogranicza bardzo	Ogranicza trochę	Nie ogranicza wcale	Ogółem
<b>Kobiety</b>	N	18	27	10	55
	%	32,73%	49,09%	18,18%	100,00%
<b>Mężczyźni</b>	N	5	19	21	45
	%	11,11%	42,22%	46,67%	100,00%
<b>Ogółem</b>	N	38	49	13	100

Ponadto, wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy wiekiem ankietowanych, a tym, jak często w ciągu ostatniego miesiąca ból odcinka lędźwiowego kręgosłupa zakłócał pracę zawodową i domową ( $p=0,04$ ).

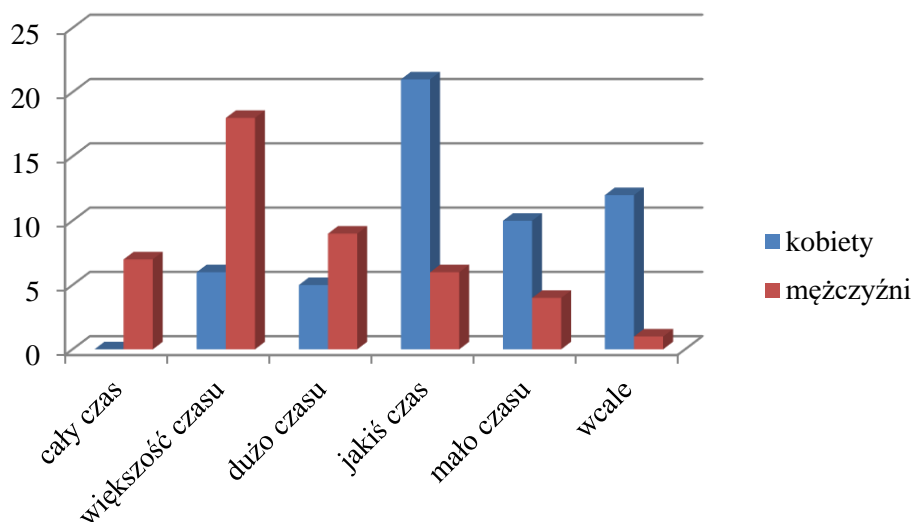
Do 60-go roku życia ból wcale lub w niewielkim stopniu ograniczał pracę respondentów, jednak po 60-go roku życia większa część respondentów uznała, że ból ograniczał wykonywanie prac w domu oraz czynności zawodowych średnio często. Wyniki zostały zawarte w Tabeli III.

**Tabela III. Zależność pomiędzy wiekiem, a występowaniem ograniczeń w pracy zawodowej i domowej z powodu dolegliwości bólowych kręgosłupa.**

		Wcale bądź trochę	Średnio	Bardzo często	Ogółem
<b>Do 40 lat</b>	<b>n</b>	18	5	5	28
	<b>%</b>	64,28%	17,86%	17,86%	100,00%
<b>41-60 lat</b>	<b>n</b>	25	16	10	51
	<b>%</b>	49,00%	31,37%	19,63%	100,00%
<b>Powyżej 60 lat</b>	<b>n</b>	5	12	4	21
	<b>%</b>	23,81%	57,14%	19,05%	100,00%
<b>Ogółem</b>	<b>n</b>	48	33	19	100

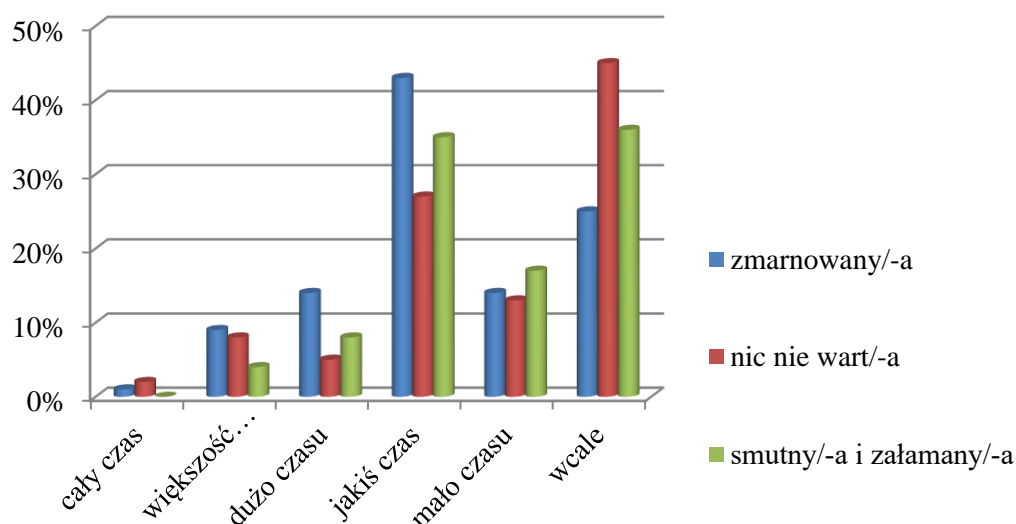
Ankietowanych zapytano o samopoczucie w ciągu ostatniego miesiąca. Pod uwagę wzięto stany emocjonalne towarzyszące z różną częstotliwością w ciągu dnia. Na pytanie, czy respondenci byli pełni animuszu, przeważającą odpowiedzią było „jakiś czas” (28% badanych), a następnie „dużo czasu” oraz „mało czasu”. Oba warianty zostały wybrane przez 22% odpowiadających. Niemal  $\frac{1}{5}$  ankietowanych (17%) była pełnych animuszu większość czasu, natomiast aż 10% respondentów zaznaczyło odpowiedź, iż wcale w ciągu ostatniego miesiąca nie odnotowało bycia pełnymi animuszu. Tylko 1% ankietowanych stwierdził, że był w tym nastroju cały czas.

Na Rycinie 3 zaprezentowano częstotliwość występowania uczucia zdenerwowania wśród respondentów w ciągu ostatniego miesiąca. Z zebranych danych wynika, że kobiety bywały rzadziej zdenerwowane w przeciągu ostatniego miesiąca, niż mężczyźni, którzy najczęściej byli zdenerwowani przez większość czasu.



**Rycina 3. Częstotliwość występowania uczucia zdenerwowania wśród respondentów w ciągu ostatniego miesiąca.**

Kolejne pytanie uwzględniało uczucia i emocje smutku, zmarnowania i poczucia, że jest się nic nie wartym. Uzyskane odpowiedzi pokazały duże zróżnicowanie pomiędzy obecnością i brakiem występowania takich odczuć (Rycina 4).



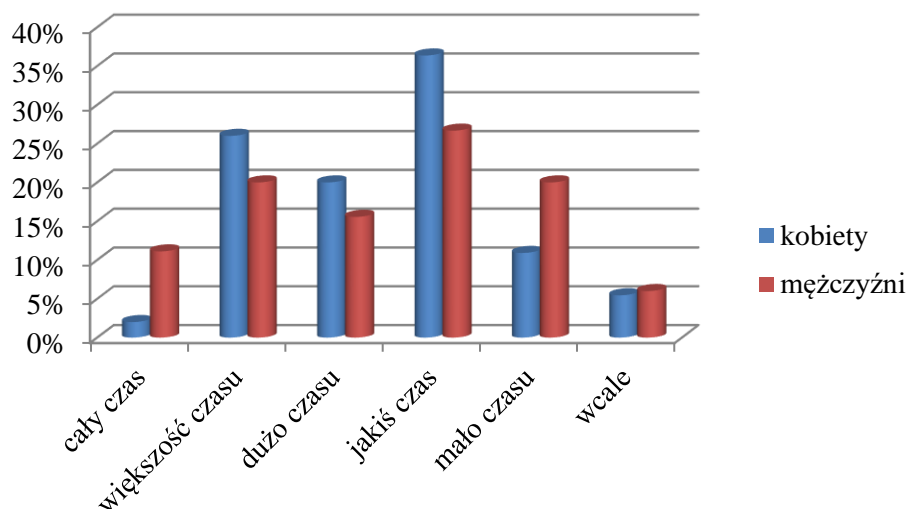
**Rycina 4. Występowanie uczucia i emocji smutku, zmarnowania i poczucia, że jest się nic nie wartym w ciągu ostatniego miesiąca.**

Zbadano również występowanie uczucia smutku i przygnębienia w różnych grupach wiekowych. Dane zostały zestawione w Tabeli IV. Dane zawarte w poniższej tabeli pokazały, że nie istniała istotna statystycznie korelacja pomiędzy wiekiem badanych, a występowaniem lub brakiem odczuwania smutku i poczucia załamania w ciągu ostatniego miesiąca. Ważny jest jednak fakt, że w każdej grupie u co najmniej połowy respondentów objawy te występowały w różnym stopniu.

**Tabela IV. Zależność pomiędzy wiekiem respondentów, a występowaniem uczucia smutku.**

Wiek		Wystąpiło	Nie wystąpiło	Ogółem
Do 40 lat	n	18	10	28
	%	64,29%	35,71%	100,00%
41-60 lat	n	21	17	38
	%	55,26%	44,75%	100,00%
Powyżej 60 lat	n	25	9	34
	%	73,53%	26,47%	100,00%
Ogółem	n	64	36	100

Porównując częstotliwość występowania uczucia szczęścia zależnie od płci respondentów nie zostały wykryte żadne istotne statystycznie zależności. Każda grupa badana w podobnym zakresie odczuwała i zgłaszała brak bycia szczęśliwym. Dane zostały zestawione na Rycinie 5.



**Rycina 5. Uczucie szczęścia w ciągu ostatniego miesiąca wśród badanych z uwzględnieniem płci respondentów.**

Suma punktów uzyskanych w odpowiedzi ankietowanych na pytania zawarte w kwestionariuszu SF-36 zawierała się w przedziale 48-120 pkt. Średnią wartość punktową w tym kwestionariuszu wyniosła 68 punktów, co stanowiło również najczęściej osiąganą ilość punktów. Poniżej 25% ankietowanych uzyskało mniej niż 61 punktów, natomiast jedna czwarta w ogólnym rozrachunku otrzymała powyżej 72 punktów.

Ogólna jakość życia została zestawiona z podstawowymi danymi społeczno-demograficznymi. W pierwszym przypadku badanie nie wykazało istnienia istotnej statystycznie zależności pomiędzy jakością życia, a płcią ( $p=0,34$ ). Zarówno kobiety ( $\bar{x}=68$ ), jak i mężczyźni ( $\bar{x}=66,8$ ) uzyskali wyniki o zbliżonych wartościach.

W przypadku kolejnej cechy, jaką był wiek, również nie wykazano istotnej statystycznie zależności ( $p=0,06$ ). Niezależnie od wieku jakość życia badanych była na podobnym poziomie (Tabela V).

Rozpatrując jakość życia skorelowaną z wykształceniem badanych nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy tymi dwiema zmiennymi ( $p=0,56$ ). Każda z grup uzyskała wyniki na podobnym poziomie, tj. osoby z wykształceniem średnim ( $\bar{x}=68$ ), badani z wykształceniem zawodowym ( $\bar{x}=69$ ), a ankietowani posiadający wykształcenie wyższe –  $\bar{x}=66,5$ .

**Tabela V. Wyniki kwestionariusza SF-36 pod względem wieku respondentów.**

Wiek	n	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum
Do 40 lat	28	64,1	63,5	52,0	77,0
41-55 lat	38	67,3	68,0	49,0	87,0
Powyżej 56 lat	34	70,8	67,5	48,0	120,0

W przypadku miejsca zamieszkania respondentów, nie wykazano zależności pomiędzy pochodzeniem, a jakością życia respondentów ( $p=0,8$ ). Średnia arytmetyczna w przypadku osób pochodzących ze wsi, jak i z terenów miejskich wynosiła 67.

Jakość życia badanych została porównana z ich stanem cywilnym. Test nie wykazał istnienia zależności pomiędzy stanem cywilnym, a poziomem życia osób z dolegliwościami bólowymi odcinka lędźwiowego kręgosłupa ( $p=0,06$ ) (Tabela VI).

**Tabela VI. Wyniki kwestionariusza SF-36 pod względem stanu cywilnego respondentów.**

Stan cywilny	n	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum
Kawaler/Panna	60	69,76	68,0	50,0	120,0
Żonaty/Zamężna	18	63,61	61,0	54,0	81,0
Rozwiedziony/Rozwiedziona	10	66,80	67,0	49,0	78,0
Wdowiec/Wdowa	12	63,91	64,50	48,0	79,0

Ostatnim porównywanym aspektem była przynależność badanych do jednej z 3 grup: pacjentów Kliniki Rehabilitacji UMB, pacjentów Poradni Rehabilitacyjnej Szpitala Wojewódzkiego w Łomży oraz słuchaczy Uniwersytetu Zdrowego Seniora. W tym przypadku analiza nie wykazała istnienia zależności pomiędzy grupą, a poziomem jakości życia ( $p=0,9$ ). Dla każdej z grup średnia wyniosła 67.

#### *Analiza wyników standaryzowanego kwestionariusza Revised Oswestry Low Back Pain Disability Scale*

Respondenci byli pytani o intensywność odczuwanego bólu odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Poproszono ich o wskazanie czy ból był słaby, umiarkowany, czy silny. Zebrane wyniki pozwoliły stwierdzić obecność istotnej statystycznie zależności między płcią badanych,

a natężeniem powyższych dolegliwości ( $p=0,02$ ). Kobiety statystycznie częściej niż mężczyźni zgłaszały występowanie silnych bólów kręgosłupa (kobiety – 38,20%, mężczyźni – 15,60%). Mężczyźni natomiast najliczniej wybierali odpowiedź wskazującą na słabe natężenie bólu (64,40%). Dane zostały przedstawione w Tabeli VII.

**Tabela VII. Zależność pomiędzy intensywnością bólu, a płcią respondentów.**

Płeć		słaby	umiarkowany	silny	Ogółem
kobiety	n	21	13	21	55
	%	38,20%	23,60%	38,20%	100,00%
mężczyźni	n	29	9	7	45
	%	64,40%	20,00%	15,60%	100,00%
Ogółem	n	50	22	28	100

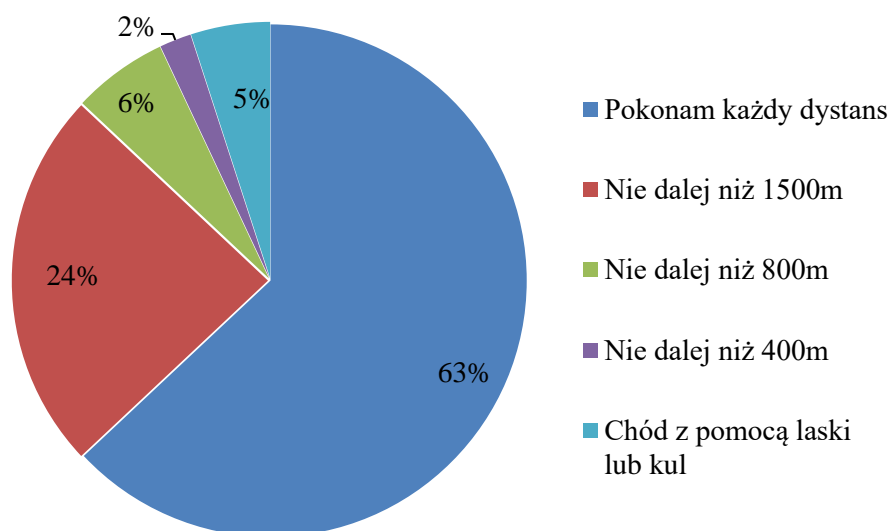
Kolejne z pytań dotyczyło zdolności do podnoszenia przedmiotów różniących się wagą podczas występowania bólu kręgosłupa. Analiza danych wykazała, że istniała istotna statystycznie zależność pomiędzy wiekiem badanych, a możliwością podnoszenia danego przedmiotu ( $p=0,007$ ). Dane zostały przedstawione w Tabeli VIII.

Uzyskane wyniki wykazały, że im młodsza grupa badana, tym większy odsetek jej przedstawicieli był zdolny do podnoszenia ciężkich przedmiotów. Dla grupy poniżej 40. roku życia odsetek ten wyniósł 78,6%, dla przedziału wiekowego 41-60 lat wartość ta zmalała do 42,1%, natomiast po 60. roku życia tylko 35,3% ankietowanych było w stanie podnieść ciężki przedmiot z podłogi.

Kolejna z czynności, o które została zapytana grupa badana, dotyczyła wpływu bólu na chód i sposób poruszania się. Zdecydowana większość ankietowanych nie miała żadnych problemów z chodem, których przyczyną byłyby istniejące dolegliwości bólowe odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Wyniki zostały przedstawione na Rycinie 8.

**Tabela VIII. Zależność pomiędzy wiekiem respondentów, a zdolnością podnoszenia przedmiotów.**

Wiek		Potrafę podnieść ciężkie przedmioty z podłogi	Ból nie pozwala na podnoszenie ciężkich przedmiotów z podłogi	Mogę podnosić tylko bardzo lekkie przedmioty	Ogółem	
Do 40 lat	n	22	3	3	28	
	%	78,6%	10,7%	10,7%	100,00%	
41-60 lat	n	16	8	14	38	
	%	42,1%	21%	36,9%	100,00%	
Powyżej 60 lat	n	12	11	11	34	
	%	35,3%	32,35%	32,35%	100,00%	
Ogółem		n	50	22	28	100



**Rycina 28. Wpływ bólu odcinka lędźwiowego kręgosłupa na chód i poruszanie się.**



Następne pytanie dotyczyło tego, jak długo pomimo występującego bólu respondenci byli w stanie siedzieć. Do analizy danych badani zostali podzieleni na grupy względem posiadanego wykształcenia. W żadnej z wymienionych grup nie występowały duże ograniczenia czasu siedzenia z powodu bólu. W przypadku osób z wykształceniem średnim pozostałe odpowiedzi rozkładały się w równym stopniu. Chorzy z wykształceniem zawodowym oraz wyższym najczęściej mogli siedzieć nie dłużej niż godzinę. Dane zostały zebrane i przedstawione w Tabeli IX.

Badani zostali zapytani o zmianę natężenia bólu w ciągu dnia, tzn. czy ból się wzmaga, słabnie, czy jest przez większość dnia na tym samym poziomie. Wykazano, że przed 60. rokiem życia pojawiający się w ciągu dnia ból stopniowo słabnie, natomiast w wieku starszym odnotowuje się stałe natężenie bólu w ciągu doby.

**Tabela IX. Zależność pomiędzy poziomem wykształcenia, a możliwym czasem siedzenia podczas występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa.**

Wykształcenie		Mogę siedzieć jak długo chcę	Mogę siedzieć tylko w ulubionym krześle	Nie dłużej niż godzinę	Nie dłużej niż pół godziny	Nie dłużej niż 10 min.	Ból nie pozwala mi w ogóle siedzieć	Ogółem
Średnie	n	12	13	12	4	1	0	42
	%	28,57%	30,95%	28,57%	9,52%	2,38%	0%	100,00%
Zawodowe	n	1	4	8	5	0	0	18
	%	5,56%	22,22%	44,44%	27,78%	0%	0%	100,00%
Wyższe	n	7	13	17	2	0	1	40
	%	17,50%	32,50%	42,50%	5,00%	0%	2,50%	100,00%
Ogółem	n	20	30	37	11	1	1	100

Wszyscy ankietowani zostali zapytani o to, czy ból wpływa na czynności związane z pielęgnacją, takie jak mycie się oraz ubieranie i powoduje konieczność zmiany ich wykonywania. Możliwe były warianty odpowiedzi od braku konieczności zmiany sposobu mycia się lub ubierania, aby uniknąć bólu po odpowiedź, iż z powodu bólu chory nie jest w stanie sam się umyć oraz ubrać i potrzebuje do tego pomocy.

Najczęściej zaznaczaną odpowiedzią (n = 44, 44%) był brak konieczności zmiany sposobu wykonywania czynności pielęgnacyjnych w celu uniknięcia bólu. Następną odpowiedzią wybieraną w kolejności (26%) było niezmiennianie sposobu mycia lub ubierania pomimo występowania bólu. 13% ankietowanych potwierdziło, że czynności te wzmagają ból, więc byli zmuszeni do szukania innych sposobów wykonywania tych czynności. Wśród wszystkich ankietowanych 4% respondentów przyznało, że z powodu silnego bólu kręgosłupa nie są w stanie samodzielnie myć się i ubierać (Tabela X).

**Tabela 1. Zależność pomiędzy wiekiem, a zmianą natężenia bólu w ciągu dnia.**

Wiek		Ból słabnie	Ból jest stały	Ból się wzmacnia	Ogółem
Do 40 lat	n	15	7	6	28
	%	53,6%	25%	21,4%	100,00%
41-60 lat	n	20	13	5	38
	%	52,6%	34,2%	13,2%	100,00%
Powyżej 60 lat	n	13	14	7	34
	%	38,2%	41,2%	20,6%	100,00%
Ogółem	n	48	34	18	100

Wśród pytań o czynności dnia codziennego poruszona została również kwestia snu. Badani mieli odpowiedzieć, czy podczas snu odczuwają ból, a jeśli tak, to czy ogranicza on sen w nocy. Dane zostały zestawione z miejscem zamieszkania oraz wiekiem respondentów. Wyniki zostały przedstawione w Tabeli XI i XII.

**Tabela XI. Zależność pomiędzy miejscem zamieszkania respondentów a wpływem dolegliwości bólowych na zaburzenia snu.**

Miejsce zamieszkania		Leżąc w łóżku nie występuje ból	Występuje ból, ale nie utrudnia on snu	Ból utrudnia sen	Ogółem
Miasto	n	8	18	7	33
	%	24,24%	54,54%	21,22%	100,00%
Wieś	n	22	28	17	67
	%	32,84%	41,8%	25,36%	100,00%
Ogółem	n	30	46	24	100

Uzyskane dane nie wykazały istnienia istotnej statystycznie zależności między pochodzeniem badanych, a zaburzeniami snu spowodowanymi przez dolegliwości bólowe kręgosłupa ( $p=0,48$ ). Porównując występowanie zaburzeń snu w nocy spowodowanych bólem kręgosłupa lędźwiowego pod względem wieku wykazano istotną statystycznie korelację ( $p=0,007$ ). Wraz z wiekiem zwiększała się ilość osób, u których dolegliwości bólowe kręgosłupa powodowały występowanie utrudnień (Tabela XII).

**Tabela XII. Zależność pomiędzy wiekiem respondentów a wpływem dolegliwości bólowych na zaburzenia snu.**

Wiek		Leżąc w łóżku nie występuje ból	Występuje ból, ale nie utrudnia on snu	Ból utrudnia sen, przesypiam tylko część nocy	Ogółem
Do 40 lat	n	16	7	5	28
	%	57,14%	25%	17,86%	100,00%
41-60 lat	n	8	20	10	38
	%	21%	52,6%	26,4%	100,00%
Powyżej 60 lat	n	6	19	9	34
	%	17,67%	55,89%	26,44%	100,00%
Ogółem	n	30	46	24	100

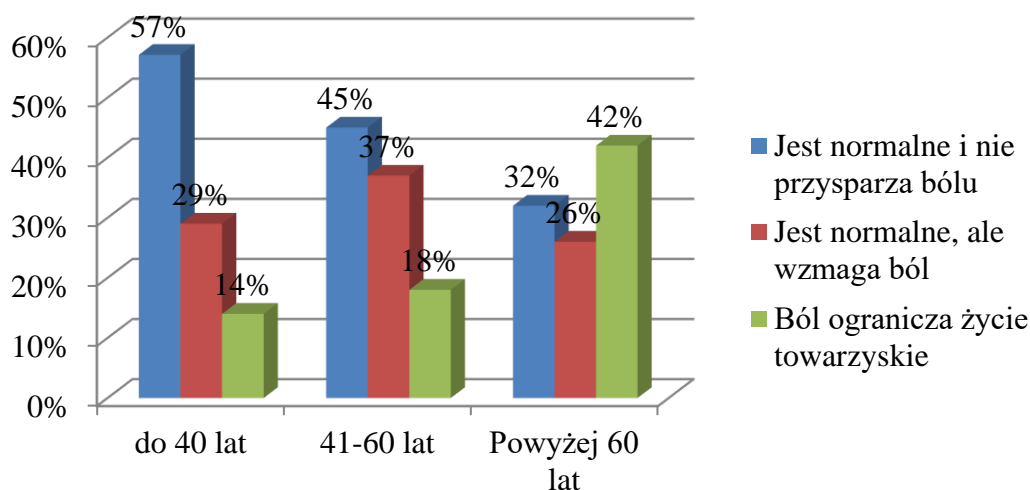
W Tabeli XIII zostały przedstawione wyniki uzyskane w odpowiedzi na pytanie dotyczące powiązania bólu z możliwością stania przez określony czas. Dane zostały pogrupowane pod względem płci. Wynika z nich, że zarówno u kobiet (45,45%), jak i mężczyzn (46,67%) doświadczających bólu kręgosłupa dolegliwość ta występuje od razu i/lub ulega nasileniu podczas stania. Drugą dominującą odpowiedzią było sformułowanie, iż z powodu progresji bólu ankietowani nie mogą stać dłużej niż godzinę.

**Tabela XIII. Zależność pomiędzy płcią respondentów a możliwym czasem stania podczas bólu.**

Możliwy czas stania respondentów podczas dolegliwości bólowych	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem
	n	%	N	%	n
Stoję jak długo chcę, bez bólu	4	7,27%	6	13,33%	10
Ból podczas stania występuje, ale nie narasta	25	45,45%	21	46,67%	46
Nie mogę stać >1h bez narastającego bólu	13	23,64%	11	24,44%	24
Nie mogę stać >30 minut bez narastającego bólu	9	16,36%	4	8,89%	13
Nie mogę stać >10 minut bez narastającego bólu	2	3,64%	0	0,00%	2
Przez ból unikam stania	2	3,64%	3	6,67%	5
Ogółem	55	100,00%	45	100,00%	100

Wiek ankietowanych zestawiono z ich życiem towarzyskim, tzn. zapytano respondentów, w jaki sposób ból wpływa na ich relacje interpersonalne. Dane zostały zebrane i przedstawione na Rycinie 9.

Analiza nie wykazała istotnej statystycznie korelacji między wiekiem, a ograniczeniem życia towarzyskiego badanych ( $p=0,08$ ), natomiast zaobserwowano tendencję wzrostową w występowaniu ograniczeń w sferze życia społecznego wraz z wiekiem ankietowanych. Przed 40-tym rokiem życia ponad połowa (57%) badanej grupy stwierdziła, że życie towarzyskie jest normalne i nie przysparza żadnego bólu.



**Rycina 29. Zależność pomiędzy wiekiem badanych a występowaniem ograniczeń w sferze życia towarzyskiego.**

Kolejnym badanym aspektem jakości życia była zdolność i komfort podróżowania. Ankietowani zostali zapytani, czy ich dotychczasowy sposób podróżowania powodował, bądź nasilał występowanie dolegliwości bólowych odcinka lędźwiowego kręgosłupa oraz czy byli przez to zmuszeni do szukania innych sposobów transportu. Zebrane odpowiedzi zostały pogrupowane, zestawione z uwzględnieniem płci badanych i przedstawione w Tabeli XIV.

Analiza wyników nie wykazała istnienia istotnej statystycznie korelacji pomiędzy płcią badanych, a występowaniem bólu kręgosłupa i koniecznością zmiany sposobu podróżowania. ( $p=0,42$ ). Kobiety równie często, jak mężczyźni (odpowiednio 69% oraz 73,3%) odczuwali ból podczas typowego sposobu podróżowania, lecz nie wymagało to szukania innych rodzajów transportu.

**Tabela XIV. Zależność pomiędzy płcią respondentów a występowaniem dolegliwości bólowych podczas podróżowania dotychczasowymi sposobami.**

Płeć		Brak bólu podczas podróży	Ból podczas podróży, nie powoduje szukania innych sposobów podróżowania	Ból podczas podróży zmusza do szukania innych sposobów podróżowania	Ogółem
kobiety	n	6	38	11	55
	%	11%	69%	20%	100,00%
mężczyźni	n	7	33	5	45
	%	15,6%	73,3%	11,1%	100,00%
Ogółem	n	13	71	16	100

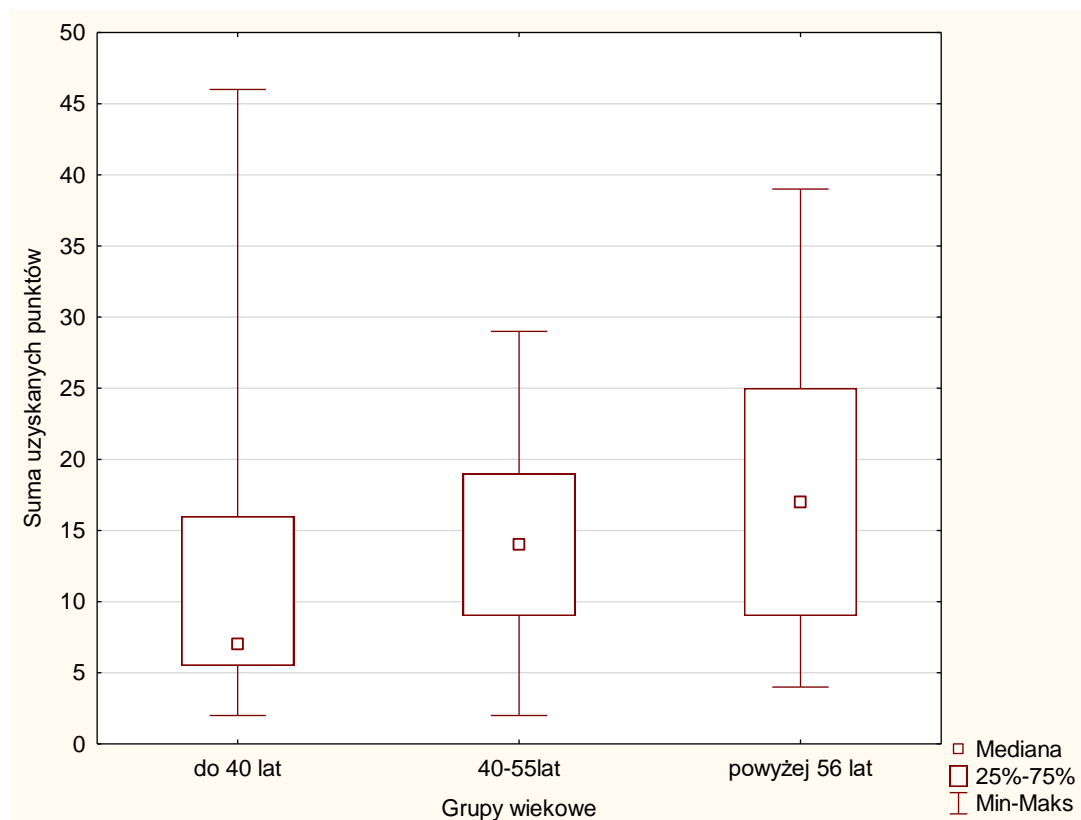
Wyniki uzyskane za pomocą kwestionariusza *Revised Oswestry Low Back Pain Disability Scale* zawierały się w przedziale od 2 do 46 punktów. Średnia wyniosła 14,8 pkt. Jedna czwarta ankietowanych otrzymała 7 i mniej punktów, natomiast 75% ankietowanych nie przekroczyło pułapu powyżej 20 punktów. Wyniki zostały zestawione z płcią – nie wykazano istnienia istotnej statystycznie zależności pomiędzy kobietami i mężczyznami, a stopniem niepełnosprawności wynikającym z dolegliwości bólowych odcinka lędźwiowego kręgosłupa ( $p=0,09$ ). Kobiety osiągały wyższe wartości niż mężczyźni, jednak były one porównywalne. Dane zostały przedstawione w Tabeli XV.

**Tabela XV. Zależność pomiędzy płcią respondentów, a stopniem niepełnosprawności wynikającym z dolegliwości bólowych odcinka lędźwiowego kręgosłupa.**

Płeć	n	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum
Kobiety	55	16,10	16,00	3,00	46,00
Mężczyźni	45	13,11	11,00	2,00	28,00

Analizując miejsce zamieszkania badanych również nie wykazano istnienia zależności pomiędzy pochodzeniem, a stopniem niepełnosprawności ankietowanych ( $p=0,37$ ). Średnią wartością dla mieszkańców wsi było 16 pkt., a dla osób zamieszkujących miasto – 14 pkt.

Test Kruskala-Wallisa wykazał istnienie istotnej statystycznie zależności pomiędzy wiekiem badanych, a stopniem niepełnosprawności wywołanej bólami odcinka lędźwiowego kręgosłupa ( $p=0,003$ ). Dane zostały przedstawione na Rycinie 10.



**Rycina 30. Zależność pomiędzy wiekiem respondentów, a stopniem niepełnosprawności wynikającym z dolegliwości bólowych odcinka lędźwiowego kręgosłupa.**

Zebrane dane wykazały, że wraz z wiekiem następował wzrost stopnia niepełnosprawności - uzyskane wartości minimalne oraz mediana uległy zwiększeniu proporcjonalnie do coraz to starszych grup wiekowych. Grupa powyżej 56. lat znacząco różniła się pod tym względem od grupy osób poniżej 40. roku życia. Zależność tą przedstawiono w Tabeli XVI.

**Tabela XVI. Zależność pomiędzy wiekiem respondentów, a stopniem niepełnosprawności wynikającym z dolegliwości bólowych odcinka lędźwiowego kręgosłupa.**

	Poniżej 40 lat	41-55 lat	Powyżej 56 lat
Poniżej 40 lat		0,054	0,002
41-55 lat	0,054		0,837
Powyżej 56 lat	0,002	0,837	

Rycina 11 oraz Tabela XVIII przedstawia wartości punktowe kwestionariusza Oswestry respondentów pod względem ich wykształcenia. Przeprowadzona analiza wykazała istnienie istotnej statystycznie zależności pomiędzy posiadanym wykształceniem, a stopniem niepełnosprawności osób badanych ( $p=0,04$ ). Osoby z wykształceniem zawodowym doświadczały ograniczeń zdecydowanie częściej ( $M=18$ ), niż badani posiadający wykształcenie wyższe ( $M=14$ ) oraz średnie ( $M=13$ ) pomimo faktu, że to w grupie osób o wykształceniu wyższym odnotowano najwyższy odsetek niepełnosprawności.

**Tabela XVII. Zależność pomiędzy wykształceniem respondentów, a stopniem niepełnosprawności wynikającym z dolegliwości bólowych odcinka lędźwiowego kręgosłupa.**

	Średnie	Zawodowe	Wyższe
Średnie		0,172	1,000
Zawodowe	0,172		0,038
Wyższe	1,000	0,038	





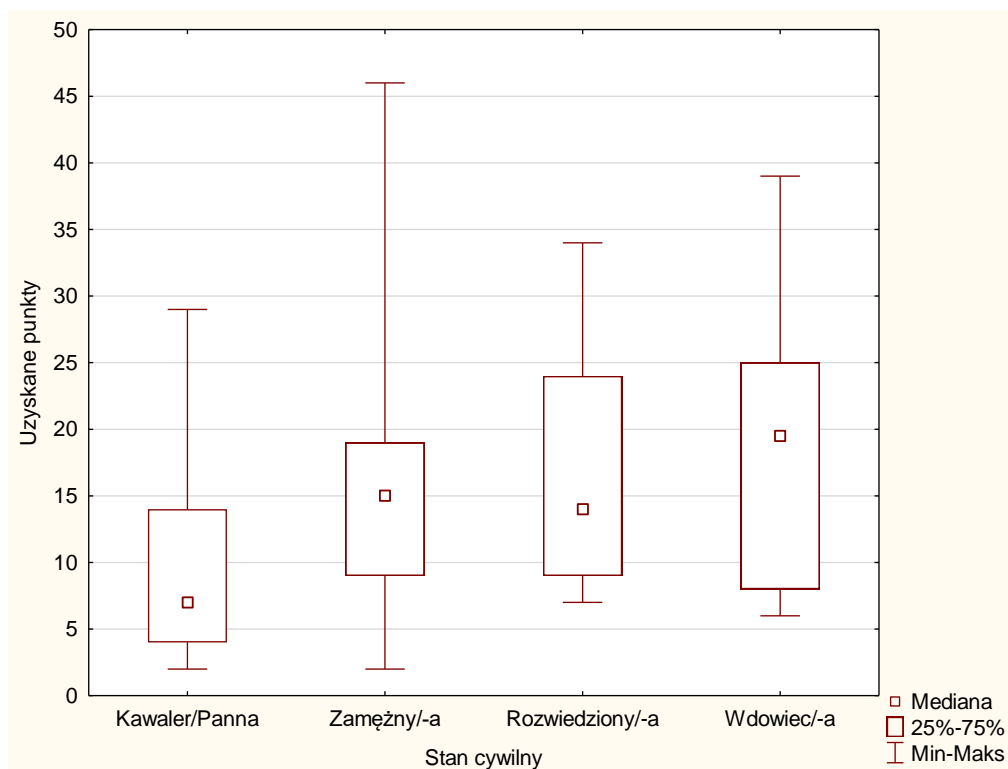
**Rycina 31. Zależność pomiędzy wykształceniem respondentów, a stopniem niepełnosprawności wynikającym z dolegliwości bólowych odcinka lędźwiowego kręgosłupa.**

Kolejną zbadaną cechą, w której istniała istotna statystycznie zależność, mającą wpływ na stopień niepełnosprawności był stan cywilny badanych ( $p=0,02$ ). Dane zostały przedstawione w Tabeli XVIII.

**Tabela XVIII. Zależność pomiędzy stanem cywilnym respondentów, a stopniem niepełnosprawności wynikającym z dolegliwości bólowych odcinka lędźwiowego kręgosłupa.**

	Kawaler/Panna	Żonaty/Zamężna	Rozwiedzeni	Wdowiec/Wdowa
Kawaler/Panna		0,044	0,115	0,034
Żonaty/Zamężna	0,044		1,000	1,000
Rozwiedzeni	0,115	1,000		1,000
Wdowiec/Wdowa	0,034	1,000	1,000	

Wykazano, że osoby, które były stanu wolnego różniły się znacząco od tych pozostających w związku małżeńskim oraz od respondentów owdowiałych. Dokładny rozkład odpowiedzi przedstawiono na Rycinie 12.



**Rycina 32. Zależność pomiędzy grupą pochodzenia respondentów, a stopniem niepełnosprawności wynikającym z dolegliwości bólowych odcinka lędźwiowego kręgosłupa.**

Zestawienie uzyskanych wyników świadczących o stopniu niepełnosprawności z przynależnością do danej grupy nie wykazało istnienia istotnej statystycznie zależności ( $p=0,27$ ). Wyniki każdej z grup były na podobnym poziomie.

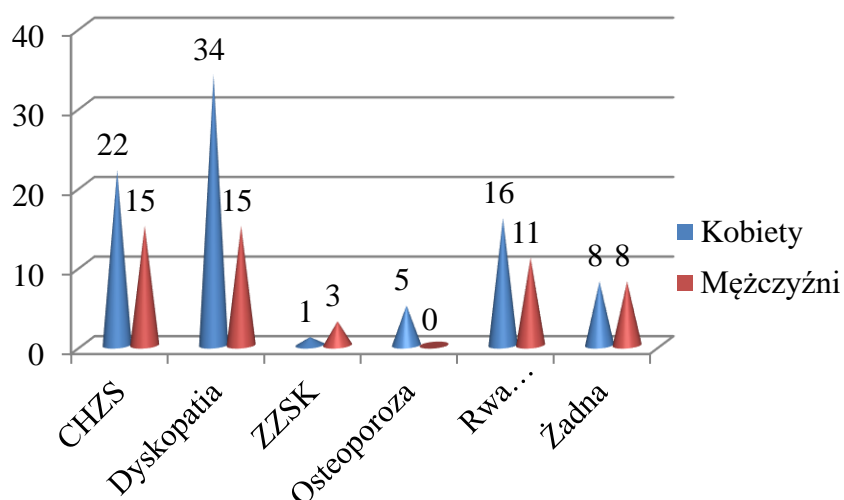
Dane zostały ukazane w Tabeli XIX.

**Tabela XIX. Zależność pomiędzy grupą pochodzenia respondentów, a stopniem niepełnosprawności wynikającym z dolegliwości bólowych odcinka lędźwiowego kręgosłupa.**

	n	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum
<b>Klinika Rehabilitacji UMB</b>	37	12,83	11,00	2,00	26,00
<b>Poradnia Rehabilitacyjna Szpitala Wojewódzkiego w Łomży</b>	49	16,20	15,00	2,00	46,00
<b>Słuchacze Uniwersytetu Zdrowego Seniora</b>	14	14,78	14,00	4,00	39,00

**Analiza wyników autorskiego kwestionariusza ankiety**

Ankietowani w pytaniu wielokrotnego wyboru, wskazywali na choroby przebiegające w obrębie kręgosłupa, które zostały u nich zdiagnozowane. Wyniki zostały przedstawione na Rycinie 13.



**Rycina 33. Występowanie chorób kręgosłupa wśród badanych.**

Z przedstawionych danych wynika, że najczęściej występującymi schorzeniami, zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn, była choroba zwyrodnieniowa stawów kręgosłupa oraz dyskopatia w odcinku lędźwiowym kręgosłupa.

Wśród ankietowanych, aż 89% przyznało, że w najbliższej rodzinie występują osoby, które również uskarżają się na występowanie dolegliwości bólowych odcinka lędźwiowego kręgosłupa.

Ankietowani zostali zapytani o sposoby radzenia sobie z napadami bólu kręgosłupa. Uzyskane wyniki nie wykazały istotnej statystycznie zależności pomiędzy płcią badanych, a najczęściej stosowanym sposobem zwalczania dolegliwości bólowych ( $p=0,44$ ). Dominującą odpowiedzią niezależnie od płci było uprawianie aktywności fizycznej. Kobiety znacznie częściej niż mężczyźni sięgali w przypadku wystąpienia bólu po leki przeciwbólowe. Odpowiedzi zostały zestawione w Tabeli XX.

**Tabela XX. Sposoby radzenia sobie z napadami bólu kręgosłupa przez badanych.**

		Odpoczynek	Leki przeciwbólowe	Okłady ciepłe/zimne	Aktywność fizyczna	Ogółem
<b>Kobiety</b>	<b>n</b>	8	14	9	24	55
	<b>%</b>	14,55%	25,45%	16,36%	43,64%	100,00%
<b>Mężczyźni</b>	<b>n</b>	11	7	9	18	45
	<b>%</b>	24,44%	15,56%	20,00%	40,00%	100,00%
<b>Ogółem</b>	<b>n</b>	19	21	18	42	100

Badani zostali zapytani o znajomość podstawowych pozycji przeciwbólowych, które są zalecane do przyjmowania w trakcie wystąpienia napadu bólu odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Rozkład odpowiedzi ankietowanych został skorelowany z posiadanym wykształceniem i przedstawiony w Tabeli XXI.

Analiza uzyskanych odpowiedzi nie wykazała istnienia istotnej statystycznie zależności pomiędzy wykształceniem respondentów, a brakiem znajomości zalecanych pozycji przeciwbólowych ( $p=0,08$ ). W przypadku osób z wykształceniem zawodowym odsetek chorych, którzy nie znali podstawowych pozycji był najwyższy i wyniósł 61,11%.

**Tabela XXI. Zależność pomiędzy znajomością pozycji przeciwbólowych, a wykształceniem respondentów.**

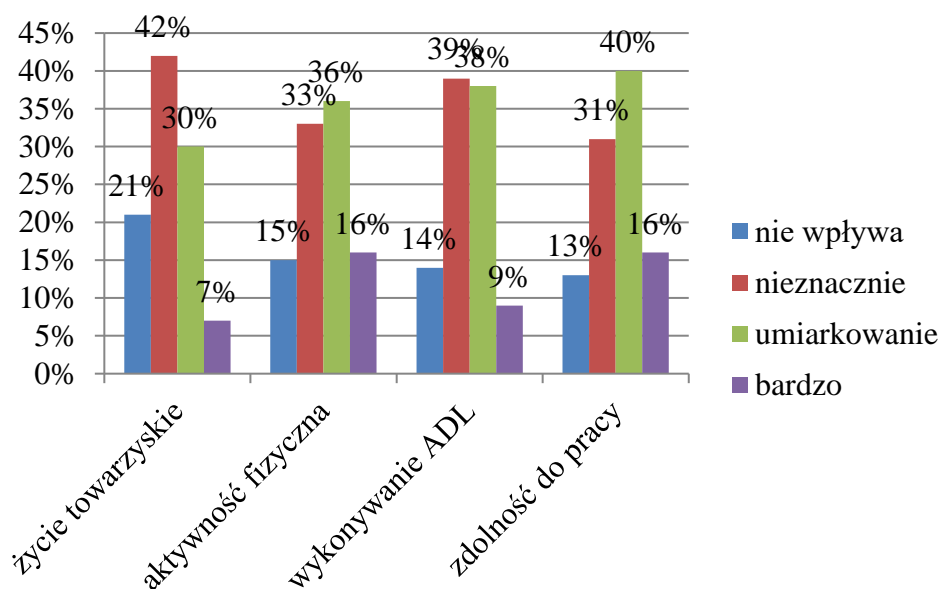
Wykształcenie		Nie znam pozycji przeciwbólowych	Znam pozycje przeciwbólwe	Ogółem
Średnie	n	16	26	42
	%	38,10%	61,90%	100,00%
Zawodowe	n	11	7	18
	%	61,11%	38,89%	100,00%
Wyższe	n	12	28	40
	%	30,00%	70,00%	100,00%
Ogółem	n	39	61	100

Jedno z pytań dotyczyło stopnia, w jakim ból ogranicza: życie towarzyskie, aktywność fizyczną, wykonywanie codziennych czynności w domu oraz zdolność do pracy. Wyniki przedstawione zostały na Rycinie 14. Wynika z niej, iż ograniczenia występowały w różnym stopniu niezależnie od dziedziny życia i wykonywanych aktywności w ciągu dnia. Przeważał nieznaczny i umiarkowany stopień utrudnień w zakresie aktywności fizycznej, czynności dnia codziennego oraz zdolności do pracy. Ból najmniej wpływał na życie towarzyskie chorych.

Wszyscy ankietowani byli odbiorcami świadczeń rehabilitacyjnych z powodu schorzeń kręgosłupa i jego dolegliwości bólowych w różnych ośrodkach przynajmniej raz w życiu, z czego 11% musiało być hospitalizowanych z tego samego powodu. Po zakończonym turnusie rehabilitacyjnym pacjenci ocenili, czy wystąpiła u nich poprawa stanu zdrowia, czy nie odnotowali jakichkolwiek zmian. Niemal połowa (41%) odpowiedziała, że zauważyła nieznaczną poprawę stanu zdrowia, u 32% polepszenie stanu zdrowia było dość wyraźne, natomiast u 9% zwiększenie jakości życia oraz zdrowia było bardzo duże. Aż 18% ankietowanych nie wskazało żadnej zmiany w stanie zdrowia po zakończonej rehabilitacji.

Tabela XXII przedstawia opinie respondentów na temat aktywności fizycznej oraz tego, czy regularne ćwiczenia fizyczne są w stanie ograniczyć konieczność przyjmowania środków przeciwbólowych i zapobiec występowaniu napadów bólu kręgosłupa.

Zaprezentowane wyniki wykazały, że zdecydowana większość badanych, niezależnie od wieku, była zdania, że odpowiednia aktywność fizyczna i odpowiednio dobrane ćwiczenia są w stanie zmniejszyć ilość przyjmowanych leków przeciwbólowych oraz zredukować częstość epizodów bólowych odcinka lędźwiowego kręgosłupa.



Rycina 34. Wpływ bólu na ograniczenia w wybranych aspektach życia badanych.

Tabela 2. Zależność pomiędzy wpływem aktywności fizycznej na ograniczenie konieczności przyjmowania środków przeciwbólowych i zapobieganiem występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa, a wiekiem respondentów.

Wiek		Nie	Tak	Ogółem
Do 40 roku życia	n	4	24	28
	%	14,29%	85,71%	100,00%
41-55 lat	n	14	24	38
	%	36,84%	63,16%	100,00%
Powyżej 55 lat	n	11	23	34
	%	32,35%	67,65%	100,00%
Ogółem	n	29	71	100

## DYSKUSJA

Rozwój cywilizacji sprawił, że zespoły bólowe odcinka lędźwiowego kręgosłupa stały się chorobą cywilizacyjną, dotykającą coraz większej ilości osób, niezależnie od wieku. Występowanie problemów w tym obszarze znacząco wpływa na jakość życia, powodując wystąpienie barier w życiu codziennym [32]. Niezmiernie ważna jest szeroka diagnostyka oraz badanie aktualnego poziomu jakości życia pacjentów zmagających się z zespołami bólowymi odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. U chorych doświadczających ciągłego cierpienia fizycznego oraz ograniczeń w aspekcie społecznym i zawodowym z biegiem czasu rozwijają się negatywne reakcje psychiczne, takie jak obniżenie nastroju, izolacja oraz wycofanie się z życia rodzinnego i towarzyskiego, a w części przypadków pojawia się również depresja [33, 34]. Przeprowadzone badania własne wykazały, iż u zdecydowanej większości osób zmagających się z bólami krzyża wystąpiły różnego rodzaju zaburzenia nastroju. Jednym z najczęściej występujących zaburzeń w różnych grupach wiekowych było uczucie smutku. Pojawiło się ono aż u 64% ankietowanych. W 47% przypadków zdenerwowanie i poczucie depresji miało wpływ na pogorszenie jakości życia oraz powodowało problemy z czynnościami dnia codziennego, relacjami społecznymi i wykonywaną pracą. Niepełnosprawność związana z ciągłym bólem wpływa na wiele aspektów codziennego życia oraz wywołuje cierpienie psychiczne. Chorzy, którzy napotykają trudności w wykonywaniu codziennych czynności i nie są w stanie wykonywać bez bólu swojej pracy zawodowej, zwykle zaczynają oddalać się od kontaktów towarzyskich i unikają różnych form spędzania wolnego czasu, zamykając się na otaczający świat. Izolacja społeczna i unikanie działań związanych z bólem może zmniejszyć poczucie własnej skuteczności i zwiększyć ryzyko wystąpienia objawów depresyjnych i niepełnosprawności [35]. Niekiedy taka niepełnosprawność może wiązać się dodatkowo z uzależnieniem od środków przeciwbólowych. W grupie odznaczającej się wysokim poziomem samoskuteczności odnotowano mniejsze odczucie bólu podczas dźwigania, większy zakres ruchu i wyższą funkcjonalność w odcinku lędźwiowym kręgosłupa oraz dodatkowo niższy wpływ czynników psychologicznych [36]. Bardzo często z powodu bólu ograniczeniu ulegają podstawowe czynności fizjologiczne, takie jak sen. W badaniach przeprowadzonych w 2014 roku przez polski zespół znaczna część ankietowanych (76,24%) deklarowała, że nie odczuwa żadnego bólu, który wpływałby na jakość snu oraz powodował jego zaburzenie [37]. W badaniach własnych ankietowani zostali poproszeni o odpowiedź na to samo pytanie związane ze snem i stopniem jego zaburzenia, wynikającym z bólu odcinka lędźwiowego.

Wykazano istotną statystycznie zależność między zaburzeniami snu spowodowanymi bólem, a wiekiem respondentów.

Wraz z wiekiem wzrastała ilość ankietowanych, którzy przyznali, że istniejące dolegliwości bólowe kręgosłupa wpływają na ograniczenie czasu przespianego w ciągu nocy. Tylko część nocy przez uporczywy ból przespiało 26,6% osób powyżej 60-go roku życia oraz taki sam odsetek osób w wieku 41-60 lat. Poniżej 40-go roku życia było to 17,8% ankietowanych. W grupie osób do 40-go lat ból nie występował u ponad połowy (57,14%), w przypadku przedziału wiekowego 41-60 lat dolegliwości w czasie nocy nie odczuwało 21%, natomiast po 60-tym roku życia tylko 17,67% respondentów nie zauważyło, aby podczas leżenia w łóżku występował ból kręgosłupa lędźwiowego.

Bardzo ważnym czynnikiem, który wpływa na poziom satysfakcji z własnego życia, jest pozostawanie w związku małżeńskim. Osoby takie posiadają szeroki dostęp do wsparcia emocjonalnego, jak i pomocy w czynnościach samoobsługowych i domowych w przypadku wystąpienia ograniczeń oraz niepełnosprawności wynikającej z bólu. Analiza zebranych danych wykazała, że osoby żyjące samotnie z powodu owdowienia lub rozwodu odznaczały się wyższym stopniem niepełnosprawności i wynikającą z tego faktu niższą jakością życia, niż badani posiadający współmałżonków. Dodatkowo istotną rolę odgrywał poziom wykształcenia badanych, który uważany jest za wartościowy miernik osiągniętego statusu społecznego. Wśród osób starszych wykształcenie również stanowi istotny wskaźnik zdrowotny, bowiem im wyższy jest poziom wykształcenia, tym większa świadomość zachowań prozdrowotnych i higienicznego trybu życia [38]. Do wspomnianych zachowań zaliczyć można sposób zwalczania pojawiających się dolegliwości bólowych oraz znajomość podstawowych pozycji przeciwbólowych. Uzyskane w trakcie badań wyniki znajdują pokrycie z powyższym przekonaniem, że posiadane wykształcenie wiąże się z większą świadomością na temat postępowania w przypadku choroby, ponieważ aż 70% osób z wykształceniem wyższym znało pozycje analgetyczne, natomiast w przypadku chorych po szkole zawodowej odsetek ten wyniósł 38,89%. Pozytywnym aspektem wynikającym z zebranych danych był fakt, iż aż 71% ankietowanych niezależnie od wieku miało świadomość, że regularnie uprawiana aktywność fizyczna ma korzystny wpływ na stan zdrowia i jest w stanie zredukować ilość przyjmowanych środków przeciwbólowych. Podobnie było z radzeniem sobie z sytuacją, w której doszło do napadu bólu kręgosłupa.



Najczęściej (42%) ankietowani wskazali, że redukują ból poprzez uprawianie aktywności fizycznej, jednak zaraz po niej znajdowały się leki przeciwbólowe (21%).

Badania prowadzone przez Zaniewską i wsp. również uwidoczniły wysoki odsetek osób, które zwalczały dolegliwości bólowe krzyża wykorzystując farmakoterapię, pomijając metody nefarmakologiczne [39]. Badania z 2016 roku przeprowadzone przez polskich specjalistów pokazały, że zdecydowana większość osób poddanych badaniu w przypadku bólu korzystała z metod farmakologicznych, z czego 58,2% stosowało niesteroidowe leki przeciwzapalne, a 37,2% ankietowanych sięgało po dożylnie oraz doustne środki steroidowe [25]. Rosyjscy naukowcy badali wpływ różnych niesteroidowych leków przeciwzapalnych na chorobę zwyrodnieniową kręgosłupa oraz na dolegliwości bólowe dolnego odcinka kręgosłupa. Podkreślili, że leki przeciwbólowe i przeciwzapalne są w tych przypadkach pierwszą linią działania w sytuacjach wystąpienia bólu. Dobór środka powinien uwzględniać płeć, wiek, wagę, poprzednio przyjmowane niesteroidowe leki przeciwzapalne oraz natężenie bólu. Tylko wtedy można zauważyć zmniejszenie występującego bólu oraz poprawę ogólnego stanu zdrowia [40]. W badaniu, które zostało przeprowadzone przez brazylijskich badaczy w grupie 30 osób obu płci w wieku 18-65 lat cierpiących na niespecyficzne dolegliwości bólowe dolnego odcinka kręgosłupa, pacjenci odbyli zajęcia pod okiem specjalisty, w celu edukacji i nauki ćwiczeń, które mieli wykonywać każdego dnia u siebie w domu. Wykazały one, że już po 4. tygodniach pojawiła się pierwsza poprawa stanu funkcjonalnego i zmniejszenie bólu, natomiast po okresie 8. tygodni systematycznego ćwiczenia polepszenie stanu zdrowia była znaczące [41]. Również inni autorzy w swoich badaniach ukazywali korzystny wpływ ćwiczeń na zmniejszenie dolegliwości bólowych odcinka kręgosłupa oraz poprawę jakości życia [42]. Szczególnie japońscy naukowcy uwidocznili wiele zalet z przeprowadzanych ćwiczeń pod okiem specjalisty w porównaniu do stosowania leków przeciwzapalnych. W obu przypadkach nastąpiło zmniejszenie dolegliwości bólowych krzyża, jednak to w grupie stosującej ćwiczenia wzmacniające gorset mięśniowy poprawa ogólnego stanu zdrowia była zdecydowanie wyższa [43].

Dodatkowo, bardzo ważna jest aktywizacja ruchowa pacjentów. Dużą korzyść osiąga się poprzez prowadzenie ćwiczeń grupowych. Wspólne formy spędzania aktywnie czasu również mogą się przyczynić do poprawy zdrowia psychicznego osób zmagających się z nieustannym bólem odcinka lędźwiowego. Jedną z polecanych aktywności są zajęcia typu Pilates - ćwiczenia te sprzyjają przywróceniu funkcji mięśni odpowiedzialnych za stabilizację

odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa, takich jak: mięśnie dna miednicy, mięśnie skośne brzucha zewnętrznego i wewnętrznego, jak również mięśnie poprzeczne brzucha [44].

Również badania prowadzone przez Valenza i wsp. oceniały skuteczność ćwiczeń opartych o metodę Pilates u osób z przewlekłymi bólami dolnego odcinka kręgosłupa wykonywanych systematycznie przez okres 8. tygodni z częstotliwością dwóch 45-minutowych sesji w tygodniu. Ćwiczenia te wykonywane były pod okiem instruktora, a ich stopień trudności był dobierany indywidualnie do zaawansowania pacjenta. Po zakończeniu cyklu ćwiczeń poprawie uległo wiele z ocenianych przed rozpoczęciem badań aspektów, takich jak: intensywność bólu, ruchomość oraz elastyczność odcinka lędźwiowego kręgosłupa, równowaga oraz stopień niepełnosprawności [45]. Wszelkie aktywności przeprowadzane w zaciszu domowym pacjentów powinny być wspierane specjalistycznymi terapiami, co pomoże zmaksymalizować efekt końcowy leczenia. Metodą stosowaną przy wystąpieniu przewlekłych dolegliwości bólowych dolnego odcinka kręgosłupa o udowodnionej skuteczności jest terapia wg McKenzie. W badaniach przeprowadzonych przez Szulc i wsp. udowodniono, że po jej zastosowaniu w połączeniu z innymi metodami poprawiła się mobilność kręgosłupa, poziom niepełnosprawności oraz poziom bólu uległ zmniejszeniu. Dodatkową korzyścią była redukcja występujących przepuklin krążków międzykręgowych [46].

Niektórzy autorzy donoszą, że bardzo ważnym elementem w osiągniętej jakości życia jest samoocena badanych. Im wyższa jest samoocena stanu zdrowia osób zmagających się z różnymi niepełnosprawnościami i bólem, tym lepsza jest akceptacja i przystosowanie do istniejących niedomagań [47]. Badania przeprowadzone przez Semeru i wsp., obejmujące grupę 52 pacjentów z przewlekłym bólem odcinka lędźwiowego kręgosłupa wykazały, że akceptacja choroby zwiększa jakość życia chorego, natomiast osoby, które były negatywnie nastawione i nie potrafiły zaakceptować choroby, dodatkowo wyolbrzymiając jej wpływ na codzienne funkcjonowanie, odnotowały pogorszenie jakości życia, co wpłynęło również na większe poczucie frustracji i niepokoju [48].

Badani respondenci opisali swój aktualny stan zdrowia w większości jako dobry (51%), 28% wskazało, że był on zadowalający, bardzo dobrym zdrowiem odznaczało się 16% pacjentów, a 5% stwierdziło, że był on niezadowalający. Spośród wszystkich badanych osób nikt nie przyznał, że stan jego zdrowia był doskonały. Wynika z tego, że pomimo istniejącego bólu ankietowani nie oceniali bardzo źle swojego stanu zdrowia. Występujące różnice w stopniu postrzegania zdrowia mogły być efektem przebytych i bieżących chorób toczących

się w obrębie całego narządu ruchu. Badania przeprowadzone przez Husky'ego i wsp. wykazały, że przewlekły ból krzyża był ściśle powiązany z jakością życia i znacząco wpływał na osiągane niższe wyniki w skali SF-36 przez ankietowanych zgłaszających powyższe dolegliwości [49]. Badania własne również uwiocznily, że wśród ankietowanych zdarzały się osoby, które osiągały niskie wartości tego kwestionariusza. Najniższym wynikiem było 48 punktów, a jedna czwarta ankietowanych uzyskała poniżej 61 punktów.

Wraz z wiekiem, szczególnie w okresie do 60-go roku życia wzrasta częstotliwość występowania dolegliwości bólowych w obrębie odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa [50, 51]. Ponadto, zespoły bólowe kręgosłupa w dzisiejszych czasach dotyczą około 60-80% osób w wieku powyżej 32. lat [52]. Biorąc pod uwagę płeć, to kobiety zdecydowanie częściej niż mężczyźni, doświadczają dolegliwości bólowych odcinka lędźwiowego kręgosłupa [53].

Liczne przeciążenia tego odcinka prowadzą do powstawania różnorodnych dysfunkcji kręgosłupa, którym towarzyszy dysbalans mięśniowy oraz ból w zmienionym chorobowo segmencie, jednak dolegliwości w tym obszarze nie są związane tylko i wyłącznie z wiekiem [54]. Wpływ na powstawanie zmian chorobowych w obrębie układu kostno-mięśniowego ma wiele czynników, do których zalicza się masa ciała, mikrourazy, prowadzony tryb życia, usposobienie genetyczne, a także rodzaj wykonywanej pracy. Kędra i Czaprowski w przeprowadzonych badaniach wykazali, że osoby, które spędzają powyżej 6 godzin w pozycji siedzącej w ciągu dnia częściej uskarżają się na występowanie dolegliwości bólowych kręgosłupa (90%). U osób, u których ten czas był krótszy niż 6 godzin w ciągu doby odnotowano występowanie takich dolegliwości tylko w 8,4% przypadków. Autorzy wykazali również, że istniała istotna statystycznie zależność ( $p < 0,05$ ) pomiędzy istniejącymi dolegliwościami bólowymi kręgosłupa, a sposobami spędzania wolnego czasu przez ankietowanych. Osoby uprawiające regularnie aktywność fizyczną oraz starające się spędzać jak najmniejszą ilość czasu w pozycji siedzącej cieszyły się ogólnie lepszym zdrowiem oraz mniejszą częstością pojawiających się dolegliwości bólowych odcinka lędźwiowego kręgosłupa [25]. W badaniach przeprowadzonych przez Kozłowskiego i wsp. niemal jedna trzecia respondentów (30,2%) uskarżających się na dolegliwości bólowe kręgosłupa wskazała, że wykonywała pracę mającą charakter siedzący. Nieco niższy odsetek respondentów (22,9%) wykonywał pracę o charakterze mieszanym, tj. stojąco-siedzącym. Wśród badanych pracy nie podejmowało 17,7% chorych, jednak były to osoby w wieku 60-75 lat. W ciągu dnia poza godzinami spędzonymi w pozycji siedzącej bądź stojąco-siedzącej w pracy ankietowani zostali

poproszeni o wskazanie czy oraz z jaką częstotliwością w wolnym czasie uprawiali jakąkolwiek aktywność fizyczną.

Niestety, aż 70,8% badanych przyznało, że w ogóle nie uprawiało regularnej aktywności fizycznej, z czego aż 75% stanowiły osoby w wieku powyżej 40. lat pracujące większość czasu w pozycji siedzącej w ciągu dnia [55]. W licznych badaniach zagranicznych naukowców zostały opisane grupy zawodowe, których przedstawiciele są najbardziej narażeni na wystąpienie problemów z kręgosłupem. Są to przede wszystkim osoby utrzymujące wymuszoną, nieergonomiczną postawę ciała oraz pracownicy fizyczni zatrudnieni w fabrykach [56], pielęgniarki [57, 58] i dentyści [59]. Również Kaczor i wsp. przeprowadzili badania, w których ukazali występowanie bólu kręgosłupa zależnie od rodzaju wykonywanej pracy. U kierowców dolegliwości bólowe kręgosłupa zgłosiło aż 62,8% ankietowanych, a w grupie pracowników bólowych znalazło się 52,6% respondentów, u których odnotowane zostały zespoły bólowe kręgosłupa [60]. Powyższe grupy pracowników są bardziej narażone na przeciążenia wynikające z niekorzystnych warunków dla poszczególnych struktur narządu ruchu i kręgosłupa. Wyniki badań własnych wykazały, że aż 87% osób doświadczających dolegliwości bólowych odcinka lędźwiowego kręgosłupa zauważyło występowanie ograniczeń w zdolności do pracy zawodowej. Utrudnienia te najczęściej pojawiały się w stopniu nieznanym i umiarkowanym. Również po 60-tym roku życia prace domowe, jak i zawodowe były zakłócane przez ból w większym stopniu, niż u pacjentów, którzy nie przekroczyli tego wieku.

W przypadku wystąpienia i nawracania dolegliwości bólowych odcinka lędźwiowego kręgosłupa niezmiernie ważna jest szeroka diagnostyka, która wskaże przyczynę istniejących zaburzeń oraz umożliwi wdrożenie zabiegów rehabilitacyjnych, które uśmierzą ból i w połączeniu z kinezyterapią wpłyną na ogólną poprawę stanu zdrowia i zakresów ruchomości w zajętej chorobowo obszarze [61]. Czenczek-Lewandowska i wsp. w przeprowadzonych badaniach potwierdzili, że zabiegi rehabilitacyjne trwające 30 dni miały pozytywny wpływ na funkcjonowanie osób zgłaszających występowanie bólu w odcinku lędźwiowym kręgosłupa oraz znacząco obniżyły poziom odczuwanego bólu [28]. Do podobnych wniosków w zakresie korzyści płynących z przeprowadzonej rehabilitacji w przypadku osób cierpiących na przewlekłe i nawracające bóle krzyża doszli austriaccy badacze. Długofalowe badanie pacjentów w Wiedniu wykazało znaczącą poprawę wielu aspektów funkcjonowania oraz ogólnej jakości życia, który utrzymywał się dalej po 1,5 roku od przebytej kompleksowej

rehabilitacji [62]. W badaniu własnym grupa była zapytana o to, czy po zakończonym turnusie rehabilitacyjnym odnotowała poprawę stanu zdrowia i jakości życia.

Polepszenie wyżej wymienionych elementów wystąpiło w różnym stopniu aż u 82% chorych, z czego nieznaczne korzyści pojawiły się u 41% pacjentów, u 32% poprawa jakości życia była dość wyraźna, natomiast 9% zauważyło bardzo duże polepszenie stanu zdrowia.

Obecność niepełnosprawności, oprócz wpływu emocjonalnego, powoduje przeciążenie systemu opieki zdrowotnej. Osoby, które czują się niepełnosprawne przez ból, przechodzą wiele konsultacji, badań i operacji, szukając odpowiedzi i często nie osiągając oczekiwanych rezultatów. Koszty społeczne związane z niepełnosprawnością są również ogromne, biorąc pod uwagę, że osoby niepełnosprawne z powodu bólu wykazują zmniejszoną produktywność oraz często są nieobecne w pracy, co znacznie obciąża system ubezpieczeń społecznych. W samych Stanach Zjednoczonych koszty związane tylko i wyłącznie z leczeniem chorych uskarżających się na występowanie dolegliwości bólowych odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa wynoszą w przybliżeniu 100 bilionów dolarów w przeciągu jednego roku. Doliczyć do tego można dodatkowo straty finansowe ponoszone przez zakłady zatrudniające pracowników, którzy z tego powodu przebywają na zwolnieniach lekarskich [60].

Ocena jakości życia jest niezbędna do nieustannego poprawiania komfortu życia szczególnie w przypadku osób stale narażonych na działanie bodźców bólowych, które mogą skutkować obniżeniem nastroju i poziomu funkcjonowania chorego. Czynniki ryzyka sprzyjających pojawieniu się zespołów bólowych krzyża jest tak wiele, że nie sposób wyeliminować wszystkie z naszej codziennej rutyny, jednak niezmiernie ważne jest, aby minimalizować czynniki negatywne, możliwe do usunięcia bądź zmiany, np. zadbać o prawidłową masę ciała, przyjmować prawidłową pozycję podczas siedzenia i stania, czy zwiększyć ilość czasu poświęcanego na wykonywanie aktywności fizycznej. Choć w przypadku dolegliwości bólowych odcinka lędźwiowego kręgosłupa istnieje szeroka gama zabiegów rehabilitacyjnych oraz zachowań prozdrowotnych mogących zredukować ból, to zgodnie z sentencją Hipokratesa „*lepiej zapobiegać niż leczyć*” kluczowa w społeczeństwie jest profilaktyka oraz przestrzeganie zasad zdrowego trybu życia, by cieszyć się jak najdłużej pełnym dobrostanem psychicznym, jak i fizycznym.

## WNIOSKI

1. Dolegliwości bólowe odcinka lędźwiowego kręgosłupa powodują obniżenie jakości życia oraz zwiększają stopień niepełnosprawności chorych.
2. Rehabilitacja i zdrowy tryb życia korzystnie wpływają na stan zdrowia, samopoczucie badanych, jak i na ich jakość życia.
3. Znaczna część społeczeństwa, zwalczając dolegliwości bólowe odcinka lędźwiowego kręgosłupa, ogranicza się tylko do przyjmowania środków przeciwbólowych.
4. Istnieje konieczność nasilenia działań edukacyjnych pacjentów na temat profilaktyki występowania dolegliwości bólowych oraz korzyści płynących z regularnej aktywności fizycznej.

## PIŚMIENNICTWO

1. Turkiewicz-Maligranda A., Rymaszewska J.: Lęk i depresja a odczuwany ból u osób z chorobą dyskową odcinka krzyżowo-lędźwiowego charakteryzujących się różnym stylem przywiązania. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2012, 2, 277-286.
2. Szewczyk J.: Ocena i porównanie skuteczności zabiegów rehabilitacyjnych wykonywanych w warunkach sanatoryjnych i ambulatoryjnych w dolegliwościach bólowych dolnego odcinka kręgosłupa. *Doniesienie wstępne. Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja*, 2016, 18, 349-357.
3. Paprocka J., Jamroz E., Głuszkiewicz E., Klimczak A., Kluczevska E., Marszał E.: Zespoły bólowe kręgosłupa u dzieci. *Wiadomości Lekarskie*, 2008, 61, 183-189.
4. Hoy D., Brooks P., Blyth F., Buchbinder R.: The epidemiology of low back pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 2010, 24, 769-781.
5. Wegner K., Błaszczak A., Zygmąńska M., Ogurkowska M.B.: Ocena zmian przeciążeniowych kręgosłupa u pracowników przemysłu motoryzacyjnego. *Zeszyty Naukowe Małopolskiej Wyższej Szkoły Ekonomicznej w Tarnowie*, 2017, 3, 93-103.
6. Siedlecki Z., Głowczewska J., Śniegocki M., Kędziorska-Kornatowska K.: Ocena leczenia neurochirurgicznego chorych geriatrycznych z powodu silnych zespołów bólowych kręgosłupa na tle choroby zwyrodnieniowej i złamań kompresyjnych kręgow. *Gerontologia Polska*, 2015, 3, 101-106.
7. Zawadka M., Fijewski A., Gawda P.: Bóle odcinka lędźwiowego kręgosłupa a zmiany zwyrodnieniowe. *Geriatrics*, 2017, 11, 56-65.



8. Sieradzki M., Krajewska-Kułak E., Van Damme-Ostapowicz K.: Ocena występowania zespołów bólowych dolnego odcinka kręgosłupa w populacji studentów kierunku fizjoterapia. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2013, 94, 451-458.
9. Elias-Jones C., Parry M.: *Crash Course - Ortopedia i Reumatologia*. Edra Urban & Partner, Wrocław 2016.
10. Kuryliszyn-Moskal A.: Terapia zespołów bólowych kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego - strategie postępowania. *Reumatologia*, 2009, 47, 368-371.
11. Daniel B., Pruszyński B.: *Anatomia radiologiczna RTG - TK - MR - USG – SC*. PZWL, Warszawa 2011.
12. Bowen B.C., Rivera A., Saraf-Lavi E.: *Diagnostyka obrazowa - kręgosłup*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2009.
13. Hendrich B., Bładowska J., Sasiadek M.: Znaczenie badań obrazowych w diagnostyce nieurazowych zespołów bólowych kręgosłupa. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 2010, 6, 92-100.
14. Zaniewska R., Okurowska-Zawada B., Kułak W., Domian K.: Analiza jakości życia pacjentów z zespołem bólowym dolnego odcinka kręgosłupa po zastosowaniu przezskórnej elektrycznej stymulacji nerwów - TENS. *Medycyna Pracy*, 2012, 63, 295-302.
15. Petty N.J.: *Badanie i ocena narządu ruchu*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2010.
16. Dyszkiewicz A., Opara J., Gaździk T.S.: Monitorowanie leczenia zespołów bólowych kręgosłupa lędźwiowego z zastosowaniem niesterydowego leku przeciwzapalnego i żelu na bazie naturalnego komponentu olejkowo-eterycznego. *Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja*, 2006, 8, 210-218.
17. Backup K., Backup J.: *Testy kliniczne w badaniu kości, stawów i mięśni*. PZWL, 2014.
18. Lisowska B., Miłułka S., Gasik R.: Farmakoterapia skojarzona w zespołach bólowych kręgosłupa. *Farmacja Współczesna*, 2011, 4, 113-118.
19. Mika T., Kasprzak W.: *Fizykoterapia*. PZWL, Warszawa 2013.
20. Topolska M., Sapała R., Topolski A., Marczewski K.: Ocena skuteczności krótkoterminowej efektywności rehabilitacji kobiet z przewlekłymi bólami dolnego odcinka kręgosłupa z wykorzystaniem kwestionariuszy Niepełnosprawności Oswestry i Roland-Morris'a. *Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja*, 2011, 13, 353-360.

21. Boguszewski D., Krupiński M., Białoszewski D.: Ocena skuteczności masażu klasycznego i akupresury w rehabilitacji pacjentów z dolegliwościami bólowymi dolnego odcinka kręgosłupa. *Doniesienie wstępne. Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja*, 2017, 19, 513-521.
22. Frisch H., Roex J.: *Terapia manualna. Poradnik wykonywania ćwiczeń*. PZWL, Warszawa 2011.
23. Kwolek A.: *Rehabilitacja medyczna. Tom 1*. Edra Urban & Partner, Wrocław 2012.
24. Krześniak H., Truszczyńska-Baszak A.: Wpływ treningu wytrzymałości siłowej w formie obwodowej na jakość życia i sprawność kobiet z bólami odcinka lędźwiowego kręgosłupa. *Postępy Rehabilitacji*, 2016, 4, 17-28.
25. Kędra A, Czaprowski D: Częstość występowania bólu kręgosłupa a sposób spędzania czasu wolnego dzieci i młodzieży. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2013, 19, 183-187.
26. Dobrzeńicka A., Pogorzała A.M.: Wybrane zagadnienia profilaktyki i postępowania w zespołach bólowych odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. *Horyzonty Współczesnej Fizjoterapii*, 2016, 2, 239-252.
27. Czaja E., Kózka M., Burda A.: Jakość życia pacjentów z dyskopatią odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. *Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne*, 2012, 1, 92-96.
28. Czenczek-Lewandowska E., Przysada G., Brotoń K., Leszczak J., Rykała J., Podgórska-Bednarz J.: Wpływ rehabilitacji na stan funkcjonalny oraz dolegliwości bólowe pacjentów z zespołem przeciążeniowym kręgosłupa. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie*, 2014, 3, 243-252.
29. Jabłońska R., Ślusarz R., Królikowska A., Rosińczuk-Tonderys J.: Oswestry Disability Index as a tool to determine agility of the patients after surgical treatment of intervertebral disk discopathy. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 2011, 20, 377-384.
30. Turska W., Skowron A.: Metody oceny jakości życia. *Farmacja Polska*, 2009, 65, 572-580.
31. Cieślik B., Podbielska H.: Przegląd wybranych kwestionariuszy oceny jakości życia. *Acta Bio-Optica et Informatica Medica*, 2015, 21, 102-135.



32. Antczak A., Haor B., Głowacka M., Biercewicz M.: Jakość życia pacjentów z zespołem bólowym odcinka lędźwiowego kręgosłupa po zastosowaniu leczenia sanatoryjnego - doniesienia wstępne. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2014, 4, 19-25.
33. Klimaszewska K., Krajewska-Kułak E., Kondzior D., Kowalczyk K., Jankowiak B.: Jakość życia pacjentów z zespołami bólowymi odcinka lędźwiowego kręgosłupa. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2011, 19, 47-54.
34. Wasilewski D., Wojnar M., Chatizow J.: Depresja a ból: ogólnopolskie badanie epidemiologiczne. *Psychiatria Polska*, 2010, 44, 435-445.
35. Salvetti Mde G., Pimenta C.A., Braga P.E., Corrêa C.F.: Disability related to chronic low back pain: prevalence and associated factors. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2012, 46, 16-23.
36. La Touche R., Grande-Alonso M., Arnes-Prieto P., Paris-Aleman A.: How does self-efficacy influence pain perception, postural stability and range of motion in individuals with chronic low back pain? *Pain Physician*, 2019, 22, 1-13.
37. Przychodzka E., Lorenkowicz R., Grądek E.: Problem bólu kręgosłupa u czynnych zawodowo pielęgniarek. *Zdrowie i Dobrostan*, 2014, 2, 135-147.
38. Gajewski T., Woźnica I., Młynarska M., Ćwikła S., Strzemecka J., Bojar I.: Wybrane aspekty jakości życia osób ze zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa i stawów. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2013, 19, 362-369.
39. Zaniwska R., Okurowska-Zawada B., Kułak W., Domian K.: Analiza jakości życia pacjentów z zespołem bólowym dolnego odcinka kręgosłupa po zastosowaniu przezskórnej elektrycznej stymulacji nerwów - TENS. *Medycyna Pracy*, 2012, 63, 295-302.
40. Karateev A., Pogozheva E., Filatova E., Amirjanova V., Lila A., Antipova O., Babaeva A., Volkorezova A., Davydova A.F., Davtyan G., Zonova E., Ivanova N., Kalinina N., Kiseleva I., Knyazeva L., Kulikov A., Nesmeyanova O., Mazurov V., Masneva L., Menshikova V., Obuhova I., Otteva E., Salnikova T., Shchendrygin I., Yakupova S.P.: Factors affecting the results of analgesic therapy. Results of the Russian multicentre study of NOTE (NSAID: Open-label Trial of Efficacy). *Terapevticheskiĭ Arkhiv*, 2018, 90, 65-73.

41. Kanas M., Faria R.S., Salles L., Sorpreso I., Martins D., Cunha R., Wajchenberg M.: Home-based exercise therapy for treating non-specific chronic low back pain. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 2018, 64, 824-831.
42. Searle A., Spink M., Ho A., Chuter V.: Exercise interventions for the treatment of chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical Rehabilitation*, 2015, 29, 1155-1167.
43. Shirado O., Doi T., Akai M., Hoshino Y., Fujino K., Hayashi K., Marui E., Iwaya T.: Multicenter randomized controlled trial to evaluate the effect of home-based exercise on patients with chronic low back pain: the Japan low back pain exercise therapy study. *Spine*, 2010, 35, 811-819.
44. Eliks M., Zgorzalewicz-Stachowiak M., Zeńczak-Praga K.: Application of Pilates-based exercises in the treatment of chronic non-specific low back pain: state of the art. *Postgraduate Medicine Journal*, 2019, 95, 41-45.
45. Valenza M.C., Rodríguez-Torres J., Cabrera-Martos I.: Results of a Pilates exercise program in patients with chronic non-specific low back pain: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 2017, 31, 753-760.
46. Szulc P., Wendt M., Waszak M., Tomczak M., Cieślik K., Trzaska T.: Impact of McKenzie method therapy enriched by muscular energy techniques on subjective and objective parameters related to spine function in patients with chronic low back pain. *Medical Science Monitor*, 2015, 21, 2918-2932.
47. Byra S.: Radzenie sobie sytuacjach trudnych a przystosowanie do życia z niepełnosprawnością u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego o zróżnicowanym poziomie subiektywnej oceny zdrowia. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2012, 18, 37-44.
48. Semeru G.M., Halim M.S.: Acceptance versus catastrophizing in predicting quality of life in patients with chronic low back pain. *Korean Journal of Pain*, 2019, 32, 22-29.
49. Husky M., Ferdous Farin F., Compagnone P., Fermanian C., Kovess-Masfety C.: Chronic back pain and its association with quality of life in a large French population survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2018, 16, 195-203.
50. Meucci R.D., Fassa A.G., Faria N.M.X.: Prevalence of chronic low back pain: systematic review. *Revista de Saude Publica*, 2015, 49, 73.

51. Macfarlane G.J., Beasley M., Jones E., Prescott G.J., Docking R., Keeley P.: The prevalence and management of low back pain across adulthood: results from a population-based cross-sectional study (the MUSICIAN study). *Pain*, 2012, 153, 27-32.
52. Chmielewski H.: Klinika zespołów bólowych kręgosłupa. *Kwartalnik Ortopedyczny*, 2009, 3, 238-243.
53. Bartley E.J., Fillingim R.B.: Sex differences in pain: a brief review of clinical and experimental findings. *British Journal of Anaesthesia*, 2013, 111, 52-58.
54. Koszewski W.: Choroba zwyrodnieniowa jako podłoże mechaniczne zespołów bólowych kręgosłupa. Rola czynników mechanicznych [w:] *Bóle kręgosłupa i ich leczenie*. Koszewski W. (red.). Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2010, 32-40.
55. Kozłowski P., Kożuch K., Kozłowska M., Ławnicka I., Kozłowska K.: Ocena częstości występowania bólu kręgosłupa oraz stylu i jakości życia wśród osób z bólem kręgosłupa. *Journal of Education, Health and Sport*, 2016, 6, 329-336.
56. Lombardo S.R., Vijitha de Silva P., Lipscomb H.J., Ostbye T.: Musculoskeletal symptoms among female garment factory workers in Sri Lanka. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 2012, 18, 210-219.
57. Ovayolu O., Ovayolu N., Genc M., Col-Araz N.: Frequency and severity of low back pain in nurses working in intensive care units and influential factors. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 2014, 30, 70-76.
58. d'Errico A., Viotti S., Baratti A., Mottura B., Barocelli A.P., Tagna M., Sgambelluri B., Battaglini P., Converso D.: Low back pain and associated presenteeism among hospital nursing staff. *Journal of Occupational Health*, 2013, 55, 276-283.
59. Saxena P., Gupta S.K., Jain S., Jain D.: Work-related musculoskeletal pain among dentists in Madhya Pradesh, India: prevalence, associated risk factors, and preventive measures. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 2013, 26, 304-309.
60. Kaczor S., Bac A., Brewczyńska P., Woźniacka R., Golec E.: Występowanie dolegliwości bólowych dolnego odcinka kręgosłupa i nawyków ruchowych u osób prowadzących siedzący tryb życia. *Postępy Rehabilitacji*, 2011, 3, 19-28.

61. Pacholec A., Księżopolska-Orłowska K., Jędryka-Góral A., Bugajska J., Kowalik K., Sadura-Sieklucka T., Pawłowska-Cyprysiak K., Łastowiecka-Moras E.: Współczesne kierunki rehabilitacji w zapalnych chorobach narządu ruchu. *Reumatologia*, 2013, 51, 298-303.
62. Pieber K., Herceg M., Quittan M., Csapo R., Müller R., Wiesinger G.F.: Long-term effects of an outpatient rehabilitation program in patients with chronic recurrent low back pain. *European Spine Journal*, 2014, 23, 779-785.

## **OCENA JAKOŚCI ŻYCIA OSÓB STARSZYCH ZE SCHORZENIAMI NARZĄDU RUCHU**

**Magdalena Gwiazda<sup>1</sup>, Mateusz Cybulski<sup>2</sup>, Anna Hryniewicz<sup>3</sup>,  
Elżbieta Krajewska-Kułak<sup>2</sup>**

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

### **WSTĘP**

W państwach rozwiniętych i rozwijających się coraz większą grupę społeczną pod względem demograficznym stanowią osoby w podeszłym wieku. Skuteczne wydłużenie przeciętnej jakości zostało osiągnięte poprzez rozwój medycyny oraz metod diagnostycznych i terapeutycznych [1-3]. Proces gwałtownego starzejącego się społeczeństwa niesie ze sobą problem w postaci chorób cywilizacyjnych [1]. Według WHO (*World Health Organization* – Światowa Organizacja Zdrowia) starość mieści się w 3 zakresach: wiek podeszły (60-74 lat), wiek starczy (75-89 lat) oraz wiek sędziwy (>90 lat). Starość jest fizjologicznym indywidualnym etapem dotyczącym każdego człowieka [4]. Długość życia uzależniona jest nie tylko od aspektów osobniczych, ale także populacyjnych oraz od płci. Proces starzenia u mężczyzn przebiega znacznie szybciej i w skali światowej wynosi ponad 60. lat. W ujęciu globalnym kobiety żyją średnio o 6 lat dłużej [5].

Tempo starzenia się organizmu zależy od czynników genetycznych, rodzaju diety, stylu życia oraz, przede wszystkim, od aktywności fizycznej osób starszych [6]. W organizmie zaczynają zachodzić zmiany na tle biologicznym oraz dotyczące fizjonomii ciała. Pogorszeniu ulega wydolność organizmu, tkanki podlegają atrofii, pojawiają się zmarszczki, zmiany skórne w postaci plam starczych oraz pochylenie sylwetki. Wzrasta częstość występowania chorób adekwatnych dla wieku geriatrycznego, utrudniających samodzielne funkcjonowanie osób starszych, pogarszając ich jakość życia [4, 7]. Zalicza się do nich przede wszystkim choroby układu kostno-stawowego.

Choroby przewlekłe układu szkieletowego, takie jak zwyrodnienia stawów obwodowych, czy kręgosłupa uznane są jako główne źródło niepełnosprawności. Wpływają one negatywnie na samopoczucie osoby starszej, często prowadząc do depresji [6, 8]. Populacja ludzi w podeszłym wieku charakteryzuje się polipatologią, czyli nałożeniem się kilku schorzeń przewlekłych [6, 8]. Zjawisko to stanowi duży problem dla personelu medycznego oraz ustalenia odpowiedniej rehabilitacji, ze względu na adekwatne przeciwwskazania do konkretnej jednostki chorobowej [3, 5].

Główną przyczyną przyspieszenia procesu starzenia się ciała jest niedostateczna aktywność fizyczna osób w podeszłym wieku [5]. W związku z rozwojem technologicznym oraz wydłużeniem życia, organizm ludzki został pozbawiony potrzeby aktywności fizycznej. Brak ruchu okazał się główną przyczyną dolegliwości bólowych związanych z kręgosłupem, wynikających z prowadzonego trybu życia, wykonywanej pracy oraz braku znajomości zasad ergonomii w życiu codziennym [9, 10]. Zespoły bólowe, zwłaszcza kręgosłupa w odcinku lędźwiowym, przyczyniają się do powstania ograniczeń na tle zawodowym, społecznym oraz rodzinnym. Proces ewolucji doprowadził człowieka do wyprostowanej pozycji ciała poprzez odpowiednie przeniesienie środka ciężkości. Największy ciężar spoczywa na odcinku lędźwiowo-krzyżowym kręgosłupa, jednak w trakcie okresu ewolucji do końca został przystosowany do pełnienia niektórych funkcji [9]. Niestety, mimo że narząd ruchu do prawidłowego funkcjonowania potrzebuje aktywności fizycznej, ludzie coraz więcej czasu spędzają w pozycji siedzącej, która w znacznym stopniu nieprawidłowo obciąża kręgosłup. Zachowanie to wpływa na wcześniejsze zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa [9, 10]. Proces starzenia organizmu w dużej mierze wynika z nieprawidłowych przeciążeń układów ciała, przede wszystkim układu kostno-stawowego, prowadząc do jeszcze większego ograniczenia sprawności fizycznej [10].

Mimo postępującego wyżej wymienionego procesu, osoba starsza pod warunkiem systematyczności dotyczącej treningu jest w stanie zachować wysoką sprawność w wielu ważnych dla siebie dziedzinach. W późnej dorosłości korzyści płynące z aktywności fizycznej widoczne są nie tylko na tle zmian fizjologicznych, ale dotyczą także sfery psychologicznej i socjologicznej [5].

## CEL BADAŃ

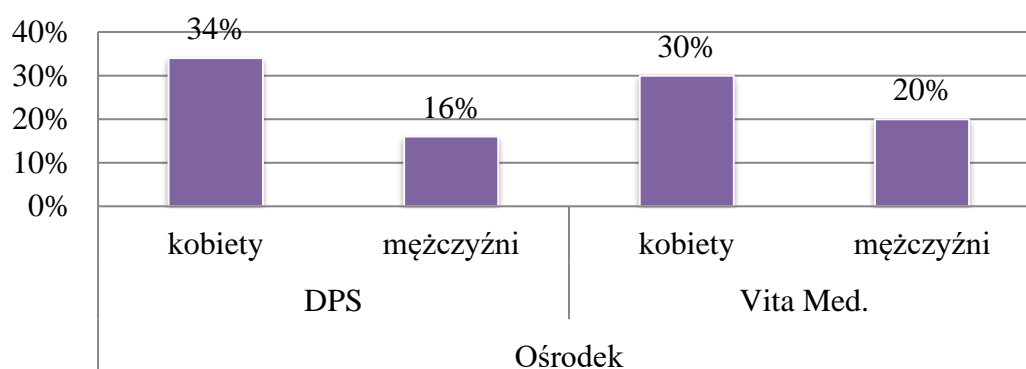
Celem pracy była ocena jakości życia osób starszych ze zmianami w obrębie narządu ruchu z uwzględnieniem odcinka lędźwiowego kręgosłupa, uczęszczających na Oddział Rehabilitacji Diennej do Centrum Medycznego „Vita Med” oraz pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej przy ul. Świerkowej 9 w Białymstoku.

Aby zrealizować główny cel pracy sformułowano następujące pytania badawcze:

1. Czy rehabilitacja ma wpływ na zmniejszenie dolegliwości związanych z chorobą zwyrodnieniową stawów oraz kręgosłupa w badanej grupie?
2. Czy istnieją różnice w odczuwaniu objawów związanych z chorobą zwyrodnieniową narządu ruchu między kobietami, a mężczyznami w zależności od ośrodka?
3. Jaka jest ocena jakości życia osób ze zmianami zwyrodnieniowymi pomiędzy pensjonariuszami DPS, a pacjentami Centrum Medycznego „Vita Med”?
4. Czy istnieje związek między wiekiem, płcią i zmiennymi społeczno-demograficznymi, a oceną jakości życia w badanej grupie?

## MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Grupę badaną stanowiło 50 pacjentów ze schorzeniami narządu ruchu, w wieku od 60. do 79. lat, w terminie od stycznia do kwietnia 2018 roku. Średnia wieku osób ankietowanych wyniosła 70,14 lat. Średnia wieku kobiet wyniosła 69,21 lat, natomiast mężczyzn – 67,05 lat. 50% osób poddanych badaniu uczęszczało na Oddział Dzielny Rehabilitacji do Centrum Medycznego „Vita-Med”, zaś drugą połowę stanowili pensjonariusze Domu Pomocy Społecznej przy ulicy Świerkowej 9 w Białymstoku (Rycina 1, Tabela I).

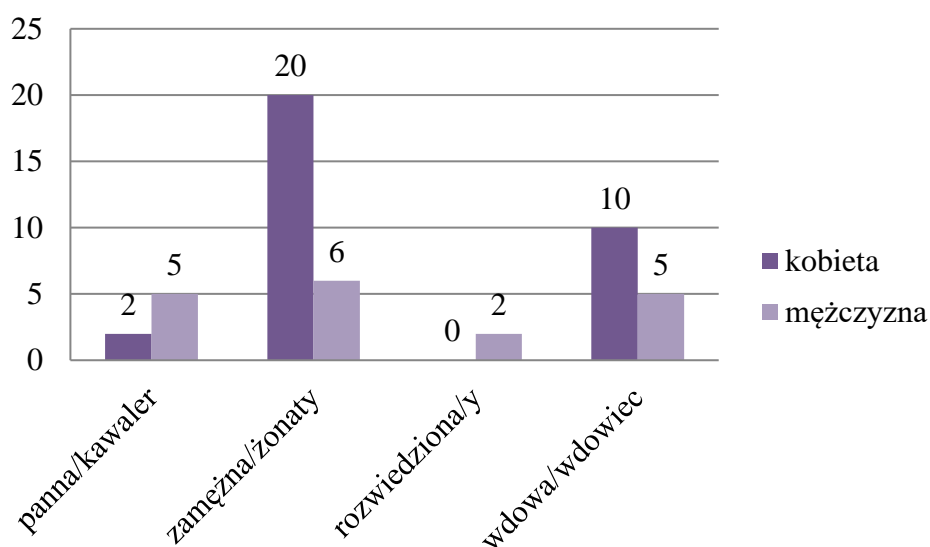


Rycina 1. Charakterystyka badanej grupy pod względem miejsca pochodzenia i płci.

**Tabela I. Charakterystyka badanej grupy pod względem płci i wieku.**

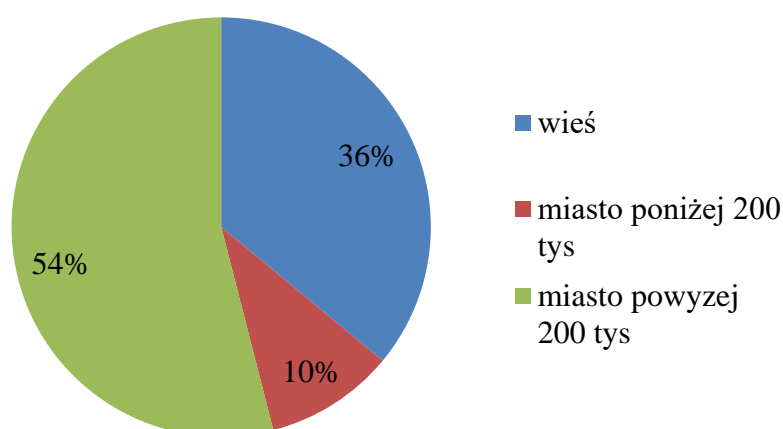
Wiek	DPS		VITA MED		Suma		Razem
	kobiety	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiet	mężczyzn	
60-64	0	0	8	4	8	4	12
65-69	0	0	6	4	6	4	10
70-74	8	4	0	1	8	5	13
75-79	9	4	1	1	10	5	15
Suma	17	8	15	10	32	18	50
Procent	34%	16%	30%	20%	64%	36%	100%

W związku małżeńskim pozostawało 26 osób (52%), przy czym liczba kobiet zamężnych znacznie przekraczała liczbę żonatych mężczyzn (Rycina 2).

**Rycina 2. Stan cywilny osób ankietowanych (N=50).**

Zdecydowana większość badanych seniorów zamieszkiwała duże aglomeracje miejskie lub mniejsze miasta (Rycina 3).





**Rycina 3. Miejsce zamieszkania osób ankietowanych (N=50).**

Udział w badaniu miał charakter anonimowy oraz dobrowolny. Przystąpienie do badania ankietowego było równoznaczne z wyrażeniem zgody na wypełnienie ankiety. W każdej chwili, respondent miał prawo rezygnacji z wypełnienia kwestionariusza. Na początku, osoby ankietowane były o tym poinformowane.

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego przy użyciu skal psychometrycznych takich jak skala Laitinena oraz kwestionariuszy Rolland'a-Morris'a, BASDAI oraz SF-36 w grupie 50 osób w ww. ośrodkach.

**Skala Laitinena** to skala służąca do oceny bólu, bazująca na 4 podstawowych parametrach, takich jak.: intensywność i częstotliwość występowania bólu, zażywanie leków przeciwbólowych oraz aktywność fizyczna. Czynniki te punktowane są w skali od 0 do 4, gdzie 0 jest oznaczeniem braku problemu, a 4 – stanowi bardzo duży problem. Każdy ze wskaźników podlega ocenie przed i po leczeniu [11-13].

**Kwestionariusz SF-36** to narzędzie ogólne wykorzystywane do pomiaru jakości życia zależnej od stanu zdrowia. Kwestionariusz może być przeprowadzany wśród osób, które ukończyły 18. rok życia, zarówno zdrowych, jak i borykających się z różnymi schorzeniami. Obecnie używany kwestionariusz to druga wersja (v.2), powstała w 1998 roku, wzorująca się na SF-36 v.1. Zbudowany jest on z 36 pytań zawartych w 11 kategoriach, w których wyróżniono 8 aspektów jakości życia.

Należą do nich kolejno:

1. funkcjonowanie fizyczne (PF - *physical functioning*) – 10 pozycji, z wielopoziomowymi odpowiedziami, pomiar ograniczenia fizycznej aktywności wywołanej ograniczeniami zdrowotnymi;
2. ograniczenia związane z pełnieniem ról ze względu na stan zdrowia fizycznego (RP - *role physical*) – 4 pozycje, pytania z odpowiedziami tak/nie;
3. dolegliwości bólowe (BP - *bodily pain*) – 2 pozycje o wielopoziomowych odpowiedziach;
4. odpowiedzi wielopoziomowe do 5 pozycji, dotyczące ogólnego poczucia zdrowia (GH - *general health*);
5. witalność (VT - *Vitality*) – pomiar poziomu zmęczenia i energii – 3 pytania (odpowieź tak/nie);
6. funkcjonowanie w życiu społecznym (SF - *social functioning*) dąży do określenia poziomu ograniczenia życia towarzyskiego wywołanymi dolegliwościami na tle fizycznym oraz emocjonalnym – 2 pytania z wielokrotnymi odpowiedziami;
7. problemy emocjonalne, a ograniczenia związane z pełnieniem ról (RE - *role emotional*) - 3 pytania z odpowiedziami tak lub nie;
8. zdrowie psychiczne (MH - *mental health*), określające poziom dobrego samopoczucia oraz stresu psychologicznego - 5 pozycji z wielokrotnymi odpowiedziami.

Kategorie łączy się w dwie zbiorcze domeny: PHS (*physical health summary*) – zdrowia fizycznego, które liczone jest jako średnia PF, BP, RP i GH oraz MHS (*mental health summary*) – zdrowia psychicznego – średnią tą uzyskuje się z skal VT, RE, SF i MH. Sposób uzyskanych odpowiedzi na konkretne pytania jest zróżnicowany, od prostych odpowiedzi typu tak/nie, po skalę Likerta, która może być 3-, 5- oraz 6-stopniowa [14, 15].

**Kwestionariusz bólu krzyża** to powszechna ankieta używana do określenia stopnia niepełnosprawności dotyczącej bólów w dolnym odcinku kręgosłupa. Zbudowana jest z 24 pytań, na które pacjent może odpowiedzieć „tak” lub „nie”. Kwestionariusz jest wiarygodny i opisywane są w nim dolegliwości występujące w dniu badania. Wyniki całkowite określa się w przedziale od 0 do 24, gdzie 0 to brak niepełnosprawności, a 24 to znaczna niepełnosprawność. Osoby ankietowane podzielone zostały na 4 grupy niepełnosprawności w zależności od otrzymanych punktów.

Niski stopień niepełnosprawności to 4-10 punktów, 11-17 punktów świadczy o średnim stopniu, a wysoki to 18-24 punkty. Zakres od 0-3 określany jest jako brak niepełnosprawności [16].

**Skala BASDAI** jest to wskaźnik służący do oceny aktywności choroby. Oblicza się go przy pomocy ankiety składającej się z 6 pytań, które skupiają się na pięciu głównych objawach zeszywniającego zwyrodnienia stawów kręgosłupa, tj.: bólu kręgosłupa, zmęczenia, obrzęku oraz dolegliwości bólowych stawów, stanów zapalnych ścięgien i więzadeł oraz sztywności porannej. Formularz ma zastosowanie w określeniu natężenia bólu, zmęczenia oraz dyskomfortu w skali 0-10, gdzie 0 to najłagodniejsze nasilenie dolegliwości bólowych, a 10 – najmocniejsze [17, 18].

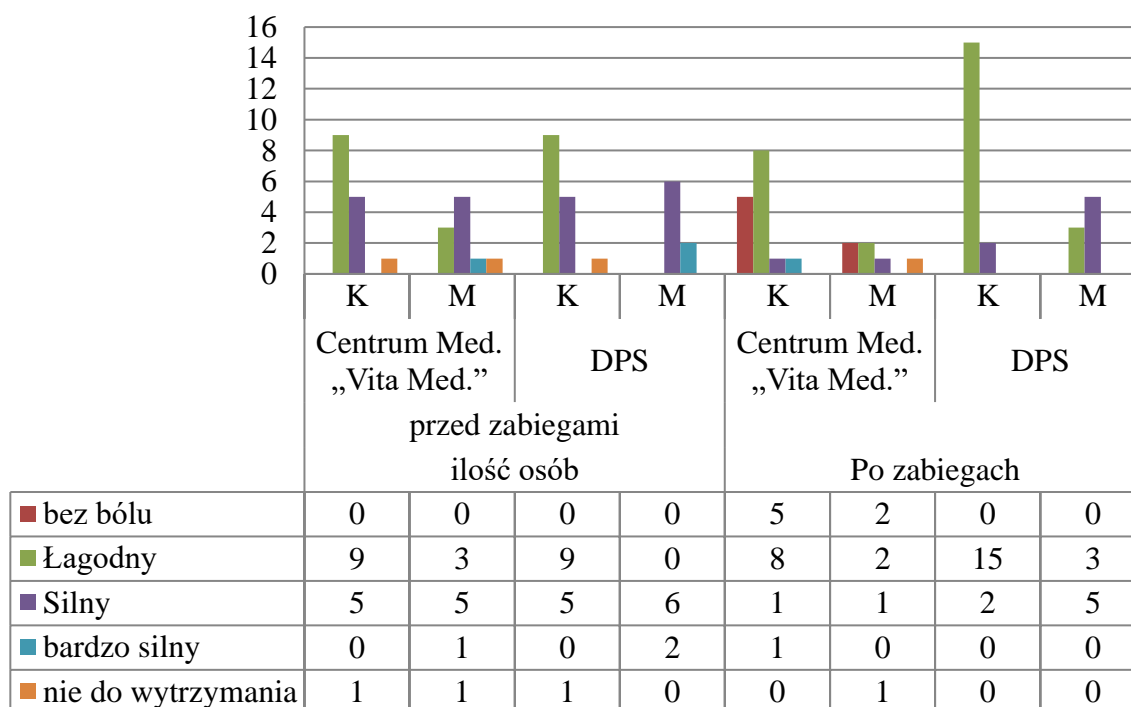
Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (uchwała z dnia 21.12.2017 r. o numerze: R-I-002/531/2017) oraz Dyrekcji Centrum Medycznego „Vita Med” przy ulicy Antoniukowskiej 11/1 i Domu Pomocy Społecznej przy ul. Świerkowej 9 w Białymstoku.

Wartości procentowe poszczególnych wariantów odpowiedzi zilustrowano na wykresach słupkowych oraz kołowych. W przypadku zmiennych ilościowych rozkład zmiennej ilustrowano na histogramach oraz zamieszczano tabelę zawierającą miary tendencji centralnej oraz rozproszenia. Różnicę pomiędzy dwoma średnimi wynikami niezależnymi od siebie sprawdzano za pomocą testu t-Studenta dla prób niezależnych. Istotność różnic pomiędzy dwiema zmiennymi o charakterze ilościowym, powiązanych ze sobą, sprawdzano za pomocą testu t-Studenta dla prób zależnych oraz testu Wilcoxon. Korelacje pomiędzy zmiennymi rangowymi i ilościowymi sprawdzono za pomocą współczynników korelacji Pearsona oraz rang Spearmana. Współczynniki te przyjmują wartości od +1 (silna korelacja dodatnia, wraz ze wzrostem jednej zmiennej, następuje wzrost drugiej zmiennej), poprzez 0 (brak korelacji) do -1 (silna korelacja ujemna, wzrost wartości jednej zmiennej, powoduje spadek wartości drugiej zmiennej). W analizach statystycznych przyjęto poziom istotności  $p = 0,05$ . Analizy wykonano za pomocą programu SPSS Statistics 13, Microsoft Office Word oraz Microsoft Office Excel.

## **WYNIKI**

Większość osób ( $n=12$ ) uczęszczających na Oddział Dzienny Rehabilitacji do Centrum Medycznego „Vita Med” określało dolegliwości bólowe jako łagodne (48%). Pośród wszystkich badanych tylko 3 osoby określiły występujący ból jako nie do wytrzymania (6%).

Pensjonariusze Domu Pomocy Społecznej w Białymstoku najczęściej określali intensywność dolegliwości bólowych jako silne (22%). Większość pensjonariuszek borykała się z bólem łagodnym (18%). Przed rozpoczęciem turnusu rehabilitacyjnego w obu ośrodkach, żadna osoba nie wskazała na brak dolegliwości bólowych związanych ze schorzeniem (Rycina 4).



**Rycina 4. Intensywność bólu kręgosłupa lędźwiowego w badanej grupie przed i po zabiegach (N=50).**

Po odbyciu dwutygodniowego turnusu rehabilitacyjnego, gdzie zabiegi fizjoterapeutyczne były odpowiednio dobrane do stopnia schorzenia, doznania bólowe u pacjentów „Vita Med” uległy częściowemu wyciszeniu. Aż 28%, w tym więcej kobiet, po odbyciu rehabilitacji oznajmiło, że cierpienie związane z bólem zostało przerwane. U 2 osób po skończeniu zabiegów intensywność bólu nie uległa zmianie. U pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej nie zaobserwowano całkowitej poprawy.

Średnia ocena intensywności bólu przed leczeniem, w skali od 0 do 4, wyniosła 1,86 przy odchyleniu równym 0,73, wartość środkowa wyniosła 2, najniższy odnotowany wynik to 1, natomiast najwyższy – 4.

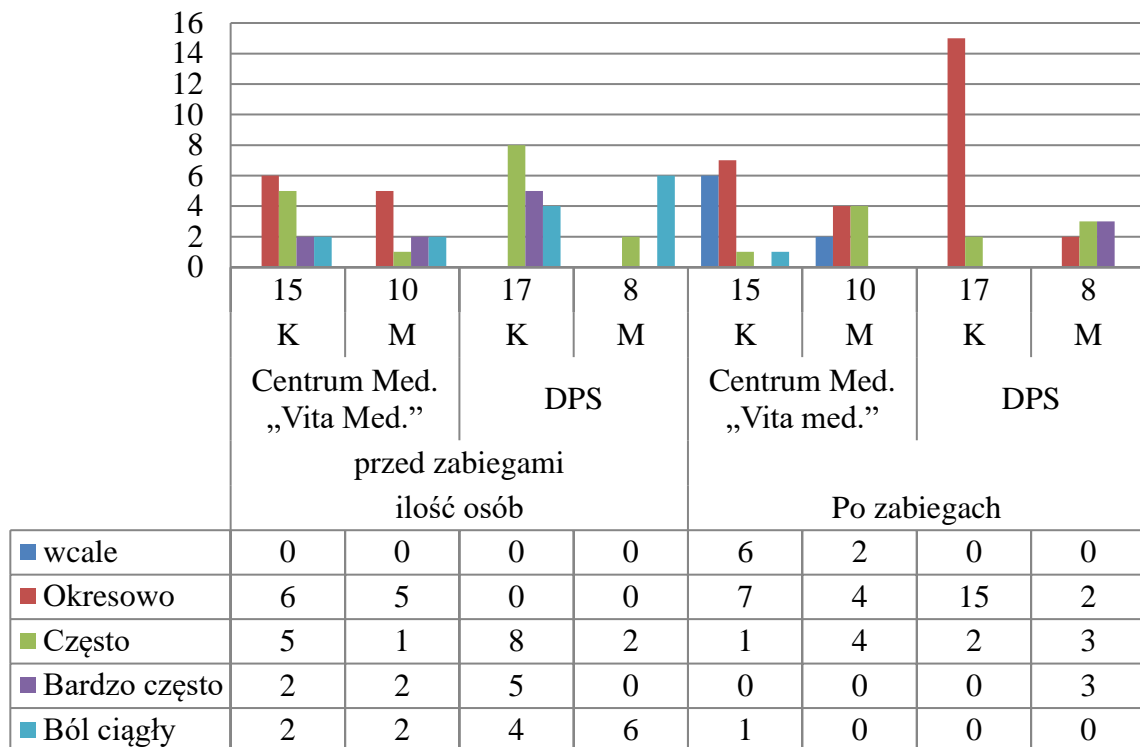
Po przeprowadzeniu leczenia, średnia ocena intensywności bólu była znacznie niższa i wyniosła 1,14 przy odchyleniu standardowym równym 0,76, mediana była równa 1, wartość minimalna – 0, natomiast maksymalna – 4. Analiza z wykorzystaniem testu Wilcoxon (Z = -5,684; p < 0,001) potwierdziła wystąpienie istotnego wpływu przeprowadzonego leczenia na zmniejszenie intensywności bólu w chorobie zwyrodnieniowej narządu ruchu (Tabela II).

**Tabela II. Miary tendencji centralnej oraz rozproszenia: intensywność bólu przed oraz po leczeniu (N=50).**

Zmienna	N	M	Me	Min	Max	SD	Test Wilcoxon
Intensywność bólu przed leczeniem	50	1,86	2,00	1,00	4,00	0,73	Z = -5,684
Intensywność bólu po leczeniu	50	1,14	1,00	0,00	4,00	0,76	p<0,001

Rycina 5 opisuje częstotliwość występowania bólu u osób ankietowanych ze zwyrodnieniami narządu ruchu. Przed przystąpieniem do zabiegów w obu ośrodkach, najwięcej pacjentów (13 osób), w szczególności kobiet, skarżyło się na częste występowanie dolegliwości bólowych kostno-stawowych (26%). W Centrum Medycznym „Vita Med” zarówno kobiety (24%), jak i mężczyźni (20%) najczęściej określali ból jako okresowo występujący.

W DPS 4 kobiety oraz 6 mężczyzn zmagano się z bólem ciągłym. Każda osoba poddana badaniu odczuwała dolegliwości bólowe. Po przebytej rehabilitacji częstotliwość dolegliwości bólowych pacjentów oraz pensjonariuszy uległa częściowemu wyciszeniu. Tylko 1 kobieta zgłosiła brak widocznej poprawy i nadal zmagano się z bólem ciągłym. W Centrum Medycznym „Vita Med” kobiety bardzo dobrze zareagowały na zabiegi, w związku z tym u 40% kobiet dolegliwości bólowe całkowicie zniknęły. Po zabiegach na dolegliwości o charakterze okresowym lub częstym uskarżało się po 4 mężczyzn (80%). W DPS nie udało się całkowicie znieść dolegliwości bólowych, jednak żaden z pensjonariuszy nie zgłosił bólu ciągłego. Najwięcej osób określiło swój ból jako okresowy (68%) (Rycina 5).



**Rycina 5. Częstotliwość bólu kręgosłupa lędźwiowego w badanej grupie przed i po zabiegach (N=50).**

Średnia częstotliwość występowania bólu u osób ankietowanych przed leczeniem, w skali od 0 do 4, wyniosła 2,52 przy odchyleniu równym 1,13, wartość środkowa – 2, najniższy odnotowany wynik – 1, natomiast najwyższy – 4. Po przeprowadzeniu leczenia średnia częstotliwość występowania bólu była znacznie niższa i wyniosła 1,4 przy odchyleniu standardowym równym 0,97, mediana wyniosła 1, wartość minimalna – 0, natomiast maksymalna – 4. Leczenie miało istotny wpływ na zmniejszenie częstotliwości występowania bólu związanego z chorobą zwyrodnieniową u pacjentów, co potwierdziły wartości testu Wilcoxon (Z = -6,082; p < 0,001) (Tabela III).

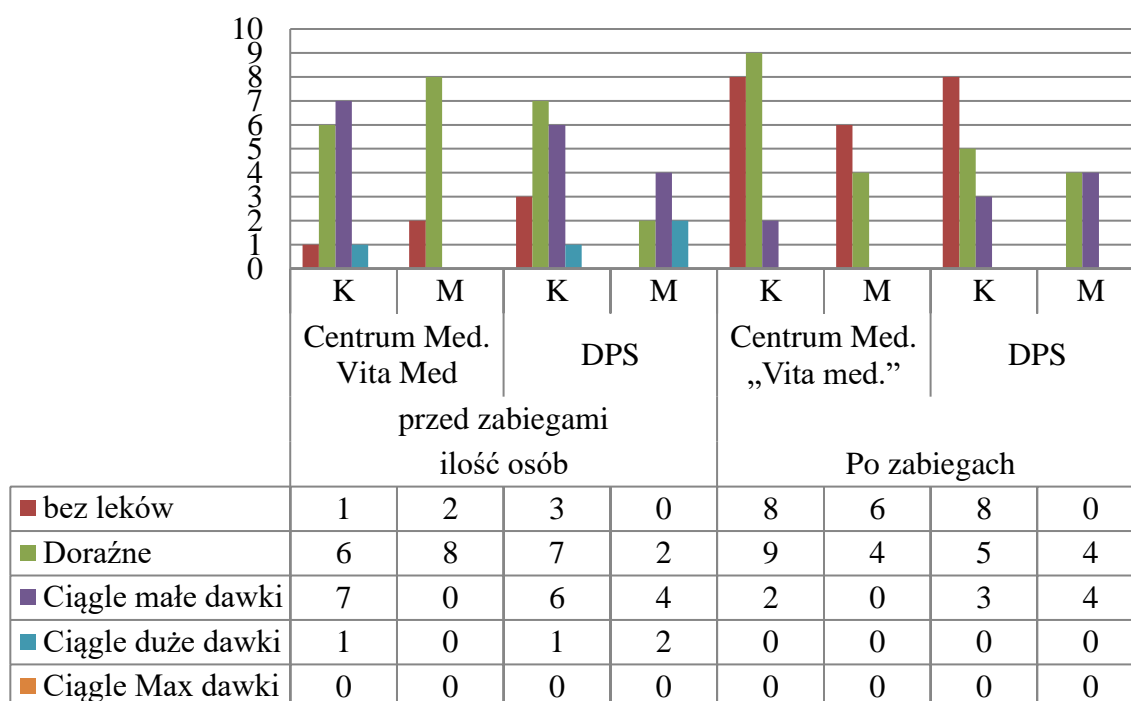
Biorąc pod uwagę stosowanie leków przeciwbólowych, 3 pacjentów z dziennego oddziału rehabilitacji oraz 3 pensjonariuszy z DPS mimo dolegliwości bólowych i różnej częstotliwości ich występowania, nie zażywało żadnych środków działających przeciwbólowo (12%). U 46% pacjentów odnotowano doraźne stosowanie leków. Żaden z pacjentów nie przyjmował maksymalnych dawek leków. Z badań wynika, że w obu ośrodkach kobiety (56%) przyjmowały większe dawki leków przeciwbólowych niż mężczyźni (32%).

Po przebytych usprawnianiu w Centrum Medycznym oraz w Domu Pomocy Społecznej żaden z ankietowanych seniorów nie przyjmował dużych i maksymalnych dawek leków. W Centrum Medycznym 14 osób (32% kobiet oraz 24% mężczyzn) przestało przyjmować leki przeciwzapalne. Tylko 2 kobiety nadal przyjmowały małe dawki niesteroidowych leków przeciwzapalnych. W DPS 32% kobiet przestało przyjmować leki przeciwbólowe (Rycina 6).

**Tabela III. Miary tendencji centralnej oraz rozproszenia: częstotliwość występowania bólu - przed oraz po leczeniu (N=50).**

Zmienna	N	M	Me	Min	Max	SD	Test Wilcoxon
Częstotliwość występowania dolegliwości bólowych przed leczeniem	50	2,52	2	1	4	1,13	Z=-6,082
Częstotliwość występowania dolegliwości bólowych po leczeniu	50	1,4	1	0	4	0,97	p<0,001

Średnia liczba stosowanych leków przeciwbólowych, w skali od 0 do 4, wyniosła 1,38 przy odchyleniu równym 0,81, wartość środkowa wyniosła 1, najniższy odnotowany wynik – 0, natomiast najwyższy – 3. Po przeprowadzeniu leczenia średnia liczba stosowanych leków przeciwbólowych była znacznie niższa i wyniosła 0,82 przy odchyleniu standardowym równym 0,72, mediana wyniosła 1, wartość minimalna – 0, natomiast maksymalna – 2. Wartości testu Wilcoxon (Z = -4,939; p < 0,001) świadczą o istotnym wpływie przeprowadzonej rehabilitacji na zmniejszenie częstotliwości stosowania leków przeciwbólowych przez osoby ankietowane (Tabela IV).



Rycina 6. Stosowanie leków przeciwbólowych w dolegliwościach bólowych kręgosłupa lędźwiowego w badanej grupie przez i po zabiegach (N=50).

Tabela IV. Miary tendencji centralnej oraz rozproszenia: stosowanie leków przeciwbólowych - przed oraz po leczeniu (N=50).

Zmienna	N	M	Me	Min	Max	SD	Test Wilcoxona
Stosowanie leków przeciwbólowych przed leczeniem	50	1,38	1	0	3	0,81	Z=-4,939
Stosowanie leków przeciwbólowych po leczeniu	50	0,82	1	0	2	0,72	p<0,001

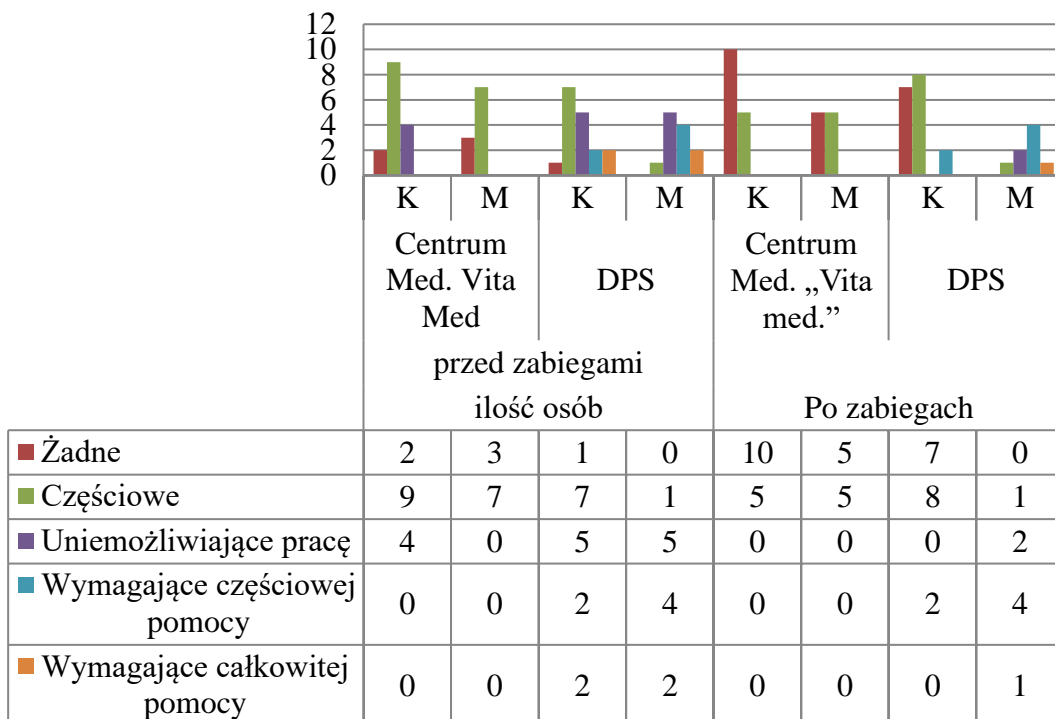
Na Rycinie 7 przedstawiono ograniczenie aktywności fizycznej związanej z objawami fizycznymi choroby zwyrodnieniowej u ankietowanych. W Centrum Medycznym „Vita Med” żadna z osób nie wymagała pomocy. U 4 kobiet występowały ograniczenia ruchomości uniemożliwiające pracę, a 5 osób nie miało żadnych ograniczeń z powodu dolegliwości zwyrodnieniowych. W Domu Pomocy Społecznej 4 osoby potrzebowały całkowitej pomocy,



zaś tylko 1 osoba nie miała żadnych ograniczeń ruchowych. 20% kobiet oraz mężczyzn miało dolegliwości bólowe, które uniemożliwiały pracę.

Po zakończonej rehabilitacji w Centrum Medycznym „Vita Med” ograniczenia aktywności ruchowej nie wystąpiły u 40% kobiet oraz 20% mężczyzn. Mimo to 20% mężczyzn i kobiet uskarżało się nadal na częściowe ograniczenia aktywności. W Domu Pomocy Społecznej tylko u 7 kobiet nie wystąpiło ograniczenie w zakresie aktywności ruchowej. 16% mężczyzn oraz 8% kobiet nadal potrzebowało częściowej pomocy (Rycina 7).

Średnia ograniczenie aktywności ruchowej, w skali od 0 do 4, wyniosło 1,6 przy odchyleniu równym 1,12, wartość środkowa była równa 1, najniższy odnotowany wynik – 0, natomiast najwyższy – 4. Po przeprowadzeniu leczenia średnie ograniczenie aktywności ruchowej było znacznie niższe i wyniosło 0,90 przy odchyleniu standardowym równym 1,07, mediana była równa 1, wartość minimalna – 0, natomiast maksymalna – 4. Leczenie miało istotny wpływ na zmniejszenie ograniczenia aktywności ruchowej respondentów spowodowanego zmianami zwyrodnieniowymi, na co wskazują wartości testu Wilcozona ( $Z = -4,927$ ;  $p < 0,001$ ) (Tabela V).



**Rycina 7. Ograniczenie aktywności ruchowej w dolegliwościach odcinka lędźwiowego w badanej grupie przed i po zabiegach (N=50).**

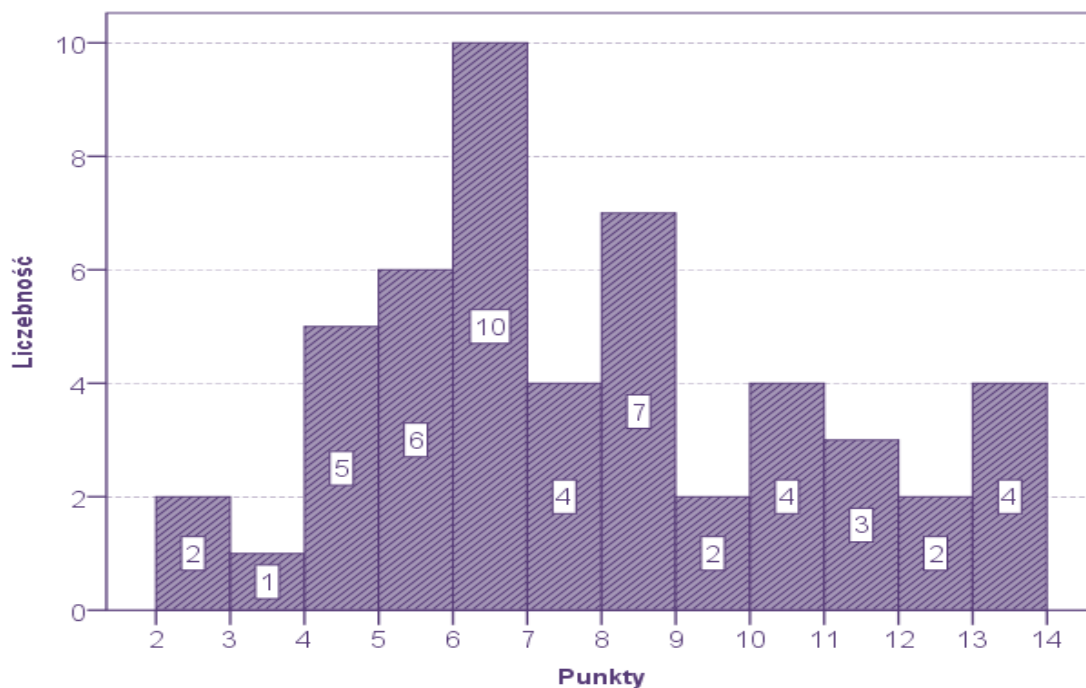
**Tabela V. Miary tendencji centralnej oraz rozproszenia: ograniczenie aktywności ruchowej przed oraz po leczeniu (N=50).**

Zmienna	M	Me	SD	Min	Max	Test Wilcoxon
ograniczenie aktywności ruchowej przed leczeniem	1,6	1	1,12	0	4	Z=-4,927; p<0,001
ograniczenie aktywności ruchowej po leczeniu	0,9	1	1,07	0	4	

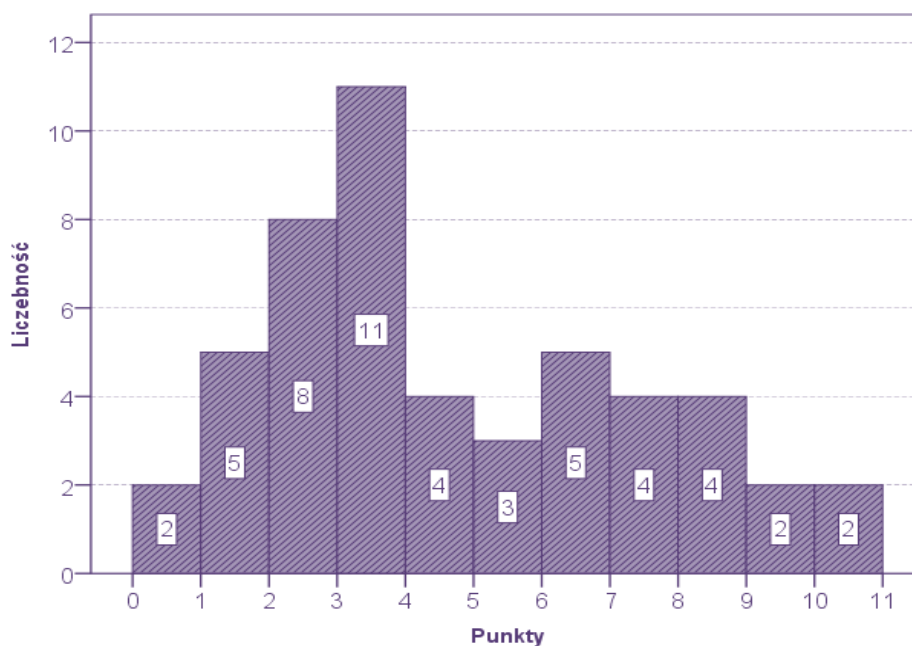
Średnia liczba punktów uzyskanych przez ankietowanych w skali Laitinena przed leczeniem wyniosła 7,36 przy odchyleniu równym 2,97. Wartość środkowa wyniosła 7 punktów, najniższy odnotowany wynik – 2 punkty, natomiast najwyższy – 13 punktów. Po przeprowadzeniu leczenia średni wynik uzyskany przez pacjentów w skali Laitinena był znacznie niższy i wyniósł 4,26 przy odchyleniu standardowym równym 2,72. Mediana była równa 3 punkty, wartość minimalna wyniosła 0 punktów, natomiast maksymalna – 10 punktów. Wartości testu t-Studenta dla prób zależnych ( $t(49) = 18,275$ ;  $p < 0,001$ ) świadczą o istotnym wpływie leczenia na zmniejszenie negatywnych skutków choroby zwyrodnieniowej (Tabela VI, Rycina 8 oraz 9).

**Tabela VI. Skala Laitinena - przed oraz po leczeniu (N=50).**

	M	Me	SD	Min	Max	Test t-studenta
Skala Laitinena przed leczeniem	7,36	7,00	2,97	2,00	13,00	T=18,275 p<0,001
Skala Laitinena po leczeniu	4,26	3,00	2,72	0,00	10,00	



Rycina 8. Skala Laitinena - przed leczeniem (N=50).

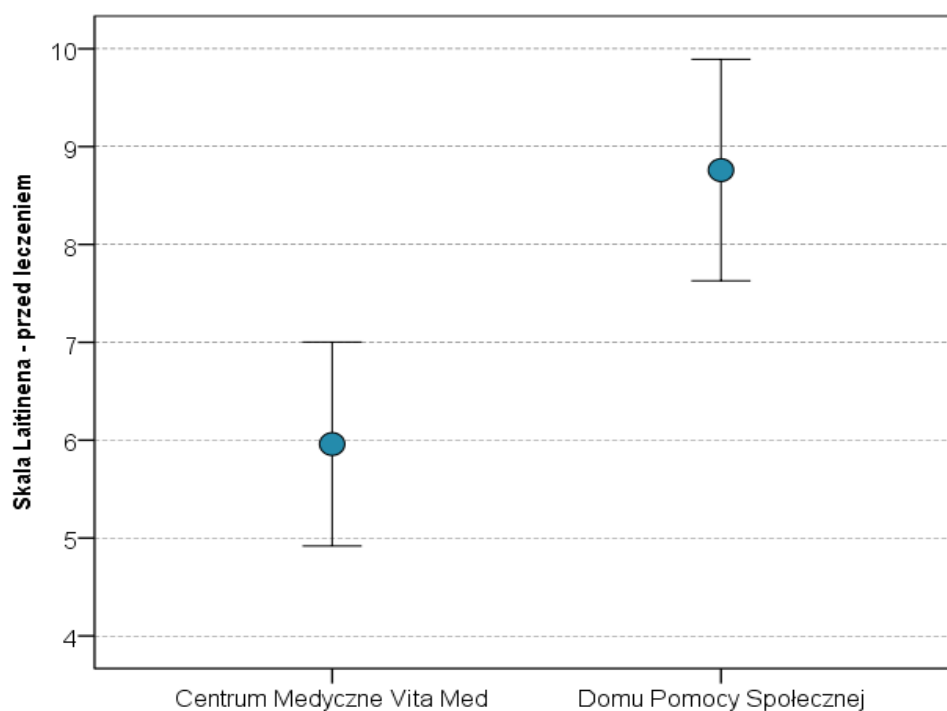


Rycina 9. Skala Laitinena - po leczeniu (N=50).

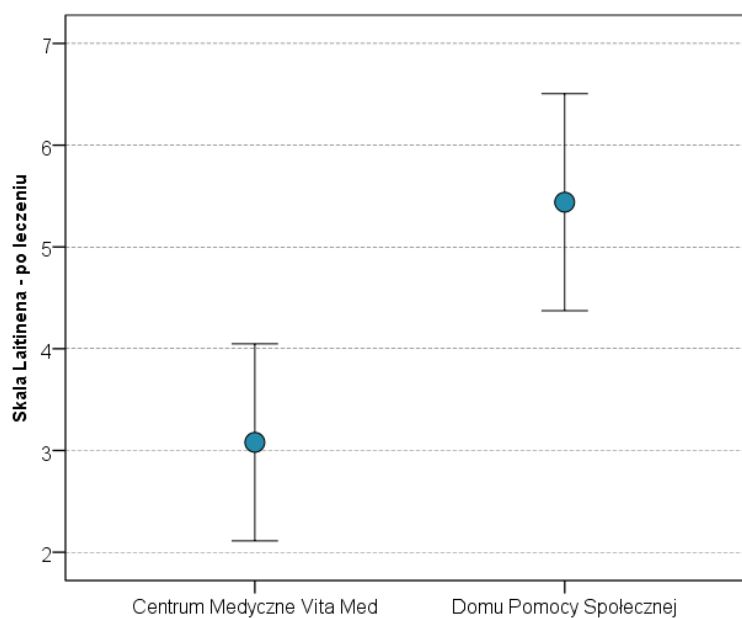
Analiza z wykorzystaniem testu t-Studenta dla prób zależnych wykazała istotne różnice stopnia odczuwania negatywnych skutków choroby zwyrodnieniowej odczuwanych przez pacjentów Centrum Medycznego Vita Med, w porównaniu z osobami mieszkającymi w Domu Pomocy Społecznej, zarówno przed ( $t(48) = -3,756$ ;  $p < 0,001$ ), jak i po leczeniu ( $t(48) = -3,383$ ;  $p < 0,01$ ). Wyniki uzyskiwane w skali Laitinena przez pacjentów Centrum Medycznego Vita Med były istotnie niższe od rezultatów uzyskanych przez mieszkańców Domu Pomocy Społecznej (Tabela VII, Rycina 10 i 11).

**Tabela VII. Średnia wraz z odchyleniem standardowym oraz wartości testu t-Studenta dla prób niezależnych dotyczących skali Laitinena (przed oraz po leczeniu) w zależności od ośrodka (N=50).**

Zmienna	Ośrodek					
	Centrum Medyczne Vita Med		Domu Pomocy Społecznej		Test t-Studenta	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Skala Laitinena - przed leczeniem	5,96	2,52	8,76	2,74	-3,756	<0,001
Skala Laitinena - po leczeniu	3,08	2,34	5,44	2,58	-3,383	0,001



Rycina 10. Średnia wraz z 95% przedziałem ufności dotycząca skali Laitinena (przed leczeniem) w zależności od ośrodka (N=50).



Rycina 11. Średnia wraz z 95% przedziałem ufności dotycząca skali Laitinena (po leczeniu) w zależności od ośrodka (N=50).

Płeć nie wpływała istotnie na wyniki uzyskiwane przez pacjentów w skali Laitinena zarówno przed, jak i po leczeniu, na co wskazują wartości testu t-Studenta dla prób niezależnych (Tabela VIII).

**Tabela VIII. Średnia wraz z odchyleniem standardowym oraz wartości testu t-Studenta dla prób niezależnych dotyczące skali Laitinena (przed oraz po leczeniu) w zależności od płci (N=50).**

	Płeć					
	Kobieta		Mężczyzna		Test t-Studenta	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Skala Laitinena - przed leczeniem	7,03	2,69	7,94	3,40	-1,045	0,301
Skala Laitinena - po leczeniu	3,66	2,21	5,33	3,24	-1,957	0,061

Analiza korelacji z wykorzystaniem współczynnika Pearsona wykazała istotne, dodatnie zależności pomiędzy wiekiem ankietowanych, a wynikami uzyskiwanymi przez nich w skali Laitinena, zarówno przed, jak i po leczeniu. Wraz ze wzrostem wieku zwiększało się nasilenie negatywnych skutków choroby zwyrodnieniowej odczuwanych przez respondentów (Tabela IX).

**Tabela IX. Wartości współczynnika korelacji Pearsona dotyczące skali Laitinena (przed oraz po leczeniu) w zależności od wieku (N=50).**

	Wiek	
	Skala Laitinena - przed leczeniem	<b><math>r_s</math> Spearmana</b>
	<b>p</b>	< 0,001
Skala Laitinena - po leczeniu	<b><math>r_s</math> Spearmana</b>	0,543
	<b>p</b>	< 0,001

Wartości testu t-Studenta dla prób niezależnych świadczą o braku istotnego wpływu stanu cywilnego ankietowanych na wyniki uzyskiwane przez nich w skali Laitinena (Tabela X).

**Tabela X. Średnia wraz z odchyleniem standardowym oraz wartości testu t-Studenta dla prób niezależnych dotyczące skali Laitinena (przed oraz po leczeniu) w zależności od stanu cywilnego (N=50).**

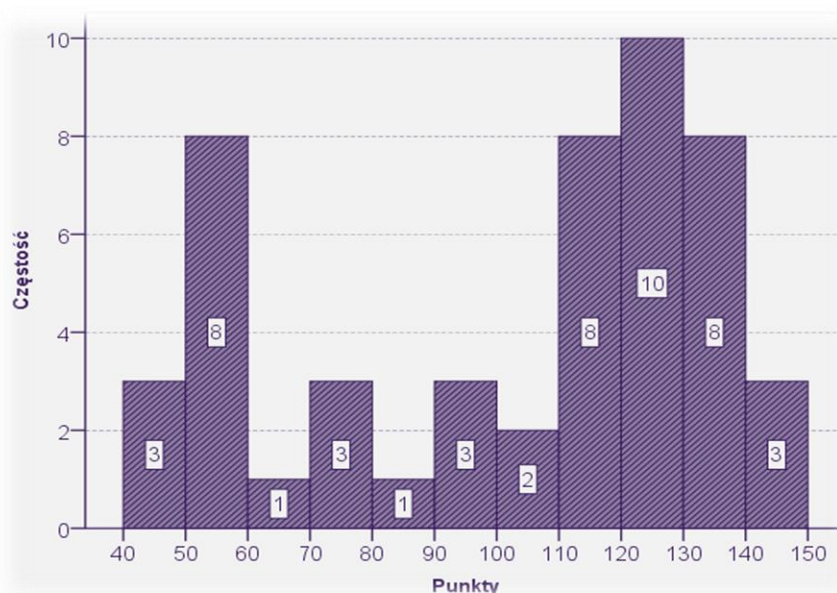
	Stan cywilny					
	Pozostająca/-y w związku małżeńskim		Niepozostająca/-y w związku małżeńskim		Test t-Studenta	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Skala Laitinena - przed leczeniem	6,92	2,62	7,83	3,29	-1,086	0,283
Skala Laitinena - po leczeniu	3,88	2,53	4,67	2,90	-1,017	0,314

Nie odnotowano istotnego związku pomiędzy miejscem zamieszkania respondentów, a wynikami uzyskiwanymi przez nich w skali Laitinena, na co wskazują wartości współczynnika korelacji rang Spearmana (Tabela XI).

**Tabela XI. Wartości współczynnika korelacji rang Spearmana dotyczące skali Laitinena (przed oraz po leczeniu) w zależności od miejsca zamieszkania (N=50).**

		Miejsce zamieszkania
Skala Laitinena - przed leczeniem	<b>r<sub>s</sub> Spearmana</b>	-0,033
	<b>p</b>	0,818
Skala Laitinena - po leczeniu	<b>r<sub>s</sub> Spearmana</b>	0,043
	<b>p</b>	0,767

W Kwestionariuszu Oceny Jakości Życia SF-36 średni wynik ankietowanych wyniósł 101,98 punktów przy odchyleniu równym 32,4 punktów, mediana była równa 114 punktom, wartość minimalna – 41 punktom, natomiast maksymalna – 147 punktom (Rycina 12).



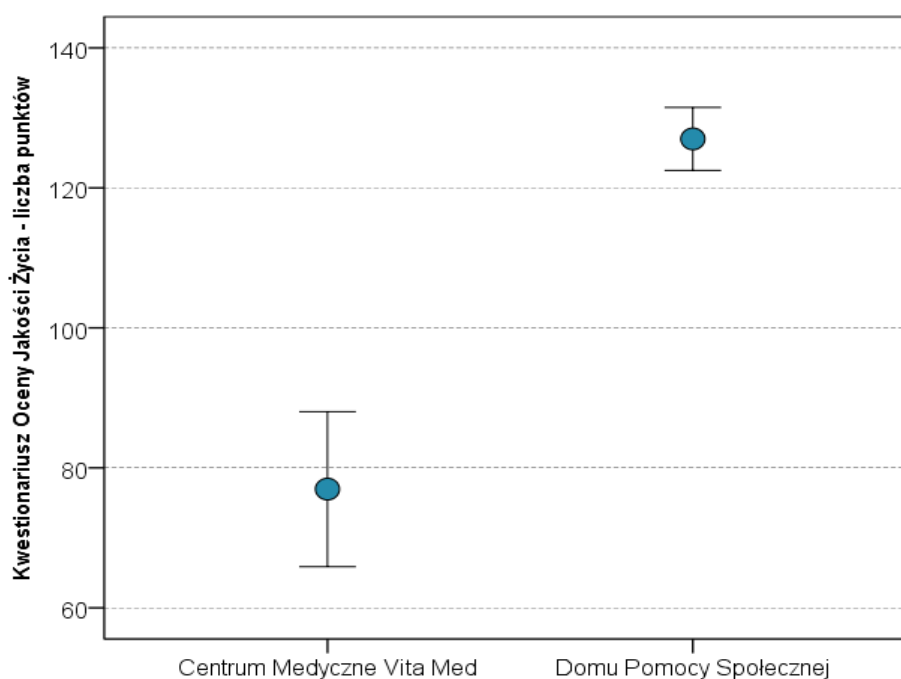
**Rycina 12. Kwestionariusz Oceny Jakości Życia SF-36 - liczba punktów (N=50).**

Wartości testu t-Studenta dla prób niezależnych ( $t(48) = -8,639$ ;  $p < 0,001$ ) świadczą o wystąpieniu istotnej różnicy w ocenie jakości życia pacjentów Centrum Medycznego Vita Med w porównaniu z mieszkańcami Domu Pomocy Społecznej. Pacjenci Centrum Medycznego uzyskiwali w Kwestionariuszu Oceny Jakości Życia SF-36 znacznie niższe wyniki od respondentów mieszkających w Domu Pomocy Społecznej. Odnotowane rezultaty wskazują na zdecydowanie wyższą ocenę jakości życia ankietowanych leczonych w Centrum Medycznym Vita Med (Tabela XII, Rycina 13).



**Tabela XII. Średnia wraz z odchyleniem standardowym oraz wartości testu t-Studenta dla prób niezależnych dotyczące Kwestionariusza Oceny Jakości Życia SF-36 (liczba punktów) w zależności od ośrodka (N=50).**

	Ośrodek					
	Centrum Medyczne Vita Med		Domu Pomocy Społecznej		Test t-Studenta	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Kwestionariusz Oceny Jakości Życia SF-36 - liczba punktów	76,96	26,83	127,00	10,90	-8,639	<0,001



**Rycina 13. Średnia wraz z 95% przedziałem ufności dotycząca Kwestionariusza Oceny Jakości Życia SF-36 (liczba punktów) w zależności od ośrodka (N=50).**

Płeć nie miała istotnego wpływu na ocenę jakości życia ankietowanych, co potwierdziły wartości testu t-Studenta dla prób niezależnych (Tabela XIII).

**Tabela XIII. Średnia wraz z odchyleniem standardowym oraz wartości testu t-Studenta dla prób niezależnych dotyczące Kwestionariusza Oceny Jakości Życia SF-36 (liczba punktów) w zależności od płci (N=50).**

	Płeć					
	Kobieta		Mężczyzna		Test t-Studenta	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Kwestionariusz Oceny Jakości Życia - liczba punktów	105,34	31,99	96,00	33,16	,978	,333

Analiza korelacji z wykorzystaniem współczynnika korelacji Pearsona potwierdziła wystąpienie istotnej zależności pomiędzy wiekiem ankietowanych, a oceną jakości ich życia. Wraz ze wzrostem wieku respondentów zwiększała się uzyskiwana przez nich liczba punktów w Kwestionariuszu Oceny Jakości Życia SF-36. Osoby starsze gorzej oceniały jakość swojego życia od młodszych pacjentów (Tabela XIV).

**Tabela XIV. Wartości współczynnika korelacji rang Spearmana dotyczące Kwestionariusza Oceny Jakości Życia SF-36 (liczba punktów) w zależności od wieku (N=50).**

		Wiek
Kwestionariusz Oceny Jakości Życia SF-36 - liczba punktów	<b><math>r_s</math> Spearmana</b>	0,940
	<b>p</b>	< 0,001

Wartości testu t-Studenta dla prób niezależnych wykazały brak istotnego wpływu stanu cywilnego ankietowanych na ocenę jakości ich życia (Tabela XV).

Nie odnotowano istotnej zależności pomiędzy miejscem zamieszkania ankietowanych, a liczbą punktów uzyskiwanych przez nich w Kwestionariuszu Oceny Jakości Życia SF-36, na co wskazują wartości współczynnika korelacji rang Spearmana (Tabela XVI).

**Tabela XV. Średnia wraz z odchyleniem standardowym oraz wartości testu t-Studenta dla prób niezależnych dotyczące Kwestionariusza Oceny Jakości Życia SF-36 (liczba punktów) w zależności od stanu cywilnego (N=50).**

Zmienna	Stan cywilny					
	Pozostająca/-y w związku małżeńskim		Niepozostająca/-y w związku małżeńskim		Test t-Studenta	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Kwestionariusz Oceny Jakości Życia SF-36 - liczba punktów	95,73	27,44	108,75	36,41	-1,435	0,158

**Tabela XVI. Wartości współczynnika korelacji rang Spearmana dotyczące Kwestionariusza Oceny Jakości Życia SF-36 (liczba punktów) w zależności od miejsca zamieszkania (N=50).**

Zmienna	Miejsce zamieszkania	
Kwestionariusz Oceny Jakości Życia SF-36 - liczba punktów	<b>r<sub>s</sub> Spearmana</b>	-0,069
	<b>p</b>	0,636

Analiza Kwestionariusza Bólu Krzyża wykazała, że 93% pacjentek uczęszczających na zabiegi do Centrum Medycznego „Vita Med” zgłaszało problem ze znalezieniem odpowiedniej pozycji przy bólach kręgosłupa w odcinku lędźwiowym, a 80% mężczyzn z powodu dolegliwości bólowych unikało pracy w pozycji klęczącej oraz schylania się. Pensjonariuszki Domu Pomocy Społecznej z powodu bólu spowodowanego chorobą zwyrodnieniową większość dnia spędzały w pozycji leżącej. Panowie z powodu cierpienia spowodowanego bólem pleców, nie byli w stanie pokonać dużych odległości, unikali schylania się oraz klękania oraz w trakcie bólu częściej przybierali pozycje leżącą. Ból pleców w odcinku lędźwiowym nie miał wpływu na apetyt pacjentów oraz pensjonariuszy. Więcej informacji przedstawiono w Tabeli XVII.

**Tabela XVII. Kwestionariusz Bólu Krzyża (N=50).**

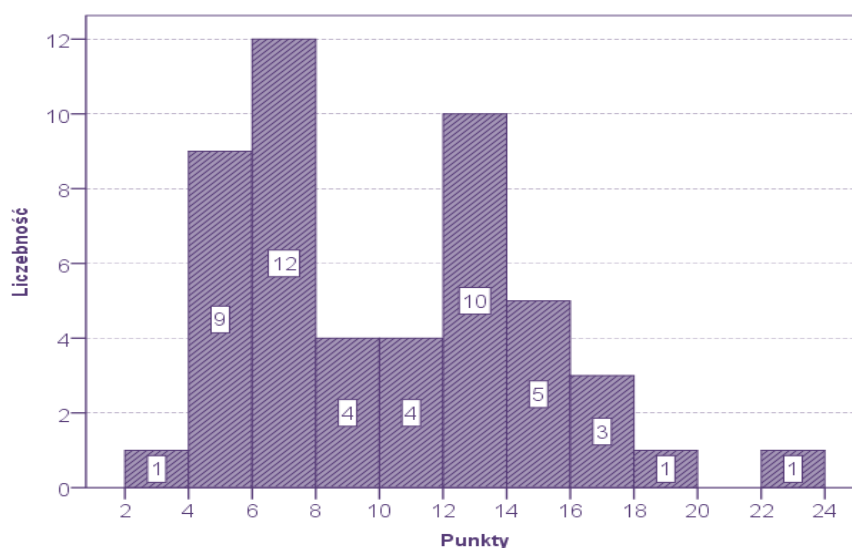
	Kobiety „Vita Med”	Kobiety DPS	Mężczyźni „Vita Med”	Mężczyźni DPS
<b>Liczba ankietowanych</b>	<b>15</b>	<b>17</b>	<b>10</b>	<b>8</b>
Z powodu bólu pleców większość dnia spędzam w domu.	6	7	3	5
Często zmieniam ułożenie ciała, żeby przyjąć najwygodniejszą dla moich pleców pozycję.	14	11	5	8
Z powodu bólu pleców chodzę wolniej niż zwykle	5	7	1	3
Z powodu bólu pleców nie wykonuję żadnej z prac domowych, którymi zwykle się zajmuję.	5	8	2	5
Z powodu bólu pleców używam poręczy przy wchodzeniu po schodach.	5	7	2	3
Z powodu bólu pleców częściej niż zwykle kładę się, żeby odpocząć.	9	13	4	5
Z powodu bólu pleców muszę się czegoś przytrzymać, żeby wstać z fotela.	6	10	5	5
Z powodu bólu pleców proszę, żeby inne osoby wykonywały dla mnie różne rzeczy.	0	4	2	2
Z powodu bólu pleców ubieram się wolniej niż zwykle	6	7	6	2
Z powodu bólu pleców mogę stać tylko przez krótki czas.	9	6	4	4
Z powodu bólu pleców staram się nie schylać, ani nie klękać.	7	5	8	8
Z powodu bólu pleców trudno jest mi wstać z krzesła.	6	10	6	3

Plecy bołą mnie przez większość czasu.	3	1	0	2
Z powodu bólu pleców trudno jest mi się przewracać w łóżku na drugi bok	2	3	1	2
Z powodu bólu pleców nie mam dobrego apetytu.	0	0	0	0
Z powodu bólu pleców mam kłopoty z zakładaniem skarpet (lub rajstop).	9	6	3	1
Z powodu bólu pleców pokonuję pieszo tylko krótkie odległości.	3	2	0	8
Z powodu bólu pleców śpiam mniej niż zwykle	5	3	2	3
Z powodu bólu pleców ubieram się z czyjąś pomocą.	6	5	0	5
Z powodu bólu pleców większość dnia spędzam na siedząco.	6	4	7	3
Z powodu bólu pleców unikam ciężkich prac domowych.	6	2	1	3
Z powodu bólu pleców jestem bardziej drażliwy/a i nieprzyjemny/a wobec ludzi niż zwykle	8	8	2	5
Z powodu bólu pleców wchodzę po schodach wolniej niż zwykle	5	3	2	0
Z powodu bólu pleców większość dnia spędzam w łóżku.	4	3	2	0

W Kwestionariuszu Bólu Krzyża średni wynik ankietowanych wyniósł 9,74 punktów przy odchyleniu równym 4,43 punktów, mediana była równa 9 punktom, wartość minimalna – 3 punktom, natomiast maksymalna – 22 punktom (Tabela XVIII, Rycina 14).

**Tabela XVIII. Miary tendencji centralnej oraz rozproszenia: Kwestionariusz Bólu Krzyża, liczba punktów (N=50).**

<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
9,74	9	4,43	3	22

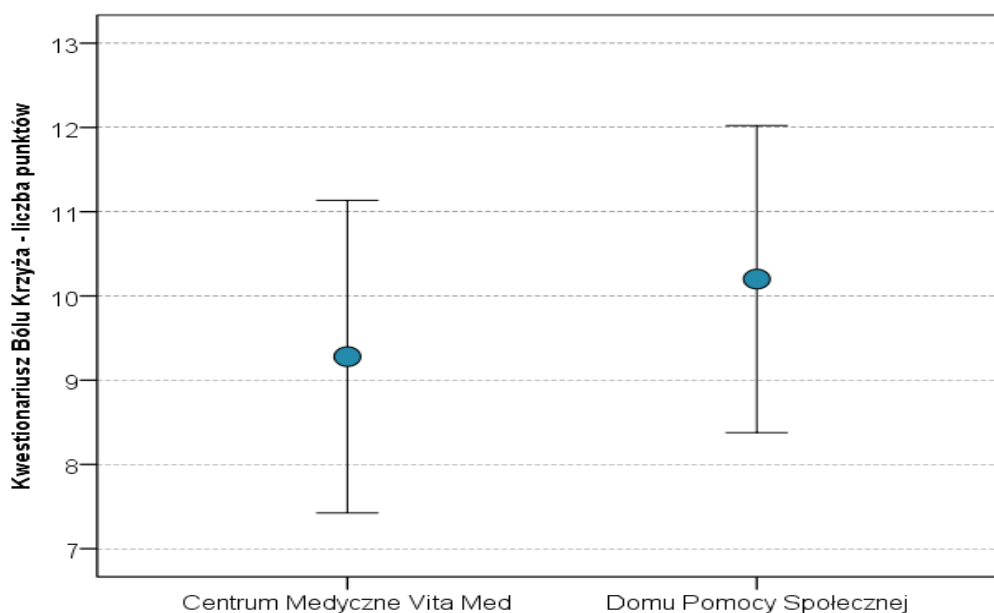


**Rycina 14. Kwestionariusz Bólu Krzyża - liczba punktów (N=50).**

Wartości testu t-Studenta dla prób niezależnych świadczą o braku wystąpienia istotnej różnicy w zakresie liczby punktów uzyskanych w Kwestionariuszu Bólu Krzyża przez pacjentów Centrum Medycznego Vita Med w porównaniu z mieszkańcami Domu Pomocy Społecznej (Tabela XIX, Rycina 15).

**Tabela XIX. Średnia wraz z odchyleniem standardowym oraz wartości testu t-Studenta dla prób niezależnych dotyczące Kwestionariusza Bólu Krzyża (liczba punktów) w zależności od ośrodka (N=50).**

Zmienna	Ośrodek					
	Centrum Medyczne Vita Med		Domu Pomocy Społecznej		Test t-Studenta	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Kwestionariusz Bólu Krzyża - liczba punktów	9,28	4,50	10,20	4,42	-0,730	0,469



**Rycina 15. Średnia wraz z 95% przedziałem ufności dotycząca Kwestionariusza Bólu Krzyża (liczba punktów) w zależności od ośrodka (N=50).**

Płeć nie miała istotnego wpływu na liczbę punktów uzyskanych przez ankietowanych w Kwestionariuszu Bólu Krzyża, na co wskazały wartości testu t-Studenta dla prób niezależnych (Tabela XX).

**Tabela XX. Średnia wraz z odchyleniem standardowym oraz wartości testu t-Studenta dla prób niezależnych dotyczące Kwestionariusza Bólu Krzyża (liczba punktów) w zależności od płci (N=50).**

Zmienna	Płeć					
	Kobieta		Mężczyzna		Test t-Studenta	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Kwestionariusz Bólu Krzyża – liczba punktów	9,31	4,05	10,50	5,08	-,907	0,369

Analiza korelacji z wykorzystaniem współczynnika Pearsona nie potwierdziła istnienia istotnej zależności pomiędzy wiekiem ankietowanych, a liczbą punktów uzyskanych w Kwestionariuszu Bólu Krzyża (Tabela XXI).

**Tabela XXI. Wartości współczynnika korelacji Pearsona dotyczące Kwestionariusza Bólu Krzyża (liczba punktów) w zależności od wieku (N=50).**

		Wiek
Kwestionariusz Bólu Krzyża - liczba punktów	<b>r<sub>s</sub> Spearmana</b>	0,199
	<b>p</b>	0,167

Wartości testu t-Studenta dla prób niezależnych wykazały brak istotnego wpływu stanu cywilnego ankietowanych na liczbę punktów uzyskiwanych przez nich w Kwestionariuszu Bólu Krzyża (Tabela XXII).

Nie odnotowano istotnej zależności pomiędzy miejscem zamieszkania ankietowanych, a liczbą punktów uzyskanych przez nich w Kwestionariuszu Bólu Krzyża, na co wskazują wartości współczynnika korelacji rang Spearmana (Tabela XXIII).



**Tabela XXII. Średnia wraz z odchyleniem standardowym oraz wartości testu t-Studenta dla prób niezależnych dotyczące Kwestionariusza Bólu Krzyża (liczba punktów) w zależności od stany cywilnego (N=50).**

	Stan cywilny					
	Pozostająca/-y w związku małżeńskim		Niepozostająca/-y w związku małżeńskim		Test t-Studenta	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Kwestionariusz Bólu Krzyża - liczba punktów	8,58	4,02	11,00	4,60	-1,988	0,053

**Tabela XXIII. Wartości współczynnika korelacji Pearsona dotyczące Kwestionariusza Bólu Krzyża (liczba punktów) w zależności od miejsca (N=50).**

		Miejsce zamieszkania
Kwestionariusz Bólu Krzyża - liczba punktów	<b>r<sub>s</sub> Spearmana</b>	-0,055
	<b>p</b>	0,704

Średnia liczba punktów uzyskanych przez ankietowanych w Kwestionariuszu BASDAI wyniosła 2,17 przy odchyleniu równym 0,71. Mediana wyniosła 2 punkty, wartość minimalna – 1,15 punktu, natomiast wartość maksymalna – 3,05 punktu (Tabela XXIV).

**Tabela XXIV. Miary tendencji centralnej oraz rozproszenia: Kwestionariusz BASAI – liczba punktów (N=18).**

<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
2,17	2,00	0,71	1,15	3,05

W badaniu dotyczącym aktywności choroby reumatoidalnej wzięło udział tylko 18 z 50 osób, co stanowiło 36% badanej grupy ogółem. W przypadku wszystkich respondentów stwierdzono niską aktywność dotyczącą reumatoidalnego zapalenia stawów (Tabela XXV).

**Tabela XXV. Kwestionariusz BASDAI (N=18).**

			Vita Med		DPS		Ogółem	
Zmienna	badani ogółem	badani, którzy wypełnili kwestionariusz BASDAI	kobiety	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety	mężczyźni
suma (N)	50	18	7	4	3	4	10	8
wiek	69,72	68,33	65	66	72	73,75	67,1	69,88
SD	6,007	5,179	4,86	3,74	0	2,22	5,21	5,026

W grupie pacjentów Centrum Medycznego Vita Med nie stwierdzono istotnych różnic w wynikach uzyskanych przy pomocy skali Laitinena, Kwestionariusza Oceny Jakości Życia SF-36 oraz Kwestionariusza Bólu Krzyża w zależności od płci, co potwierdziły wartości testu t-Studenta dla prób niezależnych (Tabela XXVI).

W grupie ankietowanych mieszkających w Domu Pomocy Społecznej odnotowano istotną różnicę w zakresie wyników uzyskanych w skali Laitinena w zależności od płci, zarówno przed leczeniem, jak i po leczeniu. Mężczyźni odczuwali w znacznie większym stopniu negatywne skutki choroby zwyrodnieniowej w odcinku lędźwiowym kręgosłupa w porównaniu z kobietami. Wartości testu t-Studenta dla prób niezależnych świadczą o braku istotnego wpływu płci mieszkańców Domu Pomocy Społecznej na ocenę jakości ich życia oraz na liczbę punktów uzyskanych w Kwestionariuszu Bólu Krzyża (Tabela XXVII).

Analiza korelacji z wykorzystaniem współczynnika rang Spearmana wykazała istotną, dodatnią zależność pomiędzy wynikami uzyskanymi przez ankietowanych w Kwestionariuszu Oceny Jakości Życia, a wynikami Skali Laitinena, zarówno przed leczeniem, jak i po leczeniu. Wraz ze wzrostem nasilenia dolegliwości wynikających z występowaniem choroby zwyrodnieniowej pogarszała się jakość życia respondentów. Nie odnotowano istotnego związku pomiędzy jakością życia ankietowanych, a wynikami uzyskanymi przez nich w Kwestionariuszu Bólu Krzyża (Tabela XXVIII).

**Tabela XXVII. Średnia wraz z odchyleniem standardowym oraz wartości testu t-Studenta dla prób niezależnych dotyczące skali Laitinena (przed oraz po leczeniu), Kwestionariusza Oceny Jakości Życia SF-36 (liczba punktów) i Kwestionariusza Bólu Krzyża (liczba punktów) w zależności od płci wśród mieszkańców Domu Pomocy Społecznej (N=25).**

Zmienna	Płeć					
	Kobieta		Mężczyzna		Test t-Studenta	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Skala Laitinena - przed leczeniem	7,76	2,49	10,88	2,03	-3,076	0,005
Skala Laitinena - po leczeniu	4,29	1,93	7,88	2,10	-4,213	<0,001
Kwestionariusz Oceny Jakości Życia SF-36 - liczba punktów	128,71	11,28	123,38	9,72	1,148	0,263
Kwestionariusz Bólu Krzyża - liczba punktów	9,06	3,17	12,63	5,83	-1,997	0,058

**Tabela XXVIII. Związek pomiędzy oceną jakości życia, a liczbą punktów uzyskanych w skali Laitinena oraz w Kwestionariuszu Bólu Krzyża (N=50).**

Zmienna		Kwestionariusz Oceny Jakości Życia SF-36 - liczba punktów
Skala Laitinena - przed leczeniem	<b>r<sub>s</sub> Spearmana</b>	0,536
	<b>p</b>	< 0,001
Skala Laitinena - po leczeniu	<b>r<sub>s</sub> Spearmana</b>	0,452
	<b>p</b>	0,001
Kwestionariusz Bólu Krzyża - liczba punktów	<b>r<sub>s</sub> Spearmana</b>	0,104
	<b>p</b>	0,472

## DYSKUSJA

Proces starzenia, jakiemu podlega ludzki organizm, jest nieunikniony oraz nieodwracalny. Wraz z upływem czasu kondycja fizyczna oraz psychiczna zostają zaburzone. Osoba starsza staje się niedołączna, zależna od osób trzecich, chorowita, zmienia się jej obraz sylwetki oraz światopogląd. Zaczynają nasilać się dolegliwości bólowe spowodowane chorobą zwyrodnieniową stawów. Skupiając się na ocenie jakości życia osób w podeszłym wieku, należy wziąć pod uwagę sferę emocjonalną, psychologiczną oraz fizyczną. Ocena ta odzwierciedla sposób patrzenia na samego siebie oraz radzenia sobie z narastającymi ograniczeniami oraz zmianami. W związku z tym niezbędne okazuje się wprowadzenie rozwiązań systemowych. Należy do nich przede wszystkim dostęp do świadczeń profilaktycznych, uwzględniający znaczenie aktywności fizycznej, która dzięki modyfikacji spowolnia proces starzenia się organizmu oraz zachodzących razem z nim negatywnych konsekwencji [19, 20].

Według badań przeprowadzonych przez Czenczek-Lewandowską i wsp. [21] w grupie o niższych przedziałach wiekowych, niż w niniejszej pracy, ale z tą samą dolegliwością, przy użyciu skali Laitinena oraz Oswestry, oceniono wpływ rehabilitacji na dolegliwości bólowe z zespołem przeciążeniowym kręgosłupa lędźwiowego. Badani uczęszczali na rehabilitację przez miesiąc, z zabiegami odpowiednio dostosowanymi do jednostki chorobowej. Analizując poszczególne zagadnienia kwestionariusza Laitinena wykazano, że u większości osób po odbytej rehabilitacji zmniejszyła się intensywność bólu. 70% osób ograniczyło stosowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych, natomiast u 72% osób odnotowano poprawę aktywności ruchowej. Po okresie miesięcznej rehabilitacji, średnia wartość według skali Oswestry dla całej badanej grupy obniżyła się o 45,6%, co wskazuje na wystąpienie znacznej poprawy. Pozytywne efekty, jakie niesie ze sobą rehabilitacja w przewlekłych i nawracających bólach odcinka lędźwiowego kręgosłupa, potwierdzają badania przeprowadzone w Wiedniu przez Piebiera i wsp. [22], gdzie badaniu poddano 96 osób, u których wdrożony był 6-miesięczny okres fizjoterapii. Wykazano istotną poprawę wskaźników, takich jak stopień odczuwania bólu, czy jakość życia pacjentów. Po 1,5 roku potwierdzono utrzymanie pozytywnych efektów usprawniania. Z analizy wyników badania Czai i wsp. [23] przy użyciu kwestionariusza Rollanda-Morrisa można wywnioskować dodatnią zależność między oceną jakości życia, a intensywnością dolegliwości bólowych. Im wyższy był wskaźnik bólu, tym pacjenci gorzej oceniali swoją jakość życia [23].

W niniejszej pracy uzyskane wyniki badań są zgodne z przytoczonymi powyżej publikacjami. Średnia ocena intensywności bólu przed leczeniem wyniosła 1,86, natomiast po leczeniu 1,14. Różnica ta świadczy o zmniejszeniu intensywności bólu związanego z chorobą zwyrodnieniową kręgosłupa lędźwiowego. Poprawę uzyskano również w zmniejszeniu przyjmowania leków przeciwbólowych. Początkowa średnia wartość wyniosła 1,38, natomiast po skończonej rehabilitacji spadła ona do 0,82. Rehabilitacja miała również pozytywny wpływ na zmniejszenie ograniczenia aktywności fizycznej osób badanych. Przed zabiegami średnia wartość wynosiła 1,6, zaś po dwutygodniowym turnusie wartość ta spadła do 0,9. W niniejszej pracy wykazano dodatnią zależność pomiędzy zmiennymi zawartymi w skali Laitinena, a Kwestionariuszem Oceny Jakości Życia. Wraz z nasileniem się dolegliwości bólowych, jakość życia ulegała pogorszeniu. Nie miało to wpływu na wyniki uzyskane w Kwestionariuszu Bólu Krzyża.

Według informacji zawartych w literaturze choroba zwyrodnieniowa stawów obwodowych oraz kręgosłupa jest najczęściej występującym schorzeniem dotyczącym układu ruchu [24]. Badania przeprowadzone przez Czaję wykazują, że z bólami związanymi z odcinkiem lędźwiowym kręgosłupa, boryka się 80% ludzi [23]. Zasadzka oraz Wieczorowska-Tobis podały, że po 60 roku życia u ponad 60% osób zaobserwowano zmiany zwyrodnieniowe w narządzie ruchu [25]. W badaniach Jasik oraz Marcinowskiej-Suchowierskiej [26] wykazano występowanie dolegliwości bólowych kręgosłupa w zależności od wieku, tzn. im starszy był pacjent, tym dolegliwości ze strony układu mięśniowo-szkieletowego były częściej zgłaszane. Choroba najczęściej pojawiała się między 40, a 60 rokiem życia i wyraźnie częściej występowała u kobiet [26]. Jasik oraz Tałałaj również potwierdzili, że wśród osób po 65. roku życia chorowało na nią ponad 65% respondentów, a schorzenie częściej dotykało kobiet [27]. Według Gajewskiego i wsp. [2] oraz danych zawartych w raporcie GUS z 2011 roku [28] w społeczeństwie powyżej 50 roku życia ze zmianami zwyrodnieniowymi borykało się około 30% kobiet oraz 8% mężczyzn. Biorąc pod uwagę badania przeprowadzone przez Zakład Problemów Zdrowotnych Wieku Podeszłego IMW w Lublinie [69] także wykazano częstsze występowanie zmian zwyrodnieniowych wśród kobiet (69,2%). Czaja wykazała natomiast, że to mężczyźni (38-74%) częściej cierpieli z powodu bólu odcinka lędźwiowo-krzyżowego, niż kobiety (14-23%) [23]. Wyniki otrzymane w niniejszej pracy są zgodne z wynikami uzyskanymi w innych ośrodkach, bowiem ankietowane kobiety stanowiły 64% badanych.

Muszalik oraz Kędziora-Kornatowska przeprowadziły badania na grupie 234 osób w przedziale wiekowym 59-91 lat. Z deklaracji badanych wynikało, że po 75. roku życia dolegliwości bólowe oraz ograniczenie ruchowe ulegały pogorszeniu. Choroby przewlekłe, takie jak schorzenia obejmujące narząd ruchu, miały negatywny wpływ na ocenę jakości życia [29]. W badaniach Miller i wsp. [10] zwyrodnienia obejmujące odcinek lędźwiowy kręgosłupa oraz współistniejący ból, wywierały negatywny wpływ na jakość życia badanych osób. Miejsce zamieszkania oraz wiek nie miały wpływu na ocenę jakości życia [10]. Według badań, przeprowadzonych na 411 pensjonariuszach DPS przy użyciu kwestionariusza SF-36, średni wynik natężenia dolegliwości bólowych u mężczyzn wyniósł  $61 \pm 34$ , natomiast u kobiet –  $53 \pm 33$ , co oznacza, że to kobiety zmagaly się z większym bólem. Wraz z wiekiem, bez względu na płeć, subiektywne odczucie bólu malało i w przedziale wiekowym 86 lat i więcej osiągnęło najniższe wyniki. Kobiety, niezależnie od wieku, uzyskiwały niższe wyniki niż mężczyźni, co wskazuje na wystąpienie zależności między wiekiem ( $p=0,0218$ ), płcią ( $p=0,0009$ ), a oceną jakości życia. Nowak-Kapusta i wsp. nie wykazali zależności pomiędzy wiekiem, płcią, a odczuwaniem bólu [30]. Analizowane wyniki nie są zgodne z wynikami badań własnych. W badanej grupie w obu ośrodkach wraz z wiekiem nasilały się dolegliwości bólowe związane z chorobą zwyrodnieniową stawów z uwzględnieniem odcinka lędźwiowego kręgosłupa, przez co respondenci gorzej oceniali swoją jakość życia. Biorąc pod uwagę płeć pacjentów uczęszczających do Centrum Medycznego „Vita Med”, a pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej, w pierwszej grupie zmienna nie miała wpływu na jakość życia. W drugiej grupie wykazano, że mężczyźni gorzej znosili dolegliwości bólowe związane z chorobą zwyrodnieniową narządu ruchu, co jest niezgodne z wyżej przedstawionymi danymi, jednak nie odnotowano wpływu na ocenę jakości życia w porównaniu z kobietami.

Jak podaje Zych [31], analogicznie pensjonariusze DPS gorzej oceniają swoją jakość życia niż osoby mieszkające z rodzinami. Badania przeprowadzone przez Pawlikowską-Łagód i wsp. [32] wykazały brak powiązania między wiekiem, płcią i miejscem zamieszkania, a satysfakcją z życia. W przeprowadzonych badaniach własnych nie odnotowano istotnego związku pomiędzy miejscem zamieszkania, a odczuwaniem dolegliwości związanych z osteoartrozą. Również otrzymane wyniki w niniejszej pracy nie są zgodne z powyższym założeniem. W badaniach własnych wykazano, że stan cywilny osób ankietowanych nie miał wpływu na ocenę jakości życia.

W badaniach przeprowadzonych przez Gajewskiego i wsp. na 303-osobowej grupie zgłaszających się do Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie przy użyciu Kwestionariusza WHO-QOL wykazano, że ponad połowa osób poddanych badaniu (51,3%) oceniała pozytywnie swoją jakość życia, a tylko 12,6% pacjentów udzieliło negatywnej oceny. Kobiety podchodziły bardziej krytycznie do subiektywnej oceny jakości życia i tylko 50% potwierdziło swoje zadowolenie. Zadowolonych ze swojego życia było ponadto 57,7% mężczyzn było zadowolonych [2]. Według badań Nowak-Kapusty i wsp. [30] wśród 411 badanych z DPS przy użyciu Kwestionariusza Oceny Jakości Życia SF-36 wykazano istotne różnice pomiędzy płcią i grupami wiekowymi. Kobiety uzyskiwały dużo gorsze wyniki niż mężczyźni, a osoby starsze wypadały dużo gorzej od młodszych. Wykazano również, że mężczyźni w każdym z analizowanych aspektów oceniali swoją jakość życia o kilka punktów lepiej niż kobiety. Największą różnicę, bo aż jedenastostopniową, można było zaobserwować w sferze fizycznej ( $27 \pm 23$  u kobiet i  $38 \pm 29$  u mężczyzn). Wykazana różnica w ocenie ogólnego stanu zdrowia była niewielka – u kobiet wyniosła  $45 \pm 18$ , natomiast u mężczyzn  $46 \pm 20$ . Inne wnioski wysnuły Tomczak oraz Bugajska – ich badania wykazały, że wiek oraz płeć nie wpływały na jakość życia [33]. Ostrzyżek zauważył, że sam pobyt w domu opieki społecznej wpływał negatywnie na ocenę jakości życia [34]. W badaniach Burzyńskiej i wsp. przeprowadzonych w grupie 117 osób w wieku powyżej 65. lat przebywających w DPS, najczęściej ankietowani (56%) oceniali swoją jakość życia jako ani dobrą, ani złą, niezależnie od płci. 26% osób bardzo źle oceniło swoją jakość życia [35]. W odniesieniu do zmiennych, takich jak: wiek, płeć, stan cywilny, czy miejsce zamieszkania nie stwierdzono istotnej statystycznej zależności pomiędzy samooceną jakości życia osób ankietowanych, a podanymi zmiennymi ( $p > 0,05$ ).

W badaniach własnych wykazano, że wraz ze wzrostem wieku nasilały się negatywne skutki choroby zwyrodnieniowej, niezależnie od grupy pochodzenia badanych. Osoby starsze uzyskiwały gorsze wyniki w Kwestionariuszu Oceny Jakości Życia SF-36 w porównaniu do młodszych pacjentów. W Kwestionariuszu Oceny Jakości Życia SF-36 średni wynik wyniósł 101,98 punktów. Wykazano istotną różnicę w ocenie jakości życia pacjentów uczęszczających na rehabilitację do Centrum Medycznego, a pensjonariuszami DPS. Lepszą jakość życia wykazano u osób odbywających rehabilitację w Centrum Medycznym.

Według badań przeprowadzonych przy użyciu Kwestionariusza Bólu Krzyża przez Kozłowski i wsp. [36] 36,9% osób ankietowanych nie mogło siedzieć dłużej niż godzinę, 21,4% wytrzymało w pozycji siedzącej tylko 30 minut, 53,4% osób z powodu bólu odcinka



łędźwiowego nie było w stanie dźwigać ciężkich przedmiotów, a 15,7% badanych nie mogło przejść więcej niż 500 metrów. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic pod względem płci oraz wieku. Czenczek-Lewandowska i wsp. podkreślili, że długotrwałe pozycje statyczne oraz dynamiczny ruch powodują nieprawidłowe obciążenie kręgosłupa przyspieszając proces powstawania zwyrodnień [21].

Pomiędzy przeprowadzonymi badaniami na potrzeby niniejszej pracy, a dostępnym piśmiennictwem, można zaobserwować znaczne różnice w problemach, obejmujące czynności dnia codziennego. Najwięcej pacjentek (93%) z powodu dolegliwości bólowych nie potrafiło znaleźć odpowiedniej odciążającej pozycji na odcinek łędźwiowy kręgosłupa, natomiast mężczyźni (80%) unikali pracy w pozycji klęczącej oraz schylania się. Pensjonariuszki DPS większość dnia spędzały w pozycji leżącej, natomiast panowie mieli problem z wykonaniem większych dystansów, unikali schylania się oraz klękania i przybierali pozycję leżącą. Ból pleców nie wpływał na apetyt w obu badanych grupach.

W badaniu przy użyciu Kwestionariuszu Bólu Krzyża Czaja nie wykazał zależności między płcią i miejscem zamieszkania ankietowanych, a dolegliwościami bólowymi, natomiast stwierdzono dodatnią korelację między wiekiem, a bólem odcinka łędźwiowego kręgosłupa. Wraz z wiekiem zwiększały się dolegliwości bólowe w dolnym odcinku kręgosłupa [23]. W badaniach Miller i wsp. nie wykazano zależności między miejscem zamieszkania, a dolegliwościami ze strony odcinka łędźwiowego [10].

Niniejsze badania własne nie do końca pokrywają się z wyżej przytoczonymi rezultatami innych autorów. Ocena dolegliwości bólowych nie ulegała zmianie bez względu na wiek, miejsce zamieszkania oraz płeć osoby ankietowanej.

## **WNIOSKI**

1. Rehabilitacja odgrywa pozytywny wpływ na zmniejszenie dolegliwości bólowych związanych z chorobą zwyrodnieniową odcinka łędźwiowego kręgosłupa.
2. Wraz z wiekiem oraz zwiększeniem dolegliwości bólowych zwiększało się nasilenie negatywnych skutków choroby zwyrodnieniowej odczuwanych przez respondentów, przez co gorzej oceniali oni swoją jakość życia.



3. Płeć nie miała znaczenia w dolegliwościach związanych z chorobą zwyrodnieniową narządu ruchu oraz na ocenę jakości życia osób uczęszczających na zabiegi do Centrum Medycznego „Vita Med”. W DPS płeć miała znaczenie w dolegliwościach związanych z chorobą zwyrodnieniową, tzn. mężczyźni gorzej odczuwali objawy choroby, jednak nie miało to wpływu na ocenę jakości życia w porównaniu z kobietami.
4. Odnotowano brak istotnego wpływu stanu cywilnego oraz miejsca zamieszkania ankietowanych na dolegliwości związane z chorobą zwyrodnieniową oraz jakość życia.
5. Odnotowano istotną różnicę w ocenie jakości życia pacjentów Centrum Medycznego „Vita Med” w porównaniu z mieszkańcami Domu Pomocy Społecznej. Rezultaty wskazują na zdecydowanie wyższą ocenę jakości życia ankietowanych leczonych w Centrum Medycznym „Vita Med” w porównaniu do pensjonariuszy DPS.

## **PIŚMIENNICTWO**

1. Łukasik A., Barylski M., Irzmański R.: Rehabilitacja osób w wieku podeszłym – terapia z wyboru dla starzejącego się społeczeństwa. *Geriatrics*, 2011, 5, 315-323.
2. Gajewski T., Woźnica I., Młynarska M., Ćwikła S., Strzemecka J., Bojar I.: Wybrane aspekty jakości życia osób ze zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa i stawów. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2013, 19, 362-369.
3. Pasek T., Pasek J., Witiuk-Misztalska A., Sieroń A.: Leczenie ruchem (kinezyterapia) pacjentów w podeszłym wieku. *Gerontologia Polska*, 2011, 19, 68-76.
4. Regulska A.: Wybrane aspekty starości w perspektywie spełnienia życia człowieka. *Studia nad Rodziną*, 2010, 14, 203-210.
5. Zielińska-Więczkowska H., Kędziora-Kornatowska K., Kornatowski T.: Starość jako wyzwanie. *Gerontologia Polska*, 2008, 16, 131-136.
6. Wieczorowska-Tobis K.: Specyfika pacjenta starszego [w:] *Fizjoterapia w geriatrici*, Wieczorowska-Tobis K., Kostka T., Borowicz A.M. (red.). PZWL, Warszawa 2011, 18-27.
7. Dziuban A.: Społeczny obraz starości i postrzeganie własnego ciała w procesie starzenia się. *Gerontologia Polska*, 2010, 18, 140-147.
8. Makara-Studzińska M., Kryś-Noszczyk K.: Oblicza starości – przegląd piśmiennictwa. *Psychogeriatrics Polska*, 2012, 9, 77-86.

9. Klimaszewska K., Krajewska-Kułak E., Kondzior D., Kowalczyk K., Jankowiak B.: Jakość życia pacjentów z zespołami bólowymi odcinka lędźwiowego kręgosłupa. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2011, 19, 47-54.
10. Miller B., Gawrońska K., Szczepanowska-Wołowicz B., Lorkowski J., Kotela A., Hładki W., Kotela I.: Jakość życia pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi w obrębie lędźwiowego odcinka kręgosłupa. *Ostry Dyżur*, 2016, 9, 88-91.
11. Chochowska M., Macinkowski J., Rągliwska P., Babiak J.: Masaż klasyczny i masaż wibracyjny punktów spustowych bólu w leczeniu zespołu bólowego kręgosłupa z towarzyszącym mu obniżeniem nastroju – u osób starszych. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2011, 92, 428-435.
12. Chrzan S., Wolanin M., Sapuła R., Soboń M., Marczewski K.: Wpływ masażu leczniczego na wybrane aspekty towarzyszące zespołowi bólowemu szyjnego odcinka kręgosłupa. *Hygeia Public Health*, 2013, 48, 59-63.
13. Woszczak M., Syrewicz K., Kotkowski M., Kilijański M.: Wpływ mobilizacji stawu promieniowo-łokciowego bliższego na funkcję ręki po złamaniu przedramienia. *Fizjoterapia Polska*, 2015, 15, 58-73.
14. Kłak A., Mińko M., Siwczyńska D.: Metody kwestionariuszowe badania jakości życia. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2012, 93, 632-638.
15. Cieślak B., Podbielska H.: Przegląd wybranych kwestionariuszy oceny jakości życia. *Acta Bio-Optica et Informatica Medica*, 2015, 21, 102-135.
16. Topolska M., Sapuła R., Topolski A., Marczewski K.: Ocena skuteczności krótkoterminowej efektywności rehabilitacji kobiet z przewlekłymi bólami dolnego odcinka kręgosłupa z wykorzystaniem kwestionariuszy niepełnosprawności Oswestry i Roland-Morris'a. *Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja* 2011, 13: 353-360.
17. Ridan T., Berwecki A.: Postępowanie rehabilitacyjne w zeszywniającym zapaleniu stawów kręgosłupa. *Praktyczna Fizjoterapia i Rehabilitacja*, 2013, 1, 44-53.
18. Bachta A., Raczkiwicz A., Tłustochowicz M., Tłustochowicz W.: Wczesne efekty terapii lekami anti-TNF u chorych na zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa – badanie obserwacyjne. *Reumatologia*, 2011, 49, 404-410.
19. Szot P., Golec J., Szczygieł E.: Przegląd wybranych testów funkcjonalnych, stosowanych w ocenie ryzyka upadków u osób starszych. *Gerontologia Polska*, 2008, 16, 12-17.

20. Podstawski R., Omelan A.: Deficyty ruchowe osób starszych – znaczenie aktywności fizycznej w ich zapobieganiu. *Hygeia Public Health*, 2015, 50, 572-580.
21. Czenczek-Lewandowska E., Przysada G., Brotoń K., Leszczak J., Rykała J., Podgórska-Bednarz J.: Wpływ rehabilitacji na stan funkcjonalny oraz dolegliwości bólowe pacjentów z zespołem przeciążeniowym kręgosłupa. *Medical Review*, 2014, 3, 243-252.
22. Pieber K., Herceg M., Quittan M., Csapo R., Muller R., Wiesinger G.F.: Long-term effects of outpatient rehabilitation program in patients with chronic recurrent low back pain. *European Spine Journal*, 2014, 23, 779-785.
23. Czaja E.: Jakość życia pacjentów z dyskopatią odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. *Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne*, 2012, 1, 92-96.
24. Wieczorowska-Tobis K., Kostka T.: *Fizjoterapia w geriatrici. PWZL*, Warszawa 2010.
25. Zasadzka E., Wieczorowska-Tobis K.: Zmiany w układzie ruchu w procesie starzenia. *Gerontologia Polska*, 2014, 3, 161-165.
26. Jasik A., Marcinowska-Suchowierska E.: Bóle stawów u osób w wieku podeszłym. *Postępy Nauk Medycznych*, 2011, 24, 402-409.
27. Jasik A., Tałałaj M.: Otyłość a choroba zwyrodnieniowa stawów. *Postępy Nauk Medycznych*, 2013, 26, 14-18.
28. Główny Urząd Statystyczny: Stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2011.
29. Muszalik M., Kędziora-Kornatowska K.: Jakość życia przewlekle chorych pacjentów w starszym wieku. *Gerontologia Polska*, 2006, 14, 185-189.
30. Nowak-Kapusta Z., Durmała J., Bąk E., Cieślik A., Franek G.: Jakość życia osób starszych przebywających w domach pomocy społecznej. *Pedagogia Społeczna*, 2018, 69, 149-166.
31. Zych A.: *Przekraczając smugę cienia. Szkice z gerontologii i tanatologii*. Wydawnictwo Naukowe Śląsk, Katowice 2009.
32. Pawlikowska-Łagód K., Dąbska O., Humeniuk E., Sak J.: Satysfakcja z życia osób starszych mieszkających w województwie lubelskim. *Geriatrici*, 2017, 11, 183-189.
33. Timoczyk-Tomczak C., Bugajska B.: Satysfakcja z życia a perspektywa przyszłościowa w starości. *Opuscula Sociologica*, 2013, 2, 83-95.
34. Ostrzyżek A.: Ocena jakości życia osób w podeszłym wieku, rehabilitowanych w oddziale opieki długoterminowej. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2010, 91, 659-666.

35. Burzyńska M., Pikala M., Kondak K., Maniecka-Bryła I.: Jakość życia osób starszych korzystających z pomocy instytucjonalnej. *Acta Universitatis Lodzensis. Folia Oeconomica*, 2017, 3, 131-145.
36. Kozłowski P., Kożuch K., Kozłowska M., Ławnicka I., Kozłowska K.: Ocena częstości występowania bólu kręgosłupa oraz stylu i jakości życia wśród osób z bólem kręgosłupa. *Journal of Education, Health and Sport*, 2016, 6, 329-336.

## **JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW Z CHOROBAŁ LEŚNIEWSKIEGO - CROHNA I WRZODZIEJĄCYM ZAPALENIEM JELITA GRUBEGO**

**Hanna Dobrowolska**

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

### **WPROWADZENIE**

Nieswoiste Zapalenia Jelit (NZJ; inflammatory bowel disease, IBD) stanowią grupę chorób o charakterze przewlekłym i nieuleczalnym, do których zaliczamy: Wrzodziejące Zapalenie Jelita Grubego (colitis ulcerosa), Chorobę Crohna (Crohn's disease), w Polsce znaną pod nazwą Leśniowskiego - Crohna (ChLC) oraz postacię niesklasyfikowaną [1]. Cechą wspólną wymienionych chorób jest złożona patogenezą i nieznaną przyczyną. Największe znaczenie w rozwoju nieswoistych zapaleń jelit przypisuje się czynnikom genetycznym, środowiskowym i immunologicznym. Choroba najczęściej występuje u osób młodych, płci żeńskiej, między 15 a 30 rokiem życia. Dotyka jednak również dzieci i osoby starsze w wieku 60-80 lat. Schorzenie cechuje występowanie zmian zapalnych w wybranych odcinkach układu pokarmowego [2]. Wskaźniki zapadalności na Nieswoiste Choroby Zapalne Jelit (NCHZJ) są najwyższe w krajach Europy Zachodniej i Ameryki Północnej. Jednocześnie, w ostatnich latach obserwuje się znaczny wzrost ich występowania w rejonach, w których dotychczas były rzadko spotykane, jak chociażby w Polsce [3, 4].

### **ROZWINIĘCIE**

Pojęcie „jakość życia” nie jest ściśle zdefiniowane. Zazwyczaj określenie to jest łączone z poczuciem zadowolenia, spełnienia i dobrostanu. Pojęcie nie zostało jasno doprecyzowane z uwagi na różnorodność jego istoty w różnych dziedzinach nauki. W medycynie jakość życia odnosi się do fizycznych, społecznych i psychologicznych wymiarów zdrowia.

Zgodnie z postępowaniem nauki oraz rozwojem nowych metod leczenia, proces skutecznej terapii polega nie tylko na utrzymaniu zdrowia pacjenta, ale również zaspokajaniu jego podstawowych potrzeb społecznych. Choroba Leśniowskiego-Crohna, ze względu na swój

specyficzny charakter, obejmuje wiele płaszczyzn życia człowieka, determinując jego jakość w sposób bezpośredni i pośredni [5, 6].

Choroba Leśniowskiego-Crohna należy do chorób przewlekłych przewodu pokarmowego. Proces zapalny w chorobie obejmować może każdy odcinek przewodu pokarmowego od jamy ustnej, aż do odbytu. Choroba określana jest również jako Nieswoista Choroba Zapalna Jelita, podobnie jak wrzodziejące zapalenie jelita grubego (WZJG), czy nieokreślone zapalenie okrężnicy [2].

Ze względu na specyfikę, rozpoznanie choroby wymaga wielokierunkowego podejścia. Jej złożony charakter powoduje, że czas od pojawienia się pierwszych symptomów schorzenia do postawienia ostatecznej, potwierdzonej diagnozy, jest długi i często wynosi nawet do 5 lat [7]. Diagnostyka nieswoistych chorób zapalnych jelit obejmuje jednocześnie wiele metod, wśród których wymienić możemy: badania laboratoryjne, obrazowe i endoskopowe. W ostatnich latach nastąpił znaczny postęp obejmujący głównie możliwości nieinwazyjnego diagnozowania i monitorowania aktywności NChZJ za pomocą wielu biomarkerów. Obok powszechnie znanych parametrów, takich jak białko C-reaktywne, istnieje również grupa tak zwanych kopromarkerów, których najważniejszy przedstawiciel to kalprotektyna [8].

Nieswoiste zapalenie jelit plasuje się również w grupie pięciu najczęściej występujących chorób przewodu pokarmowego. Ponadto, jest najczęstszą przewlekłą chorobą przewodu pokarmowego u najmłodszych pacjentów. Dzieci, z uwagi na wczesny okres rozpoznania, chorują najdłużej i najciężej, ale mają jednocześnie możliwość prowadzenia życia zbliżonego do ich zdrowych rówieśników [1].

Kliniczny przebieg choroby Leśniowskiego-Crohna jest bardzo zróżnicowany. U znacznej większości pacjentów schorzenie ma bardzo agresywny i ciężki przebieg, który prowadzi do znacznego uszkodzenia przewodu pokarmowego na skutek zwężeń, pojawienia się przetok i następstw koniecznych zabiegów operacyjnych. Pacjenci bardzo często wymagają, od początku zdiagnozowania choroby, intensywnego leczenia z wykorzystaniem leków biologicznych i/lub immunosupresyjnych do indukowania i podtrzymania remisji i zapobiegania w/w zmianom destrukcyjnym.

Warto jednak zaznaczyć, iż jest grupa pacjentów (około 40%) , u których przebieg choroby jest łagodny z długimi okresami remisji. Ponadto około 10–20% nie wymaga nawet leczenia podtrzymującego. W grupie tej stosowanie leków biologicznych i/ lub immunosupresyjnych

nie jest uzasadnione. U około 40% pacjentów, po początkowym zaostrzeniu następuje stopniowe zmniejszenie nasilenia objawów, u około jednej piątej występują stale mniej lub bardziej natężone dolegliwości, a stosunkowo rzadko mamy do czynienia z przebiegiem charakteryzującym się początkowo małą aktywnością, z jej następowym, gwałtownym wzrostem [9, 10].

Objawy Choroby Leśniowskiego-Crohna zależą w dużej mierze od tego, w którym odcinku przewodu pokarmowego toczy się proces zapalny i jak bardzo jest on nasilony. Najczęściej pacjenci skarżą się na przewlekłe bóle brzucha, utratę masy ciała, wzdęcia, ogólne osłabienie i stany gorączkowe. Ponadto często występują u nich ropnie okołoodbytnicze oraz szczeliny odbytu [2, 7, 11, 12].

Wrzodziejące zapalenie jelita grubego jako rozlany, nieswoisty proces zapalny błony śluzowej odbytnicy lub okrężnicy, prowadzi z kolei do powstania owrzodzeń. Najczęstsze objawy zgłaszane przez pacjentów to bóle brzucha, zmęczenie, biegunki, utrata wagi, gorączka, a w ciężkich przypadkach krwawienia [13, 14].

Nieswoiste choroby zapalne jelit stanowią również ważny problem społeczny w pediatrii. U dzieci częściej niż u dorosłych obserwuje się aktywną postać choroby Leśniowskiego-Crohna i znacznie częściej konieczne jest wdrożenie leczenia immunosupresyjnego. Przeprowadzone badania wskazują, że u 39% dzieci po 2 latach wzrasta rozległość zmian zapalnych, a u 24% po 4 latach pojawiają się zwężenia lub powikłania penetracyjne. We wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego, w chwili rozpoznania rozległość zmian jest większa u dzieci niż u dorosłych (82% v. 48%). Jednocześnie zapalenie jelita grubego w dzieciństwie (0–19 lat) zwiększa ryzyko względne raka jelita grubego do prawie 44 razy [1]. Nieswoiste zapalenia jelit w krajach rozwiniętych rozpoznaje się z coraz większą częstością zarówno u dzieci, jak i dorosłych w każdym wieku. Chorobę Leśniowskiego-Crohna w 20–25% przypadków stwierdza się przed 20. rż., a wrzodziejące zapalenie jelita grubego w około 20%. Prawie 4% NChZJ rozpoznaje się przed 5. rż. [15, 16].

Choroba Leśniowskiego-Crohna, z uwagi na swój charakter i specyfikę, obejmuje wiele płaszczyzn życia młodego człowieka, determinując jego jakość w sposób bezpośredni i pośredni.



Młodzię może odczuwać chorobę przewlekłą jako znaczną trudność, często niemożliwą do zaakceptowania. Pojawienie się choroby w burzliwym okresie dojrzewania może skutkować zmniejszeniem efektywności leczenia, pogorszeniem szeroko rozumianego funkcjonowania, jak też dojrzewania płciowego i rozwoju fizycznego.

Na charakter i zakres zmian w rozwoju i zachowaniu dziecka może mieć wpływ czas trwania choroby i jej przebiegu, cierpienie psychofizyczne, zastosowane metody diagnostyki i leczenia. Ważną rolę w tym procesie odgrywa również instytucja sprawująca opiekę medyczną. Poziom, dostępność oraz jakość opieki medycznej stanowią niezwykle ważny aspekt leczenia młodych ludzi, zwłaszcza że choroba Leśniowskiego-Crohna jest chorobą nieuleczalną [5, 17 - 21].

Stosunek pacjenta do choroby jest sprawą niezwykle ważną, ponieważ samoocena stanu zdrowia stanowi główny czynnik, który wpływa na satysfakcję życiową. Proces akceptacji choroby zależy od wielu czynników takich jak: czasu trwania schorzenia, sposób leczenia, a przede wszystkim towarzyszące objawy. Pogodzenie się z chorobą pozwala jednocześnie na akceptację siebie w roli chorego. Optymalna postawa wobec choroby to taka, gdzie pacjent zdaje sobie sprawę ze swojej przypadłości i podchodzi do niej w sposób racjonalny, akceptuje diagnozę, stosuje się do zaleceń, a obraz własny choroby zbliżony jest do stwierdzonego przez lekarza. Wypracowanie takiego podejścia jest szczególnie trudne dla osób z Chorobą Leśniowskiego - Crohna. Ważnym czynnikiem utrudniającym przystosowanie się do nowej sytuacji jest wiek pacjentów. Chorobę Leśniowskiego-Crohna rozpoznaje się najczęściej u ludzi bardzo młodych, w 2 i 3 dekadzie życia, którzy planują dopiero swoją przyszłość. Postawiona diagnoza stanowi w tym okresie oczywistą przeszkodę i trudność. Jedynie akceptacja choroby pozwoli z nią w miarę normalnie żyć. Pojawienie się choroby powoduje oprócz zaburzeń w sferze fizycznej znaczną dezorganizację życia w pozostałych sferach człowieka. Upośledzają w znacznym stopniu, psychiczne i społeczne funkcjonowanie człowieka. Postawienie diagnozy choroby nieuleczalnej może dramatycznie zmienić bieg życia pacjenta. Chorobę często rozpoznaje się osób w wieku szkolnym, które mają przed sobą studia oraz karierę zawodową. Wsparcie ze strony rodziny, przyjaciół i krewnych jest ogromnie ważne i odgrywa znaczącą rolę w procesie leczenia. Znaczna liczba osób zmagających się z Chorobą Leśniowskiego - Crohna odczuwa negatywne emocje, takie jak lęk, poczucie zagrożenia i niepokoju, drażliwość, gniew, a często doświadczą nawet stanów depresyjnych. Są to czynniki psychogenne, które pogarszają stan kliniczny pacjenta.



Aby jakość życia osoby cierpiącej na Chorobę Leśniowskiego - Crohna była na wysokim poziomie, konieczne jest zaakceptowanie choroby, co wiąże się z oswojeniem się z nową sytuacją. Termin „akceptacja” oznacza przyjęcie jakiejś opinii, poglądu, sądu, zachowania, przychylniej postawy lub wyrażenie zgody na coś.

Dużym problemem jest określenie czy osoby chore są w stanie w ogóle funkcjonować samodzielnie z ograniczeniami wynikającymi z choroby. Podczas trudnego i długotrwałego procesu leczenia szczególną rolę odgrywa personel medyczny, nieoceniona jest również rola i wsparcie innych chorych. Wiąż pacjentów obarczonych tą samą chorobą reguluje reakcje w sferze emocjonalnej, a rozmowa z psychologiem może być bardzo pomocna w zaakceptowaniu bardzo trudnej, nowej sytuacji życiowej. Wsparcie ze strony osób najbliższych, rodziny, dzieci, partnera, stanowi w przypadku Choroby Leśniowskiego – Crohna bardzo ważny czynnik w procesie przystosowania się pacjentów do nowej sytuacji [23 - 25].

Autorzy wielu badań podkreślają pozytywne znaczenie pogodzenia się z chorobą i jej akceptacji, które powoduje lepszy komfort psychiczny oraz fizyczny pacjenta. Proces ten jest sprawą niezwykle indywidualną i zależy od wielu wymienianych już w opracowaniu czynników typu: wiek, płeć, poziom wykształcenia, rodzaj i charakter schorzenia, osobowość oraz umiejętność radzenia sobie ze stresem. Zaakceptowanie przez pacjentów choroby zmniejsza negatywne reakcje emocjonalne, które ona wywołuje i wpływa na polepszenie się jakości życia tych osób [23- 25].

Warto również podkreślić, iż nieswoiste choroby zapalne jelit odgrywają ogromną rolę ekonomiczną w postaci kosztów społecznych, jakie generują. Choroba Leśniowskiego – Crona jako choroba przewlekła wiąże się zazwyczaj ze znaczną i częstą utratą możliwości pracy oraz wykonywania podstawowych czynności dnia codziennego, a co za tym idzie ogromnymi kosztami społecznymi. W Polsce dr n. med. Paweł Kawalec z Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego wraz z zespołem przeprowadził dwa równoległe badania, których celem była ocena utraty produktywności z powodu choroby Leśniowskiego-Crohna oraz wrzodziejącego zapalenia jelita grubego u osób dorosłych. Badania przeprowadzone były wraz z Polskim Towarzystwem Wspierania Osób z Nieswoistymi Zapaleniami Jelit „J-elita”. Badaniem objęto chorych powyżej 18 roku życia ze zdiagnozowanym WZJG lub ChLC. Kwestionariusze przekazywane były członkom Towarzystwa podczas spotkań, wysyłane drogą mailową oraz udostępnione w kwartalniku wydawanym przez Towarzystwo.

Pacjenci wypełniali papierową wersję ankiety przekazując ją do Towarzystwa lub mieli możliwość udzielania odpowiedzi w formie elektronicznej, na serwerze. Ocenę aktywności choroby badano przy wykorzystaniu specyficznych dla danej choroby kwestionariuszy: P-SCCAI (ang. Patient Simple Clinical Colitis Activity Index) w przypadku chorych na WZJG oraz P-HBI (ang. Patient Harvey-Bradshaw Index) dla chorych na ChLC.

Zgodnie z założeniem projektu, przy wypełnianiu kwestionariuszy nie uczestniczyli lekarze. Pozwoliło to na ocenę różnorodnych grup respondentów, bez ograniczeń związanych z wcześniejszą konsultacją z lekarzem czy pobytem w szpitalu. Koszty pośrednie oceniono na podstawie autorskiego kwestionariusza opracowanego w oparciu o kwestionariusz WPAI (ang. Work Productivity and Activity Impairment), który jest standardowym kwestionariuszem oceny utraty zdolności wykonywania pracy. Kwestionariusz WPAI dostosowano do warunków polskich. Rozszerzono definicję pracy płatnej o pacjentów, którzy otrzymują wynagrodzenie za pracę w nienormowanym wymiarze oraz pacjentów będących w trakcie okresowych (z definicji) nieobecności w pracy (świadczenie rehabilitacyjne, renta z powodu niezdolności). Przeanalizowano koszty pośrednie choroby, wśród pacjentów i ich opiekunów formalnych, związane z płatną oraz nieodpłatną pracą (codzienne czynności, np. wolontariat, prace domowe, opiekę nad dzieckiem). Pośrednie koszty choroby związane z odpłatną pracą, które podlegały ocenie to min:

a) absentyzm, czyli spadek produktywności związany z nieobecnością w pracy ze względu na zły stan zdrowia. Zjawisko to oznacza sytuację, kiedy pracownik nie jest w stanie ze względu na złe samopoczucie przyjść do pracy lub z tego powodu wcześniej wychodzi z pracy, bądź też musi odwiedzać lekarza w godzinach pracy,

b) prezenteizm, czyli spadek produktywności chorych wynikający ze zmniejszonej wydajności w pracy ze względu na stan zdrowia. Zjawisko to oznacza sytuację, kiedy pracownik pojawia się w pracy, jednak z uwagi na złe samopoczucie, nie jest w stanie wykonywać w pełni swoich obowiązków zawodowych. Koszty pośrednie poddane zostały analizie pod kątem społecznym, czyli oceniano wpływ ChLC i WZJG na zdolność do pracy uznając, że aktywność badanych pacjentów (stopień wykorzystania własnego potencjału) bezpośrednio wpływa na rozwój gospodarczy kraju. Koszt utraconych godzin pracy obliczono uwzględniając produkt krajowego brutto na jednego pracownika skorygowany o współczynnik krańcowej produktywności.

Wśród 450 badanych (225 z ChLC i 225 z WZJG) ustalono, że prawie 60 % chorych na ChLC i ponad 70 % chorych na WZJG pracuje otrzymując wynagrodzenie. Zatrudnieni pacjenci opuszczali w roku średnio 262 godziny w pracy z powodu ChLC i 211 godzin z powodu WZJG. Na liczbę opuszczanych godzin w pracy wpływ miało głównie nasilenie objawów chorobowych.

Średni współczynnik absentyzmu (odsetek opuszczonych godzin w pracy w odniesieniu do całego wymiaru czasu pracy) wśród pracujących uczestników badań wyniósł ponad 13% wśród chorych z ChLC i 11,0% w przypadku WZJ. Wśród pacjentów zaobserwowano również znaczny wpływ choroby na wydajność pracowników. Dolegliwości ChLC i WZJG obniżyły wydajność chorych w trakcie pracy średnio o odpowiednio: 23,1 % i 19,6 %. Wskaźnik ten był zależny przede wszystkim od nasilenia objawów choroby. Łącznie, całkowita utrata produktywności w pracy wyniosła, 31,3% wśród chorych z ChLC i 26,2% w przypadku WZJG. Wyniki badania przekształcono w taki sposób, aby można było ocenić koszty społeczne i określić stopień utraty produktywności jednego pracującego chorego w ujęciu rozwoju gospodarczego kraju. Wskazano, że ChLC generuje koszt utraty produktywności w pracy wynoszący 21 383 zł na pracującego chorego (43,6% koszt absentyzmu i 56,4% koszt prezenteizmu), a WZJG – 17 585 zł na pracującego chorego (42,7% absentyzm i 57,3% prezenteizm). Wyniki badania wskazały, że im mniejsza aktywność choroby tym niższe koszty pośrednie [2, 7, 11].

Warto również podkreślić, że NCHZJ generują nie tylko ogromne koszty społeczne, ale również indywidualne środki pacjentów. Koszty, jakie wiążą się z chorobą podzielić możemy na bezpośrednie i pośrednie. W grupie kosztów bezpośrednich medycznych wymienić należy min; wydatki na leki, wizyty lekarskie, badania diagnostyczne, czy konsultacje specjalistyczne. Koszty bezpośrednie niemedyczne to min; wydatki na transport, artykuły higieniczne, kosmetyki, materiały i preparaty związane z pielęgnacją skóry. Ważną rolę w tej grupie odgrywają również koszty związane z koniecznością stosowania specjalistycznej diety. Koszty pośrednie NCHZJ obejmują głównie: utratę dochodu, spadek wydajności pracownika, przedwczesną umieralność, koszty związane z wpływem na jakość życia. Odrębną grupę kosztów stanowią tzw. koszty niemierzalne, które stosunkowo trudno policzyć, ale stanowią bardzo ważny wskaźnik w ocenie znaczenia choroby.

Do kosztów tych zaliczyć możemy: stratę w zdrowiu fizycznym, psychicznym i społecznym, stres, ból, cierpienie, utratę możliwości wykonywania czynności dnia codziennego. Wszystkie te ograniczenia znacząco wpływają na jakość życia pacjentów dotkniętych NCHZJ.

## **PODSUMOWANIE**

Jakość życia (ang. quality of life, qol) to pojęcie interdyscyplinarne, które jest przedmiotem zainteresowania nauk medycznych, społecznych i humanistycznych. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w 1994 roku powołała sekcję World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). Organizacja zdefiniowała jakość życia jako „indywidualną percepcję własnej pozycji życiowej z uwzględnieniem warunków kulturowych, systemu wartości w powiązaniu z osobistymi celami, oczekiwaniami, normami, problemami”. Istnieje wiele czynników mających wpływ na jakość życia w sposób złożony. Należą do nich: zdrowie fizyczne, relacje z innymi ludźmi i ważne dla danej osoby cechy środowiska [29].

Choroby przewlekłe, do których należy min. Choroba Leśniowskiego – Crohna oraz wrzodziejące zapalenie jelita, dotyczą funkcjonowania całej rodziny, a nie jedynie osoby chorej. Najbliżsi chorego powinni wykazać się umiejętnością wspierania, cierpliwością i zdobywaniem jak największej liczby informacji dotyczących choroby i radzenia sobie z nią. Taka postawa pozwala choremu łatwiej zaakceptować chorobę i pomaga mu w prowadzeniu normalnego, codziennego życia. Prawidłowe funkcjonowanie fizyczne i społeczne pacjenta, jego dobre samopoczucie a zatem jego jakość życia, ma wpływ na prawidłową i skuteczną kontrolę przebiegu choroby [5, 18, 22].

## **PIŚMIENNICTWO**

1. Wardak K, Celińska – CedroD., Nagórska M.: Samodzielność i samokontrola młodzieży z Nieswoistym Zapaleniem Jelit w związku z koniecznością zmiany gastroenterologa po osiągnięciu pełnoletności. Wydawnictwo UR 2016. MedicalReview, 2016, 14 (1), 16–26.
2. [https://www.pexps.pl/files/upload/files/PEX\\_KosztyPosrednieChorobaCrohna\\_20180626.pdf](https://www.pexps.pl/files/upload/files/PEX_KosztyPosrednieChorobaCrohna_20180626.pdf) (data pobrania 16.08.2019 roku).
3. Radwan P., Radwan K.: Nieswoiste choroby zapalne jelit u osób w podeszłym wieku. Gastroenterologia Kliniczna, 2016, 8, 1, 27-35.

4. Jakubowski A., Zagórowicz E., Kraszewska E., Bartnik W.: Rising hospitalization rates for inflammatory bowel disease in Poland. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej*, 2014, 124, 180-190.
5. Cepuch G., Gniadek A., Śręba S.: Jakość życia młodzieży z chorobą Leśniowskiego-Crohna. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2015, 21, 4, 352–356.
6. Neubauer K, Arlukiewicz A, Paradowski L.: Quality of Life in inflammatory bowel disease. *Advances Clinical and Experimental Medicine*, 2009, 18 (1), 79–83.
7. Gryglewicz i inni: Analiza kosztów ekonomicznych i społecznych ze szczególnym uwzględnieniem choroby Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. Wyd. Uczelnia Łazarskiego, Warszawa 2017 r.
8. Eder P.: Przydatność biomarkerów w ocenie aktywności nieswoistych chorób zapalnych jelit — wskazówki praktyczne. *Gastroenterologia Kliniczna*, 2018, 10, 2, 52–63.
9. Radwan P.: Czy można przewidzieć przebieg Choroby Leśniowskiego – Crohna? Jak reagować? *Gastroenterologia Kliniczna*, 2018, 10, 1, 1–7.
10. Solberg I.C., Vatn M.H., Høie O.: IBSEN StudyGroup. Clinical course in Crohn's disease: results of a Norwegian population-based ten-year follow-up study. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 2007, 5(12), 1430–1438, doi: 10.1016/j.cgh.2007.09.002.
11. Hebzda A., Szczeblowska D., Serwin D., Wojtuń S., Hebzda Z., Grys I.: Choroba Leśniowskiego-Crohna – diagnostyka i leczenie. *Pediatrics i Medycyna Rodzinna*, 2011, 7 (2), 98-103.
12. Łodyga M., Eder P., Bartnik W., Gonciarz M., Kłopocka M., Linke K., Małecka-Panas E., Radwan P., Reguła J., Rydzewska G.: Wytyczne Grupy Roboczej Konsultanta Krajowego w dziedzinie Gastroenterologii i Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii dotyczące postępowania z pacjentem z chorobą Leśniowskiego – Crohna. *Przegląd Gastroenterologiczny*, 2012, 7, 6.
13. Corridoni D., Arseneau K.O., Cominelli F.: Inflammatory bowel disease. *Immunol. Lett*, 2014, 161, 231–235.
14. Cymana M, Kotulak A., Ślebioda T., Kmieć Z.: Wrodzone i nabyte mechanizmy odporności komórkowej w patogenezie przewlekłych nieswoistych zapaleń jelit. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2016, 10, 5, 7-10.

15. Albrecht P.: Trudności i odrębności postępowania diagnostyczno-lecniczego w nieswoistych chorobach zapalnych jelit u dzieci. *Gastroenterologia Kliniczna*, 2016, 8, 1, 12–16.
16. Kelsen J., Baldassano R.N. Inflammatory bowel disease: the difference between children and adults. *Inflamm. Bowel Disease* 2008, 14 (supl. 2), 9–11.
17. Pilecka W.: Przewlekła choroba somatyczna w życiu i rozwoju dziecka. Problemy psychologiczne. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002.
18. Taylor R.M., Gibson F., Franck L.S.: The experience of living with a chronic illness during adolescence: a critical review of the literature. *Journal of Clinical Nursing* 2008, 17(23), 3083–91.
19. Taylor R.M., Gibson F., Franck L.S.: A conceptual analysis of health-related quality of life in young people with chronic illness. *Journal of Clinical Nursing* 2008, 17(14), 1823–33.
20. Day A.S., Ledder O., Leach S.T., Lemberg D.A.: Crohn's and colitis in children and adolescents. *World Journal of Gastroenterology*. 2012, 18(41), 5862–5869.
21. Bugajski J., Reguła M.: Ocena jakości opieki medycznej w nieswoistych zapaleniach jelit. *Via Medica. Gastroenterologia Kliniczna* 2014, 6(3), 97–107.
22. Cepuch G., Perek M., Adaszyńska M.: Poziom wiedzy i jakość życia młodzieży chorej na nieswoiste zapalenia jelit. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 2011, 2, 45–50.
23. Chrobak – Bień J.Z., Gawron A., Paplarczyk M., Gąsiorowska A. Wpływ czynników socjodemograficznych i klinicznych na stopień akceptacji choroby wśród osób cierpiących na chorobę Leśniowskiego–Crohna. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2018 (1) 47-53.
24. Pawlik M., Kaczmarek-Borowska B.: Akceptacja choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego Instytut Leków*, 2013, 2, 203–211.
25. Stangierska I., Marcinkowska M., Horst-Sikorska W.: Problemy psychologiczne pacjentów z cukrzycą typu I. *Nowiny Lekarskie*, 2002, 71(4–5), 212–216.
26. Andruszkiewicz A., Kubica A., Nowik M.: Poczucie koherencji i poczucie własnej skuteczności jako wyznaczniki akceptacji choroby w grupie pacjentów przewlekłe chorych. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2014, 22(2), 239–245.
27. Kaczmarczyk M.: Poziom akceptacji choroby osób starszych zamieszkujących w różnych środowiskach. *Studia Medyczne (Medical Studies)*, 2008, 12, 29–33.

28. Monastyrska E., Beck O.: Psychologiczne aspekty chorób kardiologicznych.  
Medycyna Ogólna Nauki Zdrowiu, 2014, 20(2), 141–144.
29. Baumann K.: Jakość życia w okresie późnej dorosłości –dyskurs teoretyczny.  
Gerontologia Polska, 2006, 14, 4, 165 – 171.



## **OCENA JAKOŚCI ŻYCIA PACJENTÓW Z ZESPOŁEM ZALEŻNOŚCI ALKOHOLOWEJ**

**Anna Januszkiewicz-Nieścieruk<sup>1</sup>, Julia Sawicka<sup>2</sup>**

1. Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Medycyny Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

### **WSTĘP**

Jakość życia człowieka jest obszarem szczególnych zainteresowań i badań w naukach medycznych. Na świecie i w Polsce wzrasta zainteresowanie jakością życia w chorobie o przewlekłym przebiegu. Współczesna medycyna postrzega człowieka w sposób holistyczny w trzech aspektach: fizycznym psychicznym i społecznym. Elementy te stanowią integralną całość i pozostają we wzajemnej zależności w nieustannie zmieniającym się środowisku. Przyczynia się to do rozwoju medycyny psychosomatycznej, która uwzględnia wzajemny związek somatycznych i psychicznych aspektów choroby. Subiektywna ocena własnego życia jest miarą jego jakości. Pojęcie jakości życia jest trudne do zdefiniowania. Próby utworzenia jednolitej definicji dotyczącej jakości życia spowodowały stworzenie nowego pojęcia, jakości życia zależnej od zdrowia (HRQOL, health-related quality of life) [1]. Jest to pojęcie subiektywne i wielowymiarowe. Tak zdefiniowana jakość życia obejmuje cztery podstawowe obszary funkcjonowania człowieka: stan fizyczny i sprawność ruchową, stan psychiczny, doznania somatyczne, sytuację społeczną i warunki ekonomiczne. Podkreśla się, że jakość życia może teoretycznie obejmować szeroki zakres dziedzin i komponentów obejmujących: dobrostan fizyczny, funkcjonalny wyrażający się zdolnością do uczestnictwa w codziennej aktywności związanej z pracą i odpoczynkiem, dobrostan emocjonalny obejmujący pozytywne i negatywne stany uczuciowe, zdolność do podtrzymywania relacji i kontaktów rodzinnych, funkcjonowanie w rolach społecznych oraz satysfakcję z ich pełnienia, satysfakcję z leczenia oraz sferę intymności [2]. Dokonując oceny jakości życia należy uwzględnić obiektywny stan zdrowia i jego subiektywne poczucie.



W ostatnich latach obserwuje się wzrost zainteresowania jakością życia pacjentów przewlekle chorych. Uzależnienie od alkoholu uważa się za chorobę przewlekłą, która powoduje znaczące obniżenie jakości życia osób nią dotkniętych. Poznanie subiektywnej oceny jakości życia u pacjentów z zespołem zależności alkoholowej jest istotne ze względu na możliwość redukcji towarzyszącego chorobie i procedurom diagnostycznym napięcia emocjonalnego metodami psychoterapeutycznymi lub farmakologicznymi.

### **CEL BADAŃ**

Celem pracy była ocena jakości życia pacjentów z zespołem zależności alkoholowej. Do realizacji celu głównego opracowano następujące pytania szczegółowe:

1. Jak uzależnienie od alkoholu wpływa na jakość życia badanych pacjentów?
2. Co determinuje jakość życia pacjentów z zespołem zależności alkoholowej?
3. W jakim aspekcie życia człowieka alkoholizm wywiera najsilniejsze działanie?
4. Czy cechy społeczno-demograficzne wpływają na jakość życia pacjentów z zespołem zależności alkoholowej?

### **MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ**

Badania przeprowadzono wśród 120 pacjentów z zespołem zależności alkoholowej hospitalizowanych w Oddziale Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych w Samodzielnym Publicznym Psychiatrycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Choroszczy. W postępowaniu badawczym zastosowano Kwestionariusz Jakości Życia WHOQOL-Bref (*The World Health Organization Quality of Life*), który składał się z 26 pytań. Wersja Bref powstała na podstawie WHOQOL-100.

WHOQOL-Bref umożliwiła otrzymanie profilu jakości życia badanych pacjentów z zespołem zależności alkoholowej w zakresie czterech dziedzin: fizycznej, psychologicznej, relacji społecznych oraz środowiska. Każda z badanych dziedzin składała się z podskal. Dziedzina fizyczna obejmowała 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 obejmowała wygląd zewnętrzny, negatywne uczucia, pozytywne uczucia, samoocenę, duchowość (religię), osobistą wiarę, myślenie, /uczenie się/ pamięć/koncentrację. W skład dziedziny relacje społeczne wchodziły podskale takie jak: związki osobiste, wsparcie społeczne, aktywność seksualna.

Dziedzinę środowisko tworzyły 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 [3].

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 [3].

Badania przeprowadzono po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku Uchwała nr: R-I-002/208/2018.

Analizę statystyczną przeprowadzono przy użyciu oprogramowania STATISTICA wersja 7.0 firmy StatSoft Polska. Dane mające charakter nominalny opisywano tworząc szeregi rozdzielcze, w których wyszczególniano warianty cech podając ich licznosc i częstość występowania w całej badanej zbiorowości. Uzyskane wyniki zaprezentowano w postaci tabel i rycin.

Do analizy przeprowadzonych badań wykorzystano następujące sposoby analizy danych ilościowych:

- różnice między porównywanymi grupami oceniono na podstawie testu istotności dla zmiennych jakościowych (kategoryzowalnych) – statystyka chi-kwadrat
- zastosowano również współczynnik korelacji Pearsona (oparta na wartościach chi-kwadrat miara zależności między zmiennymi skategoryzowanymi, wskazuje na siłę związku)
- za istotne statystycznie przyjęto wyniki spełniające warunek  $p$  poniżej 0,05.

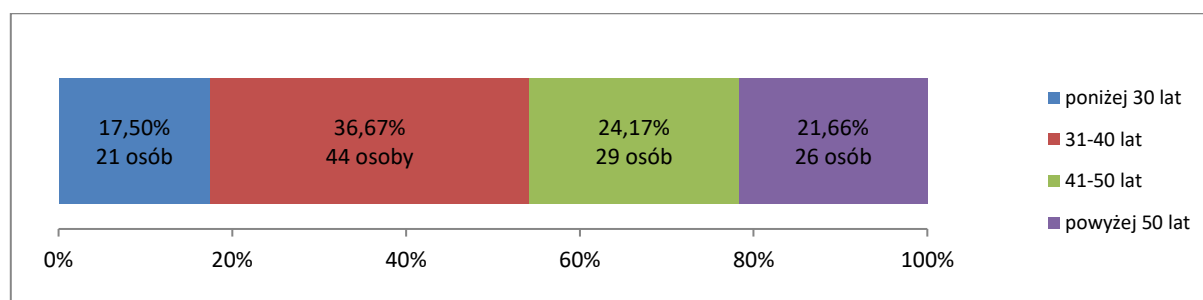
**WYNIKI****Charakterystyka społeczno-demograficzna badanej grupy**

W badaniach udział wzięło 120 osób: 10 kobiet (8,33%) i 110 mężczyzn (91,67%). Średnia wieku badanych wynosiła 41 lat i była nieznaczaco wyższa u mężczyzn niż kobiet – odpowiednio: 41,53 i 38,90 lat. Najmłodszy respondent miał lat 23, a najstarszy 72 (Tabela I).

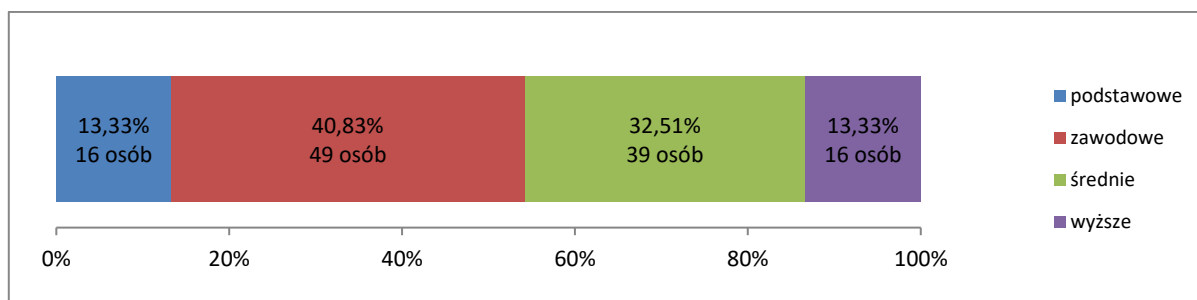
**Tabela I. Charakterystyka opisowa wieku ankietowanych.**

Grupa	N	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe
OGÓLEM	120	23	72	41,31	10,91
Kobiety	10	28	53	38,90	7,74
Mężczyźni	110	23	72	41,53	11,16

Struktura wieku badanych przedstawiała się następująco: poniżej 30 lat – 21 osób (17,50%), 31-40 lat – 44 osoby (36,67%), 41-50 lat – 29 osób (24,17%), powyżej 50 lat – 26 osób (21,66%). Wyniki zostały przedstawione na Rycinie 1.

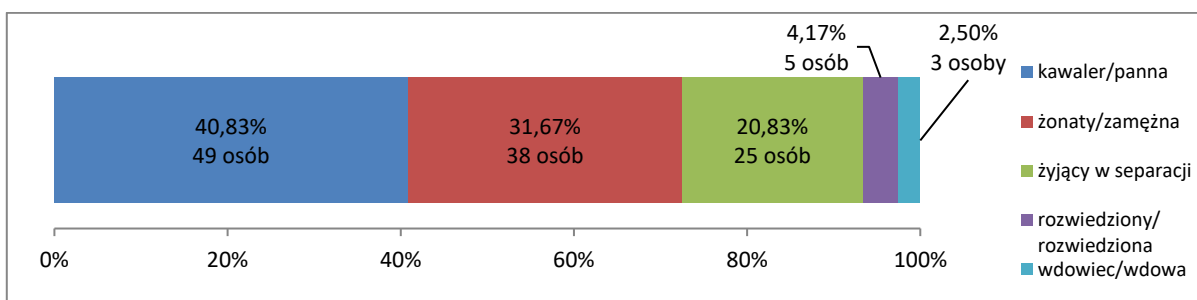
**Rycina 4. Struktura badanych ze względu na wiek.**

Poziom wykształcenia ankietowanych był niski. Ponad połowa grupy miała wykształcenie co najwyżej podstawowe – 16 osób (13,33%) lub zawodowe – 49 (40,83%). Pozostali badani zakończyli edukację na poziomie szkoły średniej – 39 ankietowanych (32,51%), a tylko 16 respondentów (13,33%) zdobyło wykształcenie wyższe (Rycina 2).



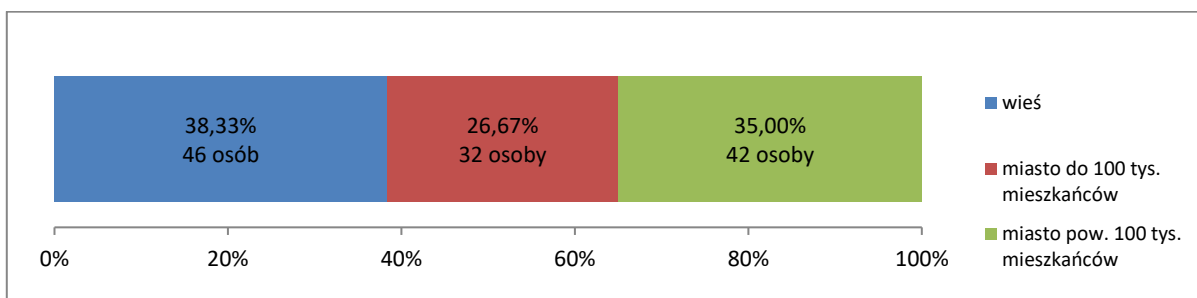
**Rycina 2. Struktura badanych ze względu na poziom wykształcenia.**

Struktura badanej przez nas grupy uwzględniająca stan cywilny, przedstawiała się następująco: kawaler/panna – 49 osób (40,83%), osoby będące w związkach małżeńskich – 38 respondentów (31,67%). Trzecią pod względem liczebności grupę tworzyli ankietowani będący w separacji – 25 (20,83%). Respondenci po rozwodzie, to 5 osób (4,17%), a 2 osoby (2,50%) owdowiałe stanowiły najmniej liczną grupę (Rycina 3).



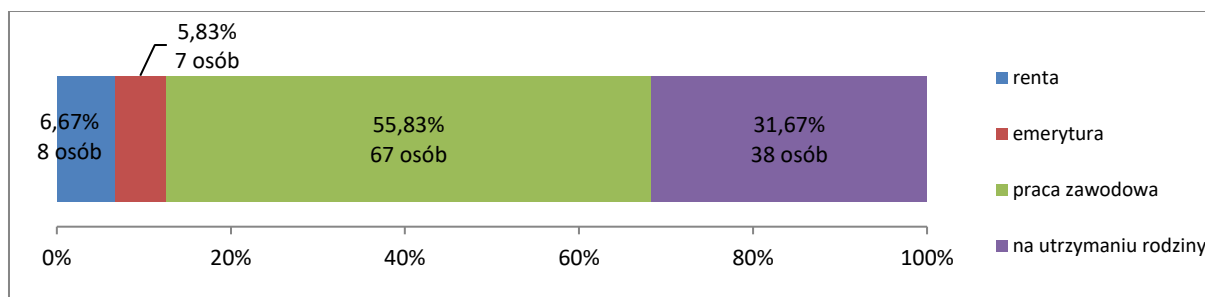
**Rycina 3. Struktura badanych ze względu na stan cywilny.**

Ankietowani najczęściej mieszkali na wsi – 46 osób (38,33%), jak również w mieście, które miało >100 tys. mieszkańców – 42 osoby (35,00%). Grupą liczącą 32 osoby (26,67%) tworzyli respondenci, którzy wskazali na miejsce zamieszkania miasto do 100 tys. mieszkańców (Rycina 4).



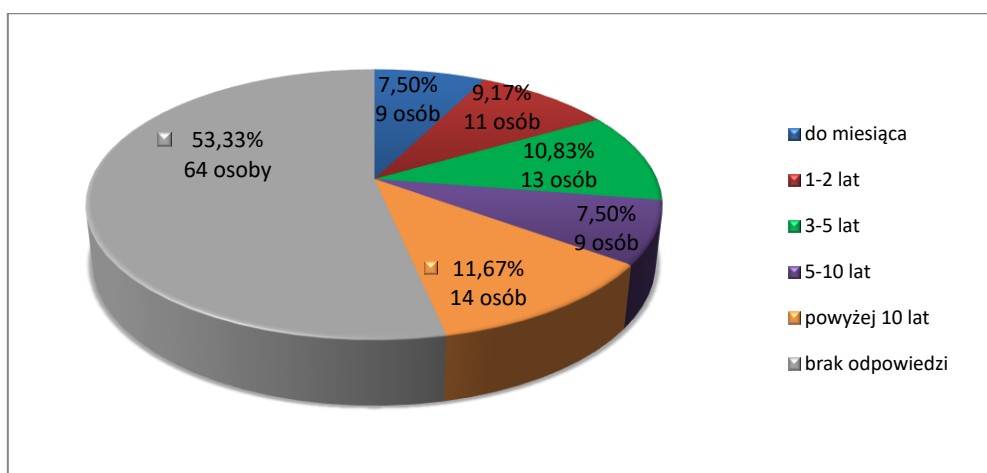
**Rycina 4. Struktura badanych ze względu na miejsce zamieszkania.**

Wśród badanych 67 osób (55,83%) było aktywnych zawodowo, co było dla nich źródłem utrzymania. Pozostali ankietowani otrzymywali świadczenia emerytalne lub rentowe – odpowiednio: 7 osób (5,83%) i 8 (6,67%). Pozostali byli na utrzymaniu rodziny, tworząc dość sporą grupę respondentów -38 osób (31,67%). Wyniki przedstawiono na Rycinie 5.



**Rycina 5. Struktura badanych ze względu na źródło utrzymania.**

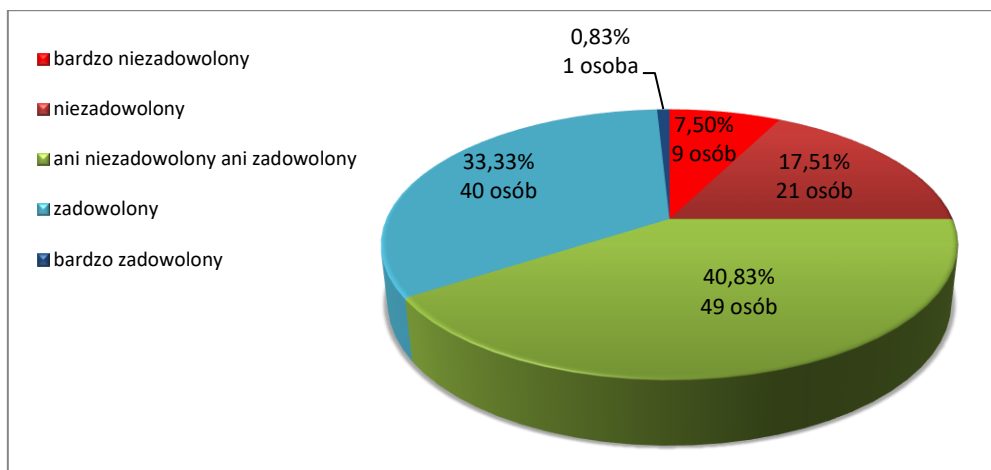
Kolejnym problemem poruszonym w ankiecie był czas trwania choroby. Na to pytanie nie udzieliły odpowiedzi aż 64 osoby, co stanowiło ponad połowę grupy – 53,33%. Respondenci, którzy jednak odważyli się określić ten czas odpowiadali następująco: do miesiąca – 9 osób (7,50%), 1-2 lata – 11 (9,17%), 3-5 lat – 13 (10,83%), 5-10 lat – 9 (7,50%), powyżej 10 lat – 14 (11,67%) – Rycina 6.



**Rycina 6. Struktura badanych ze względu na czas trwania choroby.**

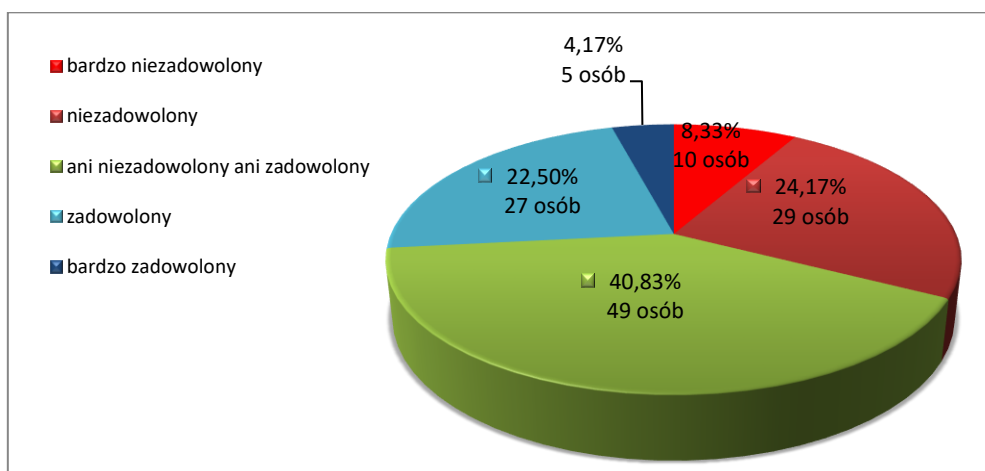
### Wyniki badań dotyczące jakości życia badanych pacjentów

Z jakości swojego życia zadowolonych było tylko 34,16% badanych. Najczęściej ankietowani wybierali odpowiedź: ani niezadowolony, ani zadowolony – 49 osób (40,83%). Negatywne o jakości swojego życia wypowiedziało się 61 ankietowanych (25,01% grupy): bardzo niezadowolony – 9 (7,50%) i niezadowolony – 21 (17,51%) – Rycina 7.



Rycina 7. Zadowolenie badanych z jakości swojego życia.

Uzyskana ocena jakości swojego zdrowia była porównywalna do oceny jakości życia badanych: pozytywnie – 32 osoby (32,50%) ani niezadowolony, ani zadowolony – 49 (40,83%), negatywnie – 39 ankietowanych (26,67%). Uzyskane wyniki przedstawiono na Rycinie 8.



Rycina 8. Zadowolenie badanych z jakości swojego zdrowia.

Wykazano, że ocena jakości zdrowia istotnie wpływała na ocenę jakości życia ( $r(X,Y)=0,5045$ ,  $p=0,000$ ). Osoby niezadowolone ze swojego stanu zdrowia również przy ocenie jakości życia znacząco częściej wybierały odpowiedź: bardzo niezadowolony lub niezadowolony. Analogicznie w zakresie pozytywnej oceny stanu zdrowia – badani zadowoleni ze swojego stanu zdrowia znacząco częściej byli zadowoleni z jakości swojego życia. Natomiast badani, którzy w ocenie jakości zdrowia wskazali na odpowiedź: ani niezadowolony, ani zadowolony, tak samo ustosunkowywali się do jakości swojego życia: ani niezadowolony, ani zadowolony (Tabela II).

**Tabela II. Wpływ oceny jakości zdrowia na ocenę jakości życia wśród badanych.**

		OCENA JAKOŚCI ZDROWIA					
		Bardzo niezadowolony	Niezadowolony	Ani niezadowolony ani zadowolony	Zadowolony	Bardzo zadowolony	
OCENA JAKOŚCI ŻYCIA	Bardzo niezadowolony	9	55,56%	44,44%	0,00%	0,00%	0,00%
	Niezadowolony	21	4,76%	42,86%	47,62%	4,76%	0,00%
	Ani niezadowolony ani zadowolony	49	2,04%	22,45%	57,14%	14,29%	4,08%
	Zadowolony	40	7,50%	12,50%	27,50%	47,50%	5,00%
	Bardzo zadowolony	1	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
	$r(X,Y)=0,5045$ $p=0,000$						

Skoro odczucia zdrowotne tak silnie determinują postrzeganie jakości życia przez osoby z zespołem uzależnienia alkoholowego, to zasadnym jest sprawdzenie w jakich dziedzinach funkcjonowania choroba wywiera najbardziej destrukcyjny wpływ na odczuwaną przez jednostkę jakość życia. Oceny jakości życia w poszczególnych dziedzinach codziennego funkcjonowania kształtowały się na podobnym poziomie.

Badani najniżej ocenili jakość życia w dziedzinie psychicznej ( $12,55 \pm 2,71$ ). Uzależnienie wpływało na ich stan psychiczny poprzez negatywne uczucia ( $2,83 \pm 0,88$ ) wywołane przez zaburzenia myślenia, pamięci i koncentracji uwagi ( $2,89 \pm 0,81$ ).

Badani zwrócili uwagę, że choroba wpłynęła na obniżenie ich aktywności seksualnej ( $3,20 \pm 1,15$ ), co w konsekwencji pogorszyło jakość ich związków osobistych ( $3,31 \pm 1,05$ ), pomimo wsparcia społecznego ( $3,42 \pm 0,94$ ).

Trochę łatwiej, w grupie poddanej badaniu, przebiegał proces adaptacji do życia z chorobą alkoholową w najbliższym środowisku ( $13,37 \pm 2,28$ ). Było to konsekwencją akceptacji choroby w środowisku domowym ( $3,55 \pm 1,01$ ), pomimo trudności finansowych ( $2,91 \pm 1,17$ ) czy braku bezpieczeństwa psychicznego i fizycznego ( $3,15 \pm 0,72$ ). Ankietowani wyrazili swoje zadowolenie z jakości i dostępności do opieki zdrowotnej ( $3,48 \pm 0,99$ ).

Choroba alkoholowa w najniższym stopniu obniżała jakość życia w dziedzinie fizycznej ( $13,93 \pm 2,57$ ), chociaż badani wskazywali na ból i dyskomfort ( $2,21 \pm 0,99$ ) oraz uzależnienie od leków i leczenia ( $2,17 \pm 1,02$ ), co zaburzało ich wypoczynek nocny ( $3,12 \pm 1,08$ ), utrudniało codzienne funkcjonowanie ( $3,20 \pm 0,93$ ) i ograniczało ich zdolność do pracy ( $3,20 \pm 1,08$ ).

Swoje zadowolenie ankietowani wyrazili w zakresie własnej mobilności ( $3,80 \pm 0,96$ ) i poziomu „energii” niezbędnej do prowadzenia normalnego życia ( $3,46 \pm 0,93$ ) (Tabela III).

**Tabela III. Jakość życia badanych w poszczególnych dziedzinach.**

Dziedziny jakości życia	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe
Dziedzina fizyczna	6	19	13,93	2,57
Ból i dyskomfort	1	5	2,21	0,99
Zależność od leków i leczenia	1	5	2,17	1,02
Energia i zmęczenie	1	5	3,46	0,93
Mobilność	1	5	3,80	0,96
Wypoczynek i sen	1	5	3,12	1,08
Czynności życia codziennego	1	5	3,20	0,93
Zdolność do pracy	1	5	3,20	1,08



Dziedzina psychologiczna	5	18	12,55	2,71
Pozytywne uczucia	1	5	2,88	0,88
Duchowość, osobista wiara	1	5	3,13	0,97
Myślenie, pamięć, koncentracja	1	5	2,89	0,81
Wygląd zewnętrzny	1	5	3,57	1,16
Samooceńca	1	5	3,13	1,02
Negatywne uczucia	1	5	2,83	0,82
Dziedzina społeczna	5	20	13,18	3,16
Związki osobiste	1	5	3,31	1,05
Aktywność seksualna	1	5	3,20	1,15
Wsparcie społeczne	1	5	3,42	0,94
Dziedzina środowiskowa	7	18	13,37	2,28
Bezpieczeństwo psychiczne i fizyczne	1	5	3,15	0,72
Środowisko fizyczne (zanieczyszczenie, hałas, klimat)	1	5	3,27	0,86
Zasoby finansowe	1	5	2,91	1,17
Możliwość zdobywania nowych informacji i umiejętności	1	5	3,35	0,87
Możliwość i uczestnictwo w rekreacji i wypoczynku	1	5	3,21	0,97
Środowisko domowe	1	5	3,55	1,01
Zdrowie i opieka zdrowotna: dostępność i jakość	1	5	3,48	0,99
Transport	1	5	3,37	1,01

**Zadowolenie z jakości życia i zdrowia a płeć badanych.**

Zadowolenie z jakości życia częściej wyrażały kobiety – 50% niż mężczyźni – 32,73% (Tabela IV).

**Tabela IV. Zadowolenie z jakości życia a płeć badanych.**

OCENA JAKOŚCI ŻYCIA		Bardzo niezadowolony	Niezadowolony	Ani niezadowolony ani zadowolony	Zadowolony	Bardzo zadowolony	
Płeć	Kobiety	10	0,00%	10,00%	40,00%	50,00%	0,00%
	Mężczyźni	110	8,18%	18,18%	40,91%	31,82%	0,91%

Zadowolenie z jakości zdrowia częściej wyrażały kobiety (30%) niż mężczyźni (26,36%) (Tabela V).

**Tabela V. Zadowolenie z jakości zdrowia a płeć badanych.**

OCENA JAKOŚCI ZDROWIA		Bardzo niezadowolony	Niezadowolony	Ani niezadowolony ani zadowolony	Zadowolony	Bardzo zadowolony	
Płeć	Kobiety	10	0,00%	20,00%	50,00%	30,00%	0,00%
	Mężczyźni	110	9,09%	24,55%	40,00%	21,81%	4,55%

**Zadowolenie z jakości życia i zdrowia a wiek badanych**

Zadowolenie z jakości życia najczęściej wyrażały osoby poniżej 30 roku życia – 42,86% oraz w grupie wiekowej powyżej 50 roku życia – 42,31%. Co druga osoba pomiędzy w wieku 31-50 lat wskazała odpowiedź: ani niezadowolony, ani zadowolony (Tabela VI).

**Tabela VI. Zadowolenie z jakości życia a wiek badanych.**

OCENA JAKOŚCI ŻYCIA		Bardzo niezadowolony	Niezadowolony	Ani niezadowolony ani zadowolony	Zadowolony	Bardzo zadowolony	
Wiek	<30 r.ż.	21	14,29%	9,52%	33,33%	42,86%	0,00%
	31-40 r.ż.	44	4,55%	13,64%	47,73%	34,08%	0,00%
	41-50 r.ż.	29	6,90%	27,59%	44,83%	20,68%	0,00%
	>50 r.ż.	26	7,69%	19,23%	30,77%	38,46%	3,85%

Zadowolenie z jakości zdrowia najrzadziej odczuwały osoby poniżej 30 roku życia: bardzo niezadowolony 19,05% i niezadowolony 33,33%, gdy w pozostałych grupach wiekowych odsetek tych opinii nie był wyższy niż 35% (Tabela VII).

**Tabela VII. Zadowolenie z jakości zdrowia a wiek badanych.**

OCENA JAKOŚCI ZDROWIA		Bardzo niezadowolony	Niezadowolony	Ani niezadowolony ani zadowolony	Zadowolony	Bardzo zadowolony	
Wiek	<30 r.ż.	21	19,05%	33,33%	19,05%	28,57%	0,00%
	31-40 r.ż.	44	2,27%	18,18%	50,00%	22,73%	6,82%
	41-50 r.ż.	29	3,45%	31,03%	44,83%	17,24%	3,45%
	>50 r.ż.	26	15,38%	19,23%	38,46%	23,08%	3,85%

**Zadowolenie z jakości życia i zdrowia a miejsce zamieszkania badanych**

Zadowolenie z jakości życia częściej wyrażały osoby mieszkające w mieście niż na wsi (odpowiednio: <100 tys. – 37,50%, >100 tys. – 35,71%, wieś – 30,43%). Wśród mieszkańców wsi co druga osoba udzieliła odpowiedzi: ani niezadowolony, ani zadowolony (47,83%) – Tabela VIII.

**Tabela VIII. Zadowolenie z jakości życia a miejsce zamieszkania badanych.**

OCENA JAKOŚCI ŻYCIA		Bardzo niezadowolony	Niezadowolony	Ani niezadowolony ani zadowolony	Zadowolony	Bardzo zadowolony	
Miejsce zamieszkania	Wieś	46	10,87%	10,87%	47,83%	30,43%	0,00%
	Miasto <100. tys. mieszk.	32	6,25%	18,75%	37,50%	34,38%	3,12%
	Miasto >100 tys. mieszk.	42	4,76%	23,82%	35,71%	35,71%	0,00%

Zadowolenie z jakości zdrowia najrzadziej odczuwali mieszkańcy wsi: bardzo niezadowolony – 13,04% i niezadowolony – 23,91%, gdy wśród mieszkańców miast odsetek tych opinii nie był wyższy niż 31% (Tabela IX).

**Tabela IX. Zadowolenie z jakości zdrowia a miejsce zamieszkania badanych.**

OCENA JAKOŚCI ZDROWIA		Bardzo niezadowolony	Niezadowolony	Ani niezadowolony ani zadowolony	Zadowolony	Bardzo zadowolony	
Miejsce zamieszkania	Wieś	46	13,04%	23,91%	36,96%	23,91%	2,18%
	Miasto <100 tys. mieszk.	32	6,25%	21,88%	43,75%	18,75%	9,37%
	Miasto >100 tys. mieszk.	42	4,76%	26,19%	42,86%	23,81%	2,38%

**Zadowolenie z jakości życia i zdrowia a wykształcenie badanych.**

Zadowolenie z jakości życia najczęściej wyrażały osoby z wykształceniem zawodowym – 42,86%, najrzadziej z wykształceniem wyższym – 18,75%. Najwięcej osób niezadowolonych z życia było wśród badanych z wykształceniem podstawowym: bardzo niezadowolony – 18,75% i niezadowolony – 18,75%. Wśród osób po studiach wyższych, co druga osoba udzieliła odpowiedzi: ani niezadowolony, ani zadowolony (Tabela X).

**Tabela X. Zadowolenie z jakości życia a wykształcenie badanych.**

OCENA JAKOŚCI ŻYCIA		Bardzo niezadowolony	Niezadowolony	Ani niezadowolony ani zadowolony	Zadowolony	Bardzo zadowolony	
Poziom	Podstawowe	16	18,75%	18,75%	37,50%	25,00%	0,00%
	Zawodowe	49	8,16%	10,20%	38,78%	40,82%	2,04%
	Średnie	39	5,13%	20,51%	41,03%	33,33%	0,00%
	Wyższe	16	0,00%	31,25%	50,00%	18,75%	0,00%

W grupie osób z wykształceniem podstawowym zaobserwowano wyraźny podział opinii: swoje zadowolenie z jakości zdrowia wyraziło 50%, gdy na brak zadowolenia wskazało 37,50%. Pozostali badani z wykształceniem zawodowym, średnim i wyższym najczęściej wskazywali odpowiedź: ani niezadowolony, ani zadowolony – odpowiednio: 42,86%, 43,58%, 56,25% (Tabela XI).

**Tabela XI. Zadowolenie z jakości zdrowia a wykształcenie badanych.**

OCENA JAKOŚCI ZDROWIA		Bardzo niezadowolony	Niezadowolony	Ani niezadowolony ani zadowolony	Zadowolony	Bardzo zadowolony	
Poziom wykształcenia	Podstawowe	16	18,75%	18,75%	12,50%	37,50%	12,50%
	Zawodowe	49	10,20%	22,45%	42,86%	22,45%	2,04%
	Średnie	39	5,13%	28,21%	43,58%	17,95%	5,13%
	Wyższe	16	0,00%	25,00%	56,25%	18,75%	0,00%

**Zadowolenie z jakości życia i zdrowia a stan cywilny badanych**

Zadowolenie z jakości życia częściej wyrażały osoby stanu wolnego kawaler/panna – 36,74% niż osoby żyjące w związkach małżeńskich – 23,69% (Tabela XII).

**Tabela XII. Zadowolenie z jakości życia a stan cywilny badanych.**

OCENA JAKOŚCI ŻYCIA		Bardzo niezadowolony	Niezadowolony	Ani niezadowolony ani zadowolony	Zadowolony	Bardzo zadowolony	
Stan cywilny	Kawaler/ Panna	49	8,16%	12,24%	42,86%	36,74%	0,00%
	Żonaty/ Mężatka	38	13,16%	23,68%	39,47%	21,06%	2,63%

Zadowolenie z jakości życia częściej wyrażały osoby stanu wolnego kawaler/panna – 34,70% niż osoby żyjące w związkach małżeńskich – 18,42%. Nie stwierdzono, aby ocena jakości zdrowia znacząco zależała od stanu cywilnego badanych (Tabela XIII).

**Tabela XIII. Zadowolenie z jakości zdrowia a stan cywilny badanych.**

OCENA JAKOŚCI ZDROWIA		Bardzo niezadowolony	Niezadowolony	Ani niezadowolony ani zadowolony	Zadowolony	Bardzo zadowolony	
Stan cywilny	Kawaler/ Panna	49	10,20%	18,37%	36,73%	28,57%	6,13%
	Żonaty/ Mężatka	38	13,16%	31,58%	36,84%	13,16%	5,26%

***Jakość życia w różnych dziedzinach życia a wiek badanych***

Ogólna ocena jakości życia była najniższa wśród osób w wieku 41-50 lat ( $2,79 \pm 0,86$ ), gdy w pozostałych grupach wiekowych wartość średnia nieznacznie przekroczyła poziom trzeciej: ani niezadowolony, ani zadowolony. Ocena jakości zdrowia była najwyższa wśród osób pomiędzy 31 a 40 rokiem życia ( $3,14 \pm 0,88$ ), gdy w pozostałych grupach wiekowych wartość średnia świadczyła o niezadowoleniu badanych ze stanu zdrowia (Tabela XIV).

**Tabela XIV. Ocena jakości życia w poszczególnych dziedzinach a wiek badanych.**

WHOQOL BREF	Wiek badanych								Test	
	<30 lat		31-40 lat		41-50 lat		>50 lat		chi-kwadrat	
	Średnia	SD	Średnia	SD	Średnia	SD	Średnia	SD	r(X,Y)	p
Ocena jakości życia	3,05	1,07	3,11	0,81	2,79	0,86	3,12	1,03	0,0223	0,809
Ocena jakości zdrowia	2,57	1,12	3,14	0,88	2,86	0,88	2,81	1,10	0,0084	0,928
Dziedzina fizyczna	13,48	3,39	14,02	2,58	13,72	2,09	14,38	2,35	0,0864	0,348
Dziedzina psychiczna	12,10	3,35	12,82	2,39	12,07	2,83	13,00	2,53	0,0577	0,531
Dziedzina społeczna	12,67	3,10	14,05	3,03	12,14	3,02	13,27	3,32	0,0378	0,682
Dziedzina środowiskowa	13,33	2,42	13,66	2,27	13,03	2,31	13,27	2,25	0,0504	0,584

Badani we wszystkich grupach wiekowych najniżej oceniali jakość życia w dziedzinie psychicznej, a najwyżej w dziedzinie fizycznej. W aspekcie społecznym nieznacząco gorzej postrzegali swoje funkcjonowanie osoby poniżej 30 roku życia oraz w wieku 41-50 lat, gdy w aspekcie środowiskowym wyżej od pozostałych jakość życia oceniały osoby w wieku 31-40 lat. Nie stwierdzono, aby ocena jakości zdrowia i życia we wszystkich jego dziedzinach znacząco zależała od wieku badanych (Tabela XIV).

### ***Jakość życia w różnych dziedzinach życia a wykształcenie badanych***

Ogólna ocena jakości życia była niższa wśród osób z wykształceniem podstawowym ( $2,69 \pm 1,08$ ) oraz wyższym ( $2,88 \pm 0,72$ ), gdy w pozostałych grupach wiekowych wartość średnia osiągnęła poziom trzeciej: ani niezadowolony, ani zadowolony. Natomiast ocena jakości zdrowia była najwyższa wśród osób z wykształceniem podstawowym ( $3,06 \pm 1,39$ ), gdy w pozostałych grupach wartość średnia świadczyła o niezadowoleniu badanych ze stanu zdrowia. W przypadku oceny jakości zdrowia uzyskane średnie były wyższe od średniej oceny jakości życia wśród osób z wykształceniem podstawowym oraz wyższym (Tabela XV).

**Tabela XV. Ocena jakości życia w poszczególnych dziedzinach a wykształcenie badanych.**

WHOQOL BREF	Wykształcenie badanych								Test	
	Podstawowe		Zawodowe		Średnie		Wyższe		chi-kwadrat	
	Średnia	SD	Średnia	SD	Średnia	SD	Średnia	SD	r(X,Y)	p
Ocena jakości życia	2,69	1,08	3,18	0,95	3,03	0,87	2,88	0,72	0,0064	0,994
Ocena jakości zdrowia	3,06	1,39	2,84	0,96	2,90	0,94	2,94	0,68	0,0145	0,875
Dziedzina fizyczna	13,75	3,15	13,92	2,40	13,87	2,74	14,31	2,24	0,0466	0,613
Dziedzina psychiczna	11,88	2,50	12,71	2,82	12,74	2,72	12,25	2,65	0,0306	0,740
Dziedzina społeczna	13,00	3,50	13,39	3,25	13,10	3,08	12,88	2,99	0,0288	0,755
Dziedzina środowiskowa	13,69	2,09	13,43	2,33	13,28	2,51	13,06	1,88	0,0752	0,414

Badani we wszystkich grupach wiekowych najniżej oceniali jakość życia w dziedzinie psychicznej, gdy wśród osób z wykształceniem podstawowym uzyskana średnia była znacznie niższa niż u pozostałych.

Ankietowani z wykształceniem wyższym nieznacząco wyżej od innych oceniali jakość życia w aspekcie fizycznym, a niżej w sferze społecznej i środowiskowej. Nie stwierdzono, aby ocena jakości zdrowia i życia we wszystkich jego dziedzinach znacząco zależała od poziomu wykształcenia badanych (Tabela XV).

### ***Jakość życia w różnych dziedzinach życia a miejsce zamieszkania badanych***

Ogólna ocena jakości życia i zdrowia była nieznacząco niższa wśród mieszkańców wsi niż miast. Osoby mieszkające na wsi gorzej oceniały jakość swojego życia w aspekcie psychicznym, fizycznym oraz środowiskowym. Natomiast w dziedzinie społecznej najniżej jakość życia ocenili mieszkańcy dużych miast. Nie stwierdzono, aby ocena jakości zdrowia i życia we wszystkich jego dziedzinach znacząco zależała od miejsca zamieszkania badanych (Tabela XVI).

**Tabela XVI. Ocena jakości życia w poszczególnych dziedzinach a miejsce zamieszkania badanych.**

WHOQOL BREF	Miejsce zamieszkania badanych						Test chi- kwadrat	
	Wieś		Miasto <10 tys.		Miasto >10 tys.		r(X,Y)	p
	Średnia	SD	Średnia	SD	Średnia	SD		
Ocena jakości życia	2,98	0,93	3,09	0,96	3,02	0,90	0,0223	0,809
Ocena jakości zdrowia	2,78	1,03	3,03	1,03	2,93	0,89	0,0657	0,476
Dziedzina fizyczna	13,87	2,66	13,97	2,78	13,98	2,36	0,0180	0,845
Dziedzina psychiczna	12,02	2,61	12,72	2,98	13,00	2,57	0,1559	0,089
Dziedzina społeczna	13,20	2,86	13,59	3,55	12,83	3,20	0,0473	0,608
Dziedzina środowiskowa	13,04	2,42	13,56	2,51	13,57	1,94	0,1004	0,275



***Jakość życia w różnych dziedzinach życia a stan cywilny badanych***

Ogólna ocena jakości życia i zdrowia była nieznacząco niższa wśród małżonków niż osób stanu wolnego. Osoby funkcjonujące w związkach gorzej oceniały jakość swojego życia we wszystkich aspektach: psychicznym, fizycznym, społecznym oraz środowiskowym. Nie stwierdzono, aby ocena jakości zdrowia i życia we wszystkich jego dziedzinach znacząco zależała od stanu cywilnego badanych (Tabela XVII).

**Tabela XVII. Ocena jakości życia w poszczególnych dziedzinach a stan cywilny badanych**

WHOQOL BREF	Stan cywilny badanych				Test chi-kwadrat	
	Kawaler/Panna		Żonaty/Mężatka			
	Średnia	SD	Średnia	SD		
Ocena jakości życia	3,08	0,91	2,76	1,02	0,0645	0,484
Ocena jakości zdrowia	3,02	1,07	2,66	1,05	0,0297	0,747
Dziedzina fizyczna	14,10	2,49	13,39	2,57	0,0141	0,879
Dziedzina psychiczna	12,94	2,37	11,71	3,04	0,0192	0,835
Dziedzina społeczna	13,43	2,80	12,39	3,51	0,0340	0,713
Dziedzina środowiskowa	13,43	1,93	12,68	2,78	0,0870	0,345

Jakość życia jest ważnym parametrem, który zapewnia wgląd w to, jak zaburzenie wpływa na życie osób dotkniętych chorobą. Światowa Organizacja Zdrowia określiła jakość życia jako „indywidualną percepcję swojej pozycji w życiu oraz w kontekście kultury i systemów wartości, w których żyją, a także w odniesieniu do ich celów, oczekiwań, standardów i obaw.” Wśród różnych problemów psychicznych zaburzenia związane z alkoholem znacząco wpływają na jakość życia.

Ogólnie rzecz ujmując, badania pacjentów z różnymi chorobami przewlekłymi wskazują, że współistniejące choroby przewlekłe, niekorzystne zachowania związane z ryzykiem dla zdrowia, objawy depresyjne, bezsenność i zaburzenia poznawcze są związane z upośledzeniem HRQoL.

## DYSKUSJA

Uzależnienie od alkoholu jest istotnym problemem o wymiarze społecznym, ekonomicznym i zdrowotnym. W Polsce i w wielu innych krajach wysoko rozwiniętych ekonomicznie, uzależnienie od alkoholu uzyskało status choroby społecznej [4].

Powoduje postępującą degradację w sferze fizycznej, psychicznej i społecznej człowieka. Konsekwencje zdrowotne spowodowane uzależnieniem wielokrotnie częściej występuje u mężczyzn niż u kobiet, powodują obniżenie jakości życia tych osób [5].

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia „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” [6].

W ostatnich latach XX wieku rocznie rejestrowano około 1000 prac dotyczących badań nad jakością życia w różnych specjalnościach medycyny. Dotyczyły one jakości życia w chorobach głównie onkologicznych oraz związanych z urazami. Badania nad jakością życia osób uzależnionych od alkoholu były stosunkowo nieliczne. Foster i wsp. [7] wskazują 23 prace na ten temat, w następnych latach pojawiły się jeszcze 4 publikacje, z czego dwie są polskich autorów. Aktualnie problematyka dotycząca jakości życia wzbudza coraz większe zainteresowanie. Zgodnie z definicją zdrowia wg WHO stosuje się inne modele leczenia, w których główny nacisk kładzie się nie tylko na poprawę parametrów medycznych, ale na subiektywne potrzeby pacjenta. Zatem poprawa wszelkich wskaźników w prowadzonym leczeniu nie jest celem głównym, a jedynie środkiem do podniesienia jakości życia. W ten sposób pacjent pośrednio decyduje o kierunkach zmian w prowadzonej terapii zmierzającej do poprawy samopoczucia. Dotyczy to szczególnie chorób psychicznych i postępujących, do których zaliczamy alkoholizm. Mało skuteczne są również informacje pochodzące z analiz laboratoryjnych. Służą one jedynie poprawie jakości zdrowia a nie szeroko pojętej jakości życia.

W badaniach własnych wykazano, że ocena jakości zdrowia jest ściśle skorelowana z jakością życia. Osoby, które są zdrowsze wyżej oceniają również jakość życia. Osoby niezadowolone ze stanu swojego zdrowia, nie są również zadowolone z jego jakości. Osoby o umiarkowanym zdrowiu również jakość życia oceniają jako umiarkowaną.

Badaniem objęto 120 pacjentów hospitalizowanych z powodu uzależnienia od alkoholu w Samodzielnym Publicznym Psychiatrycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Choroszczy w Oddziale Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych. Różne źródła podają, że wśród osób uzależnionych zasadniczo przeważają mężczyźni.

Badania Nikodemskiej [8] dotyczące sytuacji demograficznej podopiecznych kilkunastu oddziałów, poradni i ośrodków leczenia uzależnień od alkoholu potwierdzają, że zdecydowaną większość uzależnionych stanowią mężczyźni 81%, a kobiety – 19%. Podobne wyniki otrzymała Glińska i wsp. [9], którzy poddali analizie formy wsparcia jakie otrzymały osoby uzależnione od alkoholu w zależności od czynników demograficznych. Procentowy udział mężczyzn w analizowanej grupie wynosił 77 a kobiet 23% [9].

W przeprowadzonych badaniach własnych odsetek uzależnionych mężczyzn wynosił 91,67%, kobiet 8,33%. Jak wynika z przytoczonych danych mężczyźni zdecydowanie częściej uzależniają się od alkoholu.

Struktura wiekowa w analizowanej populacji przedstawiała się następująco. Najlicniejszą grupą byli respondenci w przedziale wiekowym od 23 do 50 lat – 94 (78,34%) ankietowanych: <30 r.ż. – 21 (17,50%), 31-40 lat – 44 (36,67%), 41-50 – 29 (24,17%). Średnia wieku mężczyzn to 41,53 lat a kobiet 38,90 lat. Najmniej liczna grupa to osoby >50 r.ż. – 26 (21,66%). Podobny podział grupy ze względu na strukturę wiekową uzyskała Nikodemaska [8]. Przeanalizowała ona dane demograficzne zebrane w ciągu 5 lat (1994-1999) i podała, że pacjenci lecznictwa odwykowego w większości są w wieku 23-55 lat (średnia wieku 46 lat). Glińska i wsp. [9] analizując badaną przez siebie grupę wykazała, że najwięcej wsparcia uzyskały osoby z populacji w wieku między 30 a 50 r.ż., stanowiąc jednocześnie najlicniejszą grupę uzależnionych od alkoholu. Nikodemaska w swoich badaniach przedstawia, że niewielu chorych >55 r.ż. podejmuje pierwszą próbę wyjścia z nałogu. Może to wynikać z faktu, że osoby, które są uzależnione od alkoholu żyją krócej, poza tym trudno jest im w tym wieku zdecydować się na terapię. Inne wyjaśnienie powyższej sytuacji jest takie, że w starszym wieku zespół abstynencyjny mógłby być zbyt ryzykowny [8]. Amerykańskie statystyki zgonów wykazują, że marskość wątroby, która jest konsekwencją nadużywania alkoholu, jest na 9 miejscu przyczyn śmierci alkoholików. Ponadto blisko 50% śmiertelnych wypadków komunikacyjnych jest związanych z nadużywaniem alkoholu. Nadmiar spożywanego alkoholu pośrednio przyczynia się również do śmierci w utonięciach, pożarach, upadkach, wszelkiego rodzaju urazach, a także zabójstwach i samobójstwach.

Przyczynia się też do powstawania chorób nowotworowych. Zgodnie z powyższymi przypuszczeniami nadmierne spożywanie alkoholu w dużej mierze sprzyja śmiertelności, a to powoduje, że odsetek chorych zgłaszających się do placówek odwykowych w wieku powyżej 55 roku życia jest tak niski.

Kolejnym czynnikiem demograficznym analizowanym w pracy był poziom wykształcenia uczestników badania, który w badanej grupie pacjentów nie należał do najwyższych. Ponad połowa 65 (54,16%) ankietowanych miała wykształcenie co najwyżej podstawowe lub zawodowe – odpowiednio 16 (13,33%) i 49 (40,83%). Pozostali badani zakończyli edukację na poziomie szkoły średniej – 39 (32,51%) ankietowanych, a tylko 16 (13,33%) respondentów legitymowało się wykształceniem wyższym. W grupie badanych przez Glińską i wsp. [9] zdecydowana większość (68%) respondentów ukończyła szkołę średnią. W tym przypadku ankietowani z wykształceniem zasadniczym tworzyli niewielką zbiorowość (19%). Nieliczna grupa badanych (8%) posiadała wyższe wykształcenie. W przeciwieństwie do grupy badań własnych u Glińskiej i wsp. [9] uczestników badania z wykształceniem podstawowym było o ponad połowę mniej – tylko 5%. Analiza poziomu wykształcenia grupy respondentów, których badała Nikodemka [8] była porównywalna z wynikami badań własnych, 36% osób posiadało wykształcenie zasadnicze, 17% podstawowe, natomiast średnie 32,14% r. Niewielki odsetek badanych (ponad 13%) posiadał wykształcenie wyższe. Nikodemka zauważyła też pewną zależność. Osoby, które podejmowały próby leczenia odwykowego kolejny raz z reguły posiadały nieco niższe wykształcenie od osób zgłaszających się po raz pierwszy. Jeśli osobą zgłaszającą się był mężczyzna, to istniało duże prawdopodobieństwo, że był po szkole zasadniczej bądź średniej. Zgłaszająca się kobieta w 60% przypadków posiadała wykształcenie wyższe lub średnie [8].

Stan cywilny jest zmienną, która różnicuje populację kobiet i mężczyzn poddanych leczeniu. W badanej populacji znacząco więcej jest żonatych mężczyzn (68%) niż zamężnych kobiet (52%). Jest też znacząco więcej kobiet po rozwodach (22,48%) niż mężczyzn (12,71%) oraz wdów (8,83%) niż wdowców (2,48%). Różnice te można interpretować następująco. Decyzje o podjęciu leczenia podejmują częściej niezależne kobiety (rozwidzione, samotne), lub gdy ich uzależnienie staje się wcześniej powodem rozpadu związku małżeńskiego niż w przypadku uzależnionych mężczyzn. Na tej podstawie można przypuszczać, że kobiety cechuje większa motywacja wewnętrzna by się leczyć, mężczyzn natomiast zewnętrzna – robiąc to, np. dla najbliższej osoby, rodziny. Powyższe zjawisko może mieć związek z większą

podatnością na uzależnienie od alkoholu tych kobiet, które są samotne, nie założyły rodziny, a także z miejscem zamieszkania – większość pacjentów to osoby mieszkające w dużych aglomeracjach miejskich, gdzie odsetek rozwodów czy kobiet pozostających bez stałego partnera, jest znacząco większy niż na wsiach i w małych miasteczkach.

W badaniach własnych stan cywilny respondentów również był zróżnicowany. Najliczniejszą grupę badanych stanowiły osoby stanu wolnego: kawaler/panna – 49 osób (40,83%), osoby będące w związkach małżeńskich – 38 respondentów (31,67%). Trzecią pod względem liczebności grupę tworzyli ankietowani będący w separacji – 25 (20,83%). Respondenci po rozwodzie, to 5 osób (4,17%), a 2 osoby (2,50%) owdowiałe stanowiły najmniej liczną grupę

Na uwagę zasługuje grupa osób będących w separacji lub po rozwodzie. W Polsce zasadniczą przyczyną odpowiedzialną za ponad 40% rozwodów jest często tzw. niezgodność charakterów. Ta grupa powodów mieści wiele możliwych przyczyn. Może to być różnica w myśleniu czy postępowaniu małżonków. Jednak dość często jest to alkoholizm współmałżonka. W 2016 r. alkoholizm był przyczyną 10,6 tys. orzeczonych rozwodów. Obecnie Polacy coraz częściej akceptują rozwody zwłaszcza w sytuacjach, gdy w rodzinie dochodzi do przemocy bądź zdrady, ale rozwód, którego powodem jest alkoholizm jednego z małżonków akceptuje aż 75% polskiego społeczeństwa [10].

Analizując wyniki swoich badań Nikodemaska zauważyła pewną zależność. Pacjenci, którzy na leczenie odwykowe zgłaszali się po raz pierwszy byli zdecydowanie częściej w stałych związkach. Natomiast ci, którzy wracali do placówek odwykowych po raz kolejny, zdecydowanie częściej byli rozwiedzeni (wynik był istotny statystycznie). Może to potwierdzać tezę, że na rozpad małżeństw mogły mieć wpływ nieudane próby leczenia [8]. W przeprowadzonych badaniach własnych pacjentów uzależnionych zależność ta nie była badana.

Miejsce zamieszkania ankietowanych jest dość ważną cechą demograficzną w kontekście alkoholizmu. Placówki leczenia uzależnień pracują w dwóch trybach: ambulatoryjnym (np. oddziały dzienne, poradnie) i stacjonarnym. Ponieważ większość z placówek, zwłaszcza ambulatoryjnych ma swoje siedziby w większych miastach, to dostęp do nich jest ograniczony dla mieszkańców wsi i małych miasteczek. Może to być powodem małej zgłaszalności uzależnionych korzystających z pomocy w trybie ambulatoryjnym [8].

Nikodemski podaje, że w przypadku analizowanej przez nią grupy to tylko 15% wszystkich pacjentów. Inaczej wygląda sytuacja w placówkach stacjonarnych.

W przypadku badań własnych, przeprowadzonych w placówce stacjonarnej, odsetek hospitalizowanych pacjentów mieszkających na wsi i w małych miastach wynosił ponad 64% (78 osób): odpowiednio 38,33% (46) oraz 26,6% (32). W dużym mieście >100 tys. mieszkańców odsetek leczących się wynosił 35,00% (42 osoby).

Osobom uzależnionym od alkoholu trudno jest utrzymać pracę, a jeszcze trudniej ją znaleźć. Praca daje poczucie bezpieczeństwa rodzinie a także zaspokaja ich potrzeby. W analizowanej grupie respondentów 67 osób (55,83%) było aktywnych zawodowo. Była to zdecydowanie najliczniejsza grupa ankietowanych. Dość liczną populację (38, 31,67%) tworzyły osoby pozostające na utrzymaniu bliskich. Świadczenia emerytalne oraz rentowe otrzymywało odpowiednio – 7 (5,83%) i 8 (6,67%) osób. W grupie osób badanych przez Glińską i wsp. odsetek osób czynnych zawodowo był wysoki i kształtował się na poziomie 85% [9].

Trudnym dla respondentów problemem poruszonym w ankiecie był czas trwania choroby. Ponad połowa badanych nie chciała udzielić odpowiedzi na to pytanie. Z uzyskanych 56 odpowiedzi, 14 (11,67%) osób wskazało długość trwania choroby >10 lat, 13 (10,83%) – 3-5 lat, a na 1-2 lata wskazało 11 (9,17%) osób. Do miesiąca i 5-10 lat – taką długość trwania uzależnienia określiła taka sama liczba ankietowanych – 9 (7,50%).

Podsumowując dane demograficzne badanej grupy 120 pacjentów Oddziału Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych w Samodzielnym Publicznym Psychiatrycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Choroszczy wynika, że najczęściej pacjentami Oddziału byli mężczyźni 110 (41,56%). Najliczniejszą grupę tworzyli pacjenci w przedziale wiekowym między 23 a 50 r.ż. (średnia 41,31) mieszkający na wsi i w małych miasteczkach, stanu wolnego, z wykształceniem podstawowym i zawodowym, ponadto 55,83% z ankietowanych było aktywnych zawodowo.

Uzależnienie od alkoholu jest bardzo powszechnym zaburzeniem psychicznym mającym znaczący wpływ na zdrowie. W ostatnich latach stało się poważnym zagrożeniem nie tylko jednostki, ale i społeczeństwa. Nadużywanie alkoholu w znacznym stopniu prowadzi do licznych szkód zdrowotnych, ekonomicznych czy społecznych co ogranicza funkcjonowanie jednostki we wszystkich jej wymiarach [11].

Przeprowadzone badania wykazały, że ocena jakości życia jest ściśle związana z oceną jakości zdrowia. Sposób postrzegania jakości życia uwarunkowany jest zdrowiem badanego. Osoby oceniające swój stan zdrowia jako dobry, lepiej też oceniają jakość swego życia. Osoby niezadowolone ze swego stanu zdrowia nie są również zadowolone z jego jakości. Badani, którzy w ocenie jakości zdrowia wybierali odpowiedź ani zadowolony, ani niezadowolony, tak samo odpowiadali na pytanie dotyczące jakości życia. Jeżeli zdrowie badanych osób uzależnionych od alkoholu w tak dużym stopniu determinuje jakość ich życia, sprawdzono, czy i w jakim stopniu czynniki demograficzne wpływają na postrzeganie jakości życia osób uzależnionych od alkoholu.

Najniżej ocenioną dziedziną życia pod względem jego jakości okazała się być dziedzina psychologiczna. Uzależnienie od alkoholu powodowało negatywne uczucia wywołane zaburzeniami pamięci, myślenia, koncentracji. Potwierdzają to badania Czarneckiego obejmujących grupę mężczyzn leczonych stacjonarnie i bezdomnych [12]. Dziedzinę społeczną ankietowani ocenili nieco wyżej. Badani stwierdzili, że spożywanie alkoholu znacząco wpłynęło na relacje w związku, poprzez obniżenie aktywności seksualnej.

Następną dziedziną, w której jakość życia oceniono jeszcze wyżej, była dziedzina środowiskowa. Ankietowani wysoko ocenili wsparcie społeczne otrzymywane od najbliższego otoczenia oraz akceptację choroby w środowisku domowym, jak również dostępność opieki zdrowotnej.

W najmniejszym stopniu choroba alkoholowa wywarła wpływ na dziedzinę fizyczną, którą ankietowani ocenili najwyżej. Wprawdzie często wskazywano na ból i dyskomfort, uzależnienie od leków i leczenia, zaburzenia snu co utrudniało codzienne funkcjonowanie i ograniczało zdolność do pracy, ale wysoko oceniono mobilność i poziom energii. Wyższa ocena dziedziny fizycznej u alkoholików znajduje potwierdzenie w literaturze. Chodkiewicz w swoich badaniach otrzymał analogiczny wynik porównując alkoholików leczonych z grupą kontrolną [13].

Przeprowadzono również ocenę jakości życia w zależności od wieku badanych. Najliczniejszą grupę respondentów stanowili 31-40-latkowie, pozostałe grupy wiekowe zbliżone były liczebnie.

Osobami najbardziej zadowolonymi z jakości życia były osoby poniżej 30 roku życia, co nie jest adekwatne z oceną jakości zdrowia, którą ta grupa wiekowa oceniła najniżej: żadna z badanych osób nie wskazała, że jest bardzo zadowolona z jakości swojego zdrowia



i największy był procent osób niezadowolonych i bardzo niezadowolonych spośród wszystkich grup wiekowych. Na uwagę zasługuje fakt, że aż 42,86 % badanych wskazała, że jest zadowolona z jakości życia, co daje podobny wynik jak w grupie powyżej 50 r.ż. Stosunkowo zadowolona z jakości życia była również grupa 50-latków: tu 3,85% wskazało, że jest bardzo zadowolona, a 38,46% zadowolona z jakości swojego życia.

Najniższą ocenę jakości życia stwierdzono wśród osób w wieku 41-50 lat. Bardzo niezadowolonych i niezadowolonych z jakości życia było tu 34,49% respondentów, co potwierdzają wyniki badania średniej.

Ogólna ocena jakości zdrowia wypadła najgorzej dla osób w wieku 41-50 lat. Jakość zdrowia natomiast była najwyższa w grupie 30-40-latków. Przez wszystkie grupy wiekowe najniżej pod względem jakości życia została oceniona dziedzina psychiczna. Najwyżej respondenci ocenili jakość życia w sferze fizycznej. Aspekt społeczny nieco gorzej ocenili osoby młode, poniżej 30 r.ż. oraz 41-50-latkowie. Aspekt środowiskowy najlepiej wypadł w ocenie 31-40-latków. Nie stwierdzono zależności oceny jakości zdrowia i życia w zależności od wieku badanych.

Innym ocenianym parametrem w odniesieniu do jakości życia i zdrowia było wykształcenie. W badanej populacji najwięcej było osób z wykształceniem zawodowym i średnim, w sumie 73,34%. Grupy osób o wykształceniu podstawowym i wyższym miały podobną liczebność (po 13,33%). Najmniej zadowolone z jakości życia były osoby z wykształceniem podstawowym. Połowa badanych nie była ani zadowolona, ani niezadowolona. Najlepiej jakość życia ocenili osoby z wykształceniem zawodowym, a wśród osób z wykształceniem wyższym co druga osoba była ani zadowolona, ani niezadowolona. Jakość zdrowia najwyżej ocenili osoby z wykształceniem podstawowym – aż 50% było zadowolonych lub bardzo zadowolonych ze stanu swego zdrowia. Spośród osób o wykształceniu średnim i wyższym co druga była ani zadowolona, ani niezadowolona. Rozpatrując jakość życia w odniesieniu do poszczególnych aspektów, w przypadku poziomu wykształcenia stwierdzono, że najniżej respondenci ocenili dziedzinę psychiczną. Osoby lepiej wykształcone ocenili wyżej dziedzinę fizyczną, nieco niżej społeczną i środowiskową. Podobnie jak w dwóch wcześniej opisanych parametrach, tak i w przypadku wykształcenia nie znaleziono zależności pomiędzy poziomem wykształcenia a jakością życia i zdrowia we wszystkich jego dziedzinach. Istotnym jest fakt, że w badanej grupie dominowały osoby o niskim wykształceniu. Stanowiły one ponad 50% respondentów.



Kolejnym ocenianym parametrem, w zależności od którego próbowano ocenić jakość życia i zdrowia, był stan cywilny. W badanej grupie znalazło się 31,67% osób będących w związkach, pozostałe osoby (68,33%) określiły się jako samotne (kawaler/panna, rozwiedziony/rozwiedziona, w separacji, wdowiec/wdowa). Zadowolenie zarówno z jakości życia jak i zdrowia częściej wyrażały osoby stanu wolnego (odpowiednio 36,74% i 28,57%) niż osoby pozostające w związkach małżeńskich (21,06 i 13,16%). Nie stwierdzono zależności jakości zdrowia i życia od stanu cywilnego ankietowanych. Podobne wyniki osiągnięto sprawdzając zależność jakości życia w poszczególnych dziedzinach życia. Tu również osoby samotne lepiej oceniały jakość życia i zdrowia od osób pozostających w związkach.

Jak wielki wpływ ma alkoholizm na związek z partnerem wskazują badania Vederhus i wsp. [14]. W przeprowadzonych badaniach tylko połowa ankietowanych żyła w związku. Dodatkowo zwraca uwagę fakt, że osoby samotne nie miały pozytywnego wpływu rodziny, co powstrzymywałoby rozwój choroby alkoholowej. Stwierdził również, że ta dziedzina okazała się najmniej podatna na działania zmierzające w kierunku poprawy jakości życia.

Sprawdzono również związek jakości życia i zdrowia osób uzależnionych od alkoholu w zależności od miejsca zamieszkania. Analizie poddano wieś, miasto do 100 tys. mieszkańców i powyżej 10 tys. mieszkańców. Najwięcej uzależnionych stwierdzono na wsi (38,33%), następnie w dużym mieście (35,00%). Małe miasto zamieszkiwało 26,67% respondentów uzależnionych.

Najbardziej zadowoleni z jakości życia byli ankietowani zamieszkujący miasta do 100 tys. mieszkańców (37,50%). Spośród osób zamieszkujących na wsi co druga osoba udzieliła odpowiedzi ani zadowolony, ani niezadowolony. Z jakości zdrowia natomiast najmniej byli zadowoleni mieszkańcy wsi: niezadowolonych i bardzo niezadowolonych było w sumie 36,95% ankietowanych, podczas gdy odsetek niezadowolonych w miastach nie przekraczał 31%.

Podobnie jak w przypadku wieku, wykształcenia czy stanu cywilnego, tak i w przypadku miejsca zamieszkania nie stwierdzono, że wpływa ono na postrzeganie jakości życia i zdrowia badanych. Najgorzej oceniono jakość życia w aspekcie psychicznym. Osoby mieszkające na wsi gorzej oceniły swoje życie w dziedzinie psychicznej, fizycznej i środowiskowej. Natomiast mieszkańcy dużych miast jakość życia najniżej ocenili w dziedzinie społecznej. Nie stwierdzono, aby w poszczególnych aspektach jakość życia i zdrowia w znaczący sposób zależała od miejsca zamieszkania badanych.

Próbowano również ocenić jakość życia i zdrowia w zależności od płci badanych. Z uwagi na małą liczbę kobiet nie przeprowadzono porównania w poszczególnych dziedzinach życia, ograniczono się jedynie do porówna ogólnych. Zadowolenie z jakości życia częściej wyrażały kobiety niż mężczyźni (50% i 32,73% odpowiednio). Poziom zadowolenia z jakości zdrowia kształtował się podobnie u obu płci (kobiety 30%, mężczyźni 26,36%). Natomiast Foster i wsp. [7] wykazali, że to kobiety uzależnione od alkoholu zgłaszały gorszą jakość życia w porównaniu z mężczyznami.

Bardzo często można spotkać się, że stwierdzeniem, że spożywanie alkoholu oraz uzależnienie powoduje pogorszenie jakości życia. Część badaczy uważa, że nie zawsze musi tak być i zależność może być odwrotna: to niska jakość życia może być przyczyną sięgania po alkohol, co w sprzyjających warunkach doprowadzić może do uzależnienia. Jednak teza ta nie znalazła uzasadnienia w badaniach, ponieważ stwierdzono, że właściwości różnicujące alkoholików od osób zdrowych miały tylko dwie podskale: ogólne zdrowie i dolegliwości bólowe [15].

Stosunkowo często czynnikiem powodującym obniżenie jakości życia mogą być zaburzenia psychiczne np. depresja czy stres pourazowy. Skumulowane zaburzenia (używanie substancji psychoaktywnych + choroba psychiczna) wzajemnie się pogłębiają, co potwierdził w pracy Vederhus i wsp. [14]. Wykazał, że współwystępowanie zaburzeń psychicznych i używanie substancji psychoaktywnych (alkohol) są najsilniejszymi wyznacznikami słabej jakości życia, ponieważ ich stosowanie jest czynnikiem pogarszającym zdrowie psychiczne. Może to generować trudności w diagnozowaniu i leczeniu. Zawsze jednak w celu poprawy jakości życia należy najpierw wyeliminować substancję psychoaktywną w celu przerwania „błędnego koła”. Według Srirastava i wsp. [11] jakość życia pacjentów leczonych uległa znacznej poprawie już po 3-miesięcznym okresie abstynencji.

Jakość życia jest ważnym obszarem, który należy uwzględnić przy ocenie osób uzależnionych od alkoholu oraz w ocenie wyników leczenia alkoholizmu.

## **WNIOSKI**

1. Uzależnienie alkoholowe obniża zadowolenie z jakości życia i zaburza poczucie dobrego stanu zdrowia.
2. Odczucia zdrowotne istotnie determinują postrzeganie jakości życia przez osoby z zespołem uzależnienia alkoholowego.

3. Alkoholizm wpływa najsilniej na stan psychiczny chorych poprzez negatywne uczucia wywołane przez zaburzenia myślenia oraz problemy z pamięcią i z koncentracją uwagi.
4. Uzależnienie alkoholowe najslabiej obniża poczucie jakości życia w aspekcie fizycznym.
5. Brak satysfakcji z życia i ze zdrowia dotyczy większości osób z problemem alkoholowym bez względu na wiek, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania czy status cywilny.

## **PIŚMIENNICTWO**

1. Ashing-Giwa K.T.: The contextual model of HRQoL: a paradigm for expanding the HRQoL frame work. *Quality of Life Research*, 2005, 14(2), 297-307.
2. Peterman A.H., Cella D.: Quality of Life [in:] *Encyclopedia of Psychology*, Kazdin A.E. (ed.). Oxford University Press-American Psychological Association, 2000, 6, 491-495.
3. Cieślik B., Podbielska H.: Przegląd wybranych kwestionariuszy oceny jakości życia. *Acta Bio-Optica et Informatica Medica*, 2015, 21(2), 102-135.
4. Czech E., Hartleb M.: Tradycyjne i nowe wskaźniki biologiczne spożywania alkoholu w ilościach szkodliwych dla zdrowia. *Alkoholizm i Narkomania*, 2007, 20 (1), 103- 118.
5. Woronowicz B.T.: Problemy alkoholowe w praktyce lekarza rodzinnego. *Medycyna Rodzinna*, 2002, 17 (1), 17-22.
6. WHO? Summary report of the working group on concepts and principles of health promotion, Copenhagen 9-13 July 1984. World Health Organization Regional Office for Europe. 1984.
7. Foster J.H., Powell J.E., Marshall E., Peters T.J.: Quality of life in alcohol dependent subjects – a review. *Quality of Life Research*, 1999, 8, 255-261.
8. <http://leczeniealkoholizmu.com/czytelnia/alkoholizm-w-polsce-cz-2/> pobrano 1.02.2019r.
9. Glińska J., Zasada J., Brosowska B., Lewandowska M.: Czynniki demograficzne a formy otrzymanego wsparcia u osób uzależnionych od alkoholu. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2010, 18(3), 279-284.
10. Szukalski P.: Małżeństwa i rozwody. Przyczyny rozwodów. Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2016-2017. Rządowa Rada Ludności. Warszawa 2017, 89-90.
11. Srirastava S., Bhatia M.S.: Quality of life as an outcome measure in the treatment of alcohol dependence. *Industrial Psychiatry Journal*, 2013, 22(1), 41-46.

12. Czarnecki D., Ziółkowski M., Chodkiewicz J., Danek M., Łangowska-Grodzka B., Zając-Lamparska L.: Jakość życia i jej korelaty u mężczyzn uzależnionych od alkoholu – leczonych stacjonarnie odwykowo i bezdomnych przebywających w schronisku lub hostelu. *Alkoholizm i Narkomania*, 2017, 30 (1), 41-58.
13. Chodkiewicz J.: Ocena jakości życia alkoholików przed i po terapii odwykowej. Co zmienia się w czasie leczenia? *Alkoholizm i Narkomania*, 2012, 25(2), 133-150.
14. Vederhus J.-K., Pripp H.A., Clausen T.: Quality of Life in Patients with Substance Use Disorders Admitted to Detoxification Compared with Those Admitted to Hospitals for Medical Disorders: Follow-Up Results. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2016, 10, 31-37.
15. Habrat B., Baran H., Steinbarth-Chmielewska K., Woronowicz B.: Jakość życia osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. *Alkoholizm i Narkomania*, 2000, 13(3), 322-335.

## **OCENA JAKOŚCI ŻYCIA CHORYCH NA STWARDNIENIE ROZSIANE ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM ZDOLNOŚCI KOMUNIKACYJNYCH**

**Justyna Gołko<sup>1</sup>, Dorota Maria Halicka<sup>1</sup>, Katarzyna Krystyna Snarska<sup>2</sup>,  
Monika Chorąży<sup>1</sup>, Alina Kułakowska<sup>1</sup>**

1. Klinika Neurologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Medycyny Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

### **WSTĘP**

Stwardnienie rozsiane (SM) jest przewlekłą, zapalną, neurodegeneracyjną chorobą układu nerwowego. Jest schorzeniem dotyczącym najczęściej młodych dorosłych, dlatego podkreśla się, że powoduje znaczące zmiany stylu życia całej rodziny. Jeżeli dotyka jednego z jej członków, ma wpływ na funkcjonowanie wszystkich pozostałych.

Etiologia SM nie została do końca poznana, ale wielu specjalistów podkreśla znaczenie układu immunologicznego [1, 2]. Stwardnienie rozsiane jest chorobą, w patogenezie której bierze udział wiele czynników. Oprócz wpływu immunopatogenów, można do tej grupy włączyć również czynniki genetyczne oraz środowiskowe. Dowiedziono, iż wraz ze zmniejszeniem odległości od równika zmniejsza się częstość zachorowań na SM, a wraz ze wzrostem szerokości geograficznej ryzyko się zwiększa. Co więcej, osoby przebywające poza strefą równikową są narażone na niedobory witaminy D [3]. Jest to związek chemiczny, który reguluje prace odpowiedzi autoimmunologicznej, wpływając na funkcjonowanie limfocytów oraz produkcję cytokin [4]. Przebieg choroby jest zróżnicowany, w zależności od postaci klinicznej. Wyodrębniono postać rzutowo-remisyjną, postępująco-nawracającą, pierwotnie postępującą oraz wtórnie postępującą. Najczęściej spotykaną formą stwardnienia rozsianego jest postać rzutowo-remisyjna, w przebiegu której na początku choroby, większość pacjentów doświadcza przejściowych ataków, nazywanych rzutami, skutkujących wystąpieniem nowych objawów neurologicznych, po których następuje niemal pełna remisja. Postać pierwotnie postępującą cechuje stała progresja objawów, występująca od początku choroby.

Czynnikiem predysponującym do wystąpienia postaci pierwotnej jest zachorowanie w późnym okresie życia [5, 6, 7, 8]. Charakterystycznym umiejscowieniem ognisk demielinizacyjnych jest istota biała mózgu. Mogą one również wystąpić w okolicach mózdzku, pnia mózgu, rdzenia kręgowego i ciała modzelowatego [2, 9, 10].

Współczynnik zachorowalności na stwardnienie rozsiane bardzo się waha i występuje w przedziale od 15 do 180 przypadków na 100 000 osób. Najwyższy zaś odnotowuje się w północnej Europie. Według danych epidemiologicznych dotyczących Polski pod koniec 2005 roku poziom ten wynosił 92/100 000 osób [11]. SM jest główną przyczyną niepełnosprawności u młodych ludzi. Początkowe objawy można zaobserwować już między 20 a 40 rokiem życia. Obecnie coraz częściej występuje po 40. a nawet 60. roku życia. Dwukrotnie częściej dotyczy kobiet, jest schorzeniem nieuleczalnym i towarzyszy choremu do końca życia. Jakość życia pacjentów można istotnie poprawić dzięki wdrożeniu odpowiedniego leczenia oraz rehabilitacji [12].

### ***Symptomatologia stwardnienia rozsianego***

Rozsiane zmiany demielinizacyjne występujące w obrębie niemal całego układu nerwowego skutkują obszerną symptomatologią. Do głównych objawów można zaliczyć niedowład, który utrudnia samodzielne poruszanie się, spastyczność, drżenie, zaburzenia równowagi, ataksję, zaburzenia czucia oraz widzenia. U pacjentów bardzo często można również zaobserwować zaburzenia funkcji poznawczych, depresję oraz zespół zmęzeniowy, które nasilają obniżenie sprawności i jakości życia. Nieodłącznym objawem tej choroby jest również ból [13, 14].

Poważnym problemem z jakim zmagają się chorzy na SM, są również zaburzenia mowy (około 40%). W większości przypadków jest to dyzartria. Charakteryzuje się ona zwolnionym tempem wypowiedzi oraz nosowym zabarwieniem. Mowa jest mniej zrozumiała przez zmiany napięcia mięśni narządów biorących udział w artykulacji. Osłabiona może być również siła mięśni, w tym także przepony, co może prowadzić do słabszej kontroli oddechu [12, 15].

### ***Terapia logopedyczna chorych na stwardnienie rozsiane***

U pacjentów dorosłych, u których doszło do uszkodzenia mózgu, mogą pojawić się zaburzenia w zakresie różnych aspektów mowy. Terapię należy poprzedzić szczegółową oceną zarówno neurologiczną jak i logopedyczną. Osoby chore na stwardnienie rozsiane w 40% przypadków mają problemy z mową. Najczęstszym zaburzeniem jest dyzartria, która obejmuje trudności oddechowe, fonacyjne i artykulacyjne. W przebiegu SM można najczęściej spotkać dyzartrię spastyczną, ataktyczną bądź mieszaną [16]. W przypadku stwardnienia rozsianego, problemy z mową wynikają z nieprawidłowej pracy narządów artykulacyjnych, w szczególności zmniejszonej ruchomości takich elementów aparatu mowy jak wargi, język lub podniebienie miękkie, co skutkuje zaburzeniami prozodii mowy. Dodatkowo występuje spowolnienie lub przyspieszenie mowy, nosowanie zamknięte. Zaburzona praca mięśni biorących udział w mówieniu może prowadzić do małej zrozumiałości wypowiedzi [17].

Dyzartria u chorych na stwardnienie rozsiane może pojawiać się na różnych etapach choroby. Zrozumiałość mowy może być również uzależniona od pory dnia, zmęczenia lub zbyt długo trwającej rozmowy. Pacjenci z SM mają duże problemy z mową ze względu na zbyt krótką fazę wydechową, co jest związane ze spastycznością lub zmiennym napięciem mięśni oddechowych, a co za tym idzie, przejawiają również trudności z koordynacją oddechowo-fonacyjną [18].

Postępowanie logopedyczne w przypadku dyzartrii skupia się na kilku aspektach. Głównym zadaniem terapeuty jest poprawa zrozumiałości mowy lub wykształcenie alternatywnych form komunikacji. Rehabilitację rozpoczyna się od ćwiczeń aparatu artykulacyjnego, mających na celu poprawę napięcia mięśniowego, a także zakresu i precyzji ruchów w obrębie narządów mowy. Ćwiczenia oddechowe obejmują kształtowanie prawidłowego toru oddechowego, pogłębienie wdechu, wydłużenie fazy wydechowej oraz zwiększenie jego siły. Natomiast do ćwiczeń fonacyjnych zaliczono ćwiczenia dotyczące natężenia i wysokości głosu oraz jego siły. Podczas terapii pracuje się również nad wydłużaniem czasu fonacji oraz poprawą modulacji głosu. Na następnym etapie kształtuje się prawidłową koordynację oddechowo-fonacyjną. Ważnym zadaniem w przypadku dyzartrii jest także usprawnianie prozodii mowy, czyli polepszenie takich elementów wypowiedzi jak akcent, rytm, intonacja oraz tempo. W przypadku trwałych objawów, które są bardzo nasilone



wprowadza się alternatywne i wspomagające metody komunikacji, w celu ułatwienia choremu kontaktu z otoczeniem [16, 19].

W terapii uwzględnia się również techniki relaksacyjne i masaże. Ich celem jest ogólne odprężenie chorego oraz zmniejszenie przykurczów mięśni. Zakłada się, że tego typu forma terapii jednocześnie wpływa regenerująco na stan psychiczny pacjenta. Podkreśla się, iż na funkcjonowanie i jakość życia chorych ze stwardnieniem rozsianym korzystny wpływ mają również zajęcia z muzykoterapii. Odpowiednie ćwiczenia, dobrane we właściwy sposób należą do czynników, które wspomagają ruch. Głównym zadaniem zajęć z muzyką jest pobudzenie pacjenta do aktywności fizycznej i jednocześnie odwrócenie uwagi od takich czynników hamujących jakim jest na przykład ból [2].

Pacjenci cierpiący na dyzartrię w przebiegu stwardnienia rozsianego, często zmagają się ze spastycznością. Z tego względu, często zaleca się wykonywanie ćwiczeń w wodzie, z uwagi na to, iż zmniejsza to napięcie mięśni i wpływa na ich rozluźnienie, a co za tym idzie, zmniejsza trudności z mową. Taka forma rehabilitacji sprzyja jednocześnie wykonywaniu ruchów bez bólu i z większą łatwością. Wskazuje się, że mięśnie osłabione, w środowisku wodnym wykazują się znacznie większą efektywnością w wyniku zmniejszenia ciężaru ciała, co umożliwia wykonywanie ruchów, z którymi pacjent miał do tej pory trudności [2].

### ***Jakość życia***

Dyskusje na temat zagadnienia jakości życia były podejmowane już w starożytności. W zależności od dziedziny nauki, pojęcie to jest odmiennie interpretowane. Wielu naukowców stara się przyporządkować definicję jakości życia, do dziedziny, w której się specjalizuje. Socjologowie rozpatrują to pojęcie w aspekcie zasad życia społecznego. Psychologowie odnoszą się do poczucia zadowolenia lub dobrostanu. Pedagodzy zaś biorą pod uwagę wartości i cele danego człowieka. Pojęcie jakości życia uważane jest za jeden z istotniejszych wykładników skutecznej terapii chorób przewlekłych. Poprawa poczucia dobrostanu ludzi, którzy w wyniku choroby nie mogli do tej pory realizować swoich życiowych celów, skutecznie mobilizuje do aktywności w społeczeństwie i ułatwia powrót do wcześniej wykonywanego zawodu. Jakość życia obejmuje dobrostan w sferze fizycznej, psychicznej i społecznej. Można zatem stwierdzić, że pojęcie to przybiera charakter społeczny bądź medyczny [1, 20].



Definicje jakości życia w dziedzinie medycyny mają charakter wielowymiarowy i koncentrują się głównie na zdrowiu i chorobie, określając ją jako efekt choroby i leczenia w aspekcie funkcjonalnym, który jest odbierany subiektywnie lub obiektywnie przez danego pacjenta. Według WHO jakość życia jest to „*spostrzeganie przez osobę własnej sytuacji życiowej w kontekście uwarunkowań kulturowych, systemu wartości oraz w związku ze swoimi celami, normami i zainteresowaniami*” [21, 22].

Współczesna medycyna nie zajmuje się wyłącznie przedłużaniem życia. Ma za zadanie również poprawić jego jakość i/lub zbliżyć ją do stanu sprzed choroby. Z tego względu w ostatnim czasie zainteresowanie badaniem jakości życia znacznie wzrosło. W procesie terapeutycznym, oprócz osiągnięcia celów medycznych, istotne jest również realizowanie zadań pozamedycznych. Zaliczono do nich między innymi poprawę samopoczucia osoby dotkniętej chorobą, co ułatwia jej funkcjonowanie zarówno fizyczne jak i społeczne. Pełni to ważną funkcję szczególnie w odniesieniu do chorób przewlekłych bądź nieuleczalnych, w przypadku których osiągnięcie zamierzonych celów medycznych nie jest możliwe. Na pierwszy plan wysuwają się wówczas cele, które mają polepszyć komfort życia pacjenta. Badania dotyczące jakości życia mają charakter holistyczny, a w przypadku dziedzin medycznych, badając jakość życia bierze się pod uwagę aspekt obiektywny i subiektywny. Badania obiektywne pozwalają ocenić wpływ terapii na występowanie objawów i ewentualnych powikłań, natomiast subiektywnej oceny jakości życia dokonuje sam pacjent, odpowiadając na pytania skierowane bezpośrednio do niego, podczas spontanicznej rozmowy. Do tego celu mogą zostać użyte testy psychometryczne, pośrednie miary, do których można zaliczyć chociażby częstość rezygnacji z leczenia czy też standaryzowane kwestionariusze. Można zatem stwierdzić, że jakość życia jest również pojęciem subiektywnym, uzależnionym od stanu psychicznego danej osoby, jej cech osobowości, upodobań czy wartości jakimi się kieruje [23].

Sytuacja chorego, który cierpi na chorobę somatyczną wpływa na jego wartości, poczucie bezpieczeństwa, a także całe życie. Najczęściej pacjenci reagują lękiem. W literaturze podkreśla się, że choroba przewlekła wpływa w sposób istotny na jakość życia chorych. Nie jest ona jednak łatwa do zmierzenia, chociaż stanowi ważny element przy planowaniu leczenia i rehabilitacji. Badania jakości życia zawierają również aspekt poznawczy, umożliwiając zbadanie jej poziomu w poszczególnych schorzeniach. Aby otrzymać rzetelne wyniki, powinna zostać oceniona przy pomocy standaryzowanych kwestionariuszy. Z uwagi na różnorodność

definicji jakości życia, powstają różne narzędzia badawcze w zależności od konkretnej dziedziny [24, 25]. Jak już wcześniej wspomniano, trudno jednoznacznie zdefiniować pojęcie jakości życia. Badacze mają problem z uzgodnieniem wspólnego stanowiska dotyczącego jego rozumienia, a trudności te nie występują jedynie w przypadku różnych nauk społecznych, ale również wśród przedstawicieli tych samych dziedzin. Każda z nauk posiada swoją koncepcję jakości życia. Naukowiec podejmujący się problematyki tego zagadnienia z reguły pochyla się nad jednym elementem, który jest bliższy jego preferencjom teoretycznym, pomijając tym samym inne. Przyjmując daną koncepcję, wysnuwa wnioski na temat czynników determinujących jakość życia. Istnieje zgodność co do tego, że ocena jakości życia jest ważnym źródłem informacji. Pokazuje punkt widzenia chorego oraz jego potrzeby, a także dostarcza informacji istotnych przy wyborze leczenia czy podejmowaniu decyzji terapeutycznych [26].

### ***Czynniki wpływające na jakość życia***

Według badaczy, na jakość życia ma wpływ zaspokajanie potrzeb duchowych, jak i materialnych. Należy zatem wziąć pod uwagę kilka sfer życia człowieka. Ważna jest przede wszystkim sfera życia rodzinnego, ale również ten obszar, który odnosi się bezpośrednio do przeżyć psychicznych, uczuć czy doznań danej jednostki. Istotną rolę odgrywa funkcjonowanie człowieka i jego działalność na rzecz środowiska, w którym przebywa. W literaturze podkreśla się również, jak ważną rolę w kształtowaniu jakości życia odgrywa stan somatyczny człowieka, czyli zdrowie, jego kondycja oraz stan fizyczny. Nie bez znaczenia jest także jego sytuacja materialna, służąca do zaspokajania podstawowych potrzeb. Jakość życia i satysfakcję z niego determinują również cechy indywidualne, wydarzenia w życiu, wierzenia, a także pozycja zawodowa, umiejętności społeczne, czy sposób spędzania wolnego czasu. Wskazuje się również na wpływ możliwości komunikacyjnych na jakość życia [27].

### ***Narzędzia do oceny jakości życia***

Jakość życia może zostać oceniona przez zastosowanie różnorodnych narzędzi. Badania jakościowe, które uwzględniają wiele czynników, pozwalają również dokonać oceny ilościowej. Tego typu metody są jednak bardzo pracochłonne. Dużo częściej stosuje się kwestionariusze, które dają wyniki ilościowe, umożliwiające porównanie z innymi grupami.

Do oceny jakości życia najczęściej są używane:

- Narzędzia generyczne (ogólne)
- Narzędzia swoiste (specyficzne).

Narzędzia ogólne zawierają profile zdrowotne i normy użyteczności stanu zdrowia. Pozwalają na ocenę jakości życia każdego pacjenta, badają bowiem najbardziej istotne aspekty życia człowieka. Natomiast normy użyteczności umożliwiają wgląd w preferencje pacjentów dotyczących stanu zdrowia. Ocena jakości życia w ciągu ostatnich lat zyskała na znaczeniu ze względu na całościowe i interdyscyplinarne podejście do każdego pacjenta. Jest ono potrzebne ze względu na to, że każde schorzenie przewlekłe oddziałuje na funkcjonowanie człowieka i w różnym stopniu je zakłóca. Choroba zazwyczaj wiąże się z bólem i cierpieniem, co może prowadzić do zmniejszenia poczucia bezpieczeństwa. Może również powodować ograniczenie pełnienia ról społecznych. To wszystko istotnie wpływa na jakość życia pacjenta, dlatego tak ważne jest poznanie sytuacji, w której się znajduje. Kwestionariusze służące do oceny jakości życia podzielono na ogólne i specyficzne. Kwestionariusze ogólne są wykorzystywane do badania związku między stanem zdrowia, a innymi czynnikami, wśród których można wyróżnić relacje w rodzinie, przeżycia chorego i jego stosunek emocjonalny do zaistniałej sytuacji; uwzględniają także aktywność zawodową pacjenta. Drugą grupę stanowią kwestionariusze specyficzne. Wśród nich wyróżniono te służące do oceny poszczególnych sfer funkcjonowania badanego, obejmujących na przykład postrzeganie własnego ciała, samoocenę lub odnajdowanie się w poszczególnych sytuacjach społecznych. Kwestionariusze tego typu są różnicowane w zależności od leczenia, które zostało zastosowane albo czynników związanych bezpośrednio z chorobą. Istnieją również takie, które oceniają czynniki bezpośrednio związane z chorobą. Umożliwią one analizę samopoczucia chorego, ocenę nasilenia objawów i wpływu danego schorzenia na stan psychiczny oraz ogólną aktywność społeczną czy też zawodową [28, 29].

Badanie jakości życia służy wielowymiarowej ocenie stanu chorego, umożliwia analizę jego problemów zdrowotnych, stanu psychicznego czy aktywności społecznej. Każdy pacjent odmiennie reaguje na utratę zdrowia. Chorych można zasadniczo podzielić na dwie grupy. Jedni z chorobą walczą, inni się jej poddają. Jest to uzależnione od typu schorzenia oraz indywidualnych cech każdego człowieka. Wszelkie reakcje mają niewątpliwie wpływ na jakość

życia, a jej ocena daje możliwość lepszego zaplanowania procesu terapeutycznego, z uwagi na to, że charakteryzuje ją podejście holistyczne. Istotnym etapem leczenia stwardnienia rozsianego jest niwelowanie negatywnych skutków choroby, które determinują poziom jakości życia i wpływają na funkcjonowanie jednostki. Dlatego też, należy mieć na uwadze ocenę jakości życia i starać się poznać czynniki, które na tę ocenę istotnie wpływają [29, 30].

## **CEL BADAŃ**

Głównym celem pracy była ocena jakości życia chorych na stwardnienie rozsiane, ze szczególnym uwzględnieniem zdolności komunikacyjnych.

Cel główny został rozbudowany o następujące cele szczegółowe:

- Procentowa ocena grupy chorych na stwardnienie rozsiane, zauważających obniżenie jakości życia w zakresie poszczególnych obszarów funkcjonowania.
- Analiza związków między oceną jakości życia opisaną odpowiedziami badanych w podskalach dotyczących komunikacji i połykania, trudności emocjonalnych, problemów z chodzeniem, zmęczenia oraz innych objawów u chorych na stwardnienie rozsiane.
- Ilościowa analiza grupy chorych na stwardnienie rozsiane z podziałem na mężczyzn i kobiety, zauważających obniżenie jakości życia w zakresie poszczególnych obszarów funkcjonowania.

## **MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ**

Projekt wraz z procedurą badawczą został zaakceptowany przez Komisję Bioetyczną Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (uchwała nr: R-I-002/433/2018). Pacjenci zostali poinformowani o charakterze, przebiegu i celu badania oraz o możliwości rezygnacji z uczestnictwa w badaniu.

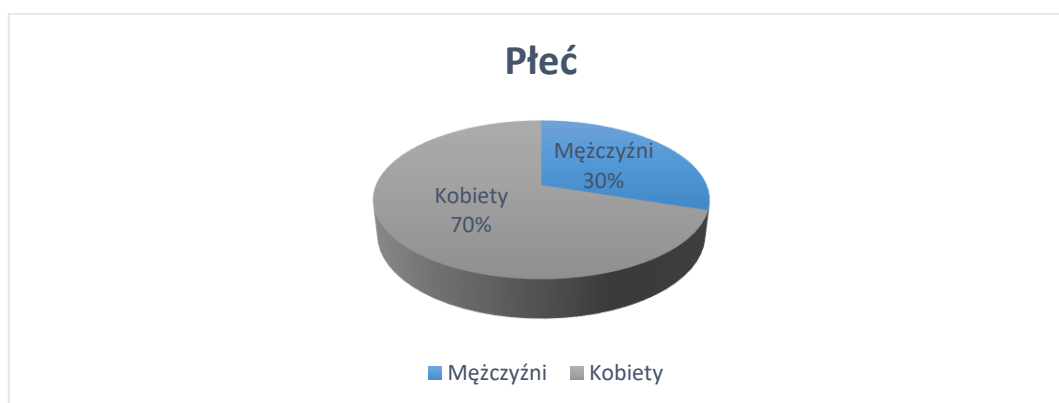
### ***Charakterystyka badanej grupy***

Badanie przeprowadzono w Klinice Neurologii z Oddziałem Udarowym Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku. Do badań przystąpiło 30 osób, w tym 21 kobiet (70%) i 9 mężczyzn (30%). Średnia wieku osób badanych wynosiła 44 lata. W badaniu uczestniczyły kobiety w przedziale wiekowym od 28 do 68 r.ż. (średnia wieku 44 lata).

Wiek mężczyzn mieścił się w przedziale wiekowym od 24 do 55 r.ż. (średnia wieku 42 lata). (Tabela I, Rycina 1).

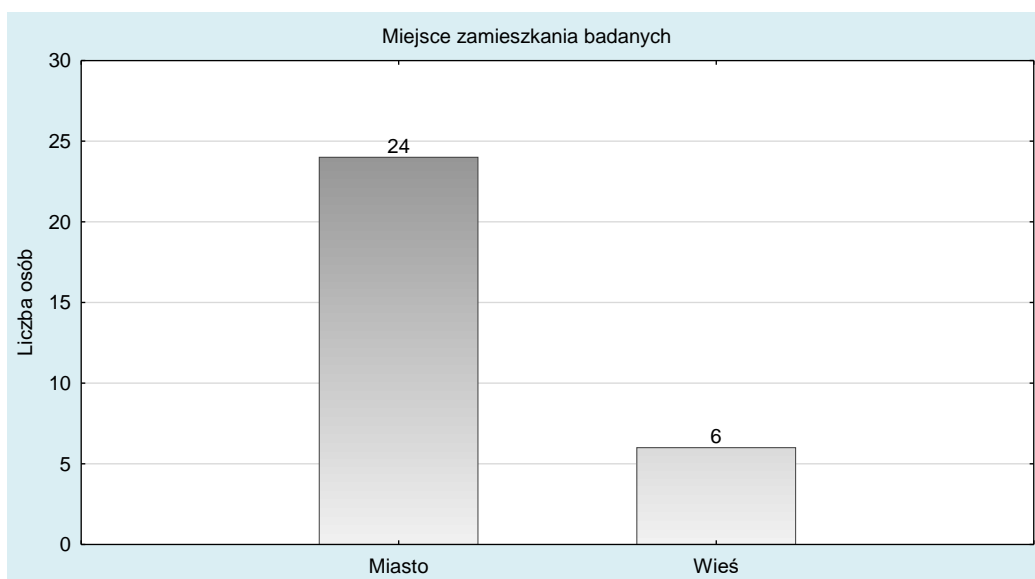
**Tabela I. Zestawienie grupy badanych według płci i wieku.**

		Liczebność	% osób	Średnia wieku	Maksymalny wiek	Minimalny wiek
<b>Grupa badanych</b>	Kobiety	21	70%	44	68	28
	Mężczyźni	9	30%	42	55	24
	Razem	30	100%	44	68	24



**Rycina 35. Charakterystyka grupy badanej pod względem płci.**

W badaniu uczestniczyli mieszkańcy zarówno miast, jak i wsi. Osoby mieszkające w mieście stanowiły większość (80%) populacji badanych (N=24), natomiast mieszkańcy wsi tylko 20% (N=6) (Rycina 2).



**Rycina 36. Charakterystyka badanej grupy pod względem miejsca zamieszkania.**

### ***Procedura badania***

W badaniu uczestniczyli chorzy na stwardnienie rozsiane pozostający pod opieką Kliniki Neurologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku w okresie od grudnia 2018 do lutego 2019 roku. Badanie przeprowadzono za pomocą kwestionariusza powstałego w oparciu o wybrane pytania ze Skali Niepełnosprawności Neurologicznej Szpitala Guy.

### ***Narzędzie badawcze***

Skala Niepełnosprawności Neurologicznej uwzględnia wielowymiarowość schorzenia jakim jest stwardnienie rozsiane. Wyróżnia te aspekty funkcjonowania, które w wyniku patologii układu nerwowego mogą zostać upośledzone w przebiegu SM. Są to funkcje poznawcze, sprawność kończyn, objawy związane z widzeniem oraz mową, sprawność pęcherza moczowego czy funkcjonowanie seksualne.

W tej skali, niepełnosprawność jest oceniana ze względu na ciężkość, wpływ na pacjenta oraz tego jakiej pomocy potrzebuje chory podczas wykonywania podstawowych czynności. Kwestionariusz jest podzielony na 12 skal. W każdej z nich niepełnosprawność jest określana w zależności od nasilenia, na sześciu poziomach. W każdej kategorii znajduje się również wywiad, zawierający pytania dotyczące problemów, jakie pacjent zgłasza w związku z chorobą, która go dotknęła. W przypadku funkcji poznawczych, mowy, nastroju i poruszania się, w kwestionariuszu znajduje się prośba o opinie innej osoby przebywającej z chorym.

Może być to opiekun lub członek rodziny. Aby dokładnie opisać niepełnosprawność, wyniki z każdej z podskal są sumowane i mieszczą się w przedziale od 0, które oznacza brak niepełnosprawności do 60, kiedy wnioskuje się o całkowitej niepełnosprawności.

Skala została poddana dokładnej analizie i przetłumaczona z języka angielskiego. Szereg specjalistów zajmujących się tematyką stwardnienia rozsianego oceniło ją również pod kątem merytorycznym. Po przebadaniu nią 10-osobowej grupy oraz zaakceptowaniu przez lekarza, została dopuszczona do użytku.

Badanie zostało przeprowadzone na podstawie kwestionariusza powstałego w oparciu o wybrane pytania ze Skali Niepełnosprawności Neurologicznej Szpitala Gay. W ten sposób powstały kwestionariusz składa się z sześciu części. Każda z nich zawiera pytania oceniające w sposób subiektywny poszczególne obszary funkcjonowania pacjenta. Badaniu poddane zostało występowanie zaburzeń nastroju, problemów z mową i komunikowaniem się, trudności z połykaniem, niepełnosprawności kończyn dolnych, zmęczenia oraz innych problemów, takich jak ból, skurcze czy zawroty głowy.

Możliwe do uzyskania punkty przyjmują wartość od 0 do 2. Ocena 0 oznaczała brak występowania danego problemu, 1 punkt został przyznany, gdy dany problem wystąpił, natomiast 2 punkty otrzymywał pacjent, u którego objawy były znacznie nasilone w jakimś obszarze.

### ***Analiza statystyczna***

Zebrane dane zostały zakodowane i wprowadzone do komputerowej bazy danych. Przeprowadzono analizy statystyczne z wykorzystaniem programów Microsoft Excel oraz Statistica 13.3 firmy Statsoft. W celu stwierdzenia istotnych statystycznie różnic między wyróżnionymi parametrami posłużono się testem niezależności chi-kwadrat Yatesa. Dane zostały obliczone z przedziałem ufności równym 0,95. Za poziom istotności we wszystkich obliczeniach przyjęto wartość  $p < 0,05$ .

## WYNIKI

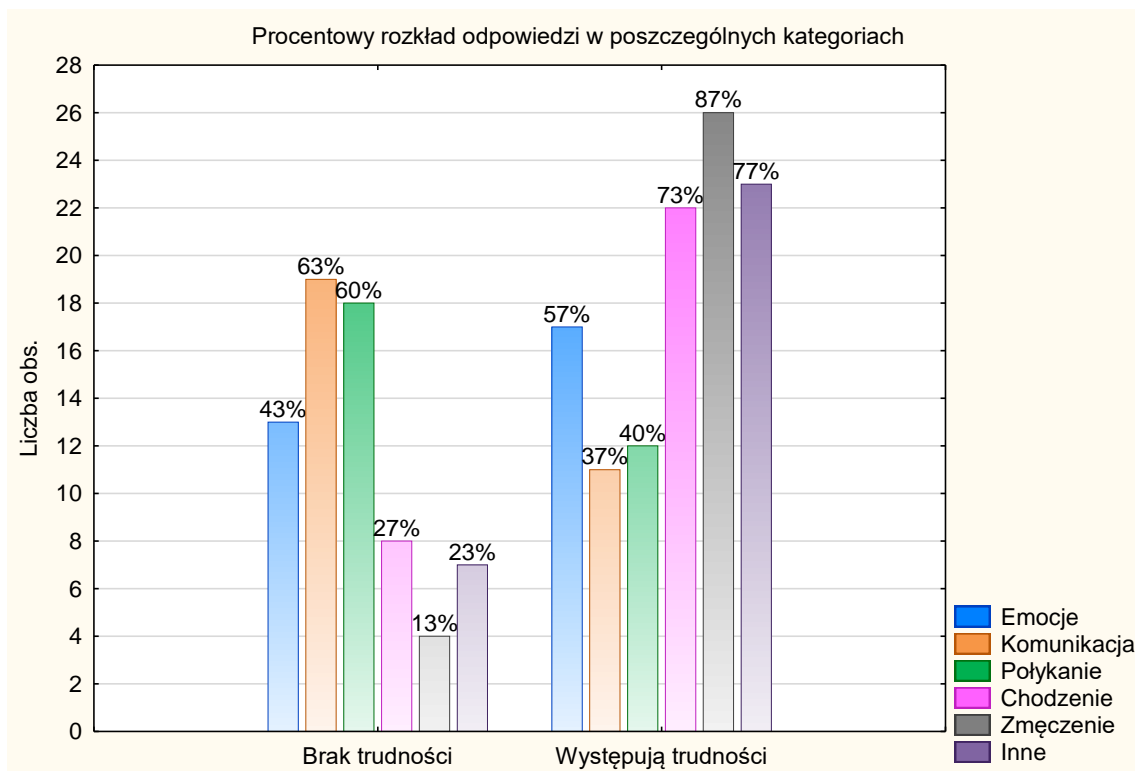
### *Procentowa ocena grupy chorych na stwardnienie rozsiane, zauważających obniżenie jakości życia w zakresie poszczególnych obszarów funkcjonowania*

W przebadanej grupie, 43% pacjentów nie zauważała u siebie problemów emocjonalnych, natomiast większa część (57%) informowała, że taki problem występuje. Znaczna liczba badanych informowała o braku trudności z mową i porozumiewaniem się. W tej grupie znalazło się 19 osób (63%). Na problem z komunikacją zwróciło uwagę pozostałych 11 badanych (37%). Podobną liczbę stanowili pacjenci zgłaszający problemy z połykaniem - 12 osób (40%). Znacznie większa część badanych (73%, N=22) podkreślała istniejące problemy z chodzeniem. Jeszcze większy odsetek pacjentów (87%, N=26) zwracał również uwagę na szybkie męczenie się a tylko 4 osoby (13%) nie zgłaszały problemu w zakresie patologicznego zmęczenia. Znacząca grupa pacjentów 77% (N=23) zaznaczała również obecność innych objawów takich jak ból, zawroty głowy czy nudności (Tabela II, Rycina 3).

**Tabela II. Procentowa ocena grupy chorych na stwardnienie rozsiane, zauważających obniżenie jakości życia w zakresie poszczególnych skal.**

	<i>Emocje</i>	<i>Komunikacja</i>	<i>Połykanie</i>	<i>Chodzenie</i>	<i>Zmęczenie</i>	<i>Inne</i>
<b>0</b>	<b>43%</b> (13 osób)	<b>63%</b> (19 osób)	<b>60%</b> (18 osób)	<b>73%</b> (22 osoby)	<b>13%</b> (4 osoby)	<b>23%</b> (7 osób)
<b>1</b>	<b>57%</b> (17 osób)	<b>37%</b> (11 osób)	<b>40%</b> (12 osób)	<b>27%</b> (8 osób)	<b>87%</b> (26 osób)	<b>77%</b> (23 osoby)





Rycina 37. Procentowy rozkład odpowiedzi w poszczególnych podskalach.

W badaniu kwestionariuszowym założono ocenę wpływu poszczególnych objawów choroby na zdolność wykonywania codziennych czynności. Okazało się, że 30% badanych zauważa wpływ zaburzeń emocjonalnych na realizację codziennych obowiązków. Nieznaczny wpływ lub też jego brak na te czynności odczuwają pacjenci, u których występują zaburzenia komunikacji, połykania lub inne objawy, takie jak ból głowy, zawroty czy nudności. Za najbardziej istotne czynniki, które wpływają na ich codzienne funkcjonowanie, uznali zdolność poruszania się (43% badanych) oraz związane z nią zmęczenie. Na tą cechę wskazało większość pacjentów (70% ankietowanych) (Tabela III).

**Tabela III. Ocena jakości życia w grupie chorych na stwardnienie rozsiane, z uwzględnieniem wpływu objawów na codzienne funkcjonowanie.**

	<i>Emocje</i>	<i>Komunikacja</i>	<i>Połykanie</i>	<i>Chodzenie</i>	<i>Zmęczenie</i>	<i>Inne</i>
<b>0</b>	43% (13 osób)	63% (19 osób)	60% (18 osób)	27% (8 osób)	13% (4 osoby)	23% (7 osób)
<b>1</b>	27% (8 osób)	33% (10 osób)	40% (12 osób)	30% (9 osób)	17% (5 osób)	77% (21 osób)
<b>2</b>	30% (9 osób)	3% (1 osoba)	0	43% (13 osób)	70% (21 osób)	0

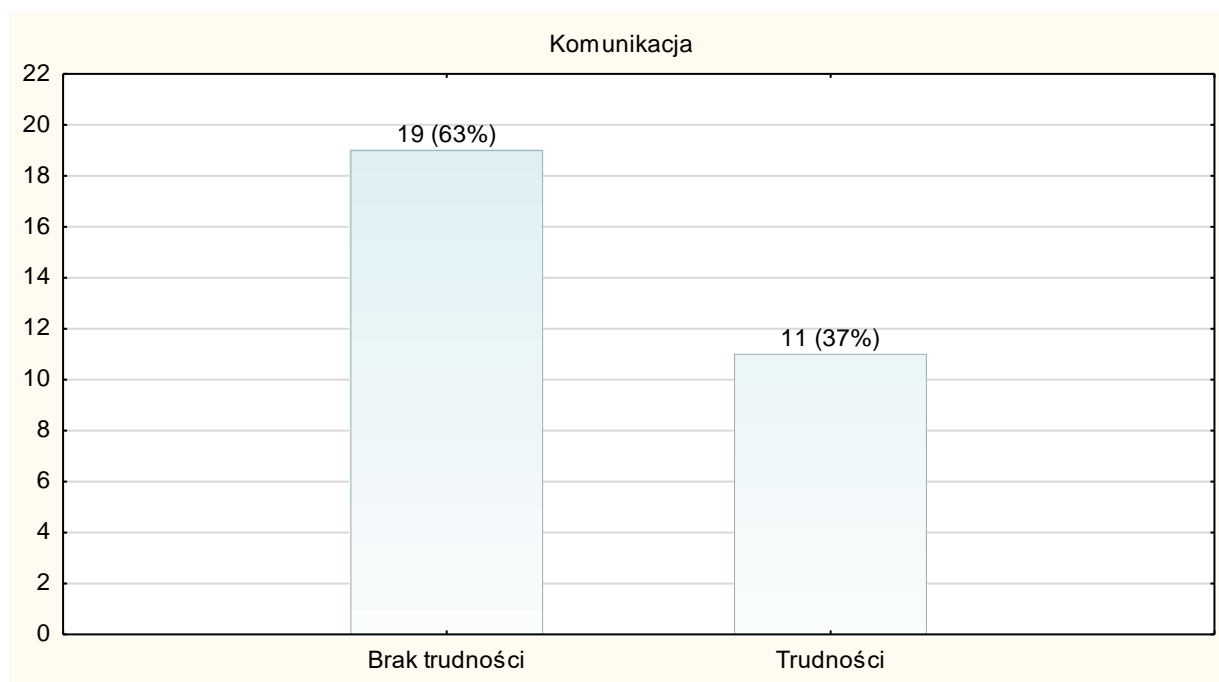
***Procentowa ocena grupy chorych na stwardnienie rozsiane, zauważających obniżenie jakości życia w zakresie komunikacji i porozumiewania się***

Wśród przebadanych kobiet i mężczyzn, podobny odsetek zgłaszał występowanie problemów z mową i porozumiewaniem się. Trudności z komunikacją podkreślało 38% kobiet i 33% mężczyzn (Tabela IV).

**Tabela IV. Zestawienie zależności między problemami z komunikacją a płcią badanych.**

KOMUNIKACJA	Mężczyźni	Kobiety
Brak trudności	6 (67%)	13 (62%)
Problemy	3 (33%)	8 (38%)
Ogół	9 (100%)	21 (100%)

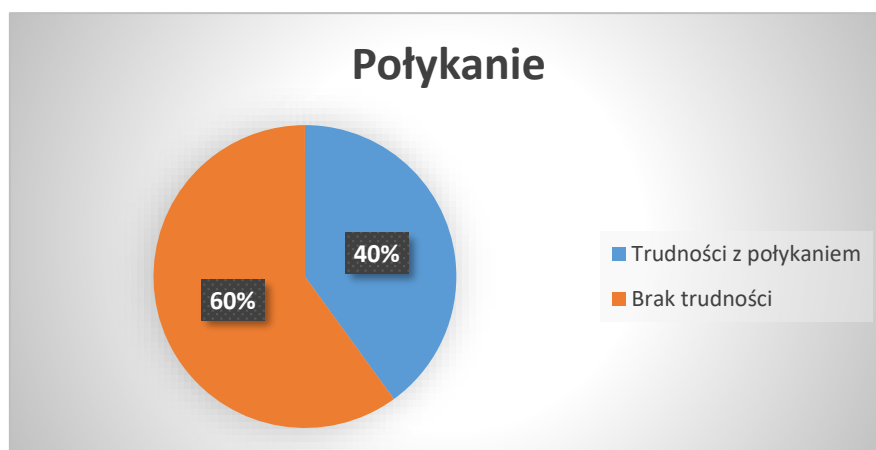
Z 30 badanych większa część respondentów (63%) nie dostrzegła u siebie problemów z komunikacją. Tylko 37% zgłosiło problemy z mową i porozumiewaniem się (Rycina 4).



**Rycina 38. Charakterystyka badanej grupy pod względem problemów z mową i porozumiewaniem się.**

***Procentowa ocena grupy chorych na stwardnienie rozsiane, zauważających obniżenie jakości życia ze względu na trudności z połykaniem***

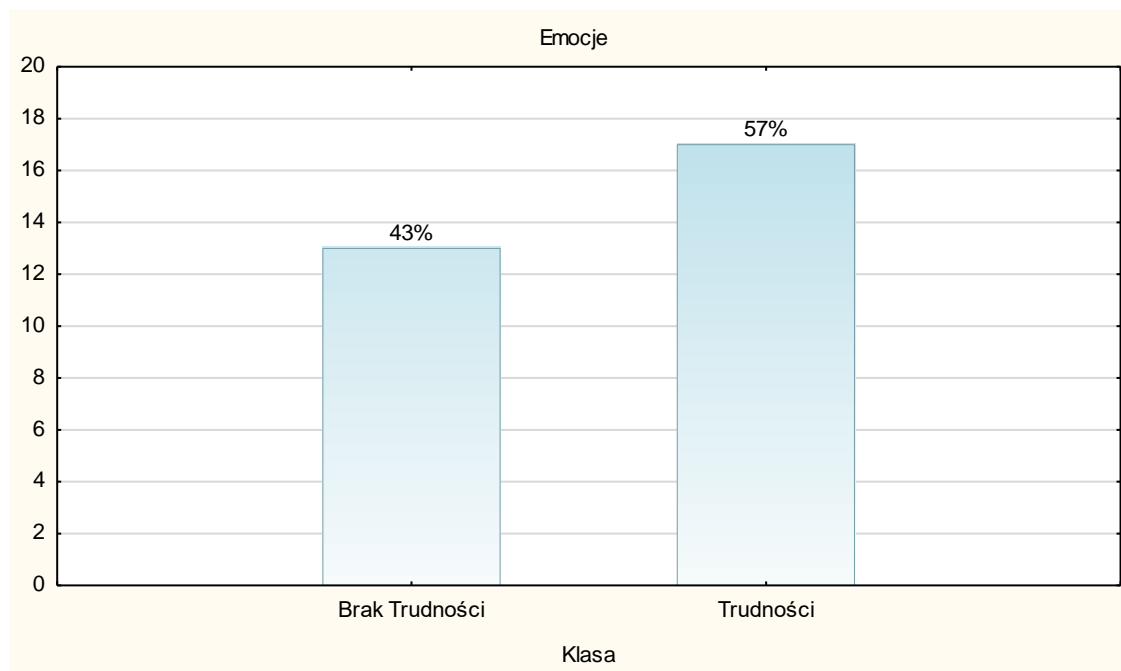
Wśród badanej grupy ze stwardnieniem rozsianym, 18 osób (60%) wskazało, że nie posiada trudności z połykaniem. Nieco mniej 40% zauważa u siebie problemy w tym obszarze (Rycina 5).



**Rycina 39. Charakterystyka badanej grupy pod względem trudności z połykaniem.**

***Procentowa ocena grupy chorych na stwardnienie rozsiane, zauważających obniżenie jakości życia w związku z pojawiającymi się zaburzeniami emocjonalnymi***

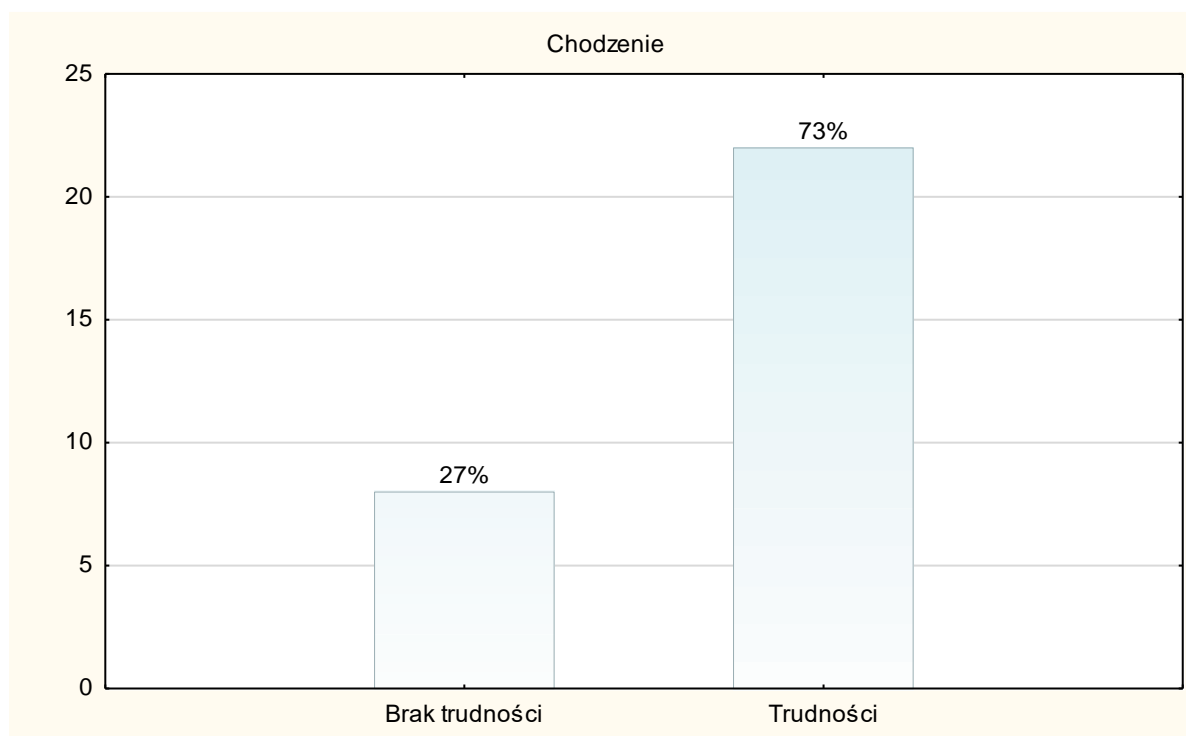
Większa część respondentów zauważyła u siebie objawy zaburzeń emocjonalnych. Stanowili oni 57% (N=17). Mniejsza część badanych 43% nie informowała o takich trudnościach (Rycina 6).



**Rycina 40. Charakterystyka badanej grupy pod względem trudności emocjonalnych.**

***Procentowa ocena grupy chorych na stwardnienie rozsiane, zauważających obniżenie jakości życia w związku z występującymi trudnościami w poruszaniu się***

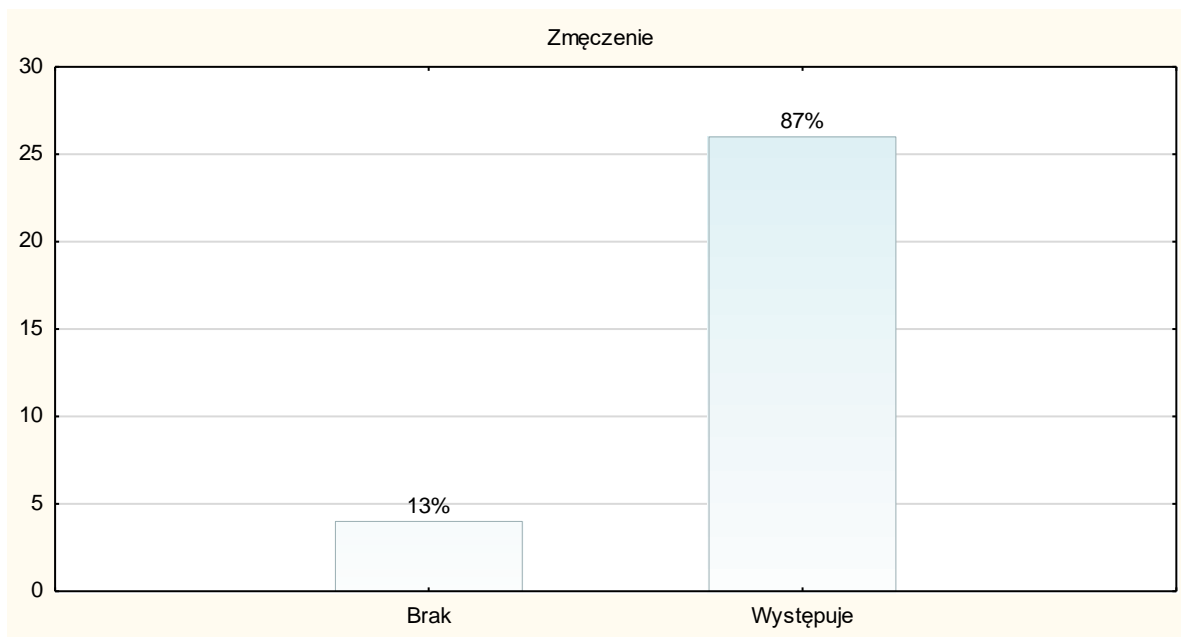
W 30-osobowej grupie pacjentów, większość (73%, N=22) zaznaczyła, że mają trudności z chodzeniem. Zaledwie 27% badanych nie zauważa problemów z poruszaniem się. Jest to problem, który znacznie wpływa na jakość życia pacjentów ze stwardnieniem rozsianym i utrudnia tym osobom codzienne funkcjonowanie (Rycina 7).



**Rycina 41. Charakterystyka badanej grupy ze względu na trudności z poruszaniem się.**

***Procentowa ocena grupy chorych na stwardnienie rozsiane, zauważających obniżenie jakości życia w związku z występującym zmęczeniem***

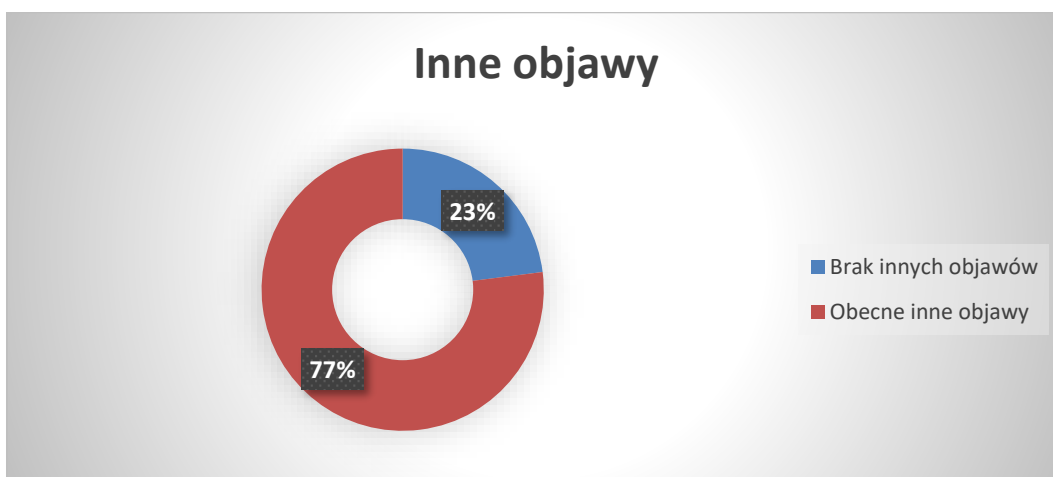
Znacząco większa część badanych (87%) informowała o występowaniu objawów zmęczenia. Zaledwie 4 osoby (13%) nie odczuwały zmęczenia i łatwo się nie męczyły w ciągu dnia. Jest to problem, który w największym stopniu wpływa na jakość życia pacjentów ze stwardnieniem rozsianym i utrudnia tym osobom codzienne funkcjonowanie (Rycina 8).



Rycina 42. Charakterystyka badanej grupy ze względu na występowanie zmęczenia.

*Procentowa ocena grupy chorych na stwardnienie rozsiane, zauważających obniżenie jakości życia w związku z występującymi innymi objawami SM*

Inne objawy, takie jak ból, zawroty głowy czy nudności zauważyło u siebie większość badanych (77%, N=23). Tylko niespełna 23% z nich nie zauważa takich współtowarzyszących problemów (Rycina 9).



Rycina 43. Charakterystyka badanej grupy pod względem występowania innych objawów.

***Analiza związków między oceną jakości życia opisaną odpowiedziami badanych w zakresie komunikacji i w wybranych podskalach, u chorych na stwardnienie rozsiane***

**Analiza związków między oceną jakości życia opisaną odpowiedziami badanych w podskali dotyczącej komunikacji oraz połykania**

Ponad połowa chorych na stwardnienie rozsiane nie zauważa problemów z mową i porozumiewaniem się (63%). Natomiast w przypadku połykania 60% badanych nie informuje o takich trudnościach. Problemy podczas połykania zgłosiło 40% respondentów, natomiast problemy z komunikacją nieznacznie mniej- 11 osób (37%).

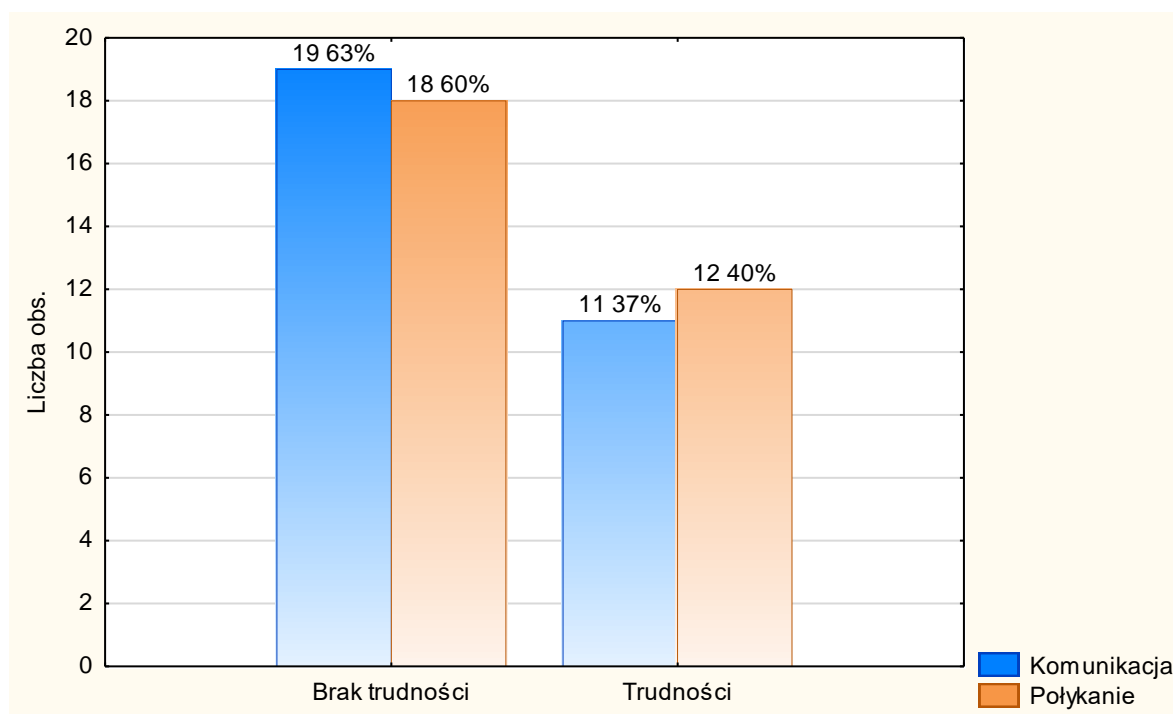
Zauważono, że wśród przebadanej grupy respondentów, zbliżona liczba osób przejawia problemy związane zarówno z mową jak i połykaniem. Trudności z komunikacją zgłosiło 37% badanych (N=11), natomiast z połykaniem 40% (N=12) (Rycina 10, Tabela V).

Wartość testu Chi<sup>2</sup> Yatesa p=0,00008 przy poziomie istotności p<0,05 – Zależność istotna statystycznie.

**Tabela V. Wartość testu chi- kwadrat- podskala dotycząca komunikacji oraz połykania.**

	Chi-kwadr.	p
Chi <sup>2</sup> Pearsona	18,75598	p=,00001
Chi <sup>2</sup> Yatesa	15,55622	p=,00008

p – poziom istotności



**Rycina 44. Zależność między brakiem lub występowaniem trudności z zakresu komunikacji i połykania.**

**Analiza związków między oceną jakości życia opisaną odpowiedziami badanych w podskali dotyczącej komunikacji oraz emocji**

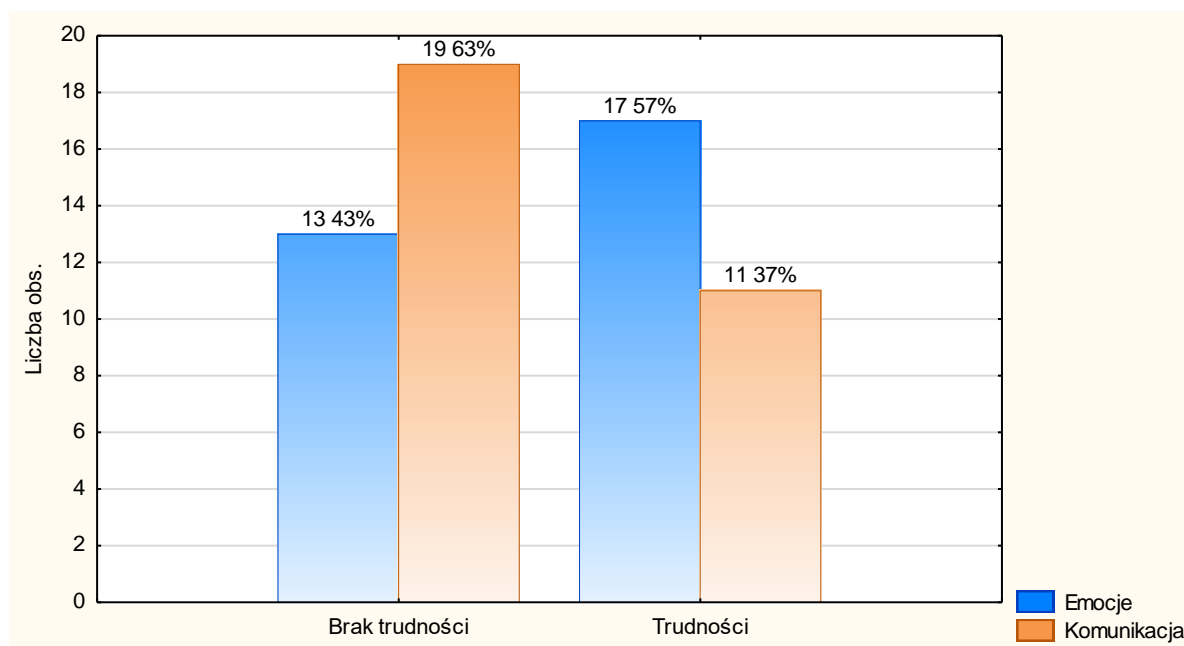
Wśród populacji badanej problemu z emocjami oraz komunikacją nie wskazywało 47% osób. O trudnościach z porozumiewaniem się, u których nie było objawów zburzeń emocjonalnych informowało 36% badanych. Natomiast osoby, które miały zarówno trudności emocjonalne jak i komunikacyjne stanowiły 64%. Tylko 11 osób (37%) ze stwardnieniem rozsianym zauważa problemy z komunikacją. Znacznie większa część badanych- 17 osób (57%) podkreśla trudności emocjonalne. Wartość testu Chi<sup>2</sup> Yatesa p=0,83844 przy poziomie istotności p<0,05 – brak istotnych statystycznie różnic (Tabela VI, Rycina 11).

**Tabela VI. Wartość testu chi- kwadrat- podskala dotycząca komunikacji i emocji.**

	Chi-kwadr.	p
Chi <sup>2</sup> Pearsona	,3435883	p=,55777
Chi <sup>2</sup> Yatesa	,0415683	p=,83844

p – poziom istotności





**Rycina 45. Zależność między występowaniem trudności lub ich brakiem w zakresie komunikacji i emocji.**

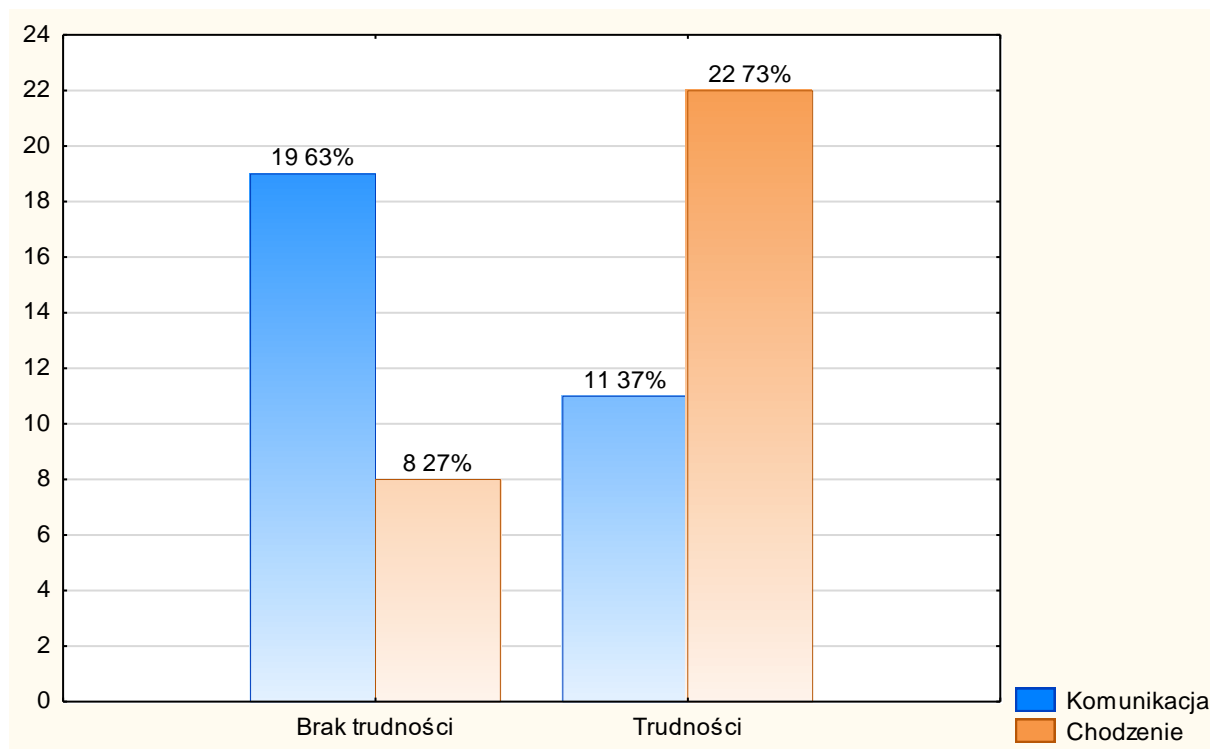
**Analiza związków między oceną jakości życia opisaną odpowiedziami badanych w podskali dotyczącej komunikacji oraz poruszania się**

Większa część pacjentów ze stwardnieniem rozsianym (73%) posiadała problemy z poruszaniem się. U nieznacznej części respondentów pojawiały się zaburzenia komunikacji (37%). Spośród przebadanych osób, tylko 11 zadeklarowało istnienie trudności z mową i porozumiewaniem się. 63% przebadanych osób nie dostrzega u siebie problemów z komunikacją (Tabela VII, Rycina 12). Wartość testu Chi<sup>2</sup> Yatesa p=0,71045 przy poziomie istotności p<0,05 – brak istotnych statystycznie różnic.

**Tabela VII. Wartość testu chi- kwadrat- podskala dotycząca komunikacji oraz poruszania się.**

	Chi-kwadr.	p
Chi <sup>2</sup> Pearsona	,6394084	p=,42393
Chi <sup>2</sup> Yatesa	,1378317	p=,71045

p – poziom istotności



**Rycina 46. Analiza związków między oceną jakości życia opisaną odpowiedziami badanych w podskali dotyczącej komunikacji i poruszania się.**

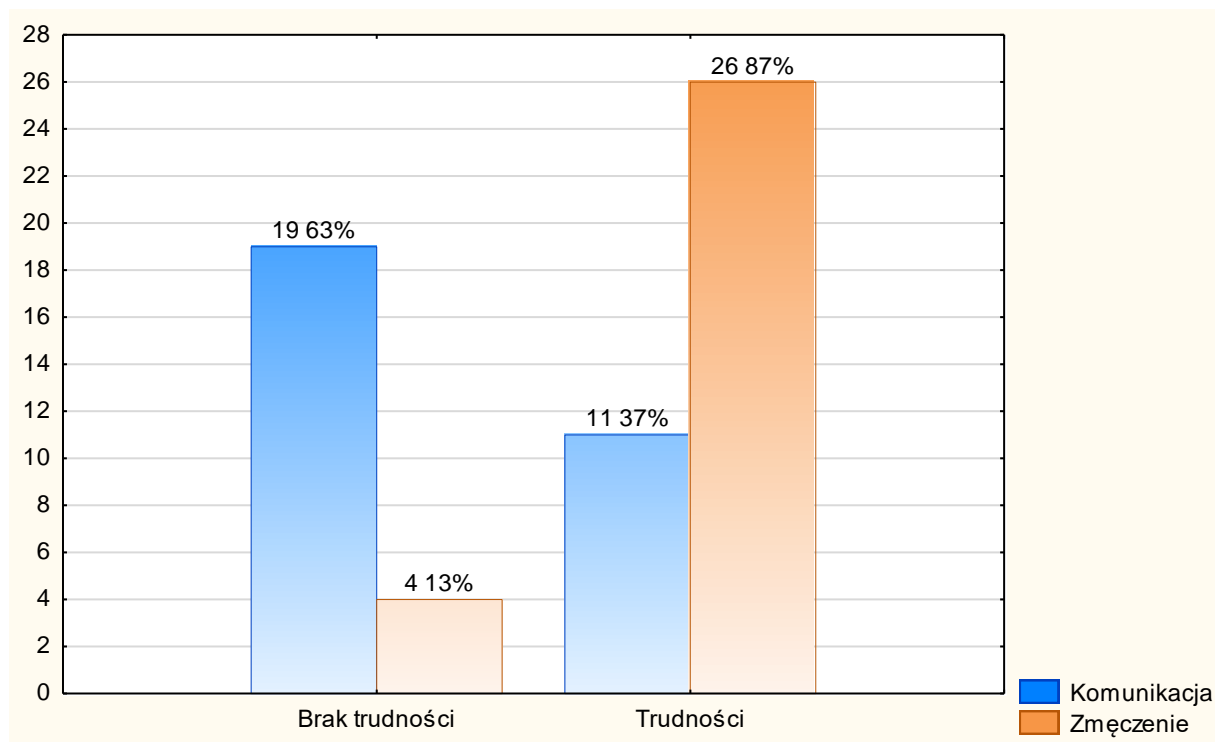
**Analiza związków między oceną jakości życia opisaną odpowiedziami badanych w podskali dotyczącej komunikacji oraz zmęczenia**

Problemy ze zmęczeniem okazały się bardziej dotkliwe dla pacjentów chorych na stwardnienie rozsiane (87%) niż trudności związane z mową i porozumiewaniem się, które wskazało 37% respondentów. Analizę przedstawiono na Rycinie 13. Zmęczenie nie występuje jedynie u 13% chorych na stwardnienie rozsiane. Aż 87% badanych skarżyło się na szybkie męczenie się. 19 osób (63%) spośród przebadanej grupy nie zauważa problemów z komunikacją. Trudności te występują tylko u 37%. Wartość testu Chi<sup>2</sup> Yatesa p=0,97036 przy poziomie istotności p<0,05 – brak istotnych statystycznie różnic (Tabela VIII).

**Tabela VIII. Wartość testu chi- kwadrat- poskala dotycząca komunikacji oraz zmęczenia.**

	Chi-kwadr.	p
Chi <sup>2</sup> Pearsona	,2705190	p=,60298
Chi <sup>2</sup> Yatesa	,0013802	p=,97036

p- poziom istotności



**Rycina 47. Analiza związków między oceną jakości życia opisaną odpowiedziami badanych w podskali dotyczącej komunikacji oraz zmęczenia.**

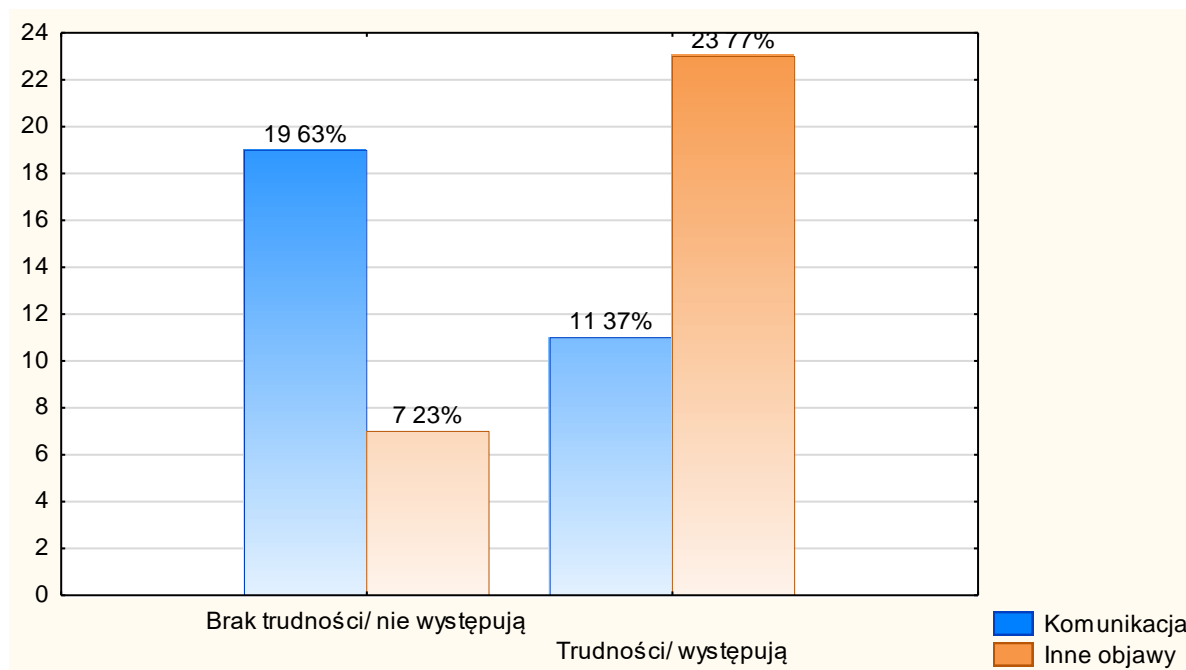
**Analiza związków między oceną jakości życia opisaną odpowiedziami badanych w podskali dotyczącej komunikacji oraz innych objawów, takich jak ból, zawroty głowy czy nudności**

Bardziej nasilone u pacjentów z SM były inne objawy. O problemach z komunikacją nie informowało aż 63% respondentów. Innych objawów, takich jak ból, zawroty głowy czy nudności nie zgłosiło tylko 7 osób (23%). U 77% badanych występowały inne dolegliwości (Tabela IX, Rycina 14). Wartość testu Chi<sup>2</sup> Yatesa p=0,33933 przy poziomie istotności p<0,05 – brak istotnych statystycznie różnic.

**Tabela IX. Wartość testu chi- kwadrat- podskala dotycząca komunikacji oraz innych objawów SM.**

	Chi-kwadr.	p
Chi <sup>2</sup> Pearsona	1,969449	p=,16051
Chi <sup>2</sup> Yatesa	,9129543	p=,33933

p- poziom istotności

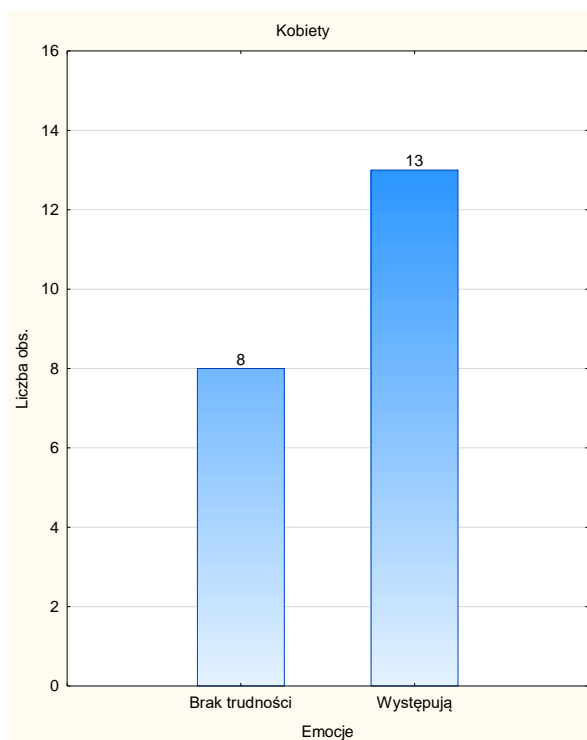


**Rycina 48. Analiza związków między oceną jakości życia opisaną odpowiedziami badanych w podskali dotyczącej komunikacji i innych objawów.**

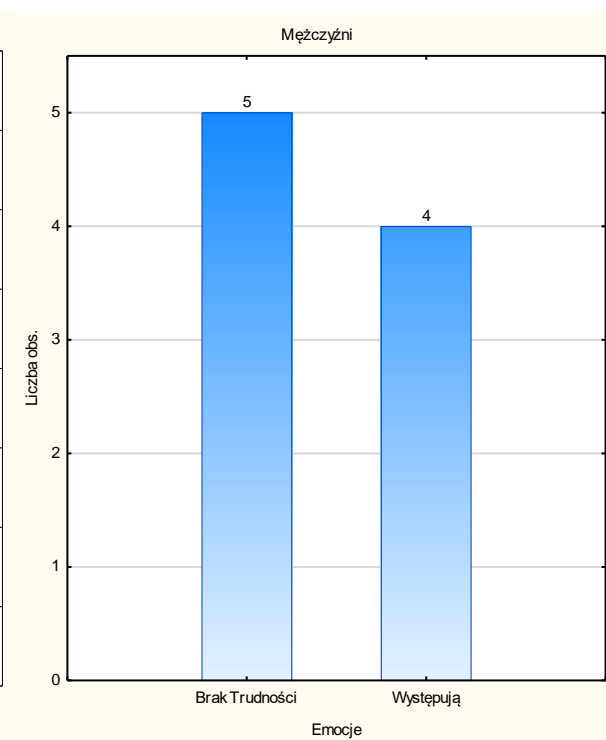
*Ilościowa analiza grupy chorych na stwardnienie rozsiane z podziałem na mężczyzn i kobiety, zauważających obniżenie jakości życia oraz wpływ choroby na codzienne funkcjonowanie w zakresie poszczególnych podskal*

#### **Podskala dotycząca emocji**

13 spośród 21 przebadanych kobiet informowało o trudnościach z nastrojem, zdenerwowaniu czy przygnębieniu. Nieco mniejsza część (N=8) zadeklarowała, że takich problemów nie posiada. Wśród mężczyzn 4 osoby na 9 przebadanych przyznają, że w ciągu ostatnich miesięcy odczuwała problemy emocjonalne. Niewiele więcej (N=5) deklaruje, że te trudności ich nie dotyczą (Rycina 15 i 16).

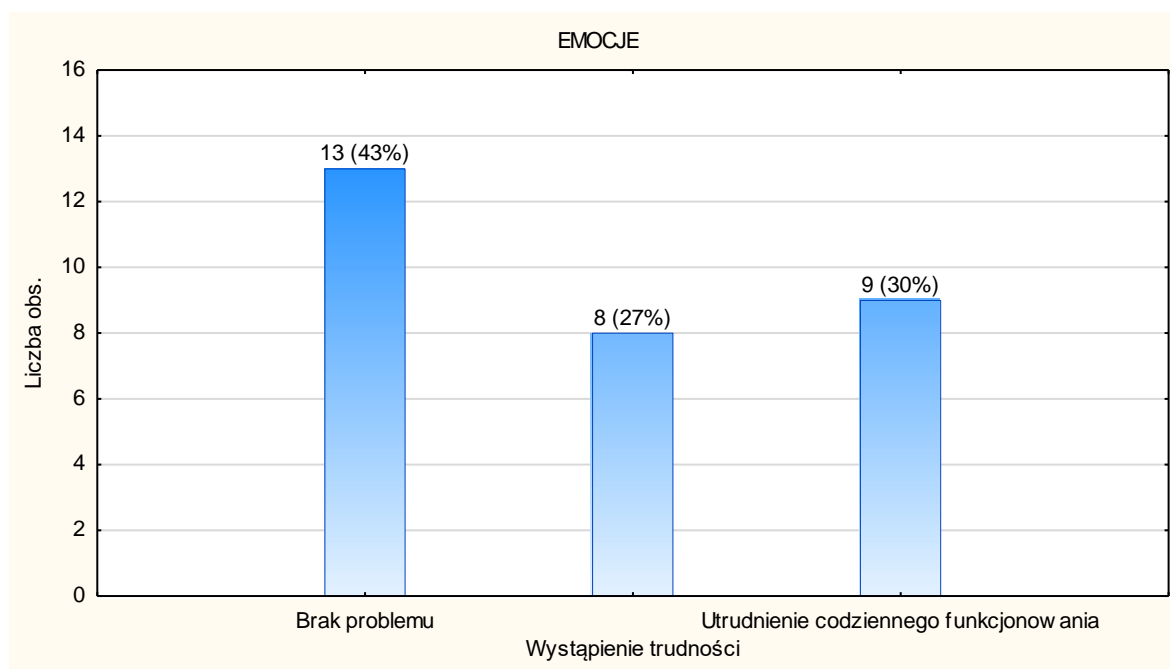


Rycina 49. Analiza podtestu I- kobiety.



Rycina 50. Analiza podtestu I- mężczyźni.

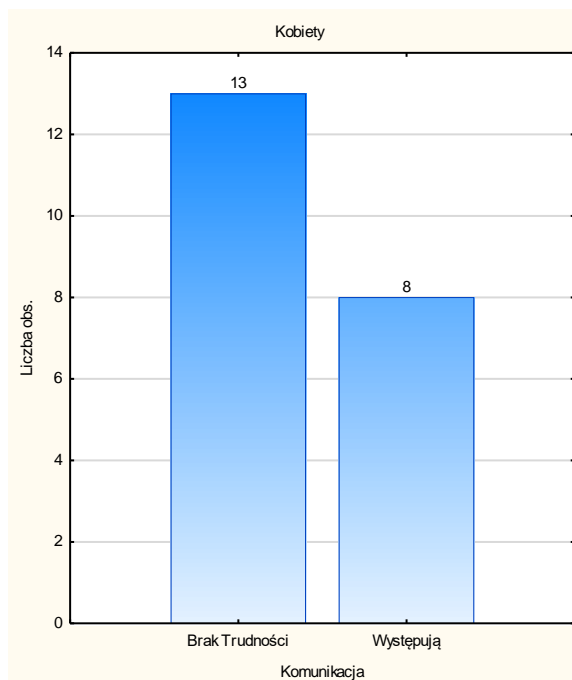
W grupie badanych tylko 9 osób (30%) informowało o tym, że ich stan emocjonalny utrudnia im codzienne funkcjonowanie, pracę zawodową czy życie towarzyskie bądź rodzinne. Większa część respondentów (43%) nie uważa, aby miała jakiegokolwiek problemy w tej sferze (Rycina 17).



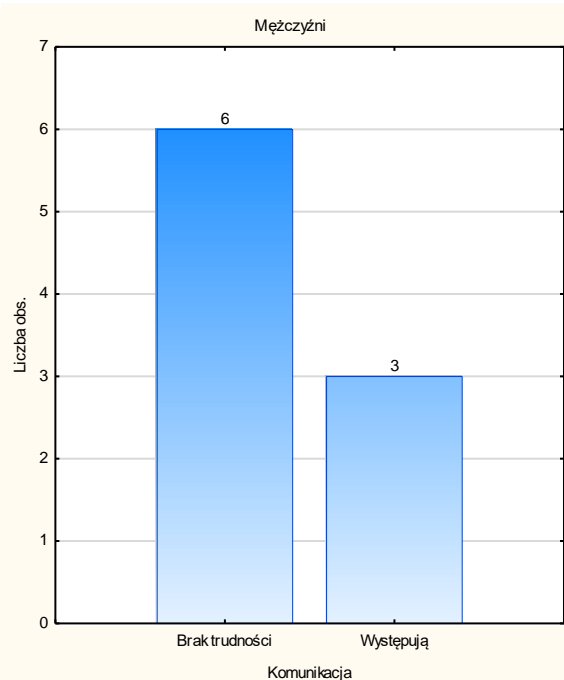
**Rycina 51. Analiza wpływu choroby na stan emocjonalny oddziałujący na codzienne funkcjonowanie.**

#### **Podskala dotycząca porozumiewania się**

W grupie 21 kobiet tylko 8 deklaruje, że ma problemy z mową i porozumiewaniem się. Większość z nich (62%) nie informuje o takich trudnościach. Podobnie wśród przebadanych mężczyzn również większość z nich nie wskazuje, że ma problemy z komunikacją. Tylko 3 osoby z 9 deklarują, że zauważają u siebie kłopoty w tym obszarze (Rycina 18, Rycina 19).

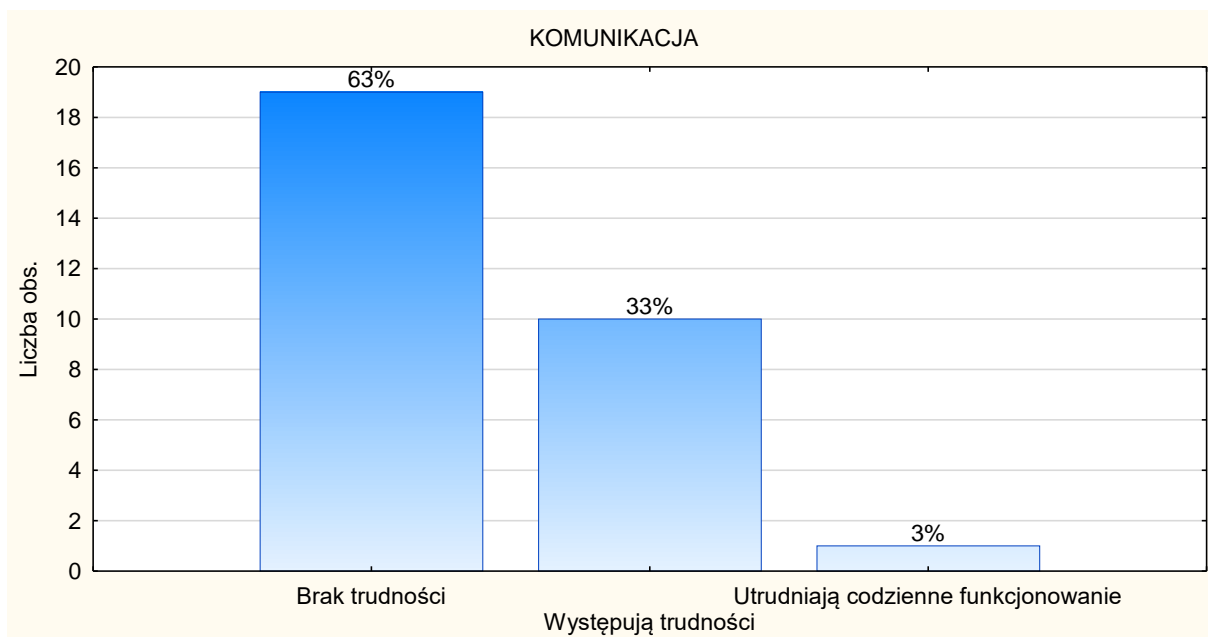


Rycina 52. Analiza podtestu II- kobiety.



Rycina 53. Analiza podtestu II- mężczyźni.

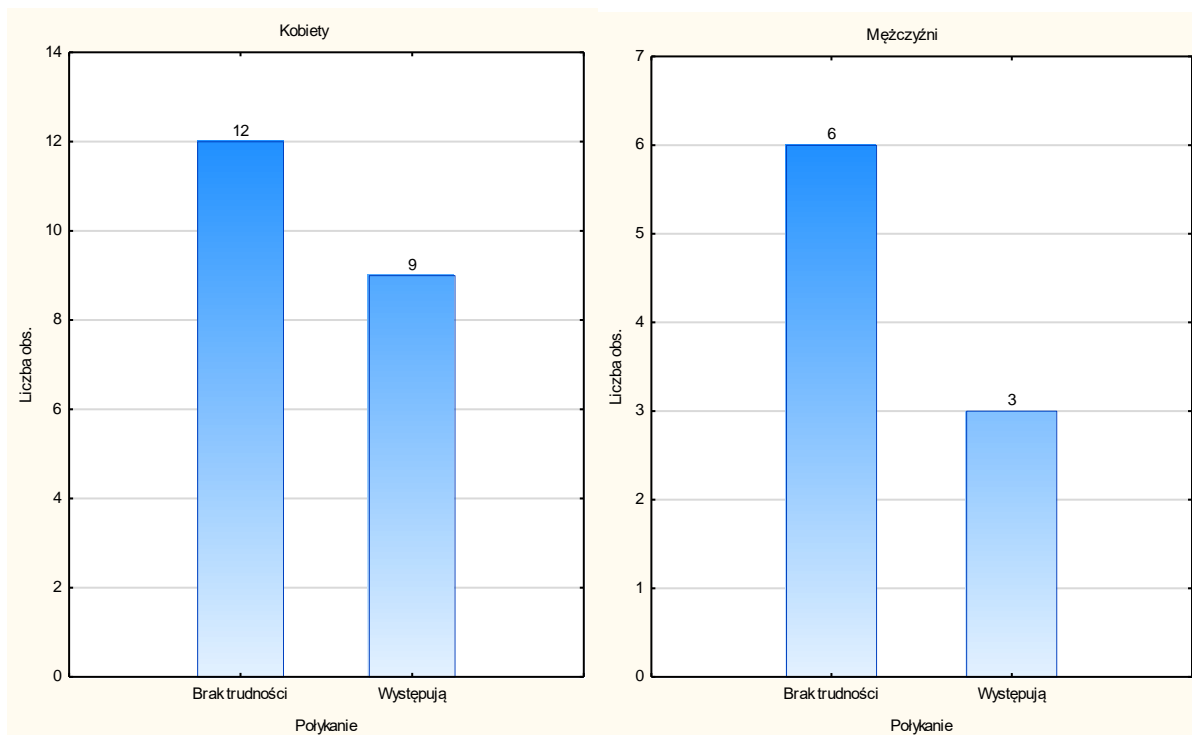
Tylko 3% przebadanych pacjentów zgłosiło, że problemy z mową i porozumiewaniem się utrudniają im codzienne funkcjonowanie i wykonywanie różnych czynności. Większość respondentów uważa, że nie ma problemu w tym obszarze (Rycina 20).



Rycina 54. Analiza wpływu choroby na mowę i porozumiewanie się oddziałujące na codzienne funkcjonowanie.

### Podskala dotycząca połykania

Porównywalna jest liczba kobiet chorych na stwardnienie rozsiane, odczuwających i nie zgłaszających problemów z połykaniem. 12 osób (57%) poinformowało o braku trudności z połykaniem, 9 osób (43%) zgłosiło, że ma problem w tej sferze. W przypadku mężczyzn większość badanych zaznaczyło brak jakiegokolwiek trudności (Rycina 21, Rycina 22).

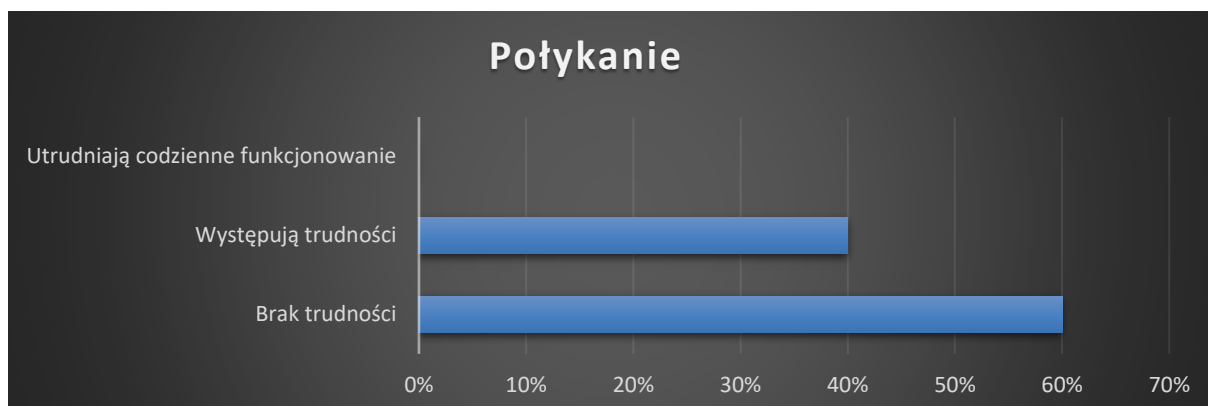


Rycina 55. Analiza podtestu III- kobiety.

Rycina 56. Analiza podtestu III- mężczyźni.

40% badanych pacjentów ze stwardnieniem rozsianym zgłosiło problemy z połykaniem, ale u żadnego z respondentów ten problem nie okazał się na tyle poważny, aby wpłynąć w jakikolwiek sposób na codzienne funkcjonowanie. Większość chorych (60%) nie odczuwa takich trudności w ogóle (Rycina 23).

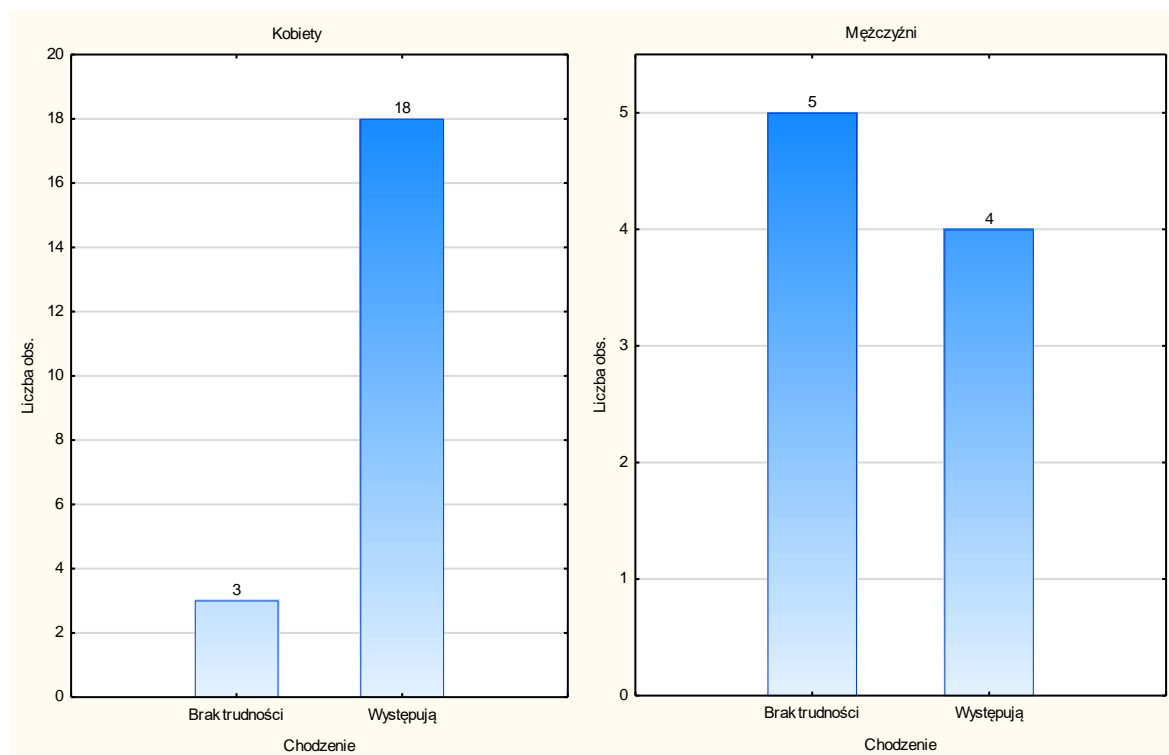




**Rycina 57. Analiza wpływu zaburzeń połykania na codzienne funkcjonowanie pacjentów z SM.**

#### Podskala dotycząca poruszania się

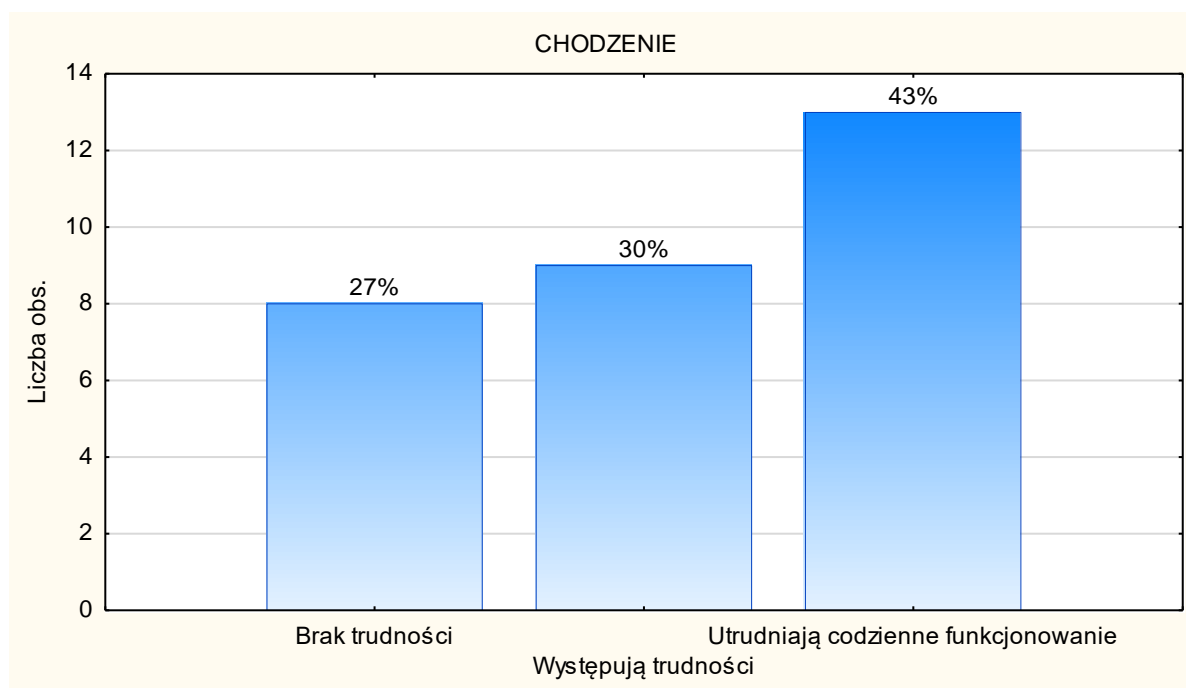
Wśród przebadanych kobiet ze stwardnieniem rozsianym, większość (86%) informowała o występowaniu problemów z poruszaniem się. Tylko 3 osoby (14%) nie zgłaszały takich trudności. Mniejsza grupa przebadanych mężczyzn również zauważała u siebie kłopoty z poruszaniem się (Rycina 24, Rycina 25).



**Rycina 58. Analiza podtestu IV- kobiety.**

**Rycina 59. Analiza podtestu IV- mężczyźni.**

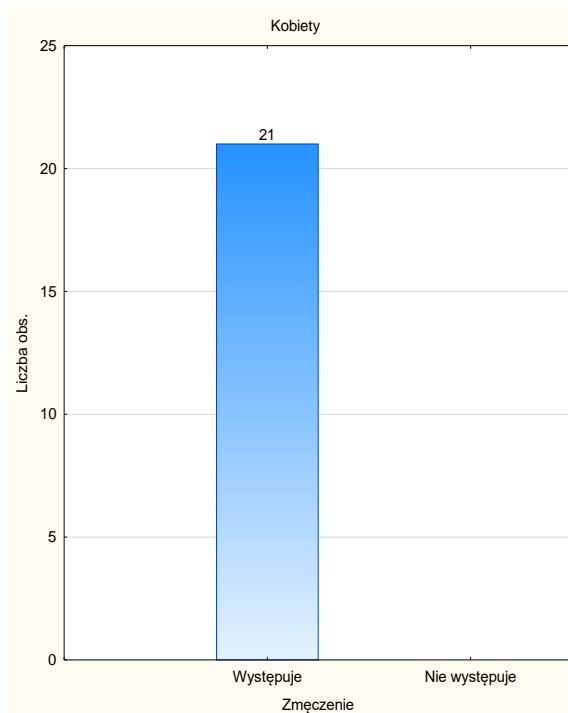
W grupie 30 przebadanych osób 30% dostrzega występowanie problemów z poruszaniem się w związku z chorobą i aż 43% z nich deklaruje, że te trudności mają wpływ na wykonywanie codziennych czynności i istotnie je utrudniają (Rycina 26).



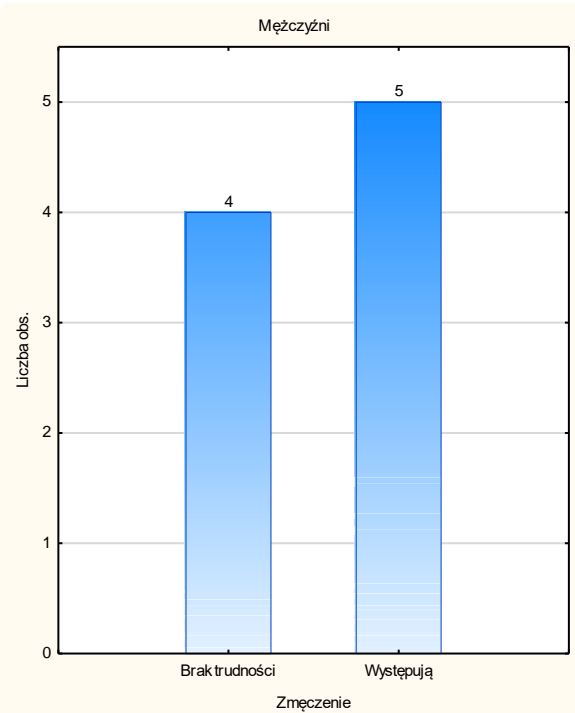
**Rycina 60. Analiza wpływu problemów z poruszaniem się na codzienne funkcjonowanie pacjentów z SM.**

#### **Podskala dotycząca zmęczenia**

W grupie kobiet chorych na stwardnienie rozsiane, wszystkie zadeklarowały, że odczuwają nasiloną męczliwość. Wśród mężczyzn nieznacznie więcej (N=5) badanych również informowało o występowaniu zmęczenia. Codzienne zmęczenie nie dotyczyło tylko 4 osób (44%) (Rycina 27, Rycina 28).

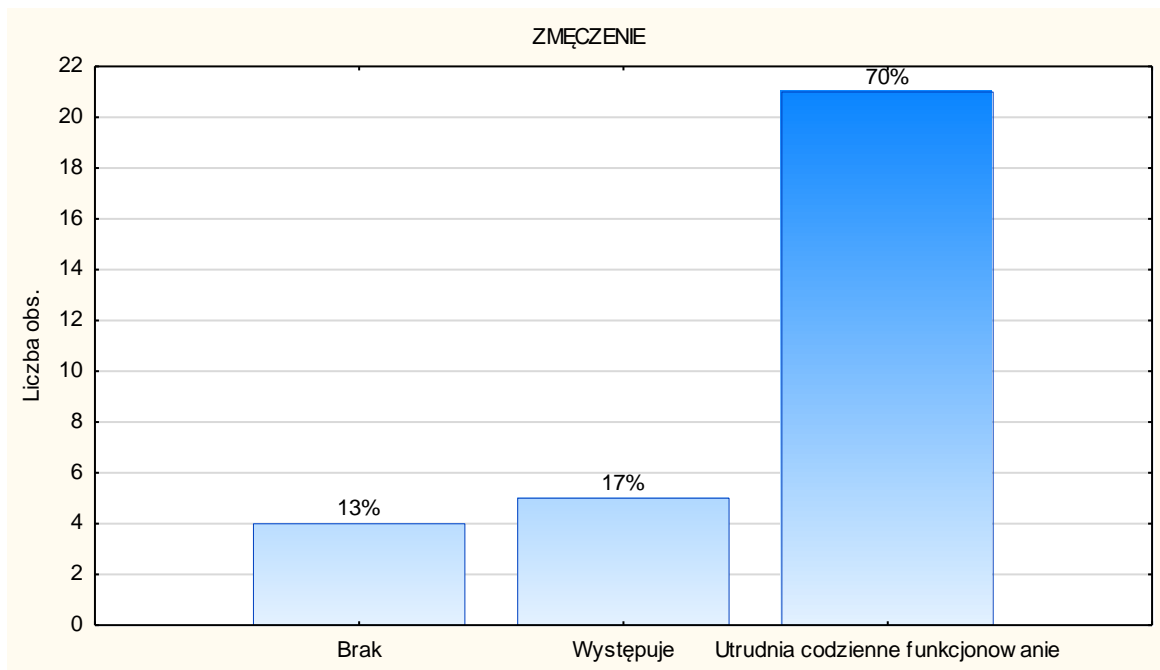


Rycina 61. Analiza podtestu V- kobiety.



Rycina 62. Analiza podtestu V- mężczyźni.

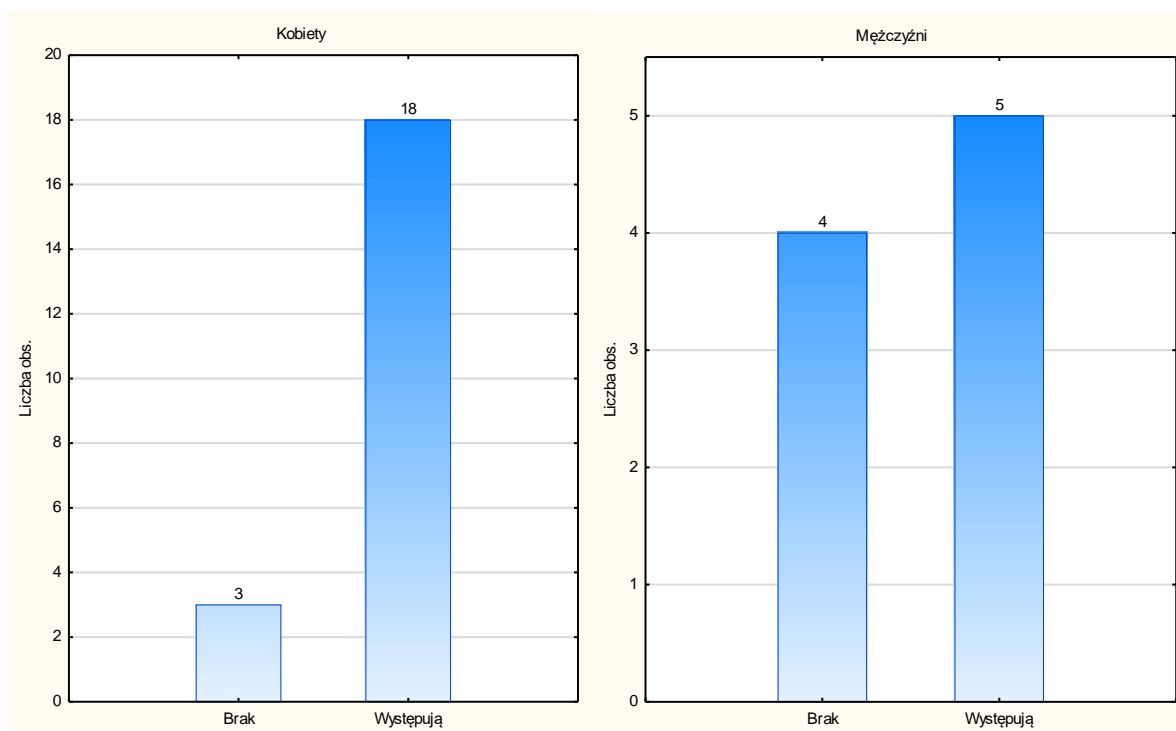
Tylko 13% przebadanych osób nie deklaruje występowania nasilonej męczliwości. 70% respondentów zauważa wpływ zmęczenia na codzienne funkcjonowanie i wykonywanie podstawowych czynności (Rycina 29).



Rycina 63. Analiza wpływu zmęczenia na codzienne funkcjonowanie badanych.

**Podskala dotycząca występowania innych objawów takich jak ból, zawroty głowy czy nudności**

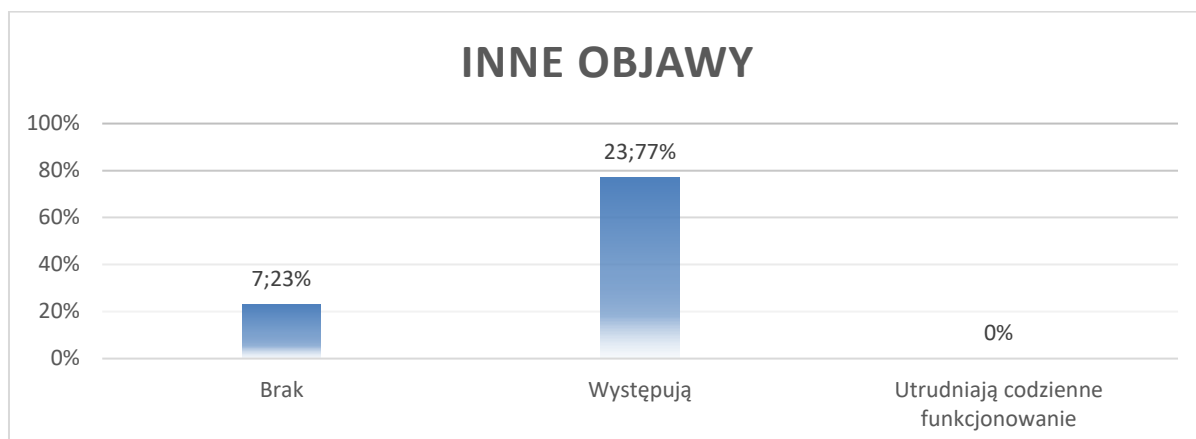
Tylko 3 osoby (14%) wśród kobiet nie zgłosiło występowania innych objawów. Większość (86%) informowała o występowaniu bólu, zawrotów głowy czy nudności. U mężczyzn 5 osób (66%) również podkreślała obecność wyżej wymienionych dolegliwości (Rycina 30, Rycina 31).



**Rycina 64. Analiza podtestu VI- kobiety.**

**Rycina 65. Analiza podtestu VI- mężczyźni.**

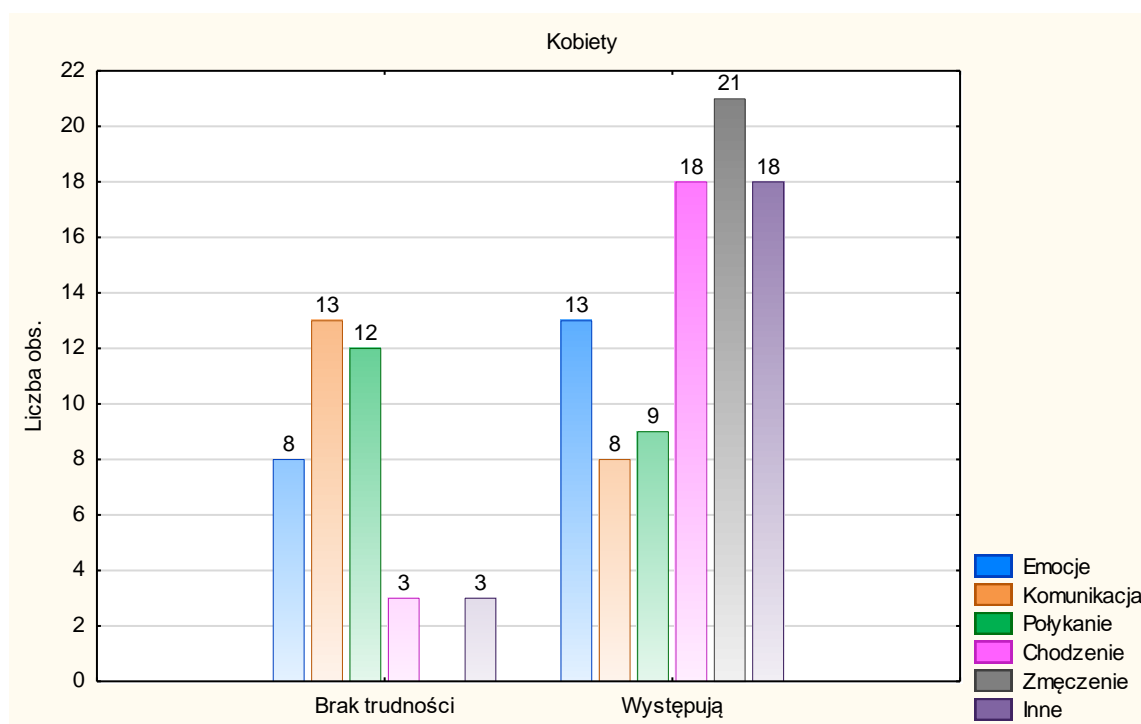
Wśród 30 osób ze stwardnieniem rozsianym występowanie innych objawów zgłosiło 77% badanych, natomiast nikt nie informował, aby te dolegliwości utrudniały wykonywanie codziennych czynności lub w jakikolwiek sposób wpływały na funkcjonowanie pacjentów w ciągu dnia (Rycina 32).



**Rycina 32. Analiza wpływu innych objawów SM na codzienne funkcjonowanie.**

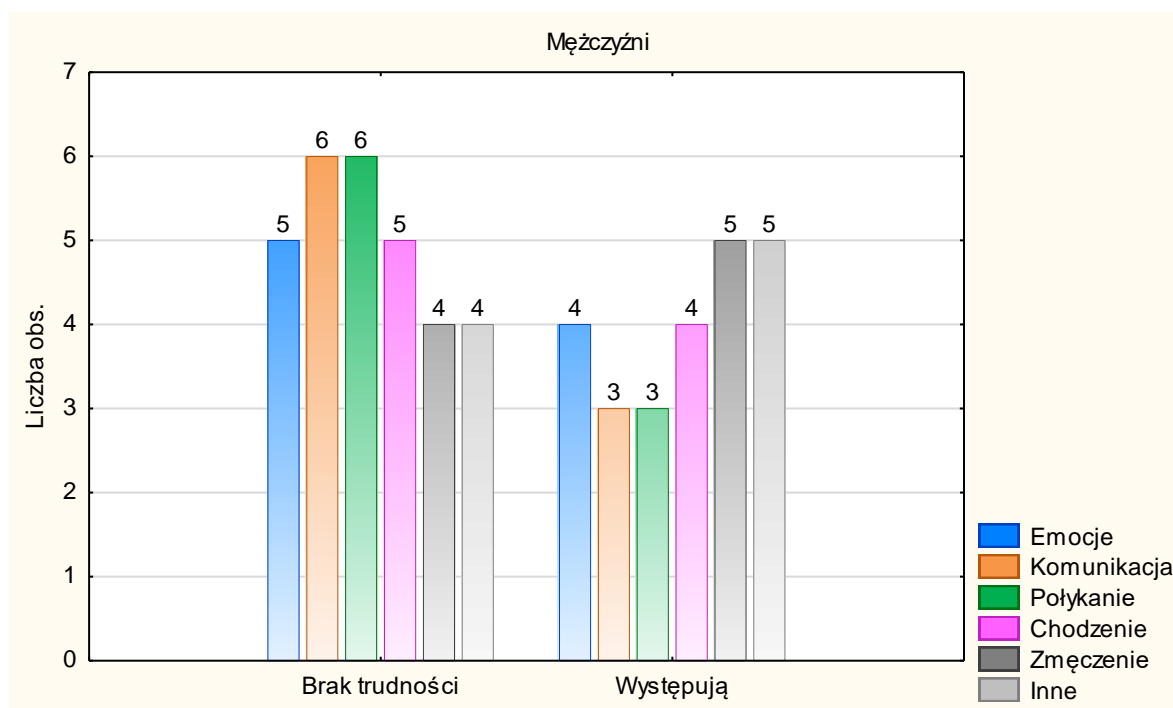
### *Podsumowanie wyników względem płci*

Najwięcej kobiet (N=21) informowało o występowaniu zmęczenia pozostającego w związku z chorobą. Nieco mniej osób dostrzegało występowanie problemów z poruszaniem się oraz objawów określonych jako inne (N=18). Najmniej badanych zwróciło uwagę na trudności z komunikacją (N=8) (Rycina 33).



**Rycina 33. Analiza odpowiedzi badanych kobiet w poszczególnych podskalach.**

W przypadku mężczyzn chorych na stwardnienie rozsiane najczęściej informowało o występowaniu zmęczenia oraz innych objawów związanych z chorobą (N=5). Nieco mniej (N=4) dostrzegało również u siebie problemy z emocjami oraz poruszaniem się (N=4). Badani odczuwali najmniej trudności z połykaniem oraz mową i porozumiewaniem się (N=3) (Rycina 34).



Rycina 34. Analiza odpowiedzi badanych mężczyzn w poszczególnych podskalach.

## DYSKUSJA

Stwardnienie rozsiane (SM) jest przewlekłą, zapalną, neurodegeneracyjną chorobą układu nerwowego. Etiologia SM nie została do końca poznana, ale wielu specjalistów podkreśla znaczenie układu immunologicznego. Współczynnik zachorowalności na to schorzenie bardzo się waha i występuje w przedziale od 15 do 180 przypadków na 100 000 osób a według danych epidemiologicznych w Polsce wynosi 92/100 000 osób. SM jest główną przyczyną niepełnosprawności u młodych ludzi, ale coraz częściej występuje po 40 a nawet 60-tym roku życia. Nieodłącznym elementem zmagania się z chorobą jest obniżenie jakości życia, która może ulec poprawie dzięki wdrożeniu odpowiedniego leczenia oraz rehabilitacji [1, 2, 11].

Stwardnienie rozsiane wpływa na funkcjonowanie człowieka. W przebiegu tej choroby, pacjent zmagają się z niedowładem, spastycznością, drżeniem, zaburzeniami równowagi, ataksją, zaburzeniami czucia oraz widzenia. Wśród objawów mogą występować również zaburzenia funkcji poznawczych, zaburzenia depresyjne i zespół zmęczenia. U około 40% pacjentów z SM występują zaburzenia mowy, najczęściej przyjmujące postać dyzartrii (głównie ataktycznej, spastycznej lub mieszanej) [13, 14].

Celem prezentowanej pracy była ocena jakości życia chorych na stwardnienie rozsiane ze szczególnym uwzględnieniem zdolności komunikacyjnych.

Oceną jakości życia u chorych na stwardnienie rozsiane zajmował się w swojej pracy Obara J. i wsp. [12]. Według badań przeprowadzonych przez autorów choroba dotyka kobiety dwukrotnie częściej niż mężczyźni. Przebadał oni grupę 30 osób chorych na SM. Wśród nich było 19 kobiet (63%) i 11 mężczyzn (37%). Autorzy podkreślali również, że miejsce zamieszkania tych chorych może wpływać na ich jakość życia, z uwagi na dostępność do świadczeń medycznych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych. W grupie respondentów prezentowanej pracy około 60% stanowiły osoby mieszkające w mieście. Tylko 40% osób mieszkało na wsi. Mimo, iż celem niniejszego badania nie była ocena badanej populacji i analiza jej charakterystyki, okazało się, że podobnie jak w badaniu Obary i wsp. wśród pacjentów większą część stanowiły kobiety, a znaczna ilość respondentów pochodziła z miasta. Hincman I. oraz Kupcewicz E. [31], wykazały, iż pacjenci ze stwardnieniem rozsianym to osoby znajdujące się między 21, a 60 rokiem życia. Natomiast średnia wieku pacjentów to 49 lat. Podobnie w niniejszej pracy przedział wiekowy chorych na SM wyniósł 24-68 lat, a średnia wieku to 44.

W prezentowanej pracy oceniano obniżenie jakości życia w zakresie poszczególnych sfer funkcjonowania u chorych na stwardnienie rozsiane. Okazało się, że w subiektywnej ocenie pacjentów, najbardziej dotkliwym dla badanych objawami są przewlekłe zmęczenie (87%), problemy z poruszaniem się (73%) oraz trudności emocjonalne (57%). Zaburzenia komunikacji zgłosiło jedynie 37% respondentów. Uzyskane wyniki są zgodne z danymi Bejer A. i Ziemy J. [32], które w swojej pracy zobrazowały, iż w grupie badanej najczęstszym objawem choroby była znaczna męczliwość i dotyczyła ona aż 90% respondentów. O istniejących niedowładach kończyn informowało ok. 50% chorych na stwardnienie rozsiane. Istotnym problemem okazała

się także labilność emocjonalna (45%). W badaniu autorek zaburzenia dotyczące mowy i porozumiewania się stanowiły 13%, nieco mniej niż w prezentowanej pracy.

W niniejszej pracy do oceny jakości życia użyto wersji skróconej Skali Niepełnosprawności Neurologicznej Szpitala Guy, zmodyfikowanej na potrzeby badania. Skala ta bada w sposób subiektywny 12 obszarów funkcjonowania chorych na SM, które są związane z zaburzeniami poznawczymi, trudnościami emocjonalnymi, problemami ze wzrokiem, mową czy połykaniem, niepełnosprawnością kończyn górnych i dolnych, upośledzoną pracą pęcherza i jelit, problemami seksualnymi oraz zmęczeniem i innymi objawami. Z uwagi na fakt, iż głównym celem badania była ocena jakości życia w kontekście zaburzeń komunikacyjnych zdecydowano się na użycie skróconego kwestionariusza.

Jednym z celów badania była analiza związków między oceną jakości życia w wybranych obszarach funkcjonowania, u chorych na stwardnienie rozsiane. Wybrane publikacje ograniczają się jedynie do opisu poszczególnych elementów wpływających na ocenę jakości życia, nie korelując tego między sobą. Brak jest badań analizujących obecność ewentualnych związków między jakością życia w domenie komunikacji i w zakresie innych obszarów funkcjonowania, u chorych na stwardnienie rozsiane. W prezentowanej pracy, podjęto próbę analizy zależności między zaburzeniami komunikacji, ich wpływem na jakość życia a problemami emocjonalnymi, trudnościami z połykaniem, poruszaniem się, występowaniem zmęczenia oraz innymi objawami towarzyszącymi SM. Zauważono, że w przebadanej grupie respondentów, zbliżona liczba osób przejawiała problemy związane zarówno z mową jak i połykaniem. Trudności z komunikacją zgłosiło 37% badanych (N=11), natomiast z połykaniem 40% (N=12). Zależność ta okazała się istotna statystycznie. Znacznie większa część respondentów- 17 osób (57%) podkreślała trudności emocjonalne niż istnienie zaburzeń mowy (43%). Większa procentowo część pacjentów z SM (73%) zgłaszała również problemy z poruszaniem się. Odczuwanie nadmiernego zmęczenia także okazało się bardziej dotkliwe dla chorych na stwardnienie rozsiane (87%) niż trudności związane z mową i porozumiewaniem się, niemniej nie osiągnięto istotnych statystycznie zależności. Niewykluczone, że brak istotności statystycznej uzyskanych danych wynika to z małej liczebności grup badanych osób. Powyższe wyniki wskazują jednak na fakt, iż stwardnienie rozsiane poprzez wpływ na znaczną ilość sfer funkcjonowania obniża jakość życia pacjentów.



W największym stopniu chorzy zwracają uwagę na znaczne trudności w poruszaniu się i nasilone zmęczenie.

Skalska-Izdebska R. [33] w swojej pracy badała wpływ jaki stwardnienie rozsiane wywiera na codzienne funkcjonowanie pacjentów oraz ich aktywność społeczną. Badania pokazują, że tylko u 4% badanych choroba nie wpływała na wykonywanie codziennych czynności, a 29% respondentów ograniczała swoje kontakty do osób z rodziny. Jak wskazuje D. Ochojska, może to być związane bezpośrednio z objawami choroby, między innymi z trudnościami związanymi z poruszaniem się, które nie dotyczą tylko 30% ankietowanych.

Krajewski S. [34] badając zależność między występowaniem patologicznego zmęczenia, a płcią pacjenta wykazał, że problem ten dotyczy najliczniejszej grupy chorych (70%). Wśród nich ok. 20-40% informowało, że wpływa ono na wykonywanie codziennych czynności, a także znacząco obniża jakość relacji z najbliższymi, w wyniku ograniczenia kontaktów z bliskimi. Dodatkowo wykazano, że nie istnieją istotne statystycznie korelacje między występowaniem zmęczenia w stwardnieniu rozsianym, a płcią respondentów. Powyższe dane potwierdzają również badania własne. Zmęczenie dotyka największej ilości respondentów (87%) a uczucie zmęczenia utrudnia codzienne aktywności aż u 70% badanych.

Krajewski S. i wsp. [35] w jednej ze swoich prac badali wpływ poszczególnych objawów stwardnienia rozsianego na aktywność zawodową i funkcjonowanie pacjentów. Przebadali oni grupę 198 osób. Wykazali, że najbardziej istotne okazały się trudności z poruszaniem się (64%). Mniej dotkliwym objawem, wpływającym na wykonywanie codziennych obowiązków było zmęczenie (56%). Wpływ trudności emocjonalnych podkreślało 19% chorych, a zaburzeń mowy- 11%. Z badań własnych, przeprowadzonych co prawda na mniejszej grupie pacjentów (N=30), również wynika, iż największy wpływ na codzienne funkcjonowanie u tych pacjentów ma zmęczenie (70%). Duża grupa chorych informowała także, że codzienną aktywność utrudniają im problemy z poruszaniem się (43%). Nieco mniej znaczący wpływ na te czynności wywierały trudności emocjonalne (30%) a najmniej zaburzenia mowy i porozumiewania się (3%).

Celem badania była również ocena występowania różnic między oceną jakości życia, wyrażoną odpowiedziami badanych w poszczególnych podskalach, przez kobiety i mężczyzn. W obu grupach wyniki przedstawiają się podobnie. Najwięcej kobiet (N=21) informowało o występowaniu zmęczenia pozostającego w związku z chorobą. Nieco mniej badanych

dostrzegano występowanie problemów z poruszaniem się oraz objawów określonych jako inne (N=18). Najmniej pacjentów zwróciło uwagę na trudności z komunikacją (N=8). W przypadkach mężczyzn chorych na stwardnienie rozsiane również najczęściej informowało o występowaniu zmęczenia oraz innych objawów związanych z chorobą (N=5). Nieco mniej (N=4) dostrzegano u siebie problemy z emocjami oraz poruszaniem się (N=4). Natomiast najmniej trudności badani odczuwali w związku z połykaniem oraz mową i porozumiewaniem się (N=3).

Stwardnienie rozsiane dotyczy młodych dorosłych i powoduje znaczące zmiany stylu życia całej rodziny. Wielobjawowy obraz kliniczny choroby w znaczący sposób obniża jakość życia pacjentów, wpływając na ich codzienne funkcjonowanie. Znaczna część chorych na stwardnienie rozsiane cierpi na zaburzenia mowy, które utrudniają kontakty społeczne. W celu lepszej oceny jakości życia i analizy wpływu zaburzeń komunikacyjnych na tę ocenę, wskazana jest kontynuacja badań na większej grupie pacjentów.

## **WNIOSKI**

1. Uczucie zmęczenia oraz występowanie bólu, zawrotów głowy, nudności i problemów z poruszaniem się w największym stopniu obniżają jakość życia chorych na stwardnienie rozsiane
2. Nieliczna grupa chorych na stwardnienie rozsiane doświadcza obniżenia jakości życia wynikającego z wpływu zaburzeń komunikacyjnych na codzienną aktywność.
3. Nie wykazano istotnych statystycznie zależności między obniżeniem jakości życia spowodowaną utrudnieniem komunikacji a labilnością emocjonalną, trudnościami z poruszaniem się, patologicznym zmęczeniem.
4. Utrudnienie w komunikacji oraz zaburzenia połykania w podobnym stopniu powodują obniżenie jakości życia chorych na stwardnienie rozsiane.
5. Obniżenie jakości życia spowodowane zaburzeniami w zakresie komunikacji dotyczy zarówno kobiet, jak i mężczyzn chorych na stwardnienie rozsiane.

## **PIŚMIENNICTWO**

1. Potemkowski A., Ratajczak A.: Psychologiczne i społeczne problemy dzieci w rodzinie ze stwardnieniem rozsianym. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 2017, 13(3), 132-136.

2. Pasek J., Opara J., Pasek T., Pasek-Manierak A., Sieroń A.: Rehabilitacja w stwardnieniu rozsianym- wyzwanie współczesnej medycyny. Aktualności Neurologiczne, 2009, 9(4), 272-276.
3. Rosiak K., Zagożdżon P.: Czynniki środowiskowe w epidemiologii stwardnienia rozsianego. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2012, 93(4), 627-631.
4. Kozera- Strzełińska D., Piechal A.: Witamina D w patogenezie stwardnienia rozsianego. MS Report, 2017, 4(23), 11-14.
5. Turniak M., Głąbiński A.: Rola androgenów w patogenezie i przebiegu klinicznym stwardnienia rozsianego. Nowe możliwości terapii. Aktualności Neurologiczne, 2015, 15(1), 28-24.
6. Bartosik- Psujek H.: Aktualne zasady terapii stwardnienia rozsianego. Aktualności Neurologiczne, 2009, 9(2), 126-131.
7. Garczyński W., Krajewski S.: The attempt conditions for the rehabilitation of patients with multiple sclerosis, depending on the type of clinical disease. Journal of Education, Health and Sport, 2016, 6(7), 35-58.
8. Losy J., Bartosik- Psujek H., Członkowska A., Kurowska K., Maciejek Z., Mirowska-Guzel M., Potemkowski A., Ryglewicz D., Stępień A.: Leczenie stwardnienia rozsianego. Polski Przegląd Neurologiczny, 2016, 12 (2), 80–95.
9. Motl R., Długoński D., Wójcicki T., McAuley E., Mohr D.: Zastosowanie Internetu jako metody komunikacji służącej zwiększeniu aktywności fizycznej u osób ze stwardnieniem rozsianym. Neurologia po Dyplomie, 2010, 6(3), 33-44.
10. Koppa P., Lossy J., Kozubski W.: Zaburzenia snu u pacjentów ze stwardnieniem rozsianym. Postępy Psychiatrii i Neurologii, 2017, 16(3), 251-255.
11. Potemkowski A.: Stwardnienie rozsiane w świecie i w Polsce- ocena epidemiologiczna. Aktualności Neurologiczne, 2009, 9(2), 91-97.
12. Obara J., Maciąg D., Dugiel G., Kucharska K., Cichońska M.: Ocena jakości życia chorych na stwardnienie rozsiane. Acta Scientifica Academiae Ostroviensis, 2012, 1, 71-91.
13. Palasik W.: Zespół zmęczenia, depresja i zaburzenia funkcji poznawczych- podstawowe czynniki zmieniające jakość życia chorych ze stwardnieniem rozsianym. Aktualności Neurologiczne, 2009, 9(4), 267-271.

14. Bartosik- Psujek H., Malec-Milewska M., Berkowicz T., Jędrzejewski B., Radziszewski P., Selmaj K.: Nowoczesne leczenie objawowe w stwardnieniu rozsianym. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 2013, 9(4), 160-171.
15. Kucińska P.: Wybrane przyczyny dyzartrii związane z lokalizacją uszkodzenia w obrębie układu nerwowego. *Otorynolaryngologia*, 2016, 15(1), 8-15.
16. Pietrzyk I., Seniów J.: Dyzartria w klinice osób dorosłych. *Neurologia po Dyplomie*, 2013, 5, 44-49.
17. Zielińska J., Ślusarz R., Zieliński M.: Opis przypadku pacjenta z dyzartrią. *Gerontologia Polska*, 2016, 1(24), 71-74.
18. Czarnecka K.: SM a mowa- jak poprawić swój oddech. *Nadzieja. Kwartalnik Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego*, 2017, 1(107), 7-16.
19. Wasilewski T.P.: Dyzartria jako determinant zaburzeń procesu komunikowania się pacjentów w wybranych chorobach otępiennych mózgu. *Medycyna Rodzinna*, 2017, 3, 244-249.
20. Wnuk M., Zielonka D., Purandare B., Andrzej Kaniewski., Klimberg A., Ulatowska-Szostak E., Palicka E., Zarzycki A., Kamininiarz E.: Przegląd koncepcji jakości życia w naukach społecznych. *Hygeia Public Health*, 2013, 48(1), 10-16.
21. Trzebiatowski J.: Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych. *Hygeia Public Health*, 2011, 46(1), 25-31.
22. Stachowska M., Grabowska M., Szewczyczak M., Talarska D.: Ocena jakości życia chorych ze stwardnieniem rozsianym. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2013, 4(50), 257-261.
23. Cieślik B., Podbielska H.: Przegląd wybranych kwestionariuszy oceny jakości życia. *Inżynieria Biomedyczna*, 2015, 2(21), 102-103.
24. Wnuk M., Marcinkowski J.: Jakość życia w chorobach przewlekłych. *Hygeia Public Health*, 2013, 48(3), 274-278.
25. Muszalik M., Kędziora- Kornatowska K., Sury M., Kornatowski T.: Ocena funkcjonalna pacjentów w starszym wieku w odniesieniu do jakości życia w świetle kwestionariusza Oceny Funkcjonalnej Przewlekłe Chorych. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2009, 90(4), 569-576.
26. Wnuk M., Marcinkowski J.: Jakość życia jako pojęcie pluralistyczne o charakterze interdyscyplinarnym. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2012, 93(1), 21-26.

27. Polek- Duraj K.: Jakość pracy determinantą jakości życia jednostki. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego, 2017, 1(309), 133-142.
28. Kłak A., Mińko M., Siwczyńska D.: Metody kwestionariuszowe badania jakości życia. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2012, 94(4), 632-638.
29. Chrobak M.: Ocena jakości życia zależnej od stanu zdrowia. Problemy Pielęgniarstwa, 2009, 17(2), 123-127.
30. Jabłońska R., Gajewska P., Ślusarz R., Królikowska A.: Ocena jakości życia chorych ze stwardnieniem rozsianym. Problemy Pielęgniarstwa, 2012, 20(4), 442-453.
31. Hincman I., Kupcewicz E.: Wpływ wybranych czynników socjodemograficznych na jakość życia osób chorych na stwardnienie rozsiane. Przedsiębiorczość i Zarządzanie, 2014, 15(12), 281-279.
32. Bejer A., Ziemia J.: Jakość życia chorych na stwardnienie rozsiane, a stopień niepełnosprawności ruchowej. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2015, 4(21), 402-407.
33. Skalska- Izdebska R., Bojczuk T., Hołys E.: Jakość życia u chorych na stwardnienie rozsiane. Young Sport Science of Ukraine, 2011, 3, 277-282.
34. Krajewski S., Dobek A., Zawadka- Kunikowska M., Kowalewski M., Jakimiec R., Kunikowski K.: Zespół przewlekłego zmęczenia problem osób chorych na stwardnienie rozsiane. Hygeia Public Health, 2014, 49(3), 519-525.
35. Krajewski S. Garczyński W., Zawadka M., Kowalewki M., Jakimiec R., Emert M.: Aktywność zawodowa chorych na stwardnienie rozsiane. Hygeia Public Health, 2014, 49(1), 134-141.

## **L'ISTITUZIONALIZZAZIONE DEI SENTIMENTI NEL MONDO CONTEMPORANEO NEL CONTESTO DEL LAVORO INFERMIERISTICO**

**Jolanta Łodzińska**

Instytut Nauk Socjologicznych, Wydział Społeczno-Ekonomiczny,  
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

### **INTRODUZIONE**

La vita umana nel mondo contemporaneo è piena di pericoli, frustrazioni, incessantemente in corsa. Secondo il parere di Krzysztof Konecki e di Beata Pawłowska „molti sociologi sostengono che attualmente abbiamo a che fare con una società a rischio” [1]. Nell’approccio di Ulrich Beck, il pericolo possiede „la stessa forza distruttrice della guerra”. Il linguaggio del pericolo è contagioso, cambia la forma delle disuguaglianze sociali. La povertà sociale è gerarchica, nuovo pericolo invece è democratico. Non se ne parla, dunque, di limitare la democratizzazione del rischio. Esso colpisce i poveri ed i ricchi, coloro che godono di prestigio e di plauso, ma anche coloro che sono meno noti. La scossa comprende tutte le aree di vita sociale. Crollano i mercati, i sistemi giuridici non rispecchiano più lo stato di fatto, i governi sono messi sotto accusa e contemporaneamente ottengono delle nuove opportunità di azione. Stiamo diventati membri di una “comunità globale di pericoli”. I pericoli non sono più una questione interna del paese, nel quale nacquero e nessun paese è in grado di combatterli in autonomia. Sta emergendo una "politica interna globale". È proprio il progresso della scienza, osserva Beck – mette in dubbio il ruolo degli esperti. Le scienze e le loro tecniche di visualizzazione hanno messo seriamente in questione il principio „non vedo il rischio, quindi il rischio non esiste”. Lo sviluppo della scienza non necessariamente riduce il rischio, ma acuisce la consapevolezza della sua esistenza [2]. Sorge quindi la riflessione, in che modo questo stato di cose influenza a lungo termine la psiche umana? Lo stato d’animo è in noi determinato dal timore [3].

Non c’è dubbio che il mondo moderno stia subendo dei cambiamenti profondi, addirittura rivoluzionari, che modificano seriamente, e in molti casi drasticamente, lo stato attuale delle cose. Questo vale per quasi tutti i settori della vita politica, economica, culturale e sociale di quasi tutte le società del globo terrestre, anche quelle più chiuse. Usando termini

figurativi, si potrebbe dire che attualmente il mondo è in ebollizione, mentre la sua forma futura rimane un grande mistero – come succede abitualmente nei periodi di svolta. I fenomeni ed i processi di questo tipo, hanno ovviamente delle cause e dei condizionamenti diversi, più o meno visibili, i quali, certamente non sono di facile spiegazione né classificazione. Per la loro analisi e comprensione, non è sufficiente utilizzare alcuni concetti-”grimaldelli” provenienti da vari campi, come ”postmodernismo” oppure “globalizzazione” [4]. In questo contesto generale, emerge l’atteggiamento di un’infermiera la quale espleta un lavoro associato a un maggiore rischio, in cui lo stato emotivo gioca un ruolo chiave.

### ***Profilo infermieristico***

Esistono molte definizioni differenti di assistenza infermieristica, la quale, insieme al suo sviluppo ed ai cambiamenti socioeconomici acquisivano significati diversi. Secondo Florence Nightingale, l’assistenza infermieristica consiste nel fornire all’uomo, con il minore coinvolgimento da parte sua, delle condizioni ambientali che sono indispensabili affinché la natura non incontri ostacoli nel garantire la salute al paziente [5]. Per Dorota Orem, a sua volta, „l’assistenza infermieristica è un servizio sociale, poiché significa accudire coloro che non sono in grado di provvedere a se stessi. È anche un’arte che richiede la padronanza di conoscenze e abilità specifiche (...) L’assistenza infermieristica è anche un campo di competenze a parte e una disciplina pratica” [5]. La storia di assistenza infermieristica fornisce numerosi esempi di figure di riferimento in questo ambito. Grazie a loro avvenne un cambiamento nella mentalità sociale. Le infermiere cessarono di essere associate alla cuffia che portavano, ma iniziarono ad essere viste come delle professioniste. Tra queste persone possono essere annoverate indubbiamente Stanisława Leszczyńska, Alina Rumun, Anna Rydlówna e Hanna Chrzanowska [6].

L’infermiera, ostetrica esercitano una professione conformemente alle conoscenze mediche attuali, con i metodi e con i mezzi accessibili, secondo i principi di etica professionale, e con particolare diligenza (art. 18 della Legge del 5 luglio 1996 *sulle professioni di infermiera e di ostetrica*). Tuttavia, il legislatore non spiega come dovrebbe essere applicata la particolare diligenza da lui evocata. In questo caso bisogna partire dal presupposto che l’infermiera e l’ostetrica dovrebbero svolgere le loro funzioni in modo tale, da non commettere errori che, nel fornire assistenza o svolgere una determinata attività connessa alla loro professione, potrebbero essere molto probabilmente commessi da persone che non hanno le conoscenze e le competenze



specialistiche richieste per ottenere la qualifica professionale di un'infermiera o un'ostetrica [6]. A carico di un'infermiera può essere imposta la responsabilità civile per un danno causato al paziente o alla sua famiglia, nel caso in cui a seguito delle sue attività professionali, come negligenza o omissione, il paziente avrebbe perso o diventerebbe limitato nella capacità di svolgere un determinato lavoro, oppure nel caso di invalidità permanente o morte [7]. In che modo, a lungo termine, il lavoro svolto sotto pressione di tempo, nelle situazioni stressanti, può influire sullo stato mentale di una persona che lavora a turni (ma non nel ritmo fisiologico), come nel caso dell'orario di lavoro del personale infermieristico? Quali sono le emozioni che accompagnano le infermiere al lavoro e al di fuori del lavoro? Sono in grado di affrontarle? Il tipo di assunzione ha qualche significato nel processo di sentire l'emozione? Che cosa è determinante per l'apparire o il non apparire dell'emozione? I fattori esteriori oppure interiori svolgono qui un ruolo significativo? Speriamo che la ricerca condotta su un gruppo specifico di infermiere ci consenta di ottenere delle risposte alle nostre domande.

Il problema dell'atteggiamento umano nei confronti della propria attività intenzionale è stato sollevato tra l'altro nella teoria di Julian Rotter [8,9]. Lui ha scoperto una regola, secondo la quale l'uomo ha un concetto generale di controllo interiore sull'ambiente oppure di un controllo esteriore che si trova al di fuori di lui. Le dette il nome di percezione dei luoghi di controllo (locus of control). Il luogo di controllo interiore caratterizza le persone le quali credono che ogni evento è direttamente collegato con quello che stanno facendo oppure intendono fare, che gli eventi dipendono da loro stessi e non da condizioni esterne [10].

### ***Problematica delle emozioni***

La questione delle emozioni negli studi relativi alla società contemporanea rientra in una maniera sempre più forte nell'ambito di interesse dei sociologi di varie specializzazioni. In questo modo, incrociandosi nei vari campi con gli altri, nacque una sotto-disciplina molto interessante, denominata sociologia delle emozioni. Si è scoperto che bisogna affrontare la sfida di un esame più approfondito delle emozioni, nel campo delle strutture sociali, del potere, delle organizzazioni formali, ma anche nel campo di vivere le emozioni nei mondi sociali differenti (come per esempio nel mondo sociale di vari gruppi religiosi o para-religiosi) oppure l'eccitazione di un individuo che appare "in massa" oppure nei gruppo o nelle istituzioni politiche. Inoltre, le emozioni sperimentate risultano importanti nel contesto di lavoro e dell'arte. Tutta la nostra vita quotidiana è piena di lavoro svolto sulle emozioni, carico di



sviluppo di strategie e tattiche per affrontarle. Le emozioni colorano il mondo, ma lo strutturano pure, mentre le emozioni di massa neutralizzano il modo di pensare e l'argomentazione razionale non soltanto a livello individuale [11].

Konecki e Pawłowska sottolineano che: „ciò che sembra personale e privato, alla fine non lo è. Assumere i ruoli degli altri, compresa la generalizzazione dell'altro, costituisce la base della tecnica del lavoro sulle emozioni. Il lavoro individuale sulle emozioni, spesso associato alla riduzione dello stress, consente di ricostruire i legami sociali, raggiungere un equilibrio tra il distanziarsi ed essere vicino agli altri. L'individuo, controllando le sue emozioni, lavora per costruire i legami sociali, si tratta quindi di un lavoro importante per l'ordine sociale. Tuttavia, il lavoro sulle emozioni è associato alle interazioni con la natura, l'individuo deve affrontare e gestire da solo le proprie emozioni primordiali, ad esempio paura, rabbia, tristezza” [1].

La sociologia delle emozioni sta diventando sempre più popolare e la questione delle emozioni viene sempre più spesso trattata in vari studi sulle attività umane. Sebbene l'approccio all'analisi della società basato sull'azione che ci troviamo di fronte nella sociologia di interazioni (drammaturgia, etnometodologia, analisi conversazionale, interazionismo simbolico) spesso esclude le esperienze vissute come argomento significativo per l'analisi, è difficile, alla luce di molti studi empirici, escludere la componente emozionale dall'analisi delle azioni. Le emozioni ci accompagnano nel processo di pensiero, nell'azione, sono un elemento costitutivo della parte narrativa, dell'introspezione, dei riferimenti retrospettivi, dell'autoanalisi, dell'auto-definizione, della manipolazione, della creazione, dei processi creativi e delle motivazioni usate per razionalizzare le attività. Lo spettro delle manifestazioni emotive come fattore significativo delle attività è molto ampio. Il processo di pensiero che accompagna il comparire delle emozioni e la loro denominazione non è qui un elemento limitante per l'analisi, ma piuttosto un fattore che la attiva, e alla fin fine è necessario per identificare le emozioni e per la tipizzazione sia a livello colloquiale che scientifico. Di conseguenza, questo processo di pensiero fa emergere delle categorie linguistiche che danno un nome agli stati mentali specifici, chiamandoli emozioni e indicano delle etichette emozionali concrete. Nondimeno, il processo di pensiero è spesso limitato da alcuni fenomeni che non possono essere razionalmente padroneggiati, auto-analizzati e gestiti. Appare qui il fenomeno del subconscio e della repressione, oggetto di particolare interesse di Thomas Scheff, incluso nella sua analisi delle emozioni [12].

Secondo Charles Mills, l'unica sfera della vita professionale in cui potrebbe rimanere la "libertà di azione", la sfera della propria personalità, deve pure essere soggetta a controllo, deve essere uno strumento vigile, sebbene assolutamente obbediente, della distribuzione dei beni [13]. Soprattutto quando bisogna accudire un'altra persona, nella situazione in cui la sua salute e la sua vita sono nelle mani del personale medico. La componente emotiva nel lavoro è di carattere potenzialmente positivo. Nessun paziente vuole avere a che fare con una infermiera o con un medico rozzo o impertinente, nessun cliente dovrebbe imbattersi in un assistente sociale sgradevole oppure in un ufficiale arrogante, il quale evita il contatto visivo, impedendo di rivolgergli qualsiasi richiesta. Imperfezioni e trascuratezze di cortesia nelle persone retribuite per dimostrare la cortesia, sono un fenomeno reale e frequente. Grazie a questo possiamo scoprire quanto siano fragili i principi della convivenza civile con gli altri. Bisognerebbe porsi la domanda, di che cosa è fatto il tessuto della società e quali sono i requisiti che si pongono davanti a coloro che dovrebbero curare la sua bellezza. I casi di indolenza e di trascuratezza nel lavoro emotivo portano a domande chiave. Cos'è il lavoro emotivo? Cosa sono davvero le emozioni? Cosa facciamo quando seguiamo le nostre emozioni? Quali effetti sociali comporta l'attività svolta in un modo emotivo? E infine, quali sono i costi nonché i benefici della gestione delle emozioni nella vita privata e professionale? [14]. Secondo il parere di Arlie Hochschild, la ricerca delle risposte a queste domande conduce verso tre discorsi a parte:

- discorso collegato con lavoro,
- con espressività,
- con emozioni [14].

Coloro che trattano la questione del lavoro, sottolineano il fatto che la maggioranza delle professioni contemporanee richiede la capacità di prendersi cura delle persone piuttosto che delle cose. Nel libro *The Coming of Post-Industrial Society* Daniel Bell sostiene che lo sviluppo del settore dei servizi significa che „la comunicazione” e „l’incontro” – „risposta di feedback *io* all’altro” – attualmente questa è la relazione principale che una persona stabilisce nella sua vita professionale. Come sottolinea Bell, il fatto che gli individui stiano attualmente dialogando con altri individui e non interagiscano con le macchine, è un fenomeno fondamentale legato al lavoro in una società postindustriale [15]. Invece, come fa notare Hochschild, i ricercatori attivi nel campo di lavoro, che affrontano la questione con spirito critico, per esempio Harry Braverman [16], sollevano il problema della crescente ripartizione del lavoro in molti settori dell'economia. Le abilità complesse, la cui padronanza è motivo di prestigio di un artigiano,

sono divise in segmenti più semplici e ripetibili, più monotoni e meno pagati rispetto all'occupazione originaria [17]. Il lavoro richiede delle qualifiche sempre più basse, mentre il ruolo del lavoratore è degradato e depreco. Nondimeno, né coloro che applaudono questo fatto, né coloro che lo criticano, fecero un'analisi delle „professioni interpersonali” – o direttamente, o dal punto di vista socio-psicologico – in termini di esigenze reali poste ai dipendenti. Non fu realizzata neppure nessuna indagine sulla natura reale di questo tipo di lavoro. Inoltre, alcuni ricercatori non sono in grado di determinare quali qualifiche sono meno apprezzate nel caso del lavoro emotivo [14].

Il secondo discorso, più focalizzato sull'individuo e meno interessato all'organizzazione generale del lavoro, si occupa dell'espressione dei sentimenti. Le opere di Ervin Goffman [18] forniscono al lettore la conoscenza di numerose regole particolareggiate relative al modo di comportarsi nei contatti interpersonali diretti che sorgono, ad esempio, durante il gioco di carte, in un ascensore, sulla strada oppure a tavolo da pranzo in un istituto per i portatori di handicap mentale. Goffman non permette di sottovalutare queste piccole cose come banali, mostrando in che maniera i dettagli talmente piccoli, i casi violazione delle regole nonché le penalità previste, portano alla lunga alla formazione delle catene di esperienza denominata lavoro. Solo che con l'ausilio dei fenomeni che si collocano nel centro di interesse di Goffman è difficile spiegare perché le compagnie aeree provvedono alla formazione delle assistenti di volo, insegnando a essere sorridenti, in che modo è supervisionato il loro atteggiamento emotivo, e infine, quali profitti sono associati al lavoro emotivo. In altre parole, ricorrendo a questo discorso, è difficile collocare “il lavoro di padronanza dell'espressione” in un contesto più ampio [14].

### ***Padronanza delle emozioni***

Il terzo pannello di discussione, d'altra parte, è la linea raramente abbracciata, leggermente al di fuori della linea delle scienze sociali americane. In esso vengono poste delle domande importanti, su cosa siano le emozioni e su come affrontarle. Per raggiungere l'essenza del lavoro emotivo, capire che cosa richiede e in che modo influisce sulle persone, è necessario tenere presente i tre discorsi sopra elencati. Alcuni eventi della storia economica non possono essere pienamente compresi se non si presta attenzione alle delicate sfumature di sentimenti e ai modi di gestirli - i dettagli che compongono questi schemi costituiscono una parte importante del lavoro di uomini e donne. Il lavoro emotivo non tiene conto delle classificazioni convenzionali in diversi tipi di funzioni o cariche lavorative. Le donne, in quanto persone

tradizionalmente migliori nel gestire i sentimenti nella sfera privata, devono esporre il lavoro emotivo in misura maggiore rispetto agli uomini e conoscono meglio i costi che questo comporta. Questa analisi può sembrare più correlata al funzionamento delle persone nel sistema capitalista, ma non di meno l'ingegnerizzazione della gestione del sentimento non è un fenomeno estraneo anche per il socialismo, un lavoratore altamente produttivo, "udarnik" pieno di entusiasmo, stabilisce lo standard emotivo per lo stato socialista tanto quanto l'hostess dell'anno per l'aviazione capitalista. Ogni società utilizza efficacemente il lavoro emotivo dei suoi membri. Non riflettiamo sul modo di ricorrere i sentimenti a teatro, durante la psicoterapia o in varie forme di vita di gruppo. Iniziamo a provare sconforto o ansia morale solo quando parliamo dello sfruttamento delle classi inferiori della società da parte di quelle superiori. In qualsiasi sistema, lo sfruttamento è condizionato dalla distribuzione effettiva di vari beni: denaro, potere, status, onori e prosperità. Quindi, non è il lavoro emotivo in quanto tale, ma il sistema di compensazione che sta dietro che ci fa chiederne il costo [14]. È importante riflettere su ciò che accade quando la gestione delle emozioni viene messa in vendita come lavoro. Che cosa succede quando le regole relative alle emozioni non provengono dalla negoziazione privata ma dai libri di testo o dai manuali dell'azienda? Che cosa succede quando gli scambi sociali non sono soggetti, come succede nella vita privata, al cambiamento o all'estinzione, ma perdurano irrigiditi, come congelati in un rituale e quasi impossibili da raggiungere? Cosa succede quando i sentimenti che una persona dovrebbe mostrare a un'altra riflettono una certa disuguaglianza inscritta in una data relazione? [14]. Il paziente non deve sorridere, ma l'infermiera è obbligata non solo a sorridere, ma anche a creare un'atmosfera amichevole. Come sottolinea Hochschild, gli atti collegati con la gestione dei sentimenti non sono semplicemente privati, ma vengono utilizzati negli scambi sociali secondo regole specifiche. Queste regole stabiliscono gli standard che governano lo scambio di emozioni. Determinano ciò che l'individuo è tenuto di dare agli altri nella valuta dei sentimenti e ciò che gli è dovuto da parte loro. Ci paghiamo a vicenda con una valuta costituita da vari atti di gestione dei sentimenti. Nell'interazione, paghiamo un importo conveniente o maggiorato, giochiamo con il pagamento, riconosciamo che qualcosa ci è dovuto, facciamo finta di pagare oppure ammettiamo di avere un debito emotivo verso un'altra persona [14, 19].

Jan Strelau sottolinea: „(...) l'emozione è uno stato mentale soggettivo che innesca la priorità per l'azione correlata. I suoi riflessi sono di solito accompagnati da cambiamenti somatici, espressioni e comportamenti mimici e pantomimali. I suoi riflessi sono di solito

accompagnati da reazioni somatiche, espressioni mimiche e pantomimali nonché da comportamenti diversi” [20]. L'emozione è un segnale diretto, una manifestazione di ciò che sta accadendo nella personalità e nella relazione tra una persona e l'altra. Pertanto, le emozioni sono un'espressione del coinvolgimento umano, mentre gli stati emotivi sono una forma di interazione (perché non sorgono quando non c'è interazione). L'emozione, tuttavia, possiede una sua specificità. In una certa misura, è un modo di rispondere a un certo tipo e alla qualità di un'interazione. L'interazione può avvenire nell'intimo di una persona. Quindi, l'emozione è un modo di sperimentare la qualità di interazione tra il soggetto che la sperimenta e l'oggetto che lo influenza. L'emozione crea un complesso integrale, l'uomo non reagisce in categorie. L'emozione non si riduce soltanto ad uno stato cognitivo e non è solo uno stato fisiologico. È una condizione olistica, forma un insieme complesso. Il tipo di interazione indica quale potrebbe essere l'interazione tra i vari elementi, ad esempio tra i pazienti e il personale infermieristico. L'emozione è quindi intesa come una forma di risposta. L'uomo è attivo nel creare emozioni, cioè l'uomo è l'autore, può evocare in sé dei sentimenti nobili oppure non reagire affatto. La consapevolezza di tale stato e la comprensione della potenza dell'impatto emotivo che influenza l'interazione tra il malato e l'infermiera sono un elemento indispensabile della professione medesima. Questo tipo di interazione deve presumere una certa compatibilità del soggetto, cioè dell'essere umano e di colui che entra nell'atto di interazione con esso. Tutti i fenomeni emotivi possono essere ridotti a quattro categorie. Si tratta di quattro livelli di fenomeni emotivi:

- predisposizione emotiva, ovvero risposta al tipo e alla qualità delle interazioni, ad esempio, la predisposizione è condizionata dalle caratteristiche della natura umana. Il livello di predisposizione, in un altro approccio, può essere determinato da meccanismi neurofisiologici. È la natura che crea il sistema: il vantaggio del processo di stimolazione rispetto al rallentamento,
- disposizione emotiva, ovvero tendenza a provare le emozioni più facilmente,
- esperienza psichica,
- un processo, nel corso del quale, in un determinato momento, qualcuno racconta il proprio vissuto che sta accadendo nella sua personalità [21, 22].

## CONCLUSIONE

Impariamo ad esprimere le emozioni nel processo di socializzazione [23] allo stesso modo in cui apprendiamo i modelli culturali (valori, convincimenti, linguaggio, simboli) che vengono interiorizzati dal sistema della personalità e subordinati ai meccanismi di controllo sociale cioè ai mezzi che riducono la tensione e gli scostamenti (come istituzionalizzazione, penalità e gesti interpersonali, azioni di rito, settori del sistema autorizzati a utilizzare la forza e la coercizione) [24]. il processo di socializzazione si riferisce ad un'area specifica della realtà sociale, anche a livello professionale. Va sottolineato che nel corso della socializzazione “la società” non si presenta mai nei confronti dell'individuo nella sua totalità e in tutta la sua complessità, è l'individuo che si muove negli ambienti sociali concreti, e questi, a loro volta, sono collegati in sistemi più ampi. Pertanto, viene creata una struttura di relazioni gerarchiche. Quindi, diventa chiaro che i processi di socializzazione avvengono in piccoli gruppi (famiglie) e istituzioni (luoghi di lavoro) che esercitano la loro influenza su questi processi. Questi gruppi e istituzioni, a loro volta, fanno parte di una struttura sociale più ampia, sono soggetti a cambiamenti causati da procedure sociali generalizzate (come per esempio accorciamento dell'orario di lavoro), e fanno parte di processi storici ancora più lunghi (cambiamento sociale nel sistema di lavoro) [23].

L'assistenza infermieristica come scienza umanistica consente di unire e di integrare la scienza con la bellezza, con l'arte, con l'etica e con l'estetica nei processi infermieristici delle cure assistenziali che avvengono nelle relazioni uomo-uomo. Pertanto, nello sviluppo dell'assistenza infermieristica come scienza, diventa necessario utilizzare metodi che consentano di approfondire la conoscenza del vissuto interiore umano, e non soltanto la conoscenza del mondo soggetto alle osservazioni dall'esterno [25].

## SCRITTURA

1. Konecki K. T., Pawłowska B.: W stronę socjologii emocji. Przegląd Socjologii Jakościowej, 2013, 2, 9, 6–9.
2. Beck U.: Społeczeństwo ryzyka. W drodze do innej nowoczesności. Wyd. Scholar, Warszawa 2002.
3. Briers S.: Pokonaj depresję, stres i lęk, czyli terapia poznawczo-behawioralna w praktyce. Wyd. Edgard, Warszawa 2011, 135-137.

4. Milczarek D.: Bagaż historii: balast czy atut? Rozterki współczesnego Europejczyka [w:] „Inny” człowiek w „innym” społeczeństwie? Europejskie dyskursy, Mazurkiewicz P, Wielecki K. (red.). Centrum Europejskie UW, Warszawa 2008, 12.
5. Ślusarska, D. Zarzycka K. Zahradniczek K.: Podstawy pielęgniarstwa, tom I. Wyd. Czelej, Lublin 2008, 125, 141
6. Siwek M., Chmiel I., Dzierga K.: Postrzeganie zawodu pielęgniarki przez społeczeństwo województwa małopolskiego. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 2012, 4, 74, 4.
7. Widomska-Czekajska T., Górajek-Jóźwik J. (red.): Przewodnik encyklopedyczny dla pielęgniarek. Wyd. PZWL, Warszawa 1996, 397-399.
8. Rotter J. B.: Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychology. Monographs*, 1966, 80, 1–28.
9. Dudek B., Merecz D., Makowska Z.: Poczucie kontroli w miejscu pracy a poziom stresu zawodowego i związane z nim skutki. *Medycyna Pracy*, 2001, 6, 452.
10. Orzechowska A., Talarowska M., Drozda R. i wsp.: Zespół wypalenia zawodowego u lekarzy i pielęgniarek. *Polski Merkurusz Lekarski*, 2008, XXV, 507.
11. Konecki K. T., Pawłowska B.: Emocje w życiu codziennym. Analiza kulturowych, społecznych i organizacyjnych uwarunkowań ujawniania i kierowania emocjami. Wyd. UŁ, Łódź 2014, 7.
12. Konecki K. T.: Socjologia emocji według Thomasa Scheffa [w:] Emocje w życiu codziennym. Analiza kulturowych, społecznych i organizacyjnych uwarunkowań ujawniania i kierowania emocjami, Konecki K. T., Pawłowska B. (red.). Wyd. UŁ, Łódź 2014, 12.
13. Mills Ch. W.: Białe kołnierzyki. Amerykańskie klasy średnie. Książka i Wiedza, Warszawa 1965, 316.
14. Hochschild A. R.: Zarządzanie emocjami. Komercjalizacja ludzkich uczuć. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2009, 9-21.
15. Bell D.: *The Coming of Post-Industrial Society*. Basic Books, New York 1973.
16. Braverman H.: *Labor and Monopoly Capital*. Monthly Review Press, New York 1974.
17. Smith A.: *Badania nad naturą i przyczynami bogactwa narodów*. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2012, 10,11.

18. Goffman E.: Człowiek w teatrze życia codziennego. Wyd. Aletheia, Warszawa 2008, 41.
19. Kępińska-Jasny M.: Zarządzanie emocjami w miejscu pracy [w:] Emocje w życiu codziennym. Analiza kulturowych, społecznych i organizacyjnych uwarunkowań ujawniania i kierowania emocjami, Konecki K. T., Pawłowska B. (red.). Wyd. UŁ, Łódź 2014, 19.
20. Tomaszewski T., Strelau J.: Temperament. Inteligencja. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 1992, 32.
21. Kozak S.: Patologia analfabetyzmu emocjonalnego. Przyczyny i skutki braku empatii w rodzinie i w środowisku pracy. Wyd. Difin, Warszawa 2012, 12-13.
22. Kozak S.: Patologie w środowisku pracy. Zapobieganie i leczenie. Wyd. Difin, Warszawa 2009.
23. Tillmann K. J.: Teorie socjalizacji. Społeczność, instytucja, upodmiotowienie. Wyd. Naukow PNW, Warszawa 2005, 12-13.
24. Pawłowska B., Chomczyński P.: Sposoby radzenia sobie z emocjami negatywnymi na przykładzie grupy nauczycieli. Studia Edukacyjne, 2012, 21, 141-162.
25. Poznańska S., Płaszewska-Żywko L.: Wybrane modele pielęgniarstwa. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, 184.



## **OCENA JAKOŚCI ŻYCIA CHORYCH PO UDARZE MÓZGU W KONTEKŚCIE KOMUNIKOWANIA SIĘ SŁOWNEGO**

**Diana Gomolińska<sup>1</sup>, Dorota Maria Halicka<sup>1</sup>, Katarzyna Krystyna Snarska<sup>2</sup>,  
Agata Krajewska<sup>1</sup>, Alina Kulakowska<sup>1</sup>**

1. Klinika Neurologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Medycyny Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

### **WSTĘP**

#### ***Udar mózgu – definicja, epidemiologia, etiologia, czynniki ryzyka***

Udar mózgu (zawał mózgu) wg WHO to „zeszół kliniczny charakteryzujący się nagłym wystąpieniem objawów ogniskowych lub uogólnionych zaburzeń czynności mózgu, które utrzymują się dłużej niż 24-godziny i nie mają innej przyczyny, niż naczyniowa”[1].

Udar mózgu powoduje duży problem zarówno medyczny, jak i społeczny. Jest głównym powodem chorobowości i umieralności, powoduje również niepełnosprawność psychofizyczną [2]. Udar mózgu jest trzecią po schorzeniach układu nerwowego oraz nowotworach przyczyną zgonów na świecie. Zawały mózgu dotyczą się zwykle osób w wieku podeszłym między 60 a 70 rokiem życia. Występują również u młodszych osób i dzieci. Ocenia się, że w przeciągu roku na udar mózgu na świecie choruje 15 mln osób, z czego 5 mln umiera. Rocznie udar mózgu w Niemczech odnotowuje się u 127 000 przypadków, we Włoszech - 112 000 przypadków, w Wielkiej Brytanii – 101 000 przypadków, w Hiszpanii – 89 000 przypadków oraz we Francji – 78 000 przypadków. Są to w 75% udary mózgu występujące po raz pierwszy. W Polsce zawał mózgu rocznie odnotowuje się u 60 000 osób. Współczynnik zachorowalności na pierwszy udar mózgu wśród populacji polskiej wynosi 171/100 000 u mężczyzn oraz 93/100 000 wśród kobiet. Szacuje się, że 20-30% osób z udarem mózgu umiera w przeciągu roku od wystąpienia pierwszych objawów. Połowa osób, która przeżyła, pozostaje niepełnosprawna. 24-53% osób, które nie zmarły w przeciągu 6 miesięcy od wystąpienia udaru mózgu potrzebuje całkowitej albo częściowej pomocy w wykonywaniu czynności dnia powszedniego. U 32% przypadków pojawiają się objawy depresji.

U wielu chorych z udarem mózgu pojawiają się problemy z komunikacją werbalną. W Polsce rehabilitacji mowy poddawanych jest 48% pacjentów po udarze mózgu [1 - 3].

Udar mózgu to zespół objawów (Tabela I) powstałych w wyniku nieprawidłowości krążenia krwi w ośrodkowym układzie nerwowym (OUN). Do najczęstszej przyczyny powstania udaru mózgu należy niedokrwienie części mózgowia ( $\geq 85\%$ ), spowodowane patologią dużych naczyń wewnątrzczaszkowych albo zewnątrzczaszkowych (20-30%), zatorom sercowopochodnym (20-30%), patologią małych naczyń mózgowia (20-25%) oraz w 5% innymi przyczynami. Rzadszym powodem udaru mózgu ( $< 15\%$ ) jest wynacznienie krwi do części mózgowia (krwotok śródmózgowy) albo do obszaru podpajęczynówkowego (krwotok podpajęczynówkowy) [4].

Udar niedokrwienny grupuje się ze względu na rokowanie oraz etiologię. Wyodrębnia się chorobę dużych naczyń, która spowodowana jest zmianami miażdżycowymi, zwłaszcza w naczyniach tętniczych mózgu, schorzenie małych naczyń, czyli udar lakunarny, udar sercowo-zatorowy oraz udary o różnej, lecz zidentyfikowanej etiologii, jak również udary o nieokreślonej etiologii [5].

Uszkodzenie mózgu przy udarze niedokrwiennym wywołane jest najczęściej niedotlenieniem komórek nerwowych. Głównymi czynnikami, które uszkadzają neurony to brak tlenu i niedobór glukozy. Symptomy uszkodzenia mózgu, które tworzą się w następstwie niedokrwienia w efekcie zakrzepu bądź zatoru tętnic mózgowych to rezultat grupowej śmierci komórek na terenie ogniska niedokrwiennego. U pacjentów zmagających się z ostrym udarem niedokrwiennym zauważa się zanik 120 milionów neuronów w czasie jednej godziny. Uszkodzeniu ulegają obszary mózgowia, które są wprost dotknięte niedokrwieniem, ale również tkanka, która z nimi graniczy [5].

Etiopatogeneza dotycząca krwotoków śródmózgowych jest złożona. Do przyczyn krwotoków wewnątrzczaszkowych zalicza się m.in.:

- zmiany anatomiczne w obrębie ścian naczyń, które powodują ich osłabienie,
- defekty naczyń mózgowych, które występują w postaci tętniaków oraz naczyńniaków,
- naczynia, które są uszkodzone przez urazy,
- stany zapalne naczyń [6].

Krwotoki śródmózgowe to naczyniowe schorzenia mózgu, które obciążone są bardzo dużą śmiertelnością. Przyczyną śmierci w krwotokach śródmózgowych jest zazwyczaj następstwo samego udaru, zaś w udarach niedokrwiennych najczęstszymi powodami zgonu są czynniki ogólnie - internistyczne [6].

Krwotok podpajęczynówkowy to neurologiczny ostry stan, który zagraża życiu pacjenta. Jest w 80% skutkiem pęknięcia tętniaka. Istotny odsetek osób, które przeżyły, wymaga długoterminowej rehabilitacji [7, 8].

**Tabela I. Najczęstsze czynniki ryzyka zapadalności na udar mózgu [4, 9].**

Czynniki ryzyka niemodyfikowalne:	Czynniki ryzyka modyfikowalne:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• wiek – podeszły</li> <li>• płeć – męska</li> <li>• predyspozycje genetyczne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• cukrzyca</li> <li>• migotanie przedsionków</li> <li>• nadciśnienie tętnicze</li> <li>• zaburzenia gospodarki lipidowej</li> <li>• palenie tytoniu</li> <li>• nadwaga</li> <li>• alkohol</li> <li>• wcześniejsze udary mózgu albo TIA</li> <li>• wady serca</li> </ul>

Ryzyko wystąpienia udaru mózgu rośnie wraz z wiekiem. Prawdopodobieństwo pojawienia się tego schorzenia wzrasta dwukrotnie wraz z każdą dekadą po ukończeniu 55r.ż. Udar mózgu statystycznie częściej dotyka mężczyzn, lecz zauważa się, że u kobiet przebieg choroby i stopień niepełnosprawności jest większy. Członkowie rodziny są dwukrotnie bardziej obciążeni wystąpieniem udaru mózgu, gdy choruje osoba w pierwszej linii pokrewieństwa w wieku poniżej 65-go roku życia [9].

Nadciśnienie tętnicze uważane jest za najczęstszą przyczynę wystąpienia udaru mózgu. Jest czynnikiem ryzyka zarówno udaru niedokrwiennego jak i krwotocznego, który szacuje się u płci męskiej w wieku 45-54 lat (wiek średni) na 30 %. Wskazuje się, że cukrzyca jest kolejną co do częstości przyczyną wystąpienia udaru mózgu i przyczynia się do zwiększenia ryzyka udaru niedokrwiennego mózgu od 2,5 do 3,5-krotnie.

Palenie tytoniu to zasadniczy czynnik ryzyka wystąpienia udaru niedokrwiennego oraz krwotocznego w każdym wieku i u obu płci. Nadwaga, zwłaszcza otyłość typu brzuszego powoduje zwiększenie ryzyka wystąpienia udaru mózgu 1,5-krotnie. Najbardziej narażeni są mężczyźni w wieku 35-65 lat oraz kobiety powyżej 50-go roku życia. Jako czynnik ryzyka wystąpienia udaru mózgu traktuje się również wystąpienie TIA, a ryzyko wystąpienia udaru mózgu jest największe w pierwszych kilku dniach (Tabela II) [9].

### *Udar mózgu – objawy*

**Tabela II. Objawy udaru mózgu [4].**

Asymetria twarzy	Opadanie powieki
	Wrażenie „drętwienia” w okolicy twarzy
	Opadanie kącika ust
Zaburzenia mowy	Trudności w odbieraniu mowy
	Trudności wyszukaniu trafnego słowa
	Mowa bełkotliwa albo niewyraźna
Zawroty głowy oraz zaburzenia równowagi	Równowaga zaburzona oraz brak możliwości pionizacji
	Widzenie zaburzone
	Zawroty głowy oraz nudności i wymioty
Zakłócenia siły mięśniowej i czucia kończyn albo tułowia	Gwałtowne zakłócenia czucia w zasięgu kończyny albo połowy ciała
	Gwałtowne zakłócenia chodu, gwałtowne obniżenie sprawności ruchowej
	Gwałtowne pogorszenie siły mięśniowej a także porażenie kończyny albo połowy ciała
Objawy „globalne”	Napady padaczkowe
	Gwałtowny, ostry ból głowy z wymiotami oraz nadwrażliwość na hałas bądź światło
	Zaburzenia świadomości – senność, śpiączka, utrata przytomności

W literaturze podkreśla się, że chorzy z zawałem mózgu powinni mieć jak najszybciej wdrożoną rehabilitację - od początku choroby. Rehabilitacja ma na celu poprawę stanu ruchowego i poznawczo – behawioralnego, jak również pozwala odnaleźć się pacjentowi w nowych, odmiennych okolicznościach życia. Wskazuje się, że udar mózgu wpływa na jakość życia osób, u których wystąpił. Na obniżenie jakości życia wpływają ograniczenia możliwości wykonywania dotychczasowej aktywności zarówno w życiu codziennym, jak i zawodowym. Jakość życia mogą również obniżać trudności w komunikowaniu się. Wielu chorych po udarze mózgu nie powraca do aktywności zawodowej [10, 11].

### ***Udar mózgu – konsekwencje***

Wykazuje się, że powikłania, które występują po przebytych udarach mózgu są niezależne od płci, wieku oraz od stanu funkcjonalnego pacjenta, a są sprzężone z nasilaniem się niepełnosprawności. Mogą one przybierać postać zaburzeń ruchowych (niedowładny), poznawczych (dysfunkcje w zakresie procesów uwagi, uczenia się i pamięci, spostrzegania), trudności w komunikowaniu się (zespoły afazji i dyzartrii) oraz zaburzeń w sferze emocjonalnej (uczucie lęku, niepokoju, smutku, drażliwość czy niestabilność emocjonalna) [12].

U części osób po przebytych udarach powstaje zespół otępienny, który objawia się najczęściej dysfunkcjami wykonawczymi - zaburzeniami uwagi oraz przetwarzania informacji, jak również nieprawidłowościami w planowaniu i podejmowaniu decyzji. Szacuje się, że u znaczącej liczby chorych (7-40%) udar mózgu powoduje powstanie afazji oraz dyzartrii, które utrudniają komunikację pacjenta z otoczeniem. Na obniżenie jakości życia chorych po udarze mózgu ma również dysfagia, najczęściej towarzysząca udarom pnia mózgu. Obniżenie nastroju oraz smutek często towarzyszą osobom po przebytych udarach mózgu. Depresja poudarowa (PSD) jest częstą i nagłą konsekwencją udaru mózgu. Objawami PSD są: zaburzenia snu, popędu seksualnego oraz łaknienia a także uczucie zmęczenia [5, 13, 14, 15, 16, 17].

### ***Jakość życia***

Według WHO „*Jakość życia to postrzeganie przez jednostki ich pozycji w życiu, w kontekście kultury i systemu wartości w jakich żyją oraz jej związku z indywidualnymi celami, oczekiwaniami, standardami i zainteresowaniami*”<sup>ii</sup>. Definicja obejmuje stan fizyczny oraz psychiczny, środowisko, relacje społeczne, poglądy, przekonania, religię i wierzenia [18].

Jakość życia to pojęcie interdyscyplinarne, co skutkuje trudnością w zdefiniowaniu jej. Swym zasięgiem obejmuje zagadnienia związane z psychologią, medycyną, socjologią, filozofią, pedagogiką, ekonomią oraz polityką. W ujęciu psychologicznym termin ten wiąże się z posiadaniem oraz samorealizacją. W medycynie jakość życia oznacza szczęście psychiczne, społeczne oraz fizyczne. Ekonomiści za wyznacznik jakości życia uważają dobrostan finansowy społeczeństwa. Natomiast socjologowie szukają sensu jakości życia w relacjach społecznych [19].

Współcześnie temat jakości życia ludzi, których dotknęła choroba jest coraz częściej poddawany badaniom. Analizuje się subiektywne oraz obiektywne doznania chorego odnoszące się do stanu chorobowego pacjenta. Obecnie jakość życia ludzi oceniana jest na podstawie sprawności ruchowej i narządów zmysłów, dolegliwości, stanu emocjonalnego, funkcjonowania społecznego, samoobsługi oraz funkcji poznawczych [20].

Do oceny jakości życia stosuje się następujące metody:

- odpowiedź pacjenta na zadane mu pytanie lub pytania,
- testy psychometryczne, które są stosowane przez psychologów,
- pośrednie miary,
- standaryzowane kwestionariusze.

Najbardziej użytkowe w ocenie jakości życia są standaryzowane kwestionariusze, które można podzielić na ogólne i szczegółowe. Pierwsze oceniają jakość życia ogólnie, natomiast szczegółowe mierzą jakość życia w konkretnej jednostce chorobowej zespole chorób lub w populacji [21].

### ***Obszary funkcjonowania, w których niesprawność może prowadzić do obniżenia jakości życia po udarze mózgu***

Ocena jakości życia osób po udarze jest coraz częściej przeprowadzana. Wraz z obiektywnymi badaniami stanowi ona cenne uzupełnienie ogólnego stanu zdrowia pacjenta. Wpływa to na efektywność leczenia oraz postępy rehabilitacyjne [11].

Jakość życia związana jest z typem udaru, lokalizacją oraz stopniem uszkodzenia mózgu. Problemy, z jakimi mierzą się chorzy to obniżona sprawność ruchowa oraz deficyty poznawczo-behawioralne (w sferze poznawczej, emocjonalnej, osobowościowej i w zakresie świadomości). W literaturze szczególnie podkreśla się, obok obniżonej sprawności ruchowej, negatywny wpływ zaburzeń kontroli emocji oraz problemów z komunikacją na codzienne

funkcjonowanie pacjenta. Wskazuje się, że zmiany w wyżej wymienionych domenach czasami gwałtownie obniżają jakość życia chorych po udarze. Wpływają negatywnie na wykonywanie pracy zawodowej oraz na udział w życiu społecznym. Obecność zaburzeń w sferze poznawczej jest przyczyną dużej bezradności pacjentów. Codzienne funkcjonowanie jest utrudnione przez zaburzenia mowy, problemy z czytaniem jak i pisanie. Na jakość życia osób po udarze wpływają zaburzenia emocjonalne, wśród których najczęściej wymienia się apatię, obniżenie oraz zmienność nastroju. Depresja poudarowa jest częstym powikłaniem udaru mózgu, która może wpływać negatywnie na efekty rehabilitacji, powodować gorsze funkcjonowanie w społeczeństwie, nasilenie objawów zaburzeń poznawczych oraz znaczne obniżenie jakości życia [17, 22 - 24].

Mowa pozwala człowiekowi komunikować się w formie werbalnej z drugą osobą, ale również wyrażać własne myśli. Wskutek udaru mózgu może dojść do zaburzeń zarówno w nadawaniu jak i odbieraniu mowy. Najczęściej deficyt dotyczy realizacyjnego aspektu mowy oraz systemów językowych, przyjmując odpowiednio postać zespołów dyzartrii i afazji. Podkreśla się, że ograniczona zdolność komunikacyjna lub jej brak znacząco obniża jakość życia osoby po przebytym udarze mózgu. Ograniczenie kompetencji komunikacyjnych może znacząco wpływać na obniżenie funkcjonowania w wielu sferach życia danej osoby. Zaburzona komunikacja utrudnia pełnienie ról społecznych, wykonywanie pracy zawodowej oraz wpływa negatywnie na relacje rodzinne. Ograniczona mowa bierna i czynna utrudnia również korzystanie z różnych form spędzania wolnego czasu, co może prowadzić do izolacji społecznej. Stan psychiczny osoby, której komunikacja jest ograniczona również może ulec pogorszeniu. Objawia się to w stanach depresyjnych, labilności emocjonalnej, strachu przed problemami oraz zaburzeniami lękowymi. Osoba po przebytym udarze mózgu, której zdolności komunikacyjne uległy ograniczeniu często unika wysiłku porozumiewania się z drugim człowiekiem, realizacji czynności domowych, podejmuje decyzję o odejściu z pracy zawodowej. Chory często rezygnuje z samodzielnego wykonywania ćwiczeń zadawanych przez rehabilitantów. Problemom w komunikacji często towarzyszy chwiejność emocjonalna. Pacjent boi się niepowodzeń komunikacyjnych, co dodatkowo utrudnia akt mowy [25].



### ***Skale oceny jakości życia u chorych po udarze mózgu***

Do oceny jakości życia chorych po udarze wykorzystuje się dwie metody: obiektywną oraz subiektywną. Aspekt obiektywny ocenia się na podstawie badań przedmiotowych, które porównują wpływ terapii na monitoring objawów oraz na częstość powstawania powikłań. Aspekt subiektywny ocenia się na podstawie pytań, które kieruje się do chorego; mogą być to ustandaryzowane kwestionariusze, czyli skale oceny jakości życia [26].

Wśród skal jakości życia osób po udarze mózgu można wyróżnić: SF-36, NHP, SIP - 36, S.A. - SIP 30 [26]. SF-36 jest przeznaczona do oceny zdrowia osób, którzy cechują się różnym poziomem zaawansowania choroby. Służy ona również do oceny efektywności wdrożonego leczenia a także wykorzystuje się ją w różnych jednostkach chorobowych. Skala ocenia: funkcjonowanie fizyczne, społeczne, ból, witalność, ograniczenia fizyczne, ogólny stan zdrowia, zdrowie psychiczne oraz wpływ zaburzeń emocjonalnych na pełnienie ról [27]. Skala NHP składa się z dwóch części. Pierwsza z nich dotyczy się: bólu, reakcji emocjonalnych, energii, społecznej izolacji, snu oraz fizycznej ruchliwości, natomiast druga sposobu spędzania czasu. Skala skupia się jedynie na negatywnych stronach życia chorego [27]. Skala SIP – 36 jest uniwersalnym, ale czasochłonnym kwestionariuszem. Obejmuje 136 pytań, które skupiają się na ogólnym stanie zdrowia pacjenta [1].

*„30 punktowa wersja skali SIP zaadaptowana dla udaru mózgu (Stroke-Adapted 30-Item Version of the SicknessImpact Profile -SA-SIP 30) ”<sup>iii</sup>* jest to pierwsza skala, która ocenia jakość życia osób, które przeżyły udar mózgu. Została w 1997 roku przedstawiona przez van Stratena i wsp. Została ułożona na podstawie SicknessImpact Profile. Ze 136 pytań wytypowano 30, które są najbardziej odpowiednie do udaru i utworzono 8 podskal. W skład skali wliczają się: samoobsługa, stosunki międzyludzkie, mobilność, komunikacja, stan emocjonalny, dbałość o gospodarstwo domowe, koncentracja uwagi, poruszanie się.

Skala charakteryzuje się dużą czułością, jednorodnością oraz rzetelnością. Krystyna Jaracz przełożyła skalę na język polski. Oceny jakości życia dokonuje się na podstawie odpowiedzi twierdzącej albo przeczącej osoby badanej [27].

### **CEL BADAŃ**

Celem głównym pracy była analiza wybranych aspektów jakości życia chorych po udarze mózgu w kontekście zdolności komunikacyjnych.



Cel główny został rozbudowany o następujące cele szczegółowe:

1. Procentowa ocena liczby chorych we wczesnej fazie udaru mózgu, odczuwających obniżenie jakości życia spowodowane obecnością zaburzeń mowy i komunikacji.
2. Analiza związków między oceną jakości życia, wyrażoną odpowiedziami badanych w podskalach dotyczących komunikacji i samoobsługi, stosunków międzyludzkich, koncentracji uwagi, poruszania się, stanu emocjonalnego u chorych we wczesnej fazie udaru mózgu.
3. Ocena obecności różnic między oceną jakości życia, wyrażoną odpowiedziami badanych w podskalach związanych z mową i komunikacją, przez kobiety i mężczyzn we wczesnej fazie udaru mózgu.

## **MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ**

Kwestionariusz jakości życia wraz z procedurą badawczą został zaakceptowany przez Komisję Bioetyczną Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (Uchwała nr: R-I-002/434/2018). Pacjenci przed przeprowadzeniem kwestionariusza zostali poinformowani o charakterze, przebiegu, anonimowości oraz celu wykonywania ankiety z możliwością rezygnacji z uczestnictwa w niej. Podstawą kwalifikacji do przeprowadzenia kwestionariusza była zgoda pacjenta.

### ***Charakterystyka badanej grupy***

Kwestionariusz został przeprowadzony w Klinice Neurologii z Oddziałem Udarowym Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku. W wypełnieniu ankiety wzięło udział 30 osób, w tym 12 kobiet (40%) i 18 mężczyzn (60%) (Rycina 1), w wieku od 35 do 93 lat. (Tabela III, Rycina 2).

Wśród kobiet najmłodsza osoba miała 35 lat, a najstarsza 93 lata. U mężczyzn najmłodszy był w wieku 42 lat, najstarszy 80 lat. Średnia wieku wszystkich pacjentów wynosiła 66,6 (kobiety – 68,6, a u mężczyzn – 65,3) (Tabela III, IV, V).

13 osób (43%) pochodziło ze wsi, natomiast 17 (57%) z miasta (Rycina 3). Wśród badanych 28 osób (93%) było praworęczne, a 2 osoby (7%) leworęczne (Rycina 4).

**Tabela III. Charakterystyka badanej grupy bez podziału na płeć.**

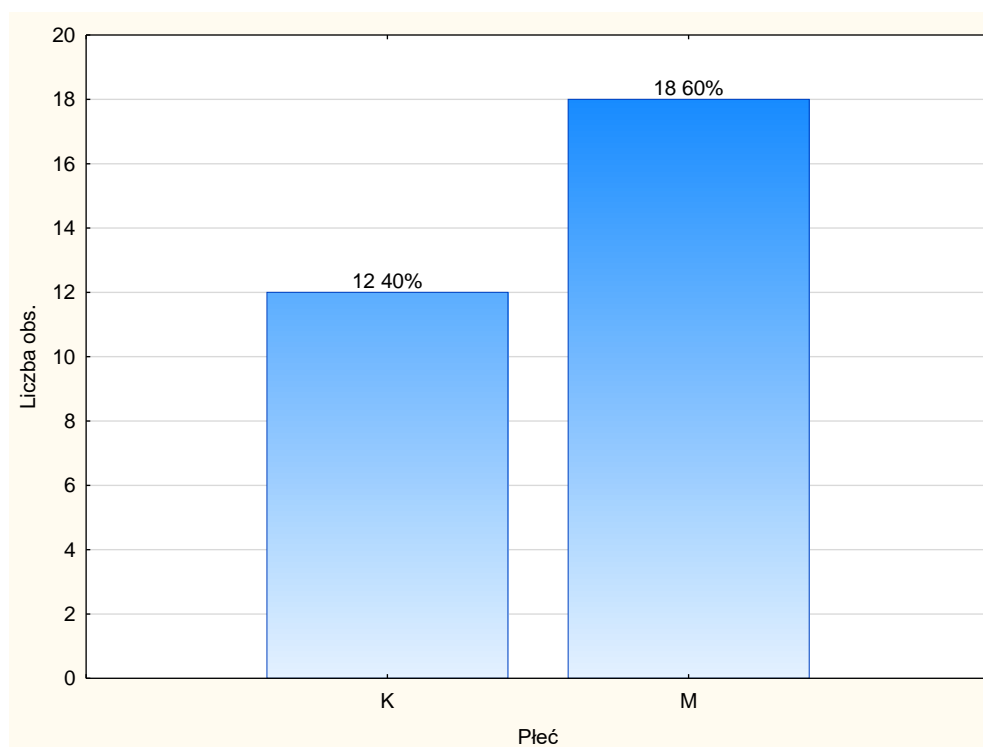
Zmienna	Bez podziału na grupy			
	Nważnych	Średnia	Minimum	Maksimum
Wiek	30	66,6	35,0	93,0

**Tabela IV. Charakterystyka badanej grupy z podziałem na płeć – kobiety.**

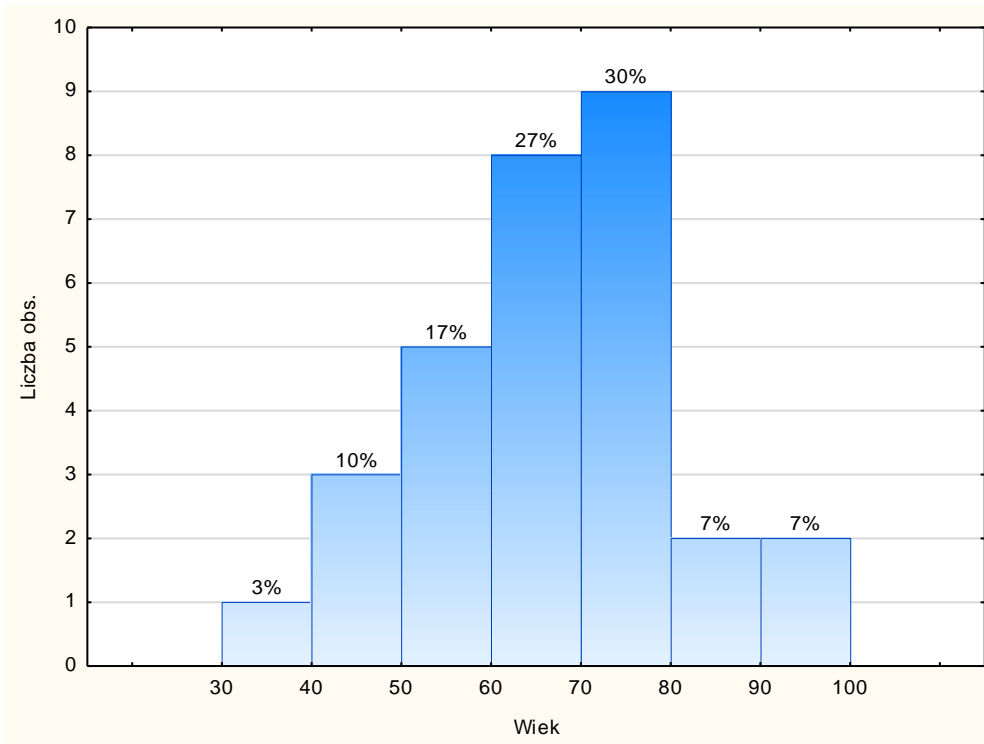
Zmienna	Płeć=K			
	Nważnych	Średnia	Minimum	Maksimum
Wiek	12	68,6	35,0	93,0

**Tabela V. Charakterystyka badanej grupy z podziałem na płeć – mężczyźni.**

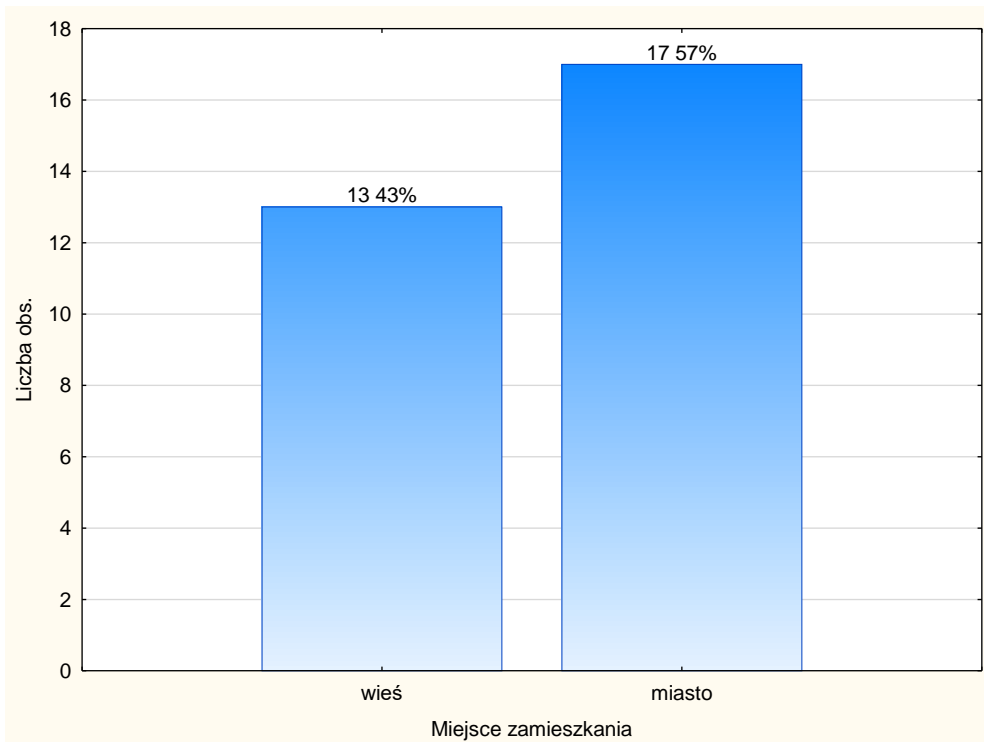
Zmienna	Płeć=M			
	Nważnych	Średnia	Minimum	Maksimum
Wiek	18	65,3	42,0	80,0



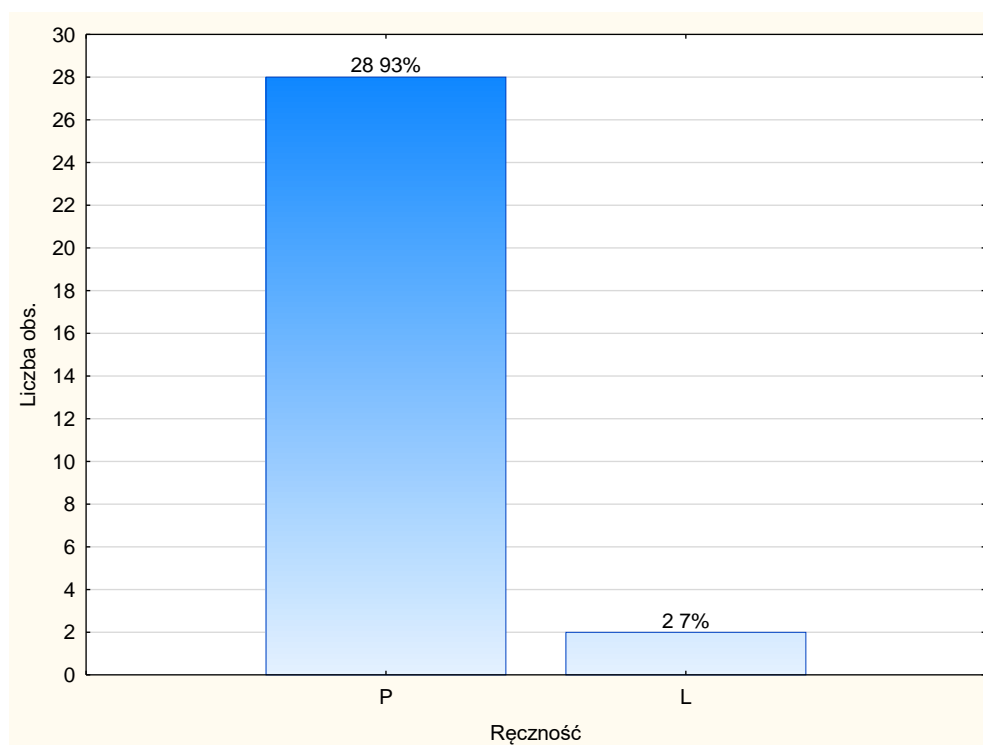
**Rycina 66. Rozkład liczbowy i procentowy płci.**



Rycina 67. Rozkład procentowy wieku w przedziałach co 10 lat.



Rycina 68. Rozkład liczbowy i procentowy miejsca zamieszkania.



**Rycina 69. Rozkład liczbowy i procentowy ręczności.**

U wszystkich pacjentów został zdiagnozowany udar niedokrwienny mózgu. Wśród objawów logopedycznych i neuropsychologicznych u badanych występowały: dyzartria, trudności artykulacyjne, spowolnienie mowy, afazja oraz objawy pomijania stronnego i agnozji wzrokowej.

### ***Procedura badania***

Badanie zostało przeprowadzone od listopada 2018 do lutego 2019 roku. Badaniem zostali objęci pacjenci, u których zdiagnozowano udar niedokrwienny mózgu, w ostrej fazie choroby między 7 a 9 dobą pobytu w szpitalu. Do stworzenia kwestionariusza użyto wybranych pytań z 30 punktowej wersji skali SIP zaadaptowanej dla udaru mózgu oraz pytań własnych. Czas przeprowadzenia ankiety był uzależniony od aktualnego stanu zdrowia pacjenta i wynosił 5-10 minut. Badani odpowiadali na pytania związane z podstawowymi danymi (płeć, wiek, miejsce zamieszkania oraz ręczność), samoobsługą, stosunkami międzyludzkimi, komunikacją, stanem emocjonalnym, koncentracją uwagi oraz poruszaniem.

W odpowiedzi na pytania dotyczące płci, miejsca zamieszkania oraz ręczności pacjent musiał wybrać odpowiednią odpowiedź, natomiast na pytanie o wiek podać swój wiek. Pozostałe pytania zawierały odpowiedź Tak/Nie.

### ***Narzędzie badawcze***

W kwestionariuszu użyto wybranych pytań z 30 punktowej wersji skali SIP zaadaptowanej dla udaru mózgu oraz pytań własnych. Skala SIP została zmieniona na potrzeby kwestionariusza.

30 punktowa wersja skali SIP zaadaptowana dla udaru mózgu (Stroke-Adapted 30- Item Version of the SicknessImpact Profile -SA-SIP 30)” jest to pierwsza skala, która ocenia jakość życia osób, które przeżyły udar mózgu. Została w 1997 roku przedstawiona przez van Stratena i wsp. Została ułożona na podstawie SicknessImpact Profile. Ze 136 pytań wytypowano 30, które są najbardziej odpowiednie do udaru i utworzono 8 podskal. W skład skali wliczają się: samoobsługa, stosunki międzyludzkie, mobilność, komunikacja, stan emocjonalny, dbałość o gospodarstwo domowe, koncentracja uwagi, poruszanie się. Skala charakteryzuje się dużą czułością, jednorodnością oraz rzetelnością. Skala została przełożona na język polski przez Krystynę Jaracz. Oceny jakości życia dokonuje się na podstawie odpowiedzi twierdzącej albo przeczącej osoby badanej [24].

Kwestionariusz ankietowy, który został użyty do badania składa się z 25 pytań – 24 pytania zamknięte, 1 pytanie otwarte. Pierwsze 4 pytania dostarczają informacji na temat podstawowych danych pacjenta. Pytania zamknięte dotyczą płci, miejsca zamieszkania oraz ręczności, natomiast pytanie otwarte dotyczy wieku pacjenta. Pozostałe pytania zostały ułożone na podstawie 30 punktowej wersji skali SIP zaadaptowanej dla udaru mózgu. Składają się z pytań związanych z komunikacją, stanem emocjonalnym, koncentracją uwagi oraz poruszaniem. Są to pytania zamknięte, na które pacjent ma dwie odpowiedzi Tak lub Nie.

### ***Analiza statystyczna***

Dane, które zostały zebrane podczas przeprowadzenia kwestionariusza zostały poddane analizie statystycznej. Analiza danych została dokonana zgodnie z wynikami, które zebrano podczas badania. Analizy dokonano przy pomocy programu Statistica 13.3, którego licencję posiada Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Użyto również arkusza kalkulacyjnego

Microsoft Excel. Analizy statystyczne opracowano na podstawie testu  $\chi^2$ , a hipotezy statystyczne zostały zweryfikowane na poziomie istotności ( $p$ )  $<0,05$ .

## WYNIKI

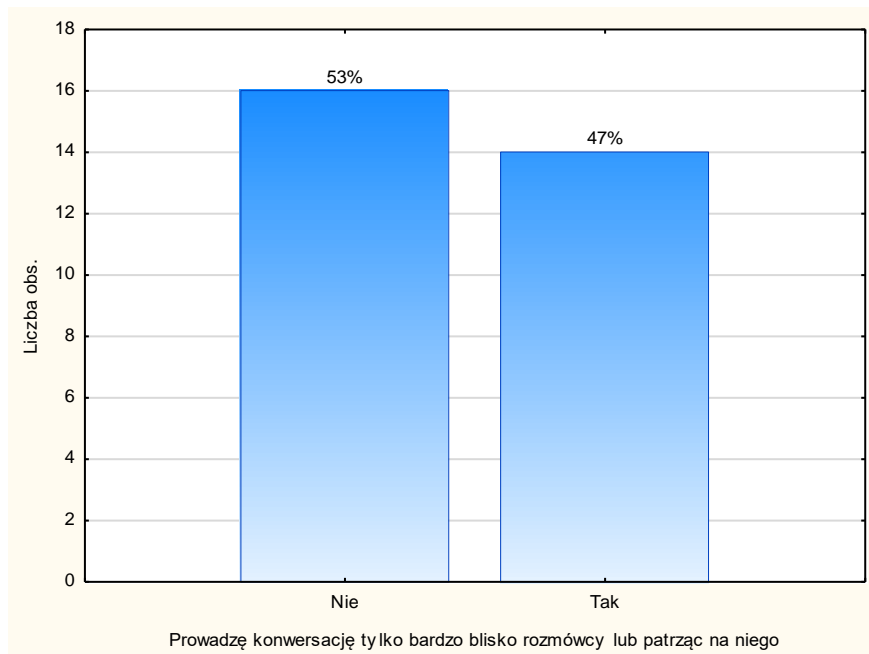
### *Procentowa ocena liczby chorych we wczesnej fazie udaru mózgu, odczuwających obniżenie jakości życia spowodowane obecnością zaburzeń mowy i komunikacji.*

Głównym dyskomfortem w komunikacji zauważanym przez chorych, którzy przeżyli udar mózgu są trudności z mówieniem. Aż 83% (N=25) badanych wskazuje na występowanie trudności w komunikacji pod postacią zacinania się, jąkania, stękania lub połykania słów. Drugim również poważnym dyskomfortem zauważanym przez 77% (N=23) chorych jest niewyraźna mowa w stresie. Najmniejsza część ankietowanych 47% (14) zauważa, że musi prowadzić konwersację blisko rozmówcy lub patrzeć na niego (Tabela VI).

**Tabela VI. Zestawienie procentowe pytań w podskali komunikacja.**

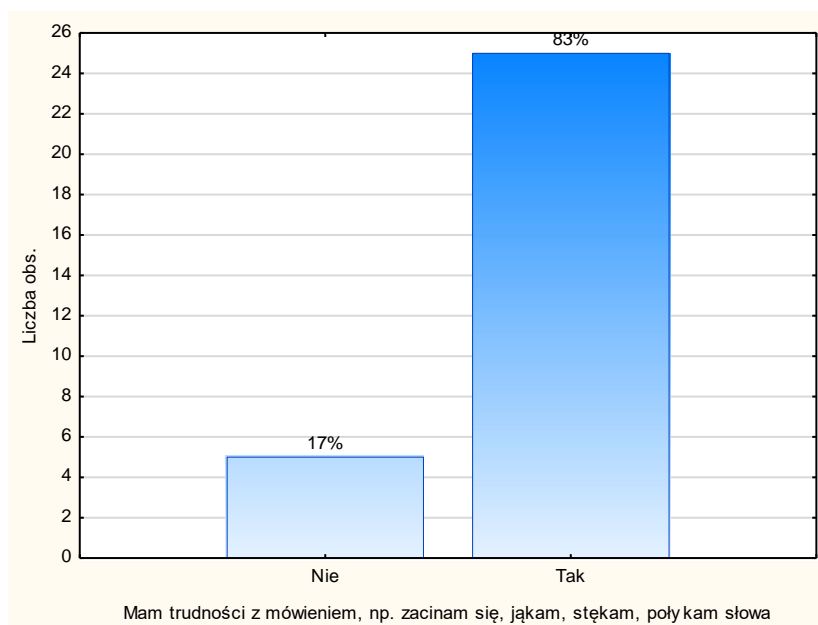
	Są problemy	Brak problemów
Prowadzę konwersację tylko bardzo blisko rozmówcy lub patrząc na niego	14; 47%	16; 53%
Mam trudności z mówieniem, np. zacinam się, jąkam, stękam, połykam słowa	25; 83%	5; 17%
Nie mówię wyraźnie, kiedy jestem w stresie	23; 77%	7; 23%

53% badanych po przebytych udarze mózgu zauważa, że podczas rozmowy z drugą osobą nie musi patrzeć się na nią oraz stać blisko niej. Natomiast nieco mniej 43% chorych deklaruje, że wykonuje te czynności podczas konwersacji (Rycina 5).



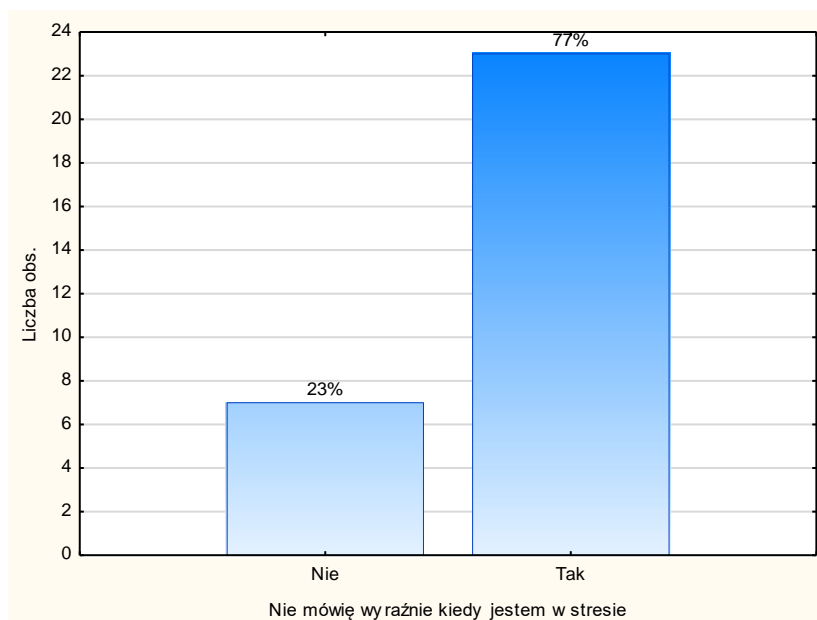
**Rycina 5. Procentowa analiza pierwszego pytania w podskali komunikacja.**

Zdecydowanie większa część 83% badanych zauważa trudności z mówieniem, czyli podczas rozmowy zacina się, jąka, stęka lub połyka słowa. Tylko 17% badanych po przebytym udarze mózgu deklaruje, że nie ma trudności z mówieniem (Rycina 6).



**Rycina 70. Procentowa analiza drugiego pytania w podskali komunikacja.**

Zdecydowanie większa część chorych (77%) odczuwa trudności z mową, gdy jest w stresie. Tylko 23% badanych po przebytym udarze mózgu zauważyło, że mówi wyraźnie, kiedy jest w stresie (Rycina 7).



**Rycina 71. Analiza procentowa trzeciego pytania w podskali komunikacja.**

***Ocena związków między oceną jakości życia, wyrażoną odpowiedziami badanych w ocenianych podskalach, u chorych we wczesnej fazie udaru mózgu***

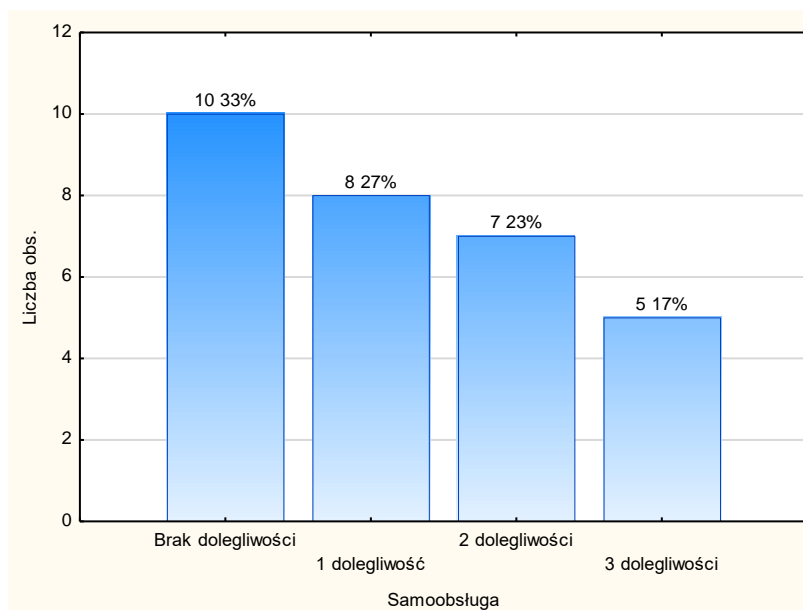
Badani w największym stopniu odczuwali obniżenie jakości życia w zakresie komunikacji oraz koncentracji uwagi (80% chorych). Stan emocjonalny był odczuwany jako wpływający na zmniejszone poczucie dobrostanu przez najmniejszą procentowo grupę chorych (Tabela VII).

**Tabela VII. Zestawienie wszystkich podskal.**

	Brak/ niewielkie problemy	Są problemy
Samoobsługa	18; 60%	12; 40%
Stosunki międzyludzkie	15; 50%	15; 50%
Komunikacja	6; 20%	24; 80%
Stan emocjonalny	23; 76,7%	7; 23,3%
Koncentracja uwagi	6; 20%	24; 80%
Poruszanie	15; 50%	15; 50%

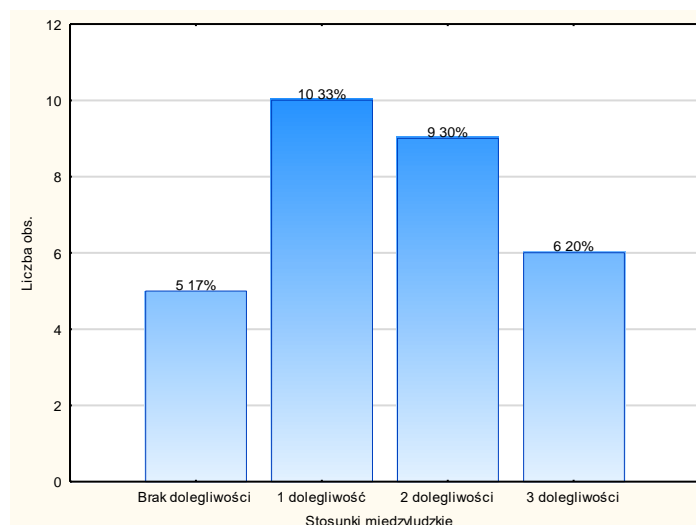


W podskali samoobsługa 33% (N=10) badanych, u których wystąpił udar mózgu nie zauważyło jakichkolwiek dolegliwości związanych z tą sferą życia. Zdecydowana większość chorych 67% (N=20) deklaruje przynajmniej jedną dolegliwość związaną z samoobsługą. Jedną dolegliwość zauważa 27% (N=8) badanych, dwie dolegliwości deklaruje 23% (N=7) chorych, natomiast trzy dolegliwości odczuwa 17% (N=5) osób badanych (Rycina 8).



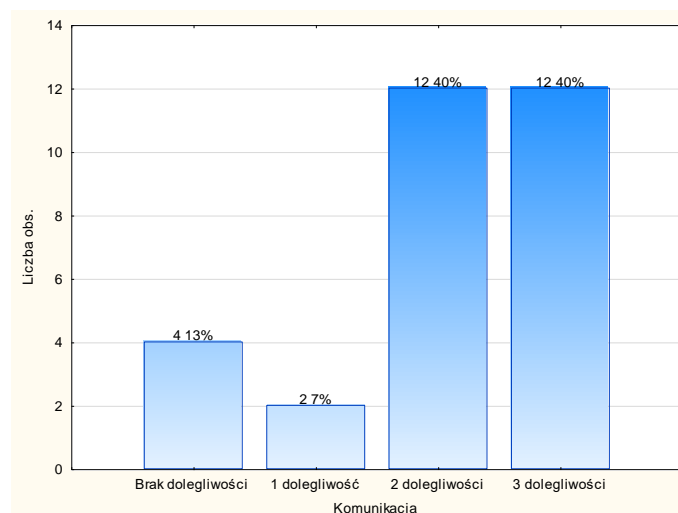
**Rycina 72. Charakterystyka podskali samoobsługa.**

W podskali stosunki międzyludzkie tylko 17% (N=5) badanych, u których wystąpił udar mózgu nie zauważyło jakichkolwiek dolegliwości związanych z tą sferą życia. Zdecydowana większość chorych 83% (N=25) deklaruje przynajmniej jedną dolegliwość związaną z ograniczeniami w zakresie stosunków międzyludzkich. Jedną dolegliwość zauważa 33% (N=10) chorych, dwie dolegliwości deklaruje 30% (N=9) badanych, natomiast trzy dolegliwości odczuwa 20% (N=6) osób badanych (Rycina 9).



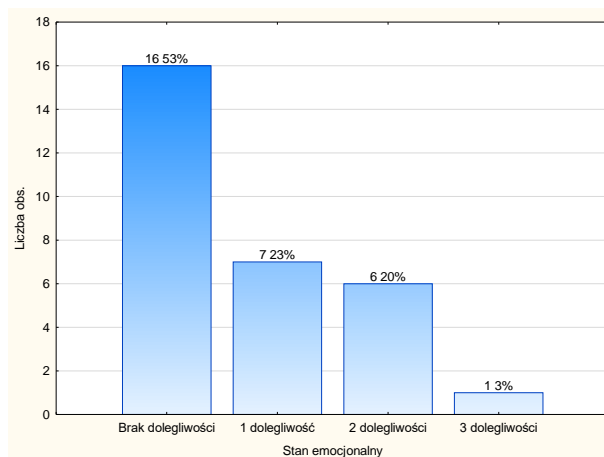
**Rycina 73. Charakterystyka podskali stosunki międzyludzkie.**

W podskali komunikacja tylko 13% (N=4) badanych, u których wystąpił udar mózgu nie zauważyło jakichkolwiek dolegliwości związanych z tą sferą życia. Zdecydowana większość chorych 87% (N=26) deklaruje przynajmniej jedną dolegliwość związaną z zaburzoną komunikacją. Jedną dolegliwość zauważa 7% (N=2) chorych, dwie dolegliwości deklaruje 40% (N=12) badanych oraz trzy dolegliwości odczuwa 40% (N=12) osób badanych (Rycina 10).



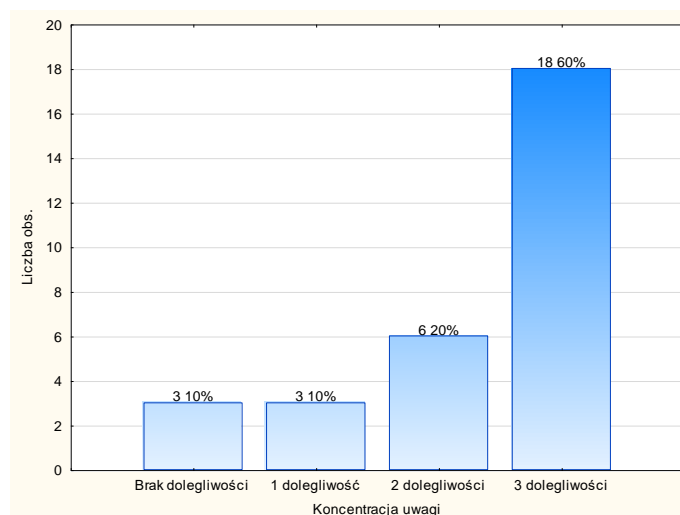
**Rycina 74. Charakterystyka podskali komunikacja.**

W podskali stan emocjonalny 53% (N=16) badanych, u których wystąpił udar mózgu nie zauważyło jakichkolwiek dolegliwości związanych z tą sferą życia. Nieco mniej chorych 47% (N=14) deklaruje przynajmniej jedną dolegliwość związaną ze stanem emocjonalnym. Jedną dolegliwość zauważa 23% (N=7) chorych, dwie dolegliwości deklaruje 20% (N=6) badanych, natomiast trzy dolegliwości odczuwa 3% (N=1) osób badanych (Rycina 11).



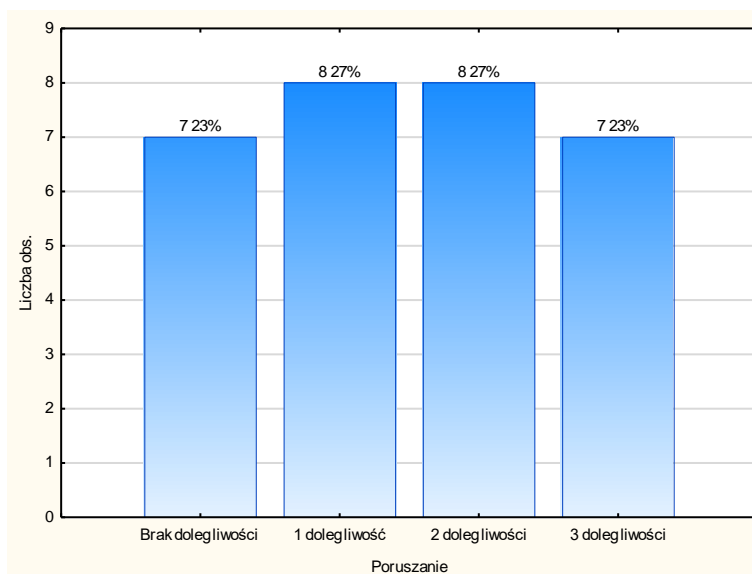
**Rycina 75. Charakterystyka podskali stan emocjonalny.**

W podskali koncentracja uwagi tylko 10% (N=3) badanych, u których wystąpił udar mózgu nie zauważyło jakichkolwiek dolegliwości związanych z tą sferą życia. Zdecydowana większość chorych 90% (N=27) deklaruje przynajmniej jedną dolegliwość związaną z koncentracją uwagi. Jedną dolegliwość zauważa 10% (N=3) chorych, dwie dolegliwości deklaruje 20% (N=6) badanych, natomiast trzy dolegliwości odczuwa aż 60% (N=18) osób badanych (Rycina 12).



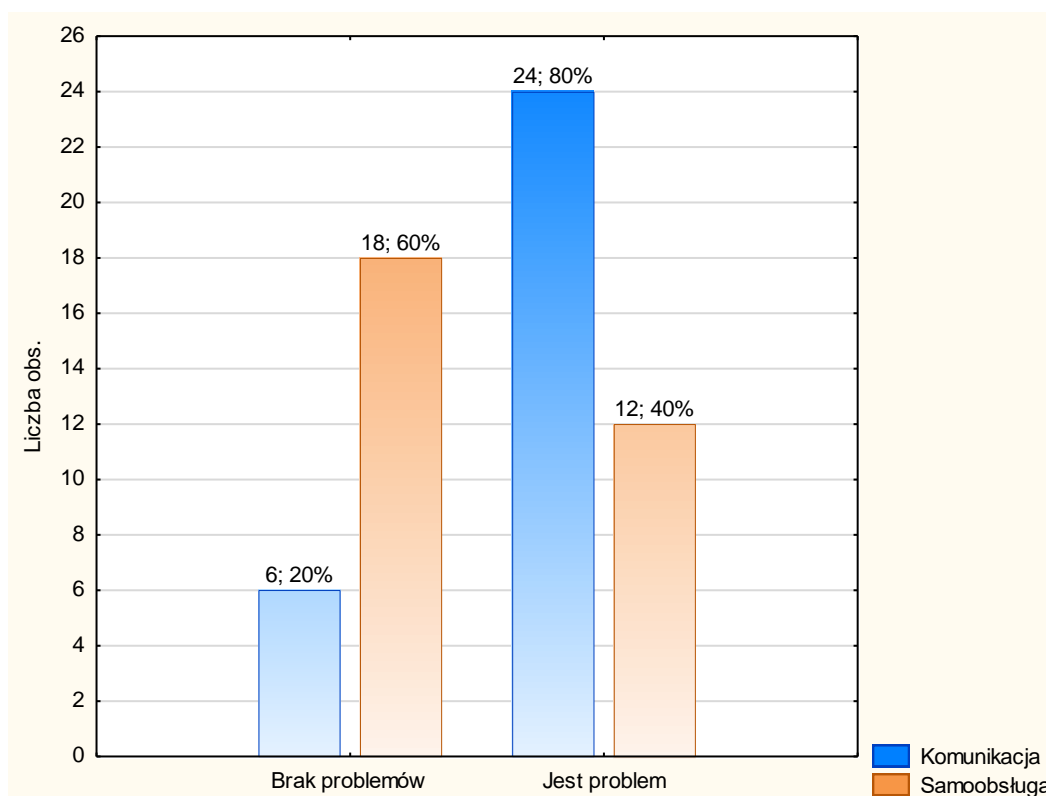
**Rycina 76. Charakterystyka podskali koncentracja uwagi.**

W podskali poruszanie 23% (N=7) badanych, u których wystąpił udar mózgu nie zauważyło jakichkolwiek dolegliwości związanych z poruszaniem się. Większość chorych 77% (N=23) deklaruje przynajmniej jedną dolegliwość związaną z poruszaniem. Jedną dolegliwość zauważa 27% (N=8) chorych oraz dwie dolegliwości deklaruje 27% (N=8) badanych, natomiast trzy dolegliwości odczuwa 23% (N=7) osób badanych (Rycina 13).



**Rycina 77. Charakterystyka podskali poruszanie.**

Tylko 6 osób (20%), u których wystąpił udar mózgu nie zauważa problemów związanych z komunikacją, natomiast w samoobsłudze brak problemów wskazuje znacznie większa ilość chorych – 18 (60%). Aż 24 (80%) osoby zauważają problem z komunikacją, a w samoobsłudze problem zauważa mniej niż połowa badanych – 12 (40%). Różnice między grupami nie są istotne statystycznie ( $p=0,92577$ ) (Rycina 14, Tabela VIII).

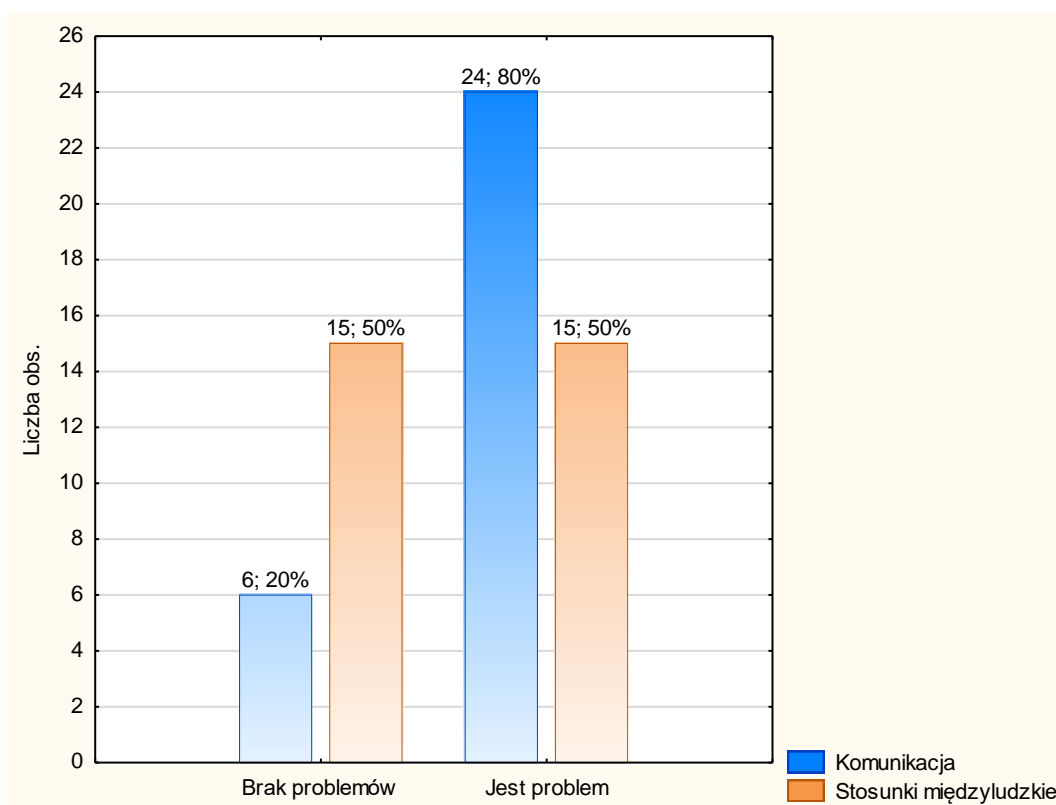


**Rycina 78. Zestawienie komunikacji z samoobsługą.**

**Tabela VIII. Zestawienie komunikacji z samoobsługą, statystyka.**

Zestawienie komunikacji z samoobsługą	
statystyka	p
Chi <sup>2</sup> Yatesa	p=,92577

Tylko 6 osób (20%) u których wystąpił udar mózgu nie zauważa problemów związanych z komunikacją, natomiast w stosunkach międzyludzkich brak problemów wskazuje znacznie większa ilość chorych – 15 (50%). Aż 24 (80%) osoby zauważają problem z komunikacją, a w odniesieniu do stosunków międzyludzkich problem zauważa znacznie mniejsza ilość chorych – 12 (50%). Różnice między grupami nie są istotne statystycznie ( $p=0,64808$ ) (Rycina 15, Tabela IX).

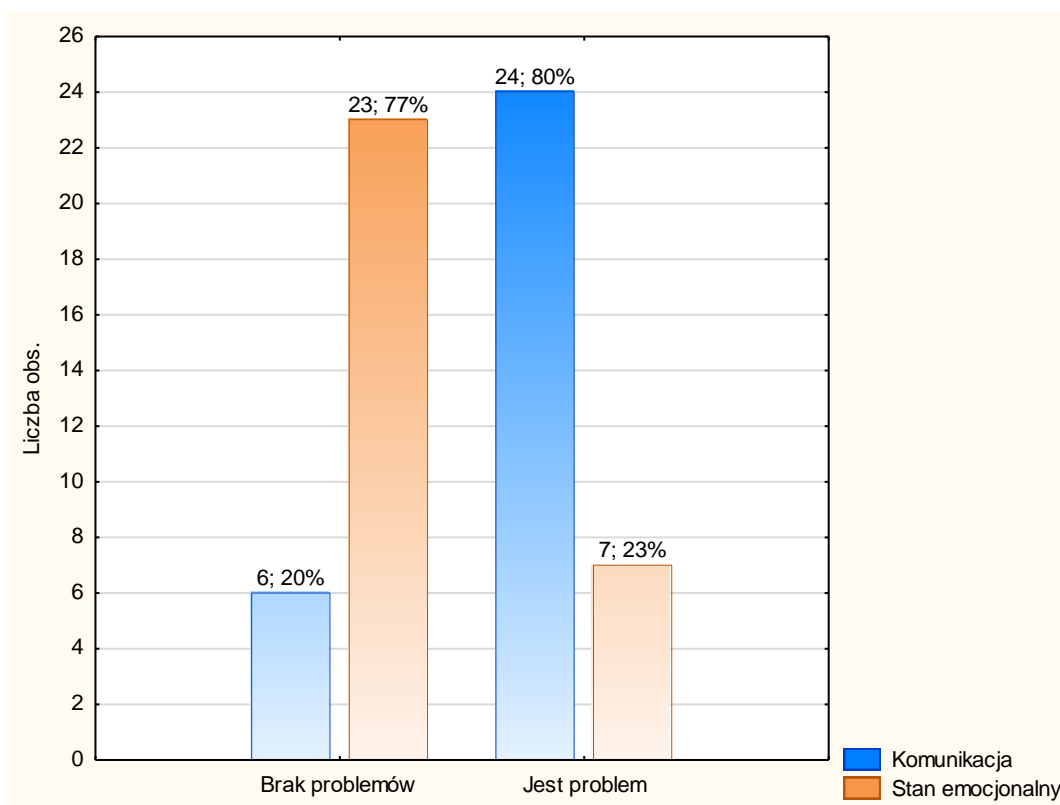


**Rycina 79. Zestawienie komunikacji z stosunkami międzyludzkimi.**

**Tabela IX. Zestawienie komunikacji z stosunkami międzyludzkimi, statystyka.**

Zestawienie komunikacji z stosunkami międzyludzkimi	
statystyka	p
Chi <sup>2</sup> Yatesa	p=,64808

Tylko 6 osób (20%) u których wystąpił udar mózgu nie zauważa problemów związanych z komunikacją, natomiast brak problemów w stanie emocjonalnym wskazuje znacznie większa ilość chorych – 23 (77%). Aż 24 (80%) osoby zauważają problem z komunikacją, a w stanie emocjonalnym problem zauważa znacznie mniejsza ilość chorych – 7 (23%). Różnice między grupami nie są istotne statystycznie (p=0,91406) (Rycina 16, Tabela X).

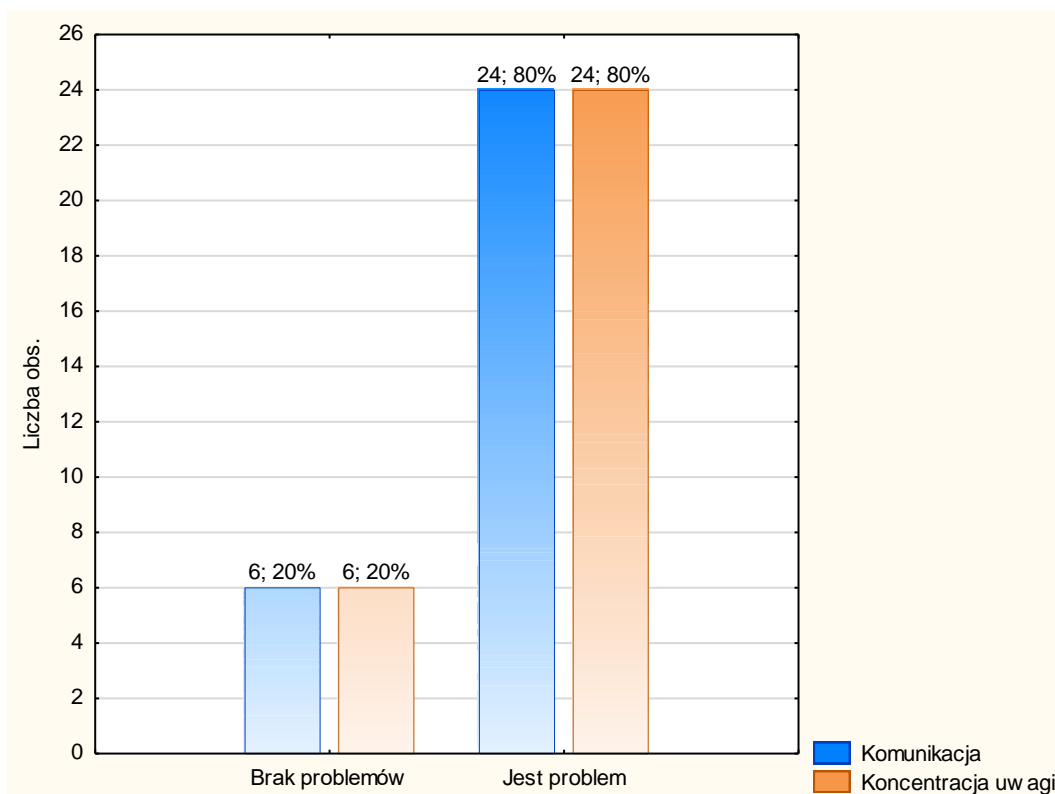


**Rycina 80. Zestawienie komunikacji z stanem emocjonalnym.**

**Tabela X. Zestawienie komunikacji z stanem emocjonalnym, statystyka.**

Zestawienie komunikacji z stanem emocjonalnym	
statystyka	p
Chi <sup>2</sup> Yatesa	p=,91406

Tylko 6 osób (20%) u których wystąpił udar mózgu nie zauważa problemów związanych z komunikacją, podobnie w zakresie koncentracji uwagi– 6 (20%). Aż 24 (80%) osoby zauważają problem z komunikacją i podobnie w zakresie koncentracji uwagi. Różnice między grupami nie są istotne statystycznie ( $p=0,13796$ ) (Rycina 17, Tabela XI).



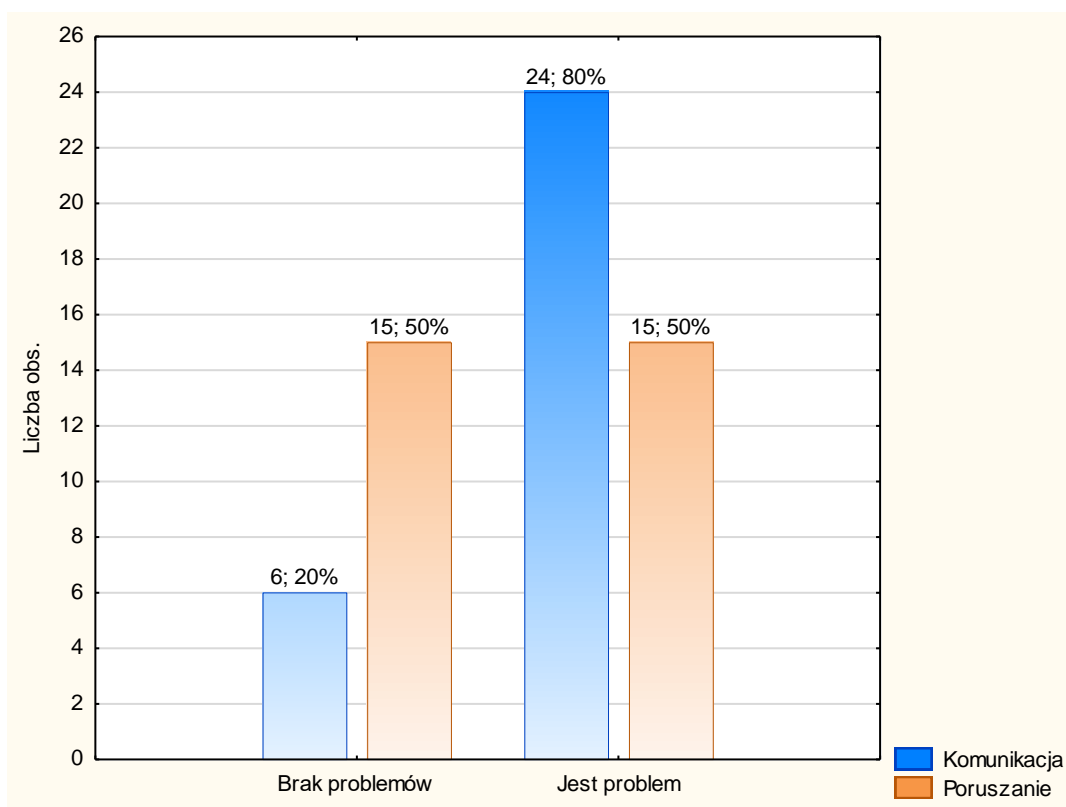
**Rycina 81. Zestawienie komunikacji z koncentracją uwagi.**

**Tabela XI. Zestawienie komunikacji z koncentracją uwagi, statystyka.**

Zestawienie komunikacji z koncentracją uwagi	
statystyka	p
Chi <sup>2</sup> Yatesa	p=,13796

Tylko 6 osób (20%) u których wystąpił udar mózgu nie zauważa problemów związanych z komunikacją, natomiast w poruszeniu brak problemów wskazuje znacznie większa ilość chorych – 15 (50%). Aż 24 (80%) osoby zauważają problem z komunikacją, a w poruszeniu problem zauważa znacznie mniej chorych – 15 (50%). Różnice między grupami nie są istotne statystycznie ( $p=0,17090$ ) (Rycina 18, Tabela XII).





Rycina 82. Zestawienie komunikacji z poruszaniem.

Tabela XII. Zestawienie komunikacji z poruszaniem, statystyka.

	Zestawienie komunikacji z poruszaniem
statystyka	p
Chi <sup>2</sup> Yatesa	p=,17090

***Ocena obecności różnic między oceną jakości życia, wyrażoną odpowiedziami badanych w podskalach związanych z mową i komunikacją przez kobiety i mężczyzn we wczesnej fazie udaru mózgu***

25% (N=3) kobiet, które przeżyły udar mózgu nie dostrzega żadnych problemów związanych z komunikacją, mężczyzn jest mniej - 5,56% (N=1). Jeden lub dwa problemy zauważa tylko 24,33% (N=3) kobiet, natomiast mężczyźni jest znacznie więcej 61,12% (N=11). Trzy problemy dostrzega aż 50 % (N=6) badanych kobiet, mężczyźni jest nieco mniej 33,33% (N=6). Różnice między grupami nie są istotne statystycznie (p=0,14807) (Tabela XIII, Tabela XIV).

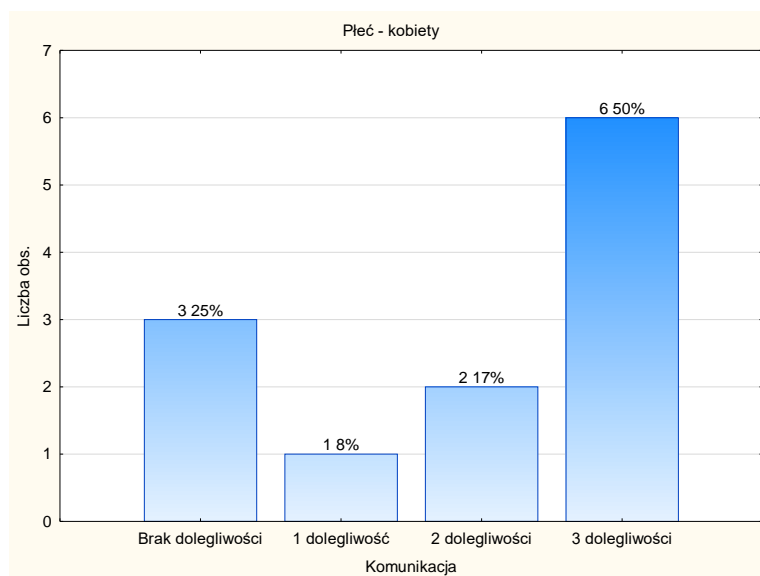
**Tabela XIII. Podsumowanie komunikacji wg płci.**

Komunikacja	Podsumowanie komunikacji wg płci		
	Kobiety	Mężczyźni	Wiersz Razem
Brak problemów	3	1	4
%kolumny	25,00%	5,56%	
1 problem	1	1	2
%kolumny	8,33%	5,56%	
2 problemy	2	10	12
%kolumny	16,67%	55,56%	
3 problemy	6	6	12
%kolumny	50,00%	33,33%	
Ogół	12	18	30

**Tabela XIV. Zestawienie komunikacji wg płci, statystyka.**

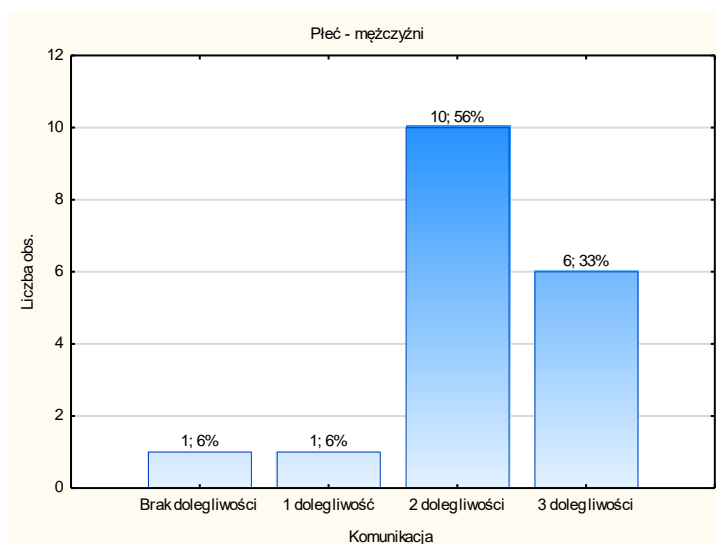
statystyka	Zestawienie komunikacji wg płci
Chi <sup>2</sup> Pearsona	p=,14807

Wśród kobiet, u których wystąpił udar mózgu tylko 25% (N=3) nie dostrzega jakichkolwiek dolegliwości związanych z komunikacją. Aż 75% (N=9) badanych kobiet zauważa przynajmniej jeden problem związany z komunikacją. Jedną dolegliwość zauważa 8% (N=1) chorych oraz dwie dolegliwości deklaruje 17% (N=2) badanych kobiet, natomiast trzy dolegliwości odczuwa aż 50% (N=6) osób badanych (Rycina 19).



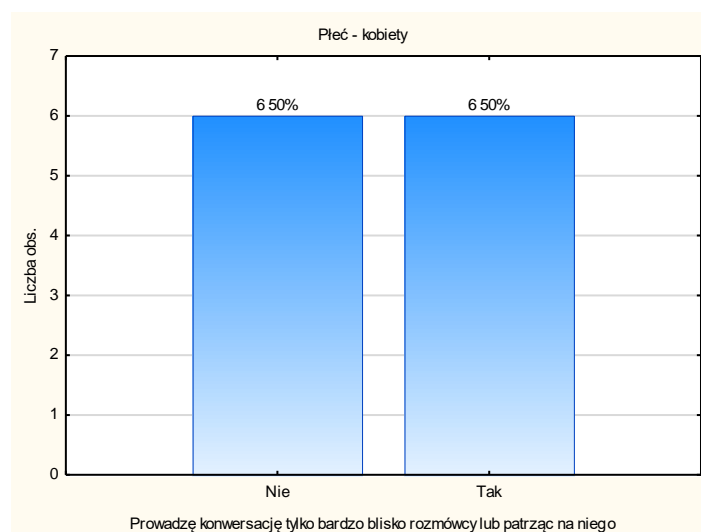
**Rycina 83. Charakterystyka komunikacji według płci – kobiety.**

Wśród mężczyzn, u których wystąpił udar mózgu tylko 6% (N=1) nie dostrzega jakichkolwiek dolegliwości związanych z komunikacją. Aż 94% (N=17) badanych mężczyzn zauważa przynajmniej jeden problem związany z komunikacją. Jedną dolegliwość zauważa 6% (N=1) chorych oraz dwie dolegliwości deklaruje 56% (N=10) badanych mężczyzn, natomiast trzy dolegliwości odczuwa 33% (N=6) osób badanych (Rycina 20).



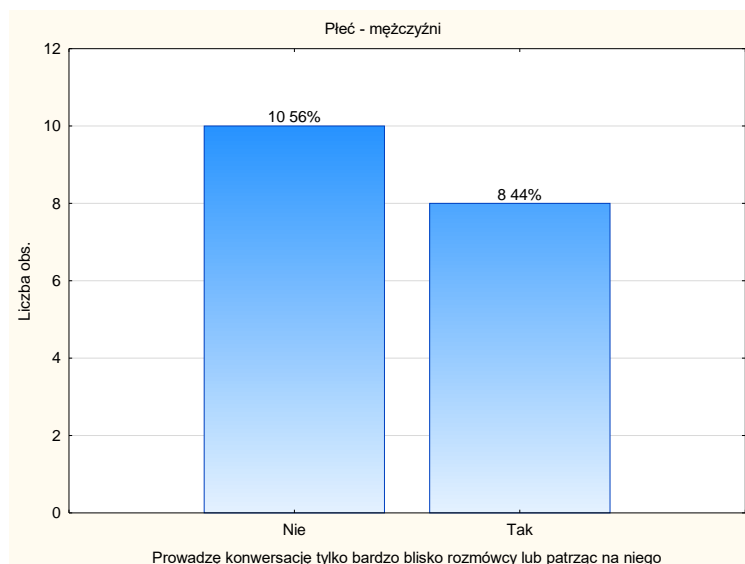
**Rycina 84. Charakterystyka komunikacji według płci – mężczyźni.**

Wśród kobiet u których wystąpił udar mózgu 50% (N=6) zauważa, że podczas rozmowy z drugą osobą musi znajdować się blisko niej albo patrzeć na nią. Taka sama ilość kobiet 50% (N=6) nie musi wykonywać tej czynności (Rycina 21).



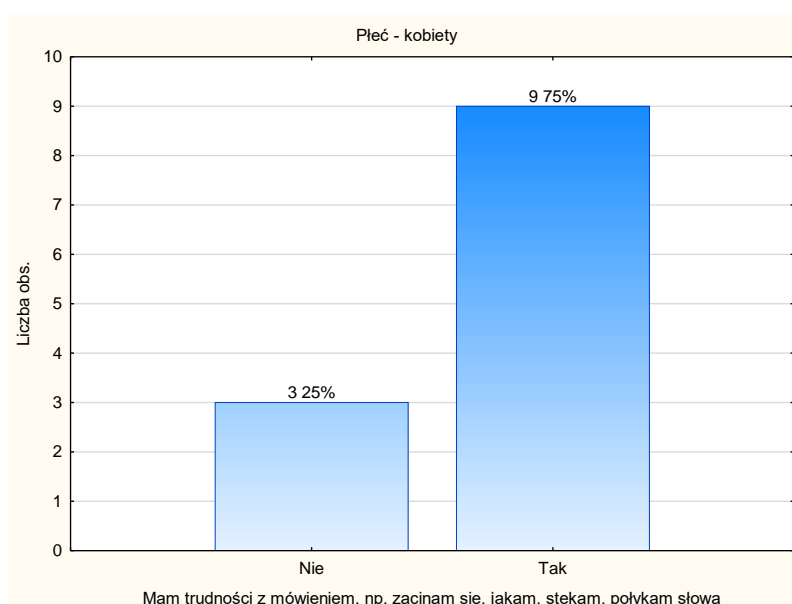
**Rycina 85. Analiza pierwszego pytania w podskali komunikacja wg płci – kobiety.**

Wśród mężczyzn, u których wystąpił udar mózgu 56% (N=10) zauważa, że podczas rozmowy z drugą osobą musi znajdować się blisko niej albo patrzeć na nią. Nieco mniej mężczyzn 44% (N=8) nie musi wykonywać tej czynności (Rycina 22).



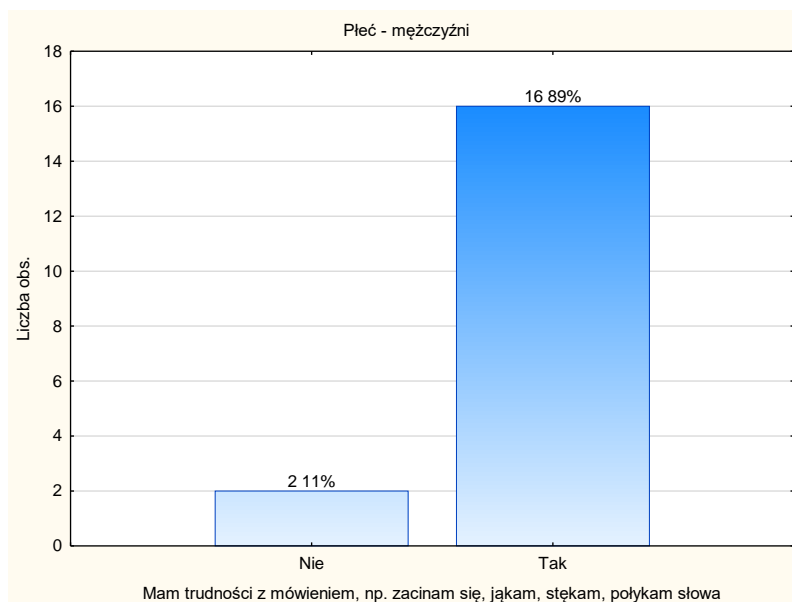
**Rycina 86. Analiza pierwszego pytania w podskali komunikacja wg płci – mężczyźni.**

Wśród kobiet u których wystąpił udar mózgu tylko 25% (N=3) nie zauważa trudności z mówieniem. Znacznie więcej kobiet 75% (N=9) dostrzega trudności z mówieniem, czyli zacina się, jąka, stęka lub połyka słowa (Rycina 23).



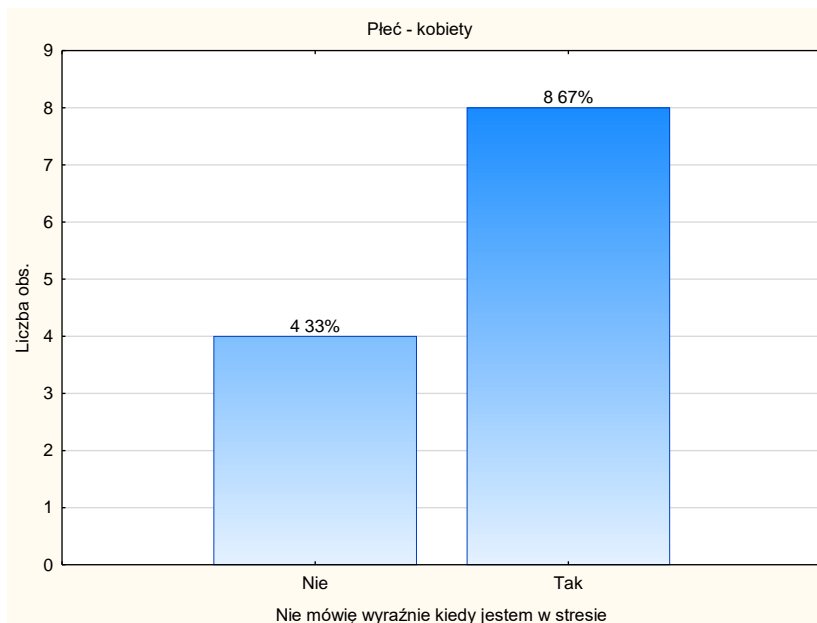
**Rycina 87. Analiza drugiego pytania w podskali komunikacja wg płci – kobiety.**

Wśród mężczyzn, u których wystąpił udar mózgu tylko 11% (N=2) nie zauważa trudności z mówieniem. Znacznie więcej mężczyzn 89% (N=16) dostrzega trudności z mówieniem, czyli zacina się, jąka, stęka lub połyka słowa (Rycina 24).



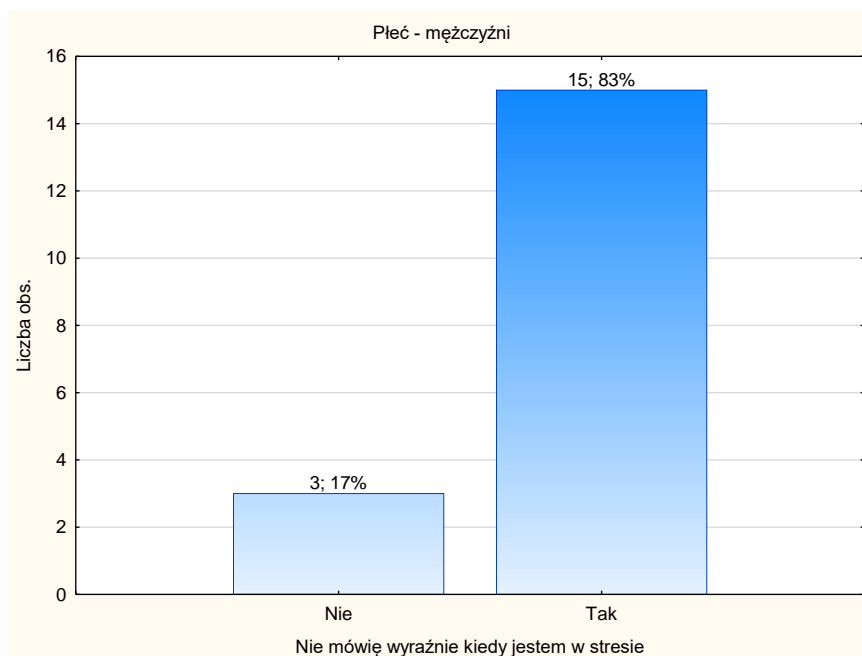
**Rycina 88. Analiza drugiego pytania w podskali komunikacja wg płci – mężczyźni.**

Wśród kobiet u których wystąpił udar mózgu tylko 33% (N=4) nie zauważa pogorszenia wyrazistości mowy podczas stresu. Znacznie więcej kobiet 67% (N=8) dostrzega pogorszenie mowy podczas stresu (Rycina 25).



**Rycina 89. Analiza trzeciego pytania w podskali komunikacja wg płci – kobiety.**

Wśród mężczyzn, u których wystąpił udar mózgu tylko 17% (N=3) nie zauważa pogorszenia wyrazistości mowy podczas stresu. Znacznie więcej mężczyzn 83% (N=15) dostrzega pogorszenie mowy podczas stresu (Rycinie 26).



**Rycina 90. Analiza trzeciego pytania w podskali komunikacja wg płci – mężczyźni.**

50% (N=6) kobiet po wystąpieniu udaru mózgu dostrzega, że prowadzi konwersację tylko bardzo blisko rozmówcy lub patrząc na niego, natomiast mężczyźni jest nieznacznie mniej 44,44% (N=8). 50% (N=6) kobiet zauważa, że nie wykonuje tej czynności, a mężczyźni jest nieznacznie więcej 55,56% (N=10). Różnice między grupami nie są istotne statystycznie ( $p=0,94045$ ) (Tabela XV, XVI).

**Tabela XV. Analiza pierwszego pytania w podskali komunikacja wg płci.**

	Analiza pierwszego pytania w podskali komunikacja wg płci		
	Płeć K	Płeć M	Wiersz Razem
Prowadzę konwersację tylko bardzo blisko rozmówcy lub patrząc na niego			
Brak problemów	6	10	16
%kolumny	50,00%	55,56%	
Są problemy	6	8	14
%kolumny	50,00%	44,44%	
Ogół	12	18	30

**Tabela XVI. Analiza pierwszego pytania w podskali komunikacja wg płci, statystyka.**

	Analiza pierwszego pytania w podskali komunikacji wg płci
statystyka	p
Chi <sup>2</sup> Yatesa	p=,94045

75% (N=9) kobiet po wystąpieniu udaru mózgu nie zauważa trudności z mówieniem, mężczyźni jest nieco więcej 88,89% (N=16). 25% (N=3) kobiet nie dostrzega tego problemu, mężczyźni jest nieznacznie mniej 11,11% (N=2). Różnice między grupami nie są istotne statystycznie ( $p=0,61708$ ) (Tabela XVII, Tabela XVIII).

**Tabela XVII. Analiza drugiego pytania w podskali komunikacja wg płci.**

	Analiza drugiego pytania w podskali komunikacja wg płci		
	Płeć K	Płeć M	Wiersz Razem
Mam trudności z mówieniem			
Brak problemów	3	2	5
%kolumny	25,00%	11,11%	
Są problemy	9	16	25
%kolumny	75,00%	88,89%	
Ogół	12	18	30

**Tabela XVIII. Analiza drugiego pytania w podskali komunikacja wg płci, statystyka.**

statystyka	Analiza drugiego pytania w podskali komunikacja według płci	
	p	
Chi <sup>2</sup> Yatesa	p=,61708	

66,67% (N=8) kobiet po wystąpieniu udaru mózgu nie zauważa pogorszenia mowy podczas stresu, mężczyźni jest znacznie więcej 83,33% (N=15). 33,33% (N=4) kobiet dostrzega pogorszenie mowy w stresie, natomiast mężczyźni jest znacznie mniej 16,67% (N=3). Różnice między grupami nie są istotne statystycznie ( $p=0,53737$ ) (Tabela XIX, Tabela XX).

**Tabela XIX. Analiza trzeciego pytania w podskali komunikacja wg płci.**

	Analiza trzeciego pytania w podskali komunikacja wg płci		
	Płeć K	Płeć M	Wiersz Razem
Nie mówię wyraźnie kiedy jestem w stresie			
Brak problemów	4	3	7
%kolumny	33,33%	16,67%	
Są problemy	8	15	23
%kolumny	66,67%	83,33%	
Ogół	12	18	30

**Tabela XX. Analiza trzeciego pytania w podskali komunikacja wg płci, statystyka.**

statystyka	Analiza trzeciego pytania w podskali komunikacja według płci	
	p	
Chi <sup>2</sup> Yatesa	p=,53737	

33,33% (N=4) kobiet po przebytych udarze mózgu nie dostrzega problemów związanych z mową, mężczyźni jest nieco mniej 11,11% (N=2). 66,67% (N=8) kobiet zauważa problemy związane z mową po wystąpieniu choroby, natomiast mężczyźni jest więcej 88,89% (N=16). Różnice między grupami nie są istotne statystycznie ( $p=0,30543$ ) (Tabela XXI, Tabela XXII).

**Tabela XXI. Występowanie problemów w komunikacji wg płci.**

Komunikacja	Występowanie problemów w komunikacji wg płci		
	Kobiety	Mężczyźni	Wiersz Razem
Brak problemów	4	2	6
%kolumny	33,33%	11,11%	
Są problemy	8	16	24
%kolumny	66,67%	88,89%	
Ogół	12	18	30

**Tabela XXII. Występowanie problemów w komunikacji wg płci, statystyka.**

statystyka	Występowanie problemów w komunikacji wg płci
Chi <sup>2</sup> Yatesa	p=,30543

## DYSKUSJA

Udar mózgu stanowi bardzo duże obciążenie dla osoby, która go przeżyła. U wielu chorych stanowi przyczynę obniżenia sprawności. Udar mózgu na świecie stanowi trzecią, po schorzeniach układu nerwowego oraz nowotworach, przyczynę zgonów. Występuje zazwyczaj u ludzi w wieku między 60 a 70 rokiem życia. W ciągu roku zapada na niego 15 mln osób a umiera 5 mln osób. W Polsce na udar mózgu choruje 171/100 000 mężczyzn oraz 93/100 000 kobiet. Ocenia się, że 20-30% osób z udarem mózgu umiera w ciągu roku od wystąpienia pierwszych symptomów choroby [3].

Udar mózgu może doprowadzić do niepełnosprawności ruchowej, zaburzeń poznawczych, trudności w komunikacji (zespoły afazji i dyzartrii) oraz zaburzeń w sferze emocjonalnej. Szacuje się, że afazja występuje u 21-38% osób, u których wykryto udar mózgu. Znacznego stopnia zaburzenia mowy pojawiają się u 50% osób z afazją, lekkie zaburzenia



występują u 1/3 chorych, natomiast stopień nasilenia zaburzeń językowych wstępujących u pozostałych osób określa się jako średni. W Polsce rehabilitacji mowy pacjentów po udarze mózgu poddawanych jest 48% chorych [28].

W badaniu A. Bieleckiego i wsp. wykazano, iż większość pacjentów z udarem mózgu to mężczyźni, stanowiący 63,6% wszystkich badanych. W prezentowanej pracy podobnie - mężczyźni stanowili 60% wszystkich ankietowanych [29]. W badaniu A. Bieleckiego i wsp. wykazano, iż pacjenci z udarem mózgu to osoby znajdujące się pomiędzy 27 a 79 rokiem życia, natomiast średnia wieku to 64 lata. Podobnie grupa chorych, którzy wzięli udział w badaniu na potrzeby niniejszej pracy to pacjenci w przedziale wiekowym 35 - 93 lata, ze średnią wieku - 66,6 lat [29].

Do oceny jakości życia skupiającej się na aspekcie subiektywnym chorych po udarze mózgu wykorzystuje się ustandaryzowane kwestionariusze, czyli skale oceny jakości życia. Wśród dostępnych skal do oceny jakości życia po udarze mózgu wymienia się w piśmiennictwie m.in.: SF-36, NHP oraz SIP-36. Najpopularniejsza - SF-36 znajduje zastosowanie w różnych jednostkach chorobowych. Jest przeznaczona do oceny zdrowia osób o różnych poziomach zaawansowania choroby i służy również do oceny efektywności wdrożonego leczenia. Skala NHP skupia się jedynie na negatywnych stronach życia chorego. Skala SIP – 36 jest uniwersalnym, ale czasochłonnym kwestionariuszem, obejmującym pytania dotyczące ogólnego stanu zdrowia pacjenta [26]. W prezentowanej pracy użyto 30 punktowej wersji skali SIP zaadaptowanej dla udaru mózgu (Stroke-Adapted 30- Item Version of the Sickness Impact Profile -SA-SIP 30) w wersji skróconej i zmodyfikowanej na potrzeby badania. Skala ta pozwala na ocenę subiektywną chorego - sfer życia związanych z samoobsługą, mobilnością, dbałością o gospodarstwo domowe, poruszaniem się, stosunkami międzyludzkimi, komunikacją, stanem emocjonalnym oraz koncentracją uwagi. Przeprowadzenie całej skali jest dość czasochłonne oraz ukierunkowane na długi okres po wystąpieniu udaru mózgu. Ze względu na to, iż badanie dotyczyło osób w ostrej fazie udaru mózgu, zdecydowano się na skrócenie i zmodyfikowanie skali. Modyfikacja polegała na całkowitym usunięciu podskal związanych z mobilnością oraz dbałością o gospodarstwo domowe i zmniejszeniem liczby pytań.

W badaniu E. Bolach i wsp. wykazano, że osoby po udarze mózgu w największym stopniu odczuwały obniżenie jakości swego życia w aspekcie poruszania się – 80% ankietowanych, a relatywnie wyższą jakość życia w odniesieniu do stanu emocjonalnego – 46%

chorych. Obniżenie jakości życia, mając na uwadze koncentrację, zauważało 66% badanych, samoobsługę 65% osób, stosunki międzyludzkie 58% ankietowanych, komunikację 54% osób. W prezentowanej pracy uzyskano odmienne wyniki. Osoby po udarze mózgu, we wczesnym okresie, w największym stopniu odczuwały obniżenie jakości swego życia w zakresie komunikacji oraz koncentracji uwagi - po 80% ankietowanych, najmniejsze w odniesieniu do stanu emocjonalnego – 23,3% chorych. Obniżenie jakości życia w stosunkach międzyludzkich i poruszaniu zauważa po 50% badanych, a w samoobsłudze 40% chorych. Można przypuszczać, że na uzyskanie odmiennych wyników może mieć wpływ inny okres czasu od wystąpienia udaru mózgu do przeprowadzenia badania. W badaniach E. Bolach i wsp. oceny jakości życia dokonano około roku od wystąpienia udaru mózgu. W niniejszym badaniu czas ten wynosił średnio 8 dni i obejmował okres wczesny. W ostrej fazie udaru zaburzenia komunikacji mogą przybierać bardziej nasiloną postać. Mogą być postrzegane przez pacjentów jako w większym stopniu obniżające jakość życia [17].

W badaniu E. Żmudzkiej-Wilczek oraz wsp. wykazano, iż problemy z komunikacją ma 54,4% osób badanych. Analizy dokonano w czasie do roku od zachorowania. Natomiast po roku od wystąpienia pierwszych objawów udaru mózgu dyskomfort w komunikacji dostrzega niewiele mniej pacjentów, których jest 48,8%. W prezentowanej pracy problemy z komunikacją dostrzega znacznie więcej osób badanych, których jest aż 80%. Różnice w wynikach uzyskanych w obu pracach mogą wiązać się z odmiennym okresem, w którym dokonano badania. W prezentowanej pracy analizy dokonano między 7 a 9 dobą od wystąpienia choroby, czyli w ostrej fazie udaru mózgu, gdy dolegliwości mają większe natężenie. Na różnice być może ma wpływ również odmienna liczba badanych w obu badaniach, szczególnie w odniesieniu do grupy ocenianej powyżej roku po wystąpieniu udaru mózgu. W badaniu E. Żmudzkiej-Wilczek oraz wsp. w analizie do roku brało udział 33 chorych, po roku – 43 osoby, natomiast w prezentowanej pracy wzięło udział 30 chorych [30].

W badaniu A. Bieleckiego oraz wsp. wykazano, iż w podskali komunikacja największym problemem osób po udarze mózgu jest niewyraźna mowa w stresie, co zadeklarowało 75% badanych. 47,7% ankietowanych ma trudności z mówieniem, natomiast najmniejsza liczba chorych 45,5% prowadzi konwersację blisko rozmówcy lub patrząc na niego. W prezentowanej pracy w podskali komunikacja największym problemem osób po udarze mózgu są trudności z mową; zadeklarowało to aż 83% badanych.

Nieznacznie mniej chorych 77% mówi niewyraźnie w stresie. Natomiast najmniej ankietowanych (47%) zauważyło, że musi prowadzić konwersację blisko rozmówcy lub patrząc na niego [29].

Jednym z celów badania było nakreślenie związków między oceną jakości życia, wyrażoną odpowiedziami badanych w podskalach dotyczących komunikacji i samoobsługi, stosunków międzyludzkich, koncentracji uwagi, poruszania się, stanu emocjonalnego, u chorych we wczesnej fazie udaru mózgu. Nie uzyskano istotnych statystycznie różnic między grupami. Można przypuszczać, że miała na to wpływ zbyt mała ilość osób badanych. Z analizy histogramów można zauważyć pewne zależności między odpowiedziami badanych w poszczególnych podskalach. Największe podobieństwo w odpowiedziach zauważa się między funkcjonowaniem w zakresie komunikacji koncentracji uwagi, gdyż taka sama ilość badanych 80% (N=24) zadeklarowała w tych podskalach największy dyskomfort. Pewne różnice w odpowiedziach odnotowano porównując obniżenie funkcjonowania w zakresie komunikacji z funkcjonowaniem związanym ze stosunkami międzyludzkimi, poruszaniem się i samoobsługą. Obniżenie funkcjonowania w obszarze stosunków międzyludzkich i poruszaniu się deklaruje 50% (N=15) badanych, natomiast w samoobsłudze 40% (N=12) chorych. W analizie procentowej można zauważyć, że znacznie większa grupa badanych zgłasza obniżenie funkcjonowania w zakresie komunikacji w porównaniu do odczuwania dyskomfortu w sferze emocjonalnej. Tylko 23% (N=7) badanych deklaruje obniżenie jakości życia w sferze emocjonalnej. Wydaje się, że problemy w zakresie komunikowania mogą się przyczyniać do obniżenia jakości życia w co najmniej porównywalnym stopniu do trudności w pozostałych obszarach funkcjonowania.

Obniżenie jakości życia w ocenianych domenach funkcjonowania wskazuje na to, iż udar mózgu powoduje dyskomfort funkcjonowania w każdej sferze życia. Jest ważnym czynnikiem prognostycznym w dalszym leczeniu i rehabilitacji chorych. Rehabilitacja pacjentów, w szczególności w ostrej fazie udaru mózgu, powinna być dostosowana indywidualnie do chorego oraz mieć charakter holistyczny. Oddziaływania terapeutyczne winny koncentrować się zarówno na usprawnieniu komunikacji, poruszania, ale także na stanie emocjonalnym pacjentów. Podkreśla się, że może to wpłynąć na poprawę funkcjonowania chorych po zakończeniu hospitalizacji. Pacjenci często zostają bez opieki, dlatego wczesna interwencja specjalistów tj. fizjoterapeutów, logopedów oraz psychologów pozawala na łatwiejsze dostosowanie się do zaistniałych warunków [10].

W badaniu E. Bolach i wsp. wykazano, iż kobiety w sferze komunikacji odczuwały większe niż mężczyźni obniżenie jakości życia zarówno w badaniu do roku (od 3 do 12 miesięcy) jak i powyżej roku od wystąpienia udaru mózgu. W prezentowanej pracy wyniki są odwrotne w stosunku do badań E. Bolach i wsp. Aż 88,89% mężczyzn deklaruje problemy związane z mową, natomiast mniej kobiet zauważa obniżenie jakości życia w tej sferze, jest ich 66,67%. Być może wynika to z innego okresu przeprowadzenia badania od czasu wystąpienia udaru mózgu [17].

Jednym z celów badania była ocena obecności różnic między oceną jakości życia, wyrażoną odpowiedziami badanych w podskalach związanych z mową i komunikacją, przez kobiety i mężczyzn we wczesnej fazie udaru mózgu. Nie uzyskano istotnych statystycznie różnic między grupami. Można przypuszczać, że miała na to wpływ mała ilość osób badanych. Z obserwacji histogramów jednak zauważa się pewne różnice między odpowiedziami badanych w grupie kobiet i mężczyzn. W analizie pierwszego pytania z podskali komunikacja 50% kobiet deklaruje, iż podczas rozmowy muszą stać blisko rozmówcy lub patrzeć się na niego, podczas gdy na tego rodzaju utrudnienie w komunikacji zwraca uwagę mniej mężczyzn (44,44%). Chorzy są badani w ostrej fazie choroby, zazwyczaj są to ludzie prowadzący tylko rozmowę blisko rozmówcy. Mogą nie zauważyć tego problemu w tak krótkim czasie od wystąpienia pierwszych objawów choroby. W analizie drugiego pytania w podskali komunikacja dostrzega się, że mężczyzn zauważających trudności z mówieniem jest aż 88,89% a kobiet nieznacznie mniej 75%. Bardzo duży odsetek badanych z obu płci deklaruje powyższy problem. W pierwszych dobach od wystąpienia udaru mózgu trudności z komunikacją mogą przybierać nasiloną postać, pacjenci zauważają je od pierwszych chwil choroby. W analizie trzeciego pytania w podskali komunikacja dostrzega się, że mężczyzn deklarujących pogorszenie mowy w stresie jest więcej niż kobiet (mężczyzn 83,33%, a kobiet 66,67%). Nie uzyskano jednak istotnych statystycznie różnic między grupami.

Wskazuje się, że problemy w zakresie komunikacji obniżają jakość życia zarówno u kobiet jak i mężczyzn we wczesnej fazie udaru mózgu. Umiejętność posługiwania się mową i komunikowania się jest bardzo ważnym aspektem życia człowieka. Zakłócenie tych umiejętności może spowodować trudności zarówno w nadawaniu, jak i odbieraniu mowy, co skutkuje zaburzeniem w wyrażaniu własnych myśli oraz porozumiewaniu się z innymi osobami.

Obniżenie jakości życia w sferze komunikacji powoduje problemy z pełnieniem ról społecznych, rodzinnych i zawodowych. Może to doprowadzić do zniechęcenia, izolacji społecznej oraz depresji [25].

## **WNIOSKI**

1. Znaczny odsetek chorych we wczesnej fazie udaru mózgu odczuwa obniżenie jakości życia spowodowane obecnością zaburzeń mowy i komunikacji.
2. Obniżenie jakości życia w zakresie komunikacji jest równie ważnym problemem jak jej pogorszenie w zakresie pozostałych obszarów funkcjonowania u chorych we wczesnej fazie udaru mózgu.
3. Obniżenie jakości życia w zakresie mowy i komunikacji dotyczy zarówno kobiet jak i mężczyzn we wczesnej fazie udaru mózgu.

## **PIŚMIENNICTWO**

1. Wójcik G., Piskorz J., Bulikowski W.: Klinimetryczne metody oceny chorych po udarach mózgu w planowaniu rehabilitacji w populacji osób dorosłych. *Hygeia Public Health*, 2015, 50(1), 54-58.
2. Strepikowska A., Buciński A.: Udar mózgu – czynniki ryzyka i profilaktyka. *Postępy Farmakoterapii*, 2009, 65, 46-50.
3. Grochulska A., Jastrzębska M.: Poprawa stanu funkcjonalnego osób po przebytych udarach mózgu – rola pielęgniarki. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2012, 20(3), 300-309.
4. Kozera G., Nyka W.M., Siebert J.: Aktualne zasady terapii ostrej fazy udaru mózgu. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2011, 5 (2), 147-155.
5. Kacperska M.J., Jastrzębski K., Głąbiński A.: Procesy patologiczne w mózgu podczas jego niedokrwienia. *Aktualności Neurologiczne*, 2013, 13 (1), 16-23.
6. Perenc A.: Przyczyny krwotoków śródmózgowych – epidemiologiczny punkt widzenia. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 2012, 21 (1), 57-61.
7. Uryga A., Kasproicz M., Burzyńska M.: Krwotok podpajęczynówkowy i neurogenne powikłania kardiologiczne – przegląd. *Acta Bio-Optica et Informatica Medica Inżynieria Biomedyczna*, 2016, 22 (4), 267-272.

8. Knap D., Partyka R., Zbroszczyk M., Korzekwa M., Zawadzki M., Gruszczyńska K., Baron J.: Tętniaki mózgu – współczesne metody leczenia wewnątrznaczyniowego. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 2010, 6 (1), 22-26.
9. Markus H., Pereira A., Cloud G.: *Udary mózgu. Tom I.* Wydawnictwo Czelej, Lublin 2018.
10. Piskorz J., Wójcik G., Iłzecka J., Kozak-Putowska D.: Wczesna rehabilitacja pacjentów po udarze niedokrwiennym mózgu. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2014, 20 (4), 351-355.
11. Zawadzka J., Bejer A., Kwolek A.: Wpływ wybranych czynników społeczno-demograficznych na jakość życia pacjentów po udarze mózgu – doniesienie wstępne. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego Narodowego Instytutu Leków w Warszawie*, 2014, 1, 36–46.
12. Fudala M., Broła W., Czernicki J.: Stan funkcjonalny chorych trzy lata po udarze mózgu w zależności od powikłań neurologicznych i ogólnomedycznych. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie*, 2013, 1, 7-20.
13. Przewoźnik D.A., Rajtar-Zembaty A.M., Boberek-Płonka B., Starowicz-Filip A., Nowak R., Przewłocki R.: Wykorzystanie Skali Depresji Poudarowej (PSDRS) do oceny obniżonego nastroju w ostrej fazie po udarze mózgu. *Przegląd Lekarski*, 2016, 73 (9), 648-651.
14. Mroczkowska D., Białkowska J., Lewicka K.M.: Rehabilitacja funkcji poznawczych i wykonawczych w chorobach niedokrwiennych mózgu. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2016, 6 (1), 45–49.
15. Rosińczuk J., Kazimierska-Zajac M.: Funkcjonowanie społeczne osób z afazją. *Forum Logopedyczne*, 2017, 25, 49-58.
16. Lewicka T., Krzystanek E.: Dysfagia po udarach mózgu – wskazówki diagnostyczne i terapeutyczne. *Aktualności Neurologiczne*, 2017, 17 (4), 208–212.
17. Ostrzyżek A., Klimberg A., Marcinkowski J.T.: Deficyty poznawcze a kliniczny obraz depresji u osób w podeszłym wieku po udarze mózgu. *Hygeia Public Health*, 2016, 51(3), 291-296.

18. Weber-Rajek M., Cichanowska K., Mieszkowski J., Niespodziński B., Wycech M., Perzyńska A.: Wpływ zasobów psychicznych na jakość życia chorych po udarze niedokrwiennym mózgu. *Journal of Health Sciences*, 2014, 4(9), 51-60.
19. Wnuk M., Maricinkowski J.T.: Jakość życia jako pojęcie pluralistyczne o charakterze interdyscyplinarnym. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2012, 93(1), 21-26.
20. Kłak A., Mińko M., Siwczyńska D.: Metody kwestionariuszowe badania jakości życia. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2012, 93(4), 632-638.
21. Turska W., Skowron A.: Metodyka oceny jakości życia. *Farmakoekonomia*, 2009, 65(8), 572-580.
22. Snarska K., Kapica-Topczewska K., Sawicka J., Drozdowski W., Bachórzewska-Gajewska H.: Cukrzyca jako czynnik ryzyka udaru niedokrwiennego mózgu. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*, 2010, 6 (2), 93-100.
23. Pacian A., Bednarz J., Kaczoruk M., Skórzyńska H., Kawiak-Jawor E.: Jakość życia pacjentów po przebytych udarze mózgu leczonych na oddziale neurologii w Powiatowym Szpitalu Specjalistycznym w Stalowej Woli [w:] *Zagrożenia i problemy cywilizacyjne XXI w. – przegląd i badania*, Maciąg M., Maciąg K. (red.). Wydawnictwo Naukowe TYGIEL, Lublin 2017, 49-60.
24. Bielecki A., Żmudzka-Wilczek E., Opara J., Mehlich K.: Ocena jakości życia osób po udarze mózgu przy pomocy skali S.A.-SIP 30 cz. I. *Zeszyty Naukowo-Medyczne AWF Katowice*, 2006, 20, 71-83.
25. Wichurska K.: Obraz kliniczny afazji sensoryczno-motorycznej (mieszanej). Objawy osiowe i towarzyszące. *Logopeda Lodziensia*, 2017, 1, 145-158.
26. Cieślík B., Podbielska H.: Przegląd wybranych kwestionariuszy oceny jakości życia. *Acta Bio-Optica et Informatica Medica Inżynieria Biomedyczna*, 2015, 2 (21), 102-135.
27. Bolach E., Bolach B., Ptak J.: Ocena jakości życia pacjentów po udarze niedokrwiennym mózgu. *Rozprawy Naukowe Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu*, 2018 63, 92-104.
28. Rosińczuk J., Kazimierska-Zajac M.: Funkcjonowanie społeczne osób z afazją. *Forum Logopedyczne*, 2017, 25, 49-58.
29. Bielecki A., Żmudzka-Wilczek E., Opara J., Mehlich K., Wierycz G.: Skala S.A.-SIP 30 w ocenie jakości życia osób po udarze mózgu. *Pedagogika, Psychologia ta Mediko-Biologiczni Problemi Fizycznego Wihovanna i Sportu*, 2016, 3, 126-131.



30. Żmudzka-Wilczek E., Bielecki A., Opara J., Mehlich K.: Ocena jakości życia osób po udarze mózgu przy pomocy skali S.A.-SIP 30 cz. II. AWF w Katowicach, Katedra Fizjoterapii Układu Nerwowego i Narządu Ruchu, Katowice 2006, 85-95.



## **OCENA PERCEPCJI STRESU ODCZUWANEGO PRZEZ RODZICÓW DZIECI HOSPITALIZOWANYCH W ODDZIALE PEDIATRYCZNYM**

**Wioleta Łągiewka<sup>1</sup>, Olimpia Karczewska<sup>2,3,4</sup>, Agnieszka Młynarska<sup>3,4</sup>**

1. Oddział Dziecięcy, Szpital Powiatowy w Zawierciu
2. Zakład Anestezjologii i Intensywnej Opieki Pielęgniarskiej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
3. Zakład Gerontologii i Pielęgniarstwa Geriatrycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
4. Górnośląskie Centrum Medyczne im. Prof. Leszka Gieca, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

### **WSTĘP**

Każdego roku na oddziały szpitalne trafia kilkanaście procent dzieci. Najczęściej są to noworodki oraz niemowlęta. Z badań wynika, że wskaźnik hospitalizowanych dzieci w ich pierwszym roku życia wynosi ok. 70%. W kolejnych latach życia dziecka wskaźnik ten maleje do ok.20% (są to dzieci w wieku do czterech lat) oraz niewiele ponad 10% u dzieci starszych [1].

Przyczyny i długość pobytu dziecka w szpitalu są bardzo różne zazwyczaj jednak są to hospitalizacje krótkie, kilkudniowe. Najczęstszymi przyczynami hospitalizacji są choroby układu pokarmowego i oddechowego, skutki zatruc, urazów, czy też choroby pasożytnicze czy zakaźne [2].

Wraz z dzieckiem na oddział szpitalny trafiają również jego rodzice lub opiekunowie. Dziś wydaje się to stanem oczywistym, jednakże jeszcze pod koniec XX wieku takie sytuacje nie miały miejsca. Szpitale pediatryczne otwierały się dla rodziców i opiekunów bardzo powoli. W roku 1981 miała miejsce pierwsza w Polsce konferencja na temat problematyki hospitalizacji dzieci. Został wówczas poruszony temat obecności rodziców w szpitalu, gdyż do tej pory powszechną praktyką było ewentualne wyznaczanie godzin odwiedzin, a nawet izolowanie dziecka od opiekunów. Dziś w wielu placówkach rodzice/opiekunowie mają prawo przebywać na oddziale wraz z dzieckiem całą dobę, a jeżeli nie ma takiej możliwości przez kilkanaście godzin [3, 4].

Pobytek dziecka w szpitalu jest dużym stresem zarówno dla dziecka jak i jego rodziców/opiekunów. Stała obecność przy hospitalizowanym dziecku jest bardzo ważnym czynnikiem, który zapewnia poczucie bezpieczeństwa i w pewnym stopniu niweluje lęk. Możliwość bycia przy dziecku jest bardzo ważna również dla samych rodziców, ponieważ znacząco wpływa na zmniejszenie poczucia niepewności, bezradności czy lęku. Zarówno choroba, jak i hospitalizacja są trudnym, czasem wręcz traumatycznym przeżyciem zarówno dla dziecka, jak również dla jego rodziców/opiekunów [1, 2, 3, 4].

### **CEL BADAŃ**

Celem pracy jest ocena percepcji stresu odczuwanego przez rodziców bądź prawnych opiekunów dzieci hospitalizowanych w oddziale pediatrycznym oraz analiza czynników, które miały bezpośredni wpływ na jego odczucie.

Cele szczegółowe obejmują:

1. Ocenę zależności pomiędzy hospitalizacją dziecka na oddziale pediatrycznym a samopoczuciem rodziców/opiekunów.
2. Analizę zaistniałych sytuacji pod kątem stresu oraz radzenia sobie w takiej sytuacji.
3. Ocenę wsparcia ze strony osób bliskich.
4. Ocenę zachowania i podejścia personelu medycznego w stosunku do rodziców/opiekunów.
5. Analizę sytuacji pod kątem wpływu na życie codzienne i funkcjonowanie rodziny.

Hipotezy badawcze:

H 1. Hospitalizacja dziecka była dla rodziców bardzo stresującym przeżyciem.

H 2. Rodzice hospitalizowanych dzieci mogą liczyć na wsparcie bliskich im osób.

H 3. Rodzice mogą liczyć na wsparcie i pomoc zarówno ze strony lekarzy, jaki pielęgniarek.

H 4. Hospitalizacja dziecka w znaczący sposób wpłynęła na ich życie rodzinne.

H 5. Sposób reagowania dzieci na pobyt w szpitalu ma wpływ na stan emocjonalny rodziców.

H 6. Kontakt z personelem szpitala ma wpływ na zmniejszenie stresu rodziców związanych z hospitalizacją dziecka.

H 7. Warunki umożliwiające pobyt rodziców na oddziale mają wpływ na samopoczucie rodziców.

## **MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ**

Badania przeprowadzone były za zgodą dyrektora Szpitala Powiatowego w Zawierciu, wśród rodziców/opiekunów dzieci hospitalizowanych na oddziale pediatrycznym – również za ich zgodą. Respondenci wypełniali autorski, anonimowy kwestionariusz ankiety.

Badaniem objęto 100 rodziców/opiekunów dzieci hospitalizowanych na oddziale pediatrycznym w okresie od 07-18.01.2019. Ostatecznie do badania włączono 79 rodziców opiekunów dzieci, wyłączeni z badania nie wypełnili prawidłowo kwestionariusza.

Ankieta zawierała 27 pytań: 25 pytań zamkniętych i 2 pytania otwarte. Pierwsza część ankiety dotyczyła sytuacji socjodemograficznej, część druga dotyczyła przyczyn hospitalizacji dziecka, część trzecia dotyczyła czynników wpływających na stres odczuwany przez rodziców dzieci hospitalizowanych.

## **WYNIKI**

Badaniem objęto rodziców 79 dzieci. Charakterystyka grupy wiekowej, płci oraz uwarunkowań rodzinnych została przedstawiona w Tabelach I, II i III.

**Tabela I. Wiek dziecka (w latach)**

N	Ważne	79
Średnia		7,15
Odchylenie standardowe		5,004

**Tabela II. Płeć**

		Częstość	Procent
Ważne	Dziewczynka	35	44,3
	Chłopiec	44	55,7
	Ogółem	79	100,0

**Tabela III. Rodzina**

		Częstość	Procent	Procent ważnych
Ważne	Pełna	47	59,5	60,3
	Niepełna	17	21,5	21,8
	Partner przebywa poza granicami	14	17,7	17,9
	Ogółem	78	98,7	100,0
Braki danych	Systemowe braki danych	1	1,3	
	Ogółem	79	100,0	

Szczegóły dotyczące długości pobytu w oddziale, powodu przyjęcia oraz częstości hospitalizacji przedstawiają Tabele IV, V, VI.

**Tabela IV. Długość pobytu w oddziale**

N	Ważne	78
	Braki danych	1
Średnia		13,28
Odchylenie standardowe		9,070

**Tabela V. Przyjęcie dziecka do oddziału szpitalnego**

		Częstość	Procent	Procent ważnych
Ważne	Nagły	44	55,7	57,1
	Skierowany od lekarza prowadzącego	33	41,8	42,9
	Ogółem	77	97,5	100,0
Braki danych	Systemowe braki danych	2	2,5	
	Ogółem	79	100,0	

**Tabela VI. Który raz dziecko jest hospitalizowane**

		Częstość	Procent
Ważne	1	48	60,8
	2	21	26,6
	3	9	11,4
	5	1	1,3
	Ogółem	79	100,0

Przyczyny hospitalizacji przedstawiono w Tabeli VII.

**Tabela VII. Przyczyna hospitalizacji dziecka**

		Częstość	Procent
Ważne	Zapalenie płuc	16	20,3
	Zapalenie oskrzeli	10	12,7
	Zatrucie pokarmowe	12	15,2
	Silne duszności	11	13,9
	Wysoka gorączka	17	21,5
	Wypadek	13	16,5
	Ogółem	79	100,0

Reakcje rodziców na konieczność hospitalizacji dziecka oraz powód, dla którego pozostali z dzieckiem w szpitalu były dość różnorodne (Tabela VIII i IX).

**Tabela VIII. Wpływ pobytu w oddziale szpitalnym na respondentów**

		Częstość	Procent
Ważne	Płacz	23	29,1
	Histeria, niedowierzanie	14	17,7
	Musiało zachować spokój, by dodatkowo nie stresować dziecka	25	31,6
	Byłem/am przygotowana na hospitalizację mojego dziecka	17	21,5
	Ogółem	79	100,0

**Tabela IX. Główny powód obecności respondentów przy hospitalizowanym dziecku**

		Odpowiedzi		Procent obserwacji
		N	Procent	
-	Pomoc w przezwyciężeniu strachu i stresu dziecka	43	45,3%	54,4%
	Urozmaicenie czasu poprzez zabawę z dzieckiem	9	9,5%	11,4%
	Miłość macierzyńska	10	10,5%	12,7%
	Mała samodzielność dziecka	16	16,8%	20,3%
	Poczucie obowiązku rodzicielskiego	10	10,5%	12,7%
	Zalecenie lekarza	7	7,4%	8,9%
	Ogółem	95	100,0%	120,3%

Najbardziej stresującym czynnikiem dla rodziców była niepewność i tak zadeklarowało 30,4% z nich. Drugim w kolejności stresogennym czynnikiem była diagnoza postawiona przez lekarza (21,5%), a trzecim przewiezienie na oddział ratunkowy (19%). Szczegóły przedstawia Tabela X.

**Tabela X. Która z zaistniałych sytuacji była dla Pana/i najbardziej stresująca?**

		Częstość	Procent
Ważne	Wezwanie pogotowia ratunkowego	11	13,9
	Przywiezienie dziecka na oddział ratunkowy	15	19,0
	Niepewność	24	30,4
	Diagnoza postawiona przez lekarza	17	21,5
	Inne	12	15,2
	Ogółem	79	100,0

65,8 % rodziców dzieci hospitalizowanych mogło liczyć na wsparcie osób bliskich, 8,9% rodziców takiego wsparcia nie otrzymało (Tabela XI).

**Tabela XI. Czy w trudnych dla Państwa chwilach możecie liczyć na wsparcie bliskich osób?**

		Częstość	Procent
Ważne	Tak	52	65,8
	Rzadko	15	19,0
	Raczej nie	5	6,3
	Nie	7	8,9
	Ogółem	79	100,0

W kwestionariuszu umieszczono również pytanie o sposób radzenia sobie z zaistniałą sytuacją. Najwięcej osób wspomaga się rozmową z bliskimi (35,4%). Wyniki szczegółowe przedstawia Tabela XII.

**Tabela XII. W jaki sposób radzicie sobie Państwo z zaistniałą sytuacją?**

	Częstość	Procent
Ważne Często rozmawiam z bliskimi	28	35,4
Mam dobry kontakt z lekarzem/pielęgniarką, którzy udzielają im niezbędnych informacji	19	24,1
Często płaczę	9	11,4
Zamknęłam się w sobie	11	13,9
Zastanawiam się, co będzie dalej	12	15,2
Ogółem	79	100,0

63,3% rodziców potwierdza, że personel szpitala swym zachowaniem starał się zmniejszyć stres związany z hospitalizacją dziecka. Tylko co 5 rodzic (22,8 %) był zdania przeciwnego, a co 8 (13,9 %) nie zwrócił na tę kwestię uwagi.

Szczegóły przedstawia Tabela XIII.

**Tabela XIII. Czy personel szpitala swym zachowaniem starał się zmniejszyć stres związany z hospitalizacją Państwa dziecka na oddział?**

	Częstość	Procent
Ważne Tak	50	63,3
Nie	18	22,8
Nie zwróciłem/am uwagi	11	13,9
Ogółem	79	100,0



1/3 rodziców określiła kontakt z personelem szpitala jako bardzo dobry. Podobna liczba określa go, jako dobry, a co 5 rodzic zaznaczył odpowiedź „raczej dobrze”. Źle kontakt z personelem oceniło niecałe 14% rodziców, a bardzo źle 1,3% (Tabela XIV).

**Tabela XIV. Proszę w skali od 1-5 określić kontakt z personelem (lekarz, pielęgniarka)**

		Częstość	Procent
Ważne	bardzo dobrze	25	31,6
	dobrze	26	32,9
	raczej dobrze	16	20,3
	źle	11	13,9
	bardzo źle	1	1,3
	Ogółem	79	100,0

40% rodziców uważa, że dobry kontakt z personelem pozwala zrozumieć zaistniałą sytuację. Aż 36,7% deklaruje, iż taki kontakt daje im poczucie bezpieczeństwa (Tabela XV). Na pytanie, czego według Państwa nie jest w stanie zapewnić dziecku personel medyczny 49,4% rodziców odpowiada, że miłości, 22,1% wskazuje na bezpieczeństwo i podobna ilość na indywidualną opiekę oraz uwagę i zabawę z dzieckiem.

Szczegóły przedstawiono w Tabeli XVI.

**Tabela XV. W jaki sposób kontakt z lekarzem/pielęgniarką wpływają na Państwa samopoczucie?**

		Częstość	Procent
Ważne	Daje mi poczucie bezpieczeństwa (uspokaja)	29	36,7
	Pozwala zrozumieć zaistniałą sytuację	32	40,5
	Kontakt z lekarzem jest ograniczony	18	22,8
	Ogółem	79	100,0

**Tabela XVI. Czego według Państwa nie jest w stanie zapewnić dziecku personel medyczny?**

	Odpowiedzi		Procent obserwacji
	N	Procent	
- Miłości	38	40,0%	49,4%
Bezpieczeństwa	17	17,9%	22,1%
Dokładnej pielęgnacji	6	6,3%	7,8%
Indywidualnej opieki	18	18,9%	23,4%
Wystarczającej uwagi czy zabawy z dzieckiem	16	16,8%	20,8%
Ogółem	95	100,0%	123,4%

Jedno z pytań w zastosowanym kwestionariuszu dotyczyło ostąej możliwości przebywania z dzieckiem w czasie całej hospitalizacji. Prawie  $\frac{3}{4}$  rodziców deklaruje, że taką możliwość miało. Wyniki zostały opisane w Tabeli XVII.

**Tabela XVII. Czy ma Pan/i możliwość przebywania z dzieckiem przez cały czas jego pobytu na oddziale?**

	Częstość	Procent
Ważne Tak	58	73,4
Nie	21	26,6
Ogółem	79	100,0

Ocenę warunków umożliwiających pobyt rodziców na oddziale przedstawiono w Tabeli XVIII.

**Tabela XVIII. Jak określa Pan/Pani warunki umożliwiające pobyt rodziców na oddziale?**

		Częstość	Procent
Ważne	Bardzo dobre	15	19,0
	Dobrze	27	34,2
	Przeciętnie	28	35,4
	Złe	9	11,4
	Ogółem	79	100,0

Przebywanie z dzieckiem na oddziale wiąże się z przebywaniem wśród innych chorych dzieci. Rodzice zostali zapytani o to, jak przebywanie wśród chorych, często cierpiących dzieci wpływa na ich stan emocjonalny. Wyniki opisane zostały w Tabeli XIX.

**Tabela XIX. Jak przebywanie wśród chorych dzieci wpływa na Państwa stan emocjonalny?**

		Częstość	Procent
Ważne	Daje mi siłę do walki	23	29,1
	Pokazuje, że moja sytuacja nie jest najgorsza	30	38,0
	"Dołuje"	26	32,9
	Ogółem	79	100,0

Reakcja dziecka na pobyt w szpitalu, jego leczenie, badania oraz procedury medyczne opisana została w Tabeli XX.

**Tabela XX. Jak Państwa dziecko reaguje na pobyt w szpitalu?**

		Odpowiedzi		Procent obserwacji
		N	Procent	
-	Jest bardzo dzielny/a	19	22,6%	24,1%
	Bardzo dobrze znosi pobyt w szpitalu	16	19,0%	20,3%
	Nie radzi sobie z zaistniałą sytuacją	16	19,0%	20,3%
	Często płacze	22	26,2%	27,8%
	Chce wracać do domu	11	13,1%	13,9%
	Ogółem	84	100,0%	106,3%

Reakcja rodziców na zachowanie dziecka podczas pobytu na oddziale szpitalnym prezentowała się następująco: ponad 37% rodziców tłumaczy zaistniałą sytuację i rozmawia ze swoim dzieckiem, aby wytworzyć mu lepszą atmosferę w czasie pobytu. Prawie 30% przebywa z dzieckiem bez przerwy, aby nie czuło się samotne. Szczegóły w Tabeli XXI.

**Tabela XXI. Jak Państwo reagują na jego zachowanie?**

		Częstość	Procent	Procent ważnych
Ważne	Tłumaczymy/rozmawiamy o zaistniałej sytuacji	29	36,7	37,2
	Jesteśmy z dzieckiem cały czas, by nie czuło się samotne	23	29,1	29,5
	Staramy się je jeszcze bardziej rozpieszczać	10	12,7	12,8
	Zachowujemy się, jak w domu	16	20,3	20,5
	Ogółem	78	98,7	100,0
Braki danych	Systemowe braki danych	1	1,3	
	Ogółem	79	100,0	

Rodzice zostali również zapytani o to, czy choroba dziecka, jego pobyt w szpitalu miał jakiś wpływ na codzienne funkcjonowanie ich rodziny (Tabela XXII i XXIII).

**Tabela XXII. Czego to doświadczenie nauczyło Państwa?**

	Częstość	Procent
Ważne    Że należy często się badać	15	19,0
Że nie należy bagatelizować niepokojących objawów	46	58,2
Należy bardziej dbać o bezpieczeństwo dziecka	18	22,8
Ogółem	79	100,0

**Tabela XXIII. Czy zaistniała sytuacja wpłynęła na Państwa codzienne życie/funkcjonowanie rodziny?**

	Częstość	Procent
Ważne    Tak, nagle musieliśmy przewartościować dotychczasowe życie	9	11,4
Tak, musieliśmy zmienić nasze plany	23	29,1
Mój partner nie wytrzymał napięcia związanego z chorobą dziecka i odszedł	2	2,5
Zacząłem/am inaczej postrzegać otaczający mnie świat	25	31,6
Nic się nie zmieniło	20	25,3
Ogółem	79	100,0

### **Analiza hipotez**

*H 1. Hospitalizacja dziecka była dla rodziców bardzo stresującym przeżyciem.*

Najważniejszym z pytań obrazującym zachowanie w trakcie hospitalizacji było pytanie 11 (Jak pojawienie się na oddziale szpitalnym wpłynęło na Państwa?). Do zbadania hipotezy wykorzystano test statystyczny dla dwóch frakcji czy odsetka.

*H 0: hipotezę zerowa testu mówi, iż odsetek rodziców odczuwających stres był statystycznie równy odsetkowi odczuwających go słabiej lub wcale.*

*H1: hipotezę alternatywna mówi, iż odsetek rodziców odczuwających stres był istotnie wyższy od odsetka odczuwających go słabiej lub wcale.*

Do badania wykorzystano program Gretl.

- Statystyka testowa:  $z = (0,785 - 0,215) / 0,0795557 = 7,16479$
- Dwustronny obszar krytyczny  $p = 7,791 \text{ e-}013$
- Jednostronny obszar krytyczny  $= 3,895 \text{ e-}013$

Ponieważ obliczona przez program wartość  $p$  dla testu jednostronnego wyniosła  $3,895\text{e-}013$  i jest mniejsza od przyjętego powszechnie w badaniach poziomu istotności  $0,05$  wnioskuje się, iż odsetek rodziców odczuwających stres jest statystycznie większy od odsetka rodziców, którzy stresu nie odczuwali.

*H 2. Rodzice hospitalizowanych dzieci mogą liczyć na wsparcie bliskich im osób.*

Zbadano czy odsetek ten jest istotnie wyższy od odsetka rodziców, którzy tego wsparcia nie dostali.

- Statystyka testowa:  $z = (0,658 - 0,342) / 0,0795557 = 3,97206$
- Dwustronny obszar krytyczny  $p = 7,125 \text{ e-}005$
- Jednostronny obszar krytyczny  $= 3,563 \text{ e-}005$

Ponieważ obliczona wartość  $p$  dla testu jednostronnego wyniosła  $3,563\text{e-}005$  i jest mniejsza od przyjętego powszechnie w badaniach poziomu istotności  $0,05$  wnioskuje się, iż odsetek rodziców mogących liczyć na wsparcie bliskich im osób jest statystycznie większy od odsetka rodziców, którzy takiego wsparcia nie dostają.

*H 3. Rodzice mogą liczyć na wsparcie i pomoc zarówno ze strony lekarzy, jaki pielęgniarzek.*

- Statystyka testowa:  $z = (0,633 - 0,366) / 0,0795557 = 3,35614$
- Dwustronny obszar krytyczny  $p = 0,0007904$
- Jednostronny obszar krytyczny  $= 0,0003952$

Ponieważ obliczona wartość  $p$  dla testu jednostronnego wyniosła 0,0003952 i jest mniejsza od przyjętego powszechnie w badaniach poziomu istotności 0,05 wnioskuje się, iż odsetek rodziców mogących liczyć na wsparcie zarówno ze strony personelu medycznego jest statystycznie większy od odsetka rodziców, którzy zadeklarowali, że takiego wsparcia nie otrzymali.

*H 4. Hospitalizacja dziecka w znaczący sposób wpłynęła na ich życie rodzinne.*

- Statystyka testowa:  $z = (0,72 - 0,28) / 0,0795557 = 5,53071$
- Dwustronny obszar krytyczny  $p = 3,189 \text{ e-}008$
- Jednostronny obszar krytyczny  $= 1,595 \text{ e-}008$

Ponieważ obliczona wartość  $p$  dla testu jednostronnego wyniosła 1,595e-008 i jest mniejsza od przyjętego powszechnie w badaniach poziomu istotności 0,05 wnioskuje się, iż odsetek rodziców, którzy odczuli, że ich codzienne funkcjonowanie się zmieniło jest statystycznie większy od odsetka rodziców, którzy zadeklarowali inaczej.

*H 5. Sposób reagowania dzieci na pobyt w szpitalu ma wpływ na stan emocjonalny rodziców*

Za pomocą testu chi-kwadrat zbadano, czy istnieje zależności między stanem emocjonalnym rodziców a sposobem reagowania ich dzieci na pobyt na oddziale.

Wykorzystano do badania program Statistica PL.

H 0: hipoteza zerowa testu zakłada, iż brak związku między badanymi zmiennymi.

H1: Hipoteza alternatywna zakłada, iż związek jest statystycznie istotny.

**Tabela XXIV. Sposób reagowania dzieci na pobyt w szpitalu, a wpływ na stan emocjonalny rodziców.**

Statystyka	Chi-kwadr.	df	p
Chi <sup>2</sup> Pearsona	17,096445	df=12	p=0,001851
Chi <sup>2</sup> NW	17,155784	df=12	p=0,001803
Wsp. kontyngencji	0,3198669		
V Craméra	0,2887219		

Według wartości współczynnika Cramera=0,2887 związek między zmiennymi jest średnio silny. Podana wartość  $p=0,001851$  w teście chi-kwadrat jest mniejsza od przyjętego poziomu istotności 0,05 i dlatego odrzucono hipotezę  $H_0$ . Wnioskuje się zatem, że zależność między badanymi zmiennymi jest statystycznie istotna. Reasumując: sposób reagowania dzieci na pobyt w szpitalu ma wpływ na stan emocjonalny rodziców.

*H 6. Kontakt z personelem szpitala ma wpływ na zmniejszenie stresu rodziców związanych z hospitalizacją dziecka.*

**Tabela XXV. Kontakt z personelem szpitala, a jego wpływ na zmniejszenie stresu rodziców hospitalizowanego dziecka.**

statystyka	Chi-kwadr.	df	p
Chi <sup>2</sup> Pearsona	47,348827	df=4	p=0,000000013
Chi <sup>2</sup> NW	47,558904	df=4	p=0,000000012
Wsp. kontyngencji	0,6121657		
V Craméra	0,5474268		

Podana przez program wartość  $p=0,000000013$  w teście chi-kwadrat jest mniejsza od przyjętego poziomu istotności 0,05 i dlatego odrzucono hipotezę  $H_0$ . Wnioskuje się zatem, że zależność między badanymi zmiennymi jest statystycznie istotna, czyli kontakt z personelem szpitala ma wpływ na zmniejszenie stresu rodziców związanych z hospitalizacją dziecka.



*H 7. Warunki umożliwiające pobyt rodziców na oddziale mają wpływ na samopoczucie rodziców.*

**Tabela XVI. Ocena warunków umożliwiających pobyt rodziców na oddziale, a jej wpływ na samopoczucie rodziców.**

statystyka	Chi-kwadr.	df	p
Chi <sup>2</sup> Pearsona	30,671469	df=6	p=0,000029
Chi <sup>2</sup> NW	31,012246	df=6	p=0,000025
Wsp. kontyngencji	0,5288353		
V Craméra	0,3981218		

Według wartości współczynnika Cramera związek między zmiennymi jest średni. Podana przez program wartość  $p=0,000029$  w teście chi-kwadrat jest mniejsza od przyjętego poziomu istotności 0,1 i dlatego odrzucono hipotezę  $H_0$ . Wnioskuje się zatem, że zależność między badanymi zmiennymi jest statystycznie istotna. Ocena rodziców względem warunków pobytu rzutuje na stan emocjonalny w sposób istotny.

## **DYSKUSJA**

Każda choroba wpływa na funkcjonowanie całej rodziny i jest źródłem stresu, lęku oraz niepokoju. Burzy ustalony porządek oraz osłabia poczucie bezpieczeństwa. Stres psychologiczny definiuje się jako zespół reakcji na zdarzenia bodźcowe, które zakłócają stan równowagi, wystawiają na próbę lub też przekraczają zdolność radzenia jak podaje Zimbardo.

Analizując literaturę przedmiotu, artykuły oraz źródła internetowe dotyczące stresu, jaki wywołuje u rodziców hospitalizacja dziecka wnioski wydają się być bardzo podobne. Jopek – autorka jednej z analizowanych publikacji wykazała, że hospitalizacja dziecka to ogromnie stresogenne przeżycie dla jego rodziców. Również samo przebywanie na oddziale, na którym znajdują się inne dzieci (często bardziej chore niż badanych rodziców) ma znaczący wpływ na życie rodzinne czy wręcz na jego przewartościowanie. W wynikach badań przeprowadzonych przez Jopek, również potwierdza się, iż dobry kontakt z personelem szpitala oraz wsparcie bliskich osób są niezwykle istotne w przewyciężaniu stresu. Również samo przebywanie na oddziale, na którym znajdują się inne dzieci (często bardziej chore niż badanych rodziców) ma znaczący wpływ na życie rodzinne czy wręcz na jego przewartościowanie.

W badaniu Krywdy-Rybarskiej wystąpiła niewielka zależność między poziomem stresu, a wiekiem dziecka, wykazano natomiast wysoką ujemną korelację pomiędzy odczuwanym przez rodzica natężeniem stresu a potrzebą wsparcia przez bliskich. Na stres rodzica wpłynęła również subiektywna ocena stanu dziecka. Podobnie jak w przedstawionej pracy stres u rodzica był tym silniejszy im gorszy stan hospitalizowanego dziecka [4, 5, 6, 7].

Jak wynika z analiz, sytuacje stresogenne, które tak naprawdę powinny być indywidualnym odczuciem każdego człowieka, w sytuacji hospitalizacji dziecka są bardzo podobne. Każdy rodzic bowiem troszczy się o życie, zdrowie oraz samopoczucie swojego dziecka. Dzieci, obserwując dorosłych uczą się sposobów reagowania i odreagowywania, dlatego tak ważna jest identyfikacja czynników, które wpływają na poczucie stresu u rodzica. Identyfikacja czynników pomoże odnaleźć się całej rodzinie w tak trudnej sytuacji jaką jest hospitalizacja [6, 7].

## **WNIOSKI**

Na podstawie analizy zgromadzonego materiału badawczego sformułowano następujące wnioski:

1. Blisko połowa rodziców dzieci hospitalizowanych nie była przygotowana na zaistniałą sytuację, reagując histerią, płaczem, niedowierzaniem.
2. Źródłem największego stresu była niepewność.
3. Większość rodziców mogła liczyć na wsparcie osób bliskich w trudnych chwilach.
4. Ponad połowa badanych radzi sobie ze stresem dzięki rozmowom z bliskimi.
5. Badani rodzice bardzo pozytywnie ocenili kontakt z personelem medycznym, w kolejnym badaniu należałoby jednak sprawdzić co powodowało negatywną ocenę wśród pozostałych rodziców.

## **PIŚMIENNICTWO**

1. Maciarz A.: Dziecko przewlekle chore: opieka i wsparcie. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2008.
2. Cytowska B., Winczur B.: Dziecko chore. Zagadnienia biopsychicznej pedagogicznej. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2010.
3. Maryniak A.: Pediatryczny medyczny stres traumatyczny u rodziców dzieci hospitalizowanych. Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2011.

4. Strelau J.: Psychologia. Podręcznik akademicki. Wydawnictwo GWP, Gdańsk 2005.
5. Jopek A., Gadzinowska-Szczucińska J., Szczapa T.: Ocena percepcji stresu odczuwanego przez rodziców dzieci hospitalizowanych na OITN. Ginekologia Polska, 2009, 80 (5), 367-373.
6. Krywda-Rybsak D., Zdun-Ryżewska A., Zach E.: Stres psychologiczny i czynniki na niego wpływające u opiekuna dziecka hospitalizowanego. Pediaatria i Medycyna Rodzinna, 2012, 8 (3), 268-271.
7. Heszen I.: Psychologia stresu. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2014.

## **OCENA JAKOŚCI ŻYCIA Kobiet PO MASTEKTOMII**

**Elżbieta Irena Zdunek<sup>1</sup>, Ewa Fiega<sup>2</sup>**

1. Mazowiecki Szpital Onkologiczny w Wieliszewie
2. Wydział Nauk o Zdrowiu, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

### **WSTĘP**

Jednym z najczęstszych nowotworów występujących w grupie kobiet jest rak piersi. Szacuje się, iż stanowi on około 25 % wszystkich nowotworów. W 2014 roku w Polsce liczba zachorowań przekroczyła 16 500, wzrastając o 10 tysięcy w ciągu ostatnich dwóch dekad. W kontekście raka obraz ciała odnosi się do aspektów psychospołecznych, jakimi są: seksualność, stygmatyzacja czy samoocena. To w jaki sposób kobieta postrzega swoje ciało jest subiektywne i jest wynikiem jej myśli i uczuć. Rak piersi nieodłącznie kojarzy się z chemioterapią oraz zabiegiem mastektomii, czyli operacji, która polega na amputacji piersi. Operację usunięcia gruczołu przeprowadza się u pacjentek u których nowotwór pojawił się w więcej niż jednej ćwiartce piersi [1].

Dla kobiet niezależnie od wieku amputacja to ogromna trauma. Jest to trwałe i w zasadzie nieodwracalne zniekształcenie ciała kobiety, traktowane niejednokrotnie jako kalectwo. Wśród najczęściej wymienianych przez pacjentki uczuć związanych z zabiegiem dominują takie, jak: rozżalenie, złość, gniew oraz negatywne nastawienie do otoczenia. Utrata atrybutu kobiecości, jaką są piersi wiąże się również z lękiem i przerażeniem w sytuacjach intymnych. Często kobiety po mastektomii unikają zbliżeń z partnerem. Wiele niezamężnych kobiet po leczeniu zgłasza problemy oraz wysoki poziom lęku przed umówieniem się na spotkanie z mężczyzną. Blokady wynikają z przeświadczenia utraty atrakcyjności fizycznej, co może wiązać się z brakiem poczucia pożądania partnera [2].

Majkovicz i De Walden Gałuszko [3], w swoich badaniach wskazują na szereg następstw zabiegu jakim jest mastektomia. Życie kobiet po operacji ulega przewartościowaniu. Ulegają zmianie wartości, które niegdyś był dla kobiety istotne, jakość życia, ale również i sposób patrzenia na siebie – swoje ciało, życie codzienne, czy też plany na przyszłość. Utrudnienia komunikacyjne, obniżanie zdolności adaptacyjnych, pogorszenie sprawności

fizycznej, czy redukcja więzi społecznych to tylko niektóre z następstw usunięcia piersi. Okres pooperacyjny jest dla kobiety i jej najbliższych czasem trudnym i pełnym cierpienia. Należy wtedy otoczyć pacjentkę odpowiednią opieką specjalistów, w których skład powinien wchodzić psychoonkolog. Przy odpowiednim nastawieniu okres ten można zamienić na czas pełen nadziei [3].

Istotnym następstwem mastektomii jest zmiana w funkcjonowaniu społecznym. Ma to przede wszystkim związek z nową rolą społeczną – rolą osoby walczącej z chorobą, przez co wpływa na układ relacji panujących w rodzinie, wśród przyjaciół, czy w miejscu pracy. Nowa rola związana jest również ze spadkiem prestiżu.

Badania przeprowadzone przez Kozaka [4] pokazują, iż kobiety chorujące na nowotwór, próbujące wygrać z chorobą z pomocą konstruktywnych strategii charakteryzują się znacznie lepszą jakością życia. Funkcjonują lepiej emocjonalnie, poznawczo i społecznie, są również sprawniejsze fizycznie i mają możliwość pełnienia różnych ról zawodowo, a więc u chorujących na nowotwór piersi kobiet jednym z ważniejszych aspektów pełnego wyleczenia jest aspekt psychologiczny [5].

## **CEL BADAŃ**

Celem pracy była ocena jakości życia kobiet po zabiegu mastektomii oraz ocena funkcjonowania kobiet po zabiegu mastektomii w obszarze psychicznym, fizycznym, społecznym, środowiskowym oraz w życiu codziennym w kontekście jakości życia.

## **MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ**

Badanie wykonano w Mazowieckim Szpitalu Onkologicznym w Wieliszewie od marca do kwietnia 2019 roku. Objęto nim 50 kobiet po zabiegu mastektomii. W badaniu posłużono się metodą sondażu diagnostycznego wykorzystując technikę ankietowania za pomocą narzędzia kwestionariusza ankiety własnego autorstwa składającego się z 33 pytań. Pytania dotyczyły: odczuć po zabiegu operacyjnym, akceptacji swojego ciała, wpływu operacji na życie codzienne. Udział w ankiecie był dobrowolny i anonimowy. Pacjentki wiedziały, iż wyniki ankiety posłużą do celów naukowych.

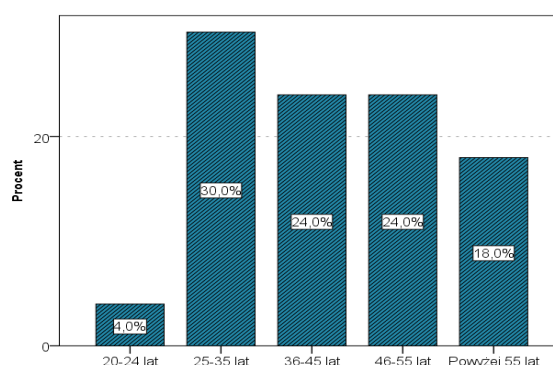
Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej oraz przedstawiono za pomocą wykresów kołowych oraz słupkowych. Korelacje pomiędzy zmiennymi rangowymi sprawdzono za pomocą współczynnika korelacji rang Spearmana.

Współczynnik ten przyjmuje wartości od +1 (silna korelacja dodatnia, wraz ze wzrostem jednej zmiennej, następuje wzrost drugiej zmiennej), poprzez 0 (brak korelacji) do -1 (silna korelacja ujemna, wzrost wartości jednej zmiennej, powodował spadek wartości drugiej zmiennej). W analizach statystycznych przyjęto poziom istotności  $p = 0,05$ . Analizy wykonano za pomocą programu SPSS Statistics 24.0.0. oraz pakietu Office 2016.

## WYNIKI

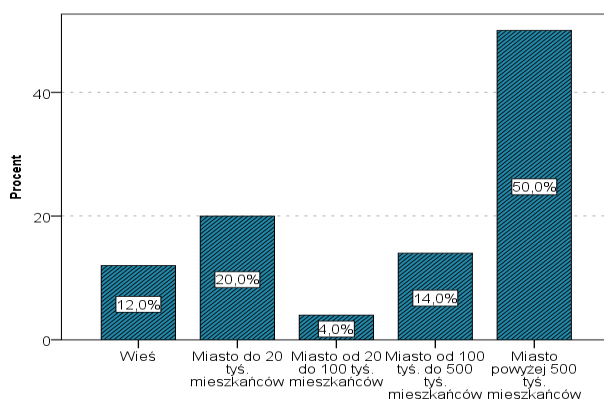
W przeprowadzonym badaniu uczestniczyło 50 kobiety w różnym wieku, pochodzących z różnych środowisk, u których został przeprowadzony zabieg mastektomii.

Biorąc pod uwagę wiek ankietowanych największy odsetek 30% stanowiły kobiety w wieku 25-35 lat. Kobiety w wieku 20-24 lata stanowiły 4%, zaś w wieku 36-45 lat i 46-55 lat po 24%. Osób powyżej 55 lat było 18% (Rycina 1).



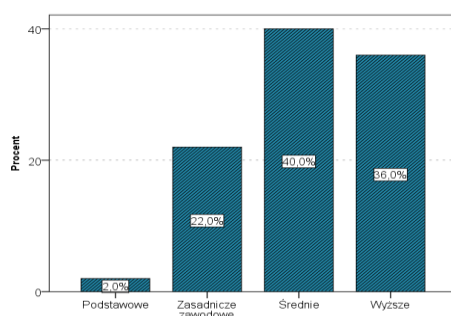
Rycina 1. Wiek (N=50).

Uwzględniając miejsce zamieszkania w miastach powyżej 500 tysięcy mieszkańców żyło 50% ankietowanych, 14% kobiet zamieszkiwało miasta od 100 do 500 tysięcy mieszkańców, 4% badanych miasta od 20 do 100 tysięcy mieszkańców, 20% miasta do 20 tysięcy mieszkańców, natomiast 12% respondentek mieszkało na wsi (Rycina 2).



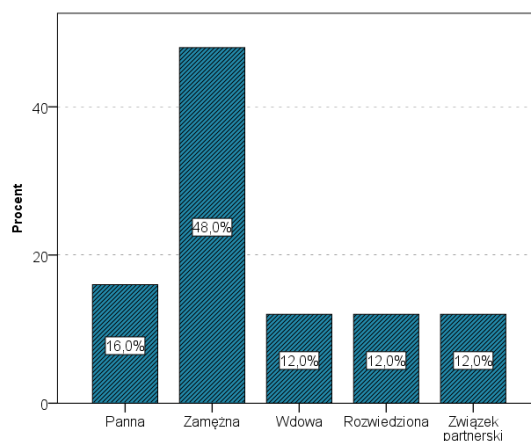
**Rycina 2. Miejsce zamieszkania (N=50).**

Wykształcenie podstawowe posiadało 2% ankietowanych, szkołę zawodową ukończyło 22% kobiet, szkołę średnią 40% badanych (Rycina 3).



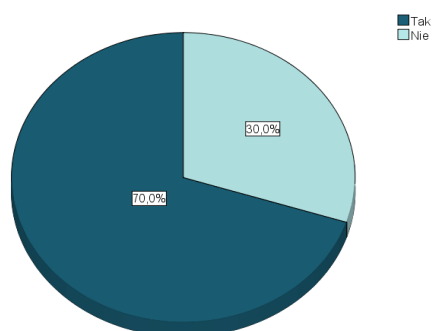
**Rycina 3. Wykształcenie (N=50).**

W badaniu wzięło udział 16% panien, 48% kobiet zamężnych, natomiast po 12% stanowiły wdowy, rozwódki oraz respondentki żyjące w związkach partnerskich (Rycina 4).



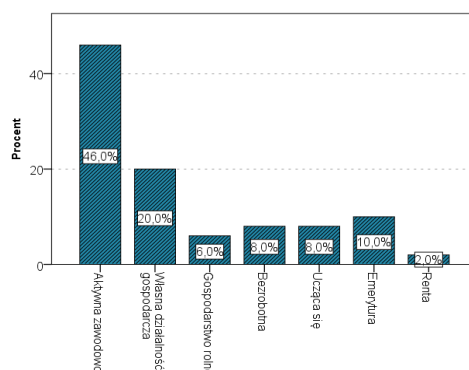
**Rycina 4. Stan cywilny (N=50).**

Dzieci posiadało 70% ankietowanych, 30% zadeklarowało, że ich nie posiadało (Rycina 5).



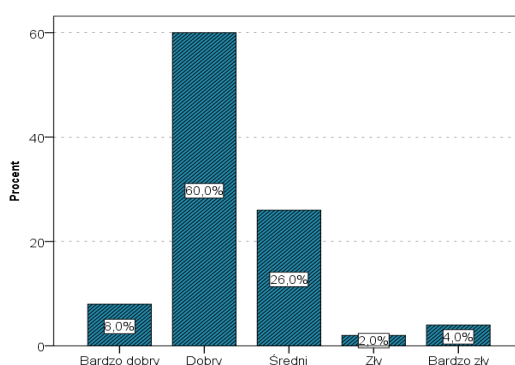
**Rycina 5. Posiadanie dzieci (N=50).**

Wśród ankietowanych znalazło się 46% kobiet aktywnych zawodowo, 20% badanych prowadziło własną działalność gospodarczą (Rycina 6).



**Rycina 6. Sytuacja zawodowa (N=50).**

Aktualny stan zdrowia na bardzo dobrze oceniali 8% ankietowanych, dobrze 60% kobiet, średnio 26% badanych, 2% respondentek deklarıowało, że ich stan zdrowia jest zły, natomiast 4% kobiet bardzo źle oceniali swój stan zdrowia (Rycina 7).



**Rycina 7. Subiektywna ocena stanu zdrowia (N=50).**



Wraz ze wzrostem wieku ankietowanych pogarszała się ocena ich aktualnego stanu zdrowia. Analiza korelacyjna, z wykorzystaniem współczynnika korelacji rang Spearmana ( $Rho = -0,30$ ;  $p < 0,05$ ), wykazała istotną, ujemną zależność pomiędzy wiekiem respondentek a oceną subiektywną ich stanu zdrowia (Tabela I).

**Tabela I. Subiektywna ocena stanu zdrowia względem wieku (N=50).**

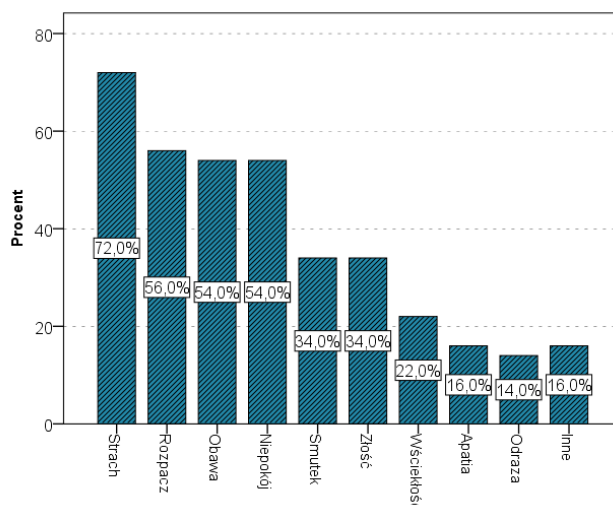
		Wiek				
		Do lat	35 lat	36-45 lat	46-55 lat	Powyżej 55 lat
Jak aktualnie ocenia Pani swoj stan zdrowia?	<b>Bardzo dobry/ Dobry</b>	Liczebność	13	11	7	3
	% ze zmiennej w wierszu	38,2%	32,4%	20,6%	8,8%	
	% ze zmiennej w kolumnie	76,5%	91,7%	58,3%	33,3%	
	<b>Średni</b>	Liczebność	3	1	3	6
	% ze zmiennej w wierszu	23,1%	7,7%	23,1%	46,2%	
	% ze zmiennej w kolumnie	17,6%	8,3%	25,0%	66,7%	
<b>Zły/ Bardzo zły</b>	Liczebność	1	0	2	0	
% ze zmiennej w wierszu	33,3%	0,0%	66,7%	0,0%		
% ze zmiennej w kolumnie	5,9%	0,0%	16,7%	0,0%		
<b>Współczynnik korelacji rang Spearmana</b>		<b>Rho = -0,304; p = 0,032</b>				

Ocena stanu zdrowia poprawiała się wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia. Zauważono istotną, dodatnią zależność pomiędzy poziomem wykształcenia respondentek, a oceną ich stanu zdrowia, na co wskazują wartości współczynnika korelacji rang Spearmana ( $Rho = 0,57$ ;  $p < 0,001$ ) (Tabela II).

Tabela II. Subiektywna ocena stanu zdrowia względem wykształcenia (N=50).

		Wykształcenie		
		Podstawowe/ Zasadnicze zawodowe	Średnie	Wyższe
<b>Bardzo dobry/ Dobry</b>	<b>Liczebność</b>	1	17	16
	<b>% ze zmiennej w wierszu</b>	2,9%	50,0%	47,1%
	<b>% ze zmiennej w kolumnie</b>	8,3%	85,0%	88,9%
<b>Jak aktualnie ocenia Pani swój Średni stan zdrowia?</b>	<b>Liczebność</b>	9	3	1
	<b>% ze zmiennej w wierszu</b>	69,2%	23,1%	7,7%
	<b>% ze zmiennej w kolumnie</b>	75,0%	15,0%	5,6%
<b>Zły/ Bardzo zły</b>	<b>Liczebność</b>	2	0	1
	<b>% ze zmiennej w wierszu</b>	66,7%	0,0%	33,3%
	<b>% ze zmiennej w kolumnie</b>	16,7%	0,0%	5,6%
<b>Współczynnik korelacji rang Spearmana</b>		<b>Rho = 0,571; p &lt; 0,001</b>		

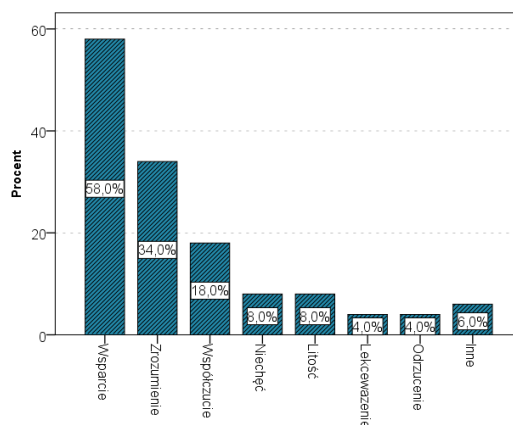
Kobiety na wiadomość o chorobie reagowały: strachem – 72%; rozpaczą – 56%; obawą – 54%; niepokojem – 54%; smutkiem – 34%; złością – 34%; wściekłością – 22%; apatią – 16%; odrazą – 14%. Tylko 16% zareagowało w inny sposób (Rycina 8).



*\*Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru*

**Rycina 8. Reakcja kobiet na wiadomość o chorobie (N=50).**

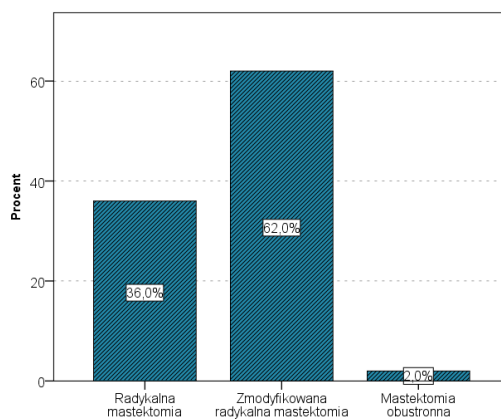
Kobiety, informując bliskich o swojej chorobie, spotkały się z poszczególnymi reakcjami: wsparciem – 58%; zrozumieniem – 34%; współczuciem – 18%; niechęcią – 8%; litością – 8%; lekceważeniem – 4%; odrzuceniem – 4%; innymi reakcjami – 6% (ryc. 9).



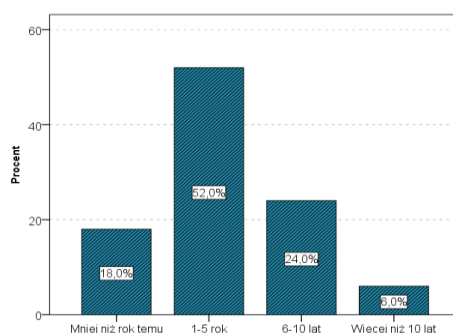
**Rycina 9. Reakcja otoczenia na wieść o chorobie (N=50).**

Zabiegi, które przeprowadzono u ankietowanych to w 36% radykalna mastektomia, 62% zmodyfikowana radykalna mastektomia, 2% mastektomia obustronna (Rycina 10).

Mniej niż rok temu zabieg mastektomii miało wykonanych 18% ankietowanych, 52% kobiet przeżyło zabieg 1-5 lat temu, 24% badanych 6-10 lat temu, natomiast 6% respondentek powyżej 10 lat temu (Rycina 11).

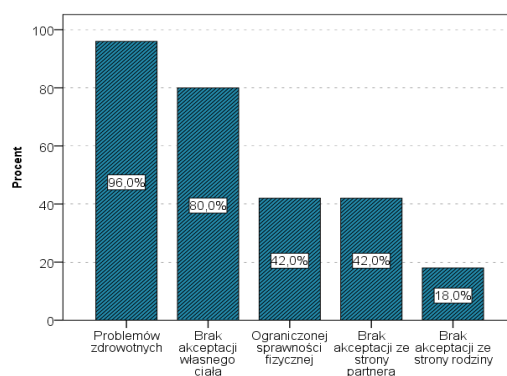


Rycina 10. Rodzaj przeprowadzonej operacji (n=50).



Rycina 11. Czas, który upłynął od operacji (N=50).

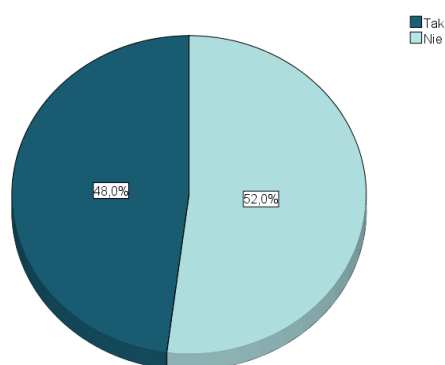
Po przeprowadzeniu zabiegu mastektomii ankietowane odczuwały następujące obawy: obawy dotyczące problemów zdrowotnych – 96%; brak akceptacji własnego ciała – 80%; ograniczoną sprawność fizyczną – 42%; brak akceptacji ze strony partnera – 42%; brak akceptacji ze strony rodziny – 18% (Rycina 12).



*\*Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru*

Rycina 12. Najczęstsze obawy po mastektomii (N = 50).

Rekonstrukcja piersi została przeprowadzona u 48% badanych kobiet (Rycina 13).



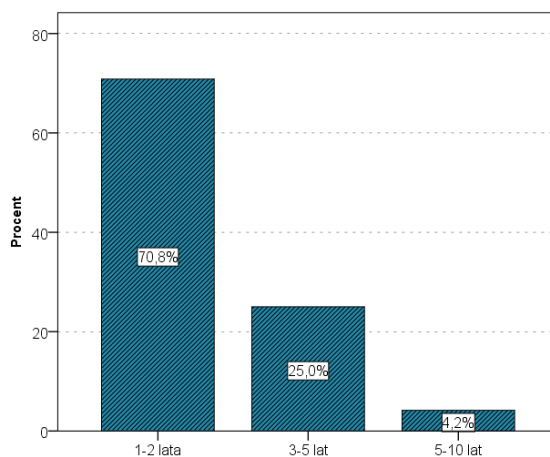
**Rycina 13. Odsetek kobiet z przeprowadzoną rekonstrukcją piersi (N=50).**

Wraz ze wzrostem wieku zmniejszał się odsetek kobiet, u których przeprowadzono rekonstrukcję piersi. Wartości testu niezależności chi-kwadrat [ $X^2(3; N=50)=20,672$ ;  $p < 0,001$ ;  $V=0,643$ ] świadczą o wystąpieniu istotnego związku pomiędzy wiekiem ankietowanych a przeprowadzaniem rekonstrukcji piersi (Tabela III).

**Tabela III. Odsetek kobiet, u których wykonana była rekonstrukcja piersi w zależności od wieku (N=50).**

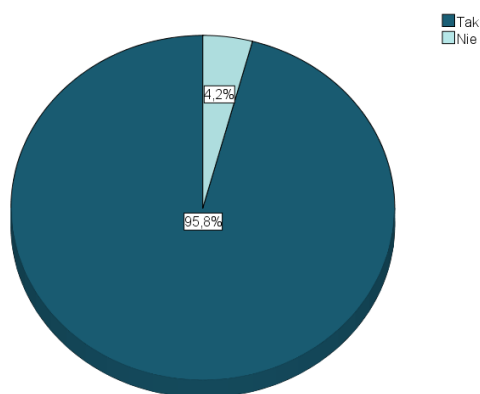
		Wiek				
		Do 35 lat	36-45 lat	46-55 lat	Powyżej 55 lat	
Czy była u Pani przeprowadzona rekonstrukcja piersi?	Tak	Liczebność	15	6	2	1
		% ze zmiennej w wierszu	62,5%	25,0%	8,3%	4,2%
		% ze zmiennej w kolumnie	88,2%	50,0%	16,7%	11,1%
	Nie	Liczebność	2	6	10	8
	% ze zmiennej w wierszu	7,7%	23,1%	38,5%	30,8%	
	% ze zmiennej w kolumnie	11,8%	50,0%	83,3%	88,9%	
<b>Test niezależności chi-kwadrat</b>		<b><math>X^2 = 20,672</math>; <math>p &lt; 0,001</math></b>				

Rekonstrukcja piersi u 70,8% kobiet została przeprowadzona 1-2 lata po operacji, 25% miało rekonstruowaną pierś 3-5 lat po zabiegu mastektomii, natomiast 4,2% respondentek 5-10 lat po operacji (Rycina 14).



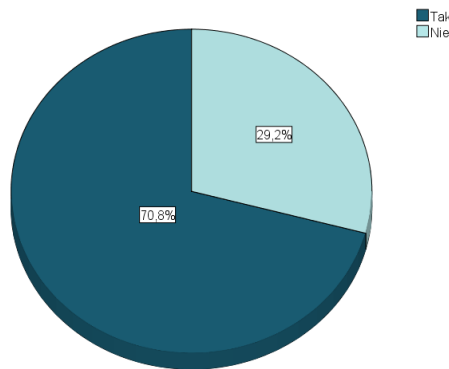
**Rycina 14. Ilość lat od operacji do rekonstrukcji (N=24).**

Z efektu przeprowadzonej rekonstrukcji było zadowolonych 95,8% ankietowanych (Rycina 15).



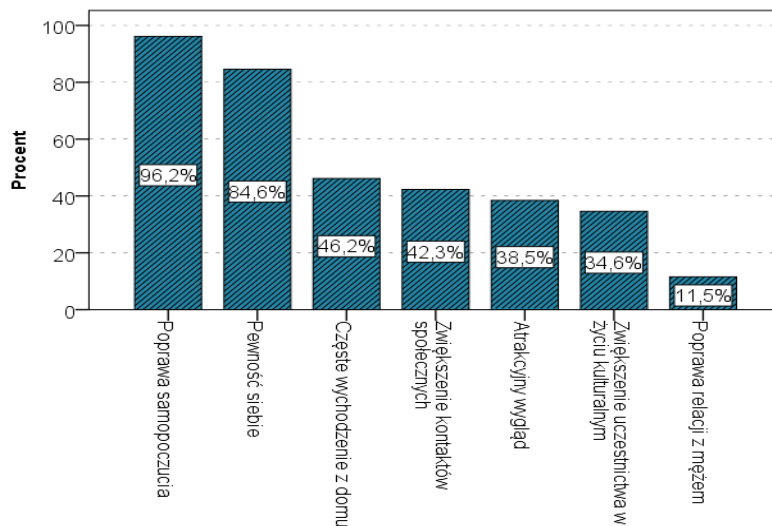
**Rycina 15. Zadowolenie z efektu przeprowadzonej rekonstrukcji piersi ( N=24).**

Rekonstrukcja piersi miała wpływ na jakość życia intymnego u prawie 71% kobiet (Rycina 16).



**Rycina 16. Wpływ rekonstrukcji na jakość życia intymnego (N=24).**

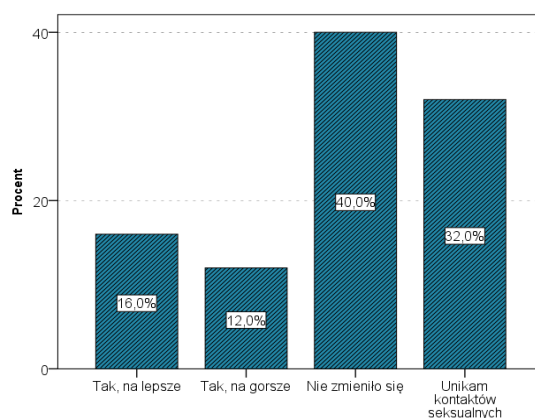
W życiu ankietowanych, które przeszły rekonstrukcję piersi nastąpiła: poprawa samopoczucia u 96,2%; zwiększyła się pewność siebie – 84,6%. Częste wychodzenie z domu zadeklarowało 46,2%; zwiększenie kontaktów społecznych – 42,3%. U 38,5%; wpłynęło to na zwiększenie atrakcyjności wyglądu, 34,6% zwiększyło uczestnictwo w życiu kulturalnym, poprawa relacji z mężem – 11,5% (Rycina 17).



*\*Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru*

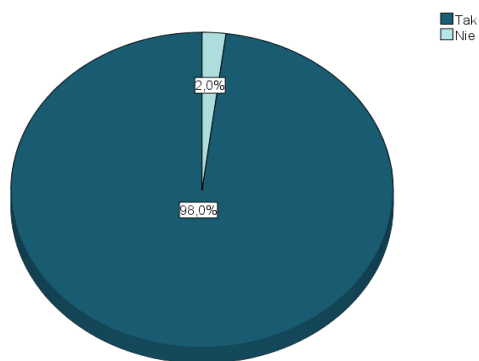
**Rycina 17. Wpływ rekonstrukcji na życie (N=24).**

Życie seksualne 16% ankietowanych po zabiegu operacyjnym zmieniło się na lepsze, 12% kobiet uważało, że ich życie seksualne się pogorszyło, 40% badanych nie zauważyło zmian, natomiast 32% respondentek unikało kontaktów seksualnych (Rycina 18).



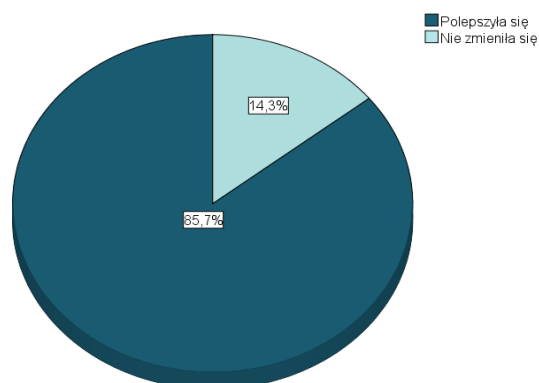
**Rycina 18. Operacja z zmiany w życiu seksualnym (N=50).**

Po zabiegu operacyjnym rehabilitację podjęło 98% ankietowanych (Rycina 19).



**Rycina 19. Podjęcie rehabilitacji po zabiegu mastektomii (N=50).**

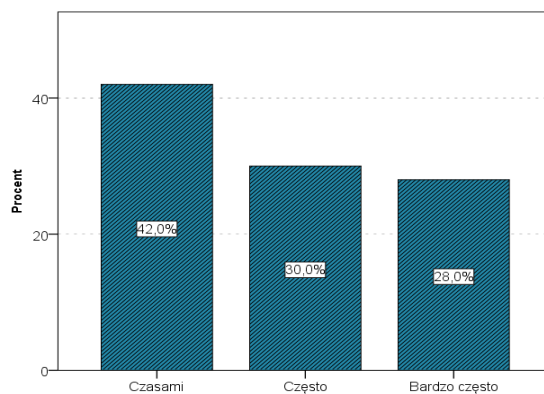
Rehabilitacja poprawiła jakość życia prawie 86% ankietowanych, natomiast 14,3% respondentek nie zauważyło wpływu rehabilitacji na jakość swojego życia (Rycina 20).



**Rycina 20. Wpływ rehabilitacji na jakość życia (N=50).**



W analizowanej grupie znalazło się 42% kobiet, które w wyniku choroby lub podczas leczenia czasami czuły się mniej kobiece, 30% ankietowanych często czuło się mniej kobiece, natomiast 28% respondentek bardzo często spotykało się z opisywanym uczuciem (Rycina 21).



**Rycina 21. Poczucie kobiecości, a choroba i leczenie (N=50).**

Wraz ze wzrostem wieku ankietowanych zmniejszał się wpływ choroby oraz leczenia na ich kobiecość. Analiza, z wykorzystaniem współczynnika rang Spearmana ( $Rho = -0,37$ ;  $p < 0,01$ ), wykazała istotną, ujemną zależność pomiędzy wiekiem respondentek a wpływem choroby na ich poczucie kobiecości (Tabela IV).

Tabela IV. Poczucie kobiecości, a choroba i leczenie w zależności od wieku (N=50).

		Wiek			
		Do 35 lat	36-45 lat	46-55 lat	Powyżej 55 lat
Czasami	Liczebność	4	5	5	7
	% ze zmiennej wierszu	19,0%	23,8%	23,8%	33,3%
	% ze zmiennej kolumnie	23,5%	41,7%	41,7%	77,8%
Często	Liczebność	6	3	4	2
	% ze zmiennej wierszu	40,0%	20,0%	26,7%	13,3%
	% ze zmiennej kolumnie	35,3%	25,0%	33,3%	22,2%
Bardzo często	Liczebność	7	4	3	0
	% ze zmiennej wierszu	50,0%	28,6%	21,4%	0,0%
	% ze zmiennej kolumnie	41,2%	33,3%	25,0%	0,0%
Współczynnik korelacji rang Spearmana		<b>Rho = -0,369; p = 0,008</b>			

Wraz ze wzrostem wielkości miejsca zamieszkania ankietowanych zwiększał się wpływ choroby oraz leczenia na ich kobiecość. Wartości współczynnika korelacji rang Spearmana (Rho = 0,28; p < 0,05), świadczą o wystąpieniu istotnej, dodatniej zależności pomiędzy wielkością miejsca zamieszkania respondentek a wpływem choroby na ich poczucie kobiecości (Tabela V).

Tabela V. Poczucie kobiecości, a choroba i leczenie w zależności od miejsca zamieszkania (N=50).

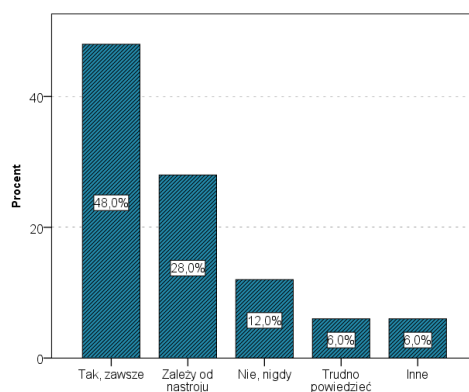
		Miejsce zamieszkania		
		Wieś/ do 20 Mieszkańców	Miasto 20 tyś. do 500 tyś. mieszkańców	Miasto powyżej 500 tyś. Mieszkańców
Czasami	Liczebność	9	3	9
	% ze zmiennej w wierszu	42,9%	14,3%	42,9%
	% ze zmiennej w kolumnie	56,3%	33,3%	36,0%
Często	Liczebność	7	2	6
	% ze zmiennej w wierszu	46,7%	13,3%	40,0%
	% ze zmiennej w kolumnie	43,8%	22,2%	24,0%
Bardzo często	Liczebność	0	4	10
	% ze zmiennej w wierszu	0,0%	28,6%	71,4%
	% ze zmiennej w kolumnie	0,0%	44,4%	40,0%
<b>Współczynnik korelacji rang Spearmana</b>		<b>Rho = 0,283; p = 0,047</b>		

Wraz ze wzrostem długości okresu, jaki upłynął od zabiegu ankietowanych, zmniejszał się wpływ choroby oraz leczenia na ich kobiecość. Odnotowano istotną, ujemną zależność pomiędzy długością okresu, jaki upłynął od zabiegu, a wpływem choroby respondentek na ich poczucie kobiecości, na co wskazują wartości współczynnika korelacji rang Spearmana (Rho = -0,447; p < 0,01) (Tabela VI).

Tabela VI. Zależność między poczuciem kobiecości a ilością lat od zabiegu mastektomii (N=50).

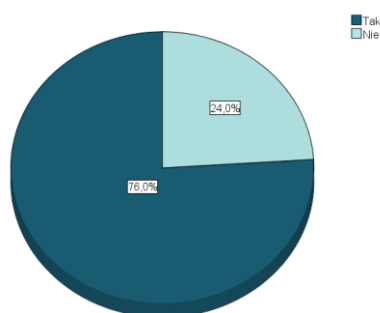
		Jak dawno miała Pani wykonany zabieg mastektomii?		
		Mniej niż rok temu	1-5 rok	Więcej niż 5 lat
Czasami	Liczebność	1	11	9
	% ze zmiennej w wierszu	4,8%	52,4%	42,9%
	% ze zmiennej w kolumnie	11,1%	42,3%	60,0%
Często	Liczebność	1	9	5
	% ze zmiennej w wierszu	6,7%	60,0%	33,3%
	% ze zmiennej w kolumnie	11,1%	34,6%	33,3%
Bardzo często	Liczebność	7	6	1
	% ze zmiennej w wierszu	50,0%	42,9%	7,1%
	% ze zmiennej w kolumnie	77,8%	23,1%	6,7%
Współczynnik korelacji rang Spearmana		Rho = -0,447; p = 0,001		

W badaniu wzięło udział 48% kobiet, dla których zawsze trudne było oglądanie siebie nagięj, w przypadku 28% ankietowanych było to uzależnione od nastroju, 12% badanych nigdy nie miało z tym problemu, natomiast 6% respondentek nie potrafiło udzielić jednoznacznej odpowiedzi (Rycina 22).



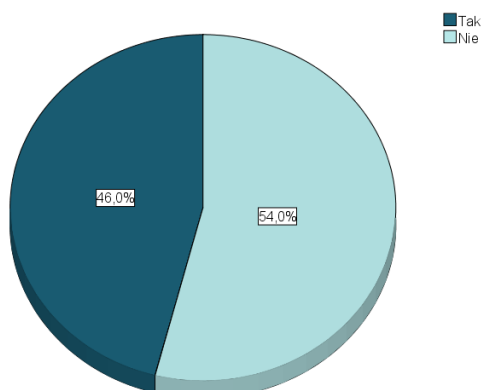
**Rycina 22. Trudność w oglądaniu własnego ciała po przebytym zabiegu operacyjnym (N=50).**

Protezę piersi posiadało 76% ankietowanych (Rycina 23).



**Rycina 23. Posiadanie protezy piersi (N=50).**

W analizowanej grupie znalazło się 46% kobiet, które używały protezy piersi (Rycina 24).



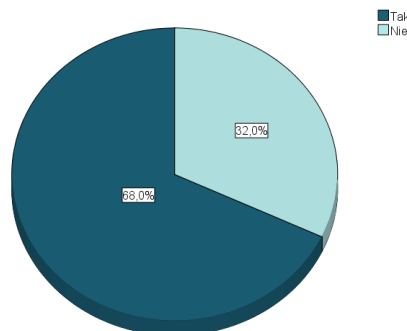
**Rycina 24. Używanie protezy piersi przez kobiety po mastektomii (N=50).**

Wraz ze wzrostem wieku ankietowanych zwiększał się odsetek ankietowanych, które używały protezy piersi. Wartości testu niezależności chi-kwadrat [ $X^2(3; N = 50) = 19,820$ ;  $p < 0,001$ ] wskazują na wystąpienie istotnego związku pomiędzy wiekiem respondentek a używaniem przez nie protezy piersi (Tabela VII).

Tabela VII. Użycie protezy piersi w zależności od wieku (N=50).

		Wiek				
		Do 35 lat	36-45 lat	46-55 lat	Powyżej 55 lat	
Czy używa Pani protezy piersi?	Tak	Liczebność	1	6	8	8
		% ze zmiennej w wierszu	4,3%	26,1%	34,8%	34,8%
		% ze zmiennej w kolumnie	5,9%	50,0%	66,7%	88,9%
	Nie	Liczebność	16	6	4	1
		% ze zmiennej w wierszu	59,3%	22,2%	14,8%	3,7%
		% ze zmiennej w kolumnie	94,1%	50,0%	33,3%	11,1%
Test niezależności chi-kwadrat		$X^2 = 19,820$ ; $p < 0,001$				

68% kobiet, biorących udział w badaniu zadeklarowało korzystanie z pomocy psychologa (Rycina 25).



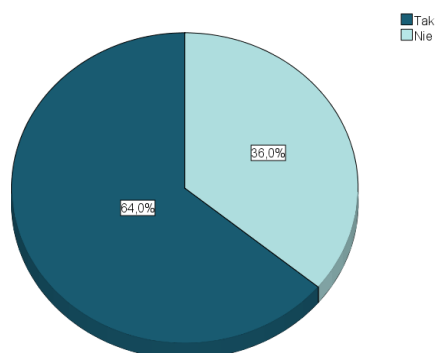
Rycina 25. Korzystanie z pomocy psychologa (N=50).

Większość ankietowanych posiadających dzieci korzystała z pomocy psychologa, natomiast wśród pozostałych respondentek przeważały kobiety, które nie potrzebowały wsparcia psychologa. Odnotowano istotny związek pomiędzy analizowanymi zmiennymi, co potwierdzają wartości testu niezależności chi-kwadrat [ $X^2(1; N = 50) = 4,482; p < 0,05; \Phi = 0,299$ ] (Tabela VIII).

**Tabela VIII. Korzystanie z pomocy psychologa w zależności od posiadania dzieci (N=50).**

		Czy ma Pani dzieci?		
		Tak	Nie	
Czy korzystała Pani z pomocy psychologa?	Tak	Liczebność	27	7
		% ze zmiennej w wierszu	79,4%	20,6%
		% ze zmiennej w kolumnie	77,1%	46,7%
	Nie	Liczebność	8	8
		% ze zmiennej w wierszu	50,0%	50,0%
		% ze zmiennej w kolumnie	22,9%	53,3%
Test niezależności chi-kwadrat		$X^2 = 4,482; p = 0,034$		

Trudności ze snem miało 64% ankietowanych (Rycina 26).



**Rycina 26. Trudności ze snem wśród ankietowanych (N=50).**

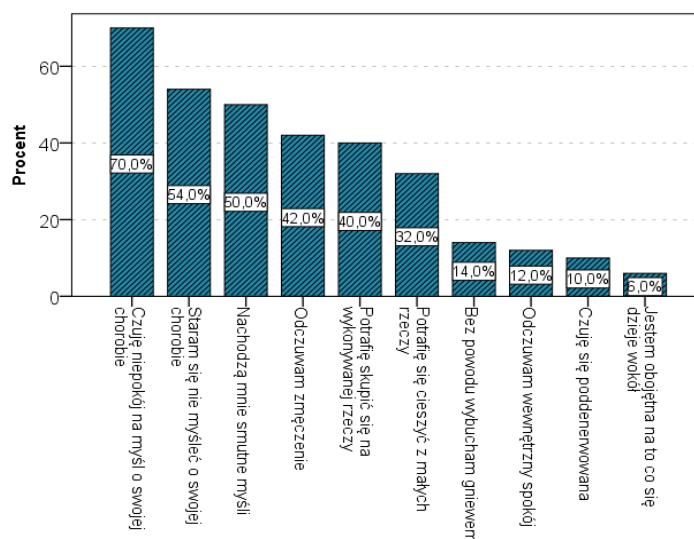
Większość ankietowanych, które korzystały z pomocy psychologa miało trudności ze snem, natomiast wśród pozostałych respondentek przeważały kobiety, które nie miały problemów z zasypianiem. Wartości testu niezależności chi-kwadrat [ $X^2(1; N = 50) = 7,172; p < 0,01; Phi = 0,379$ ] wskazują na wystąpienie istotnego związku pomiędzy występowaniem trudności ze snem a korzystaniem przez ankietowane z pomocy psychologa (Tabela IX).

**Tabela IX. Trudności ze snem a korzystanie z pomocy psychologa (N=50).**

		Czy korzystała Pani z pomocy psychologa?		
		Tak	Nie	
Czy ma Pani trudności ze snem?	Tak	Liczebność	26	6
		% ze zmiennej w wierszu	81,3%	18,8%
		% ze zmiennej w kolumnie	76,5%	37,5%
	Nie	Liczebność	8	10
		% ze zmiennej w wierszu	44,4%	55,6%
		% ze zmiennej w kolumnie	23,5%	62,5%
<b>Test niezależności chi-kwadrat</b>		<b><math>X^2 = 7,172; p = 0,007</math></b>		

Najczęstsze emocje związane z sytuacją chorobową towarzyszące ankietowanym to: odczuwanie niepokoju na myśl o chorobie – 70%; próba nie myślenia o chorobie – 54%; smutne myśli – 50%; odczuwanie zmęczenia – 42%; możliwość skupienia się na wykonywanej rzeczy – 40%; radość z małych rzeczy – 32%; wybuchanie gniewem – 14%; odczuwanie wewnętrznego spokoju – 12%; odczuwanie podenerwowania – 10%; obojętność – 6% (Rycina 27).

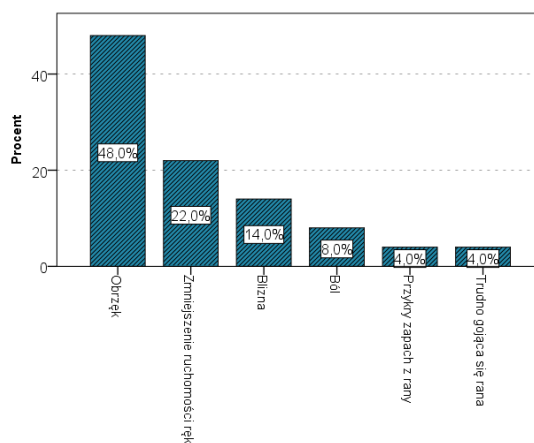




\*Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru

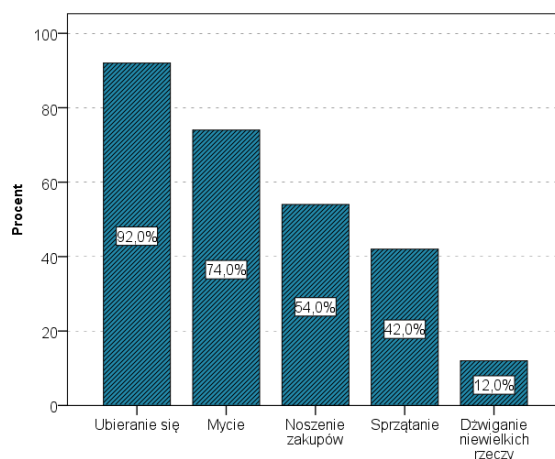
**Rycina 27. Emocje towarzyszące w chorobie (N=50).**

Poszczególne dolegliwości fizyczne odczuwane po zabiegu były najbardziej dokuczliwe dla następującego odsetka ankietowanych: obrzęk – 48%; zmniejszenie ruchomości ręki – 22%; blizna – 14%; ból – 8%; przykry zapach z rany – 4%; trudno gojąca się rana – 4% (Rycina 28).



**Rycina 28. Dokuczliwe dolegliwości pojawiające się po mastektomii (N=50).**

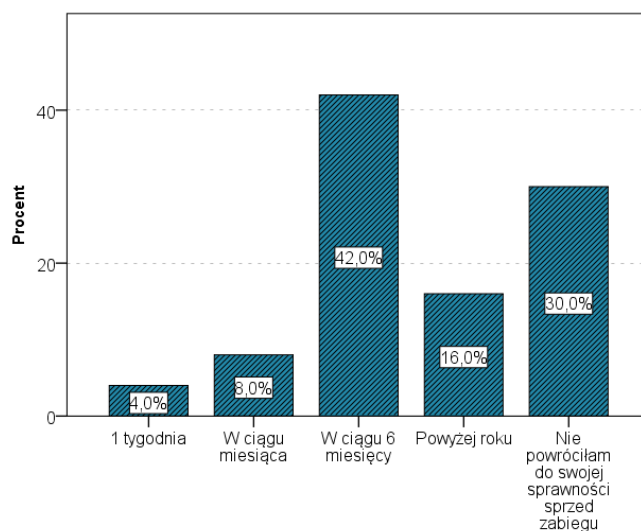
Czynności, które po zabiegu mastektomii sprawiały największe trudności kobietom to: ubieranie się u 92% ankietowanych; mycie u 74% ankietowanych; noszenie zakupów u 54% ankietowanych; sprzątanie 42% ankietowanych, zaś dźwiganie niewielkich rzeczy 12% (Rycina 29).



*\*Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru*

**Rycina 29. Czynności po zabiegu, które sprawiały kobietom największe trudności (N=50).**

Po tygodniu od operacji do swojej sprawności fizycznej wróciło 4% ankietowanych, 8% kobiet powróciło do swojej sprawności w ciągu miesiąca, 42% badanych w ciągu 6 miesięcy, 16% powyżej roku wracało do swojej sprawności, natomiast 30% respondentek nie powróciło do swojej sprawności sprzed zabiegu (Rycina 30).



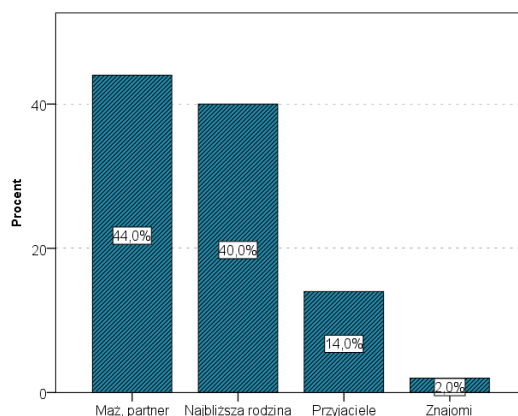
**Rycina 30. Czas powrotu do sprawności fizycznej po operacji (N=50).**

Wraz ze wzrostem wieku wydłużał się czas, po jakim ankietowane wracały do swojej sprawności fizycznej po zabiegu. Analiza, z wykorzystaniem współczynnika korelacji rang Spearmana ( $Rho = 0,61$ ;  $p < 0,001$ ), wykazała istotną, dodatnią zależność pomiędzy wiekiem a długością okresu, po jakim respondentki wracały do swojej sprawności (Tabela X).

**Tabela X. Powrót do sprawności fizycznej po operacji w zależności od wieku (N=50).**

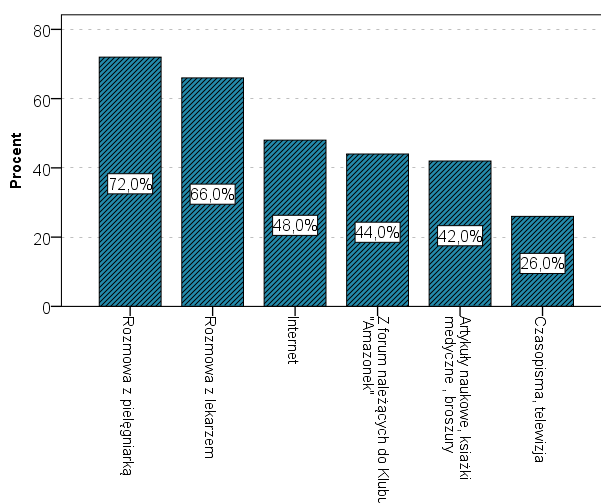
		Wiek			
		Do 35 lat	36-45 lat	46-55 lat	Powyżej 55 lat
Do 6 miesięcy	Liczebność	14	8	4	1
	% ze zmiennej w wierszu	51,9%	29,6%	14,8%	3,7%
	% ze zmiennej w kolumnie	82,4%	66,7%	33,3%	11,1%
W jakim okresie czasu wróciła Pani po operacji do swojej sprawności fizycznej?	Liczebność	2	3	3	0
	% ze zmiennej w wierszu	25,0%	37,5%	37,5%	0,0%
	% ze zmiennej w kolumnie	11,8%	25,0%	25,0%	0,0%
Nie powróciłam do swojej sprawności sprzed zabiegu	Liczebność	1	1	5	8
	% ze zmiennej w wierszu	6,7%	6,7%	33,3%	53,3%
	% ze zmiennej w kolumnie	5,9%	8,3%	41,7%	88,9%
<b>Współczynnik korelacji rang Spearmana</b>		<b>Rho = 0,610; p &lt; 0,001</b>			

Największe wsparcie w trakcie leczenia i po zabiegach kobiety otrzymywały od następujących osób: męża, partnera – 44%; najbliższej rodziny – 40%; przyjaciół – 14%; znajomych – 2% (Rycina 31).



**Rycina 31. Osoby wspierające chorujące kobiety w trakcie leczenia i po zabiegu operacyjnym (N=50).**

Respondentki czerpały informacje o swojej chorobie w szczególności z rozmowy z pielęgniarką – 72%; rozmowy z lekarzem – 66%; Internetu – 48%; forum należącego do Klubu „Amazonek” – 44%; artykułów naukowych, książek medycznych, broszur – 42%; czasopism, telewizji – 26% (Rycina 32).



*\*Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru*

**Rycina 912. Źródła informacji, z których pacjentki czerpały wiedzę o chorobie (N=50).**

## DYSKUSJA

Ocena jakości życia kobiet po mastektomii to bardzo szeroko pojęty temat, składający się z wielu czynników. Dotychczas w literaturze wielokrotnie próbowano stworzyć system oceny i wyszczególnić wszystkie zależności, które wpływają na ocenę jakości życia kobiet dotkniętych chorobą oraz po zabiegu amputacji piersi.

Pierwszym etapem dla kobiet, który związany jest z bardzo silnymi negatywnymi emocjami, jest moment diagnozy. Już wtedy powinny otoczone być odpowiednią opieką – psychoonkologa, ponieważ jak deklorowały respondentki ponad 20 % osób z ich najbliższego otoczenia zareagowało w sposób negatywny na ich chorobę.

Zgodnie z postawionymi celami, ankietowane zadeklarowały aż w 80% brak akceptacji własnego ciała po zabiegu mastektomii. Przeprowadzone badanie potwierdza dotychczasowe analizy badaczy [4].

W badaniach własnych zauważono istotną zależność pomiędzy poziomem wykształcenia respondentek, a oceną ich stanu zdrowia. Im wyższe wykształcenie deklarowały tym ich subiektywna ocena jakości życia była lepsza. W swoich badaniach wykazały to również Graja i Grodecka-Gazdecka [6]. Badania obrazują, iż po leczeniu raka piersi następuje znaczne obniżenie jakości życia. Mastektomia jest zabiegiem uznawanym za oszczędzający, a więc stanowi dużą ingerencję w samoocenę kobiet. Graja i wsp. badając jakość życia kobiet wykazują, że pacjentki u których wykonano mastektomię miały skłonności do negatywnych emocji takich jak lęk przed rozbięciem rodziny czy lęk przed problemami w relacjach intymnych z partnerem [6].

W badaniu własnym kobiety po przeprowadzeniu zabiegu mastektomii odczuwały następujące obawy: obawy dotyczące problemów zdrowotnych, brak akceptacji własnego ciała, ograniczoną sprawność fizyczną, brak akceptacji ze strony partnera, brak akceptacji ze strony rodziny.

Życie seksualne u 16% ankietowanych zmieniło się na lepsze. Tę tezę potwierdza również Tomalska i wsp. [7], zaś znaczna grupa – aż 40 % nie zauważyło zmian, co również opisuje Mroczek i wsp. [8]. Niepokojąca jest zależność pomiędzy wiekiem, a wykonywaniem rekonstrukcji piersi – wraz ze wzrostem wieku maleje procent kobiet, u których wykonano rekonstrukcję. Należałoby przeprowadzić dokładną analizę tego zjawiska, szczególnie iż ponad 95 % kobiet, które przeszło rekonstrukcję zadowolona jest z jej efektów.

Poprawie uległy dzięki temu ich kontakty interpersonalne, ogólne samopoczucie, pewność siebie, czy poczucie atrakcyjności.

Następstwem choroby i mastektomii są zaburzenia w sferze emocjonalnej, co w swojej publikacji podkreśla Zegarski i wsp [9]. Również badania własne obrazują, iż w chorobie towarzyszyły głównie negatywne emocje takie jak: smutne myśli, które deklarowało 50 %, niepokój u 70% respondentek, gniew – 14%, zmęczenie u aż 42% ankietowanych.

Usunięcie gruczołu piersiowego i powiązanych z nim elementów układu limfatycznego mogą być przyczyną zaburzeń fizjologicznych takich jak: obrzęk limfatyczny, ograniczenie w ruchach ręki, bólu, a więc mogą być w konsekwencji ograniczeniem w normalnym funkcjonowaniu [10]. Badanie własne potwierdzają tezy z literatury. Respondentki po zabiegu w 48% skarżyły się na obrzęk, zmniejszenie ruchomości ręki deklarowało 22%, ból 8% i trudno gojącą się ranę 4 %. Aż 92% ankietowanych poprzez dolegliwości po amputacji miało problemy z ubieraniem się, mycie sprawiło kłopot 74% ankietowanym, sprzątanie 42%, zaś dźwiganie niewielkich zakupów 12%.

Istotnym etapem po operacji jest rehabilitacja, której poddało się aż 98% ankietowanych. 86% z nich zadeklarowało poprawę jakości życia. Rehabilitacja pomaga powrócić do sprawności sprzed operacji, dlatego bardzo ważne, by zespół medyczny był odpowiednio przeszkolony, przygotowany oraz mobilizował pacjentki do ćwiczeń. Wyniki uzyskane z ankiety obrazują, iż czas, w którym pacjentki wracały do sprawności uzależniony jest od ich wieku. Aż 30 % kobiet nie powróciło do pełnej sprawności, a jedynie 12 % z nich udało się to w ciągu miesiąca. Większość kobiet, które deklarowały zadowolenie z rehabilitacji powróciło do sprawności w ciągu 6 miesięcy od zabiegu amputacji.

Najczęściej przebywającą osobą z zespołu medycznego z chorą jest pielęgniarka i właśnie ją ankietowane wskazały jako osobę, od której uzyskały najwięcej informacji o chorobie. Jest to szczególnie istotny aspekt, który zwraca uwagę, iż odpowiednio wykwalifikowana kadra jest bardzo ważnym elementem leczenia. Równie ważnym elementem zespołu jest psychoonkolog. Opieka powinna być świadczona na każdym etapie choroby, ze względu na różną specyfikę etapów leczenia. Wśród ankietowanych 68% korzystało z pomocy psychologa. Nadal jest to zbyt mały odsetek, patrząc na ilość negatywnych emocji, które pojawiają się u pacjentek.

## WNIOSKI

W wyniku przeprowadzonych badań uzyskano następujące wnioski:

1. Jakość życia po zabiegu mastektomii oceniono jako dobre lub bardzo dobre.
2. Po przeprowadzonym zabiegu mastektomii większość badanych (80%) czuje brak akceptacji własnego ciała.
3. Podjęta rehabilitacja u większości badanych (86%) poprawiła jakość życia.
4. Zabieg rekonstrukcji piersi po mastektomii wpływa na poprawę życia intymnego oraz samopoczucia badanych.
5. Najczęstszymi emocjami związanymi z sytuacją chorobową jest odczuwanie niepokoju na myśl o chorobie (70%), staranie się nie myśleć o chorobie (54%), smutne myśli (50%), odczuwanie zmęczenia (42%).
6. W trakcie leczenia i po zabiegu operacyjnym największym wsparciem dla respondentek jest mąż, partner i rodzina.
7. Największymi trudnościami, z jakimi borykały się kobiety po zabiegu mastektomii są takie czynności dnia codziennego jak: ubieranie się, mycie, noszenie zakupów oraz sprząatanie.

## PIŚMIENNICTWO

1. Pankiewicz P.: Droga rozwoju wewnętrznego przez sens cierpienia. *Annales Universitatis Mariae Curie-Słodowska Sectio D Medicina*, 2004, (supl. XIV), 486.
2. Milik A.: Przystosowanie się do choroby u kobiet z nowotworem piersi przed mastektomią i po niej oraz przed zabiegiem oszczędzającym i po tym zabiegu. *Psychoonkologia*, 2013, 2, 50-55.
3. De Walden – Gałuszko K.: *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, 105-113.
4. Kozaka J.: Dynamika jakości życia i przystosowania psychicznego do zaawansowanej choroby nowotworowej [w:] *Motywy, cele, wartości*, Martynowicz E. (red.). Wyd. Impuls, Kraków 2004, 305-330.
5. Bidzan M.: Jakość życia pacjentek z różnym stopniem nasilenia wysiłkowego nietrzymania moczu. *Wyd. Impuls, Kraków 2008*, 33.

6. Graja T., Grodecka-Gazdecka S.: Czynniki wpływające na jakość życia kobiet leczonych z powodu raka piersi. *Przegląd Ginekologiczno- Położniczy*, 2005, 5, (3), 115-120.
7. Tomalska J., Trytko A., Ogarek D. i wsp.: Ocena jakości życia kobiet po chirurgicznym leczeniu raka piersi zrzeszonych w klubach amazoнок. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 2012, 4, (41), 85-89.
8. Mroczek B., Kurpas D. i wsp.: Funkcjonowanie psychoseksualne kobiet po leczeniu raka sutka. *Psychiatria Polska*, 2012, 46(1), 51-61.
9. Zegarski W., Głowacka I., Ostrowska Ż.: Ocena jakości życia kobiet po mastektomii na podstawie standardowych kwestionariuszy OLQ-C30 i QLQ BR23. *Nowotwory, Journal of Oncology*, 2010, 60(6), 532-535.
10. Pytka D., Spych M.: Jakość życia pacjentek po zabiegu mastektomii. *Journal of Public Health Nursing and Medical Rescue*, 2012, 4, 42-49.



## **SPOSOBY RADZENIA SOBIE ZE STRESEM WŚRÓD STUDENTÓW WYDZIAŁU NAUK O ZDROWIU UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W BIAŁYMSTOKU**

**Klaudia Raszkiewicz<sup>1</sup>, Krystyna Kowalczuk<sup>2</sup>**

1. Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

### **WSTĘP**

Z licznych badań wynika, że ważne jest posiadanie kompetencji, które umożliwiają skuteczne poradzenie sobie z sytuacją stresową [1-10]. Jednak najważniejsze jest, aby człowiek potrafił ocenić właściwie własne możliwości. Młody człowiek powinien umieć wypracować strategię adaptacyjną. Na podstawie literatury można stwierdzić, że istnieją różne formy skutecznej walki ze stresem [11-20]. Wybór sposobu radzenia sobie z czynnikami stresogennymi zależy od typu osobowości i osobistych predyspozycji. Z literatury wynika, że pozytywne nastawienie pozwala na ograniczenie stresu [21-25].

**Samoakceptacja** – czyli poczucie własnej wartości. Osoby z niską samoakceptacją postrzegają siebie w sposób negatywny, przez co wydarzenie stresujące postrzegane jest jako duże zagrożenie [20, 25]. Z kolei jednostka dysponująca wysokim poziomem akceptacji określa siebie jako osobę zdecydowaną oraz aktywną. Rzadziej występuje uczucie porażki w sytuacjach negatywnych [26]. W warunkach stresogennych poczucie własnej wartości oraz znajomość własnych słabości i ograniczeń ułatwia skuteczne zwalczanie stresu. Efektywność walki ze stresorem zależy od pozwolenia sobie na odczuwanie stresu, emocji z nim związanych oraz chęci podjęcia rozwiązania danego problemu. Świadomość własnych zalet i wad wśród studentów pozwoli na określenie realności stawianych sobie celów i broni przed dążeniem do nierealnych zamierzeń, wykraczające poza umiejętności i zdolności [25, 26].

**Wsparcie społeczne** – pomoc uzyskana w wyniku interakcji z otoczeniem społecznym np.: udzielenie porady koleżeńskiej lub rodzicielskiej. Wsparcie społeczne pozwala odzyskać wiarę w siebie, pozwala ocenić oraz zrozumieć konkretną sytuację. Można również uzyskać

wsparcie fizyczne np.: finansowe. Wskazane jest, aby studenci mogli porozmawiać z ludźmi o sukcesach i porażkach. Studenci, którzy odczuwają wysoki poziom stresu potrzebują pomocy i wsparcia od osób najbliższych. Wspólne przeżywanie konkretnego problemu poprawia ich samopoczucie [27].

**Ćwiczenia fizyczne** – aktywność fizyczna niweluje negatywny wpływ stresu. Ruch pozwala pozbyć się nadmiaru złych emocji, poprawia samopoczucie, krążenie, dotlenia mózg i rozluźnia mięśnie. Regularne uprawianie sportu sprawia, że studenci są mniej nerwowi i bardziej odporni na stres. Z fizjologicznego punktu widzenia wysiłek fizyczny zmniejsza wydzielanie hormonu – kortyzolu, natomiast uwalnia endorfiny tak zwane hormony szczęścia, które poprawiają nastrój i samopoczucie [28].

**Ćwiczenia relaksacyjne** – techniki relaksacyjne umożliwiają człowiekowi podejść do danej sytuacji z dystansem. Przyczyniają się do uspokojenia umysłu i wpływają na subiektywny odbiór stresu [27, 28]. Prowadzą do redukcji pobudzenia centralnego układu nerwowego, pozwalają zregenerować siły, ukoić nerwy i opanować stres w domu i w pracy. Można do nich zaliczyć: trening oddechu, masaż, joga, muzykoterapia czy medytacja. Techniki relaksacyjne pozwolą studentom przywrócić harmonię dnia oraz odciążyc umysł od nadmiaru myśli [28].

**Organizacja czasu pracy i odpoczynku** – jednym z przyczyn ciągłego stresu jest brak systematyczności oraz organizacji. Coraz szybsze tempo rytmu życia powoduje chaos i zamieszanie. Nieumiejętność odpoczywania to problem na miarę XXI wieku. Dlatego, żeby działać skuteczniej w trudnych sytuacjach należy umiejętnie rozplanować dzień, zarządzać czasem i wyznaczyć parę chwil na odpoczynek. W środowisku studenckim to nie jest takie łatwe, ze względu na intensywność nieregularnego rytmu życia [28].

**Hobby** – pozwalają na rozwój osobisty i niwelują stres. To czas, w którym organizm regeneruje siły, a studenci czerpią satysfakcję z wykonywanych czynności, na przykład jazda na rowerze, bieganie, tańczenie, gra w szachy, układanie puzzli czy ogrodnictwo. Skierowanie myśli na zupełnie inny tor pozwoli studentom na chwilę relaksu i odpoczynku [28].

**Trening odporności na stres** – podejście terapeutyczne ukierunkowane na wspomaganie procesu rozwoju skutecznych umiejętności radzenia sobie ze stresem i zwiększenia odporności na destrukcyjne efekty działającego stresu. Trening składa się z trzech faz [28, 29]. Pierwsza faza wstępna polega na zachęceniu człowieka do współpracy z walką ze stresorem. Druga faza polega na zdobywaniu i trenowaniu umiejętności. Polega na rozwinięciu

u człowieka potencjału efektywnego radzenia sobie z określonymi stresorami. Ostatnia faza aplikacji, terapeuta zachęca człowieka do wdrażania w życie nabytych umiejętności w sytuacjach codziennych.

Istnieje wiele psychologicznych sposobów opanowania stresu w poszczególnych sytuacjach. Ich skuteczność zależy od danej sytuacji oraz cech jednostki. Naturalną rzeczą jest, że człowiek unika stresujących wydarzeń. Jednak jednostka ludzka jest w stanie opanować stres poprzez nabywanie doświadczenia i wprawy w zdarzeniach [1, 29].

### ***Zachowania zdrowotne wśród studentów***

Zachowania prozdrowotne to nawyki i czynności, które wykonuje człowiek w celu poprawy własnego stanu zdrowia, czyli zachowania optymalnej sprawności psychofizycznej [30, 31].

Najczęściej źródłem powyższych zachowań są postawy i wartości nabyte w rodzinie oraz najbliższym środowisku społecznym człowieka. Czynniki behawioralne wpływają na rozwój organizmu. Na podstawie licznych badań epidemiologicznych wynika, że można uniknąć wielu chorób poprzez modyfikację stylu życia [30, 32]. Do czynników modyfikowalnych, czyli takich, na które młody człowiek ma wpływ jest między innymi niewłaściwa dieta, brak aktywności fizycznej, palenie tytoniu, spożywanie kofeiny, picie alkoholu czy też zbyt mała lub zbyt duża ilość snu [33].

Studenci kierunków medycznych z racji swojego medycznego wykształcenia powinni cechować się szczególnie wysokim poziomem świadomości prozdrowotnej. Jednak mimo wszystko zachowania zdrowotne wśród studentów bywają często ryzykowne [27, 34, 35, 36]. Okres studiów to czas, kiedy młodzi ludzie opuszczają dom rodzinny i rozpoczynają samodzielne życie. Mieszkając z obcymi osobami w akademiku, w mieszkaniu czy na stacji studenci dzielą się między sobą obowiązkami, spędzając część czasu z osobami o różnych osobowościach, z różnych kręgów kulturowych. Najbliższym otoczeniem stają się koledzy i koleżanki, którzy mogą mieć pozytywny jak i negatywny wpływ na zachowanie człowieka. Ważne jest więc ukształtowanie własnej postawy wobec zdrowia, szczególnie poczucia odpowiedzialności za swoje zdrowie i współodpowiedzialności za zdrowie innych osób [34, 35, 36]. Ważną rolę w zachowaniach prozdrowotnych odgrywa między innymi przekonanie o własnej skuteczności.

**Przekonanie o własnej skuteczności** (self – efficacy) - to składnik osobowości, który określa to co człowiek uważa za prawdę bądź fałsz w odniesieniu do samych siebie i społeczeństwa [34]. Na podstawie literatury można stwierdzić, że jest to przekonanie jednostki o możliwości podjęcia i przeprowadzenia skutecznych działań koniecznych do zrealizowania własnego celu. Wysoki poziom samoskuteczności ma związek z działaniami i sytuacjami, z którymi konkretna osoba skutecznie radziła sobie z trudną sytuacją w przeszłości. Natomiast porażka w radzeniu sobie ze stresem obniża poczucie samo skuteczności [24, 28].

Bandura twierdzi, że samoskuteczność jest głównym czynnikiem kontroli ludzkich działań. Wyróżnia cztery źródła wpływające na kształtowanie się przekonania o własnej skuteczności [37]:

- rzeczywiste osiągnięcia – samoświadomość o własnych mocnych i słabych stronach, talentach, ograniczeniach,
- doświadczenia zastępcze – obserwacja ludzi podobnych do innych, którzy osiągają swoje cele poprzez podejmowanie trwałych działań. W trakcie obserwacji człowiek zaczyna wierzyć w to, że posiadając takie same umiejętności można osiągnąć własny cel,
- perswazja – słuchanie informacji od innych ludzi, którzy podwyższają samoocenę młodego człowieka,
- pobudzenie emocjonalne – stan fizjologiczny organizmu związany z poziomem przekonania o własnej skuteczności w danej sytuacji.

Z literatury wynika, iż studenci mają świadomość wpływania na własny rozwój osobisty posiadając wyższe aspiracje. Wysoko oceniają prawdopodobieństwo osiągnięcia sukcesu. Tolerują wieloznaczność i ufają sobie bezgranicznie. Cechują się samodzielnością. Lepiej sobie radzą w zwalczaniu czynników stresogennych [37, 38].

Z kolei Snyder opisuje „nadzieję na sukces” jako dynamiczny i wielowymiarowy proces myślowy, składający się z trzech połączonych ze sobą elementów takich jak: cel, siła i droga [39].

**Nadzieja** - to pewien sposób myślenia, składający się z sumy motywacji, czyli z siły wewnętrznej i zewnętrznej oraz konkretna droga (strategia) prowadząca do wyznaczonego celu [39].

Autor zaproponował dwie koncepcje nadziei, w której o oczekiwaniach decydują dwa rodzaje przekonania takie jak [40]:

- przekonanie o sobie jako wykonawcy, który potrafi dążyć do celu i wytrwać mimo napotkanych przeszkód, to przekonanie o sile własnej woli, inaczej myślenie sprawcze.
- przekonanie o umiejętności znajdowania rozwiązań dotyczy spostrzegania siebie jako osoby zdolnej, zaradnej, będącej stanie wymyśleć skuteczny sposób dążenia do celu, nazywane także myśleniem kierunkowym.

Snyder uważa, że istnieje wzajemna relacja między myśleniem sprawczym, a myśleniem kierunkowym. Studenci, którzy posiadają wysoką samoocenę, są w stanie sprostać problemom w dążeniu do celu, a także potrafią opracować alternatywne sposoby osiągnięcia go. Przekonanie o posiadaniu kompetencji umożliwia skuteczne odniesienie sukcesu [39, 40].

Innym, negatywnym zjawiskiem występującym szczególnie wśród osób młodych jest tzw. zjawisko prokrastynacji.

**Zjawisko prokrastynacji** - polega na tym, że człowiek odwleka z podjęciem zamierzonego działania mimo świadomości, że z tego powodu będzie w gorszej sytuacji na skutek opóźnienia [41]. Mechanizm powyższego zjawiska polega na tym, iż początkowo człowiek odczuwa poprawę samopoczucia poprzez radość i ulgę, następnie odwlekaniu towarzyszy świadomość, że jutro będzie lepiej. Uświadomienie konieczności wykonania zadania powoduje uczucie lęku, nerwowość i strach, spowodowaną poczuciem, że zostało mało czasu na prawidłowe wykonanie zadania [42]. Z badań przeprowadzonych przez Flett'a i Blankstein'a na temat związku między występowaniem zjawiska prokrastynacji, a stylami radzenia sobie w sytuacjach stresowych wykazało negatywny związek między prokrastynacją, a stylem zadaniowym. Osoby, które zwlekają z wykonywaniem czynności, najczęściej angażują się w emocjonalny styl radzenia sobie w sytuacjach stresowych, a także stosują unikanie angażując się w czynności zastępcze [43, 44].

Podczas studiów, u młodych ludzi występuje zjawisko prokrastynacji dość często, charakteryzuje się brakiem systematyczności [41, 45]. Nieumiejętnie organizują czas na naukę, pracę czy odpoczynek. Wykonują większość obowiązków w ostatniej chwili przez co są bardziej narażeni na czynniki stresogenne, które mogą doprowadzić do przewlekłego stresu, co więcej, często zarywają noce, nie wysypiają się, piją zbyt dużą ilość kofeiny i napoi

energetycznych, żeby wykonać własną pracę na czas. W przypadku takich osób warto uświadamiać ich jakie korzyści płyną z regularnego trybu życia [41].

Podjęcia kształcenia na studiach stwarza zarówno szanse rozwojowe dla młodego człowieka jak i określone zagrożenia psychiczne i społeczne [46]. Życie współczesnego studenta charakteryzuje się nieustanną aktywnością, pośpiechem, zmianami i pewnymi wyzwaniem. Szczególnie studenci kierunków medycznych, codziennie otrzymują olbrzymią dawkę stresu na uczelni i w pracy. Warunki życia mobilizują młodych ludzi do przyswojenia, przetworzenia oraz zrozumienia ogromną ilość informacji w krótkim czasie. Człowiek jest zmuszony do egzystowania ze stresem na co dzień. Warto znać jak najwięcej sposobów na radzenie sobie w trudnych sytuacjach oraz wydobyć z tego zjawiska to co pozytywne. Krótkotrwały stres mobilizuje do działania, natomiast przewlekły jest niekorzystny dla zdrowia psychicznego i fizycznego. Studenci muszą wiedzieć o stresie jak najwięcej, żeby mogli skutecznie walczyć z jego złą stroną oraz umiejętnie zmniejszyć lub zlikwidować czynnik stresogenny [1, 46].

Na podstawie badań stwierdzono, że w ostatnich latach rośnie liczba studentów zgłaszających problemy psychiczne w porównaniu z grupą osób niestudujących [47]. Czas akademicki jest okresem podwyższonego ryzyka wystąpienia różnorodnych problemów psychicznych. Jednym z czynników mających wpływ na zdrowie młodego człowieka jest okres dojrzewania i wkraczania we wczesną dorosłość [46, 47]. Konieczność wybrania określonej ścieżki rozwoju zawodowego oraz podejmowanie pierwszych stabilnych decyzji wywołuje dużą presję emocjonalną, która zwiększa podatność na inne czynniki stresowe [47]. Sytuacje stresogenne mogą doprowadzić młodego człowieka między innymi do depresji, zaburzeń lękowych, zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych, zaburzeń odżywiania oraz zaburzeń somatycznych.

Budowanie kultury otwartości na istniejące problemy psychiczne wśród studentów oraz realizowanie skutecznych metod wsparcia dla młodych osób zwiększają szanse na efektywniejsze uczestnictwo w społeczności akademickiej [48].

## **CEL BADAŃ**

Celem pracy było:

1. Próba określenia przez respondentów Wydziału Nauk o Zdrowiu sposobów radzenia sobie ze stresem w zależności od kierunku studiów.
2. Sprawdzenie przyczyny występowania stresu w populacji studentów Wydziału o Zdrowiu w zależności od kierunku studiów
3. Określenie natężenia stresu wśród studentów Wydziału o Zdrowiu w zależności od kierunku studiów.

## **MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ**

Badaniem objęto 130 studentów studiów I stopnia II roku Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Badanie przeprowadzono w okresie od czerwca do grudnia 2017 roku po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej UMB R-I-002/304/2017.

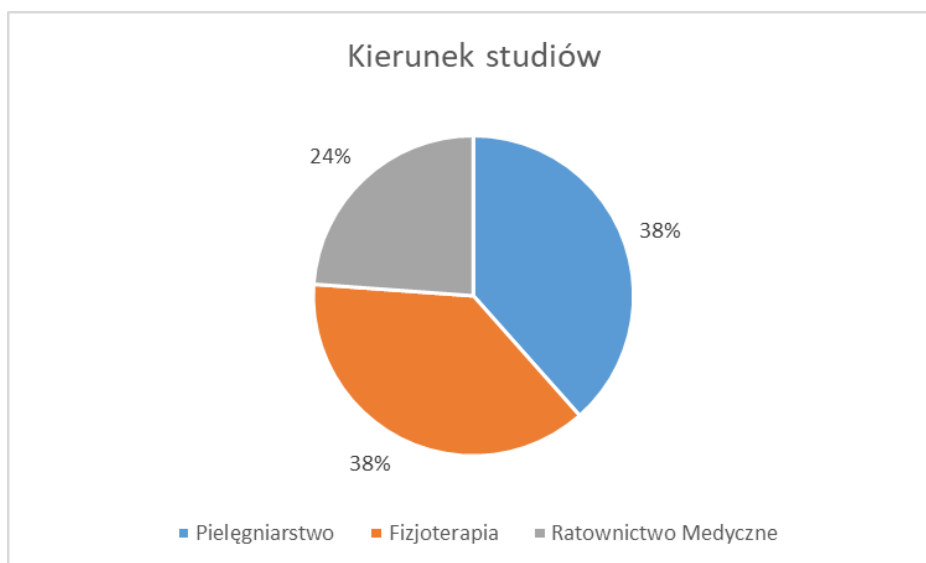
Materiał do badań został zebrany metodą sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był standaryzowany Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS. Zawierał 48 pytań, które dotyczyły problematyki związanej ze sposobami radzenia sobie w sytuacjach stresowych. W 5-cio skali należało określić z jaką częstotliwością należy podejmować dane działanie w trudnej sytuacji. Każda ze skal składa się z 16 pozycji. Zakres uzyskania punktów zawierał się w przedziale od 16 do 80 punktów. Otrzymane punkty przedstawiano także w skali stenowej, gdzie wyniki z przedziału 4-5 traktowane były jako przeciętne, wyniki z przedziału 6-8 uważa się za wysokie, a wyniki z przedziału 1-3 stanów uważa się za niskie. Kwestionariusz CISS służył do pomiaru trzech stylów radzenie sobie ze stresem: stylu skoncentrowanego na zadaniu (SSZ), emocjach (SSE) lub unikaniu (SSU).

Studenci Wydziału Nauk o Zdrowiu zostali poinformowani o prawidłowych zasadach wypełniania ankiety oraz o możliwości przerwania badania na każdym jego etapie. Udział w badaniu był anonimowy oraz dobrowolny. Uzyskane dane zostały uogólnione w rycinach i tabelach. Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą programu Excel.

## WYNIKI

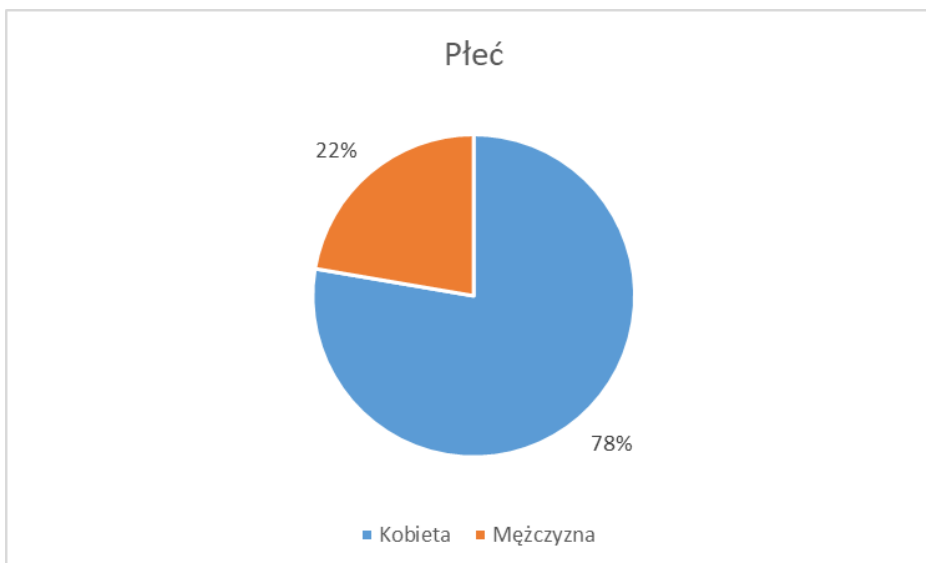
### *Przedstawienie badanej populacji*

Badaniem objęto 130 studentów studiów I stopnia II roku Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Badaną populację stanowiło po 38% respondentów kierunku pielęgniarstwa i kierunku fizjoterapii oraz 24% kierunku ratownictwa medycznego (Rycina 1).



**Rycina 1. Struktura respondentów w zależności od kierunku studiów.**

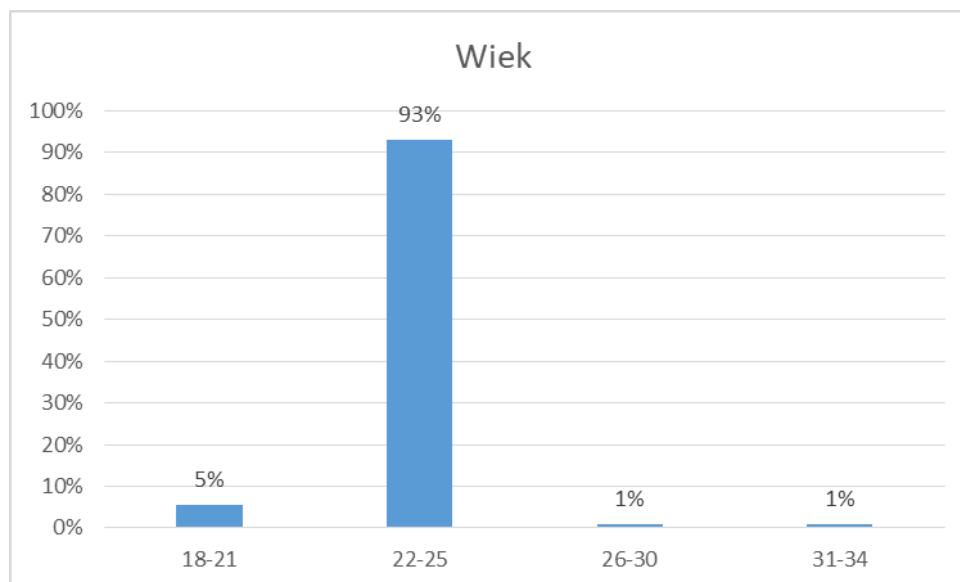
W badanej populacji 78% respondentów stanowiły kobiety (Rycina 2).



**Rycina 2. Struktura płci respondentów.**

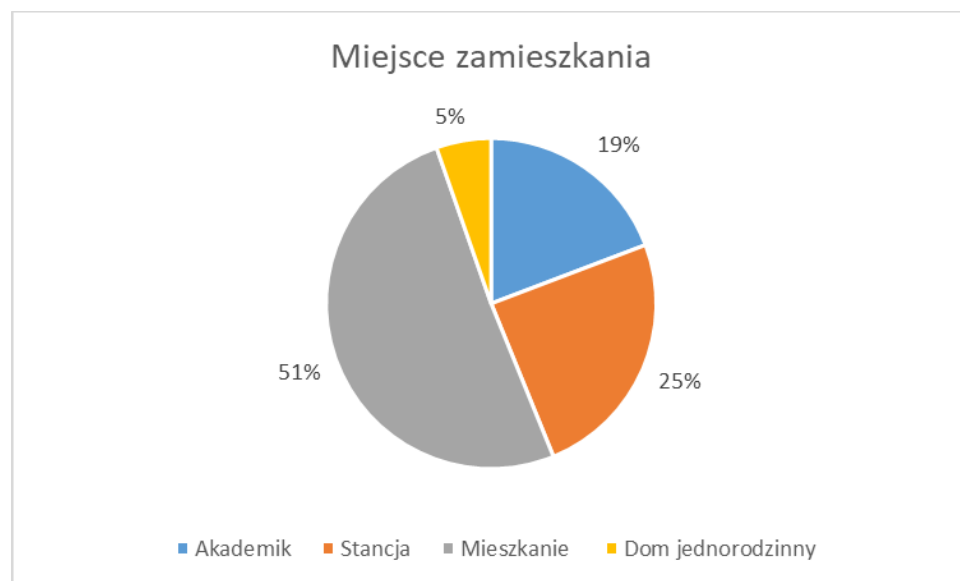


Najliczniejszą grupę studentów stanowiły osoby w wieku między 22-25 lat (93%), natomiast najmniej liczną grupę stanowili respondenci w wieku powyżej 26 r.ż. (Rycina 3).



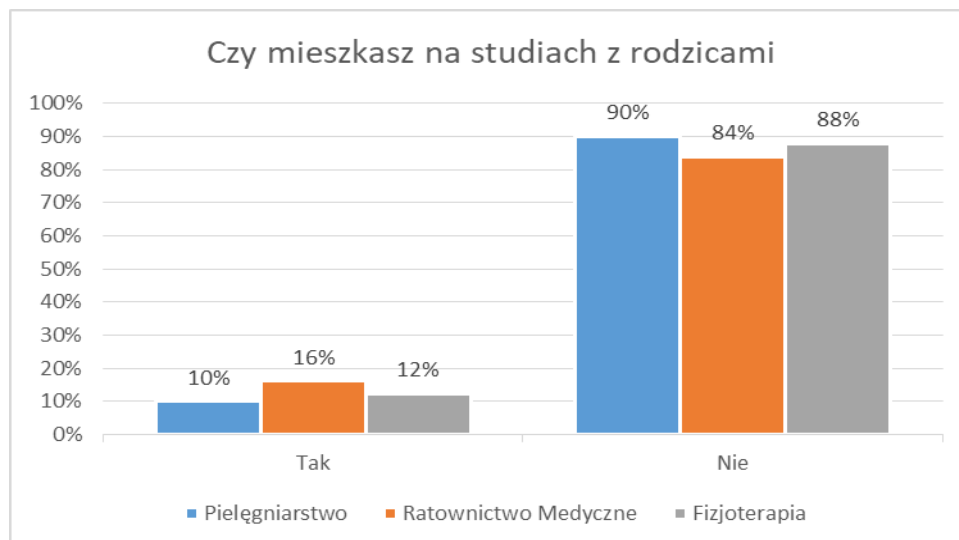
**Rycina 3. Struktura wieku respondentów.**

W okresie studiów ponad połowa respondentów (51%) wynajmowała mieszkanie, ¼ respondentów zamieszkiwała na stacji (Rycina 4).



**Rycina 4. Obecne miejsce zamieszkania respondentów.**

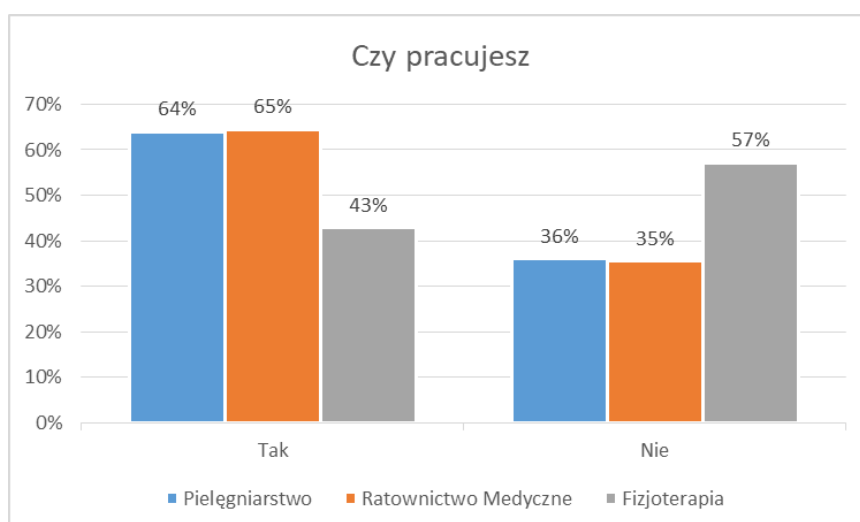
W badanej populacji zdecydowana większość respondentów zadeklarowało, że mieszka samodzielnie (Rycina 5).



**Rycina 5. Zamieszkanie respondentów z rodzicami w czasie studiów w zależności od kierunku.**

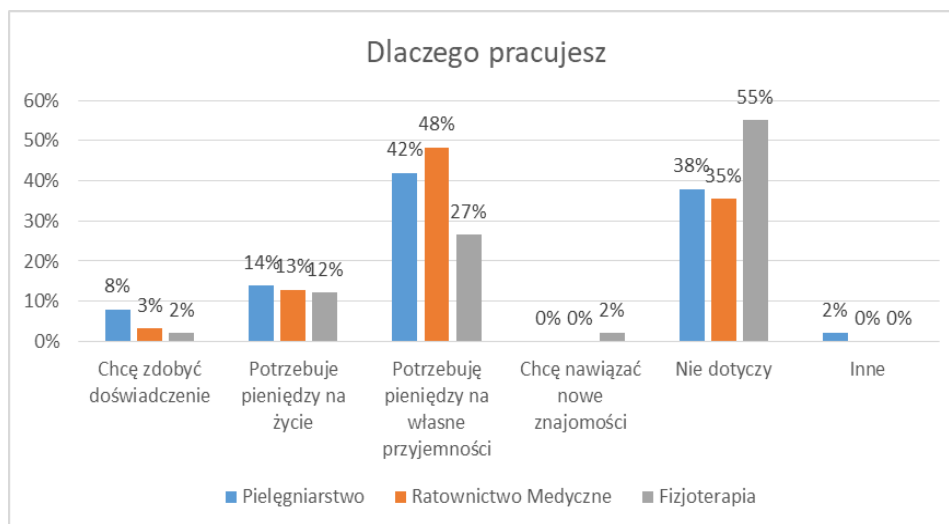
*Analiza wyników badań dotycząca subiektywnego odczuwania stresu przez studentów w trakcie nauki*

Ponad połowa respondentów z kierunku Ratownictwa Medycznego (65%) i Pielęgniarstwa (64%) podjęła pracę w okresie studiów. Natomiast 57% respondentów kierunku Fizjoterapii nie pracowało w trakcie nauki (Rycina 6).



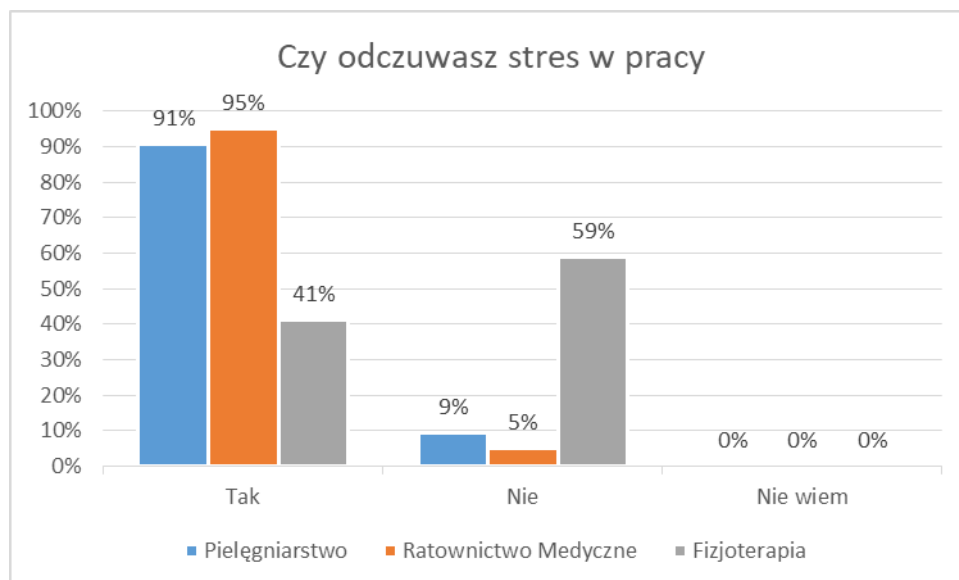
**Rycina 6. Podjęcie pracy przez studentów w okresie nauki w zależności od kierunku studiów.**

W badanej populacji największa grupa respondentów podjęła pracę zarobkową w celu uzyskania środków finansowych dla własnej przyjemności. Ratownictwo Medyczne 48%, Pielęgniarstwo 42% respondentów, Fizjoterapia 27% (Rycina 7).



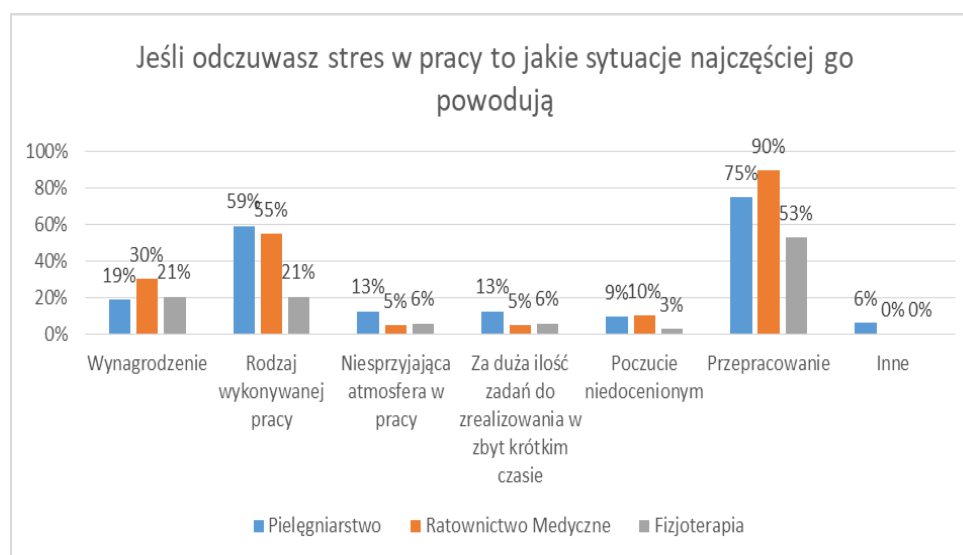
**Rycina 7. Uzasadnienie podjęcia pracy przez respondentów w zależności od kierunku studiów.**

W badanej populacji stres w pracy najbardziej odczuwali studenci kierunku Ratownictwa medycznego (95%) i kierunku Pielęgniarstwa (91%). Najniższy poziom stresu odczuwali studenci kierunku Fizjoterapii (41%) (Rycina 8).



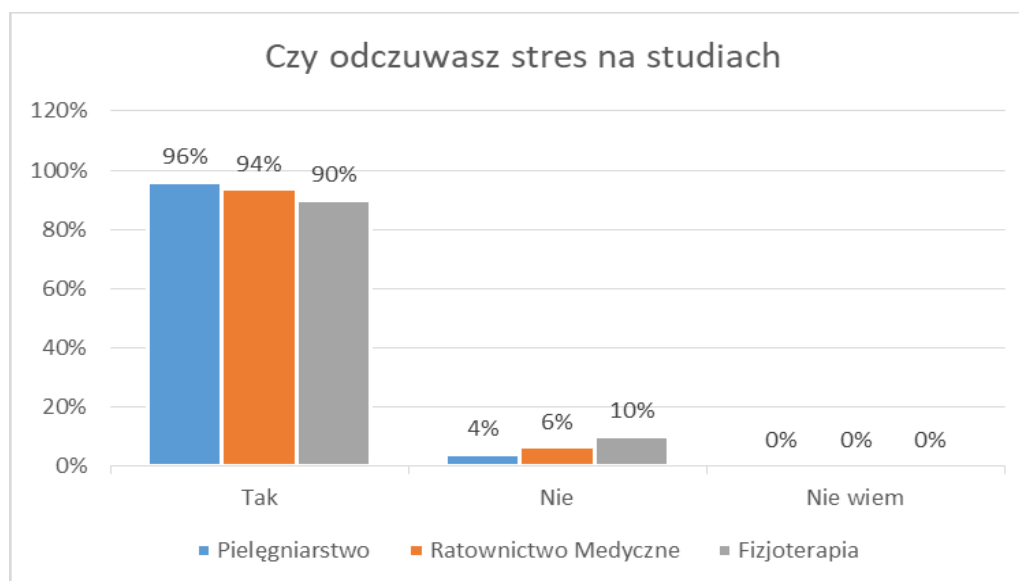
**Rycina 8. Subiektywne odczuwanie stresu w pracy przez respondentów w zależności od kierunku studiów.**

W badanej populacji najczęstszym powodem stresu dla studentów kierunku Ratownictwo medyczne i kierunku Pielęgniarstwo było przepracowanie. Natomiast stres związany z rodzajem wykonywanej pracy najczęściej dotyczył studentów kierunku Pielęgniarstwo (59%) oraz kierunku Ratownictwo medyczne (55%) (Rycina 9).



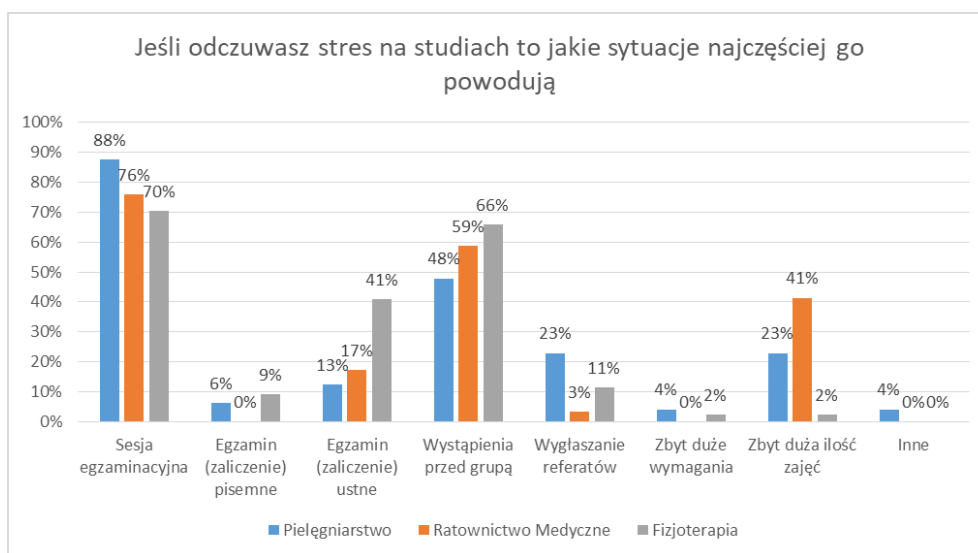
**Rycina 9. Sytuacje stresujące w pracy respondentów pracujących w zależności od kierunku studiów.**

W badanej populacji zdecydowana większość respondentów wszystkich kierunków studiów odczuwało stres związany z nauką (Rycina 10).



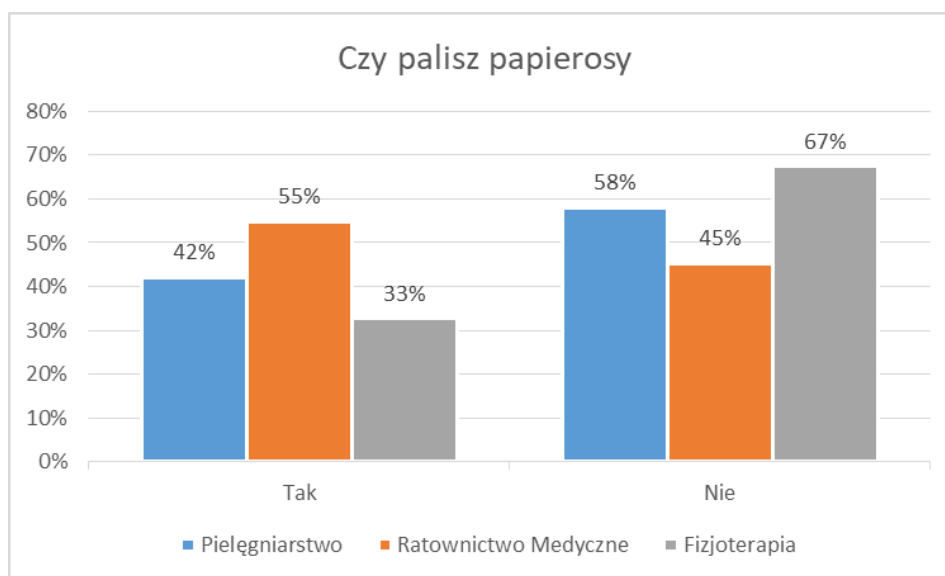
**Rycina 10. Subiektywne odczuwanie stresu przez respondentów w trakcie nauki w zależności od kierunku studiów.**

W badanej populacji najczęstszym powodem odczuwania stresu była sesja egzaminacyjna. Studenci Pielęgniarstwa (88%), studenci Ratownictwa medycznego (76%) oraz studenci Fizjoterapii (70%). Najmniej stresującą sytuacją były wymagania stawiane studentom podczas nauki (Rycina 11).



**Rycina 11. Subiektywna ocena sytuacji stresowych przez respondentów w zależności od kierunku studiów.**

W badanej populacji najwyższa liczba studentów paliła papierosy na kierunku Ratownictwo medyczne (55%), natomiast największa liczba studentów nie paląca papierosów była na kierunku Fizjoterapii (67%) (Rycina 12).



**Rycina 12. Subiektywna ocena palenia papierosów przez respondentów w zależności od kierunku studiów.**

W grupie osób palących respondentów 65% wypala od 1 do 2 papierosów w ciągu dnia, w tym 76% respondentów kierunku Ratownictwa medycznego, 62% kierunku Pielęgniarstwa oraz 56% kierunku Fizjoterapii (Tabela I).

**Tabela I. Ilość wypalanych papierosów w ciągu dnia przez respondentów.**

<b>Ile wypalasz papierosów w ciągu dnia?</b>			
<b>Ilość papierosów</b>	1-2	3-5	6-10
<b>Ratownictwo medyczne</b>	76%	24%	0%
<b>Pielęgniarstwo</b>	62%	33%	10%
<b>Fizjoterapia</b>	56%	25%	19%

*Liczby nie sumują się do 100% ponieważ istniała możliwość wielokrotnej odpowiedzi*

W grupie osób pijących kawę najczęściej respondenci pili dwie filiżanki kawy w ciągu dnia (44%) (Tabela II).

**Tabela II. Ilość wypijanych filiżanek kawy w ciągu dnia przez respondentów.**

<b>Ile filiżanek kawy pijesz w ciągu dnia?</b>				
<b>Ilość filiżanek</b>	Jedną	Dwie	Trzy	Cztery
<b>Ratownictwo medyczne</b>	37%	40%	23%	0%
<b>Pielęgniarstwo</b>	39%	41%	23%	5%
<b>Fizjoterapia</b>	46%	51%	5%	0%

*Liczby nie sumują się do 100% ponieważ istniała możliwość wielokrotnej odpowiedzi*

**Analiza wybranych pytań Kwestionariusza radzenie sobie w sytuacji stresowej (CISS)**

W badanej populacji niezależnie od kierunku studiów 52% respondentów czasami planowała swój czas. W badanej populacji tylko 2% respondentów nigdy nie planowała czasu (Tabela III).

**Tabela III. Opinie respondentów na temat planowania własnego czasu.**

<b>Lepiej planuję swój czas</b>					
<b>Kierunek studiów</b>	<b>Nigdy</b>	<b>Prawie nigdy</b>	<b>Czasem</b>	<b>Dość często</b>	<b>Bardzo często</b>
<b>Ratownictwo medyczne</b>	0%	3%	68%	23%	6%
<b>Pielęgniarstwo</b>	2%	14%	54%	28%	2%
<b>Fizjoterapia</b>	2%	39%	41%	18%	0%
<b>Ogółem</b>	2%	21%	52%	23%	2%

W badanej populacji 77% respondentów kierunku Ratownictwa medycznego, 68% respondentów kierunku Pielęgniarstwa i 49% kierunku Fizjoterapii dość często wyznaczało sobie kierunek działania i postępowała zgodnie z ustalonym planem (Tabela IV).

**Tabela IV. Stopień trudności respondentów wyznaczających sobie kierunek działania i postępowania.**

<b>Wyznaczam sobie kierunek działania i postępuje zgodnie z nim</b>					
<b>Kierunek Studiów</b>	<b>Nigdy</b>	<b>Prawie nigdy</b>	<b>Czasem</b>	<b>Dość często</b>	<b>Bardzo często</b>
<b>Ratownictwo medyczne</b>	0%	0%	16%	77%	6%
<b>Pielęgniarstwo</b>	2%	4%	10%	68%	16%
<b>Fizjoterapia</b>	2%	0%	8%	49%	39%
<b>Ogółem</b>	2%	2%	11%	64%	22%

W badanej populacji respondenci Ratownictwa Medycznego (45%) i Pielęgniarstwa (58%) dość często koncentrowali się na sytuacji problemowej i zastanawiali się w jaki sposób mogą to rozwiązać, natomiast respondenci Fizjoterapii czynili to bardzo często (41%) (Tabela V).

**Tabela V. Stopień trudności respondentów koncentrujących się na problemie w zależności od kierunku studiów.**

<b>Koncentruję się na problemie i zastanawiam się jak mogę go rozwiązać</b>					
<b>Kierunek studiów</b>	Nigdy	Prawie nigdy	Czasem	Dość często	Bardzo często
<b>Ratownictwo medyczne</b>	0%	0%	13%	45%	42%
<b>Pielęgniarstwo</b>	0%	2%	12%	58%	28%
<b>Fizjoterapia</b>	2%	6%	14%	37%	41%
<b>Ogółem</b>	0%	2%	12%	68%	18%

Z Tabeli VI wynika, że studenci Pielęgniarstwa dość często powracali myślami do dobrych czasów, kiedy było im lepiej, natomiast 68% studentów Fizjoterapii robi to bardzo często.

**Tabela VI. Opinia studentów wracających myślami do dobrych czasów w sytuacji problemowej w zależności od kierunku studiów.**

<b>Myślę o czasach, gdy było mi lepiej</b>					
<b>Kierunek studiów</b>	Nigdy	Prawie nigdy	Czasem	Dość często	Bardzo często
<b>Ratownictwo medyczne</b>	0%	0%	17%	40%	43%
<b>Pielęgniarstwo</b>	2%	2%	14%	60%	22%
<b>Fizjoterapia</b>	0%	10%	6%	16%	68%
<b>Ogółem</b>	1%	5%	12%	38%	44%



W badanej populacji 47% respondentów Ratownictwa Medycznego i 58% Pielęgniarstwa dość często preferowało przebywanie w towarzystwie innych ludzi, natomiast 42% respondentów Fizjoterapii bardzo często (Tabela VII).

**Tabela VII. Opinia respondentów przebywających z innymi ludźmi w sytuacji stresowej w zależności od kierunku studiów.**

<b>Staram się przebywać z innymi ludźmi</b>					
<b>Kierunek studiów</b>	Nigdy	Prawie nigdy	Czasem	Dość często	Bardzo często
<b>Ratownictwo medyczne</b>	0%	0%	13%	47%	40%
<b>Pielęgniarstwo</b>	0%	2%	12%	58%	28%
<b>Fizjoterapia</b>	2%	6%	14%	36%	42%
<b>Ogółem</b>	1%	3%	13%	47%	36%

W badanej populacji respondenci kierunku Ratownictwa Medycznego i kierunku Pielęgniarstwa dość często analizowali zaistniałą sytuację, tylko 4% studentów kierunku Fizjoterapii nigdy nie analizowało zaistniałej sytuacji w celu wyeliminowania błędów (Tabela VIII).

**Tabela VIII. Analiza sytuacji i uczenie się na własnych błędach w opinii respondentów w zależności od kierunku studiów.**

<b>Analizuje sytuację i ucze się na własnych błędach</b>					
<b>Kierunek studiów</b>	Nigdy	Prawie nigdy	Czasem	Dość często	Bardzo często
<b>Ratownictwo medyczne</b>	0%	16%	42%	42%	0%
<b>Pielęgniarstwo</b>	0%	14%	16%	70%	0%
<b>Fizjoterapia</b>	4%	43%	27%	18%	8%
<b>Ogółem</b>	2%	25%	26%	44%	3%

Z Tabeli IX wynika, że badana populacja tylko czasami oskarżała siebie o zwlekanie z wykonywaniem obowiązków: Ratownictwo Medyczne 58%, Pielęgniarstwo 44% i Fizjoterapia 51%.

**Tabela IX. Stopień odczuwania trudności przez respondentów oskarżających się o zwlekanie w zależności od kierunku studiów.**

<b>Oskarżam się o zwlekanie</b>					
<b>Kierunek studiów</b>	Nigdy	Prawie nigdy	Czasem	Dość często	Bardzo często
<b>Ratownictwo medyczne</b>	6%	6%	58%	26%	3%
<b>Pielęgniarstwo</b>	10%	22%	44%	22%	2%
<b>Fizjoterapia</b>	6%	24%	51%	16%	2%
<b>Ogółem</b>	8%	19%	50%	21%	2%

Z Tabeli X wynika, że respondenci niezależnie od kierunku studiów tylko czasem skupiali się na dolegliwościach fizycznych w sytuacji stresowej.

**Tabela X. Stopień odczuwania dolegliwościach fizycznych przez respondentów w stresowej sytuacji w zależności do kierunku studiów.**

<b>Jestem skupiony/a na swoich dolegliwościach fizycznych</b>					
<b>Kierunek studiów</b>	Nigdy	Prawie nigdy	Czasem	Dość często	Bardzo często
<b>Ratownictwo medyczne</b>	3%	20%	33%	27%	17%
<b>Pielęgniarstwo</b>	2%	10%	60%	26%	2%
<b>Fizjoterapia</b>	10%	38%	48%	4%	0%
<b>Ogółem</b>	5%	23%	49%	18%	5%

W badanej populacji respondenci niezależnie od kierunku studiów dość często włączyli się po sklepach w trudnej sytuacji: 47% Ratownictwo Medyczne, 54% Pielęgniarstwo i 56% Fizjoterapia (Tabela XI).

**Tabela XI. Opinia respondentów na temat chodzenia po sklepach w trudnej sytuacji w zależności od kierunku studiów.**

<b>Włączę się po sklepach</b>					
<b>Kierunek studiów</b>	Nigdy	Prawie nigdy	Czasem	Dość często	Bardzo często
<b>Ratownictwo medyczne</b>	0%	13%	40%	47%	0%
<b>Pielęgniarstwo</b>	6%	12%	28%	54%	0%
<b>Fizjoterapia</b>	6%	10%	26%	56%	2%
<b>Ogółem</b>	5%	12%	30%	53%	0%

W badanej populacji studenci niezależnie od kierunku tylko czasem starali się zasnąć w przypadku trudnej sytuacji: 47% Ratownictwo Medyczne, 52% Pielęgniarstwo i 46% Fizjoterapia (Tabela XII).

**Tabela XII. Opinia respondentów na temat zasypiania w trudnej sytuacji w zależności do kierunku studiów.**

<b>Staram się zasnąć</b>					
<b>Kierunek studiów</b>	Nigdy	Prawie nigdy	Czasem	Dość często	Bardzo często
<b>Ratownictwo medyczne</b>	3%	10%	47%	40%	0%
<b>Pielęgniarstwo</b>	6%	8%	52%	34%	0%
<b>Fizjoterapia</b>	2%	28%	46%	14%	2%
<b>Ogółem</b>	3%	16%	52%	28%	1%

Z danych przedstawionych w Tabeli XIII wynika, że respondenci czasami niepokoiili się, że sobie nie poradzą z sytuacją stresującą, w tym 68% studentów kierunku Ratownictwa medycznego, 57% respondentów kierunku Fizjoterapia oraz 52% respondentów kierunku Pielęgniarstwo.

**Tabela XIII. Stopień odczuwania niepokoju przez respondentów w zależności od kierunku studiów.**

<b>Niepokoję się, że sobie nie poradzę</b>					
<b>Kierunek studiów</b>	Nigdy	Prawie nigdy	Czasem	Dość często	Bardzo często
<b>Ratownictwo medyczne</b>	0%	10%	68%	23%	0%
<b>Pielęgniarstwo</b>	4%	28%	52%	10%	6%
<b>Fizjoterapia</b>	4%	18%	57%	16%	4%
<b>Ogółem</b>	3%	20%	58%	15%	4%

Z danych przedstawionych w Tabeli XIV wynika, że respondenci czasami odczuwali napięcie z powodu sytuacji stresowej. Ratownictwa Medycznego 74%, Pielęgniarstwa 54%, Fizjoterapii 61%.

**Tabela XIV. Stopień odczuwania napięcia przez respondentów w sytuacji stresującej w zależności od kierunku studiów.**

<b>Stają się bardzo napięty(a)</b>					
<b>Kierunek studiów</b>	Nigdy	Prawie nigdy	Czasem	Dość często	Bardzo często
<b>Ratownictwo medyczne</b>	3%	10%	74%	13%	0%
<b>Pielęgniarstwo</b>	4%	14%	54%	20%	8%
<b>Fizjoterapia</b>	2%	8%	61%	27%	2%
<b>Ogółem</b>	3%	11%	62%	21%	4%

Z Tabeli XV wynika, że 57% respondentów Ratownictwa Medycznego oraz 58% Pielęgniarstwa dość często wracało myślami do sytuacji problemowej, która wystąpiła w przeszłości i w której rozwiązywali podobne problemy, natomiast 80% studentów Fizjoterapii robiło to bardzo często.

**Tabela XV. Opinia respondentów na temat rozwiązywania problemów w przeszłości w sytuacji problemowej w zależności od kierunku studiów.**

<b>Myślę o tym, jak rozwiązywałem(lam) podobne problemy w przeszłości</b>					
<b>Kierunek studiów</b>	Nigdy	Prawie nigdy	Czasem	Dość często	Bardzo często
<b>Ratownictwo medyczne</b>	0%	3%	3%	57%	37%
<b>Pielęgniarstwo</b>	2%	2%	6%	58%	32%
<b>Fizjoterapia</b>	0%	2%	12%	6%	80%
<b>Ogółem</b>	1%	2%	8%	38%	51%

Z Tabeli XVI wynika, że 33% studentów Ratownictwa Medycznego i 38% Pielęgniarstwa prawie nigdy nie wmawiało sobie, że trudny problem ich nie dotyczy, natomiast 64% studentów Fizjoterapii nigdy tak nie postępowało.

**Tabela XVI. Opinia studentów wmawiających sobie, że problem ich nie dotyczy, w zależności od kierunku studiów.**

<b>Wmawiam sobie, że to w rzeczywistości nie dzieje się mnie</b>					
<b>Kierunek studiów</b>	Nigdy	Prawie nigdy	Czasem	Dość często	Bardzo często
<b>Ratownictwo medyczne</b>	27%	33%	13%	27%	0%
<b>Pielęgniarstwo</b>	34%	38%	16%	10%	2%
<b>Fizjoterapia</b>	64%	24%	8%	2%	2%
<b>Ogółem</b>	41%	34%	12%	11%	2%

Z Tabeli XVII wynika, że większość respondentów czasami było bardzo przygnębiona w trudnej sytuacji, w tym 65% studentów Ratownictwa medycznego, 56% studentów Pielęgniarstwa i 69% studentów Fizjoterapii.

**Tabela XVII. Stopień odczuwania przygnębienia przez respondentów z powodu trudnej sytuacji w zależności od kierunku studiów.**

<b>Stają się bardzo przygnębiony(a)</b>					
<b>Kierunek studiów</b>	Nigdy	Prawie nigdy	Czasami	Dość często	Bardzo często
<b>Ratownictwo medyczne</b>	6%	16%	65%	13%	0%
<b>Pielęgniarstwo</b>	2%	26%	56%	10%	6%
<b>Fizjoterapia</b>	6%	14%	69%	10%	0%
<b>Ogółem</b>	5%	19%	63%	11%	2%

Z Tabeli XVIII wynika, że respondenci niezależnie od kierunku studiów czasem obwiniali się o zaniedbanie obowiązków, w tym 4% respondentów Pielęgniarstwa czyniło to bardzo często.

**Tabela XVIII. Stopień obwiniania siebie przez respondentów w trudnej sytuacji w zależności od kierunku studiów.**

<b>Obwiniam siebie za to, że nie wiem co robić</b>					
<b>Kierunek studiów</b>	Nigdy	Prawie nigdy	Czasem	Dość często	Bardzo często
<b>Ratownictwo medyczne</b>	13%	13%	42%	30%	0%
<b>Pielęgniarstwo</b>	14%	18%	42%	22%	4%
<b>Fizjoterapia</b>	12%	32%	50%	6%	0%
<b>Ogółem</b>	13%	22%	45%	18%	2%

W badanej populacji studenci niezależnie od kierunku studiów dość często imprezowali, aby zapomnieć o trudnej sytuacji: 67% Ratownictwo Medyczne, 60% Pielęgniarstwo i 62% Fizjoterapia (Tabela XIX).

**Tabela XIX. Opinia studentów, którzy w trudnej sytuacji bawili się, w zależności od kierunku studiów.**

<b>Idę się zabawić</b>					
<b>Kierunek studiów</b>	Nigdy	Prawie nigdy	Czasem	Dość często	Bardzo często
<b>Ratownictwo medyczne</b>	3%	3%	20%	67%	7%
<b>Pielęgniarstwo</b>	6%	6%	24%	60%	4%
<b>Fizjoterapia</b>	4%	4%	26%	62%	4%
<b>Ogółem</b>	5%	5%	24%	61%	5%

Z Tabeli XX wynika, że większość badanej populacji nigdy w sytuacji problemowej nie doświadczyło sytuacji tzw. bezruchu: 50% Ratownictwo Medyczne, 54% Pielęgniarstwo i 72% Fizjoterapia.

**Tabela XX. Zachowanie respondentów w nagłej sytuacji problemowej w zależności od kierunku studiów.**

<b>„Zastygam w bezruchu” i nie wiem co zrobić</b>					
<b>Kierunek studiów</b>	Nigdy	Prawie nigdy	Czasem	Dość często	Bardzo często
<b>Ratownictwo medyczne</b>	50%	37%	13%	0%	0%
<b>Pielęgniarstwo</b>	54%	36%	2%	6%	2%
<b>Fizjoterapia</b>	72%	22%	4%	2%	0%
<b>Ogółem</b>	60%	31%	5%	3%	1%

W badanej populacji 67% respondentów Ratownictwa Medycznego i ponad połowa Pielęgniarstwa dość często żałowało, że nie mogło zmienić problemowej sytuacji, natomiast 74% respondentów Fizjoterapii zadeklarowało, że bardzo często (Tabela XXI).

**Tabela XXI. Stopień uzalania się respondentów nad sytuacją, której nie mogą zmienić w zależności od kierunku studiów.**

<b>Żałuję, że nie mogę zmienić tego co się stało lub tego co odczuwałem(łam)</b>					
<b>Kierunek studiów</b>	Nigdy	Prawie nigdy	Czasem	Dość często	Bardzo często
<b>Ratownictwo medyczne</b>	0%	3%	13%	67%	17%
<b>Pielęgniarstwo</b>	2%	2%	20%	54%	22%
<b>Fizjoterapia</b>	0%	8%	6%	12%	74%
<b>Ogółem</b>	1%	5%	13%	41%	40%

W badanej populacji respondenci wszystkich kierunków medycznych w sytuacji stresowej dość często spożywali ulubioną potrawę (Tabela XXII).

**Tabela XXII. Stopień nadmiernego spożywania posiłków przez respondentów w trudnej sytuacji w zależności od kierunku studiów.**

<b>Objadam się ulubioną potrawą</b>					
<b>Kierunek studiów</b>	Nigdy	Prawie nigdy	Czasem	Dość często	Bardzo często
<b>Ratownictwo medyczne</b>	0%	0%	29%	65%	6%
<b>Pielęgniarstwo</b>	6%	0%	16%	66%	12%
<b>Fizjoterapia</b>	2%	8%	20%	61%	8%
<b>Ogółem</b>	3%	3%	21%	64%	9%



Z Tabeli XXIII wynika, że około 50% respondentów z każdego kierunku czasami odczuwa poczucie winy, za spowodowanie problemowej sytuacji.

**Tabela XXIII. Sposób odczuwania winy przez respondentów za spowodowanie trudnej sytuacji w zależności od kierunku studiów.**

Winię siebie, że wpadłam/em w taką sytuację					
Kierunek studiów	Nigdy	Prawie nigdy	Czasem	Dość często	Bardzo często
Ratownictwo medyczne	3%	16%	45%	35%	0%
Pielęgniarstwo	10%	16%	46%	26%	2%
Fizjoterapia	6%	27%	53%	14%	0%
Ogółem	7%	20%	48%	24%	1%

Z danych przedstawionych w tabeli XXIV wynika, że dość często właściwe działania w sytuacji stresowej podejmowali najczęściej studenci Fizjoterapii.

**Tabela XXIV. Podejmowanie właściwych działań przez respondentów w sytuacji stresowej w zależności od kierunku studiów.**

Podejmuję natychmiast właściwe działania					
Kierunek studiów	Nigdy	Prawie nigdy	Czasem	Dość często	Bardzo często
Ratownictwo medyczne	0%	3%	48%	45%	3%
Pielęgniarstwo	0%	2%	32%	64%	2%
Fizjoterapia	0%	4%	22%	73%	0%
Ogółem	0%	3%	32%	63%	2%

W badanej populacji ponad połowa respondentów niezależnie od kierunku studiów czasem martwiła się problemową sytuacją: 50% Ratownictwo Medyczne, 56% Pielęgniarstwo i 52% Fizjoterapia (Tabela XXV).

**Tabela XXV. Subiektywne odczuwanie zmartwienia przez respondentów w trudnej sytuacji w zależności od kierunku studiów.**

<b>Martwię się jak sobie z tym poradzę</b>					
<b>Kierunek studiów</b>	Nigdy	Prawie nigdy	Czasem	Dość często	Bardzo często
<b>Ratownictwo medyczne</b>	3%	7%	50%	33%	7%
<b>Pielęgniarstwo</b>	6%	4%	56%	30%	4%
<b>Fizjoterapia</b>	4%	16%	52%	22%	6%
<b>Ogółem</b>	5%	10%	52%	28%	5%

W badanej populacji ponad połowa respondentów (53%) zadeklarowało, że wychodzi na spacer w czasie odczuwania trudnej sytuacji (Tabela XXVI).

**Tabela XXVI. Korzystanie ze spaceru przez respondentów w zależności od kierunku studiów.**

<b>Wychodzę na spacer</b>					
<b>Kierunek studiów</b>	Nigdy	Prawie nigdy	Czasem	Dość często	Bardzo często
<b>Ratownictwo medyczne</b>	0%	0%	3%	37%	60%
<b>Pielęgniarstwo</b>	4%	0%	16%	40%	40%
<b>Fizjoterapia</b>	0%	6%	12%	18%	64%
<b>Ogółem</b>	2%	2%	12%	31%	53%

W badanej populacji ponad połowa respondentów z kierunku Ratownictwa Medycznego i kierunku Fizjoterapii dość często tłumaczyło sobie, że trudna sytuacja się, nigdy więcej nie powtórzy (Tabela XXVII).

**Tabela XXVII. Odczuwanie sytuacji problemowej przez respondentów w zależności od kierunku studiów.**

<b>Wmawiam sobie, że to się nigdy więcej nie powtórzy</b>					
<b>Kierunek studiów</b>	<b>Nigdy</b>	<b>Prawie nigdy</b>	<b>Czasem</b>	<b>Dość często</b>	<b>Bardzo często</b>
<b>Ratownictwo medyczne</b>	3%	6%	23%	52%	16%
<b>Pielęgniarstwo</b>	4%	24%	18%	44%	10%
<b>Fizjoterapia</b>	4%	12%	22%	53%	8%
<b>Ogółem</b>	4%	15%	21%	49%	11%

W badanej populacji zaledwie po 4% respondentów Pielęgniarstwa i Fizjoterapii bardzo często skupiało się na osobistych ogólnych brakach, które powodują powstanie sytuacji problemowej (Tabela XXVIII).

**Tabela XXVIII. Stopień skupienia się respondentów na własnych brakach w zależności do kierunku studiów.**

<b>Skupiam się na swoich ogólnych brakach</b>					
<b>Kierunek studiów</b>	<b>Nigdy</b>	<b>Prawie nigdy</b>	<b>Czasem</b>	<b>Dość często</b>	<b>Bardzo często</b>
<b>Ratownictwo medyczne</b>	0%	19%	65%	16%	0%
<b>Pielęgniarstwo</b>	0%	20%	44%	32%	4%
<b>Fizjoterapia</b>	4%	43%	39%	10%	4%
<b>Ogółem</b>	2%	28%	47%	20%	3%

Z Tabeli XXIX wynika, że respondenci niezależnie od kierunku studiów czasem wpadali w złość, w sytuacji stresującej, w tym 4% respondentów Pielęgniarstwa bardzo często się denerwowało.

**Tabela XXIX. Subiektywne odczuwanie złości przez respondentów w sytuacji stresującej respondentów w zależności od kierunku studiów.**

<b>Wpadam w złość</b>					
<b>Kierunek studiów</b>	Nigdy	Prawie nigdy	Czasem	Dość często	Bardzo często
<b>Ratownictwo medyczne</b>	3%	37%	57%	3%	0%
<b>Pielęgniarstwo</b>	2%	28%	44%	22%	4%
<b>Fizjoterapia</b>	6%	20%	52%	22%	0%
<b>Ogółem</b>	4%	27%	50%	17%	2%

Z Tabeli XXX wynika, że respondenci niezależnie od kierunku studiów deklarowali, że dość często zmieniają kolejność spraw do załatwienia: 67% Ratownictwo Medyczne, 56% Pielęgniarstwo i 60% Fizjoterapia.

**Tabela XXX. Opinie respondentów na temat hierarchii spraw do zrobienia w zależności od kierunku studiów.**

<b>Zmieniam kolejność spraw do załatwienia</b>					
<b>Kierunek studiów</b>	Nigdy	Prawie nigdy	Czasem	Dość często	Bardzo często
<b>Ratownictwo medyczne</b>	0%	7%	26%	67%	0%
<b>Pielęgniarstwo</b>	2%	2%	34%	56%	6%
<b>Fizjoterapia</b>	0%	12%	14%	60%	24%
<b>Ogółem</b>	1%	3%	25%	60%	11%

W badanej populacji ponad połowa respondentów z Ratownictwa Medycznego i Pielęgniarstwa czasem oglądało film w stresującej sytuacji, natomiast 26% respondentów Fizjoterapii bardzo często (Tabela XXXI).

**Tabela XXXI. Oglądanie filmów przez respondentów w stresującej sytuacji w zależności od kierunku studiów.**

<b>Oglądam film</b>					
<b>Kierunek studiów</b>	Nigdy	Prawie nigdy	Czasem	Dość często	Bardzo często
<b>Ratownictwo medyczne</b>	3%	14%	50%	33%	0%
<b>Pielęgniarstwo</b>	8%	18%	50%	20%	4%
<b>Fizjoterapia</b>	10%	26%	36%	26%	0%
<b>Ogółem</b>	8%	20%	45%	25%	2%

W badanej populacji 77% respondentów Ratownictwa Medycznego i 60% Pielęgniarstwa zadeklarowało, że dość często dążyli do kontrolowania trudnej sytuacji, natomiast 46% respondentów Fizjoterapii odpowiedziało, że bardzo często (Tabela XXXII).

**Tabela XXXII. Dążenie respondentów do kontrolowania trudnej sytuacji przez respondentów w zależności do kierunku studiów.**

<b>Dążę do kontrolowania sytuacji</b>					
<b>Kierunek studiów</b>	Nigdy	Prawie nigdy	Czasem	Dość często	Bardzo często
<b>Ratownictwo medyczne</b>	0%	0%	16%	77%	7%
<b>Pielęgniarstwo</b>	2%	2%	24%	60%	12%
<b>Fizjoterapia</b>	0%	4%	6%	44%	46%
<b>Ogółem</b>	1%	2%	15%	58%	24%

W Tabeli XXXIII wynika, że większość respondentów niezależnie od kierunku (70%) dość często podejmuje dodatkowy wysiłek, aby załatwić sprawę.

**Tabela XXXIII. Podejmowanie dodatkowego wysiłku przez respondentów w zależności do kierunku studiów.**

<b>Podejmuję dodatkowy wysiłek, aby załatwić sprawę</b>					
<b>Kierunek studiów</b>	Nigdy	Prawie nigdy	Czasem	Dość często	Bardzo często
<b>Ratownictwo medyczne</b>	0%	0%	16%	77%	7%
<b>Pielęgniarstwo</b>	0%	0%	18%	74%	8%
<b>Fizjoterapia</b>	0%	4%	2%	62%	32%
<b>Ogółem</b>	0%	2%	11%	70%	17%

W badanej populacji 66% respondentów niezależnie od kierunku studiów dość często analizowało sytuację problematyczną w wielu aspektach (Tabela XXXIV).

**Tabela XXXIV. Opinia respondentów na temat podejścia do problemu w zależności od kierunku studiów.**

<b>Podchodzę do problemu z różnych stron</b>					
<b>Kierunek studiów</b>	Nigdy	Prawie nigdy	Czasem	Dość często	Bardzo często
<b>Ratownictwo medyczne</b>	0%	3%	17%	70%	10%
<b>Pielęgniarstwo</b>	2%	0%	14%	78%	6%
<b>Fizjoterapia</b>	0%	0%	20%	52%	28%
<b>Ogółem</b>	1%	1%	17%	66%	15%

W badanej populacji ponad połowa respondentów Pielęgniarstwa i Fizjoterapii nigdy nie pozostawiała bez rozwiązania problemów (Tabela XXXV).

**Tabela XXXV. Unikanie problemu przez respondentów w zależności od kierunku studiów.**

<b>„Robię sobie wolne”, by uciec od problemu</b>					
<b>Kierunek studiów</b>	Nigdy	Prawie nigdy	Czasem	Dość często	Bardzo często
<b>Ratownictwo medyczne</b>	37%	30%	30%	3%	0%
<b>Pielęgniarstwo</b>	52%	34%	14%	0%	0%
<b>Fizjoterapia</b>	58%	32%	10%	3%	0%
<b>Ogółem</b>	50%	32%	17%	1%	0%

W badanej populacji 46% respondentów Ratownictwa Medycznego czasem wyładowywała emocje na inne osoby, 44% Pielęgniarstwa prawie nigdy, natomiast 44% Fizjoterapii nigdy tego nie robi.

**Tabela XXXVI. Wyładowanie emocji na innych przez respondentów w zależności od kierunku studiów.**

<b>Wyładowuję się na innych</b>					
<b>Kierunek studiów</b>	Nigdy	Prawie nigdy	Czasem	Dość często	Bardzo często
<b>Ratownictwo medyczne</b>	17%	37%	46%	0%	0%
<b>Pielęgniarstwo</b>	22%	44%	26%	6%	2%
<b>Fizjoterapia</b>	44%	32%	20%	4%	0%
<b>Ogółem</b>	28%	37%	30%	4%	1%

W badanej populacji 48% studentów Ratownictwa Medycznego dość często wykorzystywało sytuację problemową w celu udowodnienia, że potrafią sobie z nią poradzić (Tabela XXXVII).

**Tabela XXXVII. Wykorzystanie przez respondentów niekorzystnej sytuacji, by udowodnić innym ludziom, że potrafią sobie poradzić w trudnej sytuacji w zależności od kierunku studiów.**

Wykorzystuję sytuację, aby udowodnić, że potrafię tego dokonać					
Kierunek studiów	Nigdy	Prawie nigdy	Czasem	Dość często	Bardzo często
<b>Ratownictwo medyczne</b>	0%	10%	32%	48%	10%
<b>Pielęgniarstwa</b>	0%	6%	48%	36%	10%
<b>Fizjoterapia</b>	2%	2%	37%	39%	20%
<b>Ogółem</b>	1%	5%	40%	40%	14%

W badanej populacji większość respondentów z każdego kierunku dość często postępowo zgodnie z własnym zdaniem (Tabela XXXVIII).

**Tabela XXXVIII. Podejmowanie działań przez respondentów w trudnej sytuacji w zależności od kierunku studiów.**

Robię to co uważam za najlepsze					
Kierunek studiów	Nigdy	Prawie nigdy	Czasem	Dość często	Bardzo często
<b>Ratownictwo medyczne</b>	0%	0%	16%	71%	13%
<b>Pielęgniarstwo</b>	0%	4%	18%	64%	14%
<b>Fizjoterapia</b>	0%	2%	6%	49%	43%
<b>Ogółem</b>	0%	2%	13%	60%	25%



W badanej populacji respondenci wszystkich kierunków deklarowali, że dość często w trudnej sytuacji zwracają się do osoby, której rady sobie cenią (Tabela XXXIX).

**Tabela XXXIX. Prowadzenie rozmowy przez respondentów w trudnej sytuacji w zależności od kierunku studiów.**

<b>Rozmawiam z kimś kogo rady sobie cenię</b>					
<b>Kierunek studiów</b>	Nigdy	Prawie nigdy	Czasem	Dość często	Bardzo często
<b>Ratownictwo medyczne</b>	0%	0%	10%	65%	26%
<b>Pielęgniarstwo</b>	2%	0%	10%	56%	32%
<b>Fizjoterapia</b>	0%	4%	4%	43%	49%
<b>Ogółem</b>	1%	2%	8%	53%	37%

W badanej populacji 65% respondentów Ratownictwa Medycznego w sytuacji trudnej dość często dzwoniła do przyjaciela. Podobnie zachowywali się respondenci Pielęgniarstwa (46%) oraz Fizjoterapii (43%) (Tabela XL).

**Tabela XL. Sposób zachowania się respondentów w trudnej sytuacji w zależności od kierunku studiów.**

<b>Dzwonię do kolegi lub koleżanki</b>					
<b>Kierunek studiów</b>	Nigdy	Prawie nigdy	Czasem	Dość często	Bardzo często
<b>Ratownictwo medyczne</b>	0%	0%	6%	65%	29%
<b>Pielęgniarstwo</b>	2%	4%	16%	46%	32%
<b>Fizjoterapia</b>	0%	4%	14%	43%	39%
<b>Ogółem</b>	1%	3%	13%	49%	34%

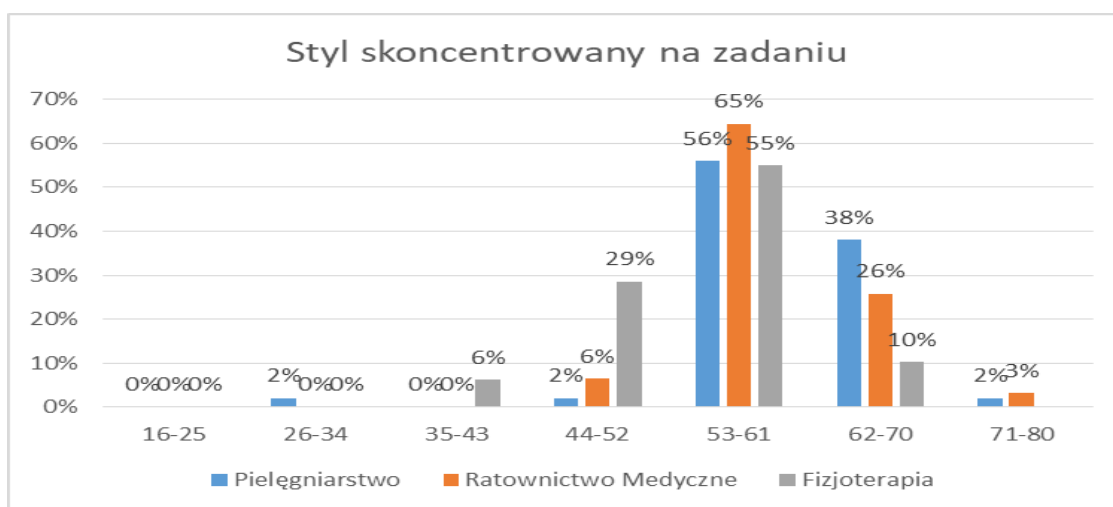
Z Tabeli XLI wynika, że większość respondentów dość często starało się zorganizować sprawy tak, by zapanować nad problemową sytuacją: 83% Ratownictwo Medyczne, 70% Pielęgniarstwo i 58% Fizjoterapia.

**Tabela XLI. Panowanie respondentów nad sytuacją stresową w zależności od kierunku studiów.**

Staram się tak zorganizować sprawy, aby zapanować nad sytuacją					
Kierunek studiów	Nigdy	Prawie nigdy	Czasem	Dość często	Bardzo często
Ratownictwo medyczne	0%	3%	3%	83%	11%
Pielęgniarstwo	0%	0%	16%	70%	14%
Fizjoterapia	0%	0%	8%	58%	34%
Ogółem	0%	1%	11%	69%	19%

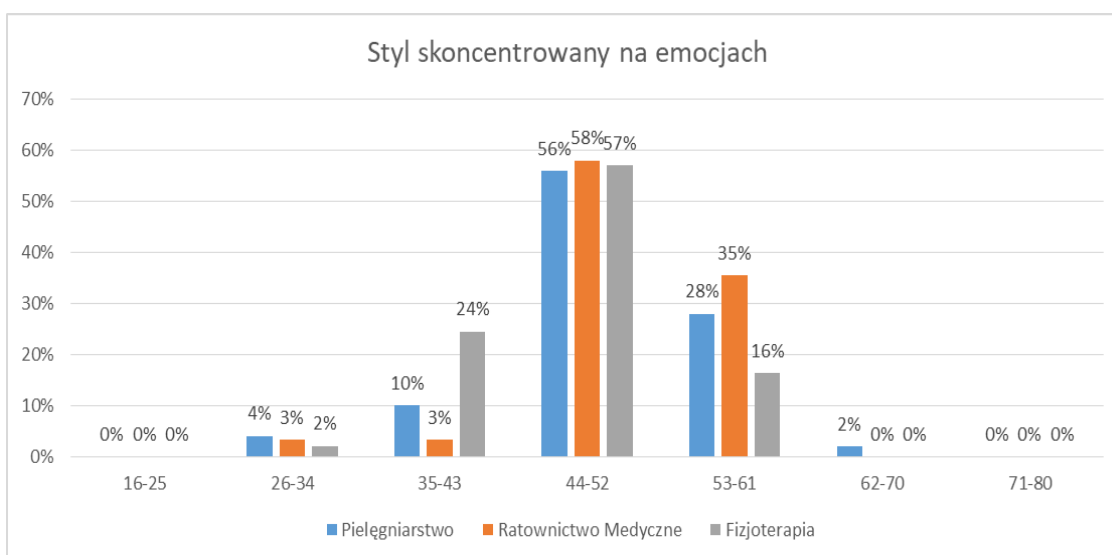
**Analiza wyników badań dotycząca stylu radzenia sobie ze stresem przez studentów**

Z danych przedstawionych na Rycinie 13 wynika, że największy odsetek respondentów z każdego kierunku uzyskało punkty w zakresie 53-61 w stylu skoncentrowanym na zadaniu: 65% studentów Ratownictwa medycznego, 56% studentów Pielęgniarstwa i 55% studentów Fizjoterapii. Tylko 3% respondentów Ratownictwa Medycznego i 2% Pielęgniarstwa uzyskało od 71 do 80 punktów.



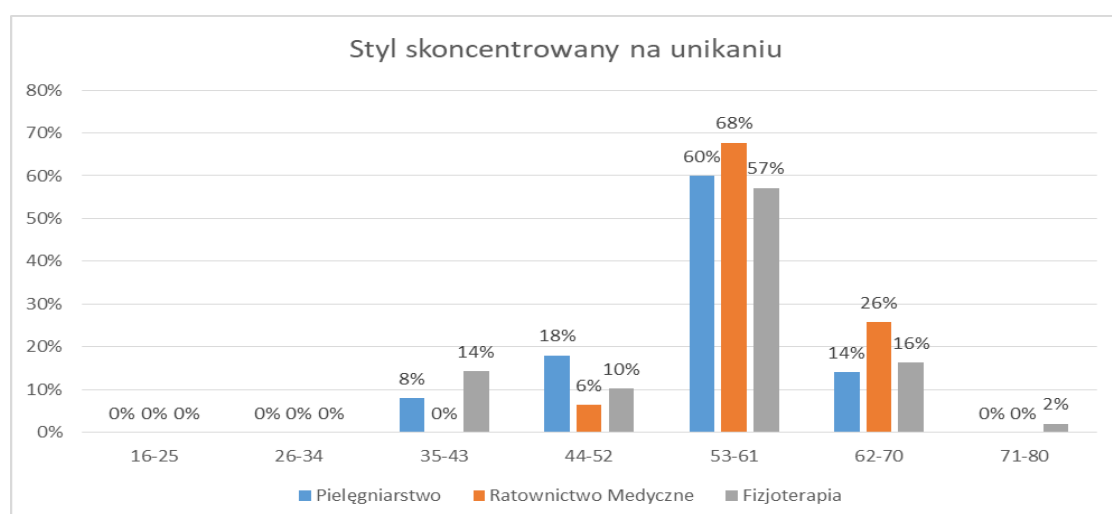
**Rycina 13. Styl skoncentrowany na zadaniu według opinii respondentów w zależności od kierunku studiów.**

Z danych przedstawionych na Rycinie 14 wynika, że największy odsetek studentów niezależnie od kierunku studiów uzyskało punkty w zakresie 44-52 w stylu skoncentrowanym na emocjach: 58% studentów Ratownictwa medycznego, 56% studentów Pielęgniarstwa oraz 57% studentów Fizjoterapii.



**Rycina 14. Styl skoncentrowany na emocjach według opinii respondentów w zależności od kierunku studiów.**

Z danych przedstawionych na Rycinie 15 wynika, że największy odsetek studentów niezależnie od kierunku studiów uzyskało punkty w zakresie 53-61 w stylu skoncentrowanym na unikaniu: 68% studentów Ratownictwa medycznego, 60% studentów Pielęgniarstwa oraz 57% studentów Fizjoterapii.



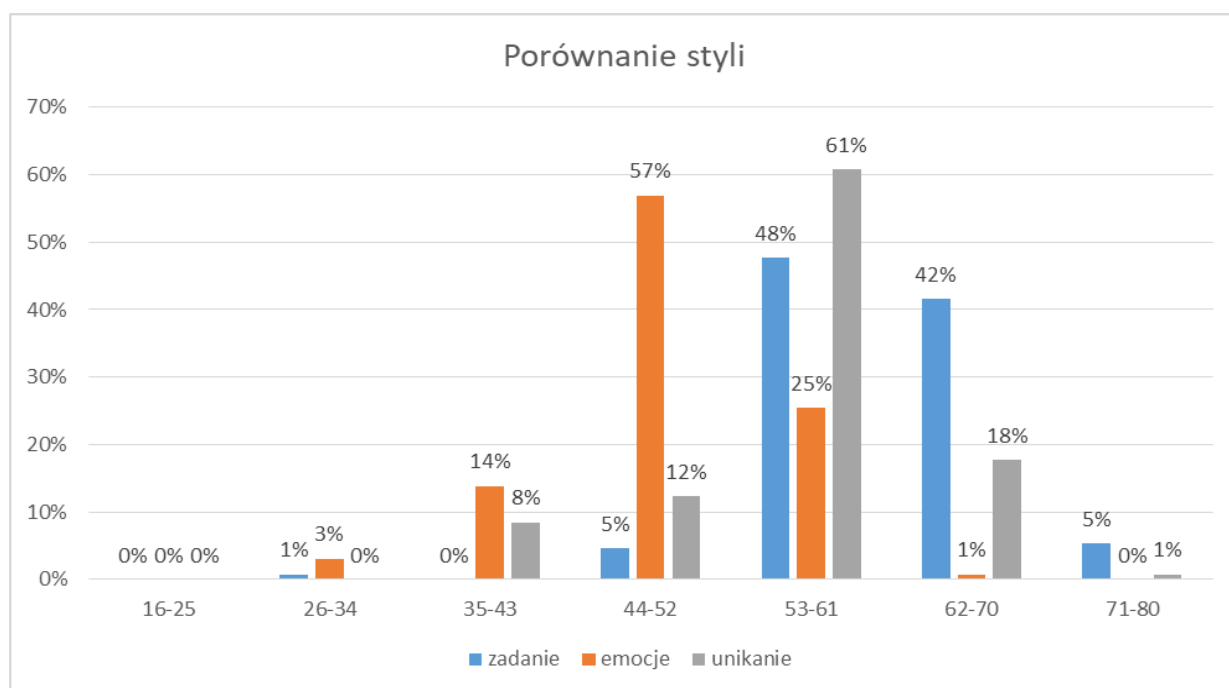
**Rycina 15. Styl skoncentrowany na unikaniu wg opinii badanych respondentów w zależności od kierunku studiów.**

Poniższa Rycina 16 prezentuje porównanie trzech stylów (skoncentrowany na zadaniu, emocjach i unikaniu) w badanej populacji.

W badanej populacji 57% respondentów uzyskało od 44 do 52 punktów oraz 25% od 53 do 61 w stylu skoncentrowanym na emocjach. Wyniki mieszczą się na poziomie przeciętnym (4-5 sten).

W badanej populacji 48% respondentów uzyskało od 53 do 61 punktów oraz 42% od 62 do 70 punktów w stylu skoncentrowanym na zadaniu. Wyniki mieszczą się w zakresie między poziomem przeciętnym, a wysokim (5-6 sten).

W badanej populacji 61% respondentów uzyskało od 53 do 61 punktów oraz 18% od 62 do 70 punktów w stylu skoncentrowanym na unikaniu. Wyniki mieszczą się w zakresie między poziomem przeciętnym, a wysokim (5-6 sten).



Rycina 16. Porównanie stylów radzenia sobie ze stresem przez respondentów.

## DYSKUSJA

Okres studiów pozwala młodym ludziom na doświadczanie nowych umiejętności w zakresie samodzielności i radzenia sobie ze stresem w sytuacjach trudnych [9].

Młodzież podejmująca naukę na studiach ma styczność ze specyficznymi problemami i wyzwaniami [49]. To czas, w którym muszą sami podejmować ważne decyzje, radzić z problemami, przeszkodami, z porażkami i sukcesami [8].

Tzw. stresory akademickie najczęściej związane są z obawą przed zaliczeniami i egzaminami. Kolejnym stresorem są zakłócenia w relacjach interpersonalnych wśród rówieśników studiujących na tym samym kierunku [49].

Z badań przeprowadzonych przez Salamonsona i wsp., wśród studentów, wynika, że stresory zawarte są w dwóch kategoriach i dotyczą nauki (zarządzania czasem) oraz trudności materialnych [50].

Stres występujący w umiarkowanym nasileniu jest wręcz pożądanym, ponieważ motywuje człowieka do rozwoju oraz działania [1, 2]. Natomiast stres długotrwały obniża skuteczność działania i może doprowadzić człowieka do zaburzenia równowagi psychicznej i fizycznej organizmu [5].

We współczesnym świecie człowiek nie jest w stanie unikać stresu, ale może go kontrolować i niwelować przykre skutki [1].

Studenci kierunków medycznych narażeni są na działanie różnych czynników stresogennych. W przyszłości jako pracownicy służby zdrowia będą pełnili obowiązki zawodowe i będą ponosili odpowiedzialność za zdrowie i życie pacjenta. Wskazane jest, aby potrafili radzić sobie ze stresem, ponieważ jest to jedno z czynników chroniących przed zespołem wypalenia zawodowego [51].

Zagadnieniem stresu oraz sposobami radzenia sobie z nim od wielu lat zajmują się specjaliści psychologii, pedagogiki, socjologii i medycyny [52, 53].

Badania własne przeprowadzono w populacji 130 studentów studiów I stopnia II roku Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Badaną populację stanowiło po 38% respondentów kierunku pielęgniarstwa, 38% kierunku fizjoterapii oraz 24% kierunku ratownictwa medycznego.

Według Thorntona i wsp., młodzi ludzie podejmujący naukę poza rodzinnym miejscem zamieszkania tracą sposobność bezpośrednich kontaktów wspierających w obrębie dotychczasowego, zbudowanego społeczeństwa wokół siebie. Stają wobec konieczności budowania nowych relacji interpersonalnych, które są potencjalnym źródłem zaspakajania potrzeb psychospołecznych [54].

Na podstawie badań własnych wykazano, że zdecydowana większość respondentów mieszkała w okresie nauki samodzielnie. Ponad połowa badanej populacji wynajmowała mieszkanie.

Z badań przeprowadzonych przez Morgi i wsp., wynika, że 70% studentów Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu mieszkało samodzielnie, poza rodzinnym miejscem zamieszkania [55].

W badaniach własnych analizowano style radzenia sobie ze stresem wśród studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu. Wykazano, że około 68% studentów kierunku Ratownictwa Medycznego preferowało styl skoncentrowany na unikaniu oraz styl skoncentrowany na zadaniu. Wyniki mieszczą się w przedziale od 53 do 61 punktów na poziomie przeciętnym (5 stent).

Z badań Nowakowskiej i wsp. przeprowadzonych w 2009 roku wykazano, że respondenci studiujący na kierunku Ratownictwo Medyczne na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi radzą sobie ze stresem w oparciu o styl skoncentrowany na unikaniu. Studenci posiadali predyspozycje osobowościowe, wykazujące wyższą odporność psychiczną [56].

Badania własne wykazały, że 94% respondentów kierunku Ratownictwa Medycznego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku odczuwało stres związany z nauką, głównie z powodu sesji egzaminacyjnej. Natomiast w grupie respondentów pracujących w trakcie trwania studiów aż 95% respondentów odczuwało stres w pracy, który w większości spowodowany był przepracowaniem.

Z badań własnych wynika także, że studenci Fizjoterapii preferowali styl skoncentrowany na unikaniu (57%) oraz emocjach (57%).

Z badań Morgi i wsp. wynika, że 63% studentów Fizjoterapii Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu odczuwało niski poziom stresu [55].

Badania własne wykazały, że studenci Pielęgniarstwa Wydziału Nauk o Zdrowiu UMB preferowali styl skoncentrowany na zadaniu.

Badania Żuralskiej i wsp., przeprowadzone w 2012 roku wśród studentów Pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego w Gdańsku wykazały, że w sytuacjach stresowych respondenci tak ze preferowali styl skoncentrowany na zadaniu [2].

W badaniach własnych 96% studentów Pielęgniarstwa odczuwało stres związany z nauką w szczególności z sesją egzaminacyjną.

Według Szczyrba-Maróń najbardziej stresującą sytuacją wśród badanych studentów Pielęgniarstwa w Katowicach były egzaminy [11].

Według Bodys – Cupak i wsp. ponad połowa studentów pielęgniarstwa odczuwa stres podczas zajęć praktycznych w szpitalu, który w 47,5 % spowodowany jest brakiem doświadczenia [57].

W badaniach własnych analizowano ocenę odczuwania stresu przez studentów w trakcie nauki. Wykazano, że około 90 % respondentów z każdego kierunku odczuwa stres w trakcie trwania nauki, który spowodowany był głównie trwającą sesją egzaminacyjną oraz publicznym wystąpieniem przed grupą., w tym 41% respondentów Fizjoterapii stresowało się ustnym zaliczeniem danego przedmiotu.

W badaniach własnych analizowano także poziom odczuwanego stresu wśród studentów pracujących. Wykazano, że w grupie osób pracujących 41% studentów odczuwa stres w pracy, który związany był z przepracowaniem (53%), z rodzajem wykonywanej pracy i wynagrodzeniem (21%).

Z badań własnych wynika, że 95% studentów Ratownictwa Medycznego i 91% Pielęgniarstwa odczuwało stres w pracy. Najniższy poziom stresu odczuwali studenci Fizjoterapii (41%).

W badaniach własnych analizowano także korzystanie przez respondentów z używek typu palenie papierosów i picie kawy.

Badania własne wykazały, że 55% studentów Ratownictwa Medycznego, 42% studentów Pielęgniarstwa i 33% studentów Fizjoterapii paliło papierosy, najczęściej w ilości od 1 do 2 papierosów dziennie.

Z badań przeprowadzonych przez Mojs i wsp. wynika, że głównym motywem palenia tytoniu wśród studentów poznańskich wyższych uczelni jest stres 20,2% [58].

Z badań przeprowadzonych przez Kołłątaj i wsp. wśród studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie wynika, że do palenia papierosów przyznało się 28% respondentów, w tym 11% z nich pali nałogowo. Prawie 80% badanych zdawało sobie sprawę z dużej szkodliwości dymu tytoniowego [59].

Badania własne wykazały, że największa liczba studentów paliła papierosy w kierunku Ratownictwo Medyczne i Pielęgniarstwo.

Z badań Miedzińskiego i wsp. wynika, że 30% studentów Fizjoterapii w Białymstoku paliło papierosy [60], zaś Według Kołpy i wsp. 40% studentów Pielęgniarstwa z Tarnowa paliło papierosy [61]. Badania Bogdan i wsp. wykazały, że 21% studentów Pielęgniarstwa i Ratownictwa Medycznego we Wrocławiu paliło papierosy [62].

Podobne wyniki uzyskano w badaniach Sokołowskiej i wsp. przeprowadzonych wśród Uniwersytetu Medycznego w Lublinie oraz Państwowej Szkoły Wyższej w Białej Podlaskiej wynika, że osoby niepalące stanowią 41%. Wykazano, że około 60% studentów paliło papierosy codziennie lub okazjonalnie [63].

W badaniach własnych analizowano również style radzenia sobie ze stresem w sytuacjach trudnych. Wykazało, że 61% respondentów wykorzystywało styl skoncentrowany na unikaniu między innymi poprzez spożywanie ulubionej potrawy, włączenie po sklepach, rozmowę z osobami, których rady bardzo cenią. Natomiast 57% respondentów radziło sobie ze stresem w oparciu o skoncentrowany na emocjach między innymi poprzez oskarżanie siebie o niepotrzebne zwlekanie z wykonywaniem obowiązków, odczuwanie niepokoju z potencjalnej porażki, odczuwanie napięcia z powodu stresującej sytuacji. Styl skoncentrowany na zadaniu preferowało 48% respondentów między innymi poprzez lepsze planowanie czasu, wyznaczanie kierunku działań i postępowanie zgodnie z nim, koncentrowanie się na problemie i zastanawianie się nad jego rozwiązaniem.

Zdaniem Czaplńskiego i Turowskiej, wybór emocjonalnej lub unikowej strategii radzenia sobie ze stresem wiąże się z niską samoocena, natomiast styl skoncentrowany na zadaniu współwystępuje z wyższą samoocena [64, 65].

Zdaniem Oleś strategie zorientowane na problemie są bardziej korzystne od strategii emocjonalnych. Styl radzenia sobie ze stresem zorientowany na unikaniu jest mniej skuteczny. Przyczynia się do powstawania zaburzeń zdrowia fizycznego i psychicznego [66].

Lazarus uważa, że osoby, które w sposób skuteczny radzą sobie ze stresem stosują strategie zaradcze, ukierunkowane na kontrolę emocji i rozwiązaniu problemu [5].

Wskazane jest, aby w populacji studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu były prowadzone działania ukierunkowane na naukę radzenia sobie ze stresem w sytuacjach trudnych.



## WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań wyciągnięto następujące wnioski:

1. W badanej populacji studenci kierunku Pielęgniarstwa radzili sobie ze stresem w oparciu o styl skoncentrowany na zadaniu, natomiast studenci kierunku Ratownictwa Medycznego i Fizjoterapii radzili sobie w oparciu o styl skoncentrowany na unikaniu.
2. Niezależnie od kierunku studiów respondenci Wydziału Nauk o Zdrowiu odczuwali stres związany z sesją egzaminacyjną.
3. W badanej populacji najbardziej stres odczuwali studenci kierunku Pielęgniarstwo i Ratownictwo Medyczne, a najmniej studenci kierunku Fizjoterapii.

## PIŚMIENNICTWO

1. 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.
2. Żuralska R., Majkowicz M., Gaworska-Krzemińska A.: Psychologiczna ocena stylów radzenia sobie ze stresem a cechy osobowości studentów Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2012, 20(2), 240-246.
3. Uszyński M.: *Stres i antystres, Patomechanizm i skutki zdrowotne*. Wydawnictwo Medpharm, Wrocław 2009.
4. Heszeń I., Życińska J. (red.): *Psychologia zdrowia w poszukiwaniu pozytywnych inspiracji*. Wydawnictwo SWPS „Academica”, Warszawa 2017.
5. Heszeń I., Sęk H.: *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo naukowe PWN. Warszawa 2008.
6. Mroczkowska D., Białkowska J.: Style radzenia sobie ze stresem jako zmienne determinujące jakość życia młodych dorosłych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2014, 20(3), 265–269.
7. Heszeń-Niejodek I., Strelau J. (red): *Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie*. *Psychologia Podręcznik Akademicki*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007, 3, 465-492.
8. Binczycka-Anholcer M., Lepiesza P.: Stres na stanowisku pracy ratownika medycznego. *Hygeia Public Health*, 2011, 46(4), 455-46.

9. Grzywacz R.: Problematyka stresu w środowisku studenckim na podstawie badań. *Medycyna Rodzinna*, 2012, 2, 36-43.
10. Marcinkowska U., Lau K., Joško-Ochojska J.: O potrzebie kształcenia studentów medycyny w aspekcie wiedzy o stresie – w ramach zajęć fakultatywnych. *Hygeia Public Health*, 2013, 48(2), 152-155.
11. Szczyrba-Maróń B.: Strategie radzenia sobie ze stresem w grupie studentów pielęgniarstwa z uwzględnieniem korzystania ze środków psychoaktywnych. *Via Medica*, 2010, 18 (4), 455–460.
12. Nowakowska K., Jabłkowska-Górecka K., Borkowska A.: Style radzenia sobie ze stresem i zespół wypalenia zawodowego u studentów ratownictwa medycznego i ratowników medycznych. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 2009, 9 (4), 242-248.
13. Selye H.: *Stres życia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1960.
14. Dugiel G., Tustanowska B., Kęcka K., Jasińska M.: Przegląd teorii stresu. *Acta Scientifica Academiae Ostroviensis*, 2012, 1, 47-70.
15. Terelak J. F.: *Stres życia: perspektywa psychologiczna*. Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa 2017.
16. Terelak J. F.: *Człowiek i stres*. Oficyna Wydawnicza BRANTA, Warszawa 2008.
17. Grygorczuk A.: Pojęcie stresu w medycynie psychologii. *Via Medica*, 2008, 5(3), 111–115.
18. Kopeć M., Terelak J. F.: Style poznawcze a style radzenia sobie ze stresem u osób z przewlekłym bólem kręgosłupa. *Studia Psychologica UKSW*, 2009, 9, 57-74.
19. Reykowski J.: *Funkcjonowanie osobowości w warunkach stresu psychologicznego*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1966.
20. Terelak J.: *Człowiek i stres*. Oficyna Wydawnictwo Branta, Warszawa 2008.
21. Łosiak W.: *Psychologia stresu*. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2008.
22. Martin P.: *Umysł, który szkodzi. Mózg, zachowanie, odporność i choroba*. Warszawskie Wydawnictwo Literackie Muza, Warszawa 2011.
23. Strelau J., Zawadzki B., Kaczmarek M.: *Konsekwencje psychiczne traumy - uwarunkowania i terapia*. Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2009.

24. Tomczak K.: Style radzenia sobie w sytuacji stresowej, przekonanie o własnej skuteczności, nadzieja sukces u studentów rozpoczynających i kończących studia. *Psychoterapia* 2, 2009, 149, 67-79.
25. Orzechowska A., Florkowski A., Gruszczyński A., Zboralski K., Wysokiński A., Gałęcki P., Malarowska M.: Status socjoekonomiczny, a zachowania agresywne i style radzenia sobie ze stresem. *Psychiatria Polska*, 2009, XLIII, 1, 53–63.
26. Heszeń I., Sęk H.: *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
27. Mechlińska-Ciosek M., Talarowska M., Andrzejczak J., Gałęcki P.: Radzenie sobie ze stresem a kierunek studiów. *Polski Merkurusz Lekarski*, 2013, 200, 87.
28. Bartzak M.: Natężenie stresu i sposoby radzenia sobie ze stresem u ratowników medycznych i studentów ratownictwa medycznego. *Rocznik Naukowy Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej*, 2010, 5, 7-17.
29. Ziemska B., Marcinkowski J.T.: Badania nad stresem psychicznym związanym ze studiami medycznymi. *Nowiny Lekarskie*, 2008, 77(2), 120-125.
30. Zalewska-Puchała J., Majda A., Korzonek R.: Zachowania zdrowotne i poczucie własnej skuteczności studentów w utrzymaniu zdrowia. *Via Medica*, 2013, 21(4), 504–511.
31. Gruszczyńska M., Sosnowska-Bąk M., Plinta R.: Zachowania zdrowotne jako istotny element aktywności życiowej człowieka. *Stosunek Polaków do własnego zdrowia*. *Hygeia Public Health*, 2015, 50(4), 558-565.
32. Andruszkiewicz A., Banaszkiewicz M., Felsmann M., Marzec A., Kiełbratowska B., Kocięcka A.: Poczucie własnej skuteczności a wybrane zmienne związane z funkcjonowaniem zawodowym w grupie pielęgniarek. *Via Medica*, 2011, 19(2), 143-147.
33. Łaszek M., Nowacka E., Szatko F.: Negatywne wzorce zachowań studentów- konsumpcja alkoholu i stosowanie substancji psychoaktywnych. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, Łódź 2011, 92(1), 114-119.
34. Baran A., Stocka A.: Kierunek studiów jako wyznacznik zachowań zdrowotnych. *Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego*, 2008, 4, 326-331.

35. Zarzeczna-Baran M., Wojdak-Haasa E.: Wiedza studentów akademii medycznej w Gdańsku o niektórych elementach stylu życia. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2007, 88(1), 55-59.
36. Walentukiewicz A., Łysak A., Wilk B.: Zachowania zdrowotne studentek pielęgniarstwa. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2013, 21(4), 484-488.
37. Bańka A.: Poczucie samoskuteczności: konstrukcja i struktura czynnikowa Skali Poczucia Samoskuteczności w Karierze Międzynarodowej. *Stowarzyszenie Psychologia i Architektura*, Warszawa 2005.
38. Ogińska-Bulik N., Juczyński Z.: *Osobowość, stres a zdrowie*. Wydawnictwo Difin, Warszawa 2010.
39. Kwiatek P.: Znaczenie i rozwój psychologii nadziei w ujęciu Charlesa Richard Snydera. *Poszukiwania naukowe*, 2012, 31, 157-170.
40. Krok D.: Nadzieja jako predyktor wymiarów dobrostanu psychicznego. *Polskie Forum Psychologiczne*, 2013, 18(2), 157-172.
41. Jaworska E.: Przyczyny i konsekwencje prokastynacji akademickiej. *Folia Pomeranae Universitatis Technologiae Stetinensis*, 2013, 303(72), 63–72.
42. Jaworska-Gruszczyńska I.: Prokrastynacja – struktura konstruktów a stosowane skale Pomiarowe. *Testy Psychologiczne w Praktyce i Badaniach*, 2016, 2(1), 36 – 59.
43. Jabłońska A.: Trafność teoretyczna Kwestionariusza radzenia sobie w sytuacjach stresowych CISS ze szczególnym uwzględnieniem trafności teoretycznej skali stylu skoncentrowanego na unikaniu. *Testy Psychologiczne w Praktyce i Badaniach*, 2015, 1, 31-51.
44. Strelau, J., Doliński, D.: *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2008.
45. Modzelewski P., Osowiecka M.: Prokrastynacja jako problem dydaktyczny i behawioralny: wyzwanie w pracy pedagoga i psychologa. *The Journal of Pedagogy*, 2016, 2(3), 39-52.
46. Rongińska T.: *Człowiek w całokształcie życia: rodzina – edukacja – praca*. Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra 2016, 61-68.
47. Franczak R.: *Psychoterapia wśród studentów. Stan aktualny i potrzeby*. Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Lublin 2016, 251-260.

48. Grzywacz R.: Problematyka stresu w środowisku studenckim na podstawie badań. *Medycyna Rodzinna*, 2012, 2, 36-43.
49. Sikora R.: Stresory studentek i studentów studiów niestacjonarnych. *Edukacja Dorosłych*, 2012, 2, 144-152.
50. Salamonson Y., Andrew S., Watson R., Teo S., Deary I.: The Stressors in students (SIS) scale: development, reliability, and validity. *Journal of Clinical Nursing*, 2011, 20, 2078–2080.
51. Markiewicz R., Humeniuk E.: *Neuropsychiatria. Przegląd Kliniczny*, 2017, 9(3), 27-35.
52. Jałtuszevska S., Rut M., Rut A., Hebel K.: Style radzenia sobie ze stresem wśród ratowników medycznych i studentów ratownictwa medycznego. *Pomeranian Journal of Life Sciences*, 2017, 63(4), 62-66.
53. Borek I., Drzastwa W.J., Matudszewska-Zbrońska H., Oleksiak A., Bujak-Rosenbeiger E., Mizgała E., Lewandowski D., Karpe K.: Style radzenia sobie ze stresem i poziom poczucia własnej skuteczności u studentów VI roku medycyny Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. *Annales Academiae Medicae Silesiensis*, 2016, 70, 229-235.
54. Thornton B., Pickus J., Aldrich M.: Ways of coping in relationship and achievement situations: further consideration of gender and gender-role typing. *Journal of Worry and Affective Experience*, 2005, 1(2), 60–70.
55. Morga P., Podboraczyńska M., Jaworska L., Szczepańska-Gieracha J.: Poziom odczuwanego stresu wśród studentów Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu. *Fizjoterapia*, 2015, 23, 43-54.
56. Nowakowska K., Jabłkowska-Górecka K., Borkowska A.: Style radzenia sobie ze stresem i zespół wypalenia zawodowego u studentów ratownictwa medycznego i ratowników medycznych. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 2009, 9(4), 242-248.
57. Bodys Cupak I., Brzegowa M., Majda A., Zalewska-Puchała J., Kamińska A.: Sytuacje trudne dla studentów pielęgniarstwa w czasie pierwszych zajęć praktycznych w szpitalu. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2015, 23(2), 160-165.
58. Mojs E., Cybulski M., Strzelecki W., Gajewska E., Głowacka M., Samborski W.: Motywy palenia wśród studentów poznańskich wyższych uczelni. Analiza porównawcza. *Przegląd Lekarski*, 2008, 65, 10.

59. Kołłątaj W., Kołłątaj B., Karwat I., Piecewicz-Szczęśna H.: Postawy studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie wobec palenia tytoniu. *Problemy Higieny Epidemiologii*, 2010, 91(3), 495-500.
60. Miedziński D., Krajewska-Kułak E., Kowalczyk K.: Ocena zagrożenia wybranymi uzależnieniami w populacji studentów kierunku fizjoterapia. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2013, 94(3), 583-593.
61. Kołpa M., Grochowska A., Kubik B., Schlegel-Zawadzka M.: Palenie tytoniu wśród studentów Wyższej Szkoły Zawodowej w Tarnowie kierunek pielęgniarstwo i informatyka. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2007, 33(3), 332-337.
62. Bogdan W., Witko D., Pilarczyk-Wróblewska I., Bogdan K.: Wybrane zachowania zdrowotne wśród studentów I roku pielęgniarstwa i ratownictwa Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2015, 1(55), 11-18.
63. Sokołowska B., Wachulak N., Piaszczyk D., Borzęcki A.: Problem uzależnień wśród studentów wybranych uczelni województwa lubelskiego. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2015, 9(3), 197-199.
64. Turowska A.: Dyspozycje osobowościowe a radzenie sobie ze stresem na przykładzie osób kończących studia w szkole głównej handlowej w Warszawie. *Kultura i Edukacja*, 2011, 2(81), 134-143.
65. Czapiński J.: *Osobowość szczęśliwego człowieka. Psychologia pozytywna*. PZWL, Warszawa 2008.
66. Oleś P.: *Psychologia człowieka dorosłego. Ciągłość – zmiana – integracja*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011.

## **PRZEWLEKŁE WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY I MARSKOŚĆ WĄTROBY A JAKOŚĆ ŻYCIA**

**Ewa Szynkiewicz<sup>1</sup>, Edyta Krygowska<sup>2</sup>**

1. Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Katedra Pielęgniarstwa Zachowawczego, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
2. Klinika Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych, Szpital Uniwersytecki nr 2 w Bydgoszczy

### **WSTĘP**

Wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZW C) to wyzwanie dla ochrony zdrowia zarówno w Polsce jak i na świecie. Jest zagrożeniem epidemiologicznym z powodu długotrwałego, bezobjawowego rozwoju i przebiegu choroby. Schorzenie często przechodzi w proces przewlekły, skutkując powstaniem, powikłań w postaci zaburzonej funkcji wątroby, marskości wątroby, wodobrzusza czy też raka wątrobowokomórkowego. Choroba ma ogromny wpływ na jakość życia. Dlatego też zasadne jest badanie różnych czynników decydujących o jakości życia celem tworzenia strategii leczniczych, pielęgnacyjnych oraz poprawy komfortu życia.

### **CEL BADAŃ**

Celem przeprowadzenia badań było określenie wpływu wirusowego zapalenia wątroby typu C, na jakość życia.

Zbadane zostały czynniki: płeć, miejsce zamieszkania, uzyskana wiedza o obecności wirusa, wykształcenie, wiek, stan cywilny, aktywność zawodowa i wpływ przewlekłej choroby na ocenę jakości życia w czterech dziedzinach: fizycznej, psychicznej, społecznej, i relacji społecznych.

### **MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ**

Badania przeprowadzono przy użyciu autorskiego kwestionariusza ankiety oraz WHO QOL Bref. Kwestionariusze ankiety rozprawdzone zostały wśród pacjentów zakwalifikowanych do programu lekowego leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia

wątroby typu C w oddziale Hepatologicznym, Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego, Szpitala Obserwacyjno-Zakaźnego w Toruniu, z zachowaniem pełnej anonimowości. Badaniem objęto grupę 100 osób.

Kryterium włączenia do badania:

- pacjenci z obecnym Wirusem C leczeni w programie;
- status pacjenta oddziału Hepatologicznego;
- ukończony 18 rok życia;
- wyrażenie świadomej zgody na udział w badaniu;
- stan zdrowia pozwalający na uczestnictwo w badaniu.

Kryterium wyłączenia z badania:

- wycofanie zgody na udział w badaniu;
- zgłoszenie zaburzeń pamięci;
- zdiagnozowane zmiany otępienne lub zaburzenia psychiczne;
- brak możliwości samodzielnego wypełnienia kwestionariusza.

Starania o uzyskanie zgody na przeprowadzenie badań w planowanym miejscu zostały poprzedzone uzyskaniem zgody Koordynatora do spraw Chorób Zakaźnych Szpitala Obserwacyjno – Zakaźnego w Toruniu, Koordynatora Oddziału Hepatologicznego, Pielęgniarki Koordynującej Oddziału Hepatologicznego. Następnie uzyskano zgodę Naczelnego Lekarza Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Toruniu oraz Komisji Bioetycznej przy UMK w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy (KB 598/2018 z dnia 25.09.2018 roku).

Badanie zostało przeprowadzone w Oddziale Hepatologicznym, w terminie od 25.09.2018 roku do 25.01.2019 roku.

## **WYNIKI**

Badaniem objęto 58 mężczyzn i 42 kobiety. Z pośród osób badanych 24 zamieszkiwały na wsi a 76 osób w mieście. Z wykształceniem podstawowym było 6 osób, zawodowym 21, średnim 45, a wyższym 28 osób.

Na 100 osób aż 88 dowiedziało się przypadkowo o zakażeniu WZW, pozostali (12) wykonali badania we własnym zakresie. W przedziale wiekowym 20-40 lat znalazło się 40 osób, 40-60 lat 36 osób, powyżej 60 lat 24 osoby. Dla potrzeb badania wyszczególnione zostały grupy osób o statusie wolny/wolna 21, żonaty/zamężna 61, inny - wdowa/wdowiec,



rozwidziony/rozwidziona 18. Spośród badanych 76 osób deklaroowało się jako osoby pracujące.

### ***Testowanie normalności rozkładów zmiennych***

W celu zweryfikowania normalności rozkładów jakości życia została przeprowadzona analiza testem Kołmogorowa-Smirnowa (Tabela I).

**Tabela I. Wyniki analizy normalności rozkładów jakości życia.**

	Kołmogorow-Smirnow		
	Statystyka	Df	Istotność
Somatyczna	0,149	100	0,000
Psychologiczna	0,126	100	0,000
Socjalna	0,187	100	0,000
Środowisko	0,098	100	0,018

W wyniku przeprowadzonej analizy zauważa się, że rozkłady wyników jakości życia w jej wszystkich wymiarach istotnie różnią się od rozkładu normalnego ( $p < 0,05$ ).

### ***Analiza różnic pomiędzy wymiarami jakości a płcią***

W celu zweryfikowania różnic pomiędzy wymiarami jakości życia a płcią została przeprowadzona analiza testem U Manna – Whitneya (Tabela II).

**Tabela II. Wyniki analizy różnic pomiędzy wymiarami jakości życia a płcią.**

Płeć		N	M	SD	U	P
Somatyczna	kobieta	42	23,07	3,47	937,000	0,048
	mężczyzna	58	24,16	3,33		
Psychologiczna	kobieta	42	21,93	2,74	1112,500	0,457
	mężczyzna	58	22,31	2,72		
Socjalna	kobieta	42	12,14	2,24	1010,000	0,135
	mężczyzna	58	12,71	2,62		
Środowisko	kobieta	42	30,38	4,55	973,500	0,087
	mężczyzna	58	31,67	5,36		

W wyniku przeprowadzonych analiz zauważa się występowanie istotnych statystycznie różnic tylko pomiędzy jakością życia w wymiarze somatycznym a płcią  $U=937,0$ ;  $p=0,048$ .

Wyniki wskazują na to, że mężczyźni osiągają średnio wyższe wyniki w somatycznym wymiarze jakości życia ( $M=24,16$ ;  $SD=3,33$ ) od kobiet ( $M=23,07$ ;  $SD=3,47$ ). Zauważa się również występowanie tendencji wskazujących na to, że mężczyźni osiągają średnio wyższe wyniki w środowiskowym wymiarze jakości życia ( $M=31,67$ ;  $SD=5,36$ ) od kobiet ( $M=30,38$ ;  $SD=4,55$ ).  $U=973,5$ ;  $p=0,087$ .

### ***Analiza różnic pomiędzy wymiarami jakości a miejscem zamieszkania***

W celu zweryfikowania różnic pomiędzy wymiarami jakości życia a miejscem zamieszkania została przeprowadzona analiza testem U Manna – Whitneya (Tabela III).

**Tabela III. Wyniki analizy różnic pomiędzy wymiarami jakości życia a miejscem zamieszkania.**

miejsce zamieszkania		N	M	SD	U	P
Somatyczna	Miasto	76	23,39	3,46	686,50	0,067
	Wieś	24	24,67	3,14		
Psychologiczna	Miasto	76	22,34	2,84	721,50	0,121
	Wieś	24	21,54	2,25		
Socjalna	Miasto	76	12,49	2,54	881,00	0,797
	Wieś	24	12,42	2,28		
Środowisko	Miasto	76	31,26	5,42	793,00	0,335
	Wieś	24	30,71	3,71		

W wyniku przeprowadzonych analiz nie zauważa się występowania istotnych statystycznie różnic w wymiarach jakości życia: somatycznym  $U=686,5$ ;  $p=0,067$ ; psychologicznym  $U=721,5$ ;  $p=0,121$ ; socjalnym  $U=881$ ;  $p=0,797$ ; środowiskowym  $U=793$ ;  $p=0,335$ .

Zauważa się jednak występowanie tendencji pomiędzy jakością życia w wymiarze somatycznym a miejscem zamieszkania ( $p=0,067$ ) wskazujących na to, że osoby mieszkające na wsi ( $M=24,67$ ;  $SD=3,14$ ) osiągają średnio wyższe wartości od osób mieszkających w mieście ( $M=23,39$ ;  $SD=3,46$ ).

***Analiza różnic pomiędzy wymiarami jakości a sposobem w jaki badani dowiedzieli się o obecności wirusa***

W celu zweryfikowania różnic pomiędzy wymiarami jakości życia a sposobem w jaki badani dowiedzieli się o obecności wirusa została przeprowadzona analiza testem U Manna – Whitneya (Tabela IV).

**Tabela IV. Wyniki analizy różnic pomiędzy wymiarami jakości życia a sposobem w jaki badani dowiedzieli się o obecności wirusa.**

w jaki sposób dowiedział/ła się pan/ni o obecności wirusa		N	M	SD	U	P
Somatyczna	Przypadkowo	88	23,69	3,58	484,00	0,639
	badanie we własnym zakresie	12	23,75	1,82		
Psychologiczna	Przypadkowo	88	22,13	2,65	473,00	0,556
	badanie we własnym zakresie	12	22,33	3,31		
Socjalna	Przypadkowo	88	12,45	2,45	502,00	0,776
	badanie we własnym zakresie	12	12,58	2,68		
Środowisko	Przypadkowo	88	31,22	5,16	486,00	0,655
	badanie we własnym zakresie	12	30,50	4,27		

W wyniku przeprowadzonych analiz nie zauważa się występowania istotnych statystycznie różnic pomiędzy sposobem w jaki badani dowiedzieli się w obecności wirusa a jakością życia w wymiarach: somatycznym  $U=484$ ;  $p=0,639$ ; psychologicznym  $U=473$ ;  $p=0,556$ ; socjalnym  $U=502$ ;  $p=0,776$ ; środowiskowym  $U=486$ ;  $p=0,655$ .

***Analiza związków pomiędzy poziomem wykształcenia a wymiarami jakości życia***

W celu zweryfikowania związków pomiędzy poziomem wykształcenia a wymiarami jakości życia została przeprowadzona analiza korelacji rho-Spearmana (Tabela V).

**Tabela V. Wyniki analizy korelacji pomiędzy poziomem wykształcenia a wymiarami jakości życia.**

		Somatyczna	Psychologiczna	Socjalna	Środowisko
Wykształcenie	rho	0,023	0,322	0,382	0,439
	p	0,817	0,001	0,001	0,001
	N	100	100	100	100

W wyniku przeprowadzonych analiz zauważa się występowanie istotnych statystycznie umiarkowanych dodatnich związków poziomu wykształcenia z jakością życia w wymiarach: psychologicznym  $\rho = 0,322$ ;  $p = 0,001$ ; socjalnym  $\rho = 0,382$ ;  $p < 0,001$  oraz środowiskowym  $\rho = 0,439$ ;  $p < 0,001$

Nie zauważa się jednak występowania istotnych statystycznie związków poziomu wykształcenia z jakością życia w wymiarze somatycznym ( $p > 0,05$ ).

Wyniki świadczą o tym, że wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia wzrastają poziomy jakości życia w wymiarach: psychologicznym, socjalnym oraz środowiskowym.

#### ***Analiza różnic pomiędzy wymiarami jakości życia a wiekiem***

W celu zweryfikowania różnic pomiędzy wymiarami jakości życia a wiekiem została przeprowadzona analiza testem Kruskala-Wallisa (Tabela VI).

**Tabela VI. Wyniki analizy różnic pomiędzy wymiarami jakości życia a wiekiem.**

		N	M	SD	K-W	Df	p	post hoc*
Somatyczna	od 20 do 40 lat	40	24,45	3,14	3,93	2	0,141	---
	od 40 do 60 lat	36	23,39	3,00				---
	powyżej 60 lat	24	22,92	4,24				---
	Ogółem	100	23,70	3,41				---
Psychologiczna	od 20 do 40 lat	40	22,90	2,15	11,91	2	0,003	1:(>3)
	od 40 do 60 lat	36	22,31	3,13				2:(>3)
	powyżej 60 lat	24	20,67	2,41				3:(<1;<3)
	Ogółem	100	22,15	2,72				---
Socjalna	od 20 do 40 lat	40	13,38	2,00	12,09	2	0,002	1:(>2;>3)
	od 40 do 60 lat	36	12,28	2,56				2:(<1)
	powyżej 60 lat	24	11,25	2,54				3:(<1)
	Ogółem	100	12,47	2,47				---
Środowisko	od 20 do 40 lat	40	33,00	4,05	13,44	2	0,001	1:(>3)
	od 40 do 60 lat	36	31,06	5,22				2:(>3)
	powyżej 60 lat	24	28,13	5,01				3:(<1;<2)
	Ogółem	100	31,13	5,05				---

*1-od 20 do 40 lat; 2-od 40 do 60 lat; 3-powyżej 60 lat; \* Post hoc – wyniki porównań wielokrotnych przy wykorzystaniu testu Dunna wraz z kierunkiem występowania różnic przy założonym poziomie istotności:  $p < 0,05$ .*

W wyniku przeprowadzonych analiz zauważa się występowanie istotnych statystycznie różnic pomiędzy wiekiem badanych a jakością życia w wymiarach: psychologicznym  $H(2) = 11,91$ ;  $p = 0,003$ ; socjalnym  $H(2) = 12,09$ ;  $p = 0,002$ ; środowiskowym  $H(2) = 13,44$ ;  $p = 0,001$ . Nie wykazała jednak występowania istotnych statystycznie różnic pomiędzy wiekiem badanych a jakością życia w wymiarze somatycznym. W celu zweryfikowania istoty tych różnic zostały przeprowadzone porównania post hoc przy wykorzystaniu testu Dunna.

Porównania te wykazały, że:

- w wymiarze psychologicznym średnio najwyższymi wartościami charakteryzowały się osoby w wieku od 20 do 40 lat ( $M=22,90$ ;  $SD=2,15$ ) i istotnie różniły się one od osób w wieku powyżej 60 lat ( $M=20,67$ ;  $SD=2,41$ ). Natomiast osoby w wieku powyżej 60 lat średnio uzyskiwali istotnie niższe wyniki od osób wieku od 40 do 60 lat ( $M=22,31$ ;  $SD=3,13$ ).
- w wymiarze socjalnym średnio najwyższymi wartościami charakteryzowały się osoby w wieku od 20 do 40 lat ( $M=13,38$ ;  $SD=2,0$ ) i istotnie różniły się one od osób w wieku od 40 do 60 lat ( $M=12,28$ ;  $SD=2,56$ ) oraz od osób w wieku powyżej 60 lat ( $M=11,25$ ;  $SD=2,54$ ).
- w wymiarze środowiskowym średnio najwyższymi wartościami charakteryzowały się osoby w wieku od 20 do 40 lat ( $M=33,0$ ;  $SD=4,05$ ) i istotnie różniły się one od osób w wieku powyżej 60 lat ( $M=28,13$ ;  $SD=5,01$ ). Natomiast osoby w wieku powyżej 60 lat średnio uzyskiwali istotnie niższe wyniki od osób wieku od 40 do 60 lat ( $M=31,06$ ;  $SD=5,22$ ).

#### ***Analiza różnic pomiędzy wymiarami jakości życia a stanem cywilnym***

W celu zweryfikowania różnic pomiędzy wymiarami jakości życia a stanem cywilnym została przeprowadzona analiza testem Kruskala-Wallisa (Tabela VII).

**Tabela VII. Wyniki analizy różnic pomiędzy wymiarami jakości życia a stanem cywilnym.**

		N	M	SD	K-W	Df	P	post hoc*
Somatyczna	Wolny	21	24,48	3,41	10,61	2	0,005	1:(>3)
	żonaty/ zameżna	61	24,08	3,17				2:(>3)
	Inny	18	21,50	3,49				3:(<1;<2)
	Ogółem	100	23,70	3,41				---
Psychologiczna	Wolny	21	22,29	2,22	6,61	2	0,037	---
	żonaty/ zameżna	61	22,61	2,50				2:(>3)
	Inny	18	20,44	3,38				3:(<2)
	Ogółem	100	22,15	2,72				---
Socjalna	Wolny	21	12,62	2,46	7,59	2	0,022	1:(>3)
	żonaty/ zameżna	61	12,90	2,07				2:(>3)
	Inny	18	10,83	3,11				3:(<1;<2)
	Ogółem	100	12,47	2,47				---
Środowisko	Wolny	21	32,14	4,57	7,88	2	0,019	1:(>3;)
	żonaty/ zameżna	61	31,85	4,52				2:(>3)
	Inny	18	27,50	5,91				3:(<1;<2)
	Ogółem	100	31,13	5,05				---

*1-wolny; 2-żonaty/zameżna; 3-inny; \* Post hoc – wyniki porównań wielokrotnych przy wykorzystaniu testu Dunna wraz z kierunkiem występowania różnic przy założonym poziomie istotności:  $p < 0,05$ .*

W wyniku przeprowadzonych analiz zauważa się występowanie istotnych statystycznie różnic pomiędzy stanem cywilnym badanych a jakością życia w wymiarach: somatycznym  $H(2)=10,61$ ;  $p=0,005$ ; psychologicznym  $H(2)=6,61$ ;  $p=0,037$ ; socjalnym  $H(2)=7,59$ ;  $p=0,022$ ; środowiskowym  $H(2)=7,88$ ;  $p=0,019$ . W celu zweryfikowania istoty tych różnic zostały przeprowadzone porównania post hoc przy wykorzystaniu testu Dunna. Porównania te wykazały, że,

- w wymiarze somatycznym średnio najwyższymi wartościami charakteryzowały się osoby wolne ( $M=24,48$ ;  $SD=3,41$ ) i istotnie różniły się one od osób, które wskazały na „inny” stan cywilny ( $M=21,5$ ;  $SD=3,49$ ). Natomiast osoby, które wskazały „inny” stan cywilny średnio uzyskiwali istotnie niższe wyniki od osób będących w małżeństwie ( $M=24,08$ ;  $SD=3,17$ ),

- w wymiarze psychologicznym średnio najwyższymi wartościami charakteryzowały się osoby będące w małżeństwie ( $M=22,61$ ;  $SD=2,50$ ) i istotnie różniły się one od osób, które wskazały na „inny” stan cywilny ( $M=20,44$ ;  $SD=3,38$ ).
- w wymiarze socjalnym średnio najwyższymi wartościami charakteryzowały się osoby będące w małżeństwie ( $M=12,90$ ;  $SD=2,07$ ) i istotnie różniły się one od osób, które wskazały na „inny” stan cywilny ( $M=10,83$ ;  $SD=3,11$ ). Natomiast osoby, które wskazały „inny” stan cywilny średnio uzyskiwali istotnie niższe wyniki od osób wolnych ( $M=12,62$ ;  $SD=2,46$ ).
- w wymiarze środowiskowym średnio najwyższymi wartościami charakteryzowały się osoby wolne ( $M=32,14$ ;  $SD=4,57$ ) i istotnie różniły się one od osób, które wskazały na „inny” stan cywilny ( $M=27,50$ ;  $SD=5,91$ ). Natomiast osoby, które wskazały „inny” stan cywilny średnio uzyskiwali istotnie niższe wyniki od osób będących w małżeństwie ( $M=31,85$ ;  $SD=4,52$ ).

#### ***Analiza różnic pomiędzy wymiarami jakości życia a aktywnością zawodową***

W celu zweryfikowania różnic pomiędzy wymiarami jakości życia a aktywnością zawodową została przeprowadzona analiza testem U Manna – Whitneya (Tabela VIII).

**Tabela VIII. Wyniki analizy różnic pomiędzy wymiarami jakości życia a aktywnością zawodową.**

aktywność zawodowa		N	M	SD	U	P
Somatyczna	Pracuje	76	24,20	2,72	667,50	0,047
	nie pracuje	24	22,13	4,75		
Psychologiczna	Pracuje	76	22,75	2,37	462,50	0,000
	nie pracuje	24	20,25	2,94		
Socjalna	Pracuje	76	12,97	2,14	515,50	0,001
	nie pracuje	24	10,88	2,79		
Środowisko	Pracuje	76	32,32	4,27	456,50	0,000
	nie pracuje	24	27,38	5,59		



W wyniku przeprowadzonych analiz nie zauważa się występowania istotnych statystycznie różnic w wszystkich wymiarach jakości życia: somatycznym  $U=667$ ;  $p=0,047$ ; psychologicznym  $U=462,5$ ;  $p<0,001$ ; socjalnym  $U=515,5$ ;  $p=0,001$ ; środowiskowym  $U=456,5$ ;  $p<0,001$ .

Zauważa się, że osoby pracujące osiągały średnio wyższe wyniki we wszystkich wymiarach jakości życia: somatycznym ( $M=24,20$ ;  $SD=2,72$ ), psychologicznym ( $M=22,75$ ;  $SD=2,37$ ), socjalnym ( $M=12,97$ ;  $SD=2,14$ ); środowiskowym ( $M=32,32$ ;  $SD=4,27$ ) niż osoby niepracujące: somatyczna ( $M=22,13$ ;  $SD=4,75$ ), psychologiczna ( $M=20,25$ ;  $SD=2,94$ ), socjalna ( $M=10,88$ ;  $SD=2,79$ ); środowiskowa ( $M=27,38$ ;  $SD=5,59$ ).

## DYSKUSJA

Na całym świecie a także w Polsce jednym z poważniejszych wyzwań dla ochrony zdrowia jest Wirusowe Zapalenie Wątroby typu C. W większości przypadków choroba ta przechodzi w proces przewlekły. Dlatego bardzo ważne jest aktualizowanie badań, które dotyczą czynników mających wpływ na jakość życia osób zmagających się z tym schorzeniem. Życie z tą chorobą zakaźną związane jest z licznymi obawami o stygmatyzację społeczną, pogorszenie stanu zdrowia, możliwość rozwoju procesu nowotworowego jak i niepomyślne rokowania. Narasta dyskomfort związany z odczuwanymi dolegliwościami, ograniczeniem lub utratą pewnych funkcji, generują koszty leczenia i opieki nad chorym. U osób chorujących na WZW C przeżycia związane z chorobą, jej rozwojem mogą rzutować na światopogląd, priorytety oraz system wartości życiowych.

Badania własne wykazały, że płeć ma znaczenie w ocenie wpływu choroby na odczuwaną ogólną jakość życia. Mężczyźni wyżej oceniali jakość życia w 4 aspektach: somatycznym, psychologicznym, socjalnym i środowiskowym. Kobiety niżej oceniały jakość życia. Różnica w ocenach między grupą kobiet i mężczyzn była niewielka. Z przeprowadzonych badań Grochans i wsp. Wynika, że kobiety znacznie lepiej oceniały całościowo jakość życia i w aspekcie środowiskowym, mężczyźni natomiast w aspekcie somatycznym [1]. Fontana i wsp. w swoich analizach potwierdzają, że płeć chorych na WZW C ma znaczenie w kwestii psychologicznej i środowiskowej, wpływając na ocenę jakości życia [2]. Podobne wyniki uzyskał zespół pod kierunkiem Teixeira [3], wykazał on że funkcjonowanie społeczne i ocena własnego zdrowia może się różnić u obu płci. Niewielkie różnice natomiast dostrzegł w psychicznym podejściu do rzeczywistości zmienionej przewlekłą chorobą.

Mężczyźni chorzy na WZW C obawiali się, że choroba może mieć wpływ na możliwości zarobkowe i możliwości utrzymania rodziny. Potwierdzają to w swoich badaniach Gifford i wsp. [4].

Badając czynniki wpływające na jakość życia osób zainfekowanych wirusem HCV poddano analizie miejsce zamieszkania. Wzięto pod uwagę osoby zamieszkałe w mieście i na wsi. Życie z tą chorobą wiąże się z koniecznością opieki specjalistów, możliwością przeprowadzania badań kontrolnych, rozpoczęciem leczenia właściwego. Wszelkie ośrodki zajmujące się opieką nad takimi pacjentami znajdują się w mieście. Łatwiejszy i szybszy dostęp, lepsza komunikacja i możliwości przemieszczania się. Większe możliwości organizacyjne, krótszy czas i mniejszy dystans drogi do pokonania, mógł mieć wpływ na lepszą ocenę. Mimo wdrożonego leczenia, może pojawić się potrzeba większego nadzoru i zakresu opieki medycznej, nawet konieczności pobytu w szpitalu. Zickmund i wsp. [5] wykazali, że utrudnienia w dostępie do terapii leczniczych, diagnostyki i deficyt opieki medycznej, może w odczuciu chorych na WZW C obniżyć ocenę jakości życia. W badaniach własnych wykazano, że osoby mieszkające w mieście lepiej oceniły jakość życia.

Analizując badania, w jaki sposób respondenci dowiedzieli się o obecności wirusa (przypadkowo, czy wykonując badania we własnym zakresie) nie zauważa się istotnych różnic. W zakresie somatycznym, psychologicznym, socjalnym, środowiskowym jakość życia oceniano podobnie. W zakresie środowiskowym, relacji międzyludzkich, oceniono najwyżej jakość życia. Obecność wirusa nie wpłynęła w negatywny sposób na sferę kontaktów. Badania przeprowadzone przez Strzeleckiego i wsp. [6] wykazały, iż dla osób z WZW C bardziej uciążliwe są dolegliwości natury fizycznej oraz społecznej. Grochans i wsp. [7] po przeprowadzeniu badań jakości życia pacjentów z WZW C sformułowali wniosek, iż odczuwalna jakość życia zależna jest od wielkości otrzymywanego wsparcia. Bardzo ważne są kontakty z partnerem, rodziną, znajomymi oraz personelem medycznym. Uzyskanie wiedzy o obecności wirusa nie obniżyło oceny jakości życia.

W przeprowadzonym badaniu własnym, osoby przewlekle chore na WZW C z wyższym wykształceniem wyżej oceniają swoją jakość życia. Można przypuszczać, że im wyższe wykształcenie tym większa świadomość i wiedza na temat choroby, możliwości podjęcia leczenia. Zdaniem badaczy wyższe wykształcenie znacząco wpływa na adaptację i kompensację co ma wpływ na lepszą jakość życia. Wzrost wykształcenia powoduje, że rośnie ogólny poziom zadowolenia z życia, lepiej są oceniane wszystkie jego aspekty.

Grochans i wsp. zbadali wpływ poziomu wykształcenia na jakość życia chorych którzy zmagali się z przewlekłym WZW C [1]. Inne badania wskazują, że relacje społeczne najniżej oceniali chorzy najslabiej wykształceni [7].

Czy wiek ma istotne znaczenie w ocenie jakości życia? Przeprowadzona analiza wykazała, że najwyższej jakości życia w czterech aspektach oceniła grupa respondentów w przedziale 20-40 lat. Badanie dowodzi, że ludzie młodzi podchodzą do tematu obecności wirusa spokojniej, rozsądniej bardziej dyplomatycznie. Być może wpływ na ten stan ma większa świadomość choroby, brak skutków, objawów czy też dolegliwości zakażenia wirusem HCV. Możliwość leczenia i duża wyleczalność pozytywnie skutkują na ocenę jakości życia. W trakcie kuracji nie wszyscy pacjenci doznają skutków ubocznych procesu leczenia. Działania uboczne terapii wprowadzają do życia szereg ograniczeń, przykrych doznań, obniżają poczucie bezpieczeństwa, co decydująco wpływa na ocenę stanu zdrowia i odczuwalną jakość życia. Yunossi i wsp. [8] w swoich badaniach, potwierdzają, że działania uboczne terapii lekowej mają wpływ na niższą ocenę ogólnej jakości życia.

Oceniano również czy stan cywilny ma wpływ na ocenę jakości życia. W przeprowadzonych analizach wykazano, że w wymiarze środowiskowym i somatycznym osoby o statusie wolnym najwyższej oceniły jakość życia. Natomiast w wymiarze psychologicznym i socjalnym osoby będące w związku. Osoby o statusie „inny” stan cywilny (rozwidzione, owdowiałe) najniżej oceniały jakość życia w czterech aspektach. Badacze Grochans i wsp. [7] analizując relacje pomiędzy stanem cywilnym a jakością pacjentów z WZW C i osób zdrowych, potwierdzili, że w grupie osób zdrowych jakość życia była niezależna od stanu cywilnego. Natomiast wśród osób chorych na WZW C niżej jakość życia oceniały osoby samotne, owdowiałe.

Aktywność zawodowa wpływa na odczuwanie poziomu jakości życia. Czy wpływa na wysoką jej ocenę? W wyniku przeprowadzonych analiz statystycznie nie wykazano drastycznych różnic między osobami pracującymi i niepracującymi we wszystkich aspektach. Jednak można zauważyć, że osoby pracujące wyżej oceniały jakość życia. Dowsett i wsp. [9], oraz Basal i wsp. [10] wykazują, że zakażenie WZW C ma często niekorzystny wpływ na aktywność zawodową. Przypadki dyskryminacji z powodu choroby zakaźnej, pogarszający się stan zdrowia, rezygnacja z pracy, zmiana pracy, znaczne nakłady finansowe na proces leczenia, obniżenie stopy życiowej, powodują zdaniem badaczy niekorzystny wpływ na odczuwaną jakość życia.

Chorzy na WZW C często obawiają się, że charakter przewlekły i zakaźny choroby może mieć niekorzystny wpływ na funkcjonowanie społeczne i spowoduje stygmatyzm. Younossi i wsp. [11], wykazali, że kobiety z wirusem HCV bardziej i mocniej cierpią z powodu stygmatyzacji społecznej wynikającej z charakteru choroby. Osoby zmagające się z chorobą przewlekłą zmieniają czasem postrzeganie własnej osoby na tle innych ludzi oraz percepcję roli innych w ich własnym życiu.

## **WNIOSKI**

1. Badani jednoznacznie wskazują na wpływ zakażenia wirusowym zapaleniem wątroby typu C na jakość życia w aspektach somatycznym, psychologicznym, socjalnym i środowiskowym.
2. Z przeprowadzonych badań wynika, że kobiety oceniają niżej jakość życia w czterech aspektach (somatycznym, socjalnym, psychologicznym i środowiskowym) natomiast mężczyźni wyżej w wymiarze somatycznym i środowiskowym.
3. Ankietowani zamieszkujący w mieście znacznie lepiej oceniali jakość życia w aspekcie psychologicznym, socjalnym, środowiskowym. Natomiast ankietowani zamieszkujący na wsi w wymiarze somatycznym.
4. Wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia wzrasta poziom jakości życia w wymiarach psychologicznym, socjalnym oraz środowiskowym. Aktywność zawodowa ma wpływ na wyższy poziom jakości życia.
5. Ocena jakości życia jest wprost proporcjonalna do wieku chorych oraz czasu rozpoczęcia leczenia.
6. Badani stanu wolnego charakteryzowali się najwyższymi wartościami w ocenie jakości życia w wymiarze somatycznym, środowiskowym. Natomiast osoby w związkach w wymiarze socjalnym i psychologicznym.
7. Szybsze włączenie leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C sprzyja lepszej ocenie jakości życia.

## PIŚMIENNICTWO

1. Grochans E., Sychta D., Szkup-Jabłońska M. i wsp.: Ocena jakości życia pacjentów z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby typu C. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2011, 19 (2), 171-176.
2. Fontana R. J., Moyer C.A., Sonnad S. i wsp.: Comorbidities and quality of life in patients with interferon-refractory chronic hepatitis C. *The American Journal of Gastroenterology*, 2001, 96 (1), 170-178.
3. Hołub G.: Etyczna problematyka chorób przewlekłych. *Medycyna Praktyczna*, 2007, 2, 165-168.
4. Gifford S.M., O'Brien M.L., Smith A. i wsp.: Australian men's experiences of living with hepatitis C virus: results from a cross-sectional survey. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2005, 20 (1), 79-86.
5. Zickmund S., Hillis S.L., Barnett M.J., Ipolito L., LaBrecque D.R.: Hepatitis C virus – infected patients report communication problems with physicians. *Hepatology*, 2004, 39 (4), 999-1007.
6. Strzelecki D., Pawełczyk T., Rabe-Jabłonowska J.: Zaburzenia depresyjne w przebiegu leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby interferonem a. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 2006, 15 (2), 67-70.
7. Grochans E., Sychta D., Szkup M., Starczewska M.: Ocena relacji społecznych i środowiskowych pacjentów z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby typu C. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2010, 91 (1), 131-136.
8. Younossi Z., Kallman J., Kincaid J.: The effects of HCV infection and management on health-related quality of life. *Hepatology*, 2007, 45 (3), 16.
9. Dowsett L.E., Coward S., Lorenzetti D.L., MacKean G., Clement F.: Living with Hepatitis c Virus: A Systematic Review and Narrative Synthesis of Qualitative Literature. *Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2017, (17), 8-9.
10. Basal A.A.E., Kamel E., Nafady H.: Studing the quality of life of chronic hepatitis C patients and the associated factors. *Journal of American Science*, 2011,7, 649-655.
11. Younossi Z.M., Boparai N., Price L.L., Kiwi M.L., McCormick M., Guyatt G.: Health-related quality of life in chronic liver disease: the impact of type and severity of disease. *American Journal of Gastroenterology*, 2001, 96 (7), 2199-2205.

## **JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW Z ASTMĄ OSKRZELOWĄ**

**Anna Bazyluk<sup>1</sup>, Barbara Jankowiak<sup>2</sup>**

1. Oddział Chorób Płuc i Gruźlicy, Szpital Wojewódzki im. Kardynała Wyszyńskiego w Łomży
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

### **WSTĘP**

Astma jest chorobą znaną od stuleci. Pierwsze wzmianki o niej pochodzą z czasów starożytnego Egiptu, tj. ok. 1555 r. p.n.e. i zostały sporządzone przez jednego z kapłanów na papirusie znanym obecnie od nazwiska jego odkrywcy, jako papirus Ebersa. Jednak prawdziwa historia astmy, to historia ostatnich 50 - 70-ciu lat. W tym okresie obserwuje się gwałtowny wzrost zapadalności na tę chorobę, dokonywane są najważniejsze odkrycia naukowe dotyczące jej patomechanizmów i etiologii, zaś w ślad za nimi idzie rzeczywisty postęp w jej terapii.

Astma jest chorobą o zróżnicowanej patogenezie oraz obrazie klinicznym. Chociaż prowadzone badania przyniosły zdecydowany postęp wiedzy o mechanizmach choroby, jak również jej obrazie patologicznym, mimo to wiedza dotycząca wielu innych aspektów tej choroby pozostaje wciąż nieznana. W związku z tym, trudno jest przedstawić krótką oraz jednolitą definicję choroby.

Nieodłącznym atrybutem astmy oskrzelowej jest zapalenie obejmujące drogi oddechowe, w którym pośredniczy cały szereg różnych pod typów komórek, prowadząc do nadwrażliwości dróg oddechowych, co w ostatecznym rozrachunku sprzyja ograniczeniom przepływu powietrza w drogach oddechowych i powoduje różnorodne objawy. Początkowy skurcz oskrzeli przechodzi w obrzęk ściany dróg oddechowych i nadmierne wytwarzanie śluzu, czemu towarzyszy nadwrażliwość dróg oddechowych, a następnie dochodzi do rozwoju przewlekłych zmian w obrębie nabłonka oskrzeli (przebudowa ściany dróg oddechowych, tzw. remodeling) [1]. Obecnie stosowane metody postępowania medycznego są ukierunkowane na różne fazy tego ciągłego procesu. Nie ma jednak jasnych dowodów wskazujących, że wczesne lub intensywne leczenie lekami przeciwzapalnymi, takimi jak wziewne glikokortykosteroidy, może zapobiegać remodelingowi. W zapaleniu dróg

oddechowych pośredniczy wiele cytokin i chemokin (cytokin swoistych dla chemotaksji oraz aktywacji leukocytów). Cytokiny są wytwarzane przez wiele rodzajów komórek, w tym limfocyty, granulocyty kwasochłonne oraz komórki tuczne. Uważa się, że cytokiny proza palne (interleuki na 4 [IL -4], IL -5 oraz IL -13), wytwarzane głównie przez limfocyty T pomocnicze typu 2 (Th2), wywołują silny stan zapalny w alergicznej astmie oskrzelowej. Zaburzenie równowagi między limfocytami T pomocniczymi 1 i 2 (szczególnie zmniejszenie aktywności tych pierwszych przy zwiększeniu aktywności tych drugich) ma swój udział w rozwoju przewlekłej astmy zapalnej. Chemokiny odgrywają kluczową rolę w zapaleniu. Białka te rekrutują komórki prozapalne, w tym limfocyty Th2, komórki tuczne, granulocyty obojętno chłonne i kwasochłonne. Granulocyty kwasochłonne i komórki tuczne odgrywają istotną rolę w patogenezie astmy oskrzelowej. Wymienione rodzaje komórek wytwarzają tokiny prozapalne oraz leukotrieny, które wywołują skurcz oskrzeli. Nabłonek dróg oddechowych stanowi cel dla czynników zakaźnych, szkodliwych i środowiskowych, które powodują uszkodzenie przez na pływ komórek prozapalnych i cytokin. Zarówno zakażenia wirusowe, jak i alergeny wziewne mogą spowodować wyzwolenie dwufazowej odpowiedzi, która ostatecznie prowadzi do objawów astmy oskrzelowej. Immunoglobuliny E odgrywają centralną rolę w omawianym procesie, co wykazano dzięki dowodom naukowym pokazującym, że podanie przeciwciał monoklonalnych anty - IgE zmniejsza nasilenie objawów astmy oskrzelowej i poprawia czynność płuc. IgE - zależna wczesna faza lub natychmiastowa odpowiedź na prowokację alergenową powodują degranulację komórek tucznych i granulocytów zasado chłonnych, sprzyjając wystąpieniu skurczu oskrzeli, a także uwalnianiu cytokin i chemokin prozapalnych. Ta kaskada odpowiedzi zapalnej prowadzi w dalszej oskrzelowej kolejności do upośledzenia przepływu powietrza w drogach oddechowych jako fazy późnej odpowiedzi alergicznej, co następuje 4-12 h po ekspozycji na czynniki środowiskowe. Leki rozszerzające oskrzela mogą zmniejszyć napięcie mięśni gładkich dróg oddechowych, jeśli zostaną podane we wczesnej fazie skurczu oskrzeli. W związku ze zwiększeniem nadreaktywności dróg oddechowych i rozwojem zapalenia, do których dochodzi w późnej fazie odpowiedzi alergicznej, leczenie tymi lekami nie wykazuje wtedy już takiej skuteczności i konieczne jest zastosowanie terapii przeciwzapalnej. Na poziomie komórkowym astma oskrzelowa charakteryzuje się również zmianami strukturalnymi w nabłonku dróg oddechowych.



Może dochodzić do przebudowy ściany oskrzeli i powstania następujących zmian w składowych anatomicznych nabłonka: przerostu gruczołów śluzowych, pogrubienia błony podstawnej nabłonka, zmian włóknistych w warstwie położonej pod błoną podstawną, przerostu mięśni gładkich oskrzeli, a ostatecznie do angiogenezy [2].

Astma nie jest chorobą jednorodną. Poszczególne choroby różnią się między sobą pod względem czasu wystąpienia choroby, czynników prowokujących objawy, nasilenia objawów, częstości zaostrzeń, odpowiedzi na leki, jak również pod kątem wielu biologicznych markerów stanu zapalnego oraz reaktywności układu immunologicznego. Najbardziej wskazane są te klasyfikacje, które mają zastosowanie w klinice [3].

Z uwagi na etiologię wyodrębnia się:

- astmę alergiczną – zewnątrzpochodną, w której ważną rolę w patomechanizmie choroby odgrywa alergia. Jeżeli udowodniono udział immunoglobuliny Ew patogenezie astmy, jest ona określana mianem astmy IgE-zależnej;
- astmę niealergiczną – wewnątrzpochodną, czyli taką, w której nie udaje się wykryć udziału znanych alergenów oraz udziału swoistych IgE w wyzwalaniu objawów choroby [3].

Z punktu widzenia mechanizmów patogenetycznych leżących u podstaw astmy proponuje się następujący podział tej choroby:

- astma alergiczna
- wewnątrzpochodna
- neutrofilowa
- aspirynowa
- przebiegająca ze znacznym remodelingiem dróg oddechowych [4].

W obu astmach (alergiczej, jak i niealergiczej) w oskrzelach odnotowuje się zapalenie, które bez względu na etiologię astmy w fazie przewlekłej, nie różni się klinicznie ani laboratoryjnie, co więcej – w obu przypadkach lekami pierwszego wyboru są wziewne glikokortykosteroidy. Istnieje nawet hipoteza, że każdy przypadek astmy jest związany z alergią, tylko nie udaje się jej wykryć dostępnymi metodami bądź czynnik alergizujący (uczulający) znajduje się w organizmie (mogą to być bakterie czy własne antygeny tkankowe). Jednakże wyróżnienie astmy alergiczej IgE-zależnej, jest istotne dla pewnych metod terapeutycznych przeznaczonych dla chorych, u których stwierdza się alergię.



Chodzi tu o swoistą immunoterapię alergenową, określaną powszechnie odczulaniem czy szczepionkami odczulającymi, a także terapię biologiczną przeciwciałami anti-IgE1 [3].

Ocenia się, że około 10% przypadków astmy u osób w wieku produkcyjnym jest związane z narażeniem na czynniki występujące w miejscu pracy. Lista takich czynników obejmuje ponad 300 substancji. Mechanizm ich działania jest dość zróżnicowany i obejmuje działanie drażniący wpływ – prowadzący do zwiększenia reaktywności oskrzeli, działanie immunogenne – zmieniający zarówno przebieg odpowiedzi typu humoralnego (z udziałem przeciwciał IgE), jak i odpowiedzi typu komórkowego oraz działanie prozapalne oraz uszkodzające związane z obecnością wolnych rodników [5].

Niezwykle praktycznym z uwagi na ocenę odpowiedzi na leczenie oraz szacowanie przyszłego ryzyka mają opracowany przez ekspertów GINA w 2006 roku i zmodyfikowany w 2014 roku podział astmy na stopnie kontroli. Według niego astmę dzieli się na:

- Astmę w pełni kontrolowaną, kiedy pacjent na co dzień nie ma objawów choroby bądź są one minimalne oraz nie wpływają na codzienną aktywność życiową, chory nie musi stosować leków ratunkowych, zaś jego czynność płuc jest prawidłowa. Do tej grupy należą osoby, które mimo chorowania na astmę normalnie żyją, stosując terapię zgodnie z zaleceniami lekarza.
- Astmę częściowo kontrolowaną, kiedy objawy pojawiają się częściej niżeli 2 razy w tygodniu, chory z powodu astmy budzi się w nocy, po lek ratunkowy sięga częściej niż 2 razy w tygodniu albo ma zaburzenia czynności płuc w badaniu czynnościowym. Choroba może wpływać na codzienne funkcjonowanie, ale zazwyczaj ci chorzyw miarę nad nią panują.
- Astmę niekontrolowaną, kiedy objawy są częste, pojawiają się nawet kilka razy dziennie, też w nocy, występuje zwiększona potrzeba stosowania leków ratunkowych, wyniki badań czynnościowych układu oddechowego są złe, zaś choroba istotnie wpływa na codzienne funkcjonowanie, utrudnia lub wręcz uniemożliwia wykonywanie niektórych czynności, czasem nawet podstawowych czynności domowych [2, 6].

Wyjątkową postacią astmy niekontrolowanej jest tzw. astma trudna (*difficult-to-treat asthma*), rozpoznawana wtedy, gdy nie udaje się uzyskać kontroli choroby mimo stosowania intensywnego standardowego leczenia zgodnego z wytycznymi ekspertów.

Wiąże się ona z wysokim ryzykiem częstych ciężkich zaostrzeń, a nawet zgonu w ich przebiegu, częstszym występowaniem reakcji niepożądanych po lekach ze względu na przyjmowanie wysokich ich dawek, istotnym upośledzeniem funkcji płuc, upośledzeniem rozwoju płuc u dzieci, niemożnością wykonywania pracy zawodowej czy podejmowania nauki w szkole [3].

### ***Objawy przedmiotowe i podmiotowe***

Objawy, takie jak świsty i duszność towarzysząca zwężeniu światła oskrzeli, które zwykle nasuwają podejrzenie astmy u dzieci i dorosłych, mogą nie występować u pacjenta w podeszłym wieku. Objawy ze strony układu oddechowego u osób starszych, są mniej charakterystyczne. Manifestacja astmy zmienia się z powodu nakładania się na obraz kliniczny takich czynników jak choroby towarzyszące, polipragmazja, niedostateczne wyrażanie przez pacjenta obserwowanych u siebie objawów chorobowych, a wreszcie deficyty poznawcze. Ponadto, pacjenci w zaawansowanym wieku mogą być niezdolni do prawidłowego wykonania testów czynnościowych układu oddechowego [7].

Objawy astmy u większości chorych występują już w wieku dziecięcym i są związane z uczuleniem na alergen wziewny. Czynnikiem uczulającym udaje się wykryć rzadziej, jeśli choroba zaczyna się w wieku dorosłym, często zaś pierwsze objawy związane są z zakażeniem dróg oddechowych [8].

Wielu chorych z nawracającymi napadami ciężkiej astmy nie ma świadomości z powagi sytuacji, albowiem uczucie duszności jest mniejsze niżeli wynikałoby ze stopnia ograniczenia przepływu w oskrzelach. Wynika to ze zbyt późnej hospitalizacji oraz epizodów głębokiej, zagrażające zdrowiu i życiu hipoksemii [2].

Astma oskrzelowa cechuje się przerywanymi, nawracającymi objawami upośledzenia drożności dróg oddechowych, które jest przynajmniej częściowo odwracalne. Najczęstszymi objawami są: kaszel (który może być jedynym objawem), świszczący oddech, trudności w oddychaniu oraz ucisk w klatce piersiowej. Często objawy występują w nocy [2].

Charakterystyczne są sezonowe nasilenia dolegliwości, związek czasowy objawów z działaniem czynnika wywołującego (np. kontakt z alergenem), a także znaczna zmienność objawów. U dużego odsetka chorych (i/lub członków najbliższej rodziny) stwierdza się obecność innych schorzeń alergicznych (np. alergiczny nieżyt nosa). Pomocną, lecz niekiedy również nieco mylącą wskazówką może stanowić nasilenie dolegliwości w efekcie działania

nieswoistych czynników drażniących, takich jak dym, silne zapachy, zimne powietrze. Charakterystyczne dla astmy jest nasilenie dolegliwości w godzinach nocnych bądź wczesnych porannych [5].

Z uwagi na znaczną zmienność objawów, u licznych chorych na astmę badanie przedmiotowe może być w zupełności prawidłowe. W objawowych okresach choroby można zaobserwować wdechowe ustawienie klatki piersiowej, jak też świsty podczas osłuchiwania płuc. Głośność świstów jest zależna od stopnia obturacji. W związku z tym, u chorych z niewielkiego stopnia ograniczeniem drożności oskrzeli, świsty mogą być niesłyszalne podczas spokojnego oddychania, natomiast pojawiać się dopiero podczas hiperwentylacji. Zazwyczaj dominują w fazie wydechowej. U chorych z nasilonym zwężeniem dróg oddechowych utrudnienie dla przepływu powietrza może być tak duże, iż pomimo ciężkiej obturacji nie dochodzi do powstania świstów. Jednakże w takiej sytuacji, obecne są inne objawy pozwalające podejrzewać ciężką obturację dróg oddechowych (tachykardia, tachypnoe, hiperinflacja płuc, sinica czy tętno paradoksalne). Zdarza się, iż u niektórych chorych jedynym bądź dominującym objawem astmy, jest kaszel. Taki przebieg choroby określa się mianem kaszlowego wariantu astmy. Kaszlowy wariant astmy, częściej spotykany jest u dzieci niżeli dorosłych. Kaszel, podobnie jak obturacja oskrzeli, często pojawia się w nocy bądź nad ranem. Rozpoznanie bywa trudne oraz wymaga różnicowania z innymi przyczynami przewlekłego kaszlu [5, 10].

Prawie u wszystkich chorych na astmę, wysiłek fizyczny wywołuje dolegliwości. U niektórych jest jedynym bodźcem wywołującym objawy kliniczne. Tego rodzaju postać astmy, określana jest mianem astmy wysiłkowej. Powysiłkowy skurcz oskrzeli zazwyczaj występuje kilka minut po wysiłku oraz utrzymuje się przez 30-45 minut. W tym czasie chory może odczuwać „klasyczne” objawy astmy w postaci duszności, świstów podczas oddychania, kaszlu. Wentylacja suchym i zimnym powietrzem, sprzyja wystąpieniu powysiłkowego skurczu oskrzeli. W związku z tym, niektóre rodzaje wysiłku mają większy potencjał do wywołania objawów astmy (np. bieg) niżeli inne [5].

Świsty w płucach nie występują jedynie w astmie. Zwłaszcza jednostronne występowanie świstów wymaga szczegółowego zbadania przyczyn. Tak jak zjawiska osłuchowe występują w obturacji innego pochodzenia [8].

### ***Przyczyny astmy oskrzelowej***

Astma jest chorobą wieloczynnikową, w której patogenezie istotną rolę odgrywają zarówno czynniki związane z organizmem człowieka, jak i czynniki środowiskowe [11].

Badanie udziału poszczególnych czynników w rozwoju choroby napotyka na wiele trudności. Jest to związane m.in. ze znaczną liczbą genów i czynników środowiskowych mogących odgrywać rolę w ujawnieniu astmy, a także z ogromnej złożoności oddziaływań międzygenowych oraz środowiskowo-genowych [8].

Do znanych uwarunkowań osobniczych należą:

- predyspozycja genetyczna
- otyłość
- płeć
- czynniki wpływające na rozwój prenatalny oraz okres bezpośrednio po porodzie [12].

Liczne badania nad bliźniętami i badania rodzin, jak też badania kliniczne, przyczyniły się do poznania genetycznego podłoża choroby. Genom człowieka zawiera kilka miejsc, które mogą warunkować rozwój astmy. Atopia, czyli genetycznie uwarunkowana predyspozycja do nadprodukcji specyficznych immunoglobulin E (IgE) skierowanych przeciwko alergenom środowiskowym, jest jednym z najsilniejszych czynników ryzyka rozwoju astmy. Synteza IgE wymaga sygnału pomiędzy limfocytami T i B, którego dostarcza interleukina 4 (IL-4). Gen dla tej interleukiny znajduje się na chromosomie 5 (5q31.1). Znajdują się tam także zlokalizowane geny dla IL-3, IL-5, IL-9, IL-13, GM-CSF.

Do innych stosunkowo dobrze zbadanych należą geny na chromosomach: 6p, 11q, 12q, 14q, 16p, 20p. Są to m.in. geny dla interleukin, receptorów glikokortykosteroidowego i beta2-adrenergicznego, receptorów dla limfocytów T. Badania wskazują na genetyczne uwarunkowanie nadreaktywności oskrzeli. Poznane zostały też geny związane z odpowiedzią na leczenie przeciwastmatyczne [13].

Do kolejnych czynników rozwoju astmy zależnych od organizmu gospodarza należą: płeć i otyłość. W populacji dzieci poniżej 14-stu lat, astma występuje 2-krotnie częściej u chłopców niżeli u dziewczynek, zaś w wieku dorosłym proporcje te ulegają zmianie oraz astma jest częstsza u kobiet niż u mężczyzn. Wykazano także, że niektóre mediatory związane z otyłością (leptyna) wywierają wpływ na czynność układu oddechowego oraz mogą zwiększać ryzyko wystąpienia astmy [5].

Najczęstszą postacią astmy jest astma alergiczna. Klasyczna teoria dotycząca zasadniczych elementów patomechanizmu astmy zakłada, iż jest to choroba przebiegająca z zapaleniem Th2-zależnymu podstaw, którego leży zaburzona równowaga między aktywnością limfocytów Th1 i Th2 na korzyść tych drugich. Limfocyty Th2 inicjują i promują rozwój astmy oskrzelowej poprzez wydzielanie prozapalnych interleukin (IL-4, -5, -9 oraz -13). Następstwem tego jest „przeprogramowanie” profilu przeciwciał syntetyzowanych przez limfocyty B w kierunku IgE, eozynofilii oraz wydzielania śluzu do oskrzeli. Chroniczne zapalenie prowadzi do nadreaktywności oskrzeli i remodelingu, charakteryzującego się trwałymi zmianami strukturalnymi w obrębie dróg oddechowych. Bez wątplenia limfocyty Th2 podtrzymują proces zapalny, jednakże obserwacje poczynione w ostatnich latach świadczą o złożoności procesów zaangażowanych w patogenezę tej choroby, które wykraczają poza możliwości oddziaływania samych komórek Th2. Wyniki badań prowadzonych w ostatnim dziesięcioleciu wskazują na istotną rolę w etiopatogenezie astmy alergicznej komórek regulatorowych, IL-10, IL-17 oraz TGF- $\beta$  [11].

Atopia, nadreaktywność oskrzeli oraz obecność innych chorób alergicznych, takich jak alergiczny nieżyt nosa, atopowe zapalenie skóry czy alergia pokarmowa są czynnikami ryzyka rozwoju astmy w przyszłości (zarówno u dzieci, jak i dorosłych). Większe stężenie immunoglobulin E (IgE) jest powiązane z większą czynnością występowania astmy [12].

Do czynników ryzyka okresu ciąży i wczesnego dzieciństwa zalicza się:

- wiek matki
- palenie papierosów przez matkę
- rodzaj porodu
- wcześniactwo
- dieta matki w czasie ciąży
- wczesne zakończenie karmienia piersią [12].

Największe znaczenie w powstawaniu objawów astmy mają alergeny wziewne (alergen kurzu domowego, pyłków roślin, pleśnie, antygeny zwierzęce [14].

A także infekcje układu oddechowego (przede wszystkim wirusowe), ekspozycja czynna i bierna na dym papierosowy, zanieczyszczenie powietrza, spaliny, środki toksyczne o specyfice zawodowe oraz dieta [12].

Roztocza kurzu domowego, są mieszaniną licznych alergenów środowiskowych, do których zalicza się przede wszystkim roztocza, karaczany, sierść zwierząt domowych. Alergen roztoczy kurzu domowego występuje wszędzie, dlatego też jest on najczęściej przyczyną napadów astmy. Najlepsze warunki do rozwoju roztocza znajdują w okresie sierpień-październik. Podstawowy alergen P<sub>1</sub> w 95% znajduje się w kulistych odchodach roztoczy. W Polsce występują roztocza kurzu domowego z rodziny *Pyroglyphidae* [10].

Alergizuje także naskórek zwierząt. Najbardziej alergizują koty, w mniejszym stopniu psy, jeszcze rzadziej ptaki bądź inne gryzonie. Bardzo immunogeny jest alergen kota Fel d I, który długo unosi się w powietrzu w bardzo małych cząsteczkach < 2µm [10].

Bardzo trudnym i niejednoznacznym problemem, jest wpływ infekcji na powstawanie astmy. Powszechnie wiadomo, iż częste infekcje, szczególnie wirusowe mogą promować rozwój astmy, a z drugiej strony według tzw. teorii higienicznej rozwoju alergii, to właśnie brak ekspozycji na czynniki chorobotwórcze we wczesnym dzieciństwie, może odpowiadać za rozwój alergicznych mechanizmów reakcji immunologicznej. Ekspozycja na czynniki infekcyjne może być również faktyczną przyczyną statystycznych zależności, jakie wynikają z niektórych badań nad wpływem ilości starszego rodzeństwa, czy faktem uczęszczania do żłobka oraz przedszkola na rozwój alergii czy astmy [14].

Palenie papierosów jest bardzo związane z częstością występowania astmy oraz świszczącego oddechu, czy nawrotami astmy po okresie remisji. Palenie papierosów przez kobiety w ciąży, jak też ekspozycja bierna na dym tytoniowy wiąże się z częstym występowaniem astmy u dzieci w wieku szkolnym. Stwierdzono wzrost ryzyka wraz ze wzrostem intensywności ekspozycji biernej (np. więcej osób palących w domu) [12, 15].

Spośród zanieczyszczeń powietrza, ekspozycja na NO<sub>2</sub> koreluje z częstością występowania astmy.

Dieta uboga w antyoksydanty, a także n-3 wielonienasycone kwasy tłuszczowe, może predysponować do rozwoju chorób alergicznych i astmy [12].

### ***Jakość życia osób z astmą oskrzelową***

Astma w znacznym stopniu upośledza jakość życia, a jej przewlekły charakter oraz uciążliwość objawów wpływają na życie rodzinne, aktywność społeczną i zawodową chorych. Jest przyczyną spadku wydajności pracy, wzrostu absencji chorobowej, a także dość częstej hospitalizacji w przypadku ciężkiej astmy [14].

Znaczenie czynników emocjonalnych oraz stopień ograniczenia aktywności społecznej, mogą być często jeszcze większe, gdy objawy astmy nie są wystarczająco opanowane. Choroba przewlekła, jaką jest astma już sama w sobie może być przyczyną obniżenia jakości życia chorego, zaś dodatkową niekorzystną specyfiką jest jej nieprzewidywalny przebieg. Objawy astmy, oprócz znaczącego ograniczenia aktywności, chorzy odbierają jako sygnały niepokojących zmian w organizmie oraz zapowiedź niekorzystnych konsekwencji. Może ten fakt dodatkowo obciążać psychiczne chorego. Poza tym, ograniczenia wynikające z choroby, jak też obowiązki z nią związane upośledzają możliwości pełnienia ważnych ról społecznych - rodzinnej i zawodowej [16].

Mówi się, iż zaistniałe w dzieciństwie urazy psychiczne, jak i późniejsze dramatyczne przeżycia stają się przedmiotem badań współczesnej psychiatrii, ponieważ wydarzenia te zazwyczaj mają ważne znaczenie dla formacji psychicznej człowieka, w tym dla jego odporności bądź niedostatecznej adaptacji do wszelkich zaburzeń psychicznych i chorób somatycznych. Wiele badań potwierdza udział powyższych urazów psychicznych w wystąpieniu albo nasileniu zaburzeń lękowych i depresji, a te z kolei mają wpływ na stopień ciężkości oraz kontroli astmy oskrzelowej. Należy również podkreślić zaistnienie tak zwanych procesów adaptacyjnych, które najczęściej są negatywnym w swej uciążliwości owocem długotrwałej oraz przewlekłej choroby. Dotychczasowe wyniki badań chorych na depresję wykazały niemal bezapelacyjny wpływ chorób somatycznych, zwłaszcza tych, które powodują utrzymywanie się przewlekłego bólu, zaburzeń snu, poczucia zależności od innych osób, ograniczenia samodzielnego funkcjonowania, w tym również obturacyjnych chorób płuc, na ujawnienie bądź nasilenie się stanów niepewności, obniżonego nastroju i lęku [17].

Ograniczenia wynikające z choroby oraz obowiązki z nią związane, upośledzają możliwości pełnienia istotnych ról społecznych - rodzinnej i zawodowej. Astma trwa bardzo długo - niekiedy kilkadziesiąt lat i ma zmienny przebieg. Zazwyczaj przy prawidłowym leczeniu, proces chorobowy zostaje do pewnego stopnia opanowany, lecz nawet wówczas zdarzają się epizody pogorszenia wiążące się z koniecznością zmiany terapii. Liczne interwencje pogotowia ratunkowego, a także pobyty w szpitalu wywołują stres i są uciążliwe (przeprowadzanie badań dodatkowych, iniekcji czy innych zabiegów leczniczych). Astma może być przeszkodą w realizowaniu różnych dążeń oraz powodować konieczność rezygnacji z niektórych celów życiowych albo ich modyfikacji. Chociaż nie jest to zasada, ogranicza zazwyczaj możliwości realizacji celów zawodowych, utrudniając rozwój zawodowy i awans,



a czasami powodując przejście na rentę albo wcześniejszą emeryturę. Chory najczęściej traci poczucie własnej godności, jak też przydatności społecznej. Brak możliwości wykonywania pracy zarobkowej, a co się z tym idzie, zagrożenie złą sytuacją finansową, często wpływa na pogorszenie stanu psychicznego pacjenta [16].

Koszty bezpośrednie i pośrednie związane z leczeniem dużej grupy astmatyków są wysokie i stanowią znaczną część dochodów budżetowych. Istotnym czynnikiem wpływającym na wysokie koszty leczenia jest przewlekły charakter procesu chorobowego. Według aktualnego stanu wiedzy, astma oskrzelowa jest chorobą nieuleczalną, prowadzącą do trwałego upośledzenia czynności układu oddechowego. Napadowa duszność i męczący kaszel, które charakteryzują astmę, w znacznym stopniu upośledzają jakość życia chorych. Wśród chorób alergicznych astma stanowi najczęstszą przyczyną absencji chorobowej i hospitalizacji, a także inwalidztwa i zgonów [14].

Choroba i okoliczności z nią związane wywołują zróżnicowane reakcje emocjonalne, niekiedy o znacznym nasileniu. Chorzy z zaawansowaną astmą żyją w ciągłym poczuciu zagrożenia kolejnym zaostrzeniem choroby w postaci napadu duszności. Jednocześnie nasilona duszność przeważnie jest przyczyną silnych emocji wyzwalaających katastroficzne, nierealistyczne myśli. Prowadzi to do mechanizmu „błędnego koła” i samospełniającego się proroctwa. Silne emocje wiążą się szczególnie z lękiem przed uduszeniem oraz śmiercią. Katastroficzne myśli wywołują lęk przed zagrożeniem. Następuje gwałtowny wzrost emocji i chory ma poczucie, iż nie można już nic zrobić, aby uniknąć duszności. Lęk się wzmaga oraz prowadzi do paniki. Analiza mechanizmu panicznego lęku prowadzącego do powstania i/lub nasilenia duszności wskazuje, iż chory w większości przypadków nie może samodzielnie przezwyciężyć narastających objawów. Prawdopodobnie, że u pacjentów, u których stwierdzono poważne albo wręcz zagrażające życiu ataki astmy, występuje warunkowa reakcja lękowa. Może ona znacząco wpłynąć na zdolność do radzenia sobie z atakami [16].

Czynnikami warunkującymi jakość życia chorych na astmę oskrzelową, są stopień ciężkości przebiegu tej choroby, co też determinuje emocje chorego, sposób patrzenia na świat, wpływa na jego funkcjonowanie społeczne i rodzinne. Im cięższa postać choroby, tym bardziej negatywne są odczucia pacjenta, tym bardziej zaburzone emocje, tym gorsze wypełnianie przez niego funkcji społecznych czy rodzinnych.



## **CEL BADAŃ**

Celem pracy było zbadanie jakości życia pacjentów z astmą oskrzelową.

## **MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ**

Badania zostały przeprowadzone w Oddziale Chorób Płuc i Gruźlicy Szpitala Wojewódzkiego im. Kardynała Wyszyńskiego w Łomży. Wzięło w nich udział 120 pacjentów ze zdiagnozowaną astmą oskrzelową.

Metodą badawczą wykorzystaną w niniejszej pracy był sondaż diagnostyczny. W pracy posłużono się kwestionariuszem ankiety opracowanym specjalnie dla potrzeb badania. Kwestionariusz składał się z 2 części:

- części metryczkowej, zawierającej niezbędne dane o pacjencie - wiek, płeć, miejsce zamieszkania, stan cywilny, wykształcenie i wykonywany zawód.
- części zasadniczej, która złożona była z 1 otwartym i 19 zamkniętych pytań.

Kwestionariusz ankiety miał charakter anonimowy. Ankietowani zostali poinformowani, że ankieta ma charakter anonimowy, a uzyskane dane posłużą wyłącznie pracy naukowej.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Senackiej Komisji ds. Etyki Badań Naukowych PWSiP w Łomży.

## **WYNIKI**

W badaniu udział wzięło 120 osób, z czego większość stanowiły kobiety (67%). W badanej próbie najwięcej było osób w wieku 56-65 lat (30%). Ankietowani w wieku powyżej 66 lat stanowili jedną piątą próby. Osób w wieku 46-55 lat było 17%, 36-45 – latków było 8%.

Ponad połowę ankietowanych stanowiły osoby będące w związku małżeńskim (54%). Niemal jedną czwartą badanych stanowiły osoby stanu wolnego. Osoby owdowiałe stanowiły 19% ankietowanych.

Niemal trzy czwarte badanej próby stanowiły osoby mieszkające w miastach (72%), pozostałe 28% to osoby mieszkające na wsi.

Osób z wykształceniem podstawowym było 27%, tyle samo było badanych z wykształceniem wyższym. Ankietowani z wykształceniem średnim stanowili 28% próby. Najmniej było osób z wykształceniem zawodowym – 18%.

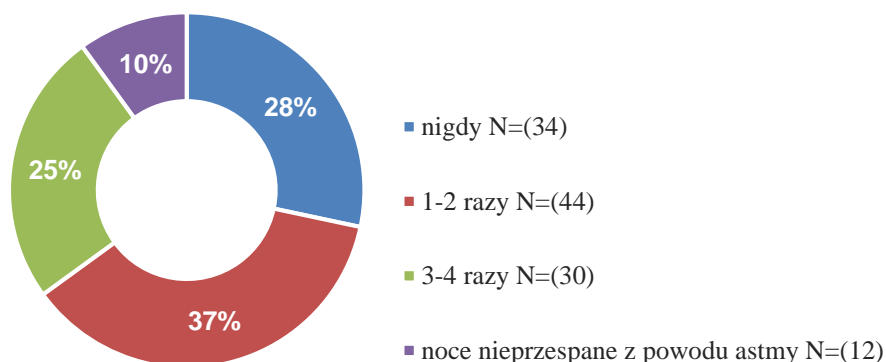
Najwięcej badanych wykonywało pracę umysłową (29%). Osób pracujących fizycznie było 27%. Na rencie lub emeryturze było 26% ankietowanych. Najmniejszą grupę badawczą stanowili uczniowie 3%.

Papierosy paliło 19% badanych, 81% nie paliło papierosów. W grupie osób palących paczkę papierosów dziennie wypalało 22% respondentów. Dziesięć papierosów wypalało dziennie 17% ankietowanych, 15 papierosów 13%.

Nieco ponad trzech na dziesięciu badanych astmę oskrzelową miało zdiagnozowaną 5 lat temu lub krócej. Od 6 do 10 lat o astmie wiedziało 28% badanych. U 17% respondentów astma została zdiagnozowana 11-15 lat temu, zaś u 8% badanych miało zdiagnozowaną chorobę co najmniej 21 lat temu.

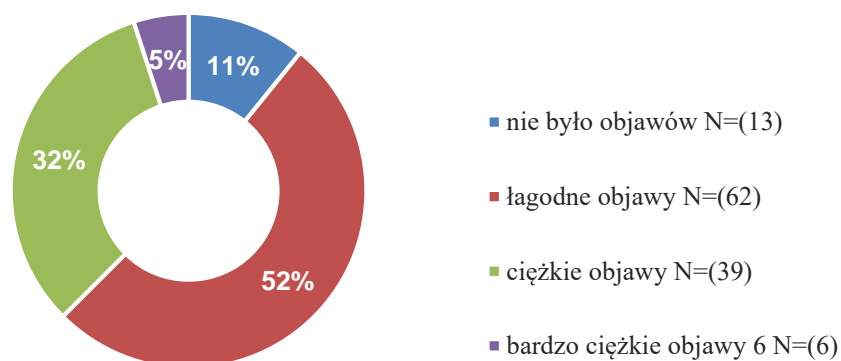
### ***Szczegółowa analiza badań***

Raz lub dwa razy w ciągu ostatniego tygodnia z powodu astmy w nocy budziło się 37% badanych. W przypadku jednej czwartej respondentów choroba nie pozwalała na spokojny sen 3-4 razy w ciągu ostatniego tygodnia. Problemów tego typu nie miało 28% respondentów (Rycina 1).



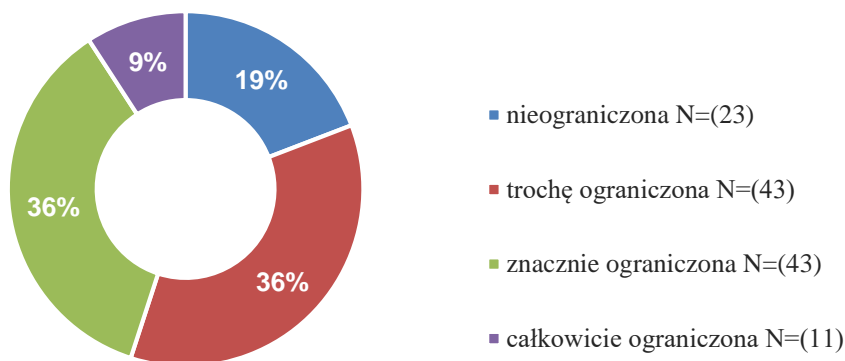
**Rycina 1. Podział badanych pod względem problemów ze snem z powodu astmy.**

Nieco ponad połowa badanych przyznała, że objawy astmy po przebudzeniu były łagodne (52%). U 5% ankietowanych bardzo ciężkie. 11% respondentów nie odczuwało objawów astmy po przebudzeniu (Rycina 2).



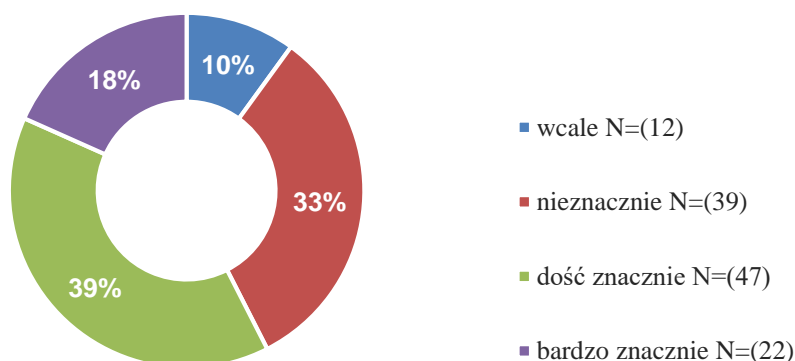
**Rycina 2. Podział badanych pod względem objawów astmy po przebudzeniu.**

W ciągu ostatniego tygodnia astma nie ograniczała aktywności u 19% badanych. Choroba trochę ograniczała aktywność u 36% ankietowanych. Choroba całkowicie ograniczyła aktywność u 9% badanych (Rycina 3).



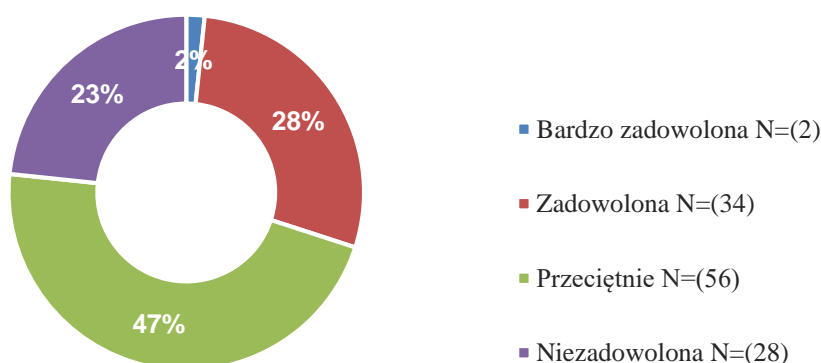
**Rycina 3. Podział badanych pod względem ograniczenia aktywności z powodu astmy.**

Jedna na dziesięć osób badanych przyznała, że w ciągu ostatniego tygodnia nie odczuwała duszności z powodu astmy. Nieznacznie duszności odczuwało 33% ankietowanych. Natomiast 18% respondentów przyznało, że duszności z powodu astmy odczuwało bardzo znacząco (Rycina 4).



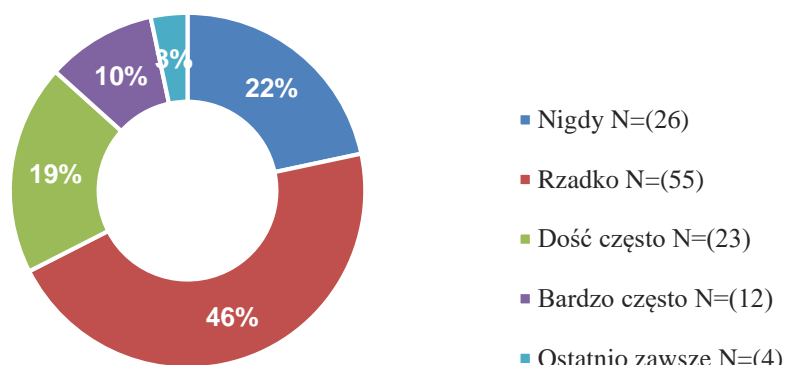
**Rycina 4. Podział badanych pod względem odczuwania duszności.**

Zadowolonych lub bardzo zadowolonych ze swojego snu było 28% respondentów. Zadowolenie na przeciętnym poziomie odczuwało 47% ankietowanych, a niezadowolonych było 23% osób w badanej próbie (Rycina 5).



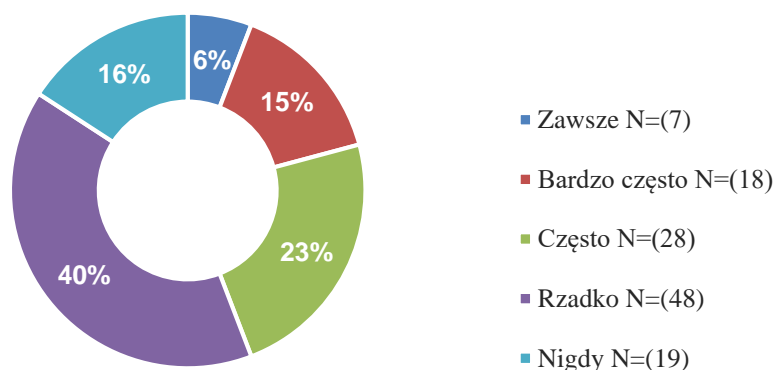
**Rycina 5. Podział badanych pod względem zadowolenia ze snu.**

Na pytanie o to, czy dolegliwości związane z astmą oskrzelową mają wpływ na utrzymanie prawidłowych relacji z rodziną, czy znajomymi - 22% badanych odpowiedziało, że nigdy. Rzadko astma wpływała na tego typu kontakty u 46% badanych. Choroba miała wpływ na relacje z bliskimi ostatnio zawsze u 3% (Rycina 6).



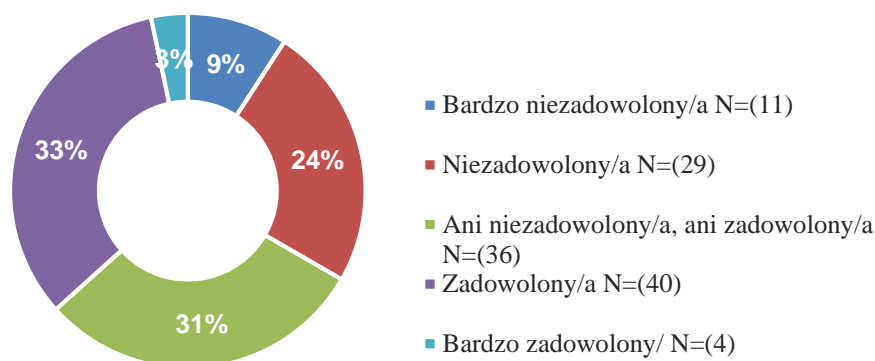
**Rycina 6. Podział badanych pod względem wpływu choroby na relacje z rodziną.**

Z powodu choroby negatywne uczucia zawsze dotykały 6% badanych. Bardzo często uczuć tego typu doświadczało 15% respondentów. Nigdy negatywne myśli z powodu choroby nie nachodziły 6% badanych (Rycina 7).



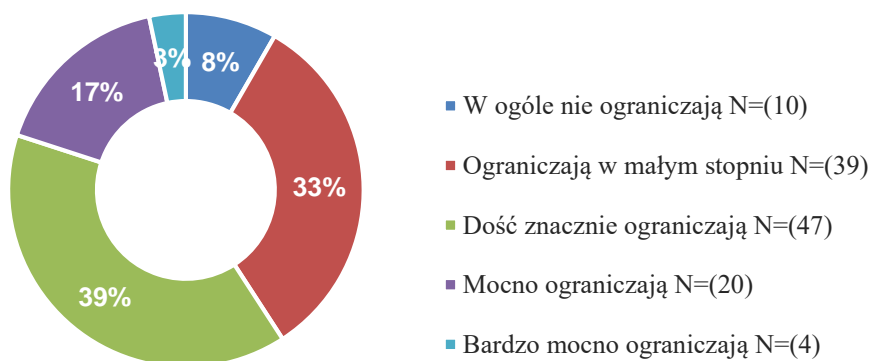
**Rycina 7. Podział badanych pod względem odczuwania negatywnych uczuć z powodu choroby.**

Ze swoich zdolności do pracy mimo choroby bardzo niezadowolonych było 9% badanych. Niezadowolenie odczuwało 24% respondentów. Jedna trzecia osób wyraziła zadowolenie, a 3% odpowiedziało, że jest bardzo zadowolona ze swoich zdolności do pracy (Rycinie 8).



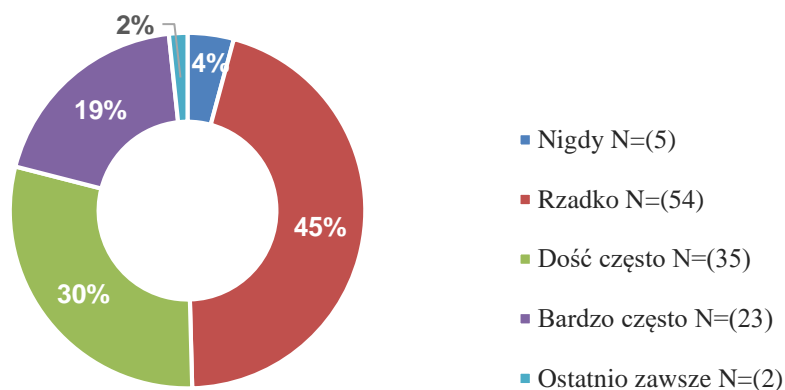
**Rycina 8. Podział badanych pod względem zadowolenia ze swoich zdolności do pracy.**

Dolegliwości związane z astmą w ogóle nie ograniczały robienia rzeczy, na które ma się ochotę u 8% badanych. Prawie czterech na dziesięciu badanych przyznało, że przez chorobę odczuwało dość znaczne ograniczenia w robieniu rzeczy, na które ma ochotę. Mocne lub bardzo mocne ograniczenia z powodu astmy odczuwało 20% respondentów (Rycina 9).



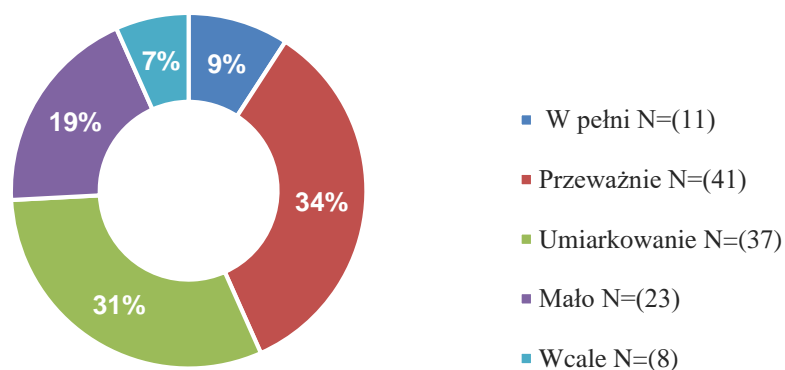
**Rycina 9. Ocena ograniczeń z powodu choroby.**

Według 4% respondentów dolegliwości związane z astmą oskrzelową nigdy nie miały wpływu na aktywne spędzanie czasu wolnego. Bardzo często astma wpływała na spędzanie wolnego czasu według 19% ankietowanych, a ostatnio zawsze u 2% (Rycina 10).



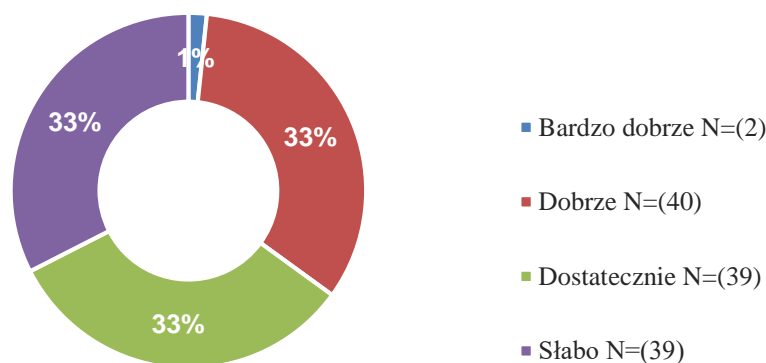
**Rycina 10. Ocena wpływu astmy na aktywne spędzanie czasu.**

W pełni energię w życiu odczuwało 9% respondentów. Przeważnie energię miało 34% badanych. 19% respondentów przyznało, że miało mało energii, a 7%, że nie miało jej wcale (Rycina 11).



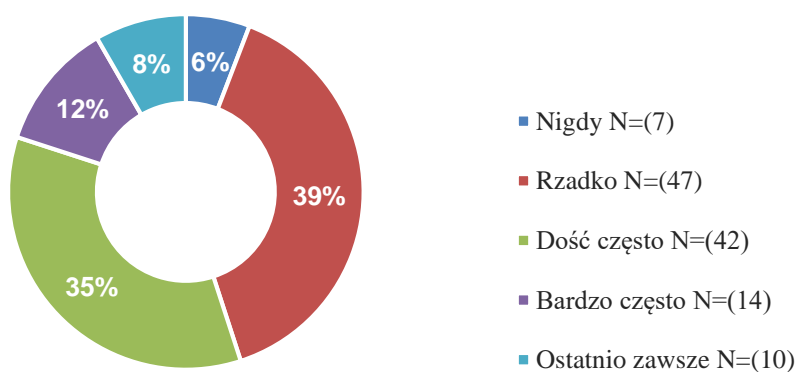
**Rycina 11. Ocena energii w życiu.**

Jedna trzecia ankietowanych oceniła dobrze swoją sprawność fizyczną w związku z chorobą. Również jedna trzecia respondentów przyznała, że ich sprawność fizyczna jest słaba (Rycina 12).



**Rycina 12. Ocena sprawności fizycznej.**

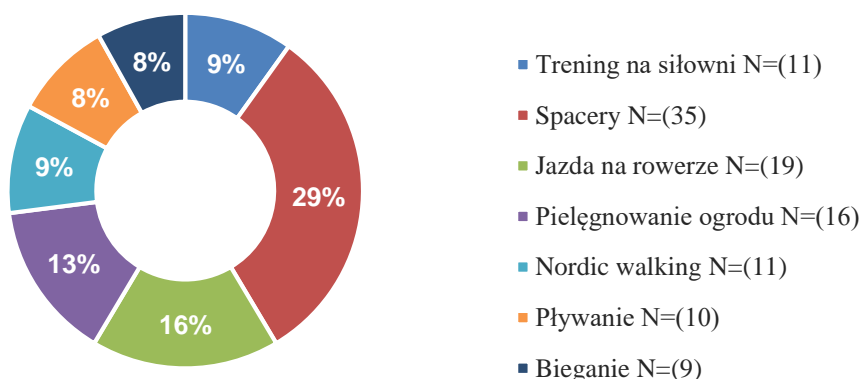
Dolegliwości związane z chorobą rzadko pozwalały podjąć aktywność fizyczną u 39% badanych. Bardzo często lub ostatnio zawsze choroba pozwalała na podjęcie aktywności fizycznej u 20% badanych. Nigdy przez chorobę na aktywność fizyczną nie pozwalało sobie 6% badanych (Rycina 13).



**Rycina 13. Podejmowanie czynności fizycznych.**

Badani podejmujący aktywność fizyczną najczęściej wybierali spacer (29%). Jazdę na rowerze podejmowało 16% ankietowanych, pielęgnowanie ogrodu 13%, nornic walking 9%, pływanie i bieganie po 8%. Trening na siłowni uprawiało 9% respondentów (Rycina 14).

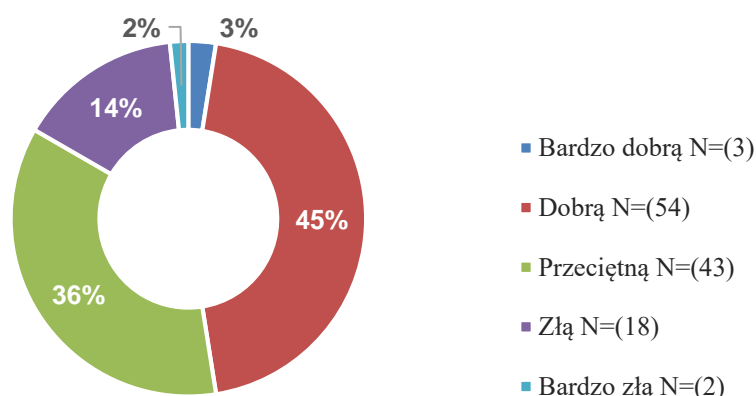




*\*Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru*

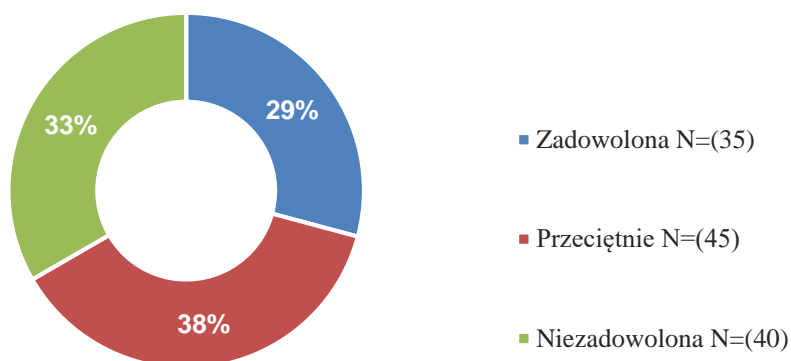
**Rycina 14. Podział badanych pod względem podejmowanych aktywności fizycznych.**

Prawie połowa badanych jakość swojego życia w chorobie oceniła dobrze lub bardzo dobrze (48%). Przeciętnie jakość życia oceniło 36% respondentów, a źle lub bardzo źle 16% (Rycina 15).



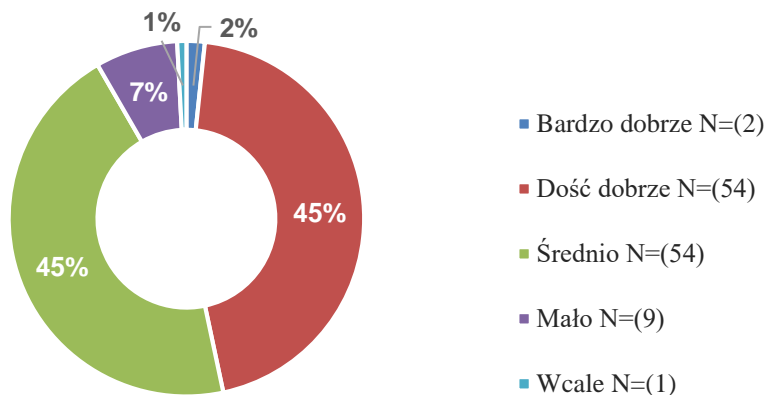
**Rycina 15. Ocena jakości życia w chorobie.**

Ze swojego stanu zdrowia zadowolonych było 29% badanych. Natomiast jedna trzecia respondentów była niezadowolona ze stanu swojego zdrowia (Rycina16).



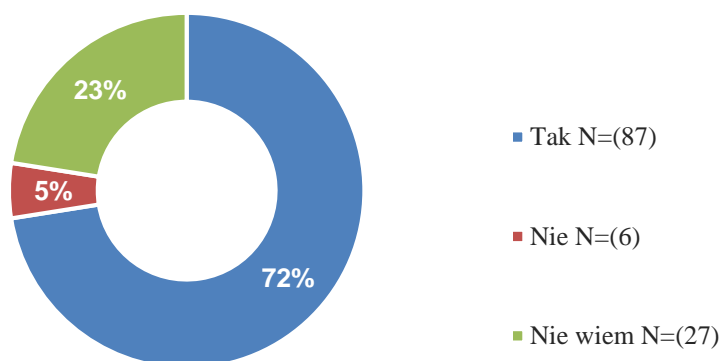
**Rycina 16. Poziom zadowolenia ze stanu zdrowia.**

W swoim życiu codziennym dość lub bardzo bezpiecznie czuło się 47% ankietowanych. W niskim stopniu lub wcale nie odczuwało bezpieczeństwa w swoim życiu 8% respondentów (Rycina 17).



**Rycina 17. Ocena bezpieczeństwa w życiu codziennym.**

Trzy czwarte badanych mimo choroby uważało, że życie ma sens. Nie miało na ten temat zdania 23% respondentów, a 5% badanych odpowiedziało, że ich życie nie ma sensu (Rycina 18).



**Rycina 18. Podział badanych pod względem odpowiedzi na pytanie o sens życia.**

### *Jakość życia badanych a płeć*

Raz lub dwa razy w nocy z powodu astmy budziło się 46% kobiet i 17% mężczyzn. Od trzech do czterech razy w nocy budziła się jedna trzecia kobiet i jeden na dziesięciu mężczyzn. Nigdy z powodu choroby nie budziło się 11% kobiet i 63% mężczyzn.

Częstotliwość budzenia się w nocy z powodu choroby istotnie zależała od płci ( $\chi^2_{(3)}=24,262$ ;  $p<0,05$ ). Szczegóły przedstawiono w Tabeli I.

**Tabela I. Budzenie się w nocy z powodu choroby a płeć.**

Przeciętnie, jak często budził/a się Pan/i w nocy z powodu astmy w ciągu ostatniego tygodnia?	Kobieta		mężczyzna	
	N	%	N	%
Nigdy	9	11%	25	63%
1-2 razy	37	46%	7	17%
3-4 razy	26	33%	4	10%
Noce nieprzespane z powodu astmy	8	10%	4	10%
Razem	80	100	40	100

Po przebudzeniu połowa kobiet miała łagodne objawy astmy. W grupie mężczyzn objawy o łagodnym nasileniu miało 55% badanych. Wśród kobiet ciężkie objawy astmy odnotowało 37% kobiet i 22% mężczyzn. Bardzo ciężkie objawy astmy po przebudzeniu miało 8% kobiet.

Uciążliwość objawów astmy po przebudzeniu istotnie zależała od płci badanych ( $\chi^2_{(3)}=23,154$ ;  $p<0,05$ ). Szczegóły przedstawiono w Tabeli II.

**Tabela II. Uciążliwość objawów astmy po przebudzeniu a płeć.**

Przeciętnie, jak bardzo uciążliwe były objawy astmy, gdy rano budził/a się Pan/i w ciągu ostatniego tygodnia?	kobieta		mężczyzna	
	N	%	N	%
Nie było objawów	4	5%	9	23%
Łagodne objawy	40	50%	22	55%
Ciężkie objawy	30	37%	9	22%
Bardzo ciężkie objawy	6	8%	0	0%
Razem	80	100	40	100

Połowa mężczyzn przyznała, że choroba trochę ograniczała ich aktywność w ciągu ostatniego tygodnia. Jedna trzecia respondentów nie odnotowała ograniczeń z powodu choroby.

W grupie kobiet prawie połowa przyznała, że astma znacznie ograniczała ich aktywność w trakcie ostatniego tygodnia (48%), a 28% uznało, że były to nieduże ograniczenia.

Stopień ograniczeń aktywności z powodu choroby istotnie zależał od płci badanych ( $\chi^2_{(3)}=22,543$ ;  $p<0,05$ ). Szczegóły przedstawiono w Tabeli III.

**Tabela III. Stopień ograniczeń aktywności z powodu choroby a płeć.**

Ogólnie, jak bardzo była ograniczona Pana/i aktywność z powodu astmy w ciągu ostatniego tygodnia?	kobieta		mężczyzna	
	N	%	N	%
Nieograniczona	10	13%	13	32%
Trochę ograniczona	23	28%	20	50%
Znacznie ograniczona	38	48%	5	13%
Całkowicie ograniczona	9	11%	2	5%
Razem	80	100	40	100

Duszności z powodu astmy dość znacznie odczuwała połowa kobiet. Jedna czwarta badanych przyznała, że były to bardzo znaczne ograniczenia. W grupie mężczyzn 67% oceniło stopień duszności jako nieznaczny, a 18% jako znaczny.

Stopień duszności z powodu astmy istotnie zależał od płci badanych ( $\chi^2_{(3)}=25,132$ ;  $p<0,05$ ). Szczegóły przedstawiono w Tabeli IV.

**Tabela IV. Odczuwanie duszności z powodu astmy a płeć.**

Ogólnie, jak bardzo odczuwał/a Pan/i duszność z powodu astmy podczas ostatniego tygodnia?	kobieta		mężczyzna	
	N	%	N	%
Wcale	8	10%	4	10%
Nieznacznie	12	15%	27	67%
Dość znacznie	40	50%	7	18%
Bardzo znacznie	20	25%	2	5%
Razem	80	100	40	100

Połowa kobiet była przeciętnie zadowolona ze swojego snu. Jedna czwarta ankietowanych w tej grupie była niezadowolona z jakości snu. Podobna ilość kobiet była zadowolona lub bardzo zadowolona ze snu. Wśród mężczyzn przeciętne zadowolenie ze snu zadeklarowało czterech na dziesięciu ankietowanych. Jedna piąta badanych była niezadowolona z jakości snu. Zadowolenie wyraziło 40% ankietowanych.

Ocena zadowolenia ze snu nie zależała od płci badanych ( $\chi^2_{(3)}=12,657$ ;  $p>0,05$ ). Szczegóły przedstawiono w Tabeli V.

**Tabela V. Ocena zadowolenia ze snu a płeć.**

Czy zadowolony(a) jest Pan(i) ze swojego snu?	kobieta		mężczyzna	
	N	%	N	%
Bardzo zadowolona	1	1%	1	3%
Zadowolona	19	24%	15	37%
Przeciętnie	40	50%	16	40%
Niezadowolona	20	25%	8	20%
Razem	80	100	40	100

Połowa kobiet przyznała, że dolegliwości związane z astmą oskrzelową rzadko mają wpływ na utrzymanie prawidłowych relacji z rodziną czy znajomymi. Nigdy lub dość rzadko dolegliwości związane z chorobą wpływały na relacje z rodziną u 38% ankietowanych. W grupie mężczyzn 37% przyznało, że astma miała wpływ na ich kontakty a najbliższym otoczeniem rzadko. Jedna piąta uznała, że były to dosyć częste przypadki.

Wpływ choroby na kontakty z rodziną lub znajomymi nie zależał od płci ( $\chi^2_{(3)}=6,754$ ;  $p>0,05$ ). Szczegóły przedstawiono w Tabeli VI.

**Tabela VI. Wpływ dolegliwości związanych z astmą oskrzelową na utrzymanie prawidłowych relacji z rodziną czy znajomymi a płeć.**

Czy Pana(i) zdaniem dolegliwości związane z astmą oskrzelową mają wpływ na utrzymanie prawidłowych relacji z rodziną czy znajomymi?	kobieta		mężczyzna	
	N	%	N	%
Nigdy	15	19%	11	27%
Rzadko	40	50%	15	37%
Dość często	15	19%	8	20%
Bardzo często	7	8%	5	13%
Ostatnio zawsze	3	4%	1	3%
Razem	80	100	40	100

Częstość doświadczania negatywnych uczuć z powodu choroby była podobnie oceniana w grupie mężczyzn i kobiet ( $\chi^2_{(4)}=10,345$ ;  $p>0,05$ ).Szczegóły przedstawiono w Tabeli VII.

**Tabela VII. Doświadczenie negatywnych uczuć z powodu choroby a płeć.**

Jak często doświadczał(a) Pan/i negatywnych uczuć, takich jak przygnębienie, lęk, depresja z powodu swojej choroby?	kobieta		mężczyzna	
	N	%	N	%
Zawsze	6	8%	1	3%
Bardzo często	14	18%	4	10%
Często	21	26%	7	18%
Rzadko	33	40%	15	37%
Nigdy	6	8%	13	32%
Razem	80	100	40	100

Ocena zadowolenia ze swoich zdolności do pracy mimo dolegliwości związanych z chorobą nie zależała istotnie od płci badanych ( $\chi^2_{(4)}=9,433$ ;  $p>0,05$ ).Szczegóły przedstawiono w Tabeli VIII.

**Tabela VIII. Zadowolenie ze swoich zdolności do pracy mimo dolegliwości związanych z chorobą a płęć.**

Czy jest Pan(i) zadowolony(a) ze swoich zdolności do pracy mimo dolegliwości związanych z chorobą?	kobieta		męczyzna	
	N	%	N	%
Bardzo niezadowolony/a	9	11%	2	5%
Niezadowolony/a	22	28%	7	18%
Ani niezadowolony/a, ani zadowolony/a	20	25%	16	40%
Zadowolony/a	27	33%	13	32%
Bardzo zadowolony/a	2	3%	2	5%
Razem	80	100	40	100

Mocne lub bardzo mocne ograniczenia z powodu choroby w robieniu rzeczy, na które ma się ochotę odnotowało 20% kobiet i męczyzn. Prawie połowa kobiet przyznała, że ograniczenia te były dość znaczne (46%). W grupie męczyzn była to jedna piąta badanych. ograniczenia w małym stopniu lub w ogóle nie istniejące odnotowało 34% kobiet i 55% męczyzn.

Stopień ograniczeń w robieniu rzeczy na które ma się ochotę z powodu astmy istotnie zależał od płci ( $\chi^2_{(4)}=6,534; p>0,05$ ).Szczegóły przedstawiono w Tabeli IX.

**Tabela IX. Ocena ograniczeń w robieniu rzeczy, na które ma się ochotę a płęć.**

Czy dolegliwości związane z astmą ograniczają Pana(ą) w robieniu rzeczy, na które ma Pan(i) ochotę?	kobieta		męczyzna	
	N	%	N	%
W ogóle nie ograniczają	4	5%	6	15%
Ograniczają w małym stopniu	23	29%	16	40%
Dość znacznie ograniczają	37	46%	10	25%
Mocno ograniczają	13	16%	7	17%
Bardzo mocno ograniczają	3	4%	1	3%
Razem	80	100	40	100

Wpływ astmy na aktywne spędzanie czasu był podobnie oceniony zarówno przez kobiety jak i męczyzn ( $\chi^2_{(4)}=9,528; p>0,05$ ).Szczegóły przedstawiono w Tabeli X.

**Tabela X. Aktywne spędzanie czasu wolnego a płeć.**

Czy Pana(i) zdaniem dolegliwości związane z astmą oskrzelową mają wpływ na aktywne spędzanie czasu wolnego?	kobieta		mężczyzna	
	N	%	N	%
Nigdy	3	4%	2	5%
Rzadko	35	43%	20	50%
Dość często	24	30%	11	28%
Bardzo często	16	20%	7	17%
Ostatnio zawsze	2	3%	0	0%
Razem	80	100	40	100

Zarówno kobiety, jak i mężczyźni podobnie ocenili poziom swojej energii życiowej ( $\chi^2_{(4)}=16,870$ ;  $p>0,05$ ).Szczegóły przedstawiono w Tabeli XI.

**Tabela 3. Ocena energii życiowej a płeć.**

Czy ma Pan(i) wystarczająco dużo energii w życiu?	kobieta		mężczyzna	
	N	%	N	%
W pełni	6	8%	5	12%
Przeważnie	24	30%	17	43%
Umiarkowanie	26	32%	11	27%
Mało	17	21%	6	15%
Wcale	7	9%	1	3%
Razem	80	100	40	100

Ocena sprawności fizycznej w związku z posiadaną astmą oskrzelową było podobne oceniona zarówno przez kobiety, jak i mężczyzn ( $\chi^2_{(3)}=20,435$ ;  $p>0,05$ ).Szczegóły przedstawiono w Tabeli XII.

**Tabela XII. Ocena sprawności fizycznej w związku z posiadaną astmą oskrzelową a płeć.**

Jak Pan/i ocenia swoją sprawność fizyczną w związku z posiadaną astmą oskrzelową?	kobieta		mężczyzna	
	N	%	N	%
Bardzo dobrze	1	1%	1	3%
Dobrze	23	29%	17	43%
Dostatecznie	28	35%	11	27%
Słabo	28	35%	11	27%
Razem	80	100	40	100



Dolegliwości związane z chorobą nigdy lub rzadko sprawiały problem z podejmowaniem aktywności fizycznej u 35% kobiet i 65% mężczyzn. Dość często dolegliwości te miało 41% respondentek i 23% respondentów.

Stopień ograniczeń w podejmowaniu aktywności fizycznej z powodu choroby istotnie zależał od płci badanych ( $\chi^2_{(4)}=18,628$ ;  $p>0,05$ ). Szczegóły przedstawiono w Tabeli XIII.

**Tabela XIII. Podejmowanie aktywności fizycznej a płeć.**

Czy dolegliwości związane z chorobą pozwalają Panu(i) podejmować aktywność fizyczną?	kobieta		mężczyzna	
	N	%	N	%
Nigdy	4	5%	3	8%
Rzadko	24	30%	23	57%
Dość często	33	41%	9	23%
Bardzo często	10	13%	4	9%
Ostatnio zawsze	9	11%	1	3%
Razem	80	100	40	100

W grupie kobiet najczęściej podejmowanymi aktywnościami fizycznymi były spacer (34%), pielęgnowanie ogrodu (18%) i nornic walking (11%). Wśród mężczyzn była to jazda na rowerze (35%), trening na siłowni (20%) i spacer (18%).

Rodzaj podejmowanej aktywności fizycznej istotnie zależał od płci ( $\chi^2_{(6)}=7,395$ ;  $p>0,05$ ). Szczegóły przedstawiono w Tabeli XIV.

**Tabela XIV. Rodzaje podejmowanych aktywności a płeć.**

Jeśli tak, to jakiego rodzaju aktywność Pan(i) podejmuje?	Kobieta		mężczyzna	
	N	%	N	%
Trening na siłowni	2	3%	8	20%
Spacer	27	40%	7	18%
Jazda na rowerze	4	6%	14	34%
Pielęgnowanie ogrodu	14	21%	2	5%
Nordicwalking	9	13%	2	5%
Pływanie	5	8%	4	10%
Bieganie	6	9%	3	8%
Razem	67	100	40	100

Ocena jakości życia w chorobie nie zależała istotnie od płci badanych ( $\chi^2_{(4)}=16,420$ ;  $p>0,05$ ). Szczegóły przedstawiono w Tabeli XV.

**Tabela XV. Ocena jakości życia w chorobie a płeć.**

Jak ocenia Pan(i) swoją jakość życia biorąc pod uwagę chorobę?	kobieta		mężczyzna	
	N	%	N	%
Bardzo dobrą	2	3%	1	3%
Dobłą	33	41%	21	53%
Przeciętną	29	35%	14	34%
Złą	14	18%	4	10%
Bardzo złą	2	3%	0	0%
Razem	80	100	40	100

W grupie kobiet ze swojego stanu zdrowia niezadowolonych było 41%, przeciętnie zadowolonych 34%, a zadowolonych 25%. Wśród mężczyzn najwięcej było takich, którzy byli przeciętnie zadowoleni ze swojego stanu zdrowia, 37% było zadowolonych, a 18% niezadowolonych.

Stopień zadowolenia ze stanu zdrowia istotnie zależał od płci badanych ( $\chi^2_{(2)}=8,979$ ;  $p<0,05$ ). Szczegóły przedstawiono w Tabeli XVI.

**Tabela XVI. Zadowolenie ze stanu zdrowia a płeć.**

Czy jest Pan(i) zadowolony(a) ze swojego stanu zdrowia?	kobieta		mężczyzna	
	N	%	N	%
Zadowolona	20	25%	15	37%
Przeciętnie	27	34%	18	45%
Niezadowolona	33	41%	7	18%
Razem	80	100	40	100

Poczucie bezpieczeństwa w życiu codziennym było na podobnym poziomie w obu analizowanych grupach ( $\chi^2_{(4)}=15,421$ ;  $p>0,05$ ). Szczegóły przedstawiono w Tabeli XVII.

**Tabela XVII. Bezpieczeństwo w życiu codziennym a płeć.**

Jak bezpiecznie czuje się Pan(i) w swoim życiu codziennym?	kobieta		mężczyzna	
	N	%	N	%
Bardzo dobrze	1	1%	1	3%
Dość dobrze	35	44%	19	47%
Średnio	37	46%	17	42%
Mało	6	8%	3	8%
Wcale	1	1%		0%
Razem	80	100	40	100

Poczucie sensu życia było podobne w obydwu analizowanych grupach ( $\chi^2_{(2)}=6,311$ ;  $p>0,05$ ). Szczegóły przedstawiono w Tabeli XVIII.

**Tabela XVIII. Sens życia a płeć.**

Czy mimo chorowania na astmę oskrzelową i związanych z tym konsekwencji, czy uważa Pan(i), że Pani(a) życie ma sens?	kobieta		mężczyzna	
	N	%	N	%
Tak	57	71%	30	75%
Nie	4	5%	2	5%
Nie wiem	19	24%	8	20%
Razem	80	100	40	100

Zarówno w grupie mężczyzn, jak i kobiet większość posiadała marzenia ( $\chi^2_{(1)}=9,629$ ;  $p>0,05$ ). Szczegóły przedstawiono w Tabeli XIX.

**Tabela XIX. Posiadanie marzeń a płeć.**

Czy mimo chorowania na astmę oskrzelową i związanych z tym konsekwencji, ma Pan(i) marzenia?	Kobieta		mężczyzna	
	N	%	N	%
Tak	69	86%	35	87%
Nie	11	14%	5	13%
Razem	80	100	40	100

Do palenia papierosów przyznało się 9% kobiet i 40% mężczyzn. Obie grupy różniły się istotnie pod względem palenia papierosów ( $\chi^2_{(1)}=7,451$ ;  $p<0,05$ ). Szczegóły przedstawiono w Tabeli XX.

**Tabela 4. Palenie papierosów a płęć.**

Czy pali Pan(i) papierosy?	kobieta		męczyzna	
	N	%	N	%
Tak	7	9%	16	40%
Nie	73	91%	24	60%

## DYSKUSJA

Astma jako choroba o zasięgu cywilizacyjnym stanowi w dzisiejszych czasach poważny problem ogólnoświatowy. Jest chorobą, która może wystąpić w każdym wieku. Manifestuje się różnorodnością stanów klinicznych. Wspólną cechą wszystkich postaci astmy, niezależnie od czynników wywołujących, jest nadreaktywność oskrzeli. Skutkuje ona pojawianiem się różnych odpowiedzi organizmu na obojętny dla osoby zdrowej czynnik wywołujący [17]. Na astmę choruje na dzień dzisiejszy około 30% społeczeństwa. Choroba w znaczym stopniu upośledza jakość życia chorych, jak też ma ogromny wpływ na życie rodzinne, aktywność zawodową i społeczną [18].

Z przeprowadzonych badań wynika, iż raz lub dwa razy w ciągu ostatniego tygodnia z powodu astmy w nocy budziło się 37% badanych. Jeden na dziesięciu badanych zadeklarowało, że z powodu astmy miało w ciągu ostatniego tygodnia nieprzespane noce.

Ponadto na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, iż częstotliwość budzenia się w nocy z powodu choroby istotnie zależała od płci. Mianowicie częściej z powodu astmy w nocy budziły się kobiety.

Potwierdza się to także w badaniach przeprowadzonych przez Uchmatowicz i wsp., gdzie kobiety miały niższą jakość życia w stosunku do mężczyzn w badaniu kwestionariuszem [19].

Charakterystyczną cechą przebiegu astmy oskrzelowej jest jej nawrotowość. W niesprzyjających warunkach może dojść do przebudowy drzewa oskrzelowego oraz nieodwracalnych zmian [20].

W omawianych rozważaniach zbadano również ankietowanych pod względem uciążliwości objawów astmy po przebudzeniu. Aż 32% badanych deklaroowało, iż były to objawy ciężkie. Uciążliwość objawów astmy po przebudzeniu była częściej zgłaszana przez kobiety.

Objawy, takie jak duszność, kaszel, częste odkrztuszanie plwociny lub zła tolerancja wysiłku, mogą prowadzić do ograniczenia życiowej aktywności chorego [16].

Przekonanie pacjentów, iż z powodu astmy nie są zdolni do prowadzenia aktywnego trybu życia, jak też obawa przed występowaniem oraz nasileniem powysiłkowych objawów bardzo często prowadzą do ograniczenia przez nich aktywności fizycznej, co niekorzystnie wpływa na ich ogólny stan zdrowia czy też wydolność układu oddechowego [18].

Z przeprowadzonych badań wynika, iż w ciągu ostatniego tygodnia astma nie ograniczała aktywności tylko u prawie 20% badanych. Natomiast choroba ograniczała aktywność u 36% ankietowanych w stopniu znacznym. Choroba całkowicie ograniczyła aktywność u 8% badanych.

Stopień ograniczeń aktywności z powodu choroby istotnie zależał od płci badanych, gdyż kobiety częściej wskazywały na całkowite bądź znaczne ograniczenie.

Badania przeprowadzone przez Uchmatowicz i wsp. wykazały, iż mężczyźni chętniej niż kobiety korzystają z porad alergologa, co może polepszać jakość ich życia, gdyż w Poradni Alergologicznej są objęci edukacją na temat choroby. Może to też wynikać z ich lepszego poziomu wykształcenia, większego zainteresowania chorobą oraz własnym stanem zdrowia czy chęci poprawy jakości życia [19].

Objawy astmy najczęściej występują między północą, a ósmą godziną i mogą powodować bezsenność wśród osób z astmą. W rzeczywistości zaburzenia snu u osób z astmą zwykle oznaczają, że ich astma jest niewystarczająco kontrolowana oraz gwarantuje wizytę u lekarza w celu ponownej oceny zalecanych leków na astmę.

Zadowolonych i bardzoadowolonych ze swojego snu było 28% respondentów w niniejszej pracy. Zadowolenie na przeciętnym poziomie odczuwało 47% ankietowanych, a niezadowolonych było 23% osób w badanej próbie.

Dla prawidłowego funkcjonowania sfery psychicznej człowieka, ogromne znaczenie ma pomoc i wsparcie ze strony rodziny. Rodzina odgrywa niezastąpioną rolę w życiu każdego człowieka a zwłaszcza w chorobie. Brak wsparcia ze strony najbliższych, przyjaciół czy znajomych ma swoje przełożenie w przebiegu i procesie leczenia osoby chorej. Zatem utrzymanie stałych i poprawnych relacji w tych trudnych chwilach życia jest niezwykle ważne [16].

Na pytanie o to, czy dolegliwości związane z astmą oskrzelową mają wpływ na utrzymanie prawidłowych relacji z rodziną, czy znajomymi 1/3 badanych w niniejszej pracy odpowiadała twierdząco. Rzadko astma wpływała na tego typu kontakty u 46% badanych.

Poza tym, chory i jego rodzina muszą opanować umiejętność efektywnego radzenia sobie z atakami astmy oraz pełnym lękiem oczekiwaniem na ich wystąpienie. Rodziny powinny nauczyć się, jak żyć z chorobą i nie przyczyniać się do powstawania dodatkowych objawów [16].

Duszność i męczący kaszel, które charakteryzują astmę w znacznym stopniu mogą upośledzać jakość życia, a jej przewlekły charakter i uciążliwość objawów wpływają na wiele płaszczyzn życia. Są przyczyną wzrostu absencji chorobowej i dość częstej hospitalizacji w przypadku ciężkiej astmy [14].

Nieznacznie duszność odczuwało 33% ankietowanych. Natomiast 18% respondentów przyznało, że duszności z powodu astmy odczuwało bardzo znacząco. Duszności z powodu astmy dość znacznie odczuwała połowa kobiet.

Wyniki badań Weiner sugerują, iż kobiety chorujące na astmę zgłaszają więcej objawów choroby, stosują więcej leków oraz doświadczają gorszej jakości życia. Weiner uważa, że różnice w płci mogą występować z powodu silniejszego odczuwania przez kobiety objawów choroby, co może sugerować, że kobiety inaczej odczuwają napady duszności niż mężczyźni [cyt. za 19].

Niektóre symptomy, na przykład napadowa duszność lub krwiotłucie, mogą wywoływać nasilone stany lękowe związane z poczuciem zagrożenia życia, które istotnie pogarszają jakość życia pacjentów [16].

Dotychczasowe wyniki badań pacjentów chorych na depresję wykazały niemal w jednoznaczny sposób wpływ chorób somatycznych, głównie tych, które powodują utrzymywanie się przewlekłego bólu, zaburzeń snu, poczucia zależności od innych osób, ograniczenia samodzielnego funkcjonowania, w tym także obturacyjnych chorób płuc, na ujawnienie bądź nasilanie się stanów niepewności, obniżonego nastroju i lęku [17].

W grupie badanych pacjentów chorych na astmę oskrzelową, zauważono istnienie zależności pomiędzy nasileniem astmy oskrzelowej, a zaburzeniami depresyjnymi. Potwierdzają to również dostępne w literaturze wyniki badań z ostatnich lat [17].

Z analizy badań wynika, iż z powodu choroby negatywne uczucia (przygnębienie, lęk, depresja) zawsze dotyczą 6% badanych. Bardzo często i często uczuć tego typu doświadczało blisko 40% badanych.

Z przeprowadzonych badań przez Cieślak wynika, iż tylko 42,5% uczestników badania nie przeżywało wspomnianych nastrojów emocjonalnych. Natomiast połowa ankietowanych zmagała się z tego rodzaju stanami emocjonalnymi częściej [21].

Astma oskrzelowa może stanowić przeszkodę w realizacji różnych dążeń oraz powodować konieczność rezygnacji z niektórych celów życiowych bądź ich modyfikacji. Chociaż nie jest to zasadą, ogranicza zazwyczaj możliwości realizacji celów zawodowych, utrudniając rozwój zawodowy i awans, a czasami powodując przejście na rentę bądź wcześniejszą emeryturę. Chorzy najczęściej traci poczucie własnej godności oraz przydatności społecznej. Brak możliwości wykonywania pracy zarobkowej, a co się z tym wiąże, zagrożenie złą sytuacją finansową, nierzadko wpływa na pogorszenie [16].

Z analizy badań własnych wynika, iż ze swych zdolności do pracy bardzo niezadowolonych było 9% badanych. Niezadowolenie odczuwało 24% respondentów.

Prawie czterech na dziesięciu badanych przyznało, że przez chorobę odczuwało dość znaczne ograniczenia w robieniu rzeczy, na które ma ochotę. Mocne lub bardzo mocne ograniczenia z powodu astmy odczuwała 1/5 respondentów.

Stopień ograniczeń w robieniu rzeczy, na które ma się ochotę, z powodu astmy istotnie był zależny od płci. Mianowicie kobiety deklarowały w większym stopniu ograniczenia w robieniu rzeczy, na które mają ochotę.

Podobne sytuacja przedstawia się w badaniach przeprowadzonych przez Cieślak, mianowicie około 60% badanych przyznało, iż ból i inne dolegliwości związane z astmą dość znacznie ograniczały ich w robieniu tego, na co mieli ochotę [21].

Ponadto, połowa ankietowanych potwierdziła wpływ astmy oskrzelowej na spędzanie wolnego czasu według. Z kolei 1/3 badanych przyznała, iż z powodu astmy ma niewiele albo wcale energii do życia.

Prawidłowo leczona astma pozwala choremu na normalną aktywność fizyczną, w tym również na wykonywanie ćwiczeń fizycznych i uprawianie sportów. Jak powszechnie widać na zawodach wielu sportowców choruje na astmę i osiąga imponujące rezultaty niezależnie od dziedziny sportu. Należy jednak pamiętać, że nasilenie objawów astmy w trakcie wysiłku fizycznego występuje u większości chorych na astmę [22].

Ponad 1/3 badanych oceniła swoją aktywność fizyczną jako słabą. Tyle samo ankietowanych swoją aktywność fizyczną oceniło dobrze.

Dolegliwości związane z chorobą rzadko pozwalały podjąć aktywność fizyczną u prawie 40% badanych. Z kolei dość często na aktywność fizyczną pomimo astmy mogło pozwolić sobie ponad 1/3 ankietowanych.

Stopień ograniczeń w podejmowaniu aktywności fizycznej z powodu choroby istotnie zależał od płci badanych. Na większe ograniczenia w tym zakresie wskazywały kobiety.

W literaturze podkreśla się, że między grupą mężczyzn i kobiet, istnieją istotnie statystycznie różnice w subiektywnych ocenach jakości życia [19].

Badani podejmujący aktywność fizyczną najczęściej wybierali spacer (1/3), a także jazdę na rowerze i pielęgnowanie ogrodu.

Mimo ogromu dolegliwości spowodowanych stanem chorobowym, prawie połowa badanych jakość swojego życia w chorobie oceniła dobrze lub bardzo dobrze (prawie połowa badanych).

Podobne wyniki badań osiągnięto w badaniu Cieślik, gdzie 40% respondentów było zadowolonych ze swej jakości życia [21].

Z badanych przedstawionych przez Cieślik, iż 40% badanych nie było zadowolonych ze swojego stanu zdrowia, zaś odmiennego zdania było 30% respondentów [21].

Podobnie sytuacja przedstawia się w badaniach własnych. Mianowicie ze swojego stanu zdrowia zadowolonych było 29% badanych, natomiast jedna trzecia respondentów była niezadowolona ze stanu swojego zdrowia.

Stopień zadowolenia ze stanu zdrowia istotnie zależał od płci badanych, gdyż ponad 40% kobiet była niezadowolona ze swego stanu zdrowia.

Ponadto z przeprowadzonych badań własnych można wywnioskować, iż w swoim życiu codziennym dość lub bardzo bezpiecznie czuło się prawie połowa (47%) ankietowanych - mimo choroby.

Badając sferę emocjonalną i psychiczną badanych stwierdzono, że 3/4 badanych mimo choroby uważało, że życie ma sens.

Powyższe wyniki odnośnie sensu życia stwierdzono w badaniach Cieślik, gdyż około 1/3 badanych uznało, że ich życie miało niewielki sens albo wcale [21].



Optymistycznym akcentem kończącym rozważania na temat wyników badań dotyczących jakości życia osób z astmą oskrzelową, jest stwierdzenie, iż 87% ankietowanych nie bało się nadal mieć marzenia.

Tytoń jest jednym z czynników, który niekorzystnie wpływa na rokowania choroby. Palenie tytoniu może działać alergizująco, ponieważ dym tytoniowy uszkadza nabłonek oskrzeli i upośledza miejscowe mechanizmy obronne co prowadzi do znacząco gorszego przebiegu astmy u chorych palących papierosy [19].

Z przeprowadzonych badań wynika, iż papierosy paliło 9% kobiet i 40% mężczyzn. A mimo to w przeprowadzonych badaniach, u mężczyzn stwierdzono lepszą jakość życia w astmie oskrzelowej.

Nowoczesne leczenie astmy pozwala obecnie na jej skuteczne kontrolowanie u większości chorych. Jednakże nadal zauważalny jest niedostateczny zasób wiedzy na temat astmy u niektórych pacjentów oraz niestosowanie się do zaleceń lekarskich, co znacząco wpływa na sposób kontrolowania astmy u chorego i tym samym na obniżenie jakości życia [21].

## **WNIOSKI**

1. Blisko połowa respondentów jakość swojego życia oceniła dobrze lub bardzo dobrze.
2. Kobiety odnotowały niższą jakość życia od mężczyzn. Zaobserwowano statystycznie istotne różnice między przeciętną liczbą punktów uzyskanych przez kobiety i mężczyzn w następujących domenach:
  - częstotliwość budzenia się w nocy
  - uciążliwość objawów astmy po przebudzeniu istotnie
  - ogólnym ograniczeniu aktywności
  - duszności
  - stopniu ograniczeń w robieniu rzeczy, na które ma się ochotę
  - aktywne spędzanie czasu
  - stopniu ograniczeń w podejmowaniu aktywności fizycznej
  - rodzaju aktywności
  - stopniu zadowolenia ze stanu zdrowia.

3. Lęk i depresja towarzyszyły zawsze 6% chorych, zaśbardzo często i często uczuć tego typu doświadczało blisko 40% badanych.
4. Około 2/3 ankietowanych przyznało, że przez chorobę odczuwało dość znaczne lub bardzo mocne ograniczenia z powodu astmy.
5. Ponad połowa ankietowanych potwierdziła wpływ astmy oskrzelowej na spędzanie wolnego czasu.
6. Niezadowolonych ze snu było ¼ badanych, którzy z powodu choroby w ciągu ostatniego tygodnia mieli nieprzespane noce.

## PIŚMIENNICTWO

1. Chałubiński M., Kowalski M.: Znaczenie procesów angiogenezy w patofizjologii astmy oskrzelowej. *Alergologia Astma Immunologia*, 2017, 22(1), 12-16.
2. Hill V. L., Wood P. R.: Epidemiologia, patofizjologia oraz wstępna diagnostyka astmy oskrzelowej. *Pediatrics po Dyplomie*, 2010, 4(14), 45-50.
3. Kupryś-Lipińska I.: Klasyfikacja astmy [w:] Raport. Astma ciężka. Sytuacja pacjentów w Polsce, Dombrowiecki P., Kupryś-Lipińska I., Łęcka D. (red.). Wydawnictwo Novartis i Polska Federacja Stowarzyszeń Chorych na Astmę, Alergię i POCHP, Warszawa 2015, 9-72.
4. Agache I., Akdis C., Jutel M. i wsp.: Untangling asthma phenotypes and endotypes. *Allergy*, 2012, 67, 835-846.
5. Krenke R.: Astma oskrzelowa – aktualny stan wiedzy. *Medycyna i Pasje*, 2009, 4, 2-11.
6. Mantero M., Blasi F.: Algorytmy diagnostyczne i terapeutyczne w chorobach płuc, WydawnictwoEdra Urban & Partner, Wrocław 2017, 84-85.
7. Panaszek B.: Trudności diagnostyczne i terapeutyczne u chorych na astmę z zaburzeniami funkcji poznawczych. *Psychogeriatrics*, 2008, 5(3), 148 - 152.
8. Kuś J. Astma oskrzelowa [w:] Choroby układu oddechowego, Rowińska -Zakrzewska E., Kusia J. (red.). Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2004, 181-197.
9. Kusz K., Szkulmowski Z.: Oddychanie. Klatka piersiowa. Wydawnictwo UNI – DRUK, Bydgoszcz – Poznań 2008, 145.
10. Krenke R., Chazan R.: Astma oskrzelowa – aktualny stan wiedzy. *Medycyna i Pasje*, 2009, 4, 2-6.

11. Zuśka-Prot M., Jaroszewski J. J., Maślanka T.: Udział komórek regulatorowych oraz wybranych cytokin w patogenezie astmy oskrzelowej. *Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej*, 2016, 70, 668-677.
12. Kowal A.: Astma [w:] *Alergologia*, Pawliczak R. (red.). Wydawnictwo Termedia, Poznań 2018, 119-144.
13. Balińska-Miśkiewicz W.: Diagnostyka i leczenie astmy oskrzelowej u osób dorosłych. *Terapia i Leki*, 2009, 11(65), 793 - 893.
14. Komorowski J.: Epidemiologia astmy w Polsce w oparciu o wyniki badania ECAP. *Praca Doktorska*, Warszawa 2012, 13-24.
15. Fabisiewicz A., Kalicki B., Grad A. i wsp.: Astma a dym tytoniowy. *Pediatrics i Medycyna Rodzinna*, 2009, 5(2), 98-101.
16. Lewandowska K., Kuziemski K., Górski L. i wsp.: Jakość życia u chorych na astmę oskrzelową. *Polska Medycyna Paliatywna*, 2006, 5(2), 71-75.
17. Gomułka K., Szczepaniak W.: Problem depresji u chorych na astmę oskrzelową. *Pneumonologia Alergologia Polska*, 2012, 80(4), 317 - 322.
18. Ziętkowski Z., Skiepmo R., Skiepmo U. i wsp.: Ocena poziomu i rodzaju aktywności fizycznej pacjentów z astmą. *Alergoprofil*, 2013, 9(2), 26-31.
19. Uchmanowicz B., Panaszek B., Uchmanowicz I.: Ocena jakości życia zależna od zdrowia chorych na astmę oskrzelową mierzona kwestionariuszem SF-36. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2013, 3(2), 93-99.
20. Grzywa-Celińska A., Lachowska-Kotowska P., Prystupa A. i wsp.: Astma i stan astmatyczny w codziennej praktyce lekarskiej. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2013, 4(19), 397-402.
21. Cieślak A.: Analiza jakości życia chorych na astmę oskrzelową. *Studia Medyczne*, 2012, 26(2), 39-47.
22. Witkiewicz I.: Aktywność fizyczna u chorych na astmę. <https://www.mp.pl/pacjent/astma/lista/75818,aktywnosc-fizyczna-u-chorych-na-astme>; pobrano dnia 30 kwietnia 2019.

## **PRESJA CZASU W WYKONYWANIU CZYNNOŚCI ZAWODOWYCH NA PRZYKŁADZIE SYSTEMU RATOWNICTWA MEDYCZNEGO**

**Ewa Wiśniewska<sup>1</sup>, Tomasz Rosiński<sup>2</sup>, Krzysztof Malinowski<sup>3</sup>**

1. Zakład Pielęgniarstwa i Kształcenia Podyplomowego, Państwowa Uczelnia Zawodowa im. I. Mościckiego w Ciechanowie
2. Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie
3. Zakład Pomocy Doraźnej, Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie

### **WSTĘP**

System ratownictwa medycznego utworzony został w celu pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego [1]. W nagłych zdarzeniach, w których są osoby poszkodowane najważniejszym czynnikiem jest czas. Szybkość udzielenia pomocy bardzo często decyduje o zdrowiu lub życiu. W ratownictwie medycznym, aby pomoc była jak najbardziej skuteczna, stworzone są pewne zasady i algorytmy postępowania, które są znane na całym świecie i są wyznacznikiem skuteczności ratownictwa medycznego. Wyznacznikami algorytmów są zasady związane z presją czasu - łańcuch przeżycia, złota godzina, platynowe minuty i triage [2]. Konieczność podejmowania szybkich decyzji wśród pracowników systemu powoduje silne obciążenie w sferze psychicznej [3, 4]. Negatywne odczucia w procesie pracy są związane z naruszeniem poczucia bezpieczeństwa. Poczucie zagrożenia może być analizowane w kilku aspektach. Pierwszy element to dyskomfort wewnętrzny związany z obawą o potencjalne zagrożenie i wyobrażaniem sobie niebezpieczeństwa, które może wystąpić oraz napięcie związane z występowaniem realnego zagrożeniem. Kolejny rodzaj napięcia jest związany z dążeniem do uniknięcia niebezpieczeństwa na poziomie behawioralnym, związany z czynnościami kontrolnymi i zaniechaniem ryzykownych działań [5]. Ponadto praca w systemie ratownictwa medycznego niezmiennie wiąże się z konfrontacją z ludzkim cierpieniem oraz ze śmiercią. Ratownicy pracują pod ciągłą presją, obok walki z czasem, niejednokrotnie muszą zmagać się również ze świadkami zdarzenia, a niekiedy z samymi poszkodowanymi. Zdarzają się także momenty, gdy muszą oni podjąć niełatwą decyzję o braku szans na uratowanie ludzkiego życia i odstąpieniu od resuscytacji.

Może to powodować u nich ciągły lęk przed odpowiedzialnością oraz dylematy moralne czy religijne [6]. W tej pracy stres jest elementem stałym. Długotrwały wpływ wyżej wymienionych czynników w konsekwencji może prowadzić do zaburzeń somatycznych takich jak: choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, otyłość, zespoły bólowe głowy i migreny, zaburzenia rytmu serca i wiele innych. W sferze psychicznej czynniki stresogenne mogą prowadzić do depresji, sięgania po używki i uzależnienia, wycofanie społeczne, zaburzenia lękowe oraz nawet do wystąpienia zespołu stresu pourazowego, który może przejść we wtórny zespół stresu pourazowego [7]. Pracownicy systemu ratownictwa medycznego ze względu na rodzaj wykonywanej pracy jest również bardziej niż inne specjalności, narażony na wystąpienie zespołu wypalenia zawodowego, którego konsekwencją może być popełnianie błędów [8]. Wypalenie jest zjawiskiem, którego objawami może być wyczerpanie emocjonalne i psychofizyczne, depersonalizacja podmiotów interakcji zawodowej, obniżenie satysfakcji z wykonywanej pracy. Przyczynami może być duża odpowiedzialność za wykonywane zadania i wysokie natężenie tempa pracy [9].

## **CEL BADAŃ**

Celem pracy było zbadanie znaczenia presji czasu w wykonywaniu czynności zawodowych w systemie ratownictwa medycznego w aspekcie obciążeń psycho-fizycznych pracowników systemu ratownictwa medycznego oraz jakości wykonywanej pracy.

## **MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ**

W badaniach udział wzięło 100 respondentów, z których 74% stanowiły kobiety, a 36% mężczyźni. Ankietowani byli zróżnicowani pod względem wiekowym. Największą grupę (65%) stanowiły osoby w wieku od 25 do 34 lat, natomiast najmniejszą (6%) stanowiły osoby w wieku do 55 do 65 lat. Kolejną zmienną socjogeograficzną różnicującą osoby badane było miejsce zamieszkania. Dwadzieścia procent (20%) ankietowanych to osoby zamieszkujące wieś, 36% zamieszkuje miasto z liczbą mieszkańców nie przekraczającą 50 tysięcy, a pozostałe 44% to osoby, które mieszkają w mieście liczącym powyżej 50 tysięcy mieszkańców. Narzędziem był autorski kwestionariusz ankiety. Badaniom zostali poddani pracownicy systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, którzy pracują w szpitalnych oddziałach ratunkowych, zespołach ratownictwa medycznego, śmigłowcowych służbach ratownictwa medycznego oraz centrach powiadamiania ratunkowego. Badania były prowadzone w 2019r.

## WYNIKI

Badaniami objęto dwa aspekty związane z presją czasu – obciążenie psycho-fizyczne pracowników związane z szybkim tempem pracy oraz jego wpływ na jakość wykonywanych czynności zawodowych. Zdecydowana większość osób badanych (92%) uważała, że osoby pracujące pod presją czasu są bardziej narażone na obciążenia psycho-fizyczne niż inni pracownicy służby zdrowia. Tylko 5% uważało, że presja czasu nie wpływa na obciążenia, a 3% nie miało żadnego zdania na ten temat. W badaniach respondenci zostali poproszeni o dokonanie oceny uciążliwości poszczególnych czynników szkodliwych (w skali 1-3). Jeżeli chodzi o obciążenia psychiczne to najczęściej liczb 3 (63 %) zaznaczono przy konfrontacji z ludzkim cierpieniem i śmiercią, kolejno były to: konfrontacja z rodzinami poszkodowanych (58%), konieczność szybkiego podejmowania ważnych decyzji (52%), podejmowanie decyzji o odstąpieniu od czynności ratujących życie (48%) i nieprzewidywalność sytuacji zawodowych (46%) (Tabela I).

**Tabela I. Rodzaj sytuacji obciążającej psychikę pracownika.**

Rodzaj sytuacji *	1- małe obciążenie	1	2	3
	2- średnie obciążenie	%	%	%
	3- duże obciążenie			
Konfrontacja z ludzkim cierpieniem i śmiercią		11	26	63
Konfrontacja z rodziną poszkodowanego/ Poszkodowanych		4	38	58
Podejmowanie decyzji o odstąpieniu od czynności ratujących życie		12	40	48
Nieprzewidywalność sytuacji zawodowych		11	43	46
Konieczność szybkiego podejmowania ważnych decyzji		11	37	52
<b>RAZEM</b>		<b>49</b>	<b>184</b>	<b>267</b>

\*Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru

W kolejnym pytaniu ankietowani byli poproszeni o wymienienie jednej rzeczy/sytuacji, która najbardziej wywołuje u nich strach, stres lub zdenerwowanie w pracy (Tabela II). Odpowiedzi były odmienne, najczęściej jednak podawana była śmierć i cierpienie (29%) oraz praca pod presją (17%).

**Tabela II. Sytuacje, które są źródłem stresu.**

Rodzaj sytuacji	%	Rodzaj sytuacji	%
Praca pod presją czasu	17	Traumatyczność sytuacji	2
Nieprzewidywalność w pracy	6	Braki kadrowe	1
Śmierć i cierpienie	29	Zła organizacja pracy	3
Bezpodstawne wezwania	8	Młody wiek poszkodowanych (dzieci, młodzież)	9
Niskie zarobki	2	Zła organizacja pracy	2
Agresja ze strony poszkodowanych i świadków	7	Duża odpowiedzialność zawodowa	5
Bezsilność, brak możliwości uratowania pacjenta	5	Konflikty między personelem	3

W badaniach respondenci wskazali algorytmy postępowania w stanach zagrożenia życia jako sposób zmniejszający stres. Według 78% badanych stosowanie algorytmów przyspiesza wykonywanie czynności medycznych, 8% nie zgadzało się z tym twierdzeniem, a 14% nie umiało udzielić jednoznacznej odpowiedzi. Podobnie przedstawiało się zdanie respondentów na temat gwarantowania kompleksowości czynności ratowniczych poprzez stosowanie algorytmów postępowania. Tylko 6% uważało, że stosowanie algorytmów nie ma wpływu na kompleksowość, 16% nie udzieliło jednoznacznej odpowiedzi, a pozostałe 78% odpowiedziało twierdząco na pytanie. Stosowanie algorytmów postępowania w sytuacji zagrożenia życia dawało, aż 79 osobom spośród badanych, poczucie bezpieczeństwa. Według 9 osób algorytmy nie miały wpływu na ich poczucie bezpieczeństwa, a 12 osób nie udzieliło jednoznacznej odpowiedzi. Ankietowani również w większości (81%) uważali, że stosowanie algorytmów postępowania ułatwia im pracę, tylko 6% respondentów twierdziło przecząco. Respondenci zostali zapytani również o zasady „złotej godziny” i „łańcucha przeżycia”. Tylko 10% ankietowanych udaje się zawsze w swojej pracy zrealizować ich zasady, 42% ankietowanym udaje się to w większości przypadków, 36% w połowie przypadków, a 12% przyznaje się, że bardzo rzadko udaje im się zrealizować zasady „złotej godziny” i „łańcucha przeżycia” w swojej pracy (Tabela III).

**Tabela III. Przyczyny niezrealizowania zasad "złotej godziny" i "łańcucha przeżycia".**

<b>Przyczyny niezrealizowania zasad "złotej godziny" i "łańcucha przeżycia"</b>	<b>%</b>
Brak reakcji świadków zdarzenia w tym wezwania pogotowia i podjęcia RKO, duża ilość „gapiów”	36
Długi czas dotarcia na miejsce zdarzenia, duża odległość od szpitala, utrudniony dojazd, brak wolnego ZRM	30
Długie oczekiwanie na badania w SOR, brak personelu w szpitalu, brak sprzętu, brak organizacji oraz chaos w placówkach zdrowia	14
Mała liczba personelu na miejscu zdarzenia w stosunku do osób poszkodowanych, rozległość obrażeń, ciężki stan pacjenta	9
Brak dobrej komunikacji pomiędzy członkami zespołu; pomiędzy członkami zespołu, a SOR-em; pomiędzy SOR-em, a personelem oddziałów diagnostycznych	11
<b>RAZEM</b>	100

Na pytanie „Czy zdarzyła się Pani/u podczas wykonywania czynności ratunkowych sytuacja, w której stosowanie się do ujednoczonych zasad postępowania i algorytmów medycznych ewidentnie wpłynęło na uratowanie komuś życia?” tylko jedna osoba twierdziła, że nigdy, natomiast 25% uważało, że zawsze. Analizując odpowiedzi na pytania dotyczące znaczenia stosowania algorytmów medycznych podczas wykonywania czynności zawodowych pod presją czasu można stwierdzić, że dla większości respondentów stosowanie algorytmów w pracy daje dużo korzyści. Niestety w wielu przypadkach, z powodu różnych czynników, nie jest możliwe zastosowanie określonych zasad postępowania i algorytmów medycznych. Kolejna seria pytań dotyczyła wpływu pośpiechu podczas wykonywania czynności na jakość wykonania. Według 83% respondentów presja czasu ma wpływ na jakość wykonywanych czynności, a tylko 11% miało zdanie przeciwne, „nie mam zdania” odpowiedziało 6%. Zdecydowana większość osób (78%) przyznała się, że zdarzyło jej się pod presją czasu ominąć obowiązujące procedury medyczne, w tym 59% zrobiło to tylko raz lub kilka razy, a 19% wiele razy. Pozostałe 22% osoby nigdy nie ominęły obowiązujących procedur. Tylko 40% osób badanych deklaroowało, że nigdy nie popełniło przez pośpiech błędu podczas wykonywania czynności medycznych, 54% ankietowanych taki błąd popełniło raz lub kilka razy, natomiast



6% zdarzyło się to wiele razy. W sytuacji popełnienia błędu w 15% przypadków pogorszyło to stan zdrowia pacjenta. Kolejne pytanie było pytaniem otwartym, w którym respondenci mieli wymienić kilka najczęstszych błędów spowodowanych wykonywaniem czynności medycznych pod presją czasu (Tabela IV).

**Tabela IV. Najczęstsze błędy spowodowane wykonywaniem czynności medycznych pod presją czasu.**

Najczęstsze błędy spowodowane wykonywaniem czynności medycznych pod presją czasu	%
Błędy w dokumentacji	12
Ekspozycje zawodowe	14
Brak intymności pacjenta	3
Nieprzestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki	11
Błędy dotyczące podawania leków	22
Źle przeprowadzony wywiad i badanie wstępne	28
Nieopanowanie emocji	3
Pomylenie pacjentów	5
Niedokładne wykonywanie czynności medycznych	2
Źle podjęte decyzje terapeutyczne	5
Mechaniczne wykonywanie czynności z pominięciem sfery emocjonalnej	4
Omijanie procedur	9
Niedbanie o własne bezpieczeństwo	2
Nie wiem	5

Ostatni aspekt pracy poruszał zagadnienie presji czasu jako czynnika stanowiącego zwiększone ryzyko wystąpienia ekspozycji zawodowej. Prawie wszyscy ankietowani uważali, że presja czasu niesie większe ryzyko wystąpienia ekspozycji zawodowej. Respondenci zdają sobie sprawę ze zwiększonego ryzyka wystąpienia ekspozycji, co przekłada się na wyniki kolejnego pytania. Tylko 3% ankietowanych, w niektórych sytuacjach zapomina o swoim bezpieczeństwie nie stosując się do zasad bezpieczeństwa i nie używając środków ochrony osobistej, 52% badanych zawsze używa rękawiczek i przestrzega zasad bezpieczeństwa, a 45% stara się zawsze stosować do tych zasad i używa rękawiczki ochronne (Tabela V).

**Tabela V. Stosowanie się do zasad bezpieczeństwa i stosowanie środków ochrony osobistej.**

<b>Stosowanie się do zasad bezpieczeństwa i używanie środków ochrony osobistej</b>	<b>%</b>
Tak, zawsze używam rękawiczek i wg. potrzeby fartuch, maseczkę, okulary oraz działam zgodnie z zasadami bezpieczeństwa	52
Tak, staram się działać zgodnie z zasadami bezpieczeństwa i stosuję rękawiczki	45
Nie, w niektórych sytuacjach zapominam o swoim bezpieczeństwie i środkach ochrony osobistej	3
<b>RAZEM</b>	100

Według większości ankietowanych (82%) pracownicy PRM pracujący pod presją czasu najczęściej narażeni są na zakłucia i skaleczenia, a pozostałe osoby (18%) uważa, że częściej zagrażać może kontakt błon śluzowych z wydzielinami pacjenta. Spowodowane pośpiechem ekspozycje zawodowe wśród osób ankietowanych pracujących w systemie są dość częstym zjawiskiem, 23% osób doznało ekspozycji zawodowej raz, natomiast 19% osób kilka razy.

## **DYSKUSJA**

Pracownicy systemu ratownictwa medycznego pełnią swoje funkcje zawodowe na dużym obszarze działań m.in. domy pacjentów, tereny użyteczności publicznej, pasy ruchu drogowego i inne miejsca, gdzie dochodzi do stanu zagrożenia zdrowia i życia. Powoduje to duży poziom nieprzewidywalności zdarzeń ora szereg zagrożeń natury fizycznej, biologicznej i psychologicznej. Długotrwała ekspozycja na stres, działanie pod presją czasu, odpowiedzialność oraz trudność i złożoność sytuacji psychologicznej są częstym elementem pracy [10]. W przedstawianych badaniach częstym źródłem stresu była praca pod presją czasu (17%), przy czym ogólnie obciążenia psychiczne przez największy procent ankietowanych zostały ocenione jako bardzo uciążliwe. Do najbardziej uciążliwych (czyli z największą ilością przyporządkowanych w skali liczb 3 - bardzo uciążliwe) według respondentów należała konfrontacja z ludzkim cierpieniem i śmiercią (63%), konfrontacja z rodzinami poszkodowanych (58%), nieprzewidywalność sytuacji zawodowych (46%) oraz konieczność szybkiego podejmowania ważnych decyzji (52%).

W badaniach przytoczonych przez Rasmusa R. [11], najczęściej wskazywanymi przyczynami stresu jest agresja ze strony pacjentów (85,9%), niebezpieczne warunki pracy (54,3%) oraz bezsilność w trakcie czynności ratunkowych (50%). Według 83% respondentów presja czasu wpływa na jakość wykonywanych czynności. Świadczyć o tym może fakt, że znacznej większości osób badanych (78%) zdarzyło się ominąć choć raz obowiązujące procedury z powodu pośpiechu, z tego 59% badanych zrobiło to tylko raz lub kilka razy, a 19% wiele razy. Nieznacznej połowie ankietowanych (60%) z powodu szybkiego tempa pracy popełniło błąd. Z tego w 9% przypadkach błąd ten spowodował pogorszenie stanu zdrowia pacjenta. Do trzech najczęstszych błędów według ankietowanych należy nieprzestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki, źle przeprowadzony wywiad i badanie wstępne. Innym aspektem szybkiego tempa pracy jest możliwość urazów i wypadków. Stres, praca na nieznanym terenie, często przy zmiennych warunkach atmosferycznych sprzyja brakowi zachowania ostrożności, nieprzestrzegania procedur, niestosowaniu indywidualnych środków ochrony osobistej [10]. Podobne zagrożenia w zawodach medycznych są akcentowane w innych grupach zawodowych.

W badaniach prowadzonych w grupie 200 pielęgniarek podmiotów działalności leczniczej województwa lubelskiego w ocenie uciążliwości czynników wywołujących stres obok obcowania z cierpieniem, odpowiedzialności za zdrowie i życie drugiego człowieka, pojawia się konieczność podejmowania szybkich decyzji oraz konieczność zachowania czujności, kontroli dokładności w sytuacjach szczególnie trudnych. W przytaczanych badaniach respondenci podkreślają znaczenie wśród czynników stresogennych – nadmierne wymagania jakościowe w pracy, pracę pod presją czasu oraz nadmiar obowiązków [12].

Sytuację dużego narażenia w systemie ochrony zdrowia potwierdzają też raporty Państwowej Inspekcji Pracy, gdzie najczęściej zgłaszanymi stresorami obok wysiłku fizycznego i kontaktów z innymi ludźmi (15,1%), konflikty (13,2%) jest pośpiech (12,65%) [13].

W badaniach przedstawianych przez Najder A. analizowane były najczęściej stresujące cechy pracy - obok tych ocenianych najwyżej – ekstremalne i nieprzewidywalne reakcje ludzkie (80%) i obciążenia emocjonalnego (78%), pojawia się gotowość do szybkiego reagowania (77%), konieczność długotrwałej koncentracji uwagi (76%). W sytuacjach trudnych, które są źródłem stresu ważne jest postępowanie zgodnie z zasadami. Algorytmy medyczne pozytywnie wpływają na wykonywanie pracy pod presją czasu, ułatwiając ją.

Badania ukazały, że według znaczącej większości osób badanych stosowanie algorytmów medycznych przyczyniało się do przyspieszenia wykonywanych czynności medycznych (78%), gwarantowało kompleksowość czynności ratowniczych (78%) oraz dawało personelowi poczucie bezpieczeństwa (79%). Przeważająca część respondentów (81%) uważała również, że stosowanie algorytmów medycznych ułatwia im pracę. Stosowanie segregacji medycznej „triage” zostało pozytywnie ocenionych przez 87% ankietowanych, a tylko 4% uważało, że stosowanie jej traktuje poszkodowanych przedmiotowo. W przypadku innych ankietowanych stosowanie tych zasad przyczyniło się do uratowania życia kilka razy (11%), wiele razy (63%), a nawet zawsze (25%).

Stres jest nieodłącznym elementem pracowników systemu, który wpływa na życie pracowników systemu. Reakcje na sytuacje stresujące są różnorodne. W badaniach przeprowadzonych na 92 osobowej grupie ratowników – wskazywano obojętność (55,4%), drażliwość lub wybuchy gniewu ((44,6%), reakcje fizjologiczne takie jak brak apetytu, zmęczenie, ból głowy (28,3%) [13]. Pracownicy systemu wracają myślami do stresujących sytuacji co najmniej raz w tygodniu (40,2%), lub kilka razy w miesiącu (37%), 14% zmaga się z trudnymi wspomnieniami codziennie. Pojawia się natręctwo wspomnień (37,6%) oraz pogorszenie samopoczucia (28,2%). Środowisko zawodowe pracowników systemu ratownictwa medycznego podnosi temat braku systemowej pomocy psychologicznej. Trudne emocjonalnie sytuacje, ponadnormatywne liczby godzin pracy oraz brak zatrudnienia psychologa w zespole powoduje, że następstwa obciążeń psycho-fizycznych są duże. W połączeniu z brakiem testów psychologicznych na etapie wyboru zawodu, pozwalających na weryfikację predyspozycji do wykonywania czynności ratunkowych, tworzy realny problem [14]. Często pomoc psychologiczna jest udzielana tylko w ramach Buddy system, czyli wsparcia koleżeńskiego [15].

## **WNIOSKI**

1. Presja czasu jest elementem, które ma duże znaczenie w grupie czynników powodujących obciążenia psycho-fizyczne pracowników w systemie ratownictwa medycznego.
2. Specyfika pracy związana z szybkim tempem pracy oraz trudnymi warunkami pracy wymaga wsparcie psychologicznym pracowników systemu ratownictwa medycznego.

## PIŚMIENNICTWO

1. Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006. Dz.U. 2006 Nr 191, poz.1410.
2. Nadolny K., Kucap M., Szwedziński P.: Organizacja logistyczna dużych akcji ratowniczych. *Na Ratunek*, 2013, 5, 56 – 61.
3. Romanowska – Słomka I.: Ocena ryzyka zawodowego ratownika medycznego. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2011, 46(4), 437 – 441.
4. Kapler M.: Zawód: ratownik medyczny. *Na Ratunek*, 2014, 4, 43 – 46.
5. Stasiela-Sieradzka M., Chudzicka-Czupała A., Grabowski D., Dobrowolska M.: Ocena środowiska pracy i poczucie zagrożenia a nasilenie stresu w pracy wysokiego ryzyka – propozycje interwencji organizacyjnej. *Medycyna Pracy*, 2018, 69 (1), 45-58.
6. Zawadzki D., Ostrowski S.: W obliczu śmierci – etyczne problemy resuscytacji. *Na Ratunek*, 2015, 5, 62 – 65.
7. Kosydar – Bochenek J., Ozga D., Woźniak K., Migut M., Lewandowski B., Burdzy D.: Stres traumatyczny w pracy ratowników medycznych. *Przegląd Epidemiologiczny*, 2017, 71(4), 639 – 645.
8. Janczewska E., Szemis Ł., Truszczyński Z.: Wypalenie zawodowe wśród pracowników ratownictwa medycznego. *Na Ratunek*, 2014, 1, 48 – 51.
9. Wąchała-Glinka G., Zawód ratownika medycznego a wypalenie zawodowe. *Na Ratunek*. 2018, 6, 56-57.
10. Fedorczyk W., Pawlas K.: Ryzyko zawodowe w pracy ratownika medycznego, *Hygiea Public Health*, 2011, 46(4) 431-443.
11. Rasmus P., Kundera S., Lipert A., Machała W.: Wpływ traumatycznych wydarzeń na życie pracowników systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. *Anestezjologia i Ratownictwo*, 2018, 12, 386-392.
12. Kędra E., Nowocien M.: Czynniki stresogenne a ryzyko wypalenia zawodowego w pracy pielęgniarek, *Pielęgniarstwo Polskie*, 2015, 3 (57), 293-305.
13. Najder A., Potocka A.: Psychospołeczne zagrożenia zdrowotne i ich związek ze zdrowiem oraz funkcjonowaniem zawodowym pracowników ochrony zdrowia. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2015, 3 (57), 313-320.

14. Jałuszewska S., Rut M., Rut A., Hebel K.: Style radzenia sobie ze stresem wśród ratowników medycznych i studentów ratownictwa medycznego. *Pomeranian Journal of Life Sciences*, 2017, 63 (4), 62-66.
15. Wypych M.: Buddy system – koleżeńska pierwsza pomoc psychologiczna w Państwowym ratownictwie Medycznym. *Na Ratunek*, 2019, 4, 7-9.

---

**ROZDZIAŁ II**

**WIEDZA, PROFILAKTYKA,  
DIAGNOSTYKA, LECZENIE  
ORAZ  
INTERWENCJE PIELEŃNIARSKIE**

## **ZADANIA PIEŁĘGNIARKI OPERACYJNEJ PODCZAS LECZENIA OPERACYJNEGO NOWORODKA Z RETINOPATIĄ WCZEŚNIACZĄ**

**Dorota Milewska<sup>1,2</sup>, Bianka Misiak<sup>1,2</sup>, Jolanta Lewko<sup>3</sup>, Marta Tarasiewicz<sup>4</sup>,  
Mirosława Dziekońska<sup>1,5</sup>**

1. Zakład Pielęgniarstwa, Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
2. Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny w Białymstoku
3. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
4. Klinika Perinatologii i Położnictwa ze Szkołą Rodzenia, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku
5. Klinika Ortopedii i Traumatologii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

### **WPROWADZENIE**

Retinopatia wcześniaków (ROP – ang. retinopathy of prematurity) jest chorobą powstałą wskutek zaburzeń naturalnego unaczynienia niedojrzałej siatkówki, mogącą doprowadzić do znacznego upośledzenia widzenia, włącznie z nieodwracalną utratą wzroku. Dotyka tylko wcześniaków. Im wyższa niedojrzałość noworodka, czyli niższy wiek ciążowy, tym bardziej ryzyko rozwoju ROP wzrasta [1]. Tymczasem znaczny postęp medycyny i rozwój neonatologii i intensywnej terapii przyczynił się do wzrostu przeżywalności dzieci urodzonych przedwcześnie, zwłaszcza tych skrajnie niedojrzałych, z masą urodzeniową poniżej 750g i bardzo niskim wiekiem płodowym (23-25 tydzień ciąży). Dzieci te są najbardziej narażone na rozwój retinopatii, ponieważ obszar niedojrzałej siatkówki jest u nich największy. W 85-90% przypadków nieprawidłowe unaczynienie zanika samoistnie i dalszy rozwój jest prawidłowy. U pozostałych choroba postępuje, z czego u 6-8% dzieci rozwija się, prowadząc do odwarstwienia siatkówki i utraty widzenia [2].

Wprowadzenie programów i standardów opieki neonatologicznej i okulistycznej, zawierających nowe zasady wentylacji mechanicznej i terapii surfaktantem, jak też lepsza znajomość ROP, w znaczący sposób ograniczyły wiele niekorzystnych powikłań wcześniactwa i zmniejszyły częstość występowania rozwiniętych postaci retinopatii. Ryzyko zachorowania nadal jednak jest bardzo wysokie. Retinopatia wcześniaków jest przyczyną ślepoty u 6-18% spośród wszystkich niewidzących dzieci na świecie i u 11,4% w Polsce [3].



Wczesne rozpoznanie nieprawidłowości w narządzie wzroku u dzieci urodzonych przed planowanym terminem porodu pozwala na szybkie i skuteczne podjęcie działań leczniczo rehabilitacyjnych, które ograniczą rozwój choroby i zmniejszą stopień inwalidztwa wzorkowego [4].

## **ROZWINIĘCIE**

W Polsce ok. 6% wszystkich urodzeń, to dzieci urodzone przedwcześnie. Przeżywalność wcześniaków w zależności od masy ciała wynosi: ponad 90% dla dzieci ważących od 750 – 1000g; 50 - 75% dla noworodków ważących od 500 – 750g i tylko 1-5% dla ważących do 500g. Noworodek urodzony przedwcześnie jest niedojrzały i nieprzystosowany do samodzielnego życia i funkcjonowania. Jego niedojrzałość prowadzi do różnego rodzaju zaburzeń strukturalnych i czynnościowych w narządach i układach. Największym problemem jest brak zdolności samodzielnego oddychania. Niedostateczna dojrzałość układu oddechowego (brak surfaktatnu w płucach) i mięśni oddechowych prowadzi do niewydolności oddechowej wymagającej tlenoterapii i sztucznej wentylacji [5].

Niedojrzałość noworodka i niska masa urodzeniowa są czynnikami ryzyka rozwoju retinopatii wcześniaków. Szczególnie zagrożone są dzieci urodzone poniżej 28 tygodnia ciąży i z ekstremalnie niską masą ciała, nieprzekraczającą 1000g. To te, skrajnie niedojrzałe noworodki są najbardziej narażone na ryzyko rozwoju ciężkiej, piorunującej postaci retinopatii, prowadzącej pomimo leczenia, do odwarstwienia siatkówki i ślepoty [5].

### ***Budowa i funkcje siatkówki***

Siatkówka (łac. retina) jest wewnętrzną błoną gałki ocznej. Składa się z czopków (fotoreceptorów) odpowiadających za odbiór bodźców wzrokowych oraz pręcików rozróżniających kształt i ruch. Impulsy nerwowe zarejestrowane przez fotoreceptory są przekazywane do ośrodków wzrokowych w korze mózgu. Na siatkówce wyróżniamy: plamkę żółtą, będącą skupiskiem czopków i plamkę ślepą, od której wywodzi się nerw wzorkowy [6].

Siatkówka jest nieunaczyniona do 16 tygodnia życia płodowego. Potrzebny do rozwoju tlen, dostarczany jest drogą dyfuzji z naczyń włosowatych naczyniówki. Proces unaczynienia siatkówki rozpoczyna się w 16 tygodniu ciąży i postępuje od tarczy nerwu wzorkowego w kierunku obwodu siatkówki. W warunkach fizjologicznych unaczynienie części nosowej siatkówki kończy się w 32-36 tygodniu ciąży, a w części skroniowej, która jest najbardziej oddalona od tarczy nerwu wzorkowego, trwa do 40 tygodnia życia płodowego,

a czasami jeszcze dłużej. U noworodków donoszonych naczynia siatkówki, choć nie w pełni dojrzałe, tworzą zróżnicowane i usystematyzowany układ, który obejmuje centralną i obwodową część siatkówki. U wcześniaków proces waskularyzacji siatkówki jest niedokończony. Stopień unaczynienia jest zależny od stopnia wcześniactwa. Im bardziej niedojrzały noworodek, tym zaawansowanie unaczynienia mniejsze [2].

### ***Epidemiologia ROP***

O stanie epidemiologicznym ROP w dużej mierze decydują czynniki ekonomiczne i socjalne, które wpływają na możliwość korzystania ze zdobyczy rozwojowych medycyny [7]. ROP w skali globalnej rozwija się u około 60% dzieci urodzonych przedwcześnie. W związku z rozwojem medycyny w krajach wysoko rozwiniętych, utrzymywane są przy życiu noworodki z masą ciała mniejszą niż 1000g i przychodzące na świat w 23 tygodniu ciąży. Retinopatia w różnych stadiach rozwoju występuje u 72% wszystkich dzieci urodzonych z masą ciała poniżej 1000g, a u 8-10% z nich powstanie ślepoty w wyniku ROP, przy czym w krajach wysoko rozwiniętych ROP rozwija się u 5-8% wcześniaków, a w krajach średnio rozwiniętych u około 30%, z czego 40-60% nie będzie widziało. W krajach ze słabo rozwiniętą opieką medyczno-neonatologiczną, wcześniaki w większości nie przeżywają, w związku z tym retinopatia nie występuje. Tak jest w większości krajów afrykańskich, gdzie odsetek niewidzących z powodu ROP wynosi zero. Według WHO na świecie jest ok. 1,4 mln. dzieci niewidzących. W krajach Azji, Afryki i Ameryki Południowej, ROP nie stanowi najważniejszej przyczyny ślepoty, tam dzieci tracą wzrok głównie z powodu jaskry, zaćmy lub urazów. Natomiast w Europie i Ameryce Północnej zajmuje czołowe miejsce. Wskaźniki występowania ROP w Europie zależne są od uprzemysłowienia, rozwoju cywilizacyjnego kraju i poziomu jakości opieki neonatologicznej i okulistycznej [7]. W Polsce ROP uznano za główną przyczynę ślepoty wśród dzieci; według statystyk z 2012r [8], ROP w fazie czynnej rozpoznano u 13,9%, a 2,6% wcześniaków straciło wzrok [7].

### ***Czynniki ryzyka rozwoju ROP***

- **wynikające ze stanu dziecka** [5]:

- a. Niska masa urodzeniowa i niski wiek płodowy - dzieci urodzone do 32 tygodnia ciąży z masą urodzeniową do 1500g są realnie zagrożone rozwojem zaawansowanej retinopatii.

- b. Tlenoterapia – w przebiegu przewlekle stosowanej tlenoterapii siatkówka narażona jest na szkodliwe działanie wolnych rodników tlenowych, które zwiększają uwalnianie przez nią czynników nieprawidłowej angiogenezy VEGF (czynnik wzrostu śródbłonna naczyniowego, ang. vascular endothelial growth factor).
- c. Patologie wielonarządowe:
- Dysplazja oskrzelowo płucna – niewydolność oddechowa powoduje zaburzenia wymiany gazowej i prowadzi do hipoksji i kwasicy metabolicznej
  - Obecność przetrwałego przewodu Botalla – niestabilność krążenia i potrzeba wsparcia wysokimi parametrami tlenu
  - Martwicze zapalenie jelit - rozwija się w skutek niedotlenienia i toksycznego działania wolnych rodników tlenowych
  - Krwawienie do komór mózgu
- d. Czynniki infekcyjne:
- Posocznica bakteryjna – niedojrzała odporność zwiększa możliwość infekcji bakteryjnych i produkcji wolnych rodników
  - Posocznica grzybicza (*Candida Albicans*) – może uszkodzić komórki śródbłonna naczyń krwionośnych i powodować uwalnianie cytokin prozapalnych i proangiogennych
- e. Czynniki biochemiczne:
- Hiperglikemia – stymuluje wzrost aktywności czynników proangiogennych IGF1 i VEGF będących przyczyną powstawania proliferacji naczyniowych
  - Małopłytkowość - pośrednio - powodując krwawienia dokomorowe
- f. Działania terapeutyczne:
- Intensywna tlenoterapia – stymuluje powstanie reaktywnych form tlenu
  - Przewlekła mechaniczna wentylacja – ROP rozprzestrzenia się częściej u dzieci wentylowanych mechanicznie przez okres dłuższy niż 20 dni
  - Przetaczanie krwi – krew pozyskiwana od dawców dorosłych powoduje stres oksydacyjny, większe uwalnianie tlenu do tkanek i uszkodzenie struktury i czynności śródbłonna niedojrzałych naczyń krwionośnych
  - Przewlekła steroidoterapia – aktywuje patologiczne naczyniotwórstwo przez zwiększenie ekspresji czynników VEGF i IGF-1

- Terapia surfaktantem - zapobiega powstawaniu zaburzeń oddechowych, ale zwiększa przy tym przeżycie wcześniaków, a szczególnie tych najbardziej niedojrzałych i zagrożonych powstaniem zaawansowanych postaci ROP [4].

**- pochodzące od matki:**

Czynniki prenatalne:

- Powikłania ciąży – ostra niedokrwistość ciężarnych, krwawienia w II i III trymestrze, cukrzyca, zatrucie ciążowe, porody mnogie, przedłużający się poród
- Porody mnogie - większe ryzyko wcześniactwa niż w ciążach pojedynczych
- Zapłodnienie in vitro – ryzyko ciąż mnogich, wiek kobiet relatywnie wyższy niż pozostałych zwiększa ryzyko występowania chorób, które wymagają skrócenia ciąży [5].

***Obraz kliniczny i klasyfikacja ROP***

W 1984r. Międzynarodowy Komitet ds. Retinopatii Wcześniaków opracował schemat systematyzujący zmiany w narządzie wzroku w przebiegu ROP [9]. Zmodyfikowana w 1987r. klasyfikacja Międzynarodowego Komitetu Klasyfikacyjnego ds. retinopatii wcześniaków (ICROP) jest obowiązującym standardem. Uwzględnia ona trzy cechy retinopatii w pięciu stadiach fazy czynnej [4]:

- a) Usytuowanie retinopatii
- b) Rozległość zmian chorobowych
- c) Stopień zaawansowania retinopatii.

Patologiczne procesy występujące w stadiach fazy czynnej mogą się cofnąć lub ulec zahamowaniu. U 85-90% wcześniaków, patologiczne unaczynienie zanika i następuje dalszy prawidłowy rozwój. U pozostałych dzieci nieprawidłowe zmiany nie ustępują, mimo leczenia i u 6-8% z nich dojdzie do odwarstwienia siatkówki z trwałą utratą widzenia. Obraz kliniczny ROP ma istotne znaczenie w podejmowaniu decyzji o leczeniu. Klasyfikacja ICROP definiuje i wskazuje moment rozpoczęcia terapii [2].

### ***Zasady badania okulistycznego wcześniaków***

W celu ustalenia zagrożenia retinopatii i określenia postępowania w przypadku rozpoznania choroby, wprowadzono okulistyczne badania przesiewowe. Wytyczne tych badań nie są jednolite na całym świecie, a różnice wynikają ze zdolności i możliwości przeżycia wcześniaków i ich dalszego rozwoju w danym kraju. W trakcie badań prowadzonych planowo i zgodnie z obowiązującymi ustaleniami, pod uwagę brany jest wiek, urodzeniowa masa ciała noworodka i przede wszystkim konieczność terapii tlenem. Duże znaczenie ma wskazanie czasu pierwszego badania i przestrzeganie terminów kolejnych badań okulistycznych. Daty pierwszego badania noworodków w poszczególnych krajach są różne. Według zaleceń WHO „Wzrok 2020” badania przesiewowe powinny obejmować wcześniaki urodzone przed 32 tygodniem ciąży lub z masą ciała mniejszą niż 1250g [2]. Amerykańska Akademia Pediatria (AAP) zaleca, aby datę pierwszego badania ustalić w oparciu o wiek płodowy (ciążowy) [2]. Kryteria AAP obejmują badaniami przesiewowymi noworodki urodzone do 32 tygodnia ciąży z masą ciała nieprzekraczającą 1500g, ale także te w niestabilnym stanie klinicznym i zakwalifikowane do grup zwiększonego ryzyka. Zalecenia AAP z 2013r. z pewnymi lokalnymi modyfikacjami są wykorzystywane w wielu krajach, także w Polsce. Polskie Towarzystwo Okulistyczne (PTO) i Polskie Towarzystwo Medycyny Prenatalnej opracowało w 1991r. zasady badań przesiewowych w kierunku retinopatii wcześniaków. Treść wytycznych zawarto w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dn. 25.07.1991r. [10]. Zgodnie z treścią rozporządzenia, badaniem okulistycznym podlegają wcześniaki i noworodki z cechami zahamowania wzrostu wewnątrzmacicznego. Pierwsze badanie powinno odbyć się w 4, następnie w 8 i 12 tygodniu życia. Badanie w 4 tygodniu życia pozwala na identyfikację dzieci z grup zwiększonego ryzyka i wcześniaków kwalifikujących się już do laseroterapii. Jeżeli zostanie rozpoznana retinopatia, dalsze badania powinny odbywać się zgodnie z indywidualnym harmonogramem, zależnym od stanu narządu wzroku. Aktualnie, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 29.08.2009r. [11], badane są noworodki urodzone przed 36 tygodniem ciąży i te, których urodzeniowa masa ciała nie przekroczyła 2500g. Badanie powinno być przeprowadzone od 3 tygodnia życia, w 12 miesiącu życia oraz po ukończeniu 6 lat. Badania kontrolne powinny być przeprowadzane nie rzadziej niż co 2 tygodnie do czasu zakończenia unaczynienia siatkówki, regresji zmian lub pojawienia się wskazań do leczenia [12, 13].

### ***Leczenie retinopatii wcześniaków***

Istotnym czynnikiem decydującym o skuteczności terapii, jest ustalenie wskazań i odpowiedniego czasu podjęcia leczenia. W przypadku stwierdzenia wskazań, należy jak najszybciej podjąć leczenie. Optymalnie, w związku z dynamicznym przebiegiem choroby, byłaby to pierwsza doba od czasu zdiagnozowania i nie później niż trzecia. Obowiązującym terminem rozpoczęciem leczenia w Polsce, są nie więcej niż 72 godziny od kwalifikacji do rozpoczęcia terapii [13].

### **Terapia ablacyjna**

Lasero i krioterapia hamuje rozrost naczyniowo-włóknistych proliferacji prowadzących do odwarstwienia siatkówki. Laseroterapia wykonywana jest w znieczuleniu ogólnym i wymaga od specjalisty okulisty dużej wiedzy, umiejętności i doświadczenia. Jest to jeden z najtrudniejszych zabiegów z zakresu okulistyki pediatrycznej. Laseroterapia powoduje u dziecka mniejszy stres wywołany zabiegiem niż krioterapia. Blizny i odczyny zapalne są małe, rzadko dochodzi do wylewów krwi do siatkówki i ciała szklonego. Skuteczność laseroterapii, uwzględniając wskazania do leczenia i uzyskaną po nim regresję i stan anatomiczny siatkówki wynosi od 73-98%. Obecnie laseroterapia uważana jest za złoty standard w leczeniu ROP [9].

Gdy zmniejszona jest przezroczystość ośrodków optycznych, źrenice nie reagują na środki rozszerzające, gdy zmiany na obwodzie siatkówki są niedostępne dla lasera lub gdy jest brak możliwości dostępu do lasera diodowego, wykonywana jest krioterapia. Krioterapia, częściej niż laseroterapia, wiąże się z możliwością wystąpienia powikłań. Skuteczność krioterapii jest porównywalna z laseroterapią, ale długotrwałe efekty czynnościowe są lepsze po zastosowaniu laseroterapii. Rzadziej występuje niedowidzenia i krótkowzroczność [2].

### **Farmakoterapia**

W ostatnich latach, coraz większe znaczenie zyskują preparaty przeciw czynnikowi wzrostu śródbłonna naczyniowego VEGF. Wykazują one szczególną skuteczność w leczeniu fazy czynnej ROP, a szczególnie postaci piorunującej. Leczenie inhibitorami VEGF może być stosowane w monoterapii lub razem z laseroterapią i nie wywołuje nieodwracalnego uszkodzenia siatkówki jak krio- i laseroterapia [8].

Preparat podaje się przez wstrzyknięcie go do ciała szklanego, z wkłucia przez spojówkę i twardówkę. Wykonanie iniekcji wymaga zachowania warunków aseptycznych i miejscowego przygotowania, umożliwiającego uniknięcia powikłań związanych z interwencją do wnętrza gałki ocznej. Najczęściej jednokrotne podanie preparatu do ciała szklanego wystarczy, aby zatrzymać proces tworzenia nowych nieprawidłowych naczyń siatkówki [8].

Dobre wyniki i rzadkie działania niepożądane leków anti-VEGF sprawiają, że coraz częściej preparaty te stosuje się w monoterapii lub jako leczenie wstępne poprzedzające laseroterapię [2].

### **Leczenie operacyjne**

W zaawansowanych stadiach rozwoju ROP, gdy nastąpiło odwarstwienie siatkówki i zmiany proliferacyjne objęły ciało szkliste, można podjąć się leczenia chirurgicznego. Polega ono na opasaniu gałki ocznej, wgłobieniu twardówki lub wycięciu jej fragmentu. Zachowanie widzenia możemy zabezpieczyć odpowiednio wcześniej przeprowadzonym zabiegiem witrektomii [9].

### ***Inne metody leczenia***

Na podstawie znajomości czynników etiologicznych ROP, prowadzone są liczne badania eksperymentalne i kliniczne, poszukujące nowych metod leczenia farmakologicznego. Dotyczą one między innymi stosowania: triamcynolonu,  $\beta$ -blokerów układowych (propranololu),  $\alpha$ -agonistów receptorów adrenergicznych (Brymonidyny), terapii genowej, suplementacji kwasami omega-3, erytropoetyny, insulinopodobnego czynnika wzrostu (IGF-1), czynników stymulujących tworzenie granulocytów, witaminy E, nanocząsteczek złota, jak też toksyny węgla. Wymagają one jednak jeszcze wielu wnikliwych badań. Doświadczenia ta mogą przyczynić się do opracowania nowej metody terapeutycznej w leczeniu retinopatii wcześniaków [2].

### ***Powikłania retinopatii wcześniaków***

Powikłania ROP mogą wiązać się z fazą czynną choroby, mogą powstać zależnie lub niezależnie od przeprowadzonych działań terapeutycznych i mogą pojawić się w każdym wieku. Należą do nich odwarstwienie siatkówki, fałdy siatkówki, jaskra, zaćma, mała rogówka, zmiany zwyrodnieniowe w rogówce, małowocze, zez, niedowidzenie, krótkowzroczność, zanik gałki ocznej, zarośnięta i wąska źrenica, niedowidzenie [14].



### ***Rola pielęgniarki operacyjnej podczas zabiegu***

Wykonanie zabiegu laseroterapii i iniekcji doszkliskowej wymaga dużej wiedzy i umiejętności, ale także odpowiednich warunków i specjalistycznej aparatury. Zabieg przeprowadza się w bloku operacyjnym w znieczuleniu ogólnym, z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki. Wcześniak ma zapewnioną tu fachową i troskliwą opiekę pielęgniarską, anestezjologiczną i okulistyczną. Klimatyzacja właściwa temperatura, odpowiednia wilgotność powietrza, tworzą właściwe warunki zewnętrzne do przeprowadzenia zabiegu [2].

Bardzo ważną rolę w przygotowaniu i przeprowadzeniu zabiegu laseroterapii i iniekcji doszkliskowej odgrywa pielęgniarka operacyjna. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11.10.2018 zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego [15], pielęgniarka operacyjna to osoba, która posiada minimum dwuletnie doświadczenie w pracy na bloku operacyjnym, powinna również odbyć szkolenie podyplomowe, czyli minimum kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego oraz uzyskać specjalizację w tej samej dziedzinie. Dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów na bloku operacyjnym, minimalna obsada pielęgniarek do każdego zabiegu, to dwie pielęgniarki operacyjne: instrumentująca i pomagająca, określana również jako lotna [16].

Pielęgniarka operacyjna posiada uprawnienia do asysty pielęgniarskiej w zabiegach operacyjnych różnych specjalności zabiegowych [17] wskazuje [za: Jacobs-Schäfer i wsp.], że podstawowe obowiązki pielęgniarki operacyjnej, to samodzielne, całościowe, biegłe, fachowe i planowe przygotowanie zabiegu operacyjnego, jak również asysta przy jego przebiegu i nadzorze.

Pielęgniarki operacyjne, poprzez swoje profesjonalne działanie, zapewniają bezpieczeństwo pacjentowi i zespołowi operacyjnemu. Szczegółowy zakres zadań przed zabiegiem w bloku operacyjnym okulistycznym obejmuje przygotowanie i kontrolę [18].

- sali operacyjnej w takich obszarach, jak: sprzątnięcie i dezynfekcja zgodnie z procedurą, skuteczność działania klimatyzacji, temperatura sali i wilgotność powietrza.

Jednym ze sposobów zabezpieczenia pacjenta przed zakażeniem miejsca operowanego, jest zapewnienie szeroko pojętej czystości na sali operacyjnej [19]. Pielęgniarki operacyjne nadzorują prawidłowość wykonanych procedur sprzątnięcia przez personel sprzątający.



- lasera diodowego i oftalmoskopu obuocznego zgodnie z instrukcją obsługi  
Laseroakoagulacja jest najskuteczniejszą bezinwazyjną metodą leczenia ROP [2].
- odpowiedniej ilości okularów ochronnych dla zabezpieczenia osób pracujących na sali.  
Przypadkowe skierowanie wiązki lasera poza obszar pola operacyjnego może uszkodzić narząd wzroku osób uczestniczących w zabiegu [20].
- sterylnych zestawów narzędzi (kontrola daty, skuteczności sterylizacji, szczelności opakowania) niezbędnych do przeprowadzenia laseroterapii i iniekcji doszkliskowej  
Skuteczna sterylizacja zabezpiecza przed przenoszeniem zakażeń. Każde sterylizowane narzędzie posiada etykietę potwierdzającą prawidłowo przeprowadzony proces sterylizacji. Jest ona wpinana do protokołu skuteczności sterylizacji, który stanowi element dokumentacji z bloku operacyjnego.
- pakietów zawierających sterylne serwety do obłożenia pola operacyjnego i stolików na instrumentarium  
Wymogi Normy Europejskiej (EN 13793) nakładają obowiązek na wszystkie placówki udzielające świadczeń na blokach operacyjnych, stosowanie do obłożenia pola operacyjnego barierowej bielizny operacyjnej oraz używania barierowych fartuchów operacyjnych, wielorazowego lub jednorazowego użytku [21].
- jałowych fartuchów i rękawic operacyjnych  
W chwili obecnej, z uwagi na coraz większą ilość uczuleń na lateks, zaleca się stosowanie w blokach operacyjnych rękawic chirurgicznych z materiałów syntetycznych, nieuczulających, a w przypadku rękawic lateksowych, wyeliminowanie stosowania pudru.
- jałowego materiału opatrunkowego – gaziki, strzałki spongostanowe, kompresy opatrunkowe  
Materiał opatrunkowy dobierany jest do specyfiki zabiegu wykonywanego w danej sali operacyjnej, zawsze indywidualnie do potrzeb pacjenta.
- płynów, narzędzi i gazików do dezynfekcji pola operacyjnego  
Do dezynfekcji pola operacyjnego w zabiegach okulistycznych powinny być stosowane preparaty przeznaczone do błon śluzowych, coraz chętniej stosowane są roztwory chlorheksydyny [22].
- kropli do rozszerzenia źrenicy, płynów i żeli do nawilżania rogówki w trakcie i po zabiegu

Warunkiem wykonania skutecznego zabiegu laseroterapii jest szeroka źrenica, która umożliwi wgląd do wnętrza gałki ocznej [2].

- stolika z instrumentarium

Podstawowy stół narzędziowy, tzw. Mayo, powinien znajdować się w bliskiej odległości od pola operacyjnego w taki sposób, aby pielęgniarka instrumentująca miała swobodny dostęp do narzędzi i materiału opatrunkowego, jednocześnie uczestnicząc w zabiegu.

- pielęgniarka operacyjna uczestniczy w przyjęciu dziecka na salę operacyjną, sprawdza jego dane, pomaga w odpowiednim ułożeniu i zabezpieczeniu noworodka na stole operacyjnym.

Identyfikacja pacjenta przed zabiegiem operacyjnym, zabezpiecza przed ewentualną pomyłką. W przypadku noworodków, nie ma możliwości uzyskania informacji o danych personalnych od samego pacjenta [23].

Zadania pielęgniarki podczas operacji obejmują [24]:

- sprawdzenie stanu szerokości źrenic, w razie konieczności zaaplikowanie kropli rozszerzających
- pomoc operatorowi w myciu, dezynfekcji i obłożeniu pola operacyjnego
- aktywne uczestnictwo w zabiegu: podawanie i kontrola narzędzi i materiału opatrunkowego
- czuwanie nad zachowaniem i utrzymaniem jałowości w czasie trwania zabiegu
- w warunkach sterylności, nabranie i odmierzenie, zgodnie z instrukcją, właściwej dawki leku (Avastin) do podania doszklistkowego [25].
- po iniekcji, podanie do worka spojówkowego kropli z antybiotykiem i sterydem, kropli obniżających ciśnienie w gałce ocznej oraz żelu nawilżającego [8].
- zabezpieczenie oka opatrunkiem, dbając by powieki były zamknięte
- pomoc w przeniesieniu dziecka ze stołu operacyjnego na wózek transportowy
- kontrola narzędzi i materiału użytego do zabiegu
- zabezpieczenie przez zakłuciem ostrych narzędzi i igieł użytych w trakcie zabiegu

- dokładne przeliczenie używanych narzędzi wielokrotnego użycia, zapakowanie ich do szczelnego w pojemnika transportowego, celem przekazania do centralnej sterylizatorni.
- uzupełnienie dokumentacji pielęgniarstwa.  
Pielęgniarki operacyjne dokumentują swoją pracę w Protokole Pielęgniarki Operacyjnej. Dokument ten powinien być prowadzony ze szczególną starannością, ponieważ w sytuacjach ewentualnych roszczeń, stanowi dowód prawidłowo wykonanych procedur.
- demontaż, dezynfekcja i zabezpieczenie używanej aparatury (oftalmoskop, laser)
- uzupełnienie zużytego materiału opatrunkowego
- nadzór nad sprzątnięciem i dekontaminacją sali operacyjnej.  
Po skończonych zabiegach, sala operacyjna powinna zostać uzupełniona o zużyte materiały w taki sposób, aby w dowolnym, niezbędnym momencie można było wykonać kolejny zabieg operacyjny [23].

### ***Profilaktyka ROP***

Pomimo rozwoju metod diagnostycznych i leczenia ROP, jest ona nadal przyczyną ślepoty wielu dzieci, dlatego też bardzo ważne jest zapobieganie rozwojowi ROP poprzez:

- zminimalizowanie ryzyka przedwczesnego porodu
- zapewnienie dzieciom przedwcześnie urodzonym optymalnych warunków ułatwiających ich pourodzeniowy rozwój, poprzez wspomaganie czynności życiowych, zapobieganie i zwalczanie infekcji, ograniczanie czynników ryzyka rozwoju ROP
- wprowadzanie badań profilaktycznych wszystkim dzieci przedwcześnie urodzonym
- zapewnienie dostępu do wyspecjalizowanych lekarzy okulistów
- wprowadzenie nowoczesnych, opartych na światowych badaniach procedur diagnostyczno-leczniczych, mających na celu poprawę opieki okulistycznej
- wyposażenie szpitali w specjalistyczną aparaturę niezbędną do diagnostyki i leczenia ROP
- zapewnienie dogodnego dostępu do leczenia wszystkim wcześniakom wymagającym specjalistycznej opieki okulistycznej
- szybkie podjęcie działań leczniczych w przypadku rozpoznania ROP, z wykorzystaniem najnowocześniejszego sprzętu i metod leczenia [4].

## PODSUMOWANIE

Z uwagi na poważne w skutkach powikłania, łącznie z utratą wzroku, szczególnie istotne staje się zapewnienie dzieciom przedwcześnie urodzonym optymalnych warunków ułatwiających ich pourodzeniowy rozwój, poprzez wspomaganie czynności życiowych, zapobieganie i zwalczanie infekcji oraz ograniczanie czynników ryzyka rozwoju ROP.

## PIŚMIENNICTWO

1. Kański J.J., Bowling B.: Okulistyka Kliniczna. Wyd. Elsevier Urban &Partner, Wrocław 2017.
2. Grałek M., Niwald A.: Retinopatia wcześniaków. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2015.
3. Grałek M., Lewandowska M., Niwald A.: Zapobieganie i leczenie retinopatii wcześniaków w Polsce w latach 2003 – 2012. *Family Medicine & Primary Care Review*, 2013, 15(2), 106-108.
4. Sobaniec A., Szymankiewicz M., Gotz – Więckowski A.: Retinopatia wcześniaków. *Perintologia, Neonatologia i Ginekologia*, 2013, 6, 4, 185 – 191.
5. Helwich E., Rutkowska M., Adamska E.: Choroby okresu noworodkowego [w:] *Pediatrics*, Kawalec W., Grenda R., Ziółkowska H. (red.). Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2013.
6. Niżankowska M. N.: Okulistyka. Podstawy Kliniczne. PZWL, Warszawa 2007.
7. Grałek M., Kanigowska K., Seroczyńska M.: Przyczyny utraty wzroku u dzieci. *Okulistyka*, 2009, 3(2), 60-62.
8. Oziębło – Kupczyk M., Bakunowicz – Łazarczyk A., Sielicka D.: Ocena narządu wzroku u skrajnych wcześniaków leczonych doszklistkowo preparatami anti-VEGF z powodu retinopatia wcześniaków. *Klinika Oczna*, 2017, 119 (2), 83-87.
9. Warzycha J. i wsp.: Współczesne poglądy na etiopatogenezę i leczenie retinopatia wcześniaków. *Postępy Neonatologii*, 2013, 2(19), 56 – 63.
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 25 lipca 1991r. Nr OZM-D-02-69/91.
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Dz.U.09.139.1139 z dnia 31 sierpnia 2009r.

12. Wytyczne Krajowego Zespołu Specjalistycznego w dziedzinie Pediatrii i Medycyny Szkolnej z dnia 15 grudnia 1992 roku w sprawie powszechnych profilaktycznych badań medycznych noworodków, niemowląt i dzieci do lat 2. *Pediatrics Polska* 1993, 68, 48-50.
14. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Okulistycznego w sprawie postępowania w retinopatii wcześniaków z dnia 20 lipca 2015 r. <https://pto.com.pl/storage/guidelines/11/fb071354a89fa6baad816a45780f8293.pdf> (pobrano dnia 07.09.2019)
14. Kempa B. i wsp.: Występowanie wad refrakcji i zeza u dzieci urodzonych przedwcześnie. *Kontaktologia i Optyka Okulistyczna*, 2008, 2(18), 45-48.
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. *Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.*
16. Dąbrowska B.: Charakterystyka pracy na stanowisku pielęgniarki operacyjnej [w:] *Bezpieczna praktyka pielęgniarki operacyjnej*, Borzęcka J.(red.). Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2018, 10-11.
17. Borzęcka J.: Standard pielęgniarskiej praktyki klinicznej w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego – podstawy teoretyczne [w:] *Bezpieczna praktyka pielęgniarki operacyjnej*, Borzęcka J.(red.). Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2018, 19-22.
18. Borzęcka J. i wsp.: Standard pielęgniarskiej praktyki klinicznej w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego – realizacja opieki pielęgniarskiej w bloku operacyjnym [w:] *Bezpieczna praktyka pielęgniarki operacyjnej*, Borzęcka J. (red.). Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2018, 29-36.
19. Bielecki K.: Operacja – kolejny eksperyment z bakteriologii. *Magazyn Pielęgniarki Operacyjnej*, 2017, 3 (20), 7-12.
20. Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy [https://www.ciop.pl/CIOPortalWAR/appmanager/ciop/pl?\\_nfpb=true&\\_pageLabel=P17600564961351869251623&html\\_tresc\\_root\\_id=12125&html\\_tresc\\_id=12256&html\\_klucz=12125&html\\_klucz\\_spis=](https://www.ciop.pl/CIOPortalWAR/appmanager/ciop/pl?_nfpb=true&_pageLabel=P17600564961351869251623&html_tresc_root_id=12125&html_tresc_id=12256&html_klucz=12125&html_klucz_spis=) (pobrano dnia 07.09.2019).

21. Zaręba T. i wsp.: Badanie przenikania bakterii przez tkaniny medyczne przeznaczone do wielokrotnego użycia oraz wielowarstwowe obłożenia chirurgiczne jednorazowego użytku, według normy PN-EN ISO 22610. *Medycyna Doświadczalna i Mikrobiologia*, 2012, 64, 261-270.
22. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Okulistycznego w sprawie postępowanie okołoperacyjnego w chirurgii zaćmy. Stan na dzień 10.06.2014 <https://www.mp.pl/okulistyka/wytyczne/wytyczne-i-artykuly/102527,postepowanie-okolooperacyjne-w-chirurgii-zacmy-wytyczne-pto-2014> (pobrano dnia 07.09.2019).
23. Borzęcka J., Gralewska M.: Zasady bezpiecznej praktyki pielęgniarki operacyjnej [w:] *Bezpieczna praktyka pielęgniarki operacyjnej*, Borzęcka J.(red.). Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2018, 95- 102.
24. Borzęcka J.: Standard pielęgniarskiej praktyki klinicznej w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego – diagnoza pielęgniarska i planowanie opieki [w:] *Bezpieczna praktyka pielęgniarki operacyjnej*, Borzęcka J.(red.). Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2018, 27-28.
25. Seroczyńska M. i wsp.: Jednorazowa obustronna iniekcja ranimizumabu do ciała szklistego w leczeniu ratunkowym postępującej retinopatii – doniesienia wstępne. *Okulistyka*, 2012, 1(1), 62-70.

## **PACJENT Z ZAAWANSOWANĄ CUKRZYCĄ TYPU II – PROPOZYCJA OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ W OPARCIU O TERMINOLOGIE REFERENCYJNĄ WEDŁUG KLASYFIKACJI ICNP**

**Edyta Kędra, Iga Maliszewska, Piotr Jerzy Gurowiec, Elżbieta Szlenk - Czyczerska**

Wydział Nauk Medycznych, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

### **WSTĘP**

Cukrzyca jest chorobą społeczną, której chorobowość znacznie wzrosła w ostatnich dekadach i stale rośnie. Na podstawie badań Międzynarodowej Federacji Diabetologicznej (International Diabetes Federation, IDF) oszacowano, że obecnie na świecie żyje 387 mln. osób chorych na cukrzycę w wieku 20–79 lat. Ponadto z uwagi na stały wzrost chorobowości, IDF prognozuje, że w 2030 r. na świecie częstość występowania cukrzycy w tej samej grupie wiekowej wynosić będzie aż 552 miliony [1, 2]. Aktualnie w Europie według szacunków IDF, żyje 52 mln osób dorosłych z cukrzycą w wieku 20–79 lat, z czego niemal połowa chorych to osoby w wieku poprodukcyjnym (poniżej 60 r.ż.), a ponad 17 mln. osób nie jest świadomych swojej choroby. Polska należy do krajów o średnim rozpowszechnieniu cukrzycy obejmującym 7-9% populacji, czyli ponad 3 mln. osób [2-4]. Pomimo iż Polska nie zalicza się do grupy krajów z najwyższym odsetkiem zachorowań w Europie, to oszacowany wynik jest znacznie wyższy w porównaniu do średniej chorobowości z lat 2010-2014, który wynosił 4,47% populacji, a obliczony został na podstawie liczby osób wykazanych do NFZ jako osoby chore na cukrzycę według odpowiednich kodów ICD-10 [2, 5]. Ze względu na gwałtowny, globalny wzrost zachorowalności na cukrzycę i szybkie rozprzestrzenianie się choroby Organizacja Narodów Zjednoczonych (United Nations, ONZ) uznała cukrzycę za niezakaźną chorobę epidemiczną [1, 2, 6]. Natomiast WHO wskazuje cukrzycę jako jedno z najpoważniejszych zagrożeń występujących w XXI wieku [5]. Zjawisko nagłego wzrostu chorobowości szczególnie wyraźnie zaobserwowano w krajach rozwijających się, jak również w dużej mierze u osób w średnim wieku między 45-64 r. ż. [1,6]. W XXI wieku znaczny wzrost liczby zachorowań na cukrzycę może być powiązany ze zmianą kryteriów diagnostyki cukrzycy pod koniec lat 90 ubiegłego wieku. Niewątpliwie wpłynęła ona na zwiększenie częstości rozpoznawania cukrzycy, szczególnie na podstawie glikemii na czczo [1].

Niezależnie jednak od metodyki pomiaru chorobowości głównymi czynnikami jego wzrostu może być wydłużająca się średnia długość życia, niska świadomość choroby w społeczeństwie, jak również niezdrowo prowadzony tryb życia, wynikający z braku bądź zbyt małej aktywności fizycznej, źle dobranej diety, a także globalnej epidemii otyłości i nadciśnienia tętniczego [1, 3].

## **CEL BADAŃ**

Celem pracy było określenie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarstwa u pacjenta z zaawansowaną cukrzycą typu II oraz zaproponowanie zindywidualizowanego planu opieki w oparciu o terminologię referencyjną wykorzystaną w klasyfikacji ICNP.

## **MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ**

Niezbędne materiały do przeprowadzenia badania pozyskano z Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Opolu, za zgodą pacjentki i dyrektora placówki. Badanie zostało przeprowadzone w 2018r. na potrzeby przygotowania przez jedną z autorek pracy dyplomowej w celu określenia zapotrzebowania na opiekę pielęgniarstwa pacjenta z zaawansowaną cukrzycą typu II [7]. Pozyskanie materiałów zostało poprzedzone uzyskaniem zgody pacjenta i Komisji Bioetycznej (nr 158/PI/2018) funkcjonującej w PMWSZ w Opolu oraz zgody na udostępnienie materiałów do pracy dyplomowej. W badaniu zastosowano metodę indywidualnego przypadku oraz obserwacji.

## **WYNIKI**

### **Opis przypadku.**

Pacjentka H.S. lat 69, pochodzi z małej miejscowości w woj. opolskim. Matka dwóch synów (50 i 28 lat) oraz córki (42 lata). Od 2010 roku jest wdową. Po śmierci męża zamieszkała wraz ze swoim najstarszym synem, jego żoną i dziećmi. Niestety z powodu pogarszającego się stanu zdrowia, kobieta aktualnie przebywa w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym. Rodzina odwiedza pacjentkę regularnie - raz w tygodniu.

Chora mieszka w pokoju dwuosobowym, wraz ze współlokatorką, z którą utrzymuje bardzo dobry kontakt, często rozmawiają i słuchają razem telewizji.



Pacjentka ukończyła zasadniczą szkołę zawodową, jednak nie pracowała w zawodzie. Przez parę lat była gospodynią domową, potem zaczęła pracować w biurze Spółdzielni Transportu Miejskiego, gdzie przepracowała 28 lat. Obecnie od 8 lat znajduje się na emeryturze.

U pacjentki stwierdzono zaawansowaną cukrzycę typu II, której konsekwencją jest m.in. amputacja obu kończyn dolnych na wysokości ud. Pacjentka jest bardzo miła, spokojna, podczas rozmów lekko otępiała i przy wykonywaniu ruchów apatyczna, od roku także niewidoma. Chora całymi dniami leży w łóżku, siada jedynie z pomocą fizjoterapeuty podczas codziennej pionizacji. W rozmowie często skarży się na bolesne skurcze mięśni kończyn dolnych, które najczęściej występują w nocy. Pacjentka nie panuje nad zwieraczami cewki moczowej i odbytu. Ponadto chora ma założony cewnik Foleya, przy którego zmianie często dochodzi do krwawienia. Pacjentka wypróżnia się do pampersów regularnie, nie miewa zaparć, nie zgłasza żadnych dolegliwości ze strony układu pokarmowego. Chora pokarm przyjmuje samodzielnie, jedynie potrzebuje pomocy w krojeniu i smarowaniu. Choroby współistniejące u pacjentki to: nadciśnienie tętnicze, nefropatia cukrzycowa, stan po udarze niedokrwiennym lewej półkuli mózgu.

Jak twierdzi sama pacjentka, nie chorowała poważnie w dzieciństwie oraz w okresie adolescencji. Nie pamięta dokładnie, kiedy zdiagnozowano u niej cukrzycę. Podaje, że było to na pewno w wieku młodym ok. 25 r.ż. Pacjentka przyznała, że nie leczyła choroby przewlekłej regularnie, często ją bagatelizowała, nie stosując się do zalecanych diet i regularnego spożywania leków doustnych. Takie postępowanie często doprowadzało do dużych wahań poziomu cukru we krwi, które skutkowały częstymi stanami hipoglikemii oraz hiperglikemii. Wieloletnie zaniedbania doprowadziły do pogorszenia się jej stanu zdrowia.

Na przestrzeni lat 2010 – 201 kobieta była hospitalizowana 6 razy. Pierwsza hospitalizacja miała miejsce 30.07.2010 r. w oddziale chirurgii ogólnej jednego ze szpitali w Opolu z powodu niedokrwienia stopy prawej z zacinającą się martwicą grzbietu stopy. W rozpoznaniu stwierdzono: owrzodzenie kończyny dolnej, nieklasyfikowane gdzie indziej (L97), cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami w zakresie krążenia obwodowego) – E10.5. Opis rozpoznania: stopa cukrzycowa, ropowica stopy prawej z martwicą palucha prawego. W leczeniu szpitalnym zastosowano: amputację kończyny dolnej prawej na poziomie ½ uda oraz farmakoterapię. Po wypisie ze szpitala kobieta wróciła do domu najstarszego syna i jego rodziny.

Warunki mieszkaniowe bardzo dobre, umożliwiały chorej poruszanie się po domu na wózku inwalidzkim. Po amputacji kończyny dolnej uczestniczyła w półrocznej rehabilitacji, podczas której uczyła się chodzić z wykorzystaniem protezy. Pomimo regularnych ćwiczeń nie zdecydowała się na jej używanie. Na co dzień poruszała się za pomocą wózka inwalidzkiego. Pacjentka mimo swojej dysfunkcji nie rezygnowała z codziennej aktywności. Po wykonaniu swoich obowiązków domowych często spędzała czas na świeżym powietrzu z wnukami.

Druga hospitalizacja spowodowana była zakażeniem dróg moczowych i miała miejsce w oddziale nefrologii jednego z opolskich podmiotów leczniczych. Kobieta została poddana odpowiedniemu leczeniu, a po konsultacji chirurgicznej została przekazana w oddział chirurgii ogólnej i naczyniowej celem leczenia operacyjnego - pacjentce amputowano lewą nogę na wysokości 1/2 uda.

Kolejne hospitalizacje głównie były związane z powtarzającymi się infekcjami układu moczowego, a w maju 2015 r. – powodem było wystąpienie nagłych zaburzeń mowy i osłabienie prawej kończyny górnej. W rozpoznaniu odnotowano: udar niedokrwienny lewej półkuli mózgu RIND, ustępujący niedowład prawostronny z afazją mieszaną, infekcje dróg moczowych, nefropatia, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, stan po amputacji obu podudzi.

Przychylając się do prośby chorej wypisano ją z oddziału w stanie ogólnym dobrym. Zalecono dalszą opiekę u lekarza POZ oraz kontrolę stanu zdrowia w poradni neurologicznej i nefrologicznej, okresową kontrolę parametrów nerkowych, morfologii krwi, przestrzeganie zaleceń diety cukrzycowej, kontrolę glikemii około posiłkowej i dalszą rehabilitację. Zalecono również odpowiednią farmakoterapię.

Ostatnia hospitalizacja miała miejsce w lipcu 2016r. w oddziale geriatrycznym podmiotu leczniczego w województwie opolskim, z powodu wystąpienia krwimoczu, osłabienia, dolegliwości bólowych kostno-stawowych, zainfekowanych odleżyn okolicy pośladkowej. Po wprowadzonej fizykoterapii i farmakoterapii uzyskano u pacjentki normalizację wskaźników zapalnych oraz poprawę stanu ogólnego. Chorą wypisano ze szpitala dnia 11.08.2016r. Zgodnie ze wskazaniami pacjentka została przeniesiona do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego (ZOL), w którym znajduje się do dzisiaj.

Rozwój i przebieg głównej choroby pacjentki, jaką jest cukrzyca typu 2 wraz z chorobami współistniejącymi doprowadził do stanu, w którym pacjentka wymaga całodobowej pomocy ze strony personelu medycznego. Podczas przyjęcia pacjentki w ZOL dokładnie określono sprawność chorej i zapotrzebowanie na opiekę. Pacjentka uzyskała 5/100 pkt. w skali Barthel. W skali Norton 11/20 pkt. możliwych.

Chora nie kaszle ani nie zgłasza duszności. W czasie obserwacji nie dostrzeżono nieprawidłowości ze strony układu oddechowego. Oddech kobiety bezzapachowy, prawidłowy, częstotliwość oddechów 16/min. Tętno 64/min, akcja serca miarowa. Ciśnienie tętnicze wynosi 130/70mmHg. U pacjentki nie zaobserwowano objawów sinicy skóry, występuje jednak uogólniony obrzęk.

Pacjentka od roku niewidoma. Słuch prawidłowy. Na dotyk i temperaturę reaguje prawidłowo. Chora po amputacji obu kończyn dolnych na wysokości ud, nie jest w stanie samodzielnie przemieszczać się z łóżka na krzesło i z powrotem. Nie siada samodzielnie, nie zachowuje równowagi przy siedzeniu, jest także zależna przy zmianie pozycji z jednego boku na drugi bok lub na plecy. W wywiadzie skarży się na częste, bolesne skurcze mięśni kończyn dolnych występujące w nocy. Obydwie kończyny górne pacjentki są sprawne z zachowaniem pełnej ruchomości stawów, z osłabieniem siły mięśniowej 4 stopnia w skali Lovetta. Chora chętnie wykonuje ćwiczenia wzmacniające osłabionych grup mięśniowych pod okiem personelu medycznego.

Pacjentka także potrzebuje pomocy w utrzymaniu higieny osobistej, myciu, kąpieli całego ciała oraz codziennej pielęgnacji powłok skórnych. Chora wypróżnia się do pampersów, ma także założony cewnik Foleya, nie panuje nad zwieraczami cewki moczowej i odbytu. Wymaga m.in. dokładnej pielęgnacji okolic krocza, systematycznej zmiany pampersów oraz dbania o higienę i drożność założonego cewnika Foleya. Często podczas wymiany cewnika u pacjentki dochodzi do krwawienia.

Chora w czasie przyjęcia w ZOL posiadała dwie odleżyny stopnia II w okolicy pośladków. Odpowiednio zastosowano opatrunek z Octaniseptem i materac odleżynowy. W dniu 07.05.2016 odnotowano zagojenie odleżyn. Od tego czasu nie zaobserwowano powstania nowej odleżyny. Stan skóry pacjentki dobry, bez zmian skórnych. Stan włosów i paznokci dobry.

Masa ciała 80kg, wzrost przed drugą amputacją - 158cm. BMI - 32,05 i wskazuje na otyłość. Chora spożywa posiłki samodzielnie, potrzebuje pomocy w krojeniu i smarowaniu.

Wymaga zmodyfikowanej diety – cukrzycowej. Kobieta nie zgłasza dolegliwości ze strony układu pokarmowego. Łaknienie i pragnienie w normie. Średnia diureza dobową wynosi 1500ml – 1600ml. U pacjentki w ostatnim czasie nie zaobserwowano zaburzeń defekacji.

Pacjentka w rozmowie spokojna, miła, lekko otępiła, lecz w logicznym kontakcie. Zorientowana co do miejsca, czasu i osoby. W ciągu dnia senna, apatyczna, nie świadoma w pełni swojego stanu zdrowia - zapytana w wywiadzie potwierdza, że choruje na cukrzycę typu 2, lecz choroby współistniejące neguje. Obojętnie nastawiona do pobytu w zakładzie. Aktualna farmakoterapia pacjentki w ZOL: Bisocard 5mg 1xR, Donepezil 5mg 1xW, Mementyna 10mg 1xR, Gensulin N 20j, godz. 21:00, Gensulin R 12j, 20j, 6j wg glikemii, Mozarin 10mg 1xR, Laktulore 3x15ml, Furosemid 3xR tabl, Inhibace 0,5mg 1xR.

### **Diagnoza 1: Hipoglikemia [10027513]**

#### **Interwencja:**

- monitorowanie oznak życia [10032113] świadomość [10003083], tętno [10008833], rytm oddechowy [10016915] oraz ciśnienie tętnicze [10003335] przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- monitorowanie statusu fizjologicznego [10012183] przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- monitorowanie równowagi płynów [10040852] przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- monitorowanie stężenia glukozy we krwi [10032034] przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- umieszczanie urządzenia do dostępu żylnego [10034200] kaniuli dożylniej [10020677] przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- zbieranie próbek [10004588] krwi [10003319] moczu [10020478] przez pielęgniarkę [10013333];
- administrowanie lekiem [10025444] zgodnie z techniką podawania leku [10006322] przez pielęgniarkę [10013333];
- monitorowanie odpowiedzi na leczenie [10032109] pacjenta [10014132] poprzez względną ocenę stanu [10026750] dokonywaną przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];

- zarządzanie statusem odżywiania [10036013] z wykorzystaniem wzorca jedzenia [10006529] i wzorca picia [10006282] przez pielęgniarkę [10013333];
- współdziałanie z dietetykiem [10040435] w nauczaniu o wzorcu przyjmowania pokarmu [10032918] przez pacjenta [10014132] i pielęgniarkę [10013333];
- nauczanie o potrzebach dietetycznych [10019462] pacjenta [10014132] i rodziny [10007554] z wykorzystaniem materiałów dydaktycznych [10011251] przez pielęgniarkę [10013333];
- nauczanie rodziny o reżimie diety [10026525] z wykorzystaniem wzorca jedzenia [10006529] i wzorca picia [10006282] oraz materiałów dydaktycznych [10011251] przez pielęgniarkę [10013333];
- ocenianie postawy wobec statusu odżywienia [10002694] pacjenta [10014132] i rodziny [10007554] przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- ocenianie postawy wobec reżimu terapii [10024205] pacjenta [10014132] i rodziny [10007554] przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- wyjaśnianie wydarzenia lub epizodu [10007389] pacjentowi [10014132] i rodzinie [10007554] z wykorzystaniem materiałów dydaktycznych [10011251] przez pielęgniarkę [10013333].

**Wynik:** Prawidłowy poziom glukozy we krwi [10033685].

## **Diagnoza 2: Hiperglikemia [10027521]**

### **Interwencja:**

- monitorowanie oznak życia [10032113] świadomość [10003083], tętno [10008833], rytm oddechowy [10016915], ciśnienie tętnicze [10003335] przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- monitorowanie statusu fizjologicznego [10012183] równowaga płynów [10034114] przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- monitorowanie stężenia glukozy we krwi [10032034] przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- umieszczanie urządzenia do dostępu żylnego [10034200] kaniuli dożylniej [10020677] przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- zbieranie próbek [10004588] krwi [10003319] moczu [10020478] przez pielęgniarkę [10013333];

- administrowanie insuliną [10030417] zgodnie z techniką podawania leku [10006322] przez pielęgniarkę [10013333];
- dostarczanie materiału instruktażowego [10024493] i materiału dydaktycznego [10011251] o insulinie [10010400] i cukrzycy [10005876] przez pielęgniarkę [10013333];
- monitorowanie odpowiedzi na leczenie [10032109] pacjenta [10014132] poprzez względną ocenę stanu [10026750] dokonywaną przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- zarządzanie statusem odżywienia [10036013] z wykorzystaniem wzorca jedzenia [10006529] i wzorca picia [10006282] przez pielęgniarkę [10013333];
- współdziałanie z dietetykiem [10040435] w nauczaniu o wzorcu przyjmowania pokarmu [10032918] przez pacjenta [10014132] i pielęgniarkę [10013333];
- nauczanie o potrzebach dietetycznych [10019462] pacjenta [10014132] i rodziny [10007554] z wykorzystaniem materiałów dydaktycznych [10011251] przez pielęgniarkę [10013333];
- nauczanie rodziny o reżimie diety [10026525] z wykorzystaniem wzorca jedzenia [10006529] i wzorca picia [10006282] przez pielęgniarkę [10013333];
- ocenianie postawy wobec statusu odżywienia [10002694] pacjenta [10014132] i rodziny [10007554] przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- ocenianie postawy wobec reżimu terapii [10024205] pacjenta [10014132] i rodziny [10007554] przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- wyjaśnianie wydarzenia lub epizodu [10007389] pacjentowi [10014132] i rodzinie [10007554] z wykorzystaniem materiałów dydaktycznych [10011251] przez pielęgniarkę [10013333];

**Wynik:** Prawidłowy poziom glukozy we krwi [10033685].

### **Diagnoza 3: Ryzyko krwotoku [10017268]**

#### **Interwencja:**

- identyfikowanie ryzyka krwotoku [10009696] przez pielęgniarkę [10013333];
- monitorowanie oznak życia [10032113] świadomość [10003083], tętno [10008833], rytm oddechowy [10016915] oraz ciśnienie tętnicze [10003335] przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];

- monitorowanie statusu fizjologicznego [10012183] przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- umieszczanie urządzenia do dostępu żylnego [10034200] kaniuli dożylniej [10020677] przez pielęgniarkę [10013333];
- zbieranie próbek [10004588] krwi [10003319] moczu [10020478] przez pielęgniarkę [10013333];
- monitorowanie wyników laboratoryjnych [10032099] przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- ciągły nadzór [10005093] nad pacjentem [10014132] przez pielęgniarkę [10013333];
- monitorowanie przyjmowania płynów [10035303] przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- monitorowanie wydalanych płynów [10035319] przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- ewaluacja [10007066] i ocenianie [10002673] krwawienia [10003303] przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- administrowanie lekiem [10025444] zgodnie z techniką podawania leku [10006322] przez pielęgniarkę [10013333];
- monitorowanie odpowiedzi na leczenie [10032109] pacjenta [10014132] poprzez względną ocenę stanu [10026750] dokonywaną przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- dostarczenie wsparcia emocjonalnego [10027051] pacjentowi [10014132] i rodzinie [10007554] adekwatnie do względnej oceny stanu [10026750] przez pielęgniarkę [10013333];
- wyjaśnianie wydarzenia lub epizodu [10007389] pacjentowi [10014132] i rodzinie [10007554] z wykorzystaniem materiałów dydaktycznych [10011251] przez pielęgniarkę [10013333];
- ocenianie przestrzegania zaleceń [10024185] przez pacjenta [10014132] dokonywane przez pielęgniarkę [10013333];

**Wynik:** Ryzyko krwotoku [10017268].



#### **Diagnoza 4: Ryzyko infekcji [10015133]**

##### **Interwencja:**

- administrowanie lekami w celach profilaktycznych [10001827] zgodnie z techniką podawania leku [10006322] przez pielęgniarkę [10013333];
- monitorowanie oznak i objawów infekcji [10012203] u pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- ocenianie podatności na infekcje [10002821] u pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333];
- zbieranie próbek [10004588] krwi [10003319] moczu [10020478] przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- wprowadzanie technik aseptycznych [10041784] przez pielęgniarkę [10013333];
- monitorowanie wyników laboratoryjnych [10032099] przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- wyjaśnianie wydarzenia lub epizodu [10007389] pacjentowi [10014132] i rodzinie [10007554] z wykorzystaniem materiałów dydaktycznych [10011251] przez pielęgniarkę [10013333];
- ocenianie przestrzegania zaleceń [10024185] przez pacjenta [10014132] dokonywane przez pielęgniarkę [10013333];

**Wynik:** Brak infekcji [10028945].

#### **Diagnoza 5: Ryzyko odleżyny [10027337]**

##### **Interwencja:**

- ocenianie ryzyka odleżyny [10030710] u pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- ocenianie skóry [10041126] pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- ocenianie integralności skóry [10033922] pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- ocenianie [10002673] wzorca higieny [10009292] u pacjenta [10014132] i rodziny [10007554] przez pielęgniarkę [10013333];
- pielęgnacja skóry [10032757] pacjenta [10014132] poprzez względną ocenę stanu [10026750] dokonywaną przez pielęgniarkę [10013333];



- monitorowanie bólu [10038929] pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333] poprzez wywiad [10010542];
- pozycjonowanie pacjenta [10014761] z wykorzystaniem technik przemieszczania [10020048] przez pielęgniarkę [10013333];
- uruchamianie [10012120] pacjenta [10014132] przez zastosowanie urządzenia uruchamiającego [10012131] z zastosowaniem wiedzy o środkach bezpieczeństwa [10021973];
- prewencja odleżyn [10040224] poprzez zapewnienie urządzeń podtrzymujących [10037367] materac przeciwoodleżynowy [10041560] i środki pomocnicze [10019157];
- zarządzanie statusem odżywienia [10036013] z wykorzystaniem wzorca jedzenia [10006529] i wzorca picia [10006282] przez pielęgniarkę [10013333];
- współdziałanie z dietetykiem [10040435] przez pacjenta [10014132] i pielęgniarkę [10013333];
- administrowanie suplementem diety [10037037];
- ocenianie wiedzy [10033882] pacjenta [10014132] i rodziny [10007554] przez pielęgniarkę [10013333];
- nauczanie o prewencji odleżyn [10036861] pacjenta [10014132] i rodzinę [10007554] z zastosowaniem materiału dydaktycznego [10011251] i wiedzy o pielęgnowaniu rany [10011026];
- dostarczanie materiału instruktażowego [10024493] i materiału dydaktycznego [10011251] przez pielęgniarkę [10013333];
- ocenianie reakcji na nauczanie [10024279] u pacjenta [10014132] i rodziny [10007554] dokonywane przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- ciągły nadzór [10005093] nad pacjentem [10014132] przez pielęgniarkę [10013333];

**Wynik:** Bez odleżyny [10029065].

#### **Diagnoza 6: Ryzyko negatywnej reakcji na lek [10022977]**

##### **Interwencja:**

- monitorowanie statusu fizjologicznego [10012183] przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- administrowanie lekiem [10025444] zgodnie z techniką podawania leku [10006322] przez pielęgniarkę [10013333];

- monitorowanie odpowiedzi na leczenie [10032109] u pacjenta [10014132] poprzez względną ocenę stanu [10026750] dokonywaną przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- nauczanie o leku [10019470] i skutkach ubocznych leku [10023916] pacjenta [10014132] i rodzinę [10007554] przez pielęgniarkę [10013333] przy pomocy materiałów do czytania [10016433];
- ocenianie wiedzy o chorobie [10030639] u pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333];
- ocenianie postawy wobec choroby [10024192] u pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333];
- nauczanie o chorobie [10024116] pacjenta [10014132] i rodzinę [10007554] przez pielęgniarkę [10013333] z wykorzystaniem materiału do czytania [10016433] i materiału dydaktycznego [10011251];
- ocenianie postawy wobec reżimu terapii [10024205] u pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333];
- ocenianie barier przestrzegania zaleceń [10024214] przez pacjenta [10014132] dokonywane przez pielęgniarkę [10013333];
- nauczanie o reżimie terapeutycznym [10024625] pacjenta [10014132] i rodziny [10007554] przez pielęgniarkę [10013333] przy pomocy materiału dydaktycznego [10011251] i materiału instruktażowego [10010395];
- nauczanie rodziny o zachowaniach prozdrowotnych [10033119] przez pielęgniarkę [10013333] z dostarczeniem materiału instruktażowego [10024493];
- ocenianie reakcji na nauczanie [10024279] u pacjenta [10014132] i rodziny [10007554] dokonywane przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- ocenianie przestrzegania zaleceń [10024185] przez pacjenta [10014132] dokonywane przez pielęgniarkę [10013333];

**Wynik:** Efektywna odpowiedź na lek [10028670] z brakiem wystąpienia skutku ubocznego leku [10041220].

## **Diagnoza 7: Ryzyko nieprawidłowej perfuzji tkanek [10017281]**

### **Interwencja:**

- monitorowanie ciśnienia krwi [10032052] przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- pomiar ciśnienia krwi [10031996] z wykorzystaniem urządzenia do oceny [10002734] przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- ocenianie ryzyka nieskutecznej perfuzji tkankowej [10002813] u pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- ocenianie perfuzji tkankowej [10030775] u pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- badanie przesiewowe wzroku [10032735] u pacjenta [10014132] wykonywane przez lekarza [10014522];
- monitorowanie statusu fizjologicznego [10012183] oraz procesu układu nerwowo-naczyniowego [10013160] i procesu nerkowego [10024163] przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- ocenianie statusu kardiologicznego za pomocą urządzeń monitorujących [10002706] przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- monitorowanie masy ciała [10032121] u pacjenta [10014132] poprzez ważenie pacjenta [10033323] przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- badanie przesiewowe w kierunku nadużywania substancji [10017592] u pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333] z wykorzystaniem kwestionariusza [10016229];
- wyjaśnianie wydarzenia lub epizodu [10007389] pacjentowi [10014132] i rodzinie [10007554] z wykorzystaniem materiałów dydaktycznych [10011251] przez pielęgniarkę [10013333];
- nauczanie o chorobie [10024116] pacjenta [10014132] i rodzinę [10007554] przez pielęgniarkę [10013333] z wykorzystaniem materiału do czytania [10016433] materiału dydaktycznego [10011251] i materiału instruktażowego [10010395];
- ocenianie reakcji na nauczanie [10024279] u pacjenta [10014132] i rodziny [10007554] dokonywane przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- ocenianie przestrzegania zaleceń [10024185] przez pacjenta [10014132] dokonywane przez pielęgniarkę [10013333];

**Wynik:** Efektywna perfuzja tkanek [10028593].

### **Diagnoza 8: Zmienione ciśnienie krwi [10022954]**

#### **Interwencja:**

- monitorowanie ciśnienia krwi [10032052] przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- pomiar ciśnienia krwi [10031996] z wykorzystaniem urządzenia do oceny [10002734] przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- administrowanie lekiem [10001773] zgodnie z techniką podawania leku [10006322] przez pielęgniarkę [10013333];
- monitorowanie odpowiedzi na leczenie [10032109] u pacjenta [10014132] poprzez względną ocenę stanu [10026750] dokonywaną przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- promowanie samoopieki [10026347] przez pielęgniarkę [10013333] z dostarczaniem materiału instruktażowego [10024493] i materiału dydaktycznego [10011251] pacjentowi [10014132];
- ocenianie reakcji na nauczanie [10024279] u pacjenta [10014132] dokonywane przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];

**Wynik:** Prawidłowe ciśnienie krwi [10027647].

### **Diagnoza 9: Obrzęk obwodowy [10027482]**

#### **Interwencja:**

- monitorowanie statusu fizjologicznego [10012183] przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- monitorowanie równowagi płynów [10040852] w tym zatrzymania płynów [10031313] u pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- monitorowanie przyjmowania płynów [10035303] przez pacjenta [10014132] dokonywane przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- monitorowanie wydalanych płynów [10035319] przez pacjenta [10014132] dokonywane przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- współdziałanie w terapii płynami [10030948] z wykorzystaniem wzorca picia [10006282] przez pielęgniarkę [10013333] i pacjenta [10014132];
- ewaluacja reakcji na terapię płynami [10007176] u pacjenta [10014132] dokonywana przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];

- zarządzanie wypróżnieniem [10041427] u pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333];
- zarządzanie oddawaniem stolca [10031782] u pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333];
- ocenianie [10002673] i pomiar [10011813] obręzków [10013627] u pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- monitorowanie masy ciała [10032121] u pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- ważenie pacjenta [10033323] przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- ocenianie integralności skóry [10033922] pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- pielęgnacja skóry [10032757] pacjenta [10014132] poprzez względną ocenę stanu [10026750] dokonywaną przez pielęgniarkę [10013333];
- zarządzanie reżimem ćwiczeń [10023890] zgodnie z wykorzystaniem wzorca wykonywania ćwiczeń [10007294] przez pielęgniarkę [10013333];
- pozycjonowanie pacjenta [10014761] z wykorzystaniem technik przemieszczania [10020048] przez pielęgniarkę [10013333];
- administrowanie lekiem [10025444] zgodnie z techniką podawania leku [10006322] przez pielęgniarkę [10013333];
- monitorowanie odpowiedzi na leczenie [10032109] u pacjenta [10014132] poprzez względną ocenę stanu [10026750] dokonywaną przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- ocenianie wiedzy [10033882] u pacjenta [10014132] i rodziny [10007554] przez pielęgniarkę [10013333];
- nauczanie o zaopatrywaniu w wodę [10038120] pacjenta [10014132] i rodzinę [10007554] z wykorzystaniem materiałów dydaktycznych [10011251] przez pielęgniarkę [10013333];
- ocenianie reakcji na nauczanie [10024279] u pacjenta [10014132] i rodziny [10007554] dokonywane przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];

**Wynik:** Bez obręzków obwodowych [10029020].

### **Diagnoza 10: Zaburzona masa ciała [10027290]**

#### **Interwencja:**

- monitorowanie masy ciała [10032121] u pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- ważenie pacjenta [10033323] przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- zarządzanie statusem odżywienia [10036013] z wykorzystaniem wzorca jedzenia [10006529] i wzorca picia [10006282] przez pielęgniarkę [10013333];
- współdziałanie z dietetykiem [10040435] w nauczaniu o wzorcu przyjmowania pokarmu [10032918] przez pacjenta [10014132] i pielęgniarkę [10013333];
- nauczanie o potrzebach dietetycznych [10019462] pacjenta [10014132] i rodzinę [10007554] z wykorzystaniem materiałów dydaktycznych [10011251] przez pielęgniarkę [10013333];
- nauczanie rodziny o reżimie diety [10026525] z wykorzystaniem wzorca jedzenia [10006529] i wzorca picia [10006282] przez pielęgniarkę [10013333];
- ocenianie reakcji na nauczanie [10024279] u pacjenta [10014132] i rodziny [10007554] dokonywane przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];

**Wynik:** Zaburzona masa ciała [10027290].

### **Diagnoza 11: Zaburzony proces układu mięśniowo-szkieletowego [10022642] i/lub ból mięśniowo-szkieletowy [10012337], ból przewlekły [10000546]**

#### **Interwencja:**

- ewaluacja statusu układu mięśniowo-szkieletowego [10034030] u pacjenta [10014132] dokonywana przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- ocenianie bólu [10026119] pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333];
- zarządzanie bólem [10011660] pacjenta [10014132] poprzez tworzenie planu zarządzania bólem [10039820] przez pielęgniarkę [10013333];
- leczenie bólu kontrolowane przez pielęgniarkę [10039798] z wykorzystaniem technik ćwiczeń mięśni lub stawów [10012300] i środków pomocniczych [10019157];
- terapia masażem [10039189] przez fizjoterapeutę [10024003] i pielęgniarkę [10013333];
- administrowanie lekiem przeciwbólowym [10023084] zgodnie z techniką podawania leku [10006322] przez pielęgniarkę [10013333];

- monitorowanie odpowiedzi na leczenie [10032109] u pacjenta [10014132] poprzez względną ocenę stanu [10026750] dokonywaną przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- ocenianie psychologicznej odpowiedzi na ból [10038964] u pacjenta [10014132] dokonywane przez pielęgniarkę [10013333];
- zapewnienie wsparcia emocjonalnego [10027051] przez rodzinę [10007554] i pielęgniarkę [10013333];
- promowanie wykorzystania techniki stopniowego rozluźniania mięśni [10040564] przez pielęgniarkę [10013333];
- dostarczanie materiału instruktażowego [10024493] i materiału dydaktycznego [10011251] przez fizjoterapeutę [10024003] i pielęgniarkę [10013333];
- nauczanie rodziny o technice stopniowego rozluźnienia mięśni [10040555] przez pielęgniarkę [10039798];
- nauczanie rodziny o zarządzaniu bólem [10038337] przez pielęgniarkę [10013333];
- wzmacnianie techniki wykonywania ćwiczeń mięśni lub stawów [10036512] przez rodzinę [10007554];
- ocenianie reakcji na nauczanie [10024279] u pacjenta [10014132] i rodziny [10007554] dokonywane przez pielęgniarkę [10013333];
- wzmacnianie osiągnięć [10026427] u pacjenta [10014132] dokonywane przez fizjoterapeutę [10024003] i pielęgniarkę [10013333];

**Wynik:** Zmniejszony ból [10027917].

### **Diagnoza 12: Zaburzona zdolność widzenia [10022748]**

#### **Interwencja:**

- badanie przesiewowe wzroku [10032735] u pacjenta [10014132] wykonywane przez lekarza [10014522] i dokumentowanie [10006173];
- ocenianie samodzielności [10024280] u pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- asystowanie w mobilności [10036508] pacjenta [10014132] przez rodzinę [10007554] i pielęgniarkę [10013333];
- asystowanie w samoopiece [10035763] pacjenta [10014132] przez rodzinę [10007554] i pielęgniarkę [10013333];

- nauczanie o technikach adaptacyjnych [10023717] pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333];
- nauczanie o środkach bezpieczeństwa [10024687] podczas aktywności wykonywanych samodzielnie [10017805] przez pacjenta [10014132];
- ocenianie bezpieczeństwa środowiska [10039751] pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333];
- zarządzanie bezpieczeństwem środowiska [10024706] pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333];
- ocenianie radzenia sobie [10002723] pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333];
- ocenianie reakcji na nauczanie [10024279] u pacjenta [10014132] dokonywane przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- zapewnienie wsparcia emocjonalnego [10027051] pacjentowi [10014132] przez pielęgniarkę [10013333];
- promowanie wsparcia rodziny [10036078] przez pielęgniarkę [10013333];

**Wynik:** Zaburzona zdolność widzenia [10022748].

### **Diagnoza 13: Nietrzymanie moczu [10025686]**

#### **Interwencja:**

- ocenianie trzymania moczu [10030781] u pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- zarządzanie nietrzymaniem moczu [10031879] u pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333];
- współdziałanie z lekarzem [10023565] przez pielęgniarkę [10013333] i pacjenta [10014132];
- prewencja infekcji [10036916] układu moczowego [10020421] u pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333];
- asystowanie w higienie [10030821] pacjenta [10014132] zgodnie z wzorcem higieny [10009292] przez pielęgniarkę [10013333];
- pielęgnacja skóry [10032757] okolic krocza [10014340] u pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333];
- promowanie higieny [10032477] pacjentowi [10014132] przez pielęgniarkę [10013333];



- promowanie efektywnego wydalania moczu [10036729] pacjentowi [10014132] z wykorzystaniem technik treningu zapobiegania nietrzymaniu moczu [10009957];
- cewnikowanie pęcherza [10030884] pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333] z wykorzystaniem cewnika [10004087], worka na mocz [10020484] i środków pomocniczych [10019157] z wykorzystaniem technik aseptycznych [10041784];
- pielęgnacja cewnika urologicznego [10033277] zgodnie z reżimem pielęgnacji cewnika urologicznego [10033283] przez pielęgniarkę [10013333];
- utrzymywanie godności i prywatności [10011527] pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333];

**Wynik:** Nietrzymanie moczu [10025686].

#### **Diagnoza 14: Nietrzymanie stolca [10027718]**

##### **Interwencja:**

- ocenianie trzymania stolca [10030558] u pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- współdziałanie z lekarzem [10023565] przez pielęgniarkę [10013333] i pacjenta [10014132];
- prewencja infekcji [10036916] u pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333];
- asystowanie w higienie [10030821] pacjenta [10014132] zgodnie z wzorcem higieny [10009292] przez pielęgniarkę [10013333];
- pielęgnacja skóry [10032757] okolic krocza [10014340] pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333];
- promowanie higieny [10032477] u pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333];
- promowanie efektywnego wypróżniania [10036717] u pacjenta [10014132] z wykorzystaniem technik treningu wypróżnień [10003609] przez pielęgniarkę [10013333];
- utrzymywanie godności i prywatności [10011527] pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333];

**Wynik:** Nietrzymanie stolca [10027718].

### **Diagnoza 15: Zaburzona mobilność w łóżku [10001067]**

#### **Interwencja:**

- ocenianie wzorca mobilności [10030641] pacjenta [10014132] poprzez względną ocenę stanu [10026750] dokonywane przez pielęgniarkę [10013333];
- ocenianie możliwości [10026040] pacjenta [10014132] dokonywane przez fizjoterapeutę [10024003] i pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- asystowanie w mobilności [10036508] pacjenta [10014132] zgodnie ze wzorcem mobilności [10012112] przez rodzinę [10007554] i pielęgniarkę [10013333];
- pozycjonowanie pacjenta [10014761] z wykorzystaniem technik przemieszczania [10020048] przez pielęgniarkę [10013333];
- promowanie mobilności fizycznej [10037379] u pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333];
- zarządzanie reżimem ćwiczeń [10023890] zgodnie z wykorzystaniem wzorca wykonywania ćwiczeń [10007294] przez pielęgniarkę [10013333];
- zwiększanie tolerancji aktywności ruchowej [10024884] z użyciem technik ćwiczeń mięśni lub stawów [10012300] u pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333] i fizjoterapeutę [10024003];
- uruchamianie [10012120] pacjenta [10014132] przez zastosowanie urządzenia uruchamiającego [10012131] z zastosowaniem wiedzy o środkach bezpieczeństwa [10021973] przez pielęgniarkę [10013333];
- rehabilitowanie [10016645] pacjenta [10014132] w łóżku [10003168] przez pielęgniarkę [10013333] i fizjoterapeutę [10024003];
- doskonalenie mobilności [10036452] pacjenta [10014132] z pomocą pielęgniarki [10013333] i fizjoterapeuty [10024003];
- nauczanie o ćwiczeniach [10040125] pacjenta [10014132] i rodzinę [10007554] przez pielęgniarkę [10013333];
- dostarczanie materiału instruktażowego [10024493] i materiału dydaktycznego [10011251] przez fizjoterapeutę [10024003] i pielęgniarkę [10013333];
- ocenianie reakcji na nauczanie [10024279] u pacjenta [10014132] i rodziny [10007554] dokonywane przez pielęgniarkę [10013333];
- wzmacnianie osiągnięć [10026427] u pacjenta [10014132] i rodziny [10007554] dokonywane przez fizjoterapeutę [10024003] i pielęgniarkę [10013333];

**Wynik:** Pozytywna mobilność w łóżku [10029240].

**Diagnoza 16: Deficyt samoopieki** [10023410]

**Interwencja:**

- ocenianie samodzielności [10024280] u pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333] poprzez względną ocenę stanu [10026750] i dokumentowanie [10006173];
- ocenianie samoopieki [10021844] pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333] poprzez względną ocenę stanu [10026750] i dokumentowanie [10006173];
- ocenianie w zakresie samo pielęgnacji skóry [10030747] u pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333] poprzez względną ocenę stanu [10026750] i dokumentowanie [10006173];
- asystowanie przy czynnościach higienicznych [10023531] pacjenta [10014132] zgodnie z wzorcem higieny [10009292] przez rodzinę [10007554] i pielęgniarkę [10013333];
- asystowanie w mobilności [10036508] pacjenta [10014132] przez rodzinę [10007554] i pielęgniarkę [10013333];
- asystowanie w samoopiece [10035763] pacjenta [10014132] przez rodzinę [10007554] i pielęgniarkę [10013333];
- asystowanie w higienie [10030821] myciu [10020935], czesaniu [10004640], dbaniu o estetyczny wygląd [10008528] pacjenta [10014132] przez rodzinę [10007554] i pielęgniarkę [10013333];
- pielęgnacja skóry [10032757] pacjenta [10014132] zgodnie z wzorcem higieny [10009292] przez rodzinę [10007554] i pielęgniarkę [10013333];
- promowanie higieny [10032477] u pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333];
- ocenianie wiedzy [10033882] u pacjenta [10014132] i rodziny [10007554] przez pielęgniarkę [10013333];
- nauczanie o samo pielęgnacji skóry [10033029] pacjenta [10014132] z wykorzystaniem materiałów dydaktycznych [10011251] przez pielęgniarkę [10013333];
- instruowanie pacjenta [10010382] do samodzielnego utrzymywania higieny [10017769] przez pielęgniarkę [10013333];
- nauczanie rodziny o wzorcu utrzymywania higieny [10038131] z wykorzystaniem materiałów dydaktycznych [10011251] przez pielęgniarkę [10013333];

- ocenianie reakcji na nauczanie [10024279] u pacjenta [10014132] rodziny [10007554] dokonywane przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- wzmacnianie umiejętności [10026188] pacjenta [10014132] i rodziny [10007554] przez pielęgniarkę [10013333];

**Wynik:** Zaburzona zdolność do wykonywania czynności higienicznych [10000987].

### **Diagnoza 17: Osłabienie [10022880] i pozbawienie snu [10027226]**

#### **Interwencja:**

- ocenianie statusu fizjologicznego [10030694] w tym bezsenności [10010330] przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- monitorowanie statusu fizjologicznego [10012183] w tym duszności [10006461] przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- monitorowanie oznak życia [10032113] świadomość [10003083], tętno [10008833], rytm oddechowy [10016915], ciśnienie tętnicze [10003335] przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- pozycjonowanie pacjenta [10014761] z wykorzystaniem technik przemieszczania [10020048] przez pielęgniarkę [10013333];
- zapewnienie ciągłej opieki [10006966] nad pacjentem [10014132] przez pielęgniarkę [10013333] i rodzinę [10007554];
- ocenianie statusu psychologicznego [10030734] pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- wspieranie statusu psychicznego [10019161] pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333];
- administrowanie lekiem i roztworem [10001804] zgodnie z techniką podawania leku [10006322] przez pielęgniarkę [10013333];
- asystowanie przy czynnościach higienicznych [10023531] u pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333];
- zachęcanie do odpoczynku [10041415] pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333] i rodzinę [10007554];
- zarządzanie bezpieczeństwem środowiska [10024706] pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333];

- nauczanie techniki relaksacyjnej [10038699] pacjenta [10014132] z wykorzystaniem terapii relaksacyjnej [10039191] przez pielęgniarkę [10013333];
- demonstrowanie technik relaksacyjnych [10024365] poprzez dostarczanie materiału instruktażowego [10024493] i materiału dydaktycznego [10011251];
- ocenianie reakcji na nauczanie [10024279] u pacjenta [10014132] dokonywane przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];

**Wynik:** Sen adekwatny [10024930].

### **Diagnoza 18: Niska wola** [10022867]

#### **Interwencja:**

- ocenianie statusu psychologicznego [10030734] pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- promowanie poczucia własnej wartości [10024455] u pacjenta [10014132] przez rodzinę [10007554] i pielęgniarkę [10013333];
- promowanie pozytywnego statusu psychologicznego [10032505] u pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333];
- wspieranie [10012242] pacjenta [10014132] poprzez terapie [10019628] prowadzoną przez terapeutę zajęciowego [10026628] i pielęgniarkę [10013333];
- motywowanie [10012242] pacjenta [10014132] przez rodzinę [10007554], pielęgniarkę [10013333] i terapeutę zajęciowego [10026628];

**Wynik:** Pozytywna reakcja psychologiczna na sytuacje [10035553] i efektywna komunikacja werbalna [10028230].

### **Diagnoza 19: Brak wiedzy o chorobie** [10021994]

#### **Interwencja:**

- ocenianie postawy wobec choroby [10024192] u pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- promowanie samoświadomości [10036097] u pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333];
- ocenianie wiedzy o chorobie [10030639] u pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333];

- ocenianie postawy wobec choroby [10024192] u pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333];
- nauczanie o chorobie [10024116] pacjenta [10014132] i rodzinę [10007554] przez pielęgniarkę [10013333] z wykorzystaniem materiału do czytania [10016433] i materiału dydaktycznego [10011251];
- wyjaśnianie wydarzenia lub epizodu [10007389] pacjentowi [10014132] i rodzinie [10007554] z wykorzystaniem materiałów dydaktycznych [10011251] przez pielęgniarkę [10013333];
- edukacja [10006564] pacjenta [10014132] i rodziny [10007554] przez pielęgniarkę [10013333] z wykorzystaniem materiału do czytania [10016433] materiału dydaktycznego [10011251] i materiału instruktażowego [10010395];
- ocenianie reakcji na nauczanie [10024279] u pacjenta [10014132] dokonywane przez pielęgniarkę [10013333] i dokumentowanie [10006173];
- zapewnienie wsparcia emocjonalnego [10027051] pacjentowi [10014132] przez pielęgniarkę [10013333]
- zarządzanie bezpieczeństwem środowiska [10024706] pacjenta [10014132] przez pielęgniarkę [10013333];

**Wynik:** Wiedza adekwatna [10027112].

## **DYSKUSJA**

Opieka pielęgniarska nad pacjentem w zaawansowanej cukrzycy typu II powinna przede wszystkim opierać się na zindywidualizowanym podejściu pielęgniarki/pielęgniarsza do jego problemów pielęgnacyjnych. Odpowiednio dopasowane, przemyślane i zaplanowane działania przez personel medyczny, umożliwiają zwiększenie skuteczności profesjonalnej opieki nad chorującym. Zdaniem Kieś-Kokocińskiej i Ledwoń [8] personel pielęgniarski w swojej pracy wykonuje szereg interwencji składających się razem na holistyczną, zindywidualizowaną opiekę pielęgniarską, której celem jest dążenie do poprawy stanu zdrowia pacjenta i polepszenia jakości jego życia. Autorki podają również, że główne działania pielęgniarskie w opiece nad chorym polegają na zdefiniowaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta, sformułowaniu diagnoz pielęgniarskich oraz zaplanowaniu i wykonaniu odpowiednich interwencji na ich podstawie [8].

Pacjenci z zaawansowaną cukrzycą typu II w szczególności potrzebują wspomnianej holistycznej opieki pielęgniarskiej ze względu na różnorodność i ilość pojawiających się u nich deficytów. Literatura naukowa podaje, że w przypadku pacjentów chorujących na cukrzycę typu II forma świadczonych działań może zasadniczo różnić się w zależności od stanu zdrowia pacjenta, którego zdrowie jest zależne między innymi od występowania ostrych i przewlekłych powikłań cukrzycy oraz chorób współistniejących [8]. Z przeglądu literatury wynika, że postawione diagnozy w odniesieniu do opisywanej chorej stanowią często spotykane problemy w opiece nad pacjentami z cukrzycą typu II w stadium zaawansowanym.

Licznie występujące powikłania cukrzycy typu II u pacjentki znacząco wpłynęły na upośledzenie jej funkcjonowania w życiu codziennym. Występujące deficyty uniemożliwiły pacjentce między innymi zdolność widzenia, poruszania się w znacznym zakresie, utrzymywania prawidłowej kontroli nad oddawaniem moczu i kału, a także utrzymywania właściwej higieny osobistej. Pacjentka również nie jest w stanie wykonywać samodzielnego pomiaru glikemii, jak również samodzielnie regulować i podawać sobie dawki insuliny. Według literatury naukowej, opieka nad pacjentką z cukrzycą typu II, w dodatku niewidomą i leżącą wymaga od pielęgniarki/pielęgniara zastosowania odpowiednio dobranych interwencji pielęgniarskich [9]. Opieka nad taką pacjentką powinna uwzględniać jej deficyty oraz możliwie jak najbardziej minimalizować powstały w ich wyniku dyskomfort i ryzyko rozwoju niepożądanych problemów pielęgnacyjnych.

W analizowanym przypadku pierwszorzędym celem w opiece pielęgniarskiej jest unormowanie stężenia glukozy we krwi pacjentki w celu zminimalizowania ryzyka wystąpienia hipoglikemii i hiperglikemii. Częściej mówi się o hipoglikemii, gdyż jak podaje Otto-Buczowska występuje ona najczęściej u pacjentów chorujących na cukrzycę typu II spośród innych wymienianych ostrych powikłań tej jednostki [10]. Stany hiperglikemii natomiast w większości mają charakter przewlekły. Według literatury medycznej do ich objawów zalicza się: wzmożone pragnienie, wielomocz, nykturia, osłabienie, zmęczenie, suchość w ustach, spadek masy ciała, zaburzenia koncentracji, senność i śpiączkę [3, 4, 11]. U opisywanej pacjentki występowały liczne stany hipoglikemii i hiperglikemii, objawiające się zazwyczaj wzmożonym pragnieniem, zwiększoną diurezą, osłabieniem, zmęczeniem, lekkim otępieniem oraz sennością.



Celem opieki pielęgniarskiej między innymi jest również zmniejszenie ryzyka rozwoju infekcji i powstania odleżyn u pacjentki, ponieważ jak podaje literatura medyczna, chorzy ze stale utrzymującą się podwyższoną wartością glikemii są nie tylko narażeni na rozwój ostrych i przewlekłych powikłań cukrzycy typu II, ale są także bardziej narażeni na zakażenia dróg moczowych, infekcje dróg oddechowych i ropne, trudno gojące się zmiany skórne [3, 4, 11].

Niezmiennie na każdym etapie choroby według literatury naukowej szczególnie ważne jest równoczesne zastosowanie niefarmakologicznych i farmakologicznych metod leczenia cukrzycy, oraz aktywnego leczenia występujących powikłań [11]. Dobór metod terapeutycznych jest zróżnicowany, uzależniony od rozpoznania typu cukrzycy i zindywidualizowanych celów leczenia pacjenta [1, 3, 6]. W opiece pielęgniarskiej na tym etapie istotne jest odpowiednie przygotowanie mentalne i manualne pacjenta w celu osiągnięcia zamierzonych skutków zindywidualizowanej terapii. Według Stanowiska Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego istotnym celem szkolenia pielęgniarskiego jest przede wszystkim uzyskanie współpracy pacjenta w leczeniu zespołowym [12]. Opisywana pacjentka podczas wywiadu przyznała, że przez dłuższy okres czasu od zdiagnozowania u niej cukrzycy typu II nie stosowała się do zaleceń lekarzy. Nie ustosunkowała się do zalecanych diet i regularnego spożywania leków doustnych i insuliny. W następstwie tego pacjentka miewała częste stany hiperglikemii i hipoglikemii. Trwając przewlekle, przyczyniły się u chorej do wystąpienia licznych powikłań podstawowej jednostki chorobowej. Pacjentka w takim przypadku podczas sprawowania opieki pielęgniarskiej wymaga od pielęgniarki/pielęgniarza również zwiększonej uwagi w czasie po każdorazowym przyjęciu leku. W opiece nad chorą powinno się uwzględniać również ryzyko negatywnej reakcji na lek, pod kątem jej nastawienia do terapii oraz odpowiedzi i możliwości wystąpienia niepożądanych skutków ubocznych przyjmowanych leków. Celem wykonywanych działań w tym zakresie jest uzyskanie współpracy pacjentki i efektywnej odpowiedzi z brakiem występowania skutków ubocznych przyjmowanych leków. W przypadku pacjentki istotne jest również prowadzenie reedukacji na temat choroby, jak i odpowiedniej profilaktyki dalszego rozwoju ostrych i przewlekłych powikłań. Czasopisma medyczne wskazują, że istotnym elementem opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z cukrzycą typu II jest nie tylko edukowanie i instruowanie pacjenta w tematyce cukrzycy w czasie hospitalizacji, ale także powtórne reedukowanie i sprawdzanie wiedzy pacjenta również w opiece ambulatoryjnej [8, 13, 14].



Czasopisma naukowe wskazują, że opieka pielęgniarska odgrywa istotną rolę w procesie diagnozowania, leczenia i rehabilitacji pacjenta z zaawansowaną cukrzycą typu II. Współczesna literatura naukowa potwierdza także, że prawidłowo sprawowana opieka oparta na procesie pielęgnowania umożliwia zaspokojenie potrzeb pacjenta oraz zmniejsza ryzyko rozwoju ostrych i przewlekłych powikłań cukrzycy [8, 13, 15-21]. Opisywana pacjentka była objęta opieką pielęgniarską podczas licznych hospitalizacji i w opiece ambulatoryjnej. Aktualnie chora jest otoczona opieką w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym.

## **WNIOSKI**

1. Podstawą działań pielęgnacyjno – opiekuńczych w odniesieniu do pacjenta z cukrzycą typu II jest systematyczna kontrola glikemii, edukacja diabetologiczna oraz motywowanie chorego do współpracy z zespołem terapeutycznym i odpowiedniego przestrzegania zaleceń.
2. W opiece pielęgniarskiej nad pacjentem z cukrzycą typu II powinno uwzględniać się m.in. ryzyko powstania nagłych, ostrych stanów glikemicznych (hipoglikemii, hiperglikemii) mogących stanowić bezpośredni stan zagrożenia życia.
3. Opieka nad pacjentem z zaawansowaną cukrzycą typu II powinna opierać się na całościowym, zindywidualizowanym procesie pielęgnowania, opartym o prawidłowo rozpoznane problemy pielęgnacyjne chorego, co zwiększa trafność doboru interwencji i osiągnięcia założonego celu opieki.
4. Pacjentka będąca podmiotem przygotowanego studium przypadku powinna zostać poddana procesowi reedukacji w zakresie wiedzy na temat podstawowej jednostki chorobowej.

## **PIŚMIENNICTWO**

1. Sieradzki J.: Cukrzyca typu 2. Wczesna diagnostyka i rozpoczęcie leczenia. Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2014.
2. Kulik M., Małowicka M., Mucha E. i wsp.: Edukacja w cukrzycy. Brakujące ogniwo do osiągnięcia sukcesu.  
[[https://www.janssen.com/poland/sites/www\\_janssen\\_com\\_poland/files/raport\\_edukacja\\_w\\_cukrzycy\\_brakujace\\_ogniwo\\_do\\_osiagniecia\\_sukcesu.pdf](https://www.janssen.com/poland/sites/www_janssen_com_poland/files/raport_edukacja_w_cukrzycy_brakujace_ogniwo_do_osiagniecia_sukcesu.pdf)] stan na 01.11.2018
3. Czupryniak L., Strojek K.: Diabetologia. VM Media, Gdańsk 2016.

4. Białasiewicz P., Czupryniak L.: Szymańska-Garbacz E. i wsp.: Diabetologia – Kompendium. Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2014.
5. Walicka M., Chlebus M., Brzozowska M. i wsp.: Chorobowość z powodu cukrzycy w Polsce w latach 2010-2014. *Clinical Diabetology*, 2015, 4(supl. B), 13- 18.
6. Sieradzki J.: Cukrzyca [w:] Interna Szczeklika, Augustynowicz-Kopec E., Bała M., Banasiak W. i wsp. (red.). *Medycyna Praktyczna*, Kraków, 2017, 1449- 1496.
7. Maliszewska I.: Zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską u pacjenta z zaawansowaną cukrzycą typu II w oparciu o opis przypadku. Nipublikowana praca licencjacka przygotowana pod kierunkiem dr n. med. Edyty Kędra. PMWSZ w Opolu, Opole 2019.
8. Kieś-Kokocińska K., Ledwoń E.: Pacjent z cukrzycą w szpitalu – rola pielęgniarki [[http://diabetologiaonline.pl/pielęgniarka\\_artykuly,info,563,2.html](http://diabetologiaonline.pl/pielęgniarka_artykuly,info,563,2.html)] stan na 3.01.2019.
9. Łagoda K.: Opieka pielęgniarska nad pacjentem z cukrzycą [w:] *Pielęgniarstwo internistyczne*, Brzostek T., Cegła B., Darewicz B. i wsp. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, 572-589.
10. Otto-Buczowska E.: Hipoglikemia u chorych z cukrzycą typu 2 - czy jest problemem? *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2017, 11(6), 237-244.
11. Strojek K., Wróbel M., Szymborska-Kajanek A. i wsp.: *Diabetologia - Praktyczny poradnik*. Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2014.
12. Araszkiwicz A., Bandurska-Stankiewicz E., Budzyński A. i wsp.: Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2018 - Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. *Diabetologia Praktyczna*, 2018, 4(1), 1-92.
13. Czech I.: Samoopieka i samokontrola. Ważne elementy edukacji zdrowotnej pacjentów z cukrzycą typu 2. *Analiza Przypadków w Pielęgniarstwie i Położnictwie*, 2015, 5, 44- 46.
14. Łagoda K.: Opieka pielęgniarska nad pacjentem z cukrzycą [w:] *Pielęgniarstwo internistyczne*, Brzostek T., Cegła B., Darewicz B. i wsp. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, 572-589.
15. Kapuściok J.: Edukacja terapeutyczna w cukrzycy. *Analiza Przypadków w Pielęgniarstwie i Położnictwie*, 2015, 3, 40-44.
16. Czech I.: Dietoterapia w cukrzycy typu 2. *Analiza Przypadków w Pielęgniarstwie i Położnictwie*, 2015, 4, 44- 48.
17. Biront J.: Nowoczesne metody terapii pompami insulinowymi. *Analiza Przypadków w Pielęgniarstwie i Położnictwie*, 2016, 2, 47-49.

18. Dilis P.: Hipoglikemia i jej aspekty. Analiza Przypadków w Pielęgniarstwie i Położnictwie, 2015, 3, 45-47.
19. Chitryń A.: Zapobieganie hipoglikemii. Edukacja pacjentów i opiekunów. Analiza Przypadków w Pielęgniarstwie i Położnictwie, 2018, 3-4, 21-24.
20. Szkiler E.: Postępowanie pielęgnacyjne w zespole stopy cukrzycowej. Analiza Przypadków w Pielęgniarstwie i Położnictwie, 2015, 5, 48-50.
21. Kapuściok J.: Pacjent z zespołem stopy cukrzycowej w praktyce pielęgniarskiej na podstawie przypadków. Analiza Przypadków w Pielęgniarstwie i Położnictwie, 2017, 5, 39-41.

## **WIEDZA STUDENTÓW NA TEMAT PROFILAKTYKI ZAKAŻEŃ WIRUSEM WZW TYPU B I C**

**Sylwia Kurek<sup>1</sup>, Krystyna Klimaszewska<sup>2</sup>**

1. Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

### **WSTĘP**

Ogólnie zapalenie wątroby jest terminem kliniczno-patologicznym obejmującym wszystkie choroby charakteryzujące się uszkodzeniem komórki wątrobowej, z towarzyszącymi zmianami histopatologicznymi pod postacią martwiczo-zapalnej przebudowy narządu. Występuje ogólny podział zapalenia wątroby na ostre i przewlekłe. Ostre zapalenie wątroby można interpretować jako samoograniczające się uszkodzenie, którego przebieg z reguły trwa tylko do 6 miesięcy, natomiast w przewlekłym zapaleniu odpowiedź zapalna występuje w czasie większym niż pół roku. Oprócz tego wymienione grupy można podzielić na podgrupy pod względem etiologicznym na wirusowe zapalenie wątroby typu A, B, C, D i E. Wszystkie te wirusy wywołują jednostki chorobowe o podobnych cechach patologicznych i klinicznych, o różnym przebiegu, często nawet bezobjawowym. Zapalenie wątroby typu B, D i C może występować zarówno w charakterze ostrym i przewlekłym, natomiast zapalenie wątroby typu A i E jedynie pod ostrą postacią. Jeśli chodzi o drogi przenoszenia wirusa wirusy HAV i HEV przenoszone są drogą pokarmową, natomiast wirusy HBV, HCV i HDV głównie drogą pozajelitową [1].

### ***Pojęcie wirusowego zapalenia wątroby typu b***

Wirusowe zapalenie wątroby dawniej zwane żółtaczką wszczepienną lub żółtaczką zakaźną typu B to jedna z najczęściej spotykanych chorób zakaźnych na świecie. Co roku odnotowuje się duży odsetek przypadków śmiertelnych zachorowań na tą jednostkę chorobową. Należy ona również do najczęściej występujących chorób wirusowych wątroby. Spowodowana jest zakażeniem wirusem HBV, który jest dużo bardziej zakaźny niż HIV [2].

### ***Występowanie i czynniki ryzyka wirusowego zapalenia wątroby typu b***

Wirusowe zapalenie wątroby typu B dotyczy ok. 5% ludności na świecie. Wg WHO, czyli Światowej Organizacji Zdrowia na świecie u ok. 2 mld ludzi doszło do zakażenia wirusem HBV, natomiast w 2015r. ok. 257 mln osób cierpiało na przewlekłe WZW typu B. Wg badań co roku w wyniku ciężkiego, ostrego zakażenia i przebytych po nim późnych powikłań umiera ok. 600 tys. osób. Bardzo duża zapadalność na tą jednostkę chorobową występuje w Azji Południowo-Wschodniej, Rosji, Chinach, dawnych Azjatyckich Republikach Związku Radzieckiego, Europie Wschodniej, Ameryce Środkowej i Południowej, Afryce oraz na wyspach Oceanu Spokojnego. W Polsce natomiast jeśli chodzi czasy przeszłe w latach 70-tych i 80-tych XX wieku zachorowalność na tę chorobę wynosiła 40/100000 przypadków i z roku na rok się zmniejszała. Według zebranych danych w 2017 roku zarejestrowano jedynie 54 przypadki ostrego WZW typu B- zapadalność wówczas wynosiła 0,14/100000, a także 3318 nowo odkrytych przypadków przewlekłego WZW typu B, gdzie zachorowalność wynosiła 8,64/100000. Zmniejszenie zapadalności na WZW typu B można zawdzięczać przede wszystkim poprawie sytuacji związanej ze sterylizacją materiału i sprzętów medycznych oraz z dużo większym rozpowszechnieniem programu szczepień. Wymagane jest, aby odnotowane zachorowania były zgłaszane do odpowiednich stacji sanitarno-epidemiologicznych [2].

Do głównych czynników ryzyka należy:

- niski status socjoekonomiczny,
- homoseksualizm,
- niektóre grupy etniczne,
- uzależnienie od dożylnych środków odurzających,
- praca w zawodach medycznych,
- pobyt w domach opieki,
- duża aktywność i swoboda w sferze seksualnej [1].

Wirus HBV przenoszony jest poprzez drogę pozajelitową oraz kontakt z krwią i płynami ustrojowymi osoby zakażonej np. poprzez transfuzję krwi i preparatów krwiopochodnych, zabiegi kardiochirurgiczne, korzystanie z zanieczyszczonych igieł podczas podawania dożylnego narkotyków lub poprzez zakłucie się zakażoną igłą. Zakażenie pojawić się może w wyniku przerwania ciągłości tkanek przy wykonywaniu zabiegów medycznych np. iniekcje, zabiegi stomatologiczne, badania endoskopowe a także pozamedycznych np. przekłuwanie

uszu, przy wykonywaniu tatuażu, jeśli nie stosowano się do obowiązujących zasad higieny i jeśli używano nieodpowiednio wysterylizowanego sprzętu. Oprócz tego zakazić można poprzez kontakty seksualne z osobą chorą. Zakażenie może również przenosić się drogą wertykalną z chorej matki na dziecko np. podczas porodu lub pielęgnowaniu noworodka [3].

### ***Rozpoznanie wirusowego zapalenia wątroby typu b***

#### ***Objawy kliniczne i przebieg choroby***

WZW typu B może przebiegać w dość szerokim zakresie. Jej obraz kliniczny obejmuje zarówno infekcję, ostre, podostre i przewlekłe zapalenie wątroby a także pozapalną marskość omawianego narządu i raka wewnątrzkomórkowego. Istotne znaczenie w dalszym przebiegu choroby ma wiek, w którym dochodzi do zakażenia, ale także funkcjonowanie układu odpornościowego. Kiedy dochodzi do infekcji we wczesnym okresie życia występuje tolerancja wirusa, nie ma żadnych objawów klinicznych, ale za to w 90-95% przypadków dochodzi do rozwoju przewlekłego zapalenia wątroby typu B. Po dłuższym czasie może pojawić się u tych osób marskość wątroby czy rak wątrobowokomórkowy. W mniejszej części przypadków, jeśli występuje odporność nabyta u osób dorosłych w wieku dojrzałym odpowiedź układu odpornościowego jest dość silna i objawy ostrej postaci WZW typu B są zaznaczone. Wówczas niezbyt często dochodzi do rozwoju przewlekłej odmiany tego typu zapalenia-jedynie w 5-10% przypadków. Okres wylegania w przypadku WZW typu B wynosi 40-160 dni, po tym czasie zakażenie ujawnia się w początkowej postaci [4].

Ostre wirusowe zapalenie wątroby z reguły objawia się żółtaczką, zmianą zabarwienia moczu na ciemniejszy, dolegliwościami bólowymi w jamie brzusznej, znacznym pogorszeniem samopoczucia, nadmiernym męczeniem się, niechęcią do przyjmowania pokarmów, a badaniu biochemicznym wykładnikiem choroby jest podwyższony poziom aminotransferaz. U 5-10% osób zakażonych w tzw. fazie prodromalnej ostrej odmiany zapalenia mogą pojawić się objawy charakterystyczne jak dla choroby posurowiczej tj. obrzęk naczynioruchowy, dolegliwości bólowe w obrębie stawów, zmiany skórne, rzadziej krwimocz i białkomocz. Jeśli chodzi o dzieci wirusowe WZW typu B może występować w postaci zapalenia bez żółtaczki i z nieswędzącymi zmianami grudkowymi na kończynach, twarzy i pośladkach. Ogólnie mówiąc na obraz kliniczny wirusowego WZW typu B czyli na objawy i przebieg duży wpływ ma występowanie chorób współistniejących np. (cukrzyca, alkoholizmu, kamicy pęcherzyka żółciowego), występowanie przewlekłego zakażenia HCV lub stosowanie leczenia immunosupresyjnego. W niektórych przypadkach (poniżej 0,1%) zapalenie w ostrej fazie może

przejsć w nadostre zapalenie. Cechuje się ono szybką, intensywnie postępującą martwicą wątroby, o mało nieznanym mechanizmie, czego skutkiem może być śpiączka wątrobowa czy zgon, głównie w wyniku w odstępie 7-10 dni. W wielu przypadkach ostrego WZW typu B dochodzi do całkowitego wyleczenia [4].

Jeśli chodzi o postać przewlekłą WZW typu B mówi się o przetrwałym zakażeniu HBV. Wówczas długotrwałe utrzymywanie się aktywnej infekcji wirusowej może być spowodowane występowaniem ostrej lub subklinicznej postaci choroby. W przewlekłym zapaleniu przebieg choroby może trwać wiele lat i być bezobjawowy albo z dość niecharakterystycznymi, mało znaczącymi objawami np. długotrwałym poczuciem zmęczenia nie z powodu wykonanej pracy, wysiłku, dolegliwościami bólowymi w prawym dole żebrowym, nietolerancją tłuszczu i alkoholu, długotrwałe występującym brakiem apetytu, utratą masy ciała itp. U osób cierpiących na to schorzenie można również rozpoznać splenomegalię i hepatomegalię. Jeśli chodzi o badania laboratoryjne na przewlekłe zapalenie wątroby wskazuje przetrwałe występowanie HbsAg, wykrywalne stężenie HbeAg (jeśli jest zapalenie HBeAg-dodatnie) oraz podwyższony poziom globulin, aminotferaz i bilirubiny. Na obrazie histopatologicznym tej jednostki chorobowej da się zauważyć obecność zapalenia w okolicy wrotnej, a w cięższym jej przebiegu obumieranie zrazików czy obecności włóknienia. W wielu przypadkach pacjentów z przewlekłym zapaleniem wątroby typu B można powiedzieć, że są tzw. nieaktywnymi nosicielami, dlatego że nie mają żadnych symptomów choroby, a mają stężenie aminotferaz w normie, niski poziom HBV DNA, przeciwciała anty-HbeAg, natomiast obraz histopatologiczny jest prawidłowy lub bliski prawidłowemu jak u zdrowej osoby. Bardzo ważne jest w przypadku przewlekłego zapalenia, aby wykonywać badania laboratoryjne u osób zakażonych podczas co najmniej 6-miesięcznej obserwacji, w uzasadnionych przypadkach skontrolować ocenę włóknienia w wątrobie lub przeprowadzić diagnostyczną biopsję wątroby w celu stwierdzenia zakresu występowania mikroskopowych zmian zapalnych i włóknienia w tkankach wątrobowych [5].

Do objawów pozawątrobowych (jeśli w ogóle występują) można zaliczyć: bóle i zapalenie stawów, uogólnione zapalenie naczyń tzw. guzkowe zapalenie tętnic, wysięk opłucnowy, kłębuszkowe zapalenie nerek, anemię plastyczną, zapalenie osierdza. Dużo rzadziej skutkiem zakażenia HBV może być zapalenie mięśnia sercowego, zapalenie trzustki, poprzeczne zapalenie rdzenia kręgowego, atypowe zapalenie płuc oraz neuropatia obwodowa [5].



### ***Diagnostyka wirusowego zapalenia wątroby typu B***

Rozpoznanie czynnego zakażenia HBV opiera się na wykazaniu obecności antygenu powierzchniowego tego patogenu (HBsAg). Zarówno w ostrym jak i przewlekłym zapaleniu stwierdza się występowanie tego antygenu. Na odróżnienie zakażenia ostrego od przewlekłego pozwalają przeciwciała w klasie IgM skierowane przeciwko antygenowi rdzeniowemu HBV (anty HBc IgM). Z reguły są one charakterystyczne dla ostrej odmiany WZW typu B, ale stwierdza się czasem ich obecność w przebiegu zaostrzenia przewlekłego WZW typu B. Jeśli chodzi o przeciwciała w klasie IgG skierowane przeciwko antygenowi rdzeniowemu HBV (anty HBc IgG) występują w obu odmianach WZW typu B. Jeśli w surowicy stwierdza się obecność przeciwciał skierowanych przeciwko antygenowi powierzchniowemu (anty-HBs), to oznacza że w przeszłości doszło do przebycia zakażenia, jego wyleczenia i nabycia odporności na ponowne zakażenie. Tak więc występowanie antygenu HBs mówi o istniejącej czynnej infekcji, a jeśli chodzi o występowanie przeciwciał anty-HBs to wówczas jest nabyta odporność na tego typu zakażenie. Zdarza się czasem, że chorzy mają tylko przeciwciała anty- HBc w klasie IgG i brak antygenu HBs oraz przeciwciał anty-HBs w surowicy krwi. Ten profil serologiczny można interpretować na cztery różne sposoby:

- czynna infekcja HBV z niskim poziomem antygenu HBs,
- fałszywie pozytywny wynik badania na stężenie przeciwciał anty-HBc,
- przebyte i zakończone wyleczeniem przewlekła odmiana zapalenia WZW typu B, z małą ilością przeciwciał anty-HBs
- oraz jako okno serologiczne - faza zakażenia w której doszło do zmniejszenia poziomu antygenu HBs poniżej progu wykrywalności dostępnych testów wirusologicznych, a nie można wykryć jeszcze przeciwciał anty-HBs, u osób w tej fazie choroby wykrywa się wyższe stężenie przeciwciał anty-HBc w klasie IgM [6].

Obecność jedynie przeciwciał anty-HBc w klasie IgG u większości chorych mówi o przeżytym i wyleczonym zachorowaniu na WZW typu B co z reguły nie ma potrzeby potwierdzać. Możliwe są do zrealizowania badania, które mogą zweryfikować ich rolę i znaczenie. Chodzi o markery replikacji wirusa tj. antygen e (HBeAg) oraz materiał genetyczny wirusa (HBV-DNA), które świadczą o występującej czynnej infekcji. Oznaczanie HBV-DNA jest pomocne przy ustalaniu wskazań do zastosowania leczenia przeciwwirusowego oraz przy ocenie jego skuteczności.



Jeśli podda się ocenie poziom przeciwciał anti-HBs po zaszczepieniu można zgodzić się z tym, że doszło do zakażenia HBV w czasie przeszłym i jest ono całkowicie wyleczone. U osób, które zostały immunizowane pojedynczą dawką szczepionki przeciwko WZW typu B i miały nisko poziom przeciwciał anti-HBs dzięki szczepieniu doszło do wzrostu stężenia tych przeciwciał [4].

### ***Leczenie i działania profilaktyczne wirusowego zapalenia wątroby typu b***

Leczenie WZW typu B w opiera się na terapii antywirusowej i immunomodulującej przy pomocy nukleotydów, interferonu-alfa i nukleozydów. Do leczenia interferonem wskazane są przypadki chorych z wykrywalnymi markerami replikacji wirusa chodzi o HBeAg i HBV DNA. Te osoby muszą mieć wykluczone cechy marskości wątroby w badaniu histopatologicznym i cechy dekompensacji wątroby. Stosowanie interferonu w leczeniu WZW typu B polega na podawaniu 15-35 milionów jednostek drogą podskórną, raz na tydzień przez ok. 4-6 miesięcy. W rezultacie dzięki zastosowanej terapii w ok. 20-30% przypadków dochodzi do zahamowania namnażania się wirusa, a u 6% zakażonych do tzw. zahamowania antygenemii HBsAg, czyli całkowitego zniszczenia wirusa. Niestety takie leczenie niesie za sobą szereg możliwych objawów niepożądanych. Prawie zawsze pojawiają się objawy grypopodobne, do których zalicza się: gorączka, bóle mięśni, bóle głowy, dreszcze. Oprócz tego może wystąpić sepsja szpiku kostnego, autoimmunologiczne zapalenie tarczycy, łysienie czy depresja. Chorych do przeprowadzenia na nich tej terapii powinno się kwalifikować na podstawie właśnie tych objawów, zaburzeń psychicznych oraz cytopenii. Oprócz tego do leczenia WZW typu B stosuje się dwa preparaty stosowane doustnie, chodzi o: adefowir i lamiwudynę. Można podawać je chorym z dekompensacją wątroby a także osobom HBeAg-pozytywnym i – negatywnym. Przyczyniają się one do serokonwersji, czyli rozwoju specyficznych przeciwciał przeciwko HBeAg u ok. 20-40 % przypadków w stosunku do czasu od rozpoczęcia leczenia. Stosowanie lamiwudyny w leczeniu WZW typu B może się wiązać z rozwojem oporności wirusa w ok. 50-70% zakażonych w przeciągu 3 lat, a stosowanie adefowiru podobnie tyle że u mniej niż 5% przypadków też w ciągu 3 lat. Jeśli chodzi o przeciwwirusowe nowszej generacji np. entekawir czy emtrycytabina, mogą być skuteczne i dość pomocne, jeśli zastosuje się je w terapii skojarzonej. Inną możliwą opcją leczenia WZW typu B może być przeszczep wątroby. Chociaż w przeszłości był przeciwwskazany w tej jednostce chorobowej, ze względu na to, że często zakażenie wracało po dokonaniu przeszczepu. Jednakże profilaktyczne stosowanie immunoglobulin i lamiwudyny przeciwko wirusowi HBV po przeszczepieniu

wątroby pomogło znacznie zmniejszyć wskaźnik reinfekcji wirusem do ok. 10%. Podniosła ona także do 80% możliwych przypadków przeżycia ok. 5 lat po przeprowadzonym zabiegu [7].

Jeśli chodzi o leczenie nefarmakologiczne WZW typu B należy poświęcić czas na odpoczynek, ograniczyć wysiłek fizyczny w szczególności w fazie ostrej choroby i w pierwszym miesiącu w czasie rekonwalescencji. W przypadku występowania wzmożonego zmęczenia zalecane jest leżenie w łóżku, jeśli chodzi o fazę ostrą choroby. Bardzo ważne jest stosowanie diety dopasowanej do zapotrzebowania energetycznego: 70% łatwo przyswajalne węglowodany, 10–20% tłuszcze i 10% białka ze stopniowym rozszerzaniem zgodnie z indywidualną tolerancją. Możliwy powrót do codziennej diety sprzed zakażenia wirusem może nastąpić po ok. pół roku. Jeśli pojawią się nasilone wymioty i symptomy świadczące o odwodnieniu nie można zapomnieć o odpowiednim nawodnieniu organizmu, konieczne będzie też wówczas wprowadzenie żywienia przez zgłębnik (dożołądkowo lub dojelitowo) lub żywienia pozajelitowego. Obowiązuje ogólny zakaz spożywania alkoholu przez maksymalnie pół roku a częściowe jego ograniczenie do roku czasu. Należy także unikać niektórych leków które mogą mieć zły wpływ na i tak już zaburzoną pracę wątroby. W okresie ostrego zakażenia a także kiedy dochodzi do rekonwalescencji organizmu nie powinno się stosować leków, które są metabolizowane w wątrobie lub które wywołują choleostazę [8].

Podstawowym działaniem profilaktycznym w przypadku WZW typu B jest stosowanie szczepień ochronnych, zmniejszenie ryzyka zakażenia poprzez unikanie sytuacji i zachowań zwiększonego ryzyka, a jeśli chodzi o placówki medyczne – stosowanie odpowiedniej sterylizacji sprzętu wielokrotnego użytku, a także korzystanie ze sprzętu jednorazowego użytku. Ważne jest również właściwe i skrupulatne przestrzeganie prawidłowego postępowania przy higienie rąk u personelu medycznego i stosowanie odpowiedniej ochrony osobistej [8].

Jeśli chodzi kwestię szczepień ochronnych tego typu profilaktyka nie jest zbyt powszechna i często stosowana w praktyce. W Polsce dość rzadko dochodzi do zakażenia wirusem HBV, ale zdarzyć się to może za granicami naszego kraju, w państwach o dość niskim standardzie sanitarnym np. podczas wykonywania zabiegów inwazyjnych. Jeśli chodzi o profilaktykę związaną ze szczepieniami ochronnymi stosuje się tzw. immunizację czynną, która polega na podaniu rekombinowanej szczepionki w trzech dawkach (druga – po miesiącu od podania pierwszej, trzecia – po 6 miesiącach). Tego typu szczepienia powinny być przeprowadzane u wszystkich noworodków, nieimmunizowanych dzieci a także osób podwyższonego ryzyka, jeśli chodzi o zakażenie.

Do takiej grupy osób należą:

- osoby przyjmujące drogą dożylną narkotyki,
- osoby mające bliskie kontakty z chorymi z ostrą infekcją HBV,
- osoby dość aktywne seksualnie, często zmieniające partnerów do współżycia,
- pacjenci dializowani,
- chorzy na hemofilię,
- chorzy wymagający powtarzanych transfuzji krwi,
- personel medyczny (lekarze, pielęgniarki) a także studenci,
- pracownicy domów społecznych dla chorych umysłowo,
- pracownicy laboratoryjni,
- więźniowie i pracownicy służby więziennej,
- osoby pracujące za granicą w obszarach endemicznych.

W przypadku, kiedy wystąpiła ekspozycja na zakażenie osób, które zostały zaszczepione konieczne jest podanie immunoglobuliny antyHBs oraz trzy dawki szczepionki, a jeśli dojdzie do tego u osób szczepionych wówczas należy podać immunoglobulinę antyHBs i tylko jedną dawkę szczepionki [8].

### **Pojęcie wirusowego zapalenia wątroby typu c**

Wirusowe zapalenie wątroby typu C należy do dość ważnych problemów epidemiologicznych występujących na świecie. Powstaje ona na skutek zarażenia wirusem HCV, przed którym ciężko się uchronić ze względu na brak szczepionki. Wirus zapalenia wątroby typu C jest dość groźny dla wątroby, może doprowadzić do jej marskości a nawet rozwinięcia się nowotworu. Jest to dość podstępna choroba, o której znaczeniu wielu chorych nie ma pojęcia i posiada niewielką wiedzę. Jest dość trudna do wyleczenia, gdyż daje o sobie znać dopiero będąc w zaawansowanym stadium, będąc już w przewlekłej formie. Zakażenie wirusem HCV jest dość ważnym czynnikiem wpływającym na rozwój raka wątrobowokomórkowego [9].

### ***Epidemiologia i czynniki ryzyka wirusowego zapalenia wątroby typu C***

W przypadku WZW typu C na świecie występuje ok. 1,4 % odsetek osób z czynnym zakażeniem, z czego ok. 0,9% w Australii, 1,1% w Europie oraz 3,7% w Afryce. Na podstawie odpowiednich wyliczeń można powiedzieć na świecie było ok. 65-85 mln przypadków zakażonych, z czego 34 mln zakażeń występowało w Azji, 25,7 mln w Afryce i 7,7 mln w Europie. Jeśli chodzi o nasz kraj w 2016r. zarejestrowano 4261 przypadków zakażeń wirusem, zapadalność wówczas wynosiła 11,09/100000, natomiast w 2017 roku stwierdzono ich już mniej, bo ok. 4012 przypadków i zapadalność wówczas wyrażała się w ten sposób 10,44/100000. Ta jednostka chorobowa występowała i nadal obecnie pojawia się w większości przypadków u osób dorosłych. Wirusowe zapalenie wątroby typu C należy do najczęstszych jednostek chorobowych przenoszonych drogą krwiopochodną m.in. w Stanach Zjednoczonych i jest jedną z głównych przyczyn wystąpienia marskości wątroby, raka wątrobowo komórkowego czy konieczności przeprowadzenia transplantacji wątroby, jeśli chodzi o kraje zachodniej Europy [10].

W tej jednostce chorobowej człowiek jest jedynym rezerwuarem. Według zebranych danych ok.60-90% zakażeń jest związanych z leczeniem ambulatoryjnym lub pobytem w szpitalu. Przyjmuje się, że ok. 80% osób uzależnionych od przyjmowania narkotyków dożylnie jest zakażonych wirusem HCV, w skojarzeniu z HIV. U więcej niż 50% zakażonych często pojawiają się komplikacje z ustaleniem czynników ryzyka [11].

Do najbardziej narażonych grup ryzyka należą: narkomani, osoby po przebyciu przetoczeń krwi i jej przetworów (po hemodializach, pacjenci cierpiący na hemofilię), a także wymagające transplantacji narządów, personel medyczny (zakażenie wówczas może odbywać poprzez skaleczenie, zakłucie igłą itp.) oraz partnerzy seksualni zakażonych wirusem HCV [10, 11].

### ***Rozpoznanie wirusowego zapalenia wątroby typu c***

#### ***Objawy kliniczne i przebieg choroby***

W niektórych przypadkach osób cierpiących na WZW typu C ujawnia się ostra postać zakażenia lub samoistna bezobjawowa eliminacja wirusa. Jednak u zdecydowanej większości osób zakażonych ta jednostka chorobowa przybiera przewlekłą postać zapalenia. W tej postaci choroby występuje martwiczo-zapalny odczyn z postępującym włóknieniem w obrębie wątroby, a także mogą pojawić się charakterystyczne cechy skutkujące pojawieniem się

marskości wątroby. U niektórych chorych z powodu różnorakiego czasu występowania zakażenia może dojść do rozwinięcia się raka wątrobowokomórkowego [12].

Ostra postać wirusowego zapalenia wątroby typu C bardzo często przebiega nie posiadając żadnych objawów lub posiadając ich bardzo mało. U ok. mniej niż 25% zakażonych występują jakiegokolwiek objawy. Okres w przebiegu choroby do ujawnienia się objawów wynosi od 2 do 26 tygodni, w sumie najczęściej- 6-7 tygodni. Pojawiają się specyficzne objawy tzw. prodromalne- gry podobne, niespecyficzne dolegliwości gastryczne i związane ze stawami. W ostrym zapaleniu wątroby najbardziej spotykane są objawy gastryczne o dość niskim natężeniu i mało intensywnym przebiegu do których należą dolegliwości bólowe pod prawym łukiem żebrowym i nadbrzuszu, dyspepsja oraz żółtaczka o dość zróżnicowanym nasileniu, która w dość krótkim czasie może ustąpić [13].

Jeśli chodzi o postać przewlekłą WZW typu C, jeśli nie ma żadnych objawów lub są bardzo skąpe może to świadczyć o dość zaawansowanym stadium choroby tzn. o występowania marskości wątroby lub o rozwoju raka wątrobo- komórkowego. Do najczęstszych objawów przewlekłego WZW typu C można zaliczyć: wzdęcia, objawy dyspeptyczne, uczucie stałego zmęczenia nasilające się w godzinach popołudniowych i wieczornych, dolegliwości bólowe i rozpieranie umiejscowione pod prawym łukiem żebrowym, a także pogorszenie ogólnej sprawności psychofizycznej. W zaawansowanym stadium choroby dochodzą jeszcze problemy z koncentracją czy trudności w skupieniu uwagi, w przypadku marskości wątroby pojawić się mogą objawy encefalopatii [13].

### ***Diagnostyka wirusowego zapalenia wątroby typu C***

Aby rozpoznać wirusowe zapalenie wątroby typu C stosuje się tzw. test ELISA, dzięki któremu można stwierdzić występowanie w surowicy przeciwciał skierowanych przeciwko dwóm regionom genomu HCV. W chwili obecnej istnieje też druga generacja tego testu, który w przyszłości z pewnością ulegnie dalszym modyfikacjom. Test ELISA należy do badań wysoce czułych, ale zdarza się, że dość często pokazuje wynik fałszywie dodatni, ze względu na niską specyficzność. Przeciwciała których obecność jest oznaczana w badaniu, nie posiadają właściwości neutralizujących, świadczy to o tym, że pojawienie się ich w surowicy wcale nie oznacza posiadania odporności przed zakażeniem. Jeśli stwierdzono obecność przeciwciał, a wynik nie jest fałszywie dodatni mówi się wówczas o trwającej czynnej infekcji spowodowanej HCV w organizmie. Dlatego też dość istotne jest właściwe odróżnienie wyników pozytywnych od fałszywie pozytywnych. Dzięki przeprowadzonym badaniom odkryto, że najczęstszym

powodem występowania wyniku fałszywie dodatniego jest wiązanie w omawianym teście nieswoistych immoglobulin. Myśląc przyszłościowo, wielu badanych potwierdziło, że możliwość wykrycia przeciwciał przeciwko HCV w ślinie będzie dość cennym badaniem przesiewowym w kierunku WZW typu C, bez konieczności uciążliwego co dla niektórych chorych pobierania krwi [14].

Poprawny, czyli pozytywny wynik omawianego testu jest dodatkowo potwierdzany za pomocą tzw. testu RIBA, polegający na wykazaniu badanej surowicy na antygeny znajdujące się na nitrocelulozowym pasku. Obecnie modyfikacja tego typu testu posiada cztery antygeny znajdujące się na pasku oraz kontrolę nad wiązaniem przeciwciał niespecyficznych i przeciwciał skierowanych przeciwko nadtlenkowi dysmutazy, które mogą przyczynić się do powstania niepoprawnego wyniku. Omawiany test nie może należeć do przeprowadzanych badań przesiewowych, ze względu na niską czułość w porównaniu do testu ELISA. Oprócz tego do innych badań, dzięki którym można rozpoznać WZW typu C należą ilościowy test bDNA dla HCV-RNA i test PCR. Przeprowadzane są one w specjalistycznych laboratoriach. Badanie obecności HCV-RNA w tkance wątrobowej lub surowicy krwi uznaje się jako metodę referencyjną, jeśli o zdiagnozowanie infekcji wirusem HCV. Według ostatnich badań ilościowa ocena HCV RNA może mieć duże znaczenie w prognozowaniu typowanych pacjentów, u których są szanse na wyleczenie dzięki zastosowanemu leczeniu czy u jakich pomocne jest w ustalaniu dalszego postępowania terapeutycznego. Do rozpoznania wirusowego zapalenia wątroby można zastosować także biopsję wątroby. Dzięki temu badaniu można określić stopień rozwoju stanu zapalnego a co istotniejsze stopień zwłóknienia, który jest wykorzystywany i pomocny w określeniu dalszego etapu i konieczności zastosowania odpowiedniej terapii. Im większy jest stopień zwłóknienia tym bardziej zalecane jest dla pacjentów podjęcie leczenia [14].

### ***Leczenie i działania profilaktyczne wirusowego zapalenia wątroby typu C***

Głównym celem leczenia wirusowego zapalenia wątroby typu C jak wiadomo przy każdej tego typu jednostce chorobowej jest na miarę możliwości wyeliminowanie zakażenia. Czas trwania leczenia i jego efekty w głównej mierze zależą od genotypu wirusa. Dlatego bardzo ważne jest, aby przed włączeniem terapii określić genom wirusa. Jeśli chodzi o obowiązujące standardy trwała odpowiedź wirusologiczna pojawia się przy obecności 2 i 3 genotypu po 24 tygodniach leczenia u ok. 80% przypadków, natomiast u chorych zakażonych genotypem 1 i 4 następuje ona po 48 tygodniach terapii u ok.40-50% osób.



Przed rozpoczęciem leczenia należy również oznaczyć wiramię (HCV- RNA), następnie, aby otrzymać szybką i wczesną odpowiedź- po 4 i 12 tygodniach terapii, dalej tuż po zaprzestaniu terapii oraz po 24 tygodniach w celu określenia trwałej odpowiedzi wirusologicznej [15].

Ogólnie stwierdzono, że leczenie przeciwwirusowe jest dość skuteczną metodą leczenia WZW typu C. Jeśli chodzi o przewlekłą odmianę zaleca się ten rodzaj terapii u pacjentów, u których występuje dość duże ryzyko rozwoju marskości wątroby. W tej terapii stosuje się pegylowany alfa-interferon, podawany chorym raz w tygodniu drogą podskórną w połączeniu z rybawiryną, która jest syntetycznym analogiem nukleotydu, podawana doustnie. Po podażu omawianych leków dość często zdarzają działania niepożądane. Po podaniu rybawiryny najczęściej pojawia się niedokrwistość hemolityczna. Natomiast po zastosowaniu alfa-interferonu może wystąpić drażliwość, depresja oraz objawy grypopodobne, które wpływają na pogorszenie jakości życia leczonych osób. Po zatrzymaniu leczenia w przeciągu 3 miesięcy może dojść do ponownego zakażenia wirusem. Zaś eliminację wirusa oznaczającą wyleczenie można stwierdzić po nieobecności wirusa w surowicy krwi po 6 miesiącach od zakończenia leczenia. Wielu specjalistów z dziedziny medycyny twierdzi, że terapia interferonem ostrego zakażenia jest dość skutecznym rozwiązaniem, które pomaga zapobiec przejściu z ostrej postaci w postać przewlekłą. Odmienne opinie występują odnośnie maksymalnie skutecznej dawki przyjmowania leku a także kiedy powinno się rozpocząć leczenie i jak długo ma ono trwać. Istnieje taka koncepcja, która mówi o tym, żeby zatrzymać leczenie o 12-14 tygodni od pojawienia się pierwszych objawów choroby czy od momentu ekspozycji. Takie podejście pozwoliłoby zmniejszyć grono dodatkowych pacjentów, u których możliwa by była samoistna eliminacja wirusa. A jeśli chodzi o długość terapii większość klinicystów jest za tym, aby stosowanie pegylowanego interferonu w standardowych dawkach odbywało się przez 24 tygodnie. Wówczas po zainicjowaniu takowej terapii w ponad 80% przypadków występuje trwała odpowiedź wirusologiczna. W czasie leczenia bardzo ważne jest ograniczenie aktywności fizycznej a także powstrzymywanie się od picia alkoholu, gdyż spożywanie alkoholu powoduje osłabienie odpowiedzi na stosowaną terapię interferonem. Jeśli jest taka możliwość ważne jest też odstawienie wszystkich przyjmowanych leków, jeśli chodzi o np. kortykosteroidy są one przeciwwskazane w leczeniu WZW typu C [15].

Przeszczepienie wątroby powinno się rozważyć jako opcję leczenia WZW typu C, jeśli występują powikłania po marskości m.in. wodobrzusze oporne trudne do wyleczenia.

Według przeprowadzonych badań niestety po transplantacji wątroby często dochodzi do ponownego zakażenia HCV, a u ok. 15% chorych w przeciągu 5 lat od dokonania zabiegu rozwija się marskość tego narządu [14, 15].

Obecnie nie występuje szczepionka chroniąca przed zachorowaniem na WZW typu C, ze względu na szeroki zakres zróżnicowania genowego i antygenowego wśród szczepów HCV czy nieobecność naturalnej odporności po infekcji. Jedynym sposobem, aby zmniejszyć ryzyko zakażenia HCV jest eliminacja ekspozycji na czynniki ryzyka. Niezwykle istotne znaczenie ma bezpieczeństwo przetaczanej krwi i preparatów krwiopochodnych. Profilaktyka wówczas jest możliwa dzięki następującym środkom: eliminacji komercyjnych dawców krwi, opieraniu się na honorowym krwiodawstwie, poddawaniu badaniom kontrolnym przesiewowym krwi dawców poprzez zastępcze markery i markery określające populacje dawców krwi o podwyższonym ryzyku zakażenia drogą krwiopochodną, wyeliminowaniu dawców krwi z grup wysokiego ryzyka AIDS oraz wdrożeniu badań przesiewowych anti-HIV, a także dzięki czulszym wirusologicznym i serologicznym badaniom przesiewowych przeciwko zakażeniu HCV. Przez to, że nie występuje immunizacja bierna ani czynna na HCV zapobiegać rozwojowi zapalenia można poprzez zachowanie odpowiednich środków ostrożności ograniczając stosunki z osobami zakażonymi. Profilaktyka jest bardzo ważna m.in. dla personelu medycznego, ze względu na to, że muszą oni mieć na uwadze każdego pacjenta - może być potencjalnym źródłem zakażenia. Należy wówczas chronić się przed kontaktem z wydzielinami i wydaliniami pacjenta, stosować rękawiczki i odzież ochronną. W razie sytuacji, gdy jest możliwość rozprzestrzenienia się materiału zakaźnego należy chronić twarz poprzez maseczki czy okulary ochronne [14, 15].

### ***Nieswoiste metody zapobiegania WZW typu C***

- Ograniczenie przetoczeń krwi i preparatów krwiopochodnych do przypadków koniecznych,
- Wykonywanie obowiązkowych badań dawców tkanek, narządów i krwi, w celu wykrycia osób zakażonych HCV,
- Kontrolowanie źródeł zakażenia
- Stosowanie zasad sterylizacji sprzętu medycznego i przedmiotów wielokrotnego użytku
- Stosowanie procedur dezynfekcji i mycia sprzętu używanego w akcjach ratowniczych
- Przestrzeganie reżimu sanitarnego, jeśli chodzi o utylizację odpadów medycznych,
- Stosowanie środków dezynfekcyjnych zgodnie z przeznaczeniem i zaleceniami producenta



- Stosowanie procedur dezynfekcji i mycia powierzchni mających kontakt z materiałem biologicznym
- Zachowania i tok pracy pracowników ochrony zdrowia zgodny z zasadami aseptyki i antyseptyki
- Używanie sprzętu jednorazowego użytku
- Przestrzeganie podstawowych zasad higieny – dezynfekcja i mycie rąk
- Stosowanie odpowiednich procedur postępowania po ekspozycji na materiał biologicznie zakaźny [16].

### **CEL BADAŃ**

Celem pracy było:

1. Zbadanie i ocena wiedzy studentów na temat czynników ryzyka zakażeń wirusem WZW B i C
2. Określenie poziomu wiedzy ankietowanych na temat objawów, leczenia i powikłań zakażeń wirusem WZW B i C.
3. Sprawdzenie wiedzy na temat działań zapobiegawczych dotyczących zakażeń wirusem WZW B i C.

### **MATERIAŁ I METODY BADAŃ**

Badania na potrzeby pracy magisterskiej zostały przeprowadzone wśród 120 studentów kierunków niemedycznych Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży w okresie od 25.02.19r. do 25.04.19r.

Wszystkie osoby biorące w nim udział otrzymały należytą informację dotyczącą celowości tego przedsięwzięcia. Oprócz tego także poinformowano ankietowanych, iż badanie jest anonimowe, a dane z nich uzyskane wykorzystywane wyłącznie do celów naukowych oraz że na każdym i z jego etapów istnieje możliwość dobrowolnej rezygnacji z dalszego w nim udziału. Każdy z ankietowanych dobrowolnie zgodził się na udział w badaniu.

Materiał badawczy zebrano przy pomocy metody sondażu diagnostycznego poprzez składający się z 29 pytań autorski kwestionariusz ankiety. Pierwsza część kwestionariusza składała się z 5 pytań i dotyczyła ogólnych informacji odnośnie ankietowanych: płci, wieku, miejsca zamieszkania, kierunku studiów, a także zatrudnienia.

Druga część natomiast zawierała 24 pytania jedno- i wielokrotnego wyboru, które dotyczyły działań profilaktycznych, objawów, sytuacji zwiększających ryzyko zakażenia, leczenia, powikłań, źródeł informacji-skąd ankietowani mogli usłyszeć na temat danych jednostek chorobowych.

## WYNIKI

Sondaż przeprowadzono wśród 103 osób: 43 kobiet i 70 mężczyzn.

Struktura wieku badanych przedstawiała się następująco: 19-22 lata 67%, 23-24 lata 14,6%, 25 lat i więcej 18,4%.

Wśród ankietowanych 26,2% stanowili mieszkańcy wsi, gdy 73,8 % mieszkańcy miast.

Badani byli słuchaczami różnych kierunków: administracja 19,4%, filologia 26,2%, informatyka 22,3%, technologia żywienia 8,7%, praca socjalna 6,8%, pedagogika 3%, automatyka i robotyka 13,6%. Dokonano podziału studentów ze względu na kierunek studiów na nauki społeczne 37,9%, filologia 26,2%, techniczne 35,9%.

W grupie studentów osoby aktywne zawodowo stanowiły 18,5%, pozostałe 81,5% nie pracowały zawodowo.

### *Pytanie: Czym wg Pana/Pani jest HCV i HBV?*

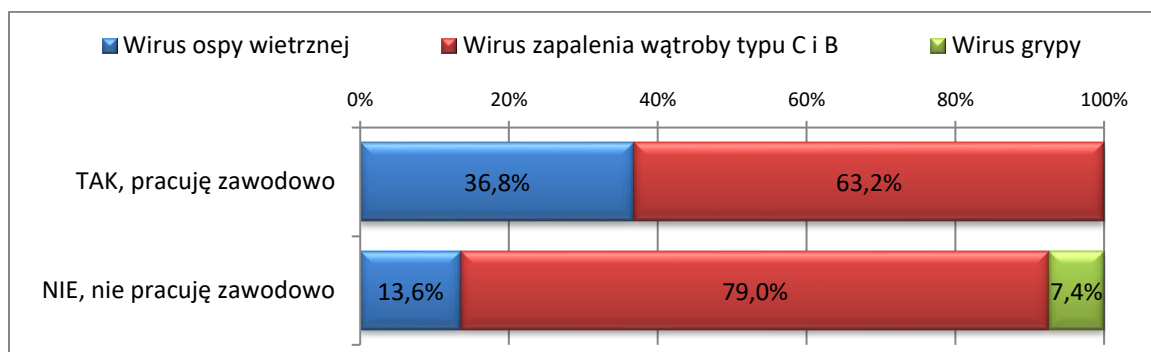
Prawidłowo pojęcie HCV i HBV jako wirus zapalenia wątroby typu C i B, zdefiniowało 75,7% studentów, gdy pozostali wybrali odpowiedzi: wirus ospy wietrznej 18,5% oraz wirus grypy 5,8%.

W wyniku przeprowadzonych analiz stwierdzono, że aktywność zawodowa badanych istotnie wpływała na znajomość pojęcia HCV i HBV (Tabela I).

**Tabela I. Znajomość pojęcia HCV i HBV a wybrane zmienne.**

<i>Wynik testu chi-kwadrat</i>	Płeć	Wiek	Miejsce zamieszkania	Kierunek studiów	Aktywność zawodowa
<i>współczynnik korelacji Pearsona</i>	<b>0,0782</b>	<b>0,0096</b>	<b>0,0588</b>	<b>0,0372</b>	<b>0,2533</b>
<i>p (poziom istotności <math>\alpha=0,05</math>)</i>	<b>0,439</b>	<b>0,925</b>	<b>0,561</b>	<b>0,713</b>	<b>0,011</b>

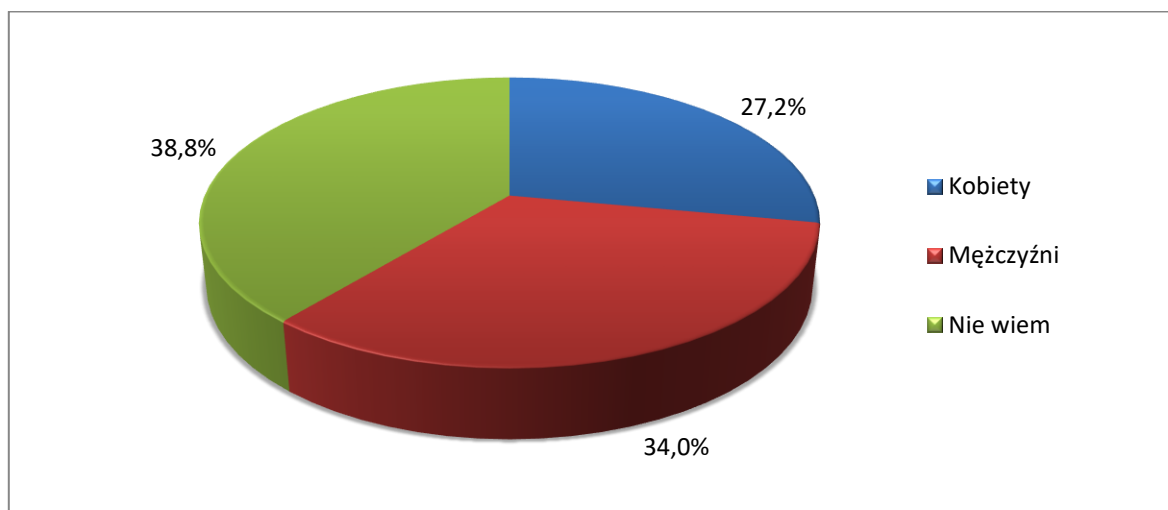
Wykazano, że osoby nieaktywne zawodowo istotnie częściej prawidłowo definiowały pojęcie HCV i HBV (Rycina 1).



Rycina 1. Znajomość pojęcia HCV i HBV a aktywność zawodowa.

*Pytanie: Kto wg Pana/Pani częściej choruje na WZW typu B i C?*

Płeć jako czynnik zachorowania na WZW typu B i C postrzegają 61,2% badanych, w tym 27,2% wskazało na kobiety, a 34,0% na mężczyzn. Pozostali badani 38,8% wybrali odpowiedź: nie wiem (Rycina 2).



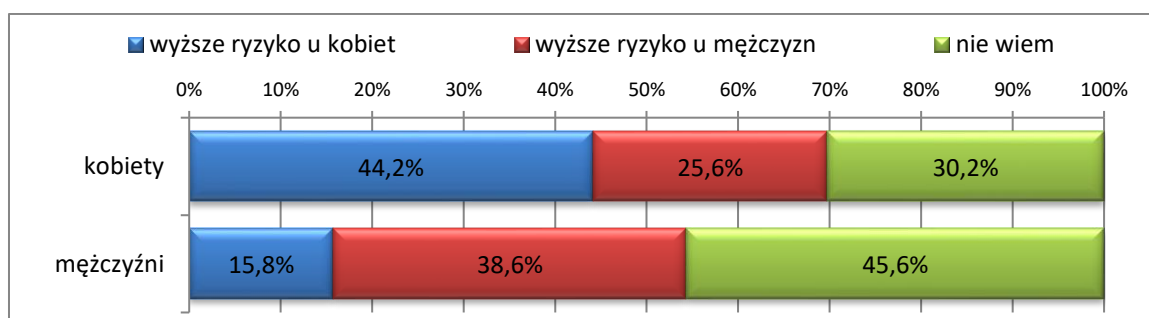
Rycina 2. Wiedza badanych na temat ryzyka zakażenia HCV i HBV ze względu na płeć.

W wyniku przeprowadzonych analiz stwierdzono, że postrzeganie płci jako czynnika ryzyka zachorowania HCV i HBV było istotnie zróżnicowane wśród kobiet i mężczyzn oraz ze względu na kierunek obranych studiów (Tabela II).

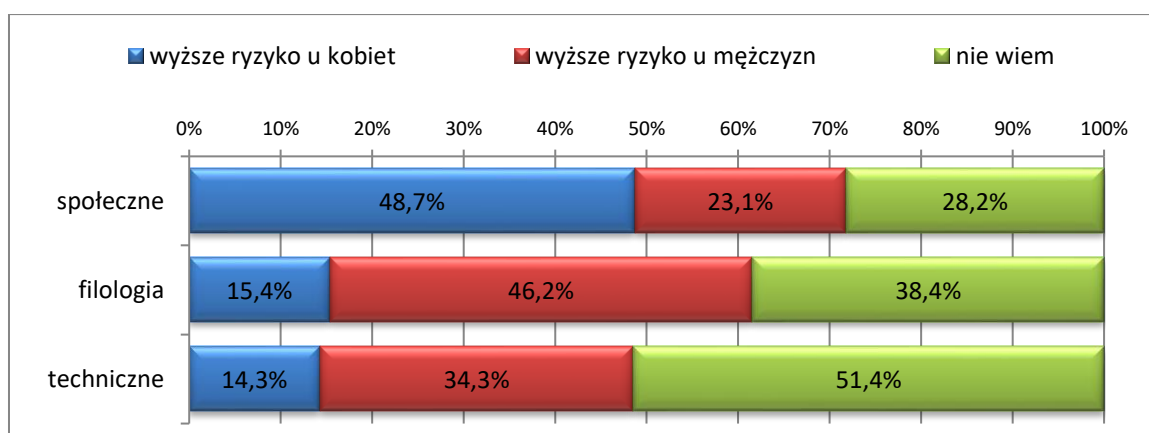
**Tabela II. Płeć jako czynnik ryzyka zachorowania HCV i HBV a wybrane zmienne.**

<i>Wynik testu chi-kwadrat</i>	Płeć	Wiek	Miejsce zamieszkania	Kierunek studiów	Aktywność zawodowa
<i>współczynnik korelacji Pearsona</i>	<b>0,2672</b>	<b>0,0493</b>	<b>0,0564</b>	<b>0,3076</b>	<b>0,1543</b>
<i>p (poziom istotności <math>\alpha=0,05</math>)</i>	<b>0,007</b>	<b>0,626</b>	<b>0,577</b>	<b>0,002</b>	<b>0,125</b>

Wykazano, że kobiety istotnie częściej podkreślały wyższe ryzyko u własnej płci, gdy mężczyźni przeciwnie – uważali, że wyższe ryzyko jest wśród mężczyzn. Kobiety znacząco rzadziej udzieliły odpowiedzi: nie wiem (Rycina 3).

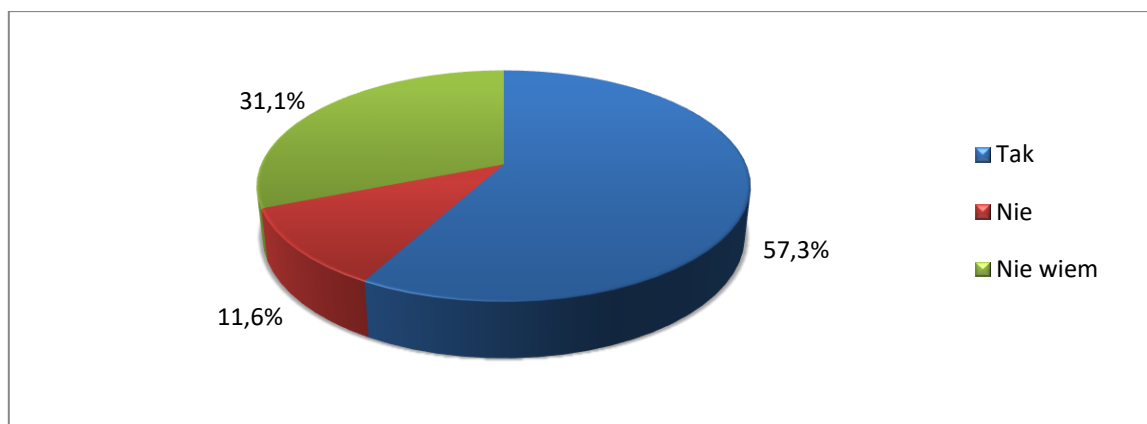
**Rycina 3. Płeć jako czynnik ryzyka zachorowania HCV i HBV w opinii kobiet i mężczyzn.**

Znacząco wyższe ryzyko zachorowania na HCV i HBV podkreślali słuchacze kierunków społecznych, gdy płeć męską wskazywali studenci filologii. Natomiast na kierunkach technicznych istotnie częściej niż na innych wybierano odpowiedź: nie wiem (Rycina 4).

**Rycina 4. Płeć jako czynnik ryzyka zachorowania HCV i HBV w opinii studentów różnych kierunków.**

**Pytanie: Czy wg Pana/Pani na tą chorobę mogą zapadać również dzieci?**

Zdaniem 57,3% badanych na HCV i HBV mogą również zapadać dzieci. Opinię przeciwną wyraziło 11,6%. Pozostali badani 31,1% wybrali odpowiedź: nie wiem (Rycina 5).



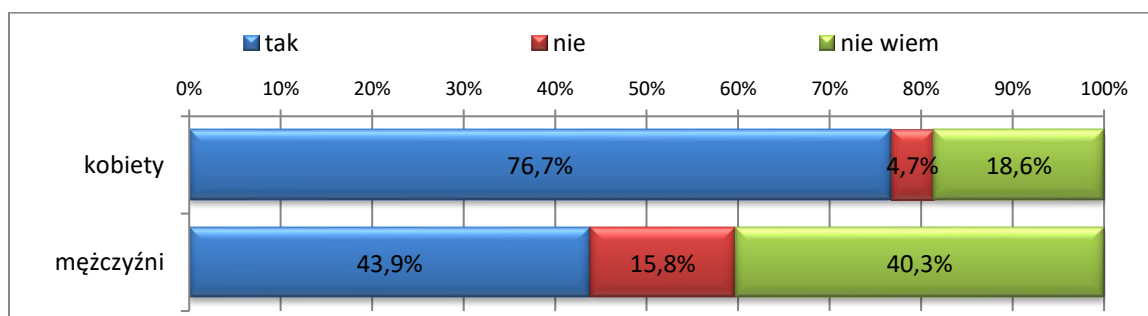
**Rycina 5. Wiedza badanych na temat ryzyka zakażenia HCV i HBV wśród dzieci.**

W wyniku przeprowadzonych analiz stwierdzono, że wiedzę na temat ryzyka zachorowania wśród dzieci znacząco różnicowała płeć badanych (Tabela III).

**Tabela III. Ryzyko zachorowania na HCV i HBV wśród dzieci a wybrane zmienne.**

Wynik testu chi-kwadrat	Płeć	Wiek	Miejsce zamieszkania	Kierunek studiów	Aktywność zawodowa
współczynnik korelacji Pearsona	0,2992	0,0462	0,0571	0,1277	0,1729
p (poziom istotności $\alpha=0,05$ )	0,002	0,648	0,573	0,205	0,085

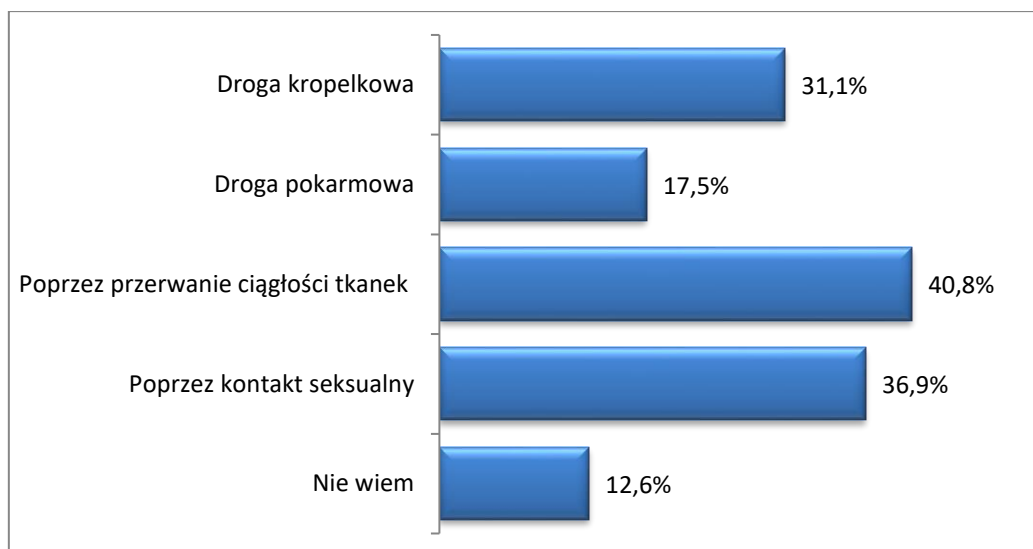
Wykazano, że kobiety istotnie częściej niż mężczyźni podkreślały ryzyko wśród dzieci (Rycina 6).



**Rycina 6. Ryzyko zachorowania na HCV i HBV wśród dzieci w opinii kobiet i mężczyzn.**

**Pytanie: Jaka jest wg Pana/Pani główna droga zakażenia HCV i HBV?**

Badani określili, że do zakażenia HCV i HBV może dojść poprzez kontakt w miejscu przerwania ciągłości tkanek 40,8%, poprzez kontakt seksualny 36,9%, drogę kropelkową 31,1%, drogę pokarmową 17,5%. Odpowiedź: nie wiem wskazało 12,6% grupy (Rycina 7).

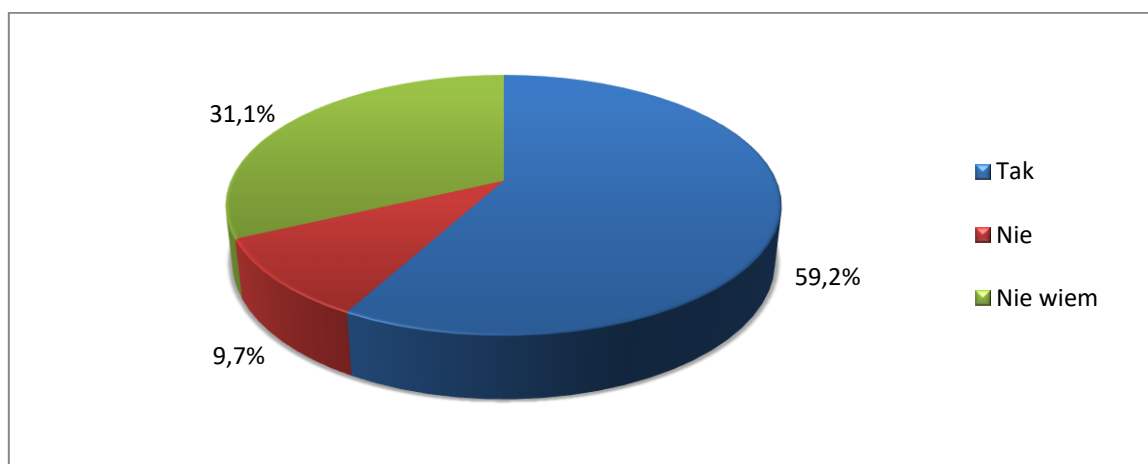


*\*Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru*

**Rycina 7. Wiedza badanych na temat dróg zakażenia HCV i HBV.**

**Pytanie: Czy wg Pana/Pani objawy WZW typu B i C mogą przypominać objawy zachorowania na grypę?**

Wśród studentów 59,2% potwierdziło, że zakażenie HCV i HBV może dawać podobne objawy jak grypa. Opinię przeciwną wyraziło 9,7%. Pozostali badani 31,1% wybrali odpowiedź: nie wiem (Rycina 8).



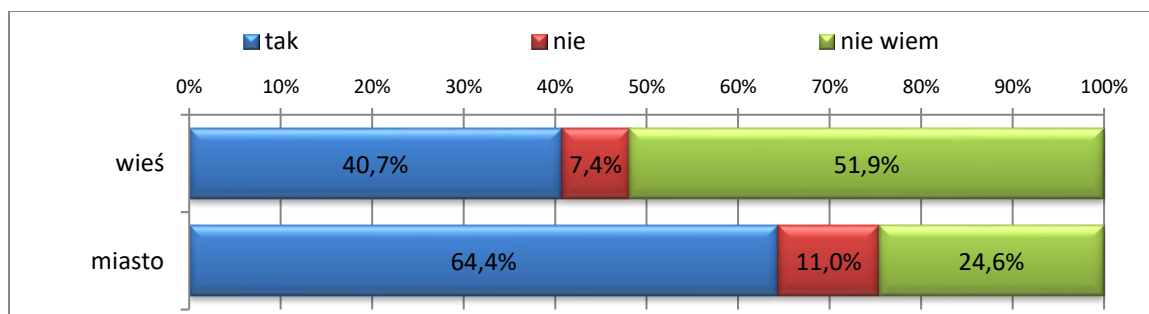
**Rycina 8. Wiedza badanych na temat objawów HCV i HBV charakterystycznych dla grypy.**

W wyniku przeprowadzonych analiz stwierdzono, że wiedzę na temat objawów HCV i HBV charakterystycznych dla grypy znacząco różnicowało miejsce zamieszkania (Tabela IV).

**Tabela IV. Wiedza badanych na temat objawów HCV i HBV charakterystycznych dla grypy a wybrane zmienne.**

<i>Wynik testu chi-kwadrat</i>	Płeć	Wiek	Miejsce zamieszkania	Kierunek studiów	Aktywność zawodowa
<i>współczynnik korelacji Pearsona</i>	<b>0,0483</b>	<b>0,1213</b>	<b>0,2474</b>	<b>0,1408</b>	<b>0,1101</b>
<i>p (poziom istotności <math>\alpha=0,05</math>)</i>	<b>0,633</b>	<b>0,229</b>	<b>0,013</b>	<b>0,162</b>	<b>0,276</b>

Wykazano, że mieszkańcy miast byli znacząco częściej świadomi, że objawy zakażenia są porównywalne do objawów grypy (Rycina 9).



**Rycina 9. Wiedza badanych na temat objawów HCV i HBV charakterystycznych dla grypy wśród mieszkańców miast i wsi.**

**Pytanie: Jakie są wg Pana/Pani objawy wirusowego zapalenia wątroby typu C i B?**

Badani wśród objawów HCV i HBV wskazali osłabienie, zmęczenie, stan podgorączkowy, zażółcenie skóry, biegunka 55,3%, gdy 49,5% uważało, że u większości chorych zakażenie może przebiegać bezobjawowo dopiero później pojawiają się pierwsze symptomy choroby. w nielicznych przypadkach wybrano objawy: zmęczenie, trudności z koncentracją, depresja, podwyższone ciśnienie tętnicze 10,7 % (Rycina 10).

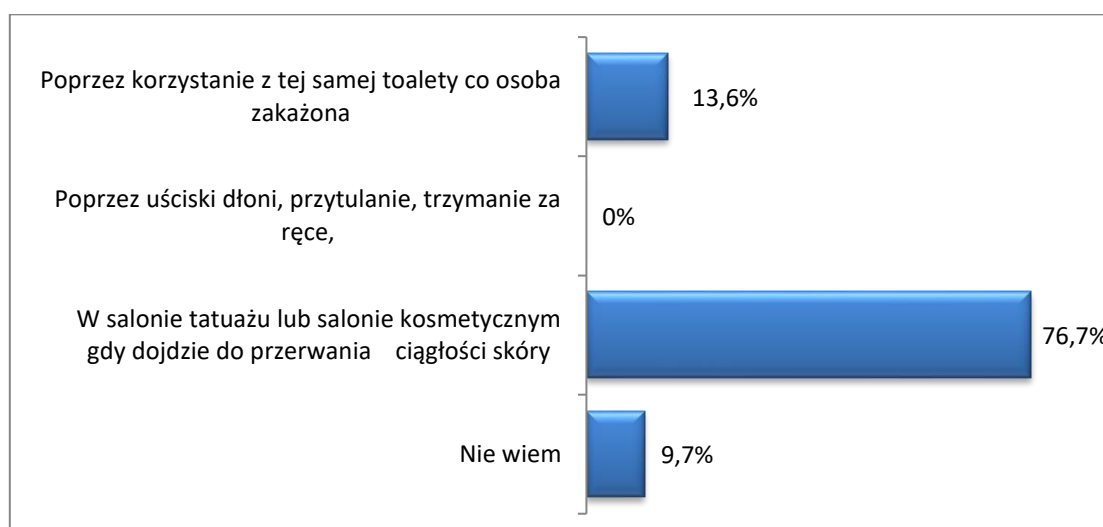


*\*Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru*

**Rycina 10. Wiedza badanych na temat objawów zakażenia HCV i HBV.**

***Pytanie: W jakich sytuacjach wg Pana/Pani istnieje ryzyko zakażenia wirusem HCV i HBV?***

Wśród sytuacji ryzykownych badani wskazali przerwanie ciągłości skóry podczas w salonie tatuażu lub u kosmetyczki 76,7%. Inni uważali, że można zakazić się podczas korzystania z tej samej toalety co zakażona osoba 13,6%. Żaden badany nie wybrał jako sytuacji ryzykowanej uścisku dłoni, przytulania, trzymania się za ręce. Odpowiedź: nie wiem wskazało 9,7% (Rycina 11).



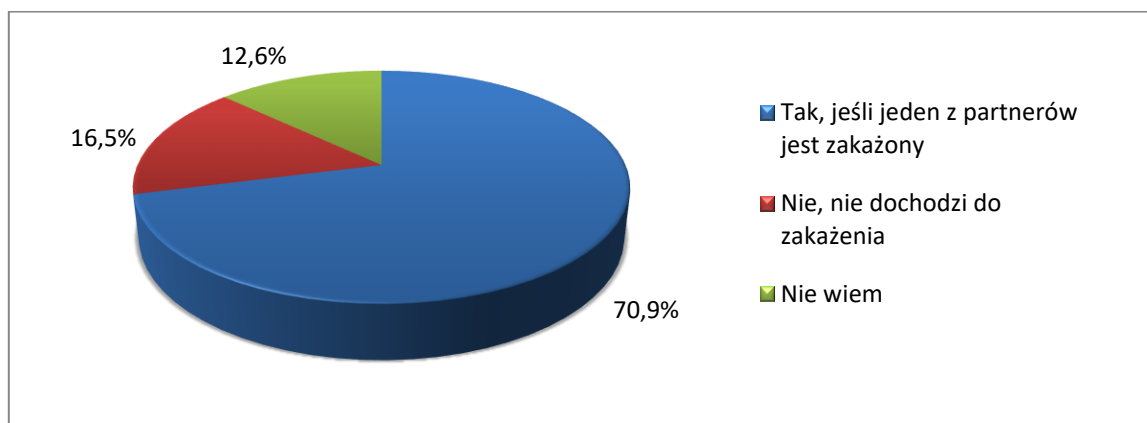
*\*Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru*

**Rycina 11. Wiedza badanych na temat sytuacji ryzykownych zakażenia HCV i HBV.**



**Pytanie: Czy wg Pana/Pani podczas stosunku płciowego bez zabezpieczenia może dojść do zakażenia wirusem HBV i HCV?**

Zdaniem 70,9% badanych do zakażenia HCV i HBV może dojść podczas stosunku płciowego bez zabezpieczeń. Opinię przeciwną wyraziło 16,5%. Pozostali badani 12,6% wybrali odpowiedź: nie wiem (Rycina 12).



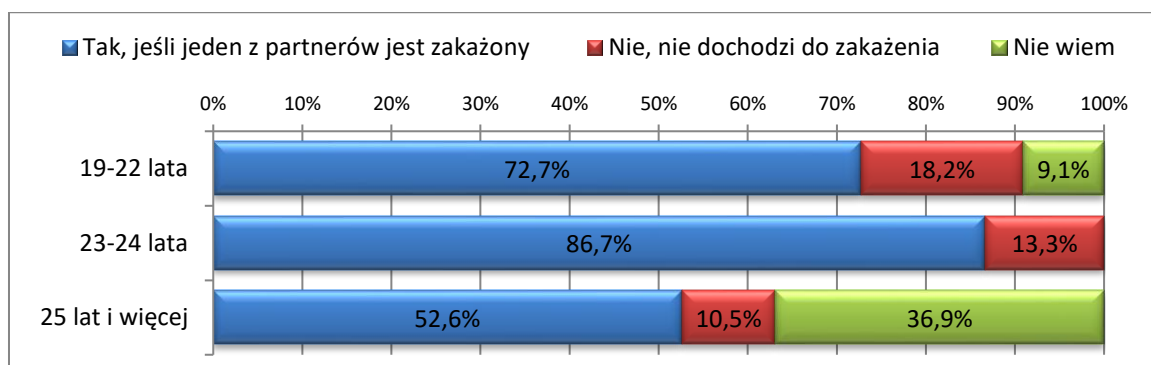
**Rycina 12. Wiedza badanych na temat ryzyka zakażenia HCV i HBV podczas stosunku płciowego bez zabezpieczeń.**

W wyniku przeprowadzonych analiz stwierdzono, że wiedzę na temat ryzyka zachorowania podczas stosunku płciowego bez zabezpieczeń znacząco różnicował wiek i aktywność zawodowa badanych (Tabela V).

**Tabela V. Ryzyko zachorowania na HCV i HBV podczas stosunku płciowego bez zabezpieczeń a wybrane zmienne.**

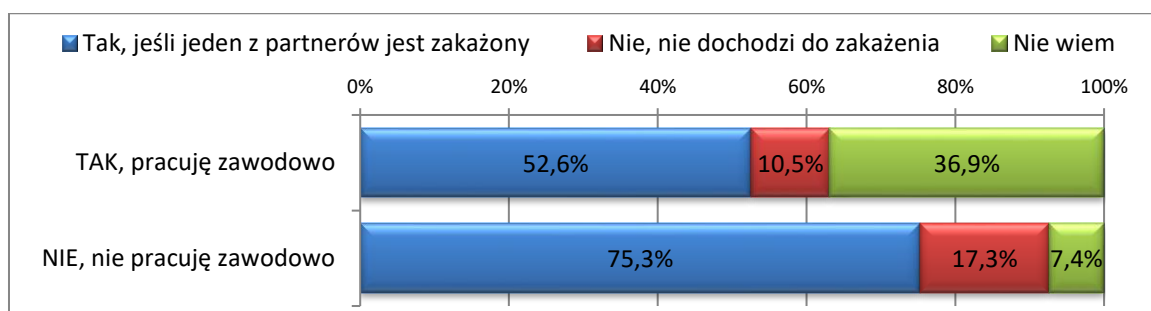
<i>Wynik testu chi-kwadrat</i>	Płeć	Wiek	Miejsce zamieszkania	Kierunek studiów	Aktywność zawodowa
<i>współczynnik korelacji Pearsona</i>	<b>0,0268</b>	<b>0,2086</b>	<b>0,1695</b>	<b>0,0380</b>	<b>0,2881</b>
<i>p (poziom istotności <math>\alpha=0,05</math>)</i>	<b>0,792</b>	<b>0,037</b>	<b>0,092</b>	<b>0,707</b>	<b>0,004</b>

Wykazano, że osoby poniżej 25 roku życia były istotnie bardziej przekonane o ryzyku zakażenia podczas stosunku bez zabezpieczeń (Rycina 13).



**Rycina 13. Wiedza badanych na temat ryzyka zakażenia HCV i HBV podczas stosunku płciowego bez zabezpieczeń a wiek badanych.**

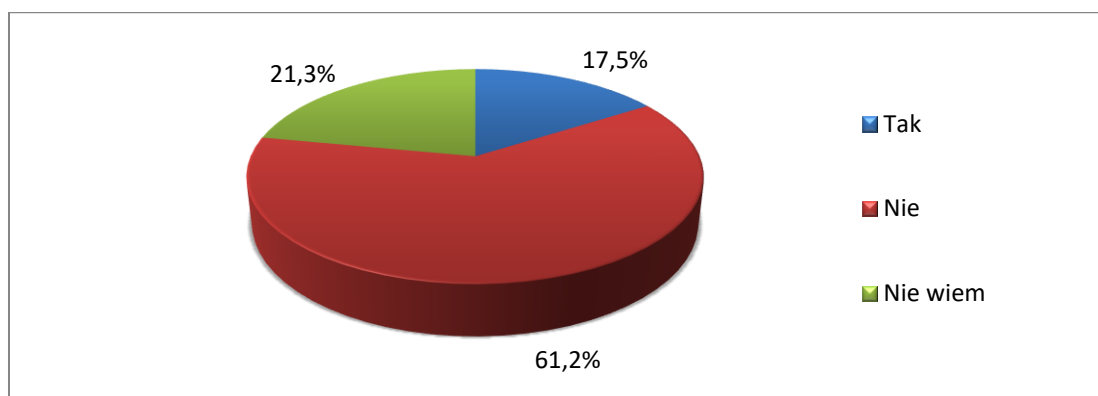
Wykazano, że osoby nieaktywne zawodowo istotnie częściej potwierdzały ryzyko zakażenia podczas stosunku płciowego bez zabezpieczeń (Rycina 14).



**Rycina 14. Wiedza badanych na temat ryzyka zakażenia HCV i HBV podczas stosunku płciowego bez zabezpieczeń a aktywność zawodowa.**

**Pytanie: Czy Wg Pana/Pani np. poprzez kichanie można zakażyć się WZW typu B i C?**

Podczas kichania można zarazić się HCV i HBV w opinii 17,5%. Opinię przeciwną wyraziło 61,2%. Pozostali badani 21,3% wybrali odpowiedź: nie wiem (Rycina 15).



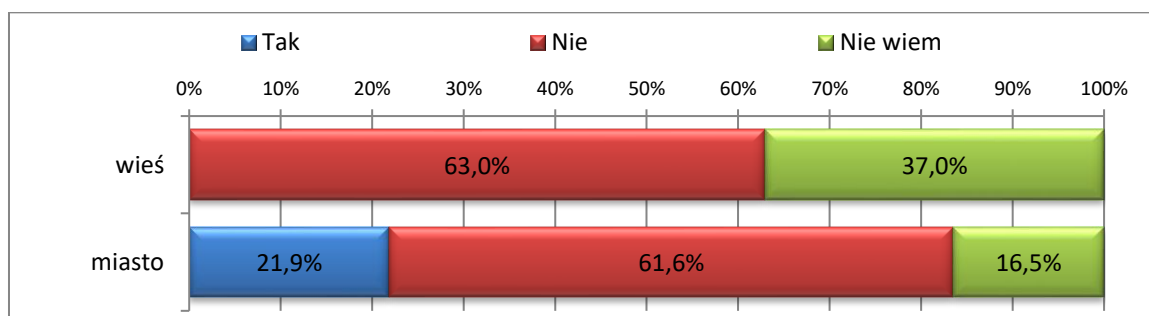
Rycina 15. Wiedza badanych na temat ryzyka zakażenia HCV i HBV podczas kichania.

W wyniku przeprowadzonych analiz stwierdzono, że wiedzę na temat ryzyka zachorowania podczas kichania znacząco różnicowało miejsce zamieszkania i kierunek studiów (Tabela VI).

Tabela VI. Ryzyko zachorowania na HCV i HBV podczas kichania a wybrane zmienne.

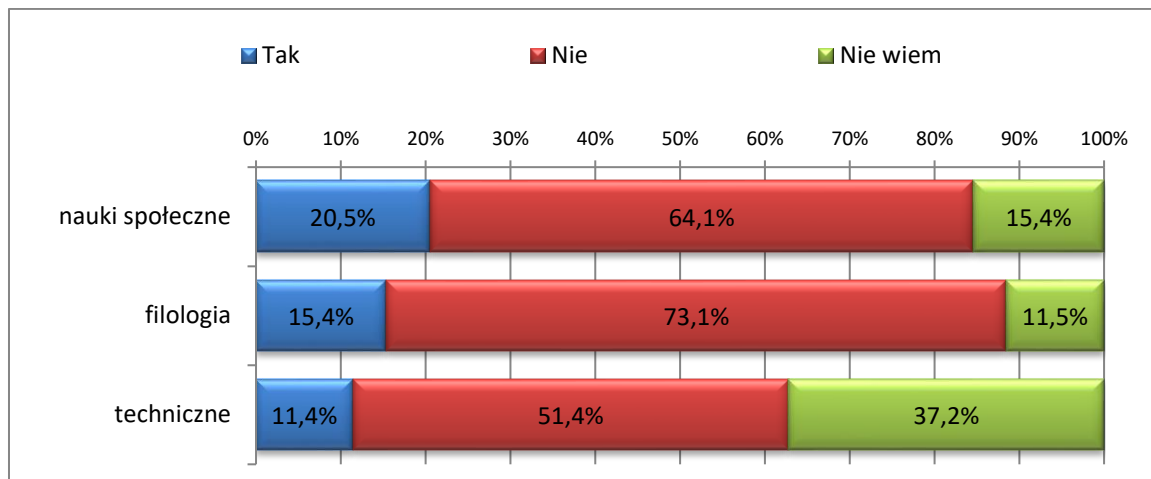
<i>Wynik testu chi-kwadrat</i>	Płeć	Wiek	Miejsce zamieszkania	Kierunek studiów	Aktywność zawodowa
<i>współczynnik korelacji Pearsona</i>	<b>0,1837</b>	<b>0,1402</b>	<b>0,3077</b>	<b>0,2132</b>	<b>0,0357</b>
<i>p (poziom istotności <math>\alpha=0,05</math>)</i>	<b>0,067</b>	<b>0,164</b>	<b>0,002</b>	<b>0,033</b>	<b>0,724</b>

Wykazano, że mieszkańcy miast byli znacząco częściej przekonani, że można zakażać się podczas kichania (Rycina 16).



Rycina 16. Wiedza badanych na temat ryzyka zakażenia HCV i HBV podczas kichania wśród mieszkańców miast i wsi.

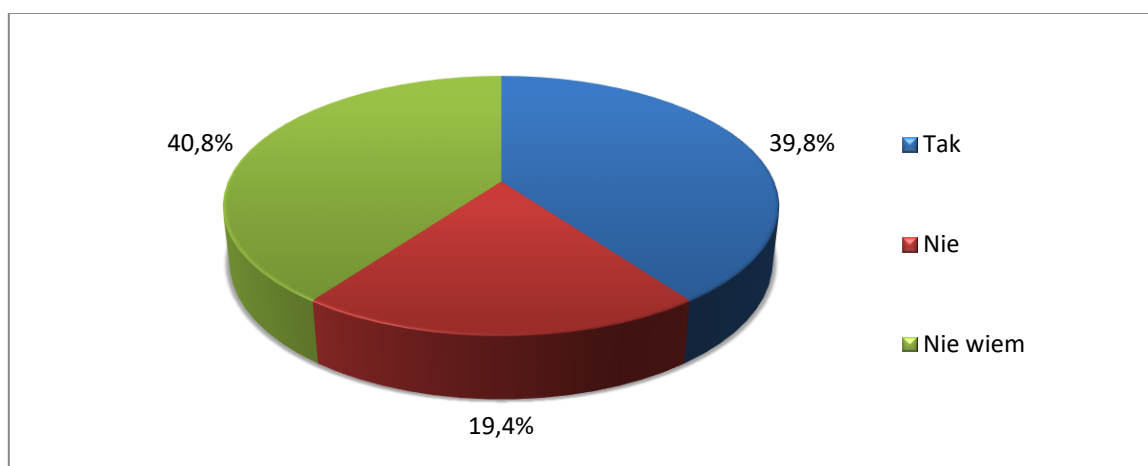
Wykazano, że studenci kierunków technicznych istotnie rzadziej uważali iż możliwe jest zakażenie podczas kichania (Rycina 17).



**Rycina 17. Wiedza badanych na temat ryzyka zakażenia HCV i HBV podczas kichania wśród studentów różnych kierunków.**

*Pytanie: Czy wg Pana/Pani podczas badań endoskopowych np. gastrokopii może dojść do zakażenia wirusem HBV i HCV?*

Ryzyko zakażenia podczas badań endoskopowych potwierdziło 39,8% ankietowanych. Opinię przeciwną wyraziło 19,4%. Pozostali badani 40,8% wybrali odpowiedź: nie wiem (Rycina 18).



**Rycina 18. Wiedza badanych na temat ryzyka zakażenia HCV i HBV podczas badań endoskopowych.**

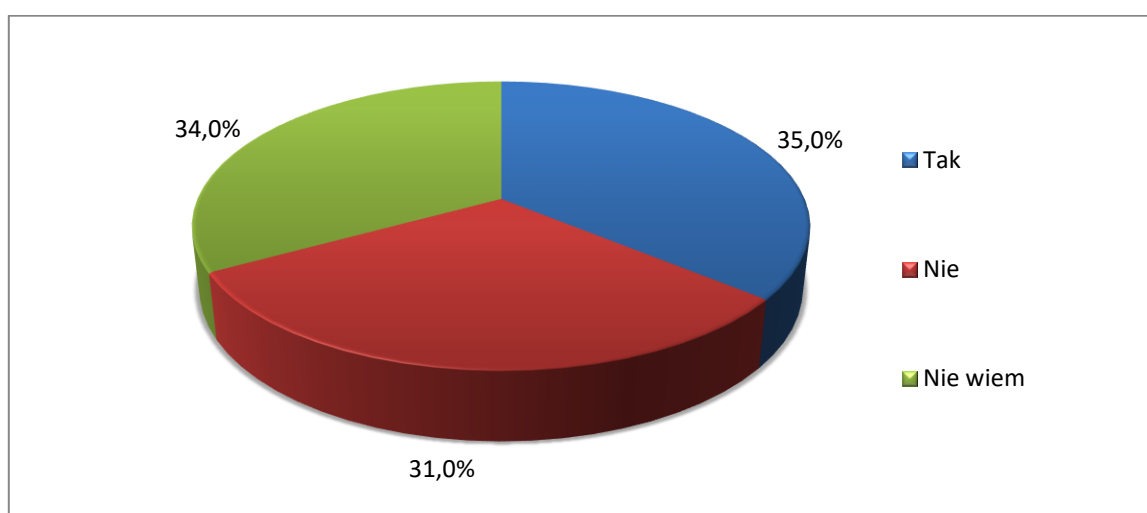
W wyniku przeprowadzonych analiz nie stwierdzono, aby wiedzę na temat ryzyka zachorowania podczas badań endoskopowych znacząco różnicowała płeć, wiek, miejsce zamieszkania, kierunek studiów, aktywność zawodowa (Tabela VII).

**Tabela VII. Ryzyko zachorowania na HCV i HBV podczas badań endoskopowych a wybrane zmienne.**

<i>Wynik testu chi-kwadrat</i>	Płeć	Wiek	Miejsce zamieszkania	Kierunek studiów	Aktywność zawodowa
<i>współczynnik korelacji Pearsona</i>	<b>0,1581</b>	<b>0,0282</b>	<b>0,1763</b>	<b>0,0260</b>	<b>0,0011</b>
<i>p (poziom istotności <math>\alpha=0,05</math>)</i>	<b>0,116</b>	<b>0,781</b>	<b>0,079</b>	<b>0,797</b>	<b>0,995</b>

**Pytanie:** Czy wg Pana/Pani istnieje szczepionka przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu C?

Wiedzę o istnieniu szczepionki przeciw WZW C posiadało 35,0% badanych. Opinię przeciwną wyraziło 31,0%. Pozostali badani 34,0% wybrali odpowiedź: nie wiem (Rycina 19).



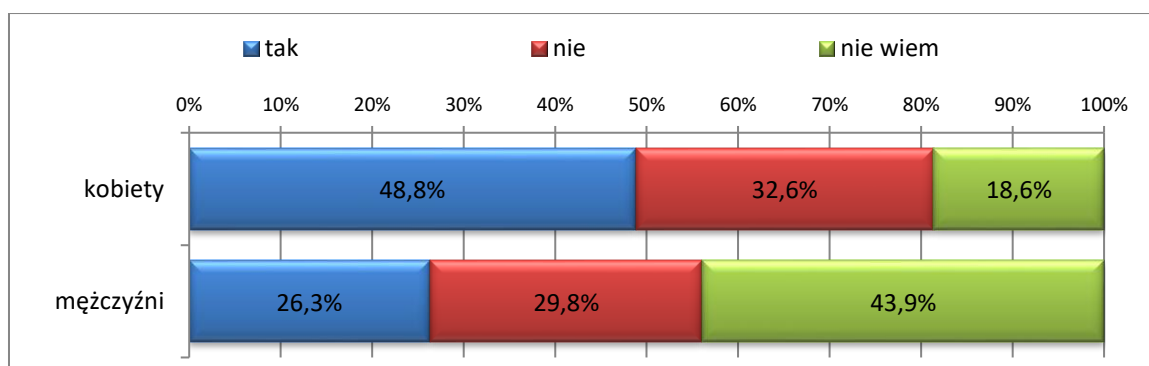
**Rycina 19. Wiedza badanych na temat istnienia szczepionki przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu C.**

W wyniku przeprowadzonych analiz stwierdzono, że wiedzę na temat szczepionki przeciw WZW C istotnie różnicowała płeć, miejsce zamieszkania, kierunek studiów (Tabela VIII).

**Tabela VIII. Wiedza badanych na temat istnienia szczepionki przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu C a wybrane zmienne.**

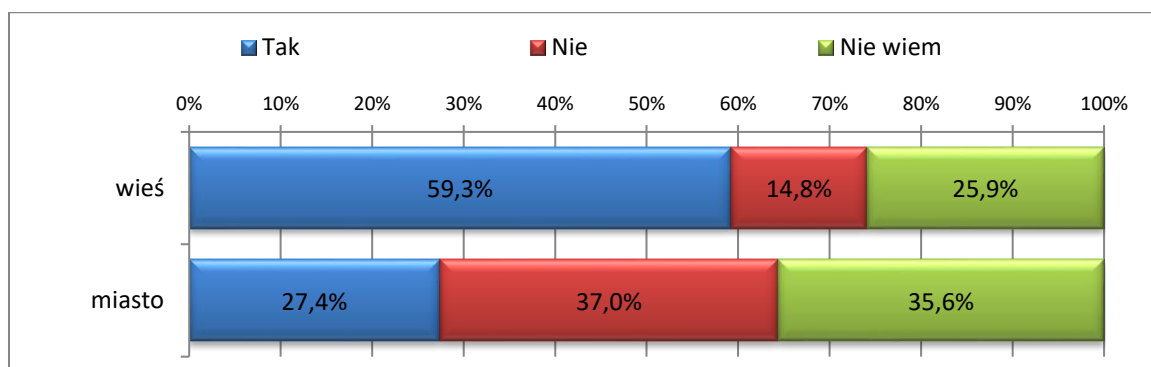
<i>Wynik testu chi-kwadrat</i>	Płeć	Wiek	Miejsce zamieszkania	Kierunek studiów	Aktywność zawodowa
<i>współczynnik korelacji Pearsona</i>	<b>0,2849</b>	<b>0,1733</b>	<b>0,2222</b>	<b>0,3768</b>	<b>0,0132</b>
<i>p (poziom istotności <math>\alpha=0,05</math>)</i>	<b>0,004</b>	<b>0,085</b>	<b>0,026</b>	<b>0,000</b>	<b>0,896</b>

Wykazano, że kobiety istotnie częściej niż mężczyźni potwierdzały istnienie szczepionki przeciw WZW C (Rycina 20).



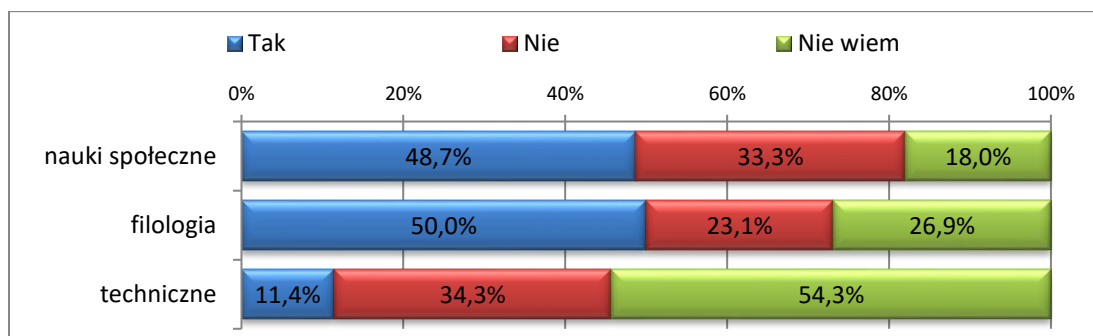
**Rycina 20. Wiedza badanych na temat istnienia szczepionki przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu C w opinii kobiet i mężczyzn.**

Wykazano, że mieszkańcy wsi znacząco częściej byli przekonani o istnieniu szczepionki przeciw WZW C (Rycina 21).



**Rycina 21. Wiedza badanych na temat istnienia szczepionki przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu C wśród mieszkańców miast i wsi.**

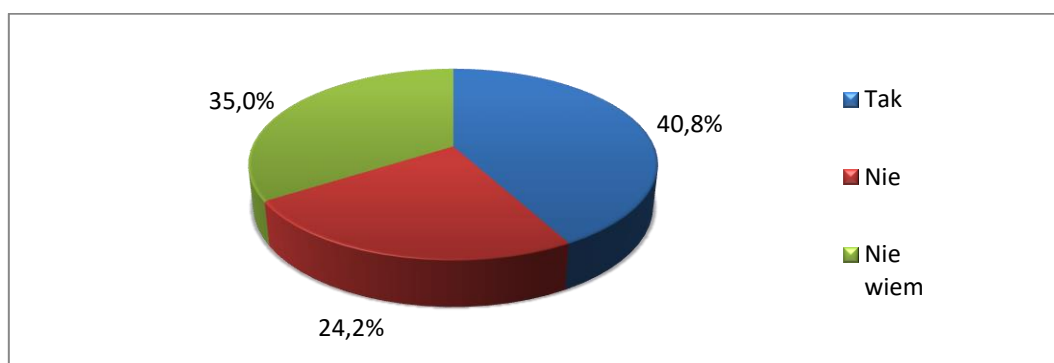
Wykazano, że na istnienie szczepionki przeciw WZW C istotnie częściej wskazywali studenci kierunków społecznych i filologii niż technicznych (Rycina 22).



**Rycina 22. Wiedza badanych na temat istnienia szczepionki przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu C wśród studentów różnych kierunków.**

*Pytanie: Czy wg Pana/ Pana jest możliwość zaszczepienia się przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B?*

Wiedzę o istnieniu szczepionki przeciw WZW B posiadało 40,8% badanych. Opinię przeciwną wyraziło 24,2%. Pozostali badani 35,0% wybrali odpowiedź: nie wiem (Rycina 23).



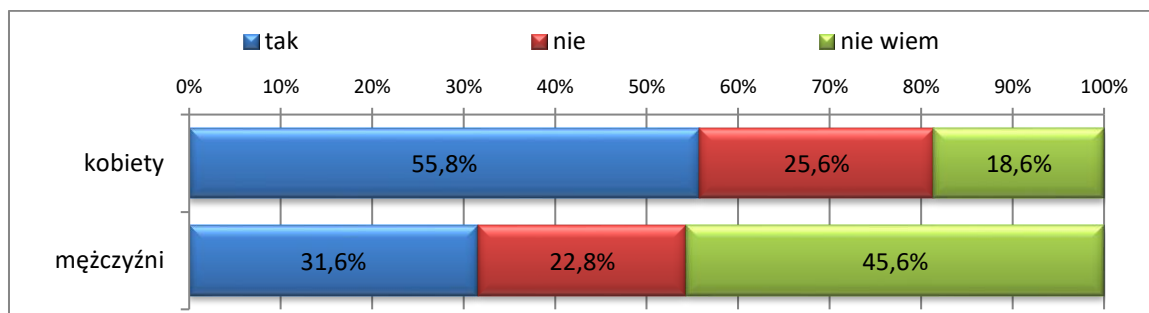
**Rycina 23. Wiedza badanych na temat istnienia szczepionki przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B.**

W wyniku przeprowadzonych analiz stwierdzono, że wiedzę na temat szczepionki przeciw WZW B istotnie różnicowała płeć i wiek badanego (Tabela IX).

**Tabela IX. Wiedza badanych na temat istnienia szczepionki przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B a wybrane zmienne.**

<i>Wynik testu chi-kwadrat</i>	Płeć	Wiek	Miejsce zamieszkania	Kierunek studiów	Aktywność zawodowa
<i>współczynnik korelacji Pearsona</i>	<b>0,2922</b>	<b>0,3015</b>	<b>0,1256</b>	<b>0,1298</b>	<b>0,0728</b>
<i>p (poziom istotności <math>\alpha=0,05</math>)</i>	<b>0,003</b>	<b>0,002</b>	<b>0,213</b>	<b>0,198</b>	<b>0,472</b>

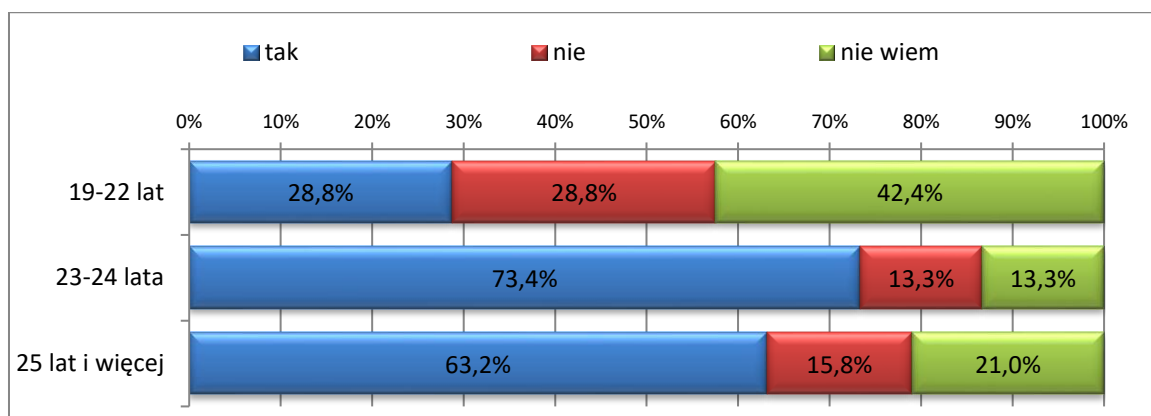
Wykazano, że kobiety istotnie częściej niż mężczyźni posiadały wiedzę o istnieniu szczepionki przeciw WZW B (Rycina 24).



**Rycina 24. Wiedza badanych na temat istnienia szczepionki przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B w opinii kobiet i mężczyzn.**

Wykazano, że osoby powyżej 22 roku życia znacząco częściej potwierdzały istnienie szczepionki przeciw WZW B (Rycina 25).





**Rycina 25. Wiedza badanych na temat istnienia szczepionki przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B a wiek badanych.**

***Pytanie: Kiedy najczęściej może dość do zakażenia wirusem HBV i HCV?***

Badani ocenili, że do zakażenia HCV i HBV najczęściej dochodzi podczas zabiegów w gabinetach fryzjerskich, kosmetycznych, tatuażu 67,9%, następnie w trakcie stosunku seksualnego z osobą zakażoną 55,3%, jak również w trakcie leczenia szpitalnego 36,9% (Rycina 26)



*\*Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru*

**Rycina 26. Sytuacje podwyższonego ryzyka zakażenia HCV i HBV.**

**Pytanie: Jaka grupa osób wg Pana/Pani jest najbardziej narażona na ryzyko zakażenia wirusem HCV i HBV?**

Zdaniem studentów do osób szczególnie narażonych na zakażenie należą: narkomani przyjmujący narkotyki drogą iniekcji 63,1%, jak również pacjenci poddawani zabiegom chirurgicznym 36,9% lub przetaczaniu krwi 34,9%, pracownicy służby zdrowia 25,2%, osoby ze słabą odpornością 18,4% (Rycina 27).

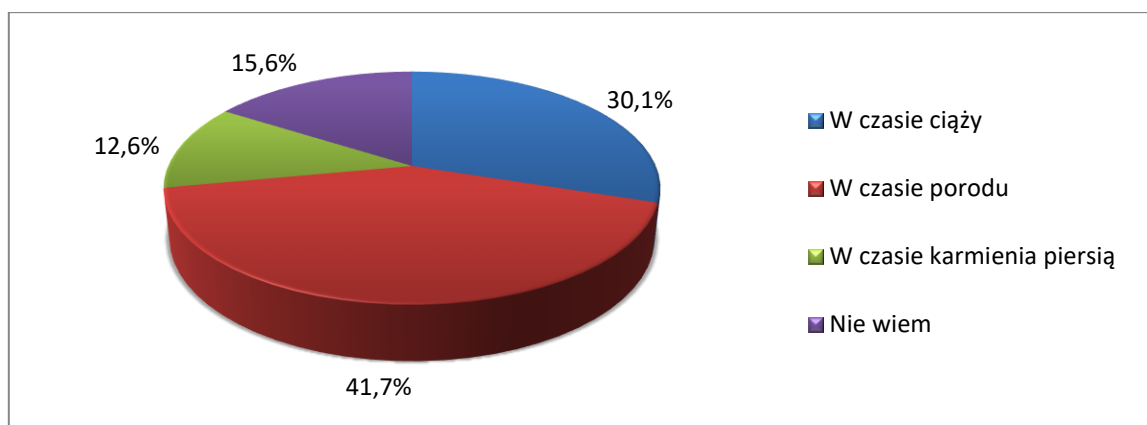


\*Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru

**Rycina 27. Grupy podwyższonego ryzyka zakażenia HCV i HBV.**

**Pytanie: Kiedy dochodzi do zakażenia okołoporodowego dziecka wirusem HBV i HCV przez zakażoną matkę?**

Ankietowani określili, że do zakażenia okołoporodowego może dojść przede wszystkim w trakcie porodu 41,7%, w czasie ciąży 30,1%, w czasie karmienia piersią 12,6%. Odpowiedź: nie wiem wybrało 15,6% (Rycina 28).



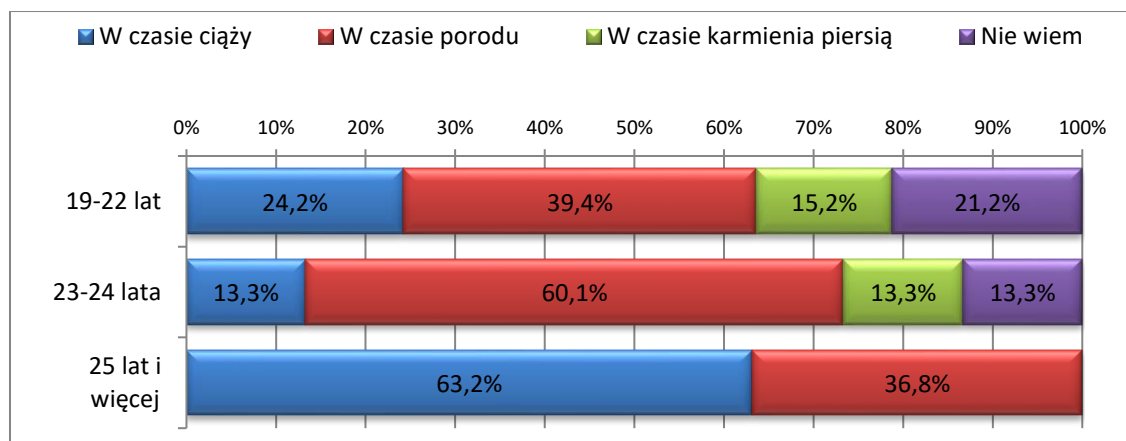
**Rycina 28. Wiedza badanych na temat ryzyka zakażenia okołoporodowego dziecka HBV i HCV.**

W wyniku przeprowadzonych analiz stwierdzono, że wiedzę na temat okołoporodowego zakażenia dziecka istotnie różnicował wiek i miejsce zamieszkania (Tabela X).

**Tabela X. Wiedza badanych na temat ryzyka zakażenia okołoporodowego dziecka HBV i HCV a wybrane zmienne.**

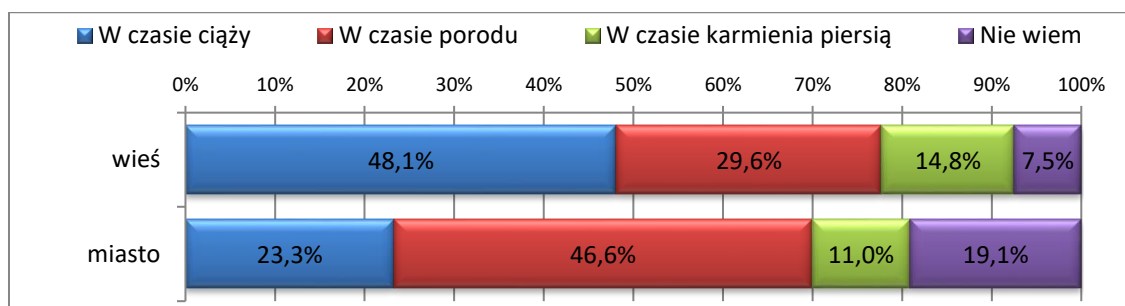
<i>Wynik testu chi-kwadrat</i>	Płeć	Wiek	Miejsce zamieszkania	Kierunek studiów	Aktywność zawodowa
<i>współczynnik korelacji Pearsona</i>	<b>0,0788</b>	<b>0,3389</b>	<b>0,2039</b>	<b>0,0748</b>	<b>0,1165</b>
<i>p (poziom istotności <math>\alpha=0,05</math>)</i>	<b>0,436</b>	<b>0,001</b>	<b>0,048</b>	<b>0,459</b>	<b>0,249</b>

Wykazano, że osoby powyżej 25 roku życia znacząco częściej wskazywały na ryzyko zakażenia w czasie ciąży, gdy w wieku 23-24 lata – w czasie porodu (Rycina 29).



**Rycina 29. Wiedza badanych na temat ryzyka zakażenia okołoporodowego dziecka HBV i HCV a wiek badanych.**

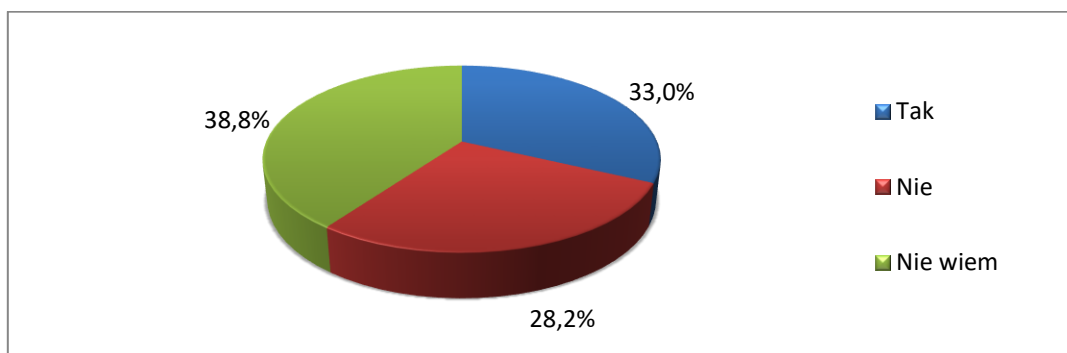
Wykazano, że mieszkańcy wsi znacząco częściej wskazywali na ryzyko zakażenia w czasie ciąży, gdy mieszkańcy miast – w czasie porodu (Rycina 30).



**Rycina 30. Wiedza badanych na temat ryzyka zakażenia okołoporodowego dziecka HBV i HCV wśród mieszkańców miast i wsi.**

*Pytanie: Czy wg Pana/Pani matka karmiąca piersią może zakazić swoje dziecko wirusem HCV i HBV?*

Ryzyko zakażenia podczas karmienia piersią potwierdziło 33,0% grupy. Opinię przeczącą wyraziło 28,2%. Odpowiedź: nie wiem wybrało 38,8% (Rycina 31).



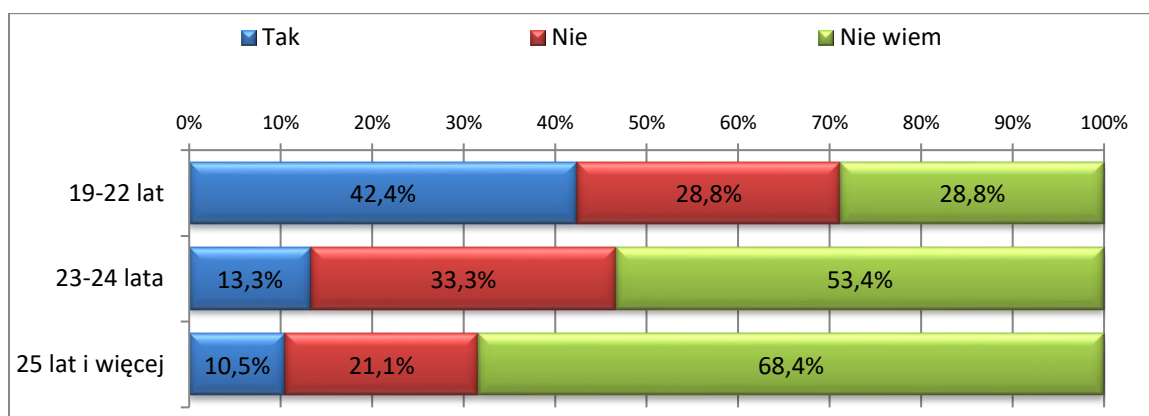
**Rycina 31. Wiedza badanych na temat ryzyka zakażenia dziecka HBV i HCV podczas karmienia piersią.**

W wyniku przeprowadzonych analiz stwierdzono, że wiedzę na temat zakażenia dziecka podczas karmienia piersią istotnie różnicował wiek badanych (Tabela XI).

**Tabela XI. Wiedza badanych na temat ryzyka zakażenia dziecka HBV i HCV podczas karmienia piersią a wybrane zmienne.**

<i>Wynik testu chi-kwadrat</i>	Płeć	Wiek	Miejsce zamieszkania	Kierunek studiów	Aktywność zawodowa
<i>współczynnik korelacji Pearsona</i>	<b>0,1090</b>	<b>0,3546</b>	<b>0,0843</b>	<b>0,1835</b>	<b>0,1050</b>
<i>p (poziom istotności <math>\alpha=0,05</math>)</i>	<b>0,280</b>	<b>0,000</b>	<b>0,405</b>	<b>0,068</b>	<b>0,298</b>

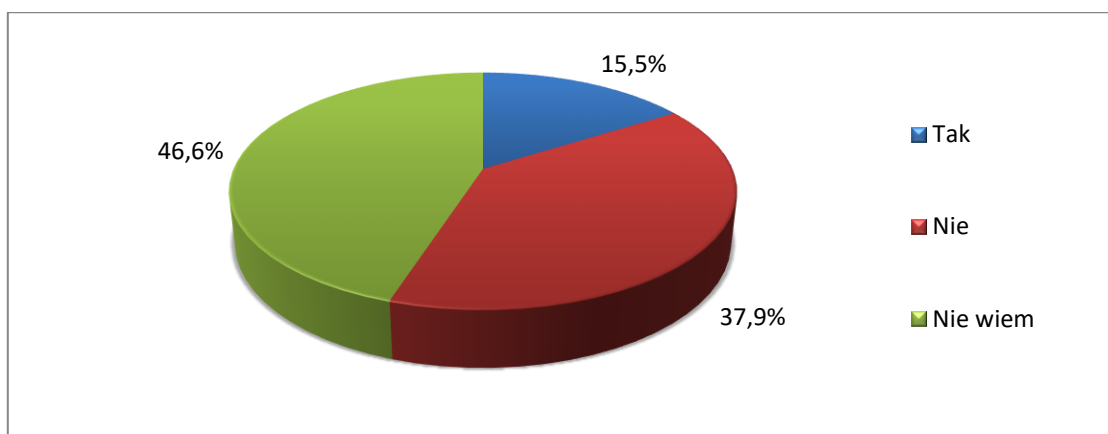
Wykazano, że osoby do 23 roku życia znacząco częściej wskazywały na ryzyko zakażenia dziecka podczas karmienia piersią (Rycina 32).



**Rycina 32. Wiedza badanych na temat ryzyka zakażenia dziecka HBV i HCV podczas karmienia piersią a wiek badanych.**

**Pytanie: Czy wg Pana/Pani wirus HBV i HCV może być przenoszony przez owady i zwierzęta?**

Wśród ankietowanych studentów 15,5% uważało, że zakażenie HBV i HCV może być przeniesione przez owady i zwierzęta. Opinię przeczącą wyraziło 37,9%. Odpowiedź: nie wiem wybrało 46,6% (Rycina 33).



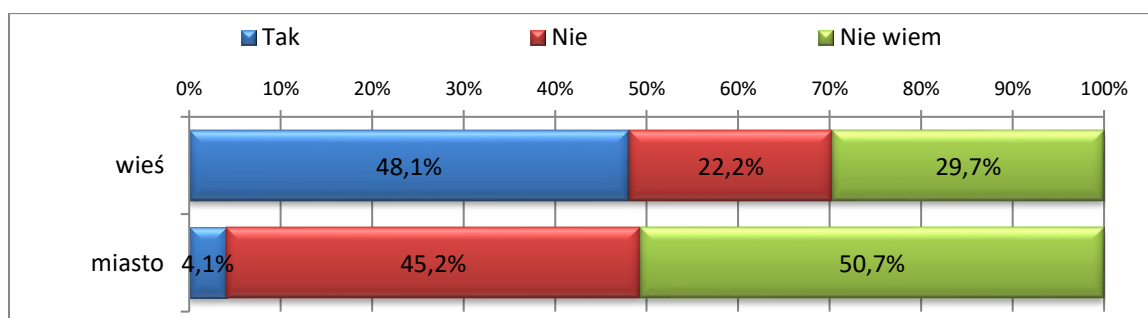
Rycina 33. Wiedza badanych na temat ryzyka zakażenia HBV i HCV przez owady i zwierzęta.

W wyniku przeprowadzonych analiz stwierdzono, że wiedzę na temat zakażenia przez owady i zwierzęta istotnie różnicowało miejsce zamieszkania (Tabela XII).

Tabela XII. Wiedza badanych na temat ryzyka zakażenia dziecka HBV i HCV przez owady i zwierzęta a wybrane zmienne.

Wynik testu <i>chi-kwadrat</i>	Płeć	Wiek	Miejsce zamieszkania	Kierunek studiów	Aktywność zawodowa
<i>współczynnik korelacji Pearsona</i>	0,0409	0,1327	0,3985	0,1419	0,1578
<i>p (poziom istotności <math>\alpha=0,05</math>)</i>	0,686	0,188	0,000	0,159	0,117

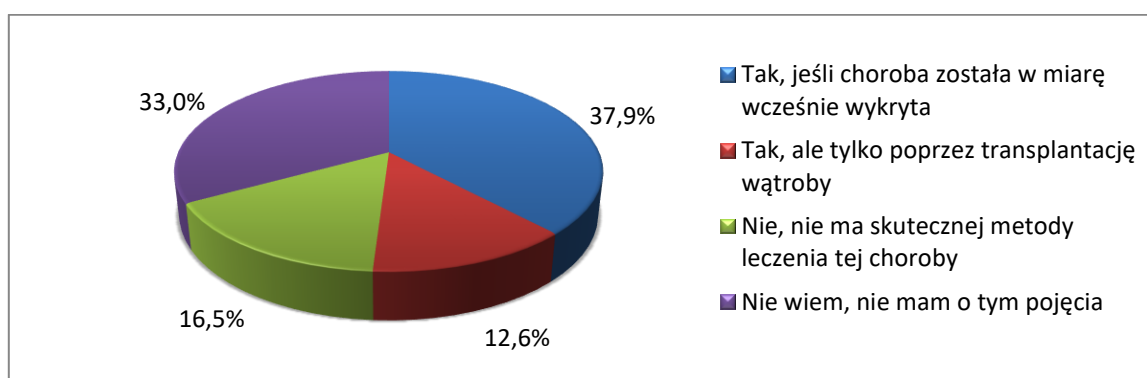
Wykazano, że mieszkańcy wsi znacząco częściej wskazywali na ryzyko zakażenia od owadów i zwierząt (Rycina 34).



Rycina 34. Wiedza badanych na temat ryzyka zakażenia HBV i HCV przez owady i zwierzęta wśród mieszkańców miast i wsi.

**Pytanie: Czy wg Pana/Pani można całkowicie wyleczyć wirusowe zapalenie wątroby typu B i C?**

Na możliwość wyleczenia HBV i HCV wskazało 50,5% badanych, w tym 37,9% uzależniło to od wczesnego wykrycia zakażenia, a 12,6% - tylko w przypadku przeszczepu wątroby. Zdaniem 16,5% nie ma możliwości całkowitego wyleczenia. Odpowiedź: nie wiem wybrało 33,0% (Rycina 35).



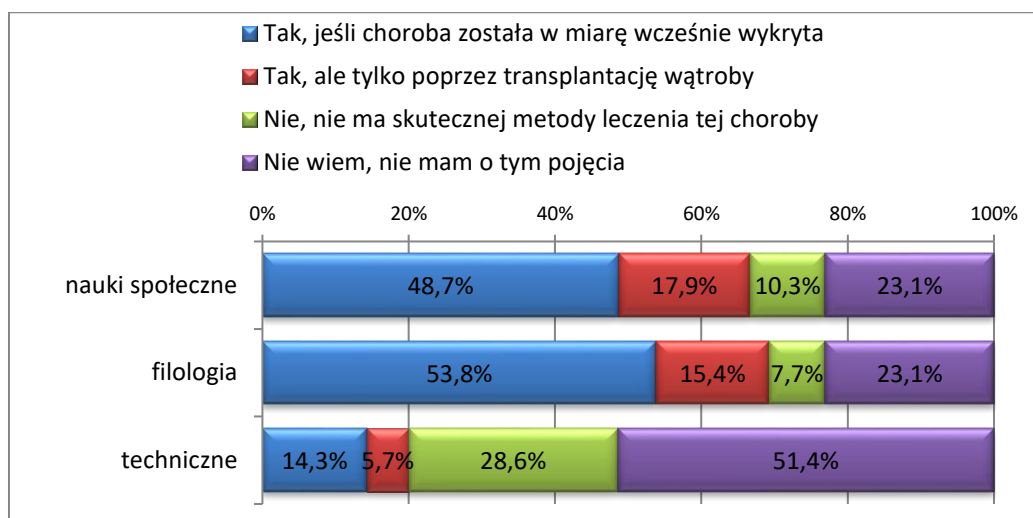
**Rycina 35. Wiedza badanych na temat możliwości wyleczenia HBV i HCV.**

W wyniku przeprowadzonych analiz stwierdzono, że wiedzę na temat zakażenia przez owady i zwierzęta istotnie różnicowało miejsce zamieszkania (Tabela XIII).

**Tabela XIII. Wiedza badanych na temat możliwości wyleczenia HBV i HCV a wybrane zmienne.**

<b>Wynik testu chi-kwadrat</b>	<b>Płeć</b>	<b>Wiek</b>	<b>Miejsce zamieszkania</b>	<b>Kierunek studiów</b>	<b>Aktywność zawodowa</b>
<b>współczynnik korelacji Pearsona</b>	<b>0,1239</b>	<b>0,1434</b>	<b>0,0503</b>	<b>0,3584</b>	<b>0,0719</b>
<b>p (poziom istotności <math>\alpha=0,05</math>)</b>	<b>0,219</b>	<b>0,155</b>	<b>0,620</b>	<b>0,000</b>	<b>0,477</b>

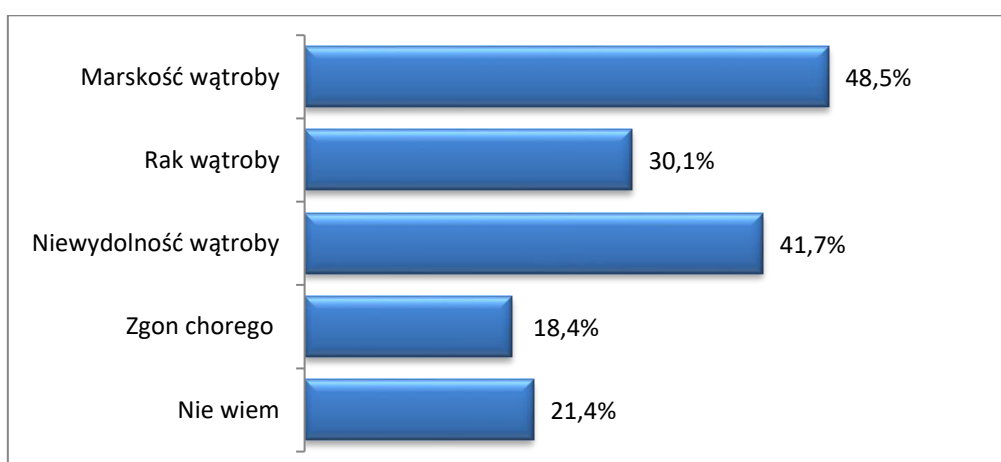
Wykazano, że studenci kierunków społecznych i filologii istotnie częściej postrzegali zakażenie HBV i HCV jako całkowicie wyleczalne, gdy na kierunkach technicznych wybrano odpowiedź: nie wiem (Rycina 36).



**Rycina 36. Wiedza badanych na temat możliwości wyleczenia HBV i HCV wśród studentów różnych kierunków.**

*Pytanie: Jakie powikłanie może najczęściej pojawić się po zachorowaniu na WZW typu B i C?*

Badani określili, że z zakażeniem HCV i HBV wiążą się powikłania w postaci marskości wątroby 48,5%, niewydolności wątroby 41,7%, rak wątroby 30,1%, zgon chorego 18,4%. Żadnych powikłań nie wskazało 21,4% grupy (Rycina 37).



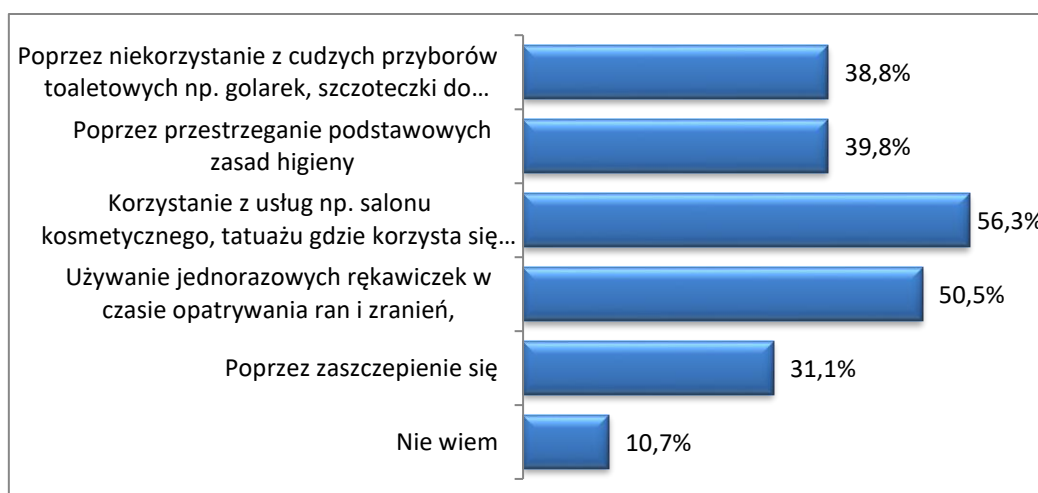
*\*Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru*

**Rycina 37. Powikłania towarzyszące zakażeniu HCV i HBV.**



**Pytanie: Jak wg Pana/Pani można uchronić się przed zakażeniem wirusem HCV i HBV?**

Zdaniem studentów zakażenia HCV i HBV można uniknąć poprzez korzystanie z usług np. salonu kosmetycznego, tatuażu, gdzie korzysta się ze sprzętu jednorazowego użytku 56,3%, używanie jednorazowych rękawiczek w czasie opatrywania ran i zranień 50,5%, poprzez niekorzystanie z cudzych przyborów toaletowych np. golarek, szczoteczki do zębów, nożyczek do paznokci 38,8%, poprzez przestrzeganie podstawowych zasad higieny 39,8%, poprzez zaszczepienie się 31,1%. Odpowiedź: nie wiem wybrało 10,7% (Rycina 38).

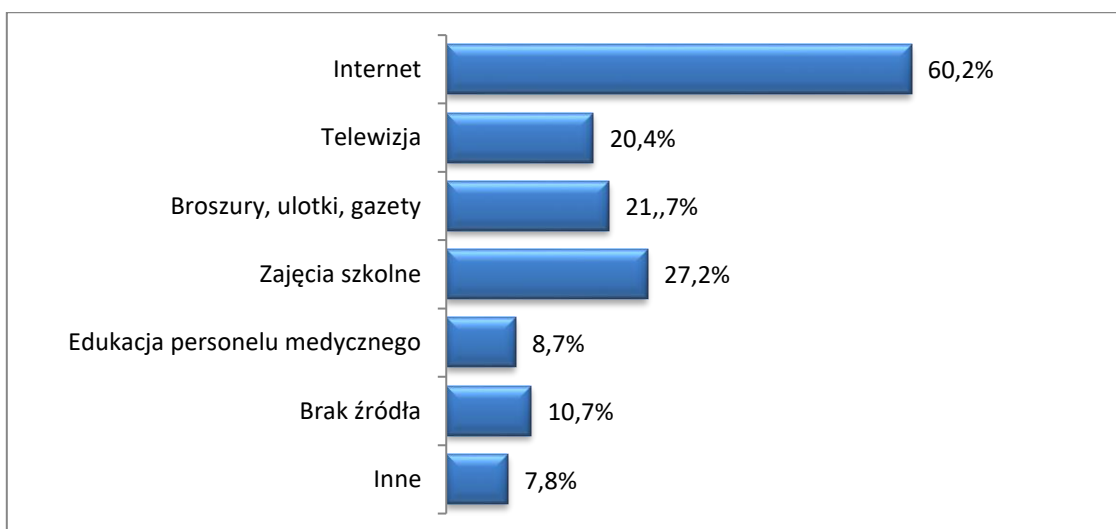


*\*Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru*

**Rycina 38. Profilaktyka zakażenia HCV i HBV.**

**Pytanie: Z jakiego źródła informacji posiada Pan /Pani wiedzę na temat Wirusowego zapalenia wątroby typu B i C?**

Ankietowani wiedzę o zakażeniu HCV i HBV czerpali przede wszystkim z Internetu 60,2%. Wskazano także na zajęcia szkolne 27,2%, broszury, ulotki, gazety 21,7%, telewizję 20,4%, edukację ze strony personelu pielęgniarskiego 8,7%, inne 7,8%. Brak źródeł wiedzy wybrało 10,7% (Rycina 39).

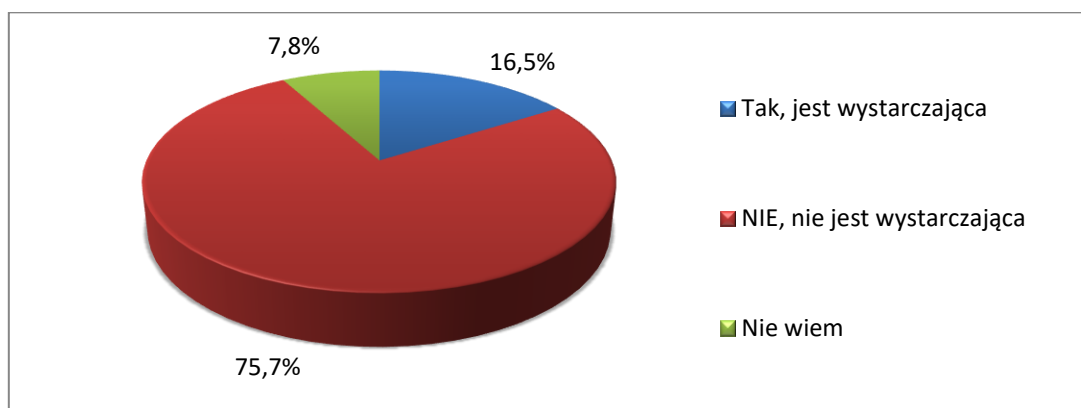


*\*Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru*

**Rycina 39. Źródła wiedzy o zakażenia HCV i HBV wśród badanych.**

**Pytanie: Czy według Pana/ Pani ma Pan/ Pani wystarczającą wiedzę na temat profilaktyki i zakażenia zapalenia wątroby typu B i C?**

Wśród studentów 75,7% uznało, że posiadana przez nich wiedza jest niewystarczająca. Na swoje zadowolenie wskazało 16,5%, a odpowiedź: nie wiem wybrało 7,8% (Rycina 40).



**Rycina 40. Samoocena poziomu wiedzy o HBV i HCV.**

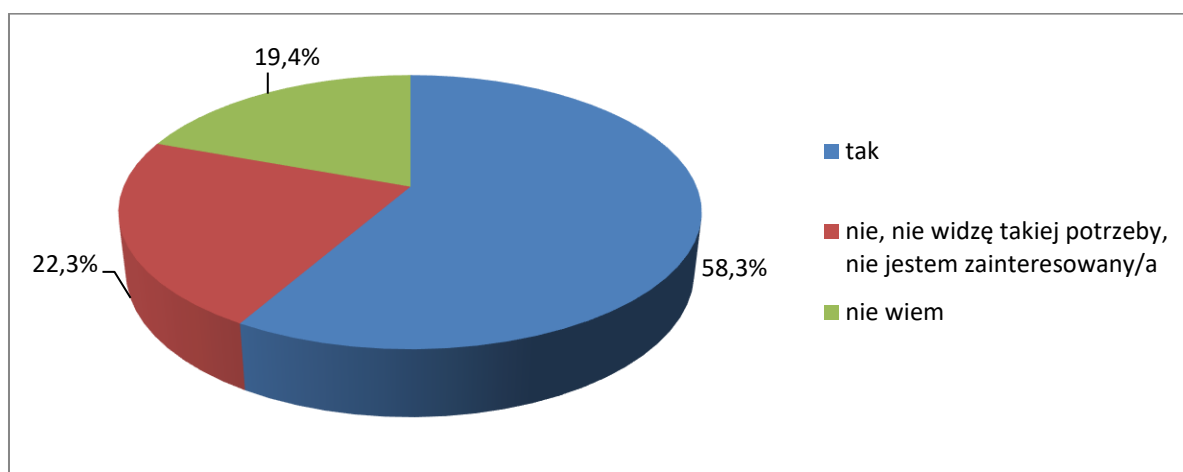
W wyniku przeprowadzonych analiz nie stwierdzono, aby dokonana samoocenę poziomu wiedzy znacząco różnicowała płeć, wiek, miejsce zamieszkania, kierunek studiów, aktywność zawodowa (Tabela XIV).

Tabela XIV. Samoocena poziomu wiedzy o HBV i HCV a wybrane zmienne.

Wynik testu chi-kwadrat	Płeć	Wiek	Miejsce zamieszkania	Kierunek studiów	Aktywność zawodowa
współczynnik korelacji Pearsona	0,1070	0,0459	0,1007	0,0886	0,1856
p (poziom istotności $\alpha=0,05$ )	0,289	0,650	0,319	0,381	0,064

**Pytanie: Czy chciałby/chciałaby Pan/Pani zgłębić wiedzę na ten temat?**

Więcej niż połowa ankietowanych studentów-58,3% potwierdziła chęć poszerzenia wiedzy o HCV i HBV, oprócz tego 22,3% badanych nie wykazała zainteresowania na zdobycie takowej wiedzy (Rycina 41).



Rycina 41. Gotowość poszerzania wiedzy o HBV i HCV.

## DYSKUSJA

Wirusowe zapalenie wątroby typu B i C są dość poważnym problem narastającym, jeśli chodzi o sferę zdrowotną społeczeństwa. Wiele osób żyje w nieświadomości bycia zakażonym ze względu np. na bezobjawowy przebieg choroby. Światowa Organizacja Zdrowia donosi, że ok. dwa miliardy ludzi na świecie choruje na wirusowe zapalenie wątroby typu B –dotyczy to ok. 5% światowej populacji ludzkiej, a ok. 150 mln osób cierpi na przewlekłą postać zapalenia wątroby typu C. Jeśli chodzi o kraje rozwinięte liczba zgonów z powodu zakażenia HCV już powoli przekracza ilość przypadków zgonów po infekcji HBV czy HIV. W Polsce

zapadalność na WZW typu C gwałtownie wzrasta począwszy od 20 lat i jest już ok. dwa razy większa porównując z jednostkami chorobami: WZW typu B czy HIV. Można powiedzieć także że wzrasta umieralność z powodu powikłań po zachorowaniu na WZW typu C. Jest ona na dzień dzisiejszy dwukrotnie wyższa od umieralności od powikłań po zakażeniu HIV i czterokrotnie wyższa od umieralności powodowanej skutkami zachorowania na WZW typu B.

Badania własne wykazały, że większość ankietowanych uznała, iż płęć męską jest bardziej narażona na zakażenie WZW typu B i C- 34% niż płęć żeńska, za nią opowiedziało się 27,2% osób biorących udział w badaniu.

Podobnie też wg badań prowadzonych przez Pawła Kalinowskiego i wsp. z Uniwersytetu Medycznego w Lublinie zapadalność na zachorowanie na wirusowe zapalenie wątroby typu B przeważała u mężczyzn, choć niekiedy była na podobnym poziomie jak u kobiet. Związane było to prawdopodobnie z podejmowaniem ryzykownych działań poprzez np. stosowanie narkotyków drogą dożylną czy dość częste ryzykowne kontakty seksualne. Jeśli chodzi o zakażenie wirusem HCV wg najnowszych badań większy współczynnik wykrywalności jest u mężczyzn niż u kobiet, a największa zapadalność występuje w przedziale wiekowym 45-59 lat. Wg ich opinii zachorowania na WZW typu B odnotowano znacznie mniej wśród dzieci i młodzieży, najmniejsza jest w przedziale wiekowym 0-14 roku życia później nieznacznie wzrasta. Sugeruje ona, że może to świadczyć o tym, że rodzice pamiętają o obowiązkowych szczepieniach swoich dzieci a także o dość wysokiej skuteczności stosowanej szczepionki. Podkreślała ona fakt, że wzrasta częstotliwość zachorowań na WZW typu B w przedziale wiekowym 20-45 lat, co może świadczyć o tym, że albo ktoś nie miał podanej szczepionki albo okazała się ona dość mało skuteczna, jeśli zastosowano ją u osób, gdy miały 14 lat. Oprócz płci duży wpływ na zapadalność na WZW typu B ma wiek, środowisko zamieszkania a także zróżnicowanie geograficzne. O ponad 28% jest ona większa w miastach niż na wsi [17, 18].

Oдноśnie szczepień ochronnych w prowadzonych badaniach własnych wykazano, że osoby powyżej 22 roku życia znacząco częściej potwierdzały istnienie szczepionki przeciw WZW B. Odpowiedzi twierdzącej udzieliło 40,8% osób, natomiast nieświadoma jej istnienia było 24,2% ankietowanych. Jeśli chodzi o pytanie zadawane badanym w ankiecie oдноśnie występowania szczepionki na WZW typu C zdania były podobnie podzielone: 35% była zdania, że występuje, 31% że nie, natomiast pozostała część osób nie miała wiedzy na ten temat.

Kalinowski P i wsp. wspomnieli, że obowiązek szczepień ochronnych przeciwko WZW typu B dla noworodków i niemowląt w Polsce wszedł w życie w 1996r., ponadto 4 lata później podjęto decyzję z myślą, aby zwiększyć grono osób uodpornionych dodatkowo zastosowano obowiązek szczepień w wieku 14 lat. Wg Hanny Czajki stosowanie szczepionek u osób na masową skalę zmniejszyło występowanie marskości wątroby czy raka wątroby, a także zmniejsza ryzyko zakażeń wirusem HBV wśród grup ryzyka tzn. osób mających kontakty homoseksualne, pracowników służby zdrowia, osób zażywających w czasie przeszłym narkotyki, osób cierpiących na choroby przewlekłe czy mających niską odporność. Wg niej również mniejsza skuteczność szczepienia w granicach ok.60-70% wystąpić może u osób starszych, z zakażeniem HIV, przewlekłą niewydolnością nerek, przewlekłym zapaleniem wątroby, a także u osób z otyłością, cukrzycą i palących papierosy [17, 18].

Z badań własnych wynika, iż większa część, czyli 67,9% ankietowanych była zdania, że do zakażenia WZW typu B i C może dojść w salonie fryzjerskim, kosmetycznym, upiększającym ciało np. w salonie tatuażu, mniej, bo 55,3% badanych była przekonana, że najbardziej można zakazić przez kontakt seksualny z zakażonym partnerem, natomiast 36,9% osób odpowiedziało, że najprawdopodobniej odbyć się to może w czasie leczenia szpitalnego.

Według Światowej Organizacji Zdrowia iniekcję odgrywają ogromną rolę jako procedury obarczone dość dużym ryzykiem zakażenia HBV i HCV. Z najnowszych danych można było stwierdzić, że co roku pojawia się ok. 2 milionów zakażeń HCV, (co liczy około połowę wszystkich zakażeń tym wirusem w ciągu roku) i ok. 20 mln zakażeń HBV do których dochodzi tylko i wyłącznie poprzez wykonywanie iniekcji zainfekowanym sprzętem lub przez niewłaściwie przeprowadzane procedury medyczne. Niektóre dane pokazują może być nawet ok.4,7 mln zakażeń HCV rocznie do których dochodzi w ten jeden określony sposób [19].

Wg danych epidemiologicznych Małgorzaty Stępień i wsp. [20] u ok. 84% osób udaje się ustalić przyczynę zakażenia z czego 58% związane jest z zabiegami medycznymi, gdzie dojść może do kontaktu z krwią zakażonego, 18% związane z kontaktem domowym z zakażonym i 9% jeśli chodzi o stosowanie narkotyków dożylnie. Według Barbary Tyczyńskiej-Hofmann i wsp. [21] wirus HCV przenosi się głównie poprzez różnego rodzaju zabiegi diagnostyczne i terapeutyczne, w których następuje przerwanie ciągłości tkanek podobnie jak przy WZW typu B. W większości są zdania, że zapadalność wiąże się i może dotyczyć pobytu w szpitalu. Według niej przyjęta jest teza, że najczęstszą przyczyną zakażenia HCV i podobnie HBV jest niedbale wykonane i nie dość sterylne procedury medyczne o których wcześniej wspomniano przy których albo dochodzi do przerwania ciągłości tkanek albo jest

ryzyko jego dojścia chodzi tu o pobranie krwi, iniekcje, ale także badania endoskopowe. Dlatego dotyczyć to może każdego pacjenta hospitalizowanego, który ma przeprowadzone tego typu zabiegi. Według Agnieszki Dyk-Duszyńskiej [22] różnego rodzaju badania dowodziły, że ogólnie ok. 80% zakażeń wirusem HCV były konsekwencją zakażeń do których doszło w szpitalu. Według niej przyjmuje się, że duża część ok. 60% zakażeń może wystąpić przy zabiegach pozamedycznych (u kosmetyczki, fryzjera, w salonie tatuażu), w których ze względu na ograniczanie kosztów w codziennej pracy używa się nie wysterylizowanego lub nie dokładnie wysterylizowanego sprzętu. W swojej pracy naukowej podkreśla, że największym ryzykiem związanym zakażeniem HCV jest kontakt z krwią. Dodatkowo wspomniała, że pojawił się przypadek zakażenia poprzez ugryzienie zdrowego człowieka przez zainfekowanego. Świadczyło to o obecności wirusa w ślinie zakażonych pacjentów.

W badaniach własnych ankietowani mieli świadomość i większości odpowiedzi, że podczas stosunku płciowego bez zabezpieczenia może dojść do zakażenia HBV i HCV, jeśli jedno z parterów jest zakażony. Tak odpowiedziało 70,9% badanych, Z kolei 16,5% osób stwierdziła, że raczej nie dochodzi do zakażenia podczas stosunku płciowego bez zabezpieczenia. Jednakże ok. 12,6% osób nie wiedziało, jak odpowiedzieć na dane pytanie.

Wg Barbary Tyczyńskiej-Hofmann i wsp. jeśli chodzi o zakażenie HCV drogą płciową w swoich badaniach stwierdzili że spełnia znacznie mniejszą rolę niż jeżeli chodzi o zakażenie HBV i HIV. Podczas badań przypadków rodzin zakażonych osób, w których nie występują partnerzy seksualni sugerują, że inną dość ważną drogą zakażenia może być np. ślina. Podkreśla fakt, iż wskaźnik zakażeń drogą płciową u osób zakażonych które mają stałych czy długotrwałych partnerów seksualnych był dość niski. Wg prowadzonych badań stwierdzono i obliczono, że ryzyko transmisji zakażenia partnera zakażonego na partnera zdrowego żyjących w związku monogamicznym, który trwał przypośmy 10-20 lat wynosi mniej niż 5%. Zwiększa się ono, jeśli dochodzi do częstszej zmiany partnera albo w związkach homoseksualnych [21].

Z badań własnych, jeśli chodzi o zagadnienie występujących objawów WZW typu B i C 59,2% ankietowanych, wyraziło się, że są one podobne do objawów grypy, przeciwnego zdania było 9,7% osób biorących udział w badaniu. Z kolei nawiązując do innego pytania w ankiecie także odnośnie objawów tych, że jednostek chorobowych ok. 55,3% osób wybrało odpowiedź, że są to z reguły osłabienie, zmęczenie, stan podgorączkowy, zażółcenie skóry i biegunka. Część studentów -49,5% uważała, że u większości może przebiegać bezobjawowo dopiero później pojawiają się pierwsze symptomy choroby.

W nielicznych przypadkach - 10,7% wybrano objawy: zmęczenie, trudności z koncentracją, depresja, podwyższone ciśnienie tętnicze. Spora część-23,3% ankietowanych nie posiadała wiedzy lub nie była pewna odpowiedzi na te pytanie.

Według Barbary Kowalik-Mikołajewskiej [23] objawy WZW typu B przedstawiają się następująco: żółtaczka-97%, ciemno zabarwiony mocz-79%, osłabienie 69%, gorączka 52%, wymioty 46%. Jeśli chodzi o dzieci ok. 10-15% z nich ma tzw. pozawątrobowe zespoły kliniczne do których np. można zaliczyć zapalenie stawów czy toksyczno-alergiczne zapalenie drobnych naczyń włosowatych w obrębie skóry (tzw. zespół Gianotti-Crosti). Według Agnieszki Dyk-Duszyńskiej [22] u około 60-90% przypadków osób zakażonych wirusem choroba przebiega bezobjawowo. Z powodu „cichego” przebiegu i braku systemowych działań skriningowych większa część zainfekowanych wirusem nie jest świadoma swojej choroby aż do pojawienia się objawów podobnie jak przy zakażeniu HBV, które mogą wynikać ze znacznego jej postępu. Przez to właśnie zakażeni stają się potencjalnym źródłem podatnym na nowe zakażenia, a ich choroba osiąga taki stopień zaawansowania, że później jest dość duży problem z jej wyleczeniem.

Z własnych badań, ankietowani studenci w większym stopniu-41,7% stwierdzili, że do zakażenia WZW typu B i C może dojść przy porodzie, mniejsza ich część-30,1% że w czasie ciąży, natomiast 12,6% badanych było zdania, że mogłoby dojść do zakażenia w czasie karmienia piersią. Z kolei w dalszej części ankiety ryzyko zakażenia podczas karmienia piersią potwierdziło 33,0% grupy. Opinię przeczącą wyraziło 28,2%.

Według badań prowadzonych przez Stowarzyszenie Kanadyjskich Położników i Ginekologów istnieje ryzyko ok. 36% że w czasie porodu może dojść do zakażenia płodu przez matkę zakażoną wirusem HCV. Mimo iż jest najbardziej ryzykowny czas do zakażenia płodu wg dotychczasowych badań, niewykluczone jest to że może to też nastąpić w czasie trwania ciąży. WZW typu C nie zostało uznane przez naukowców za jednostkę powodującą mutacje u płodu. Dzieci urodzone i zakażone przez ich matki HCV nie muszą wykazywać nieprawidłowości w rozwoju jeszcze w okresie neonatalnym tj. wcześniactwo, czy jak te dzieci urodzone przez kobiety przyjmujące stale narkotyki. Wg nich podobnie nie ma konieczności przeprowadzania cięcia cesarskiego ze względu na mniejsze ryzyko przeniesienia zakażenia, gdyż podczas wielu badań stwierdzono, że poziom ryzyka nie jest na aż tak wysokim poziomie, aby go zalecać dla kobiet rodzących i zakażonych HCV.



Kobiety mogą i wręcz powinny rodzić naturalnie bez zachowywania szczególnie rygorystycznych środków ostrożności, chyba że wskazania ginekologiczne wymagają innej metody. Nie ma konieczności izolowania dziecka ani matki [24].

Podobnie Agnieszka Kołakowska i wsp. [25] potwierdzają tezę, że do zakażenia płodu może dojść podczas porodu, a także drogą wewnątrzmaciczną. Ale z zgromadzonych przez nich danych wynika, że większe prawdopodobieństwo pojawienia się zakażenia może wystąpić przez łożysko. Wg najnowszych badań stwierdzono, że łożysko nie stanowi 100% bariery ochronnej dla płodu, mogą się prze nie przedostawać różnego rodzaju bakterie, wirusy w tym HCV a także umożliwia ono kontakt komórek macicznych z komórkami płodu. Jeśli natomiast chodzi o wirusowe zapalenie wątroby typu B Wg Barbary Kowalik-Mikołajewskiej i wsp. [26] do zakażenia płodu mogłoby dojść w czasie całego okresu ciąży, ale najbardziej prawdopodobnie jest to w III trymestrze ciąży. Do zakażenia wg ich badań w podobnym stopniu może dojść w czasie porodu. Wg ich najnowszych doniesień wynika, że jeśli chodzi o pierwsze dwa trymestry ciąży to ryzyko przeniesienia zakażenia HBV na płód występuje do ok. 10%, natomiast po III trymestrze ciąży znacząco wzrasta do i czasem wręcz przekracza 90%. WZW typu B podobnie jak WZW typu C nie powoduje żadnych zmian związanych zaburzeniem rozwoju u płodu, ale wg Małgorzaty Aniszewskiej i wsp. [27] można zauważyć dość często występujące poronień u kobiet zakażonych, a także stwierdzenie niskiej masy urodzeniowej u nowonarodzonych dzieci. Wg Tadeusza Łapińskiego i wsp. [28] w czasie porodu prawdopodobieństwo zakażenia płodu jest największe ok. 70-90% jeśli chodzi o poród siłami natury, a nie przez cięcie cesarskie. Ich zdaniem z góry zalecane jest wykonywanie cięcia u kobiet zakażonych w celu zapewnienia ochrony dla płodu. Poród drogami naturalnymi jest dość ryzykowny, gdyż według naukowców dojść może do kontaktu krwi matki np. z naskórkiem dziecka który może zostać uszkodzony podczas jego przejścia przez kanał rody zakażonej matki. Wg Łapińskiego i wsp. [28] zakażenia podczas trwania ciąży jest niewielkie, a wręcz w minimalnych granicach. Jeśli chodzi o karmienie piersią według Łapińskiego, Flisiaka Roberta i wsp. [28] występowanie wirusa w mleku matki nie stwarza żadnego zagrożenia dla dziecka przy dobrze prowadzonej profilaktyce po porodzie. Ryzyko istnieje wówczas jedynie, gdy dojdzie do pęknięcia brodawek piersiowych u kobieta po porodzie. Wtedy w celu zmniejszenia transmisji wirusa należałoby zastosować specjalne kapturki osłaniające miejsca, gdzie doszło do urazu, czyli gruczoły piersiowe. Wg Marty Florea [29] karmienie jest bezwzględnie przeciwwskazane jedynie przy WZW typu w okresie, a czasowo przeciwwskazanie przy WZW typu B. Jednakże wówczas nie dochodzi do zakażenia płodu wirusem.



Podczas prowadzenia badań własnych, jeśli chodzi o kwestię możliwości wyleczenia HBV i HCV odpowiedź twierdzącą wskazało 50,5% badanych, w tym 37,9% uzależniło to od wczesnego wykrycia zakażenia, a 12,6% - tylko w przypadku przeszczepu wątroby. Zdaniem 16,5% nie ma możliwości całkowitego wyleczenia. Niewiedzą na to pytanie okazał się 33,0% badanych. A propo pytania związanego z powikłaniami WZW typu B i C ankietowani odpowiadali, iż najczęstszym powikłaniem może być marskość wątroby -48,5% odpowiedzi, niewydolność wątroby wybrało 41,7% badanych, rak wątroby 30,1% a zgon chorego 18,4%. 21,4% grupy stwierdziło, że WZW typu B i C nie pozostawia po sobie żadnych powikłań.

Według Roberta Plisko i wsp. [28] faktem jest, że WZW typu C ciągnie za sobą dość złe rokowania, według jego badań ok. 20% zachorowań eliminuje się samoistnie bez leczenia, o tyle pozostała większa część osób chorych ok. 80% przyjmują postać przewlekłych nosicieli HCV, u których występuje przewlekła postać choroby. U ok. 10-40% z nich występuje duży wskaźnik ryzyka rozwoju marskości wątroby, a u 1-10% i/lub pierwotnego raka wątroby. Plisko [30] także nadmienił, że patrząc przyszłościowo w przeciągu najbliższych 30 lat WZW typu C może doprowadzić do powstania marskości wątroby u 20-40 tys. osób zakażonych a do raka wątrobowokomórkowego, u co najmniej 3 tys. chorych. Według niego dla niektórych osób jedyną „deską ratunku” będzie zastosowanie przeszczepu wątroby. Z badań też wynika, że nawet po przeszczepie np. po 5 latach od zabiegu u ok. 25% osób zaobserwowano pojawienie się marskości wątroby. Wg Magdaleny Wrotkowskiej [31] u 5-10% u chorych na WZW typu B z reguły dochodzi do przetrwania zakażenia i rozwijania się przewlekłej postaci choroby. U dużej większości zakażonych ok. 70-90% osób w tym zaawansowanym stadium choroba przebiega przed widocznych żadnych objawów. Podobnie jak WZW typu C niesie za sobą różnego typu powikłania: szacunkowo ok. 15% chorych na przewlekłą postać WZW typu B cierpi później na marskość wątroby, natomiast u ok. 0,5% dochodzi do rozwoju pierwotnego raka wątroby.

## **WNIOSKI**

Na podstawie przeprowadzonych badań wyciągnięto następujące wnioski:

1. Poziom wiedzy studentów na temat HBV i HCV był niski i zróżnicowany.
2. Przeciętnie 1/3 badanych potrafiła prawidłowo określić czynniki ryzyka zakażenia, sytuacje ryzykowne, grupy narażone, poziom wyleczalności WZW C i WZW B.
3. Głównym źródłem wiedzy dla badanych był Internet.

4. Studenci mieli poczucie niskiej świadomości w zakresie HBV i HCV – duża ich część wyraziła chęć do poszerzenia wiedzy na ten temat.

## **PIŚMIENNICTWO**

1. Ołdakowska-Jedynak U.: Choroby wątroby [w:] Choroby wewnętrzne. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa i położnictwa, red. Pączka L., Muchy K.(red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, 42-45.
2. Gładysz A., Serafińska S., Rymer W.: Epidemiologia wirusowych zapaleń wątroby A, B i C. [w:] Hepatologia. Kompedium, Polański J. (red.). Wyd. Medical Tribune Group, Warszawa 2004, 57-59.
3. Axford J.: Choroby wewnętrzne. Tom II. Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2009, 123-126.
4. Habor A.: Choroby wątroby [w:] Interna, Kokot F., Januszewicz W. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, 675-680.
5. Szawłowski A.: Zakażenia szpitalne w onkologii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018,122-123.
6. Piwowarow K., Stępień M.: Wirusowe zapalenie wątroby typu B w Polsce w 2013 roku. Przegląd Epidemiologiczny, 2015, 69, 371–374.
7. Boroń-Kaczmarek A.: Wirusowe zapalenie wątroby typu B [w:] Choroby zakaźne i pasożytnicze, Boroń-Kaczmarek A., Wiercińska-Drapała A. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017, 243-245.
8. Zalewska M.: Wykorzystanie testów serologicznych i molekularnych w diagnostyce ostrych i przewlekłych wirusowych zakażeń wątroby [w:] Diagnostyka chorób wątroby, Simon K. (red.). Wydawnictwo Termedia, Poznań 2012, 189-192.
9. Juszczak J.: Hepatitis C. Patogeneza i terapia. Wydawnictwo Termedia, Poznań 2016, 18-45.
10. Dienstag J. L.: Ostre wirusowe zapalenie wątroby [w:] Interna Harrisona. Tom III, Fauci A., Braunwald E., Kasper D. i współ. (red.). Wydawnictwo Czelej, Lublin 2009, 2160-2164.
11. Kuydowicz J.: Choroby zakaźne pochodzenia zawodowego [w:] Choroby zawodowe, Marka K. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2001, 60-63.

12. Rosien U., Berg T., Frederking D.: Ostre wirusowe zapalenie wątroby [w:] Gastroenterologia praktyczna. Tom II, Layer P. Rosien U. (red.). Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2013, 105-107.
13. Magdzik W., Naruszewicz-Lesiuk D., Zieliński A.: Choroby zakaźne i pasożytnicze - epidemiologia i profilaktyka. Wydawnictwo I-medica press, Bielsko –Biała 2004, 325-343.
14. Magdzik W., Naruszewicz-Lesiuk D.: Zakażenia i zarażenia człowieka: epidemiologia, zapobieganie i zwalczanie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2001, 417- 446.
15. Yamada T., Hasler W.L., Inadomi J. M.: Podręcznik gastroenterologii. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2010, 350-354.
16. Kuydowicz J.: Podstawowe zagadnienia z zakresu chorób zakaźnych [w:] Medycyna rodzinna. Repetytorium, Latkowski B.J., Lukas W. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, 123-127.
17. Kalinowski P i wsp.: Profilaktyka wirusowego zapalenia wątroby typu B, Samodzielna Pracownia Epidemiologii Uniwersytetu Medycznego, Lublin 2017, 55-59.
18. Kalinowski P i wsp.: Epidemiologia wirusowego zapalenia wątroby typu B w Polsce w latach 2010-2014, Samodzielna Pracownia Epidemiologii Uniwersytetu Medycznego, Lublin, 2014,45-50.
19. Gładysz A.: Wirusowe zapalenia wątroby jako zakażenia szpitalne, Zakażenia, 2004, 1, 67-70.
20. Stępień M i wsp.: Wirusowe zapalenie wątroby typu B w Polsce w 2010 roku. Przegląd Epidemiologiczny, 2012, 66, 277–285.
21. Tyczyńska-Hofmann B.: Zakażenia wirusem C zapalenia wątroby w rodzinach dzieci chorych na przewlekłe zapalenie wątroby typu C – obserwacje własne. Gastroenterologia Polska, 1999, 6, 3, 227-229.
22. Dyk-Duszyńska A.: Ekspozycja zawodowa pracowników medycznych na wirusy zapalenia wątroby typu B (HBV) i C (HCV) oraz ludzki wirus niedoboru odporności (HIV). Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, Poznań 2013, 32-37.
23. Kowalik-Mikołajewska B., Aniszewska M.: Zakażenie wirusem B zapalenia wątroby odmatczyne – nietypowy przebieg u niemowlęcia, Medycyna wieku rozwojowego, 2017, 4, 14-16.
24. [http://ww.prometeusze.pl/hcv\\_okoloporodowo/](http://ww.prometeusze.pl/hcv_okoloporodowo/) [dostęp:08.05.2019r].

25. Kołakowska A i wsp.: Zakażenia wirusem HCV u kobiet w ciąży *Medycyna Doświadczalna i Mikrobiologia*, 2014, 66, 215 – 222.
26. Kowalik –Mikołajewska B i wsp.: Wirusowe zapalenie wątroby typu B- odrębności u dzieci i współczesne możliwości leczenia zapalenia przewlekłego. *Przewodnik Lekarza*, 2001, 4, 69-72.
27. Aniszewska M.: Dziecko matki zakażonej wirusem C zapalenia wątroby. *Przewodnik Lekarza*, 2001, 4, 3, 74-76.
28. Łapiński T. W., Sulżyk T., Flisiak R.: Zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B a ciąża. *Przegląd Epidemiologiczny*, 2010, 64, 503–507.
29. Florea M. i wsp.: Laktacja i karmienie piersią. *Przegląd piśmiennictwa. Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, 2014, 7, 65-170.
30. Plisko R i wsp.: WZW typu C. Konieczność zmian w organizacji systemu ochrony zdrowia. HTCA Consulting, Kraków 2017, 10-14.
31. Wrotkowska M.: Powikłania hematologiczne u chorych na wirusowe zapalenie wątroby. *Hematologia*, 2011, 2, 2, 162—171.

## **OCENA WIEDZY STUDENTÓW UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO ORAZ POLITECHNIKI BIAŁOSTOCKIEJ NA TEMAT ANOREKSJI I BULIMII**

**Monika Serwatka<sup>1</sup>, Krystyna Klimaszewska<sup>2</sup>**

1. Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu,  
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu,  
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

### **WSTĘP**

We współczesnym świecie bardzo trudno wyobrazić sobie życie bez telewizji czy internetu. Media stały się nieodłącznym elementem naszej rzeczywistości. Wpływają często na każdy aspekt życia człowieka. – marzenia, zainteresowania, kształtują aspiracje ludzi, współtworzą system wartości oraz ukazują wzory do naśladowania. Wizerunek szczupłej sylwetki popularyzują środki masowego przekazu, wywołując u odbiorców chęci dążenia do ideału [1].

Od dłuższego czasu to telewizja jest przodującym medium. Odbiornik telewizyjny znajduje się w każdym domu, natomiast jego brak oznacza świadomą ucieczkę od reklam czy potoku informacji. Telewizja ze względu na szeroki zakres oddziaływania w procesie promocji zdrowia może odgrywać ważną rolę. W telewizji można oglądać programy, które informują widzów o dietach odchudzających, formach aktywnego spędzania czasu czy też o sposobach zapobiegania chorobom [1]

Historie osób, które dobrowolnie odmawiały czy ograniczały spożywanie pokarmów, można wyszukać już w średniowiecznych zapisach żywotów świętych, aczkolwiek pierwszy opis kliniczny zaburzeń odżywiania został przedstawiony w 1689 roku przez Richard'a Morton'a- angielskiego lekarza. Zaburzenia odżywiania od tamtego czasu, stopniowo znajdowały uznanie jak i zainteresowanie za rzeczywisty problem zdrowotny medycyny i świata nauki. W ostatnim stuleciu jest wyraźny wzrost liczby zaburzeń odżywiania, szczególnie u osób we wczesnej dorosłości oraz nastolatków, co sprawia, że staje się to coraz większym problemem [2].

Zaburzenia odżywiania niosą ze sobą negatywne konsekwencje dla zdrowia psychicznego oraz fizycznego jednostki, w stadiach zaawansowanych choroby prowadzić mogą do poważnych, bardzo często nieodwracalnych komplikacji zdrowotnych, nawet śmierci [2].

Żywność i akt spożywania aktualnie nie pełnią tylko funkcji zaspakajania potrzeb pokarmowych organizmu, mogą też być specyficznym wyrazem autoekspresji czy przyjemnością, w negatywnym, jak i w pozytywnym znaczeniu. Jedzenie stało się wyrażaniem określonych potrzeb społecznych i psychologicznych- bezpieczeństwa, akceptacji, pragnienia miłości, przynależności. Dla wielu osób okazało się też radzeniem sobie ze stresem, negatywnymi emocjami, rozpaczą, smutkiem. W efekcie czynniki te stały się przyczyną swoistą autoagresją, prowadzącą do zaburzeń odżywiania [3].

Zaburzenia odżywiania stanowią zagrożenie dla zdrowia, a także życia nie tylko współczesnych kobiet, ale i mężczyzn. Na ich wystąpienie narażeni szczególnie są przedstawicielki oraz przedstawiciele zawodów, które wymagają nienagannej prezencji oraz wysokiej sprawności fizycznej (sport, modeling, taniec, akrobatyka) lub profesji, gdzie kluczowe jest ocena społeczna (zarządzanie, polityka). Wielu z nich nie przyznaje się do występujących objawów, z uwagi na wykonywaną profesję, co bardzo utrudnia wczesne wykrycie problemu, a także postawienie diagnozy oraz wdrożenie odpowiedniego leczenia [4].

Zaburzenia odżywiania mogą występować w wielu postaciach.

Najbardziej znane spośród nich to:

- Bulimia (żarłoczność psychiczna)
- Anoreksja (jadłowstręt psychiczny)
- Pregoreksja (anoreksja u kobiet w ciąży)
- Otyłość
- Bigoreksja (dysmorfia mięśniowa)
- Ortoreksja (obsesja patologiczna na punkcie spożywania zdrowej żywności)
- Zespół kompulsywnego objadania się
- NES (*nighteatingsyndrome*- zespół jedzenia nocnego) [4].

Nie istnieje jednoznaczna odpowiedź na pytanie, czy mamy do czynienia w ostatnich latach ze wzrostem na bulimię psychiczną i anoreksję, czy też z ich „epidemią”.

Bulimia psychiczna i anoreksja to coraz bardziej powszechny typ zaburzeń rozpoznawany w populacji polskiej. Choroby te niosą za sobą poważne konsekwencje zdrowotne, polegające na zachowaniach różnorodnych wyniszczających ciało. Nawiązują one zarówno odżywiania się i jedzenia, jak i stosunku osoby uprawiania wszelkiej aktywności fizycznej [5]. Za każdym razem chodzi o charakter autodestruktywny zmierzający do wyniszczenia ciała, ponieważ działania te podlegają zniekształceniom emocjonalno-poznawczym jego obrazu i pragnieniom zrealizowania niezgodnego z BMI, za to bardzo często wzorca wychudzonej sylwetki [5].

Wśród chorych osób najczęściej występują dziewczęta i młode kobiety. Osobowość, pomimo, że już ukształtowana, podlega nadal zmianom i w znaczący sposób ulega współczesnym socjokulturowym, promując nadmierną szczupłość w standardach sylwetki i ideału ciała [5].

Osoby z problemami żywieniowymi postrzegane są za te, z którymi trudno podtrzymać i nawiązać kontakt oraz stworzyć jakiegokolwiek relacje. Na wysoki odsetek składają się deklaracje, które obwiniają chore osoby z problemami żywieniowymi o doprowadzenie się do choroby, niedostateczne zaangażowanie oraz bierność w procesie leczenia. Pojawiają się również głosy tych, którzy twierdzą, że chorzy, którzy cierpią na zaburzenia odżywiania są oporni na wszelkie leczenie oraz pomoc [5].

Wygląd ciała to plastyczna, wieloelementowa, zmieniająca się konstrukcja w ciągu naszego życia. Wizerunek człowieka manifestowany poprzez ciało, wyróżnia jednostkę nie tylko z otoczenia, ale także stanowi istotny element identyfikacji oraz wpływa na kondycję psychiczną i poczucie własnej wartości [6].

Idea „szczupłe= lepsze” wywiera w teraźniejszej kulturze ogromny wpływ i towarzyszy nam na każdym kroku, która kształtuje przekonanie, że trzeba być chudym, a nie tylko wypada. Panująca mania idealnego ciała wykoloryzowana przez spoty reklamowe, programy telewizyjne i billboardy, wywołuje, że w umysłach ludzi młodych, tworzy się ogromna przepaść między ciałem doskonałym, idealnym, a tym własnym. Wywołuje to silny lęk, frustrację oraz sprawia, że wiele osób wpada w kompleksy. Kobiety prześladowane są niemal na każdym kroku, takiego typu hasłami, zaczynając w końcu wierzyć, że mogą odnieść sukces, tylko poprzez osiągnięcie zgrabnej sylwetki i dopiero wtedy staną się wartościowymi [7]. W konsekwencji kończy się to obsesyjnym skupieniem się na własnym ciele, a stąd już jest krótka droga do głównej zasady filozofii pro-ana- „Quod me nutrii ma destruit” (to co mnie żywi, niszczy mnie) oraz dołączenie się do zwolenników tego ruchu [7].



### ***Anoreksja nervosa***

*„Jadłowstę psychiczny (anorexiannervosa, AN) to wyniszczające zaburzenia psychiczne o głębokich skutkach biologicznych, psychologicznych i społecznych. To choroba pustosząca zarówno umysł i ciało” [8].*

Anoreksja jest ciężkim oraz potencjalnie śmiertelnym zaburzeniem odżywiania. Polega na celowej i świadomej utracie wagi, dążąc do wyniszczenia organizmu. Towarzyszy zaburzenie postrzegania własnej budowy oraz lęk przed przyrostem masy ciała. Chorzy ograniczają kaloryczność, jak i ilość spożywanych posiłków. Wielu z nich wykonuje intensywne ćwiczenia, inni zażywają środki odwadniające, przeczyszczające lub prowokujące wymioty. Statystyki ukazują, że anoreksja dotyka nawet 0,3% mężczyzn oraz 4,3% kobiet, szczególnie podczas wczesnej dorosłości lub okresu dojrzewania [9].

Jadłowstę psychiczny jest zaliczany do chorób psychosomatycznych, ponieważ najczęściej wywołującymi czynnikami są czynniki emocjonalne, polegające na patologicznym braku łaknienia, doprowadzając do skrajnego wyniszczenia organizmu [10]. Rozwija się zazwyczaj u osób, które pochodzą z wyższych warstw społecznych, te osoby przywiązują duże znaczenie do wyglądu zewnętrznego. Inna przyczyną anoreksji mogą być niemiłe przeżycia z czasów wczesnego dzieciństwa, kiedy dana osoba na przykład z powodu nadwagi była wyśmiewana przez rówieśników. Na rozwinięcie się tej choroby wpływ mogą mieć utrata bliskiej osoby lub wygórowane wymagania ze strony rodziców oraz najbliższego otoczenia [9].

Anoreksja jako nałóg? Istnieją teorie, które wyjaśniają współwystępowanie zaburzeń jedzenia oraz zaburzeń połączonych z nadużywaniem narkotyków czy alkoholu. Jednak jest to nietypowa odmiana nałogu, ponieważ jest związany z odmową brania lub niebrania jedzenia. Występują dowody, że osoby, które cierpią na jadłowstę psychiczny uwzględniają sprawdzanie swojej masy ciała jako czynność z taką samą intensywnością do tego, co czuje osoba nadużywająca alkoholu zaspakajając swoje pierwsze pragnienie.

Aktualnie uważa się, że częściej anoreksja pojawia się w rodzinach o średnim i wyższym statusie ekonomicznym (w rodzinach lekarzy, nauczycieli, gdzie zwraca się uwagę w jaki sposób się odżywiać, oceniając ujemnie osoby z nadwagą).

Spółczeństwa państw wysokorozwiniętych ukształtowały określony ideał sylwetki. Jako zdolne i atrakcyjne we wszystkich dziedzinach życia do osiągnięcia sukcesów postrzegane są tylko osoby szczupłe. Wielkie znaczenie ma przekonanie o konieczności spełnienia oczekiwań społecznych oraz uległość przyszłych pacjentek, a także dążenie do zdobywania określonej pozycji społecznej, dobrych wyników w nauce, czy identyfikacja z określonym



wzorcem, często bywa pragnieniem odróżnienia się od matki [11]. Albowiem młodzi ludzie nie posiadają poczucia własnej wartości oraz mocno wykształconych kompetencji społecznych, nie znajdują oczekiwanej akceptacji od rówieśników oraz uznania, dlatego pojawia się postanowienie, że będą wyróżniać się naśladowując medialny ideał. Dzięki takiemu podejściu udaje się skupić na sobie uwagę kolegów i rodziców, zaistnieć w rodzinie/ środowisku szkolnym. Nasila to jednak objawy, dając równocześnie osobom chorym poczucie własnej wartości i siły. Kiedy odmawiają sobie pożywienia, mają wrażenie, że czują się bardziej atrakcyjni, od którzy muszą jeść [11].

### ***Stopnie nasilenia anoreksja nervosa na podstawie BMI***

BMI, czyli wskaźnik masy ciała, to współczynnik powstający przez podzielenie masy ciała podanej w kilogramach przez kwadrat wysokości podanej w metrach. Zakres wartości BMI został opracowany wyłącznie dla osób dorosłych. Do oceny czy dziecko prawidłowo się rozwija wykorzystywane są siatki centylowe, powinny być one dostosowane do danej populacji [12].

Stopnie nasilenia jadłowstrętu psychicznego:

- Łagodny:  $BMI \geq 17 \text{ kg/m}^2$
- Umiarkowany:  $BMI 16-16,99 \text{ kg/m}^2$
- Ciężki:  $BMI 15-15,99 \text{ kg/m}^2$
- Bardzo ciężki:  $BMI < 15 \text{ kg/m}^2$ .

Dla osób dorosłych, jeśli BMI wynosi  $18,5 \text{ kg/m}^2$  zostało uznane przez WHO oraz CDC za dolną granicę normalnej masy ciała. Dlatego osoby dorosłe, które mają BMI równe lub większe niż  $18,5 \text{ kg/m}^2$  nie będą zakwalifikowane do grona osób z niską masą ciała. Gdy BMI jest niższe niż  $17,0 \text{ kg/m}^2$ , zostało rozważane przez WHO jako wyznacznik ubytku wagi w stopniu umiarkowanym oraz ciężkim [13].

U osób dorosłych, gdy wartość BMI wynosi  $17,0- 18,5 \text{ kg/m}^2$  oraz powyżej  $18,5 \text{ kg/m}^2$ , mogą być zakwalifikowani do grupy osób z niską masą ciała, jeżeli historia choroby, a także inne zaburzenia fizjologiczne będą uzasadniały ten osąd [13].

Reasumując, należy stwierdzić, iż aby określić diagnozę, klinicysta należy wziąć pod uwagę takie aspekty jak: historia choroby, stan psychiczny i somatyczny pacjenta oraz wiele czynników fizjologicznych.

### ***Kryteria jadłowstrętu psychicznego (anoreksja nervosa)***

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne przedstawiło cztery kryteria diagnostyczne za pośrednictwem, których lekarze mogą diagnozować jadłowstręt psychiczny. Są to:

- W okresie wzrostu spadek wagi lub niezwiększanie wagi- wówczas młodzi ludzie nie zgadzają się na zachowanie wagi minimalnej, właściwej do swojego wieku i wzrostu, a masa ciała jest o 15 procent poniżej średnie [14].
- Drugie kryterium to silny lęk i strach ze strony pacjenta przed przybieraniem na wadze- ludzie młodzi boją się przytyć. W centrum jest przesadna wręcz obsesyjna troska o jedzenie oraz zainteresowanie wymiarami ciała.
- Zniekształcenie obrazu własnego ciała oraz wizerunku swojej sylwetki, a także wymiarów- osoby młode uważają się za zbyt pulchne, lecz wiele przypadków to niedowaga.
- Ostatnim kryterium jest brak minimum kilku miesięcy, cykli menstruacyjnych [15].

Anoreksja przebiega zazwyczaj w trzech fazach. U Rorat i Grochmal-Bach sformułowane są jako faza pierwsza, druga i trzecia, natomiast u Rydzyńskiego nazwane są jako faza początkowa, faza rozwinięta oraz faza schyłkowa [15].

Faza pierwsza, zwana również początkową jest charakteryzowana jako świadoma walka z głodem, który jest powodowany przez nietolerowanie własnego obrazu sylwetki i ciała. Osoba chora pomimo widocznej niedowagi i wychudzenia uważa się cały czas za zbyt grubą. Faza ta uzewnętrznia znaczne ograniczenie tłuszczy i węglowodanów z jednoczesnym zachowaniem dobrego stanu ogólnego oraz apetytu. Analogicznie takie osoby przekonują najbliższe otoczenie, że nie widzą potrzeby kontaktu z specjalistą bądź lekarzem [15].

Faza druga – rozwinięta- stan znacznego wychudzenia, który jest spowodowany głodem i niedożywieniem, jest już mniej odczuwalny, natomiast chudość zaczyna być obiektem władzy i zadowolenia nad ciałem chorego. Pojawia się lęk przed dużą ilością spożywanego jedzenia, natomiast głód wpierany jest środkami przeczyszczającymi oraz dużą ilością ćwiczeń fizycznych. Objawy somatyczne zobowiązują do skorzystania z wnikliwych badań oraz opinii lekarza [15].

Trzecia, schyłkowa, czyli pełna utrata apetytu, duży spadek wagi, utrata uczucia głodu oraz brak świadomości własnej choroby. Pojawia się depresja, postępująca niewydolność

podwzgórzowo-przysadkowa, obawa przed własną niezależnością wypracowaną przez wypracowaną przez długotrwałą głodówkę, zaniepokojenie [15].

### ***Objawy jadłowstrętu psychicznego***

Do najczęstszych objawów można zaliczyć:

- Widoczne pierwsze oznaki wyniszczenia: sucha skóra, wypadające włosy, bladość
- Widoczna utrata masy ciała
- Uczucie przepełnienia żołądka po spożytym posiłku
- Zminimalizowanie kontaktów społecznych
- Zmienność nastrojów
- Sekretne zachowania żywieniowe np. jedzenie potraw według stale określonej kolejności czy układanie posiłku na talerzu w określony sposób
- Nieregularne miesiączkowanie, a nawet utrata
- Brak zadowolenia ze swojego wyglądu oraz wagi
- Ograniczenie ilości spożywanych pokarmów [16].

### ***Powikłania jadłowstrętu psychicznego***

Powikłania dzielimy na ostre oraz przewlekłe. Wśród ostrych najbardziej niebezpieczne to:

1. Kardiologiczne- tachykardia lub bradykardia zatokowa, zaburzenia okresu repolaryzacji, zaburzenia przewodnictwa, wypadanie płatków zastawek serca, plyn w worku osierdziowym czy przedwczesne pobudzenia ektopowe. Zastoinowa niewydolność krążenia wiąże się z obniżoną masą ciała, zaburzeniami czynności rozkurczowej oraz skurczowej lewej komory serca.
2. Chirurgiczne- w formie przedłużonego opróżniania żołądka oraz dwunastnicy, spowolnienie pasażu przez jelito grube i cienkie, dochodząc do rozstrzenia żołądka. Rzadko obserwuje się ostre zapalenie trzustki oraz niedrożność porażenną.
3. Zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej dotyczy osób przeczyszczających się . Objawia się to hipokaliemią, hipofosfatemią oraz hiponatremią.
4. Zespół realimentacyjny, który jest spowodowany dużą dawką glukozy. Powoduje ona obniżenie stężenia fosforanów, zmniejszone rezerwy energetyczne mięśnia sercowego oraz rozpad mięśni poprzecznie prążkowanych [14].

### ***Leczenie anorexia nervosa***

Leczenie anorexia nervosa to proces trudny i długi. Z powodu nieokreślonych jednoznacznie czynników ryzyka, które wywołują zaburzenie, bardzo często nie jest możliwe podjęcie leczenia przyczynowego. Pierwszy etap to poprawa stanu somatycznego, kolejny natomiast leczenie psychoterapeutyczne [17].

Poprawa stanu somatycznego, polega na zastosowaniu treningu behawioralnego, w którym prognozowane zachowania wzmocnione są przez korzyści społeczne lub materialne. Leczenie psychoterapeutyczne natomiast polega na terapii indywidualnej, rodzinnej, grupowej oraz psychoedukacji. Leczenie farmakologiczne stosuje się tylko i wyłącznie objawowo lub włączane w momencie towarzyszących objawów psychopatologicznych [17].

W czasie terapii indywidualnej zdobywa się informacje o chorobie, objawach, leczeniu, znaczeniu prawidłowego odżywiania. Terapia grupowa to dostrzeganie problemów innych uczestników oraz konfrontacja z rówieśnikami. W terapii rodzinnej dąży się do zakończenia procesu separacji-indywidualizacji oraz zrozumienie objawu, jakim jest głodzenie się (niejedzenie) w kontekście rodzinnym, czasem nawet z analizą wielopokoleniową rodziny [17].

### ***Bulimia nervosa***

Termin bulimia w dosłownym znaczeniu to „byczy głód”. To zespół psychosomatyczny, który charakteryzuje się wystąpieniem regularnych napadów nie kontrolując spożywania sporych ilości jedzenia, a także stosowaniem metod (głódówki, nadmierne ćwiczenia fizyczne, wymioty, nadużywanie środków moczopędnych oraz przeczyszczających) mających na celu uniemożliwienie wzrostu masy ciała [18].

Epizodom tym towarzyszy fakultatywny przymus jedzenia oraz poczucie utraty kontroli nad swoim zachowaniem. Po napadzie objadania się bulimicy odczuwają winę związaną z utratą panowania nad sobą i ilością spożywanych pokarmów i to w połączeniu z koncentracją na własnym wyglądzie i nad wagą prowadzi do zachowań mających zrekompensować przyjęte kalorie [18].

Zaburzenia odżywiania się, a szczególnie bulimia, uważana jest za najbardziej czuły barometr procesu westernizacji. Częstość narastania wiązać można z wartością, jakie w zachodniej kulturze nadaje się ciału oraz odżywianiu. Dlatego uwarunkowania rodzinne, psychologiczne oraz kulturowe pełnią kluczową rolę w etiologii zaburzeń odżywiania się [18].

Dynamika w przebiegu bulimii jest inna niż w anoreksji. Nie jest ona określona przez zaostrzający się stan osób chorych na bulimię, a raczej przez występujące okresy nawrotów epizodów bulimicznych oraz polepszeń. Dochodzi się do wniosku, że żarłoczność psychiczna ma w porównaniu z jadłowstrętem psychicznym większą tendencję do porządku niepełnoobjawowego oraz subklinicznego.

Bulimia to choroba poważna oraz trudna w leczeniu. Duże znaczenie ma psychoterapia, w celu leczenia powstałego zaburzenia. Obsesja by nie mieć nadwagi, ma swój początek w nieprawidłowym obrazie samego siebie. Psychoterapia stawia sobie za cel zdefiniować u osoby chorej przyczynę objadania się i wskazanie mechanizmów, które powodują nawroty patologicznego zachowania się. Kolejnym etapem jest pomoc bulimikowi w przyswajaniu zasad zdrowej diety oraz nauka skutecznego rozwiązywania problemów. Dzięki temu osoba chora na bulimię będzie radziła sobie z negatywnymi emocjami oraz nastrojami, które prowadzą na początku do przejadania się, a następnie do przeczyszczania [18].

### ***Kryteria i typy bulimianervosa***

#### 1. Kryteria rozpoznania według klasyfikacji DSM 5:

- Napady objadania się są niekontrolowane, które polegają na spożywaniu dużej ilości jedzenia w krótkim czasie.
- Przeciwdziałanie wzrostowi masy ciała przyjmując środki przeczyszczające, leki moczopędne, intensywne ćwiczenia czy głodówki.
- Epizody objadania się występują przez 3 miesiące 1 raz w tygodniu.
- Nieakceptowanie masy ciała oraz nieodpowiednie postrzeganie własnego wyglądu [19].

#### 2. Kryteria przestrzegania według ICD-10:

- Nadmierna koncentracja na jedzenie, napady niekontrolowanego objadania się.
- Działania, które mają zapobiegać skutkom napadu żarłoczności, stosowanie środków hamujących apetyt, przeczyszczających, natomiast u chorych z cukrzycą nieprzyjmowanie insuliny.
- Postrzeganie siebie jako osoba otyła, lęk przed zbyt dużą masą ciała [19].

Typy bulimii psychicznej:

1. Typ przeczyszczający- w epizodzie bulimii psychicznej ma przeświadczenie do ciągłego oraz regularnego prowokowania wymiotów, stosowania środków odwadniających, przeczyszczających lub lewatyw.
2. Typ nieprzeczyszczający – w przebiegu epizodu bulimii psychicznej następują nieprawidłowe zachowania, takie jak intensywne ćwiczenia fizyczne lub poszczenie, bez przyjmowania środków odwadniających, przeczyszczających lub lewatyw oraz stałego prowokowania wymiotów [19].

### ***Objawy bulimii psychicznej***

Objawy ogólnoustrojowe pomiędzy epizodami bulimicznymi u osób chorych mogą być trudne oraz niespecyficzne do przyporządkowania tej dolegliwości chorobowej. Osoby z bulimią mogą mieć prawidłową wagę czy zdrowy wygląd [20].

Do objawów zaliczamy:

- Zaburzenia rytmu serca, duszność, spadek ciśnienia tętniczego krwi
- Miejscowy lub uogólniony obrzęk kończyn dolnych
- Niedrożność porażenna jelit, rozdęcie brzucha, nagłe rozszerzenie żołądka
- Zmniejszony wyrzut serca, słabo słyszalne tony serca, słabo wyczuwalne tętno
- Zwiększona ilość produkowanego moczu, nasilone lub stałe pragnienie
- Objawy psychoorganiczne, neuropatie, zaburzenia świadomości
- Niecharakterystyczne zaburzenia miesiączkowania
- Napady drgawkowe, miopatie, skurcze mięśniowe
- Znikanie w toalecie po posiłkach
- Niezadowolenie ze swojego wyglądu oraz masy ciała [16, 21].

### ***Leczenie żarłoczności psychicznej***

Cele ogólne leczenia bulimii:

1. Leczenie somatycznych powikłań bulimii.
2. Wyeliminowanie napadów przeczyszczania oraz objadania się.
3. Edukacja na temat zdrowych wzorców jedzenia.
4. Motywowanie pacjenta do uczenia się zdrowego odżywiania oraz uczestnictwa w leczeniu.

5. Pomoc w zmianie nawyków, przekonań, myśli, uczuć oraz konfliktów związanych z zaburzeniem jedzenia.
6. Zapobieganie nawrotom.
7. Zapewnienie wsparcia i współpracy dla rodziny.
8. Leczenie towarzyszących zaburzeń psychicznych [20, 21].

Pierwszym etapem, a jednocześnie bazą do osiągnięcia podanych celów jest normalizacja wzorców odżywiania przez wprowadzanie planu odżywiania jako sposób na zminimalizowanie częstości napadów objadania się oraz wynikających z tego zachowań kompensacyjnych [21].

Według istniejących danych leki antydepresyjne, stanowią efektywny element programu terapeutycznego, głównie jako pierwszy etap leczenia. Inne leki depresyjne podaje się, gdy występują wyraźnie objawy depresji, towarzyszące żarłoczności psychicznej. Pojedyncze badania prowadzone nad skutecznością leków przeciwpadaczkowych podczas leczenia bulimii dają pozytywny wynik, lecz przez występujące często działania niepożądane powinien być stosowany w momencie, gdy przestaną działać leki przeciwdepresyjne [21].

Największą skuteczność wykazuje terapia behawioralno poznawcza w żarłoczności psychicznej, lecz ze względu na zniekształcenia poznawcze stosuje się również inne rodzaje psychoterapii np. psychoanalityczna oraz psychodynamiczna [21].

Wskazaniami do hospitalizacji bulimii są:

- Znaczące nadużywanie środków przeczyszczających
- Znaczna dysfunkcyjność rodziny
- Nasilenie napadów wymiotów oraz objadania się, nawet do kilku razy dziennie
- Nieskuteczność leczenia ambulatoryjnego [20, 21].

## **CEL BADAŃ**

Celem pracy było:

1. Określenie stanu wiedzy studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku oraz Politechniki Białostockiej.
2. Ocena wiedzy na temat zasad prawidłowego odżywiania.

## **MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ**

Badaniami objęto 160 osobową grupę kobiet i mężczyzn, studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku oraz Politechniki Białostockiej. Badania ankietowe miały charakter dobrowolny, były anonimowe. Studenci mieli prawo do wycofania się z badania na każdym jego etapie bez ponoszenia konsekwencji. Dane po analizie służyły będą wyłącznie do celów naukowych.

Kwestionariusz składał się z tzw. metryczki, w której badani zostali poproszeni o wskazanie: wieku, wzrostu, wagi, płci, miejsca zamieszkania, uniwersytetu, na którym podjęli naukę. Na podstawie wartości wzrostu i wagi wyliczony został wskaźnik BMI (Wskaźnik Masy Ciała, *Body Mass Index*). Przy interpretacji wyniku Wskaźnika Masy Ciała przyjęto podział podstawowy rekomendowany przez WHO (Światową Organizację Zdrowia), w którym:

- BMI<18,5- uznano za wartość świadczącą o niedowadze,
- 18,5<BMI<24,99- przyjęto za granicę normy,
- 24,99<BMI- uznano za wartość świadczącą o nadwadze.

Kwestionariusz ankiety oprócz pytań z tzw. metryczki zawierał 29 pytań właściwych dotyczących stanu wiedzy na temat anoreksji i bulimii wśród studentów oraz samooceny ich stanu zdrowia a także zwyczajów żywieniowych.

W celu zbadania oceny wiedzy oraz nawyków żywieniowych, wpływu środowiska oraz mediów na postrzeganie i akceptacje własnej sylwetki oraz niewykluczonych błędów żywieniowych wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, jest to sposób gromadzenia wiedzy o atrybutach funkcjonalnych i strukturalnych oraz opiniach, dynamice zjawisk społecznych i kierunkach rozwoju określonych zjawisk.

Dla potrzeb demonstrowanej pracy magisterskiej opracowany został kwestionariusz ankiety, jest techniką gromadzenia informacji, która polega na wypełnianiu przeważnie przez badanego kwestionariuszy, w obecności lub bez obecności ankietera.

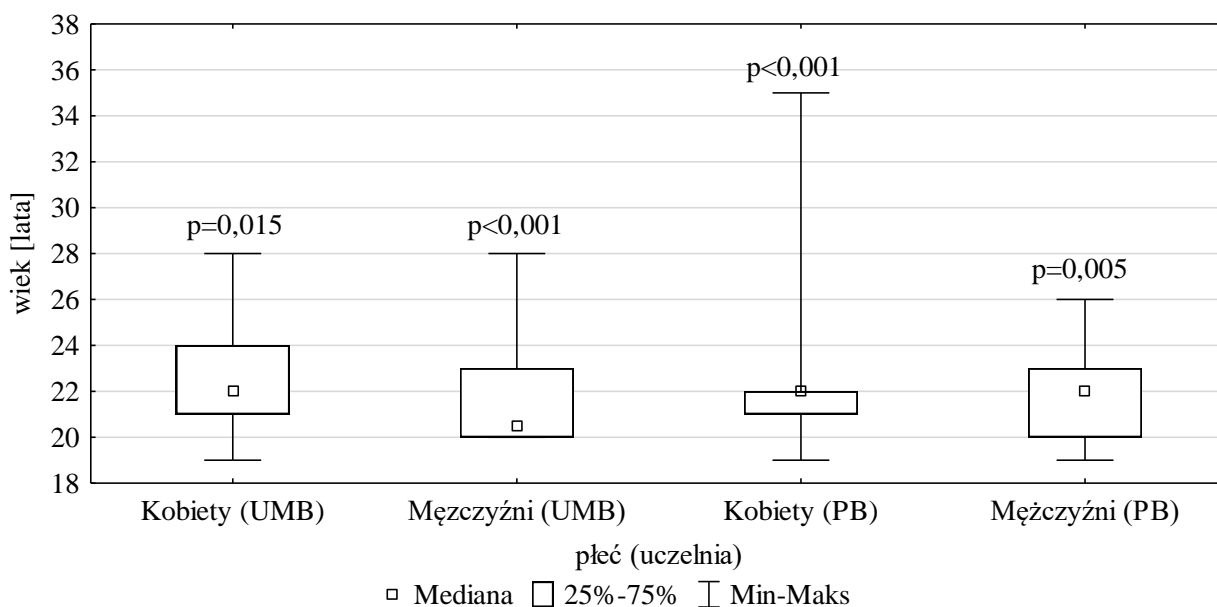
Po przeprowadzeniu oraz zakończeniu badań analizy jakościowej wyniki badań zostały przedstawione w formie graficznej, opisowej oraz tabelach.



## WYNIKI

Spośród 160 analizowanych ankiet połowę wypełnili studenci Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (UMB), drugą połowę respondentów stanowili studenci Politechniki Białostockiej (PB). Większą część formularzy ankiet objętych analizą, bo aż 92 (57,50%) wypełniły kobiety w tym 62 (67,39%) studiowało na uniwersytecie medycznym pozostałe 30 (32,61%) na politechnice. Mniej niż połowę respondentów (68; 42,5%) stanowili mężczyźni w tym 50 (73,53%) studiowało kierunki niemedyczne, natomiast pozostałych 18 (26,47%) kierunki medyczne. Przewaga respondentek w stosunku do respondentów (77,50% vs. 22,50%) na uniwersytet medycznych oraz respondentów do respondentek (62,50% vs. 37,50%) na politechnice była istotna statystycznie ( $p < 0,001$ ).

Wiek respondentów mieścił się w przedziale od 19,00 lat do 35,00 lat z wartością średnią równą 21,84 lat. Wiek jednej czwartej respondentów był mniejszy bądź równy 20,00 lat natomiast przeciętna wartość wieku ankietowanych wyniosła 22,00 lat. Kwartył górny wieku badanych wyniósł natomiast 23,00 lat. Wiek respondentów wykazał się rozkładem innym niż normalny ( $p < 0,001$ ). Szczegółowe dane dotyczące wieku respondentów z uwzględnieniem podziału na płcie i uczelnie na których studiują ankietowani przedstawiono na Rycina 1.



**Rycina 92.** Wiek a płeć respondentów z uwzględnieniem uczelni, na której studiują badani, w nawiasach nad wykresami podano wyniki testu Shapiro-Wilka dla każdej z grup.

Przeciętna wartość wzrostu ankietowanych wyniosła 171 cm, przy średniej wartości równej 172,45 cm. Wzrost 25% najniższych respondentów mieścił się w przedziale 153,00-165,00 cm, natomiast 25% najwyższych w przedziale 181,00-202,00 cm. Średnia waga respondentów wyniosła 66,77 kg, przy wartości przeciętnej równej 65,00 kg. Waga jednej czwartej najniższych respondentów mieściła się w przedziale 42,00-56,00 kg, natomiast 25% najcięższych osób 76,00-95,00 kg. Wartość współczynnika BMI w badanej grupie mieściła się w przedziale od 15,78 do 34,81, przy wartości średniej równej 22,31 natomiast przeciętnej równej 22,01. Kwartylny górny i dolny wyniosły odpowiednio dla wskaźnika BMI 20,07 oraz 24,01. Szczegółowe dane dotyczące rozkładu wagi, wzrostu i BMI w badanej grupie z uwzględnieniem płci oraz uczelni, na której studiowali respondenci przedstawiono w Tabeli I.

Waga, wzrost a w konsekwencji także wskaźnik BMI kobiet i mężczyzn w badanej populacji różniły się od siebie w sposób istotny statystyczny (we wszystkich przypadkach  $p < 0,001$ ). W przypadku wszystkich wspomnianych zmiennych większe przeciętne wartości uzyskano dla mężczyzn niż dla kobiet.

Również wykazano, że przeciętny wzrost, waga oraz współczynnik BMI różniły się u siebie u studentów studiujących na politechnice oraz uniwersytecie medycznym (kolejno  $p < 0,001$ ,  $p < 0,001$ ,  $p = 0,004$ ). We wszystkich przypadkach niższe przeciętne wartości uzyskano w grupie studentów z uniwersytetu medycznego. Przeciętny wzrost student UMB wyniósł 167,00 cm natomiast student PB 178,00 cm, natomiast przeciętna waga respondenta pochodzącego z uniwersytetu medycznego wyniosła 60,00 kg i była o 13,00 kg niższa od przeciętnej wagi respondenta studiującego na politechnice. Mediana wskaźnika BMI wśród studentów UMB wyniosła 21,22 natomiast na PB 22,72.

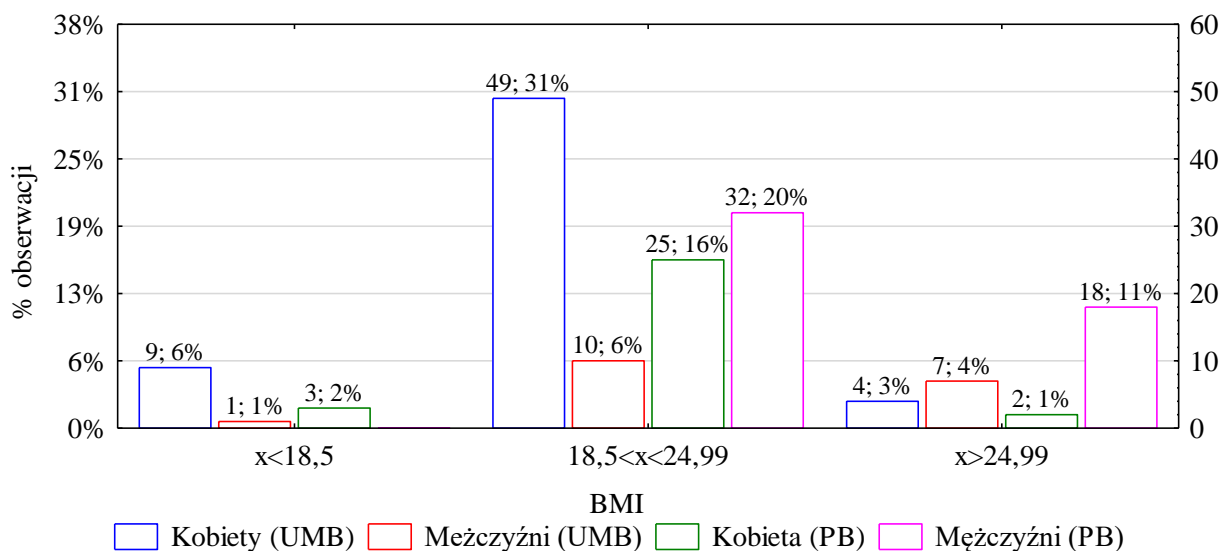
Wykazano także związek między wagą, wzrostem oraz wskaźnikiem BMI przy podziale badanej grupy na kobiety studiujące na UMB, mężczyzn studiujących na UMB, kobiet studiujących na PB oraz mężczyzn studiujących na PB (we wszystkich przypadkach  $p < 0,001$ ). Analiza post hoc wykazała że we wszystkich przypadkach podstawa wystąpienia różnicy opierała się na różnicy przeciętnych wartości u osób różnych płci, Tak więc we wszystkich przypadkach przeciętna wartość wzrostu, wagi a w konsekwencji i wskaźnika BMI różniła się między kobietami studiującymi na UMB a mężczyznami studiującymi na UMB oraz między kobietami studiującymi na UMB a mężczyznami oraz między mężczyznami studiującymi na UMB a kobietami studiującymi na PB a tak że między mężczyznami studiującymi na PB i kobietami z tej samej uczelni (we wszystkich przypadkach  $p < 0,001$ ).

**Tabela V. Miary rozkładu wartości wzrostu, wagi oraz BMI w badanej populacji z utlenieniem płci badanych oraz uczelni, na której studiują, wartości p przedstawiają wynik testu Shapiro-Wilka wykonane przy przyjęciu podziału na odpowiednie grupy.**

zmienna	uczelnia	Śr.	Me	Mo	Licz. mody	Min	max	Q <sub>1</sub>	Q <sub>3</sub>	p
<b>Kobiety</b>										
Wzrost	UMB	165,71	166,00	167,00	8	153,00	189,00	160,00	170,00	0,030
	PB	167,23	165,50	165,00	5	156,00	182,00	164,00	170,00	0,120
	Ogółem	166,21	166,00	167,00	11	153,00	198,00	161,00	170,00	0,015
Waga	UMB	57,56	56,50	60,00	7	42,00	84,00	53,00	61,00	0,051
	PB	58,47	57,50	58,00	4	48,00	77,00	53,00	63,00	0,039
	Ogółem	57,86	57,00	60,00	10	42,00	84,00	53,00	62,00	0,009
BMI	UMB	20,98	20,54	wiel.	2	15,78	32,41	19,36	22,68	0,002
	PB	20,92	20,88	wiel.	2	17,01	27,34	19,03	22,66	0,232
	Ogółem	20,96	20,64	wiel.	2	15,78	32,41	19,29	22,67	<0,001
<b>Mężczyźni</b>										
Wzrost	UMB	179,47	181,50	184,00	3	164,50	202,00	172,00	184,00	0,029
	PB	181,40	181,50	wiel.	6	159,00	196,00	178,00	185,00	0,105
	Ogółem	181,00	181,50	wiel.	8	159,00	202,00	178,00	184,00	0,054
Waga	UMB	76,61	77,50	85,00	3	49,00	87,00	72,00	85,00	0,012
	PB	79,62	77,00	70,00	6	62,00	95,00	73,00	86,00	0,028
	Ogółem	78,82	77,00	70,00	8	49,00	95,00	73,00	85,00	0,014
BMI	UMB	23,79	29,89	25,11	2	18,00	28,73	22,22	25,87	0,995
	PB	24,26	23,83	22,40	3	18,99	34,81	22,40	25,98	0,011
	Ogółem	24,13	23,83	22,40	4	18,00	34,81	22,34	25,97	0,033

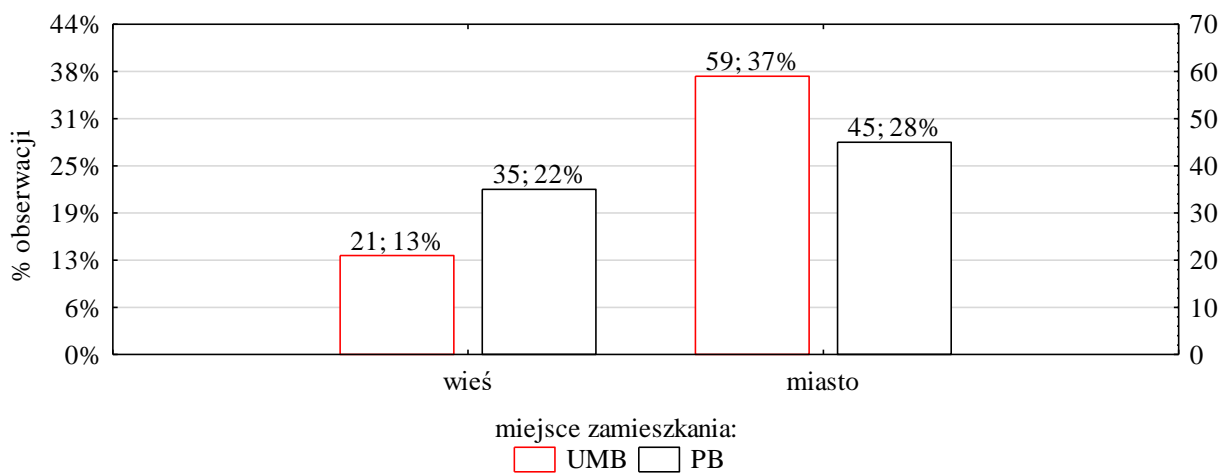
Wskaźnik BMI znaczącej większości respondentów, bo aż 116 (72,50%) mieścił się w przedziale od 18,5 do 24,99, czyli w granicach normy, zaledwie w 13 przypadkach otrzymano wartość mniejszą niż 18,5 co wskazywać może na niedowagę, natomiast 31 respondentów uzyskało wynik wyższy niż 24,99 co świadczyć może o nadwadze.

Szczegółową analizę rozkładu wskaźnika BMI w badanej grupie z uwzględnieniem podziału na płeć i miejsce studiowania przedstawiono na Rycinie 2.



**Rycina 93. Analiza wartości współczynnika BMI z uwzględnieniem płci i uczelni na jakich studiowali respondenci.**

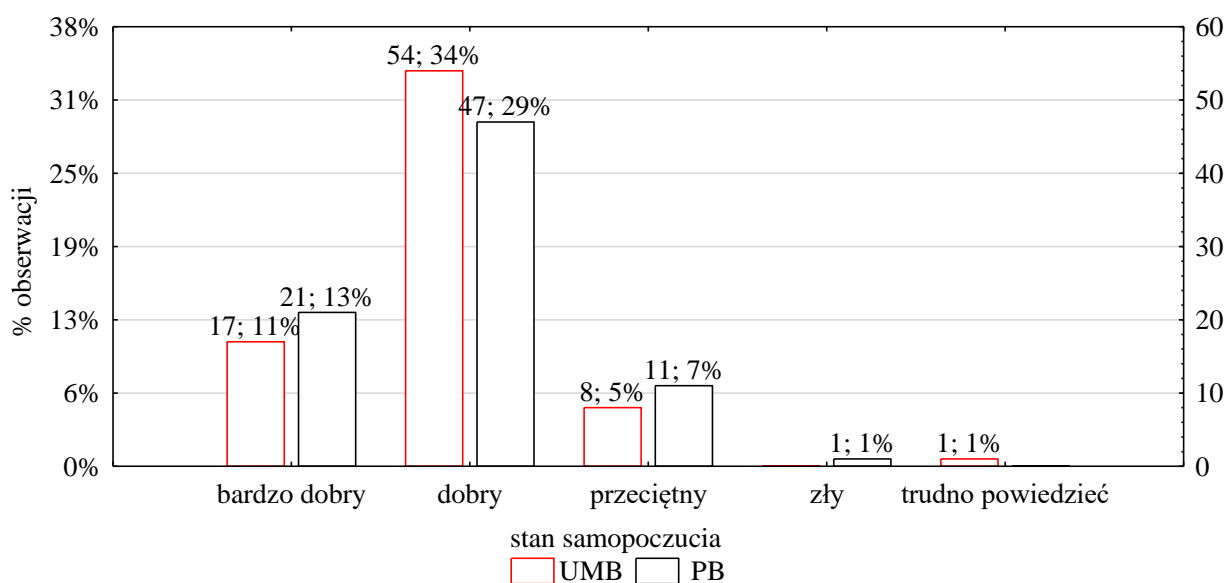
Większa część ankietowanych ( $n=104$ ; 65,00%) zadeklarowała że zamieszkuje w aglomeracjach miejskich pozostałe 56 (35,00%) wskazało jako miejsce zamieszkania wieś. Szczegółową analizę miejsca zamieszkania z wśród studentów obydwu uczelni przedstawiono na Rycinie 3.



**Rycina 94. Histogram licznosci miejsce zamieszkania a uczelnia.**

Mężczyźni i kobiety nie różnili się od siebie pod względem miejsca zamieszkania ( $p=0,348$ ). Studenci politechnik i uniwersytetu różnili się w sposób istotny statystycznie pod względem miejsca zamieszkania ( $p=0,020$ ). Statystycznie więcej studentów uniwersytetu medycznego zamieszkuje w mieście niż ma to miejsce w przypadku studentów z politechniki (73,75% vs. 56,25%).

Najczęściej, bo aż w 101(63,13%) badanie ocenili swój stan samopoczucia jako dobry. Szczegółowe dane dotyczące z analizy stanu samopoczucia respondentów przedstawiono na Rycina 4.



**Rycina 95. Samocena stanu samopoczucia respondentów z uwzględnieniem podziału badanej grupy na studentów PB i UMB.**

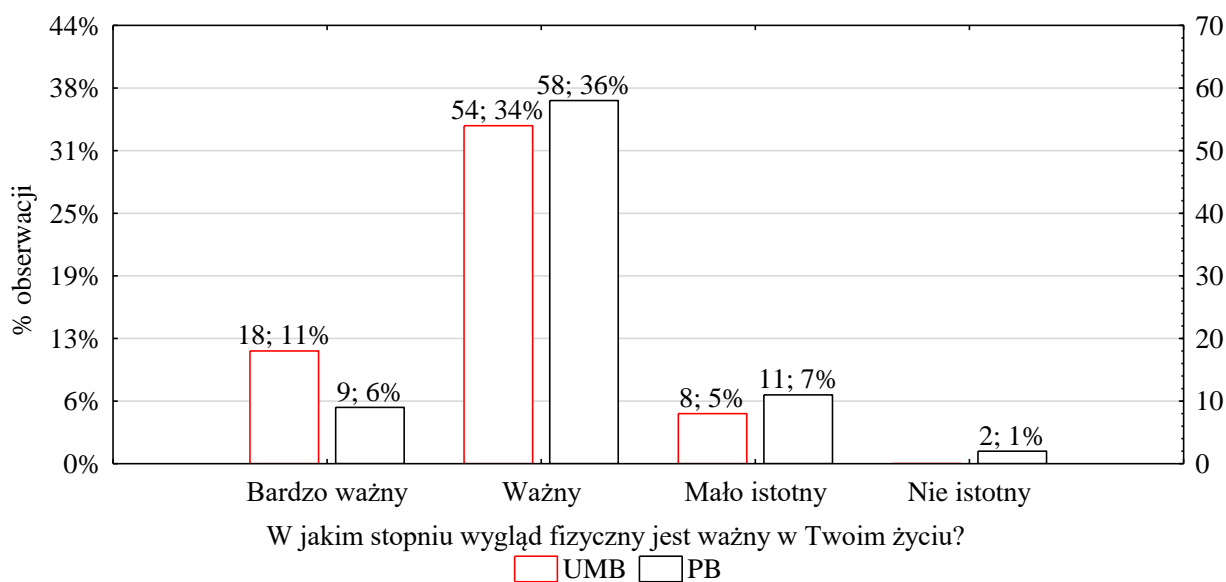
Mężczyźni i kobiety w sposób podobny oceniali swój stan samopoczucia ( $p=0,530$ ). Również nie wykazano istotniejszej statystycznie różnicy w samoocenie samopoczucia w grupie studentów politechniki i uniwersytetu medycznego ( $p=0,496$ ). Wykazano natomiast różnice w ocenie samopoczucia studentów w zależności od wartości ich wskaźnika BMI ( $p<0,001$ ). Analizę samooceny studentów z uwzględnieniem ich wartości BMI przedstawiono w Tabeli II.

Zaledwie dwoje (1,25%) respondentów wskazało, że wygląd fizyczny nie jest dla nich ważny, dla 19 (11,87%) jest on małoważny, ważny jest on dla 112 (70,00%) ankietowanych, natomiast bardzo ważny dla 27 (16,88%) badanych. Szczegółowe dane dotyczące oceny ważności wyglądu zewnętrznego przez ankietowanych z uwzględnieniem uczelni, na której studiują przedstawiono na Rycinie 5.

Analiza statystycznie nie wykazała istotnego związku statystycznego między postrzeganiem ważności wyglądu zewnętrznego a płcią, uczelnią, na której studiują, miejscem zamieszkania oraz wartością BMI (we wszystkich przypadkach  $p > 0,05$ ).

**Tabela VI. Analiza samooceny samopoczucia respondentów w kontekście ich wartości współczynnika BMI.**

Samopoczucie BMI	bardzo dobre	dobre	przeciętne	złe	trudno powiedzieć
$x < 18,5$	1 (7,69%)	6 (46,155)	5 (38,46%)	0 (0,00%)	1 (7,69%)
$18,5 < x < 24,99$	30 (25,86%)	77 (66,38%)	9 (7,76%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
$24,99 < x$	7 (22,58%)	18 (58,06)	5 (16,13%)	1 (3,23%)	0 (0,00%)



**Rycina 96. Ocena ważności wyglądu zewnętrznego w oczach respondentów.**

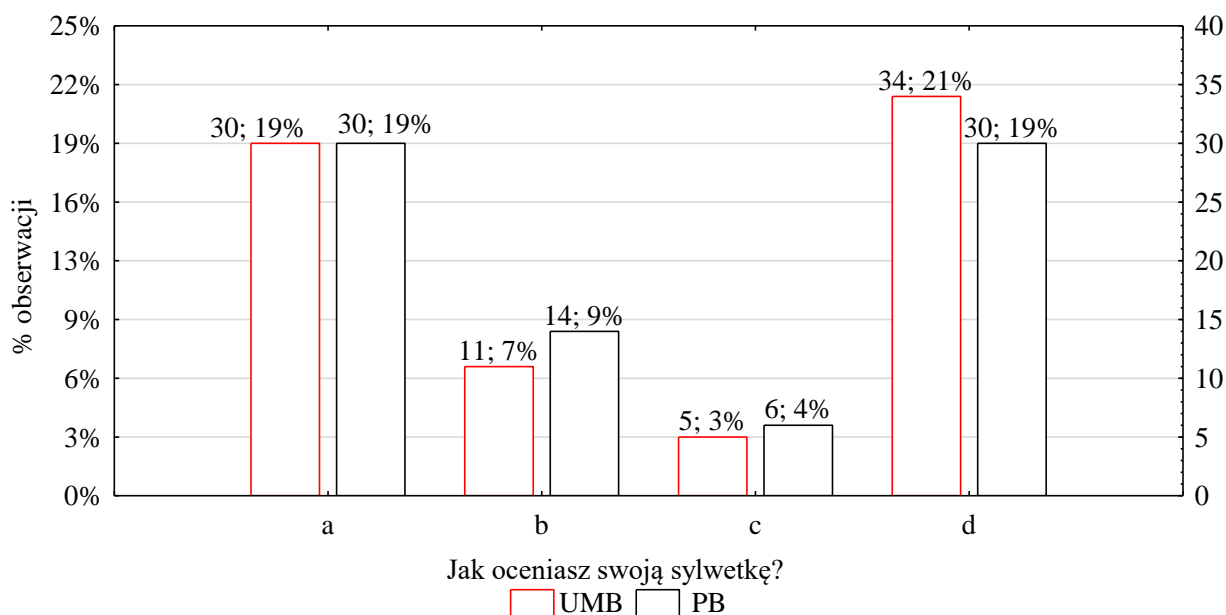
Większość respondentów (101; 63,135) określiło że odżywia się regularnie „czasami”, zawsze posiłki w stałych porach spożywa 26 (16,25%) badanych, rzadko zdarza się to 3 (1,88%) respondentów, natomiast nigdy zaledwie jednej osobie (0,63%). Szczegółową analizę systematyczności spożywania posiłków przez ankietowanych przedstawiono w Tabeli III.

Analiza statystycznie nie wykazała istotnego związku statystycznego między systematycznością spożywania posiłków a płcią, uczelnią, na której studiują, miejscem zamieszkania oraz wartością BMI (we wszystkich przypadkach  $p > 0,05$ ).

**Tabela VII. Ocena regularności spożywania posiłków w grupie studentów UMB i PB.**

Regularność spożywania posiłków				
Uczelnia	Zawsze	Czasem	Rzadko	Nigdy
UMB	14 (17,50%)	56 (70,00%)	9 (11,25%)	1 (1,25%)
PB	12 (15,00%)	45 (56,25%)	20 (25,00%)	3 (3,75%)

Najczęściej (64; 40%) ankietowanych było zadowolonych z swojej sylwetki, (60; 37,50%) respondentów oceniło swoją sylwetkę jako „powinnam/powinienem schudnąć”, zdania że „powinienem/ powinnam przytyć” było 25 (15,63%) badanych, za zbyt grubych uważało się 11 (6,87%) uczestników badania. Analizę samooceny sylwetki w grupie studentów politechniki i uniwersytetu medycznego przedstawiono na Rycinie 6.



**Rycina 97. Samocena sylwetki respondentów z uwzględnieniem podziału pod względem uczelni, gdzie: a- “powinnam/powiniennem schudnąć”, b-“ powinnam/powiniennem przytyć”, c-“jestem trochę za gruba/gruby”, d-“jestem zadowolona/y z wyglądu mojej sylwetki.**

Po zastosowaniu poprawki Yates’a test  $\chi^2$  wykazał związek statystyczny ( $p < 0,001$ ) między zadowoleniem z swojej sylwetki a posiadaniem BMI w zakresie przyjętej normy. W grupie studentów, którzy byli zadowoleni z swojej sylwetki BMI w granicach normy miało 84,82% natomiast w grupie studentów, którzy nie byli zadowoleni z swojej sylwetki BMI w granicach normy miało zaledwie 44,07% badanych.

Ponad połowa respondentów (85; 53,13%) nie stosowała diety mającej na celu redukcję masy ciała (w tym 44; 51,76% z PB oraz 41; 78,24% z UMB). Pozostali badani stosowali dietę mającą na celu redukcję masy ciała. Niemal co czwarty ankietowany (39; 24,38%) stosował dietę z powodu braku akceptacji dotyczącej masy ciała (PB 13; 33,33% vs UMB 26; 66,67%), 28 osób stosowała dietę w trosce o własne zdrowie (PB 16; 55,17% vs UMB 12; 44,83%). Zaledwie dwoje (1,25%) respondentów zaczęło stosować dietę w konsekwencji lekkich uwag czynionych przez znajomych, obie te osoby studiowały na politechnice. Własnej odpowiedzi na to pytanie udzieliło 6 (3,75%) badanych w tym 5 (83,33%) z politechniki oraz 1 z uniwersytetu medycznego (16,67%). Różnica w częstości udzielania poszczególnych odpowiedzi w przypadku studentów UMB i PB była istotna statystycznie ( $p = 0,046$ ).

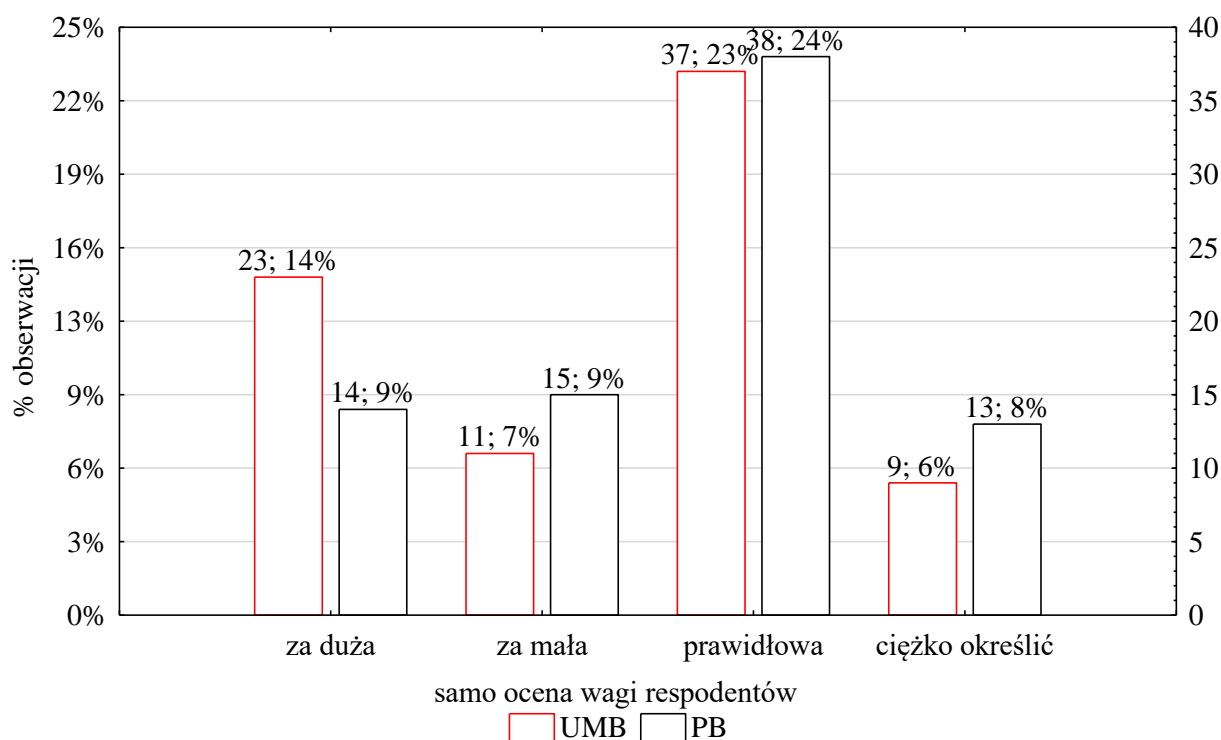


Wykazano istotny statystycznie związek między płcią badanych a przyczyną stosowania diety ( $p=0,020$ ). Częściej dietę mającą na celu redukcję masy ciała stosowały kobiety niż mężczyźni (kobiety-45; 60,00%, mężczyźni- 30; 40,00%) Mężczyźni najczęściej stosowali dietę z powodu troski o własne zdrowie (43,33%) natomiast kobiety z powodu braku akceptacji swojej masy ciała (64,44%). W przypadku obydwu osób, które zaczęły stosować dietę w konsekwencji uwag czynionych przez znajomych, byli to mężczyźni. Zaledwie 33,33% kobiet zadeklarowało, że zaczęło stosować dietę w trosce o własne zdrowie. Do rozpoczęcia diety w wyniku braku akceptacji własnej wagi przyznał się co trzeci mężczyzna, który stosował dietę mającą na celu redukcję masy ciała.

Niemal połowa badanych (76; 47,50%) badanych zadeklarowało, że spożywa 3-4 posiłki dziennie, 4-5 posiłków dziennie spożywa 70 (43,75%) badanych, zaledwie 4 (2,50%) respondentów dziennie spożywa 6 lub więcej posiłków, natomiast 10 (6,25%) ankietowanych jedynie 1-2 posiłki na dzień.

Płeć, wartość BMI oraz miejsce zamieszkania nie wpływała w sposób istotny statystycznie ( $p>0,05$ ) na ilość spożywanych przez studentów posiłków.

Niemal połowa badanych, bo aż 75 (46,88%) oceniła swoją masę ciała jako prawidłową, 37 (23,13%) osób uważa, że waży za dużo, 26 (16,25%) że za mało, natomiast 22 (13,75%) respondentów miało problem z dokonaniem samooceny swojej wagi. Analizę samooceny wagi studentów w grupie studentów uniwersytetu medycznego i politechniki przedstawiono na Rycinie 7.



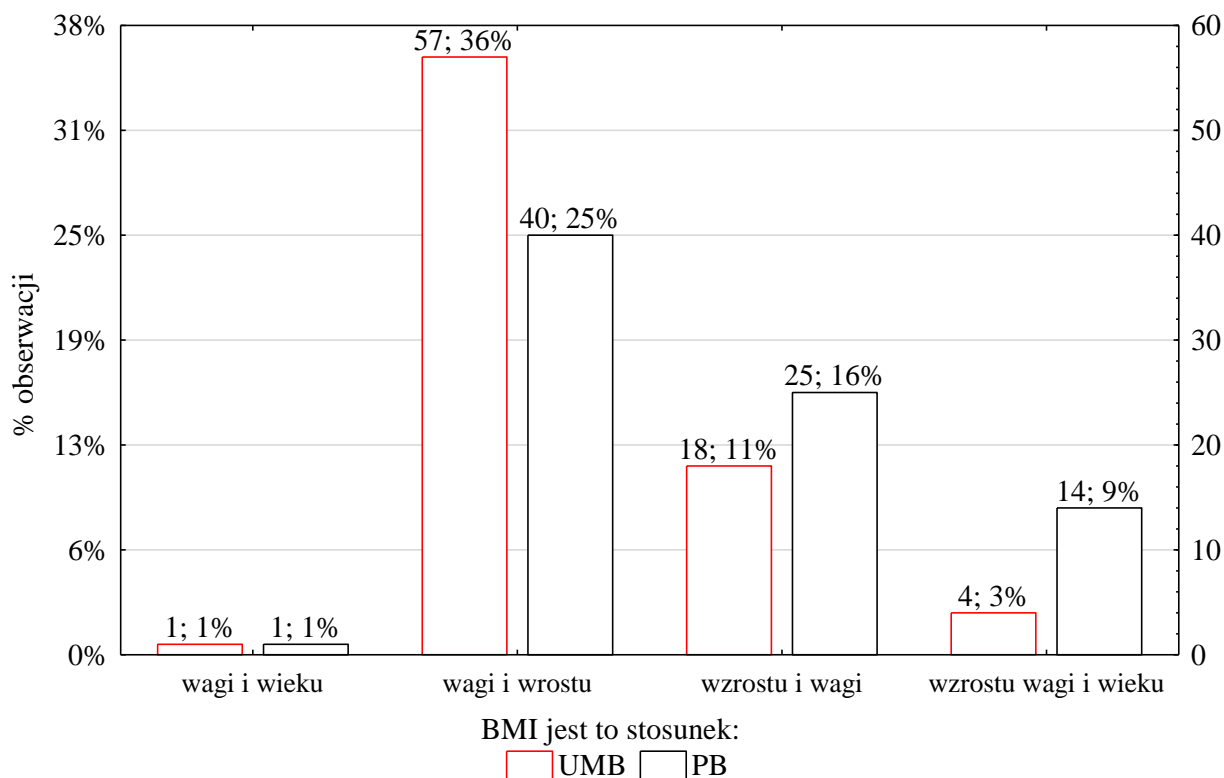
**Rycina 98. Analiza samoceny wagi studentów UMB i PB.**

Mężczyźni i kobiety różnili się od siebie w sposób istotny statystycznie pod względem samooceny wagi ( $p=0,018$ ). Analizę różnic samooceny wagi u kobiet i mężczyzn przedstawiono w Tabeli IV.

**Tabela VIII. Analiza samoceny wagi względem płci.**

Samocena wagi	za duża	za mała	prawidłowa	trudno ocenić
Kobiety	24 (64,86%)	12 (46,15%)	49 (65,33%)	7 (31,82%)
Mężczyźni	13 (35,14%)	14 (53,85%)	26 (34,67%)	15 (68,18%)

Właściwą definicję wskaźnika BMI brzmiącą, iż jest to stosunek wagi i wzrostu wskazało 97 (60,63%) respondentów, szczegółową analizę częstości udzielania poszczególnych odpowiedzi przedstawiono na Rycinie 8. Przedstawiona na rycinie zależność w częstości udzielania poszczególnych odpowiedzi w grupach studentów pochodzących z obydwu uczelni okazała się być istotna statystycznie ( $p=0,022$ ).



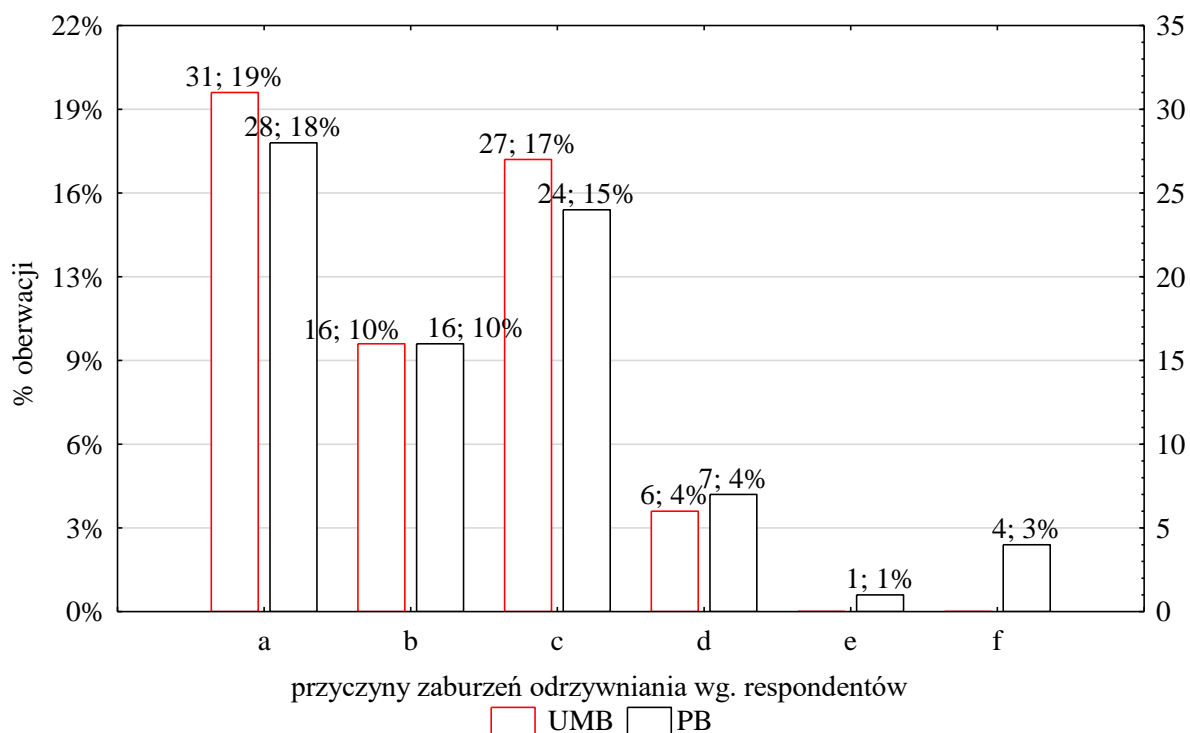
**Rycina 99. Czym wg. studentów politechniki i uniwersytetu medycznego jest wskaźnik BMI.**

Najczęściej, bo w 78 (48,75%) przypadkach respondenci wskazali, że na anorekcię choruje 10% młodych ludzi co jest zgodne z aktualnym stanem wiedzy. Prawidłową odpowiedź wskazało 34 (43,59%) studentów z politechniki oraz 44 (56,41%) studentów z uniwersytetu medycznego. Zdania, że anoreksja dotyczy 60% młodych ludzi było zaledwie 8 (5,00%) ankietowanych w tym 1 (12,50%) z PB oraz 7 (87,50%) z UMB. Zdania, że anoreksja dotyczy 82% ludzi młodych było 4 (2,50%) respondentów i wszyscy studiowali na politechnice. Natomiast w oczach 70 (43,75%) respondentów anoreksja dotyczy 32% ludzi młodych (w tym 41; 58,57% ankietowanych z PB oraz 29; 41,43% z UMB).

Zaledwie 14 (8,75%) respondentów w tym 10 (71,43%) osób z PB i 4 (28,57%) z UMB przyznało się że zdarzyło im się prowokować wymioty, do stosowania środków przeczyszczających przyznało się zaledwie 8 (5,00%) badanych w tym 5 (62,50%) studentów politechniki oraz 3 (37,50%) studentów uniwersytetu medycznego.

Znacząca większość ankietowanych, bo aż 115 (71,88%) oświadczyła, że nie myśli podczas spożywania posiłków o jego kaloryczności, pozostałe 45 (28,12%) w tym 21 (46,67%) z politechniki oraz 24 (53,33%) z uniwersytetu medycznego myśli o liczbie kalorii zawartych w spożywanym właśnie posiłku.

Najczęściej, bo w 59 (36,88%) przypadków respondenci wskazywali, że najczęstszym powodem występowania zaburzeń oddzwaniania jest nadmierne odchudzanie się. Analizę czynników powodujących zaburzenia odżywiania wskazywanych przez respondentów przedstawiono na Rycinie 9.



**Rycina 100. Przyczyny zaburzeń odżywiania wg. respondentów; gdzie: a-Nadmierne odchudzanie się, b- choroby metaboliczne, c- cechy osobowości, d-zaburzenia związane z układem pokarmowym, e- podwyższone ciśnienie tętnicze, f-inne.**

Najbardziej znanym wśród respondentów zaburzeniem odżywiania było jadłowstręt psychiczny (113; 70,63%). Analizę znajomości poszczególnych zaburzeń odżywiania przez respondentów przedstawiono w Tabeli V.

**Tabela IX. Analiza znajomości zaburzeń odżywiania przez studentów UMB i PB, respondenci mogli wskazać więcej niż jeden możliwy wariant odpowiedzi.**

Uczelnia	ogółem		PB		UMB	
	n	%	n	%	n	%
Jadłowstręt psychiczny	113	70,63%	44	38,94%	69	61,06%
Żarłoczość psychiczna	96	60,00%	41	42,71%	55	57,29%
Otyłość	108	67,50%	56	51,85%	52	48,15%
Jedzenie napadowe	96	60,00%	35	36,46%	61	63,54%
Zespół jedzenia nocnego	87	54,38%	38	43,68%	49	56,32%
Inne	5	3,13%	2	40,00%	3	60,00%

Miejsce studiów wpływało w sposób istotny statystycznie na częstość udzielania odpowiedzi „nadmierne odchudzanie” ( $p < 0,001$ ), „żarłoczość psychiczna” ( $p = 0,024$ ) oraz „jedzenie napadowe” ( $p < 0,001$ ).

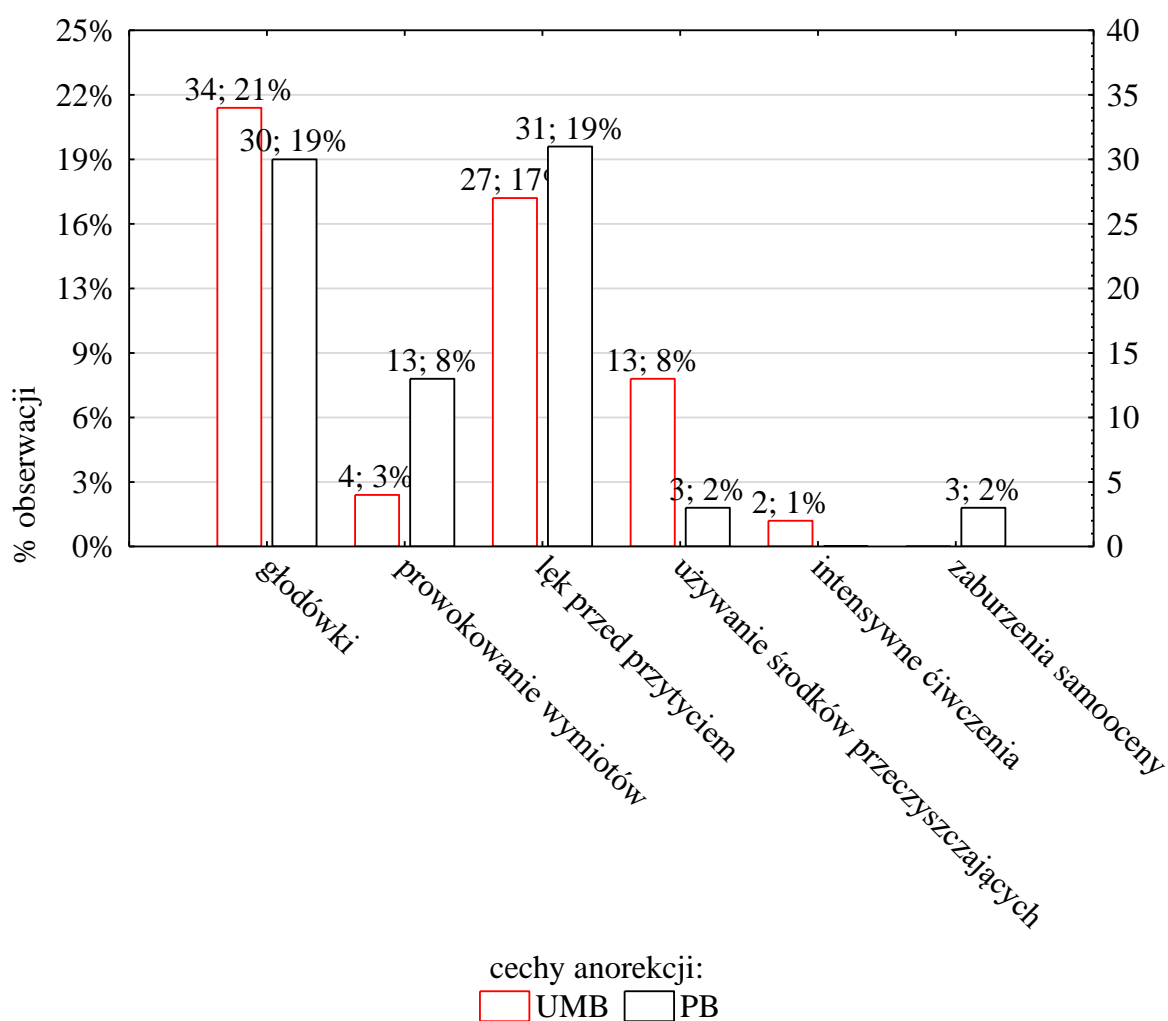
Kobiety różniły się od mężczyzn pod względem częstości udzielania odpowiedzi „żarłoczość psychiczna” ( $p = 0,011$ ) która została wskazana przez 68,48% kobiet i jedynie 48,53% mężczyzn a tak że mężczyźni różnili się od kobiet pod względem wskazywania odpowiedzi „jedzenie napadowe” ( $p = 0,011$ ) odpowiedz ta została wskazana przez 48,53% mężczyzn i aż 68,48% kobiet.

Miejsce zamieszkania wpływało w sposób istotny statystycznie na częstość udzielania odpowiedzi „jadłowstręt psychiczny” ( $p = 0,010$ ) która została wskazana przez 46,43% mieszkańców wsi oraz przez 67,31% mieszkańców miast. Miejsce zamieszkania wpływało również na częstość udzielania odpowiedzi „jedzenie napadowe” która została wskazana przez 48,21% mieszkańców wsi oraz 66,35% mieszkańców miast.

Najczęściej, bo aż w 135 przypadkach, czyli 84,38% (UMB 75; 93,75% vs. PB 60; 75,00%) respondenci wskazywali, że anoreksja jest inaczej nazywana jadłowstrętem psychiczny.

Natomiast 18 (11,25%) badanych (UMB 4; 5,00% vs. PB 14; 17,5%), że prowokowaniem wymiotów po każdym posiłku, 4 (2,50%) było zdania, że jest to żarłoczność psychiczna (UMB 1; 1,25% vs. PB 3; 3,75%). Anoreksja inaczej nazywana jest otyłością według 3 (3,75%) ankietowanych- wszyscy studiowali na politechnice.

Najczęściej, bo niemal w połowie przypadków (64; 40,00%) wskazywali, że cechą anoreksji jest występowanie głodówek. Analizę cech anoreksji w oczach respondentów przedstawiono na Rycinie 10.



**Rycina 101. Cechy anoreksji wg respondentów**

Najczęściej (127; 79,39%) respondenci wskazywali, że bulimia są to niekontrolowane napady żarłoczności, prowokowanie wymiotów, przyjmowanie środków przeczyszczających, wahania masy ciała, co jest prawidłową definicją zespołu chorobowego. Analizę tego co w oczach respondentów można uznać za definicje bulimii przedstawiono w Tabeli VI.

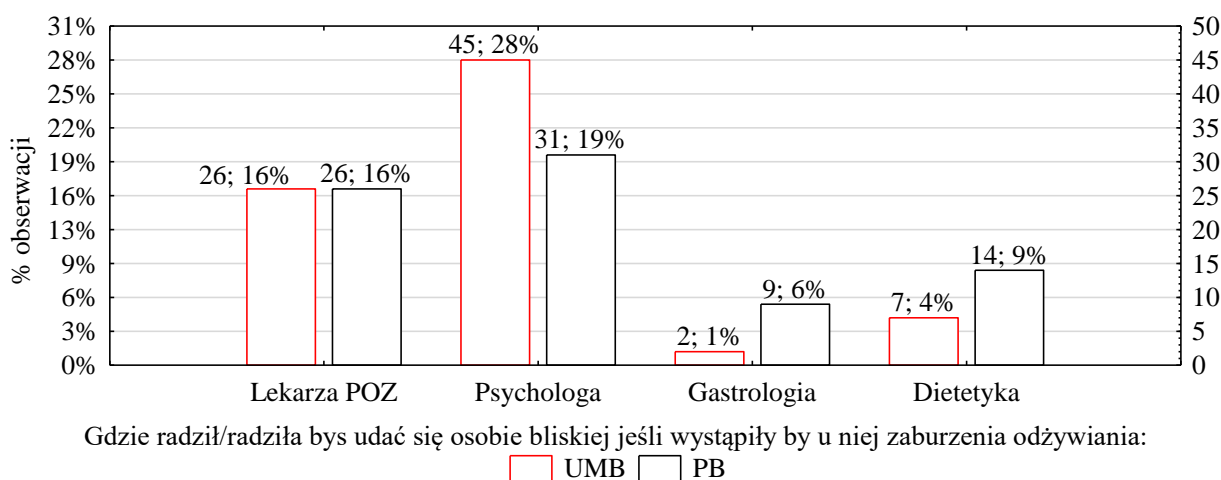
**Tabela X. Tabela licznosci odpowiedzi respondentów na prośbę wskazania właściwej definicji bulimii.**

Ogółem		PB		UMB	
n	%	n	%	n	%
Jedzenie do całkowitego przepełnienia bez wymiotów					
13	8,12%	11	84,61%	2	15,39%
Niechęć do jedzenia, wychudzone ciało, ciągłe liczenie kalorii					
18	11,25%	12	66,67%	6	33,33%
Niekontrolowanie ataku żarłoczności, prowokowanie wymiotów, przyjmowanie środków przeczyszczających, wahanie masy ciała					
127	79,38%	55	43,31%	72	56,69%
Dbanie o walory zdrowotne i jakościowe jedzenia					
0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Żadne z powyższych					
2	1,25%	2	100,00%	0	0,00%

Najczęściej (76; 47,50%) respondenci wskazywali, że jeśli zaburzenia odżywiania wystąpiły by u bliskich im osób radzili by im zgłosić się w pierwszej kolejności do psychologa, szczegółową analizę odpowiedzi na pytanie dotyczące tego, gdzie respondenci skierowali by osobę bliską, gdyby wystąpiły u niej zaburzenia odżywiania przedstawiono na Rycinie 11. Przedstawiona poniżej zależność pomiędzy odpowiedziami udzielonymi przez studentów obydwu uczelni wykazała się istotnością statystyczną ( $p=0,024$ ).

Znacząca większość respondentów (118; 73,75%) uważała, że bulimia może doprowadzić do śmierci w tym 54 osoby studiujące na politechnice co daje 67,50% studentów PB objętych badaniem oraz 64 osoby studiujące na uniwersytecie medycznym, czyli 80,00% wszystkich ankietowanych z tej uczelni. Zaledwie 12 (7,50%) ankietowanych było odrębnego zdania (PB 4;33,33% odpowiedzi vs. UMB 8; 66,67%).

Zdania na ten temat nie miało 30 (18,75%) respondentów, większość (22; 73,33%) z nich studiowało kierunki techniczne. Miejsce studiowania wpływało w sposób istotny statystycznie na częstość udzielania poszczególnych odpowiedzi na pytanie dotyczące możliwości wystąpienia zgonu będącego skutkiem bulimii ( $p=0,013$ ).

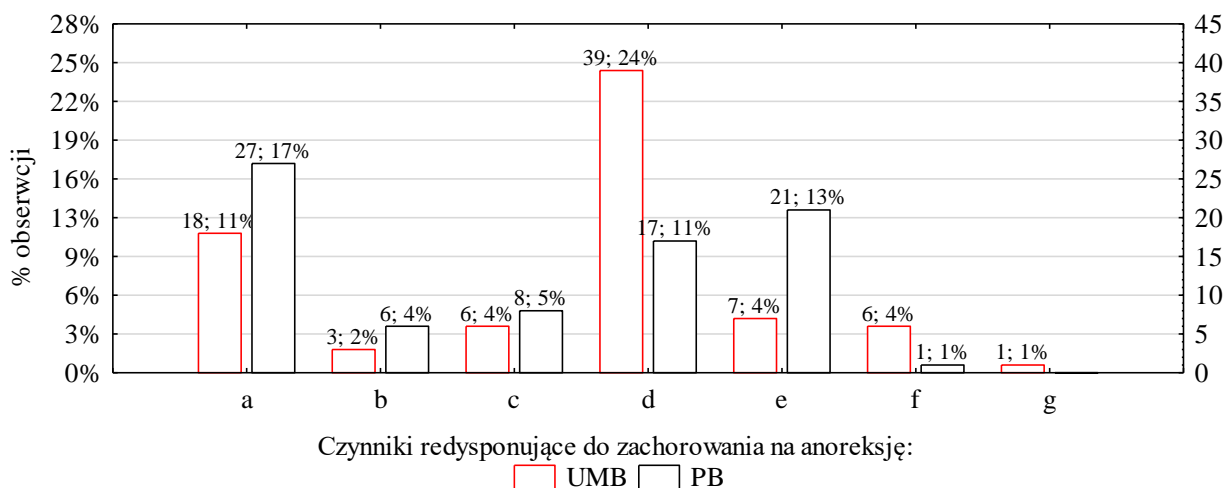


**Rycina 102. Analiza odpowiedzi na pytanie dotyczące tego, gdzie respondenci polecali by się udać osobie bliskiej jeśli by wystąpiły u niej zaburzenia odżywiania.**

Również większość (141; 88,13%) ankietowanych uważało, że anoreksja może doprowadzić do śmierci (PB 63; 44,68% vs UMB 78; 55,32%), odmiennego zdania było zaledwie 5 (3,12%) respondentów (PB 3; 60,00% vs UMB; 40,00%). Odpowiedzi na to pytanie nie było w stanie udzielić 14 (8,75%) respondentów, wszyscy byli studentami politechniki.

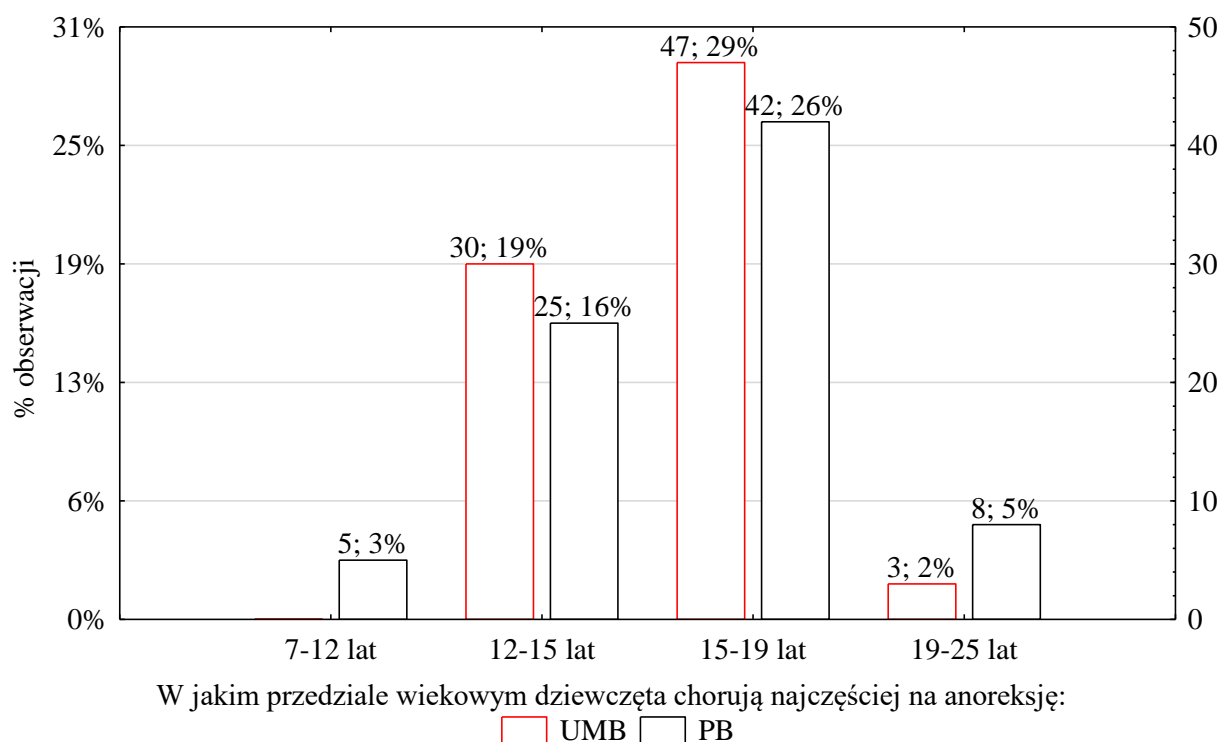
Najczęściej respondenci wskazywali, że czynnikiem predysponującym do zachorowania na anoreksję są media. Szczegółową analizę czynników predysponujących do zachorowania na anoreksję wskazywanych przez respondentów przedstawiono na Rycina 12.





**Rycina 103. Analiza czynników predysponujących do zachorowania na anoreksję, gdzie a-cechy indywidualne, b-geny, c-presja rodziców, d-media, e-otoczenie, f- presja kolegów, g-inne.**

Najczęściej (89; 55,63%) respondenci wskazywali, że dziewczęta w wieku 15-19 lat chorują najczęściej na anoreksję, co jest prawdą. Żadne z ankietowanych nie wskazał, że przedziałem wiekowym w którym dziewczęta chorują najczęściej na anoreksję jest ten od 25 lat w górę. Szczegółową analizę odwiedzi na to pytaniem przedstawiono na Rycinie 13.



**Rycina 104. W jakim przedziale wiekowym wg respondentów dziewczęta chorują najczęściej na anoreksję.**

W pytaniu dotyczącym tego jak należy się odżywiać w ciągu dnia ogromna większość (149; 93,13%) respondentów wskazała, że należy spożywać 3-4 posiłki dziennie, co jest zgodne z obecnymi zaleceniami. Dwie (2,50%) osoby studiujące na uniwersytecie medycznym wskazały, że należy poświęcić w ciągu całego dnia zaledwie 30-40 minut na jedzenie, 3 (3,75%) respondentów studiujących na politechnice udzieliło tej samej odpowiedzi. Zdania, że należy jeść tylko wtedy, gdy odczuwamy głód było dwoje (2,50%) studentów uniwersytetu medycznego oraz czworo (5,00%) studentów z politechniki.

Najczęściej (90; 56,25%) jako pierwszy objaw anoreksji respondenci wskazywali nadmierne chudnięcie. Szczegółowe analizę co według respondentów stanowi pierwszy objaw anoreksji przedstawiono w Tabeli VII.

Miejsce podjęcia studiów wpływało w sposób istotny statystycznie ( $p=0,004$ ) na częstość udzielania odpowiedzi wstręt do jedzenia na pytanie dotyczące pierwszych objawów anoreksji. Odpowiedz ta została wskazana przez 87,50% studentów uniwersytetu medycznego oraz przez zaledwie 68,75% studentów politechniki. Miejsce studiów wpływało również w sposób istotny statystycznie ( $p=0,001$ ) na częstość udzielania odpowiedzi „nadmierne chudnięcie” która została wskazana przez 68,75% studentów UMB oraz przez zaledwie 43,75% studentów PB.

**Tabela XI. Pierwsze objawy anoreksji wg. Ankietowanych (respondenci mogli wskazać więcej niż jeden możliwy wariant odpowiedzi).**

Uczelnia	ogółem		PB		UMB	
	n	%	n	%	n	%
Nabieranie masy ciała	2	1,25%	2	100,00%	0	0,00%
Wstręt do jedzenia	125	78,13%	55	44,00%	70	56,00%
Wzmógłony apetyt	3	1,88%	1	33,33%	2	66,67%
Nadmierne chudnięcie	90	56,25%	35	38,89%	55	61,11%
Zaburzenia jelitowe	22	13,75%	8	36,36%	14	63,64%

Według znaczącej większości badanych (140; 87,50%) w tym 63 (21,50%) studentów politechniki oraz 77 (96,25%) studentów uniwersytetu medycznego bulimia jest inaczej nazywana żarłocznością psychiczną. Jadłowstręt psychiczny za inną nazwę bulimii uznaje 19 (11,88%) respondentów w tym 17 (21,25%) z PB oraz 2 (2,50%) z UMB. Jedna osoba wskazała, że pojęcia otyłość i bulimia są synonimami, był to student uniwersytetu medycznego.

Najczęściej (89; 55,63%) respondenci wskazywali, że przyczyną bulimii jest stres, złość oraz smutek, taki wariant odpowiedzi wskazało 40 (50,00%) z PB oraz 49 (61,25%) z UMB. Jako przyczynę bulimii problemy z odżywianiem wskazało 62 (38,75%) ankietowanych (PB 35; 56,45% vs UMB 27; 43,55%), 5 (3,13%) wskazało atmosferę rodzinną (PB 1; 25,00% vs UMB 4; 75,00%), natomiast 4 (2,50%) wskazało uwarunkowania genetyczne- wszystkie to osoby studiowały na politechnice.

Jako nieczęsty objaw bulimii respondenci wskazywali niezadowolenie z własnego wyglądu. Analizę odpowiedzi respondentów na pytanie dotyczące najczęstszych objawów bulimii przedstawiono w Tabeli VIII.

Miejsce studiów wpływało w sposób istotny statystycznie na częstość udzielania odpowiedzi „brak poczucia własnej wartości” ( $p=0,006$ ), „niezadowolenie z własnego wyglądu” ( $p=0,029$ ), „brak panowania nad emocjami” ( $p=0,007$ ) oraz „stany lękowe, stres” ( $p<0,001$ ).

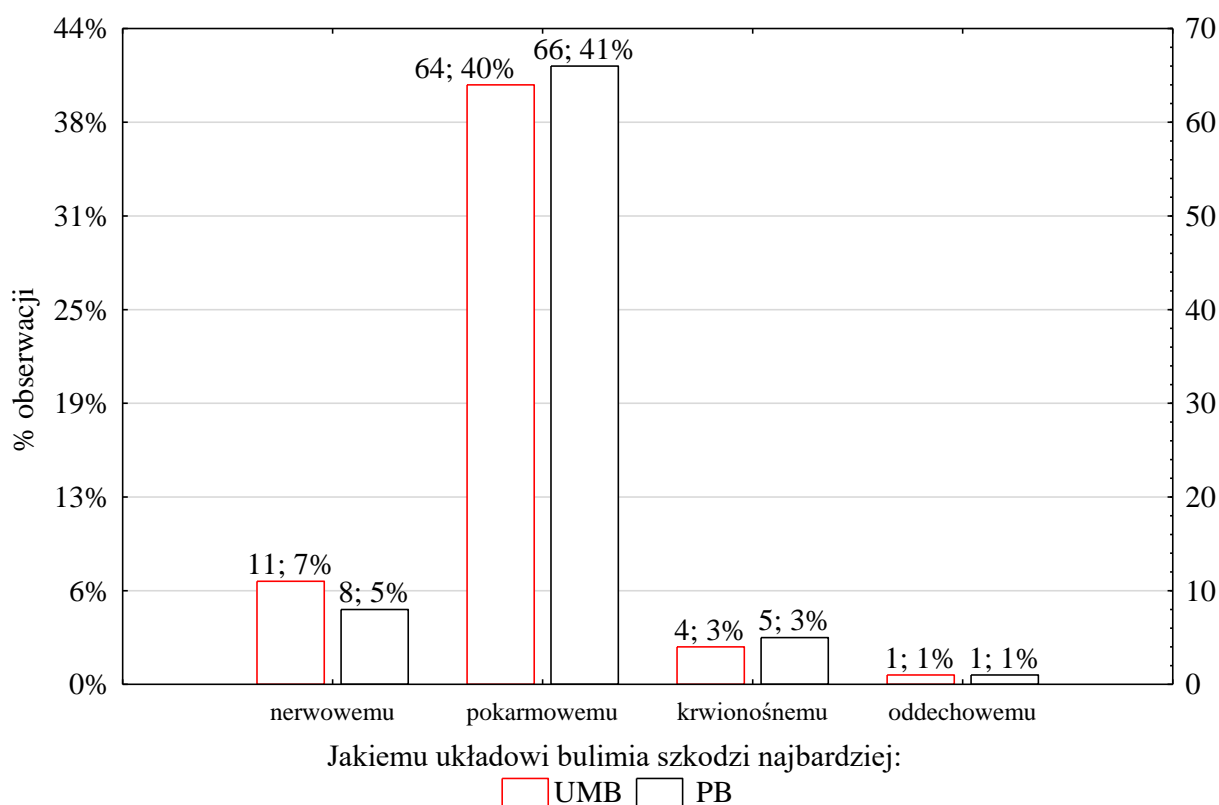
Kobiety i mężczyźni różnili się od siebie pod względem częstości udzielania odpowiedzi „brak poczucia własnej wartości” ( $p<0,001$ ) która została wskazana przez 72,83% kobiet i zaledwie 44,12% mężczyzn. Płeć wpływała również na częstość udzielania odpowiedzi „niezadowolenie z własnego wyglądu” ( $p=0,011$ ) która została wskazana przez 75,00% kobiet oraz 55,88% mężczyzn

**Tabela XII. Najczęstsze objawy bulimii w oczach studentów UMB i PB.**

Uczelnia	Ogółem		PB		UMB	
	n	%	n	%	n	%
Depresja	78	45,00%	37	47,44%	35	52,56%
Brak poczucia własnej wartości	97	60,63%	40	41,24%	57	58,76%
Niezadowolenie z własnego wyglądu	107	66,87%	47	43,93%	60	56,07%
Brak panowania nad emocjami	79	49,38%	31	39,24%	48	60,76%
Stany lękowe, stres	91	56,88%	31	34,07%	60	65,93%
Uzależnienie od narkotyków	5	3,13%	2	40,00%	3	60,00%
Uzależnienie od alkoholu	2	1,25%	2	100,00%	0	0,00%

Znacząca większość (130; 81,25%) respondentów wskazała, że bulimia jest chorobą najbardziej szkodząca układowi pokarmowemu. Analizę opinii respondentów dla którego z układów bulimia jest najbardziej szkodliwa przedstawiono na Rycinie 14.

Przeważająca część (132; 82,50%) studentów uważa, że zarówno bulimia jak i anoreksja mogą doprowadzić do śmierci (PB 61; 76,25% vs UMB 71; 88,75%), odmiennego zdania jest 7 (4,38%) ankietowanych w tym 4 (5,00%) z politechniki oraz 3 (3,75%) z uniwersytetu medycznego. Zdania, że jedynie anoreksja może odprowadzić do śmierci jest 10 (6,25%) studentów objętych badaniem, po pięć z każdej uczelni. Zdania na ten temat nie ma 11 (6,88%) respondentów w tym 10 (12,50%) z PB oraz jedna (1,25%) osoba z UMB.



**Rycina 105. Analiza odpowiedzi na pytanie "któremu układowi bulimia szkodzi najbardziej".**

## DYSKUSJA

Problem nieodpowiednich zwyczajów żywieniowych staje się na przestrzeni ostatnich lat zagadnieniem palącym. Pomimo, że odsetek osób cierpiących na otyłość lub nadwagę w Polsce w porównaniu z innymi krajami Europy można uznać za relatywnie niski, to obserwowane tendencje wzrostowe powinny być potraktowane jako zjawisko alarmujące.

Jednym z charakterystycznych objawów przy zaburzeniach odżywiania jest dysmorfobia, która polega na zaburzonej ocenie wyglądu własnej sylwetki, częste zawyżanie masy własnego ciała oraz przekonanie o jej nieestetycznym wyglądzie.

Na początku XX wieku otyłość była uważana, za oznakę dostatku oraz zdrowia. Kobieta, która chciała, żeby postrzegano było ją jako abstrakcyjną i piękną, musiała być krągła i pulchna. To właśnie na początku wieku XXI kanon kobiecego piękna nabrał zupełnie innego znaczenia. Ciało kobiety ma być wysportowane i szczupłe, co daje gwarancję powodzeń oraz sukcesów.

Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że znacząca większość respondentów (73,75%) uważała, że bulimia może doprowadzić do śmierci. Zaledwie (7,50%) ankietowanych było odrębnego zdania. Zdania na ten temat nie miało (18,75%) respondentów. Również większość (88,13%) ankietowanych uważało, że anoreksja może doprowadzić do śmierci. Odmiennego zdania było zaledwie (3,12%) respondentów. Odpowiedzi na to pytanie nie było w stanie udzielić (8,75%) respondentów.

W badaniach przeprowadzonych przez Małgorzatę Godała i wsp., wykazano, że ponad połowa (55%) respondentów uważa, że śmiertelność w anoreksji jest większa niż w innych zaburzeniach odżywiania. Zdania na ten temat nie miał co trzeci badany (37%) [22].

Badanej grupie respondentów zadano także pytanie, co może predysponować do zachorowania na anoreksję. Na podstawie uzyskanych wyników respondenci najczęściej wskazywali, że czynnikiem predysponującym do zachorowania na anoreksję są media (35%). Najczęściej występującą odpowiedzią w badaniach Małgorzaty Gadala i wsp. również ankietowani wskazali środki masowego przekazu (62%) [22].

Według przeprowadzonych badań własnych na pytanie jakie są przyczyny zaburzeń odżywiania najczęściej wskazywali, że powodem występowania zaburzeń jest nadmierne odchudzanie. Całkowicie odmienny stosunek w tej kwestii ukazuje w swojej publikacji Małgorzata Gadala, ponieważ jedynie 11% respondentów, zgodziło się ze stwierdzeniem, że zaburzenia odżywiania mają swój początek w nadmiernym odchudzaniu [22].

Sprawdzono także znajomość anoreksji, w badaniach własnych zdecydowana większość, bo aż (84,38%) respondentów wskazała, że anoreksja inaczej nazywana jest jadłowstrętem psychicznym. W badaniach przeprowadzonych przez Małgorzatę Gadala wyniki wyglądały również bardzo satysfakcjonująco. Znajomość pojęcia anoreksja zadeklarowało 90% badanych [22].

Celem niniejszego badania była próba oceny dotyczącej stanu wiedzy wśród studentów na temat anoreksji i bulimii, oceny stanu zdrowia a także zwyczajów żywieniowych. Przeprowadzone badania wykazały istnienie szeregu nieprawidłowości w sposobie odżywiania się, jak nieregularność i unikanie głównych posiłków.

Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że niemal połowa badanych (47,50%) badanych zadeklarowało, że spożywa 3-4 posiłki dziennie, 4-5 posiłków dziennie spożywa (43,75%) badanych, zaledwie (2,50%) respondentów dziennie spożywa 6 lub więcej posiłków, natomiast (6,25%) ankietowanych jedynie 1-2 posiłki na dzień.

Badania przeprowadzone przez Elżbietę Sochacką- Tatarą wśród młodzieży wykazały, że ogółem mniej niż połowa badanej młodzieży zadeklarowała spożywanie 5 posiłków dziennie, w tym regularnie, codziennie, tylko (5,5%). Najczęściej z pomijanych posiłków były drugie śniadania i podwieczorki, jednak aż 10,3% respondentów nie jadło w ogóle pierwszego śniadania [23].

Studenci mają świadomość tego, że ogromną rolę w ich życiu odgrywa sylwetka, ułatwia nawiązywanie kontaktów, są lepiej postrzegani przez otoczenie czy też pomagają w rozwiązywaniu problemów życiowych.

Zaledwie dwoje (1,25%) respondentów wskazało, że wygląd fizyczny nie jest dla nich ważny, dla (11,87%) jest on małoważny, ważny jest on dla (70%) ankietowanych, natomiast bardzo ważny dla (16,88%) badanych. Najczęściej (40%) ankietowanych było zadowolonych ze swojej sylwetki, (37,50%) respondentów oceniło swoją sylwetkę jako „powinnam/powinienem schudnąć” zdania, że „powinienem/ powinnam przytyć” było (15,63%) badanych, za zbyt grubych uważało się (6,87%) uczestników badania

W wynikach Elżbiety Sochackiej-Tatara [23] młodzież w większości przypadków nie była zadowolona ze swojej masy ciała. Najczęściej za brak satysfakcji z wyglądu zgłaszali uczniowie technikum (57,7%). Na tle rówieśników oni również okazali się najbardziej krytyczni oceniając swoje ciało. 59,1% z nich uważa, że koleżanki/koledzy są szczuplejsi i zgrabniejsi, natomiast dla 37,9% to nadmierna masa ciała była głównym powodem niezadowolenia. Badania Andrzeja Wojtyła i wsp. [24] ukazały, że  $\frac{3}{4}$  respondentów jest uszczęśliwiona z własnego wyglądu. Natomiast co czwarty ankieter obraz własnego ciała określa jako mało satysfakcjonujący i również jako główna przyczyna to nadmierna masa ciała.

Bardzo restrykcyjne zachowania dotyczące dbałości o idealną sylwetkę oraz kontroli masy ciała w przyszłości mogą prowadzić do zaburzeń psychicznych typu bulimia bądź anoreksja. W badaniach własnych zaledwie (8,75%) respondentów przyznało się, że zdarzyło

im się prowokować wymioty, do stosowania środków przeczyszczających przyznało się zaledwie (5%) badanych. W badaniach Andrzeja Wojtyła i wsp. wykazano, że 33% respondentów próbowało się odchudzać, stosując metody służące temu, również drastyczne [24].

We współczesnych czasach zbyt przesadnie patrzmy na dbanie o figurę, np. przez opuszczanie posiłków. Taka „dieta odchudzająca” to zabójca dla organizmu. W badaniach własnych ponad połowa respondentów (53,13%) nie stosowała diety mającej na celu redukcję masy ciała. Pozostali badani stosowali dietę mającą na celu redukcję masy ciała. Niemal co czwarty ankietowany (24,38%) stosował dietę z powodu braku akceptacji dotyczącej masy ciała. Z badań Elżbiety Sochackiej-Tatara wynika, że respondenci stosowali diety odchudzające: 11,5% respondentów deklarowało aktualne stosowanie diety, natomiast 26,1% zaznaczyło stosowanie diety w przeszłości [23].

Po przeanalizowaniu zgromadzonych informacji wyraźnie widać, że to właśnie media stanowią główną wartość zarówno w dostarczaniu informacji, jak i kreowanie kanonu piękna co skutkuje zachorowaniem na anoreksję czy bulimię. Wyniszczenie organizmu osób z zaburzeniami odżywiania jest związane bezpośrednio z nadmiernym wysiłkiem fizycznym, natomiast bardzo często z restrykcjami żywieniowymi.

## **WNIOSKI**

W wyniku przeprowadzonych badań sformułowano następujące wnioski:

1. W przeprowadzonych badaniach wskaźnik BMI w badanej populacji różnił się od siebie w sposób istotnie statystyczny. Większe przeciętne wartości uzyskano dla mężczyzn niż dla kobiet.
2. Poprawnie został oceniony stan własnego samopoczucia respondentów, 34% osób z Uniwersytetu Medycznego oraz 29% ankietowanych z Politechniki Białostockiej ocenia jako dobry.
3. W sposób istotnie statystycznie różniły się kobiety od mężczyzn w związku z przyczyną stosowania diety. Częściej dietę mającą na celu redukcję masy ciała stosowały kobiety (60%), aniżeli mężczyźni (40%).
4. Stwierdzono, że właściwą definicję wskaźnika BMI, czyli stosunek wagi do wzrostu wskazało 63% respondentów.



5. Wykazano, iż zarówno studenci Uniwersytetu Medycznego jak i studenci Politechniki Białostockiej potrafili poprawnie wskazać, że anoreksja jest inaczej nazywana jadłowstrętem psychicznym, natomiast bulimia to żarłoczność psychiczna.
6. Zarówno studenci Uniwersytetu Medycznego oraz studenci Politechniki Białostockiej są świadomi tego, iż zaburzenia odżywiania, takie jak bulimia i anoreksja mogą prowadzić do śmierci.

## PIŚMIENNICTWO

1. Możdżonek P., Antosik K.: Kreowanie trendów dietetycznych przez media i ich wpływ na rozwój zaburzeń odżywiania się. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2017, 7(2), 159-164.
2. Nowogrodzka A., Piasecki B.: Zaburzenia odżywiania – różnice międzypłciowe. *Nowiny Lekarskie*, 2012, 81(4), 381-385.
3. Drwień M. E.: Zaburzenia odżywiania. *Kosmos*, 2010, 59(3/4), 337-344.
4. Funez-Sokola K., Kostecka B., Kucharska K.: Czynniki predysponujące do zachorowania na jadłowstręt psychiczny ze szczególnym uwzględnieniem zawodów podwyższonego ryzyka. *Psychiatria po Dyplomie*, 2018, 15(2), 10-15.
5. Izydorczyk B.: Zaburzenia obrazu ciała a struktura osobowości u osób z anoreksją i bulimią psychiczną. *Psychiatria po Dyplomie*, 2017, 14(1), 16-22.
6. Joško-Ochojska J., Marcinkowska U., Lau K.: Wygląd, samoocena i kształtowanie własnego ciała jako czynniki ryzyka anoreksji psychicznej u studentów. *Annales Academy of Medicine Gedeon*, 2013, 43, 45-52.
7. Kaźmierczak N., Kielbasa S., Patryn R., Niedzielska A.: Zachowania anorektyczne wśród społeczności pro-ana. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2015, 21(2), 168-173.
8. Skrypnik D., Bogdański P., Musialik K., Skrypnik K.: Współczesne kryteria rozpoznania i aktualne rekomendacje leczenia żywieniowego w anoreksji. *Polski Merkuriusz Lekarski*, 2014, 36(215), 352-356.
9. Rogoza R., Król E.: W drodze ku dorosłości - bulimia. *Młoda Psychologia*, 2012, 1, 45-60.



10. Waterle - Smolińska K., Banasiuk M., Dziekiewicz M., Ciastoń M., Jagielska G., Banaszekiewicz A.: Zaburzenia motoryki przewodu pokarmowego u chorych na jadłowstręt psychiczny- przegląd piśmiennictwa. *Psychiatria Polska*, 2015, 49(4), 721-729.
11. Sala P., Simson W.: Nasilenie ogólnych objawów psychologicznych czynników motywacyjnych oraz poznania koherencji u chorych z rozpoznaniem anoreksji i bulimii psychicznej. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 2011, 20(3), 85-91.
12. Mroczkowska D., Ziółkowska B.: *Bulimia od A do Z*. Wydawnictwo Dyfin, Warszawa 2011, 13-21.
13. Mroczkowska D., Ziółkowska B., Cwojodzińska A.: *Zaburzenia odżywiania*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2007, 22-25.
14. Lamczyk- Niedbała A., Plata-Nazar K., Łucka I.: Jadłowstręt psychiczny u młodzieży- powikłania i możliwości terapeutyczne. *Kliniczna Pediatria*, 2016, 24(3), 347-352.
15. Suszyńska K., Sobolewska E., Kulik T., Pacian A.: Problemy medyczne, pedagogiczne i społeczne funkcjonowania osób z zaburzeniami odżywiania. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2014, 20(3), 235-240.
16. Mroczkowska D., Ziółkowska B., Walecka-Kapicka E.: Osoba z zaburzeniami odżywiania- aspekty terapeutyczne. *Terapia*, 2013, 21(6), 48-52.
17. Janas-Kozik M.: Jadłowstręt psychiczny. *Medycyna po Dyplomie*, 2016, 25(5), 66-72.
18. Izydorzyc B.: Psychoterapia zaburzeń obrazu ciała w anoreksji, bulimii psychicznej – podejście integracyjne (zastosowanie terapii psychodynamicznej i technik psychodramy). *Psychoterapia*, 2017, 1(180), 5-22.
19. Pabian- Lamparska A., Gołębiowski J., Kamińska B., Łucka I.: Zaburzenia odżywiania wieku młodzieńczego. *Kliniczna Pediatria*, 2016, 24(3), 343-346.
20. Osińska A., Mozol- Jursza M., Tyszkiewicz- Nwafor M., Słopień A., Paszyńska E.: Bulimia psychiczna – rozpowszechnienie, objawy i leczenie z uwzględnieniem aspektu stomatologicznego. *Pediatria i Medycyna Rodzinna*, 2016, 12(3), 276-284.
21. Namysłowska I.: Podstawowe grupy zaburzeń odżywiania. *Psychiatria po Dyplomie*, 2014, 11(1), 12-20.
22. Gadała M., Karasińska M., Trofalska E., Kolmaga A., Szatko F.: Wiedza studentów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi na temat zaburzeń odżywiania. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2012, 93(1), 80-85.

23. Sochacka- Tataro E., Stypuła A.: Zaburzenia odżywiania wśród uczniów szkół krakowskich- część ogólnopolskich badań zaburzeń odżywiania wśród młodzieży. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2010, 91(3), 591-595.
24. Wojtyła A., Bliński P., Bojar J., Wojtyła C.: Zaburzenia odżywiania u polskich gimnazjalistów. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2011, 92(2), 343-350.

## **WIEDZA RODZICÓW NA TEMAT REALIZACJI SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH U DZIECI**

**Barbara Jabłońska<sup>1</sup>, Katarzyna Krystyna Snarska<sup>2</sup>, Cecylia Dolińska<sup>3</sup>, Beata Olejnik<sup>4</sup>**

1. Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo, Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
2. Zakład Medycyny Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
4. Zakład Medycyny Wieku Rozwojowego i Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

### **WSTĘP**

Współczesna medycyna zajmuje się nie tylko leczeniem, ale również zapobiega i powstrzymuje rozwój wielu niebezpiecznych chorób. W ostatnich kilkudziesięciu latach wyeliminowano niektóre choroby zakaźne i osiągnięto dużą poprawę sytuacji epidemiologicznej.

Nowoczesną epidemiologię zapoczątkował Ludwig Pasteur. Dalszy rozwój epidemiologii związany jest z powstaniem patologii, bakteriologii, genetyki, biochemii i rozwojem statystyki medycznej. Nauka ta bardzo mocno współpracuje z higieną, a także szeroko opisuje metody epidemiologiczne. Istotny udział w walce z zagrożeniami związanymi z chorobami zakaźnymi miały: masowe szczepienia na szeroką skalę, pojawienie się nowych środków leczniczych i zapobiegawczych, powszechne stosowanie antybiotykoterapii oraz wzrost świadomości ludzkich zachowań [1].

Lata 1949-1990 zapoczątkowały poprawę sytuacji epidemiologicznej w Polsce w zakresie różnych chorób zakaźnych. Umieralność spowodowana pojawieniem się chorób zakaźnych spadła z około 20% do mniej niż 1%. Optymistyczne dane tego zjawiska spowodowały zbyt szybką likwidację wielu placówek zajmujących się leczeniem, profilaktyką, diagnostyką oraz zwalczaniem chorób zakaźnych. Osiągnięte sukcesy uspiły czujność badaczy na świecie na pojawiające się nowe choroby zakaźne. Po roku 1972 pojawiło się około 30 nowych chorób infekcyjnych. Czynniki etiologiczne odpowiedzialne za te choroby wykryto dzięki postępowi medycyny, szczególnie w zakresie biologii molekularnej. Mowa m.in. o zakażeniach HCV, HIV, HEV oraz uszkodzeniu ośrodkowego układu nerwowego, który wywołały patogeny przenoszone przez owady ssąco-kłujące (np. borelioza).

Warto wspomnieć o gorączkach krwotocznych, a także zakażeniach wywołanych bakteryjnymi szczepami lekoopornymi. Lekooporne szczepy *Mykobakterium tuberculosis* szerzą się na całym świecie. W latach 90-tych w Rosji odnotowano gwałtowny wzrost przypadków błonicy.

Zagrożenia epidemiologiczne występują głównie w miejscach takich jak: kraje tropikalne, niedostatki sanitarne, nieodpowiednia polityka pozyskiwania tanich i „szybkich” środków spożywczych, coraz częstsze korzystanie z „fast foodów”, ogólny wzrost oporności drobnoustrojów na antybiotyki oraz zbyt mała wiedza i nieświadomość ludzi w zakresie zagrożeń epidemiologicznych.

W oficjalnym raporcie WHO (*World Health Report*) z 1996 roku o chorobach nowo pojawiających się i nawracających zwrócono szczególną uwagę na narastające zagrożenie ze strony chorób zakaźnych: „*Znajdujemy się na skraju światowego kryzysu w dziedzinie chorób infekcyjnych. Żaden kraj nie jest bezpieczny.*”. Problemy związane z chorobami infekcyjnymi dotyczą nie tylko krajów biednych, lecz i tych najbardziej rozwiniętych. Rosnący poziom profilaktyki i higieny spowodował szybsze starzenie się populacji. U osób z zaburzeniami odporności (w starszym wieku, poddanych immunosupresji, zakażonych HIV) problem zakażeń wzrasta. Liczba osób nieodpornych na choroby wieku dziecięcego, na które wcześniej nie chorowali wzrasta. Odporność nieswoista z wiekiem się obniża i zwiększa się ryzyko zakażenia w sytuacji ekspozycji na patogeny, m.in. z powodów częstych hospitalizacji [2, 3].

W Polsce Program Szczepień Ochronnych obejmuje szczepienia obowiązkowe dzieci i młodzieży oraz osób narażonych w sposób szczególny na zakażenia, które są wykonywane w systemie scentralizowanym oraz szczepienia zalecane, nie finansowane z budżetu państwa, które są zdecentralizowane. Program szczepień jest modyfikowany w zależności od sytuacji epidemiologicznej kraju oraz zaleceń WHO. Jest on ogłaszany co roku w Dzienniku Ustaw. Podstawowym ogniwem wielokierunkowej polityki zdrowotnej są szczepienia ochronne.

Ważnym czynnikiem wpływającym na immunoprofilaktykę chorób zakaźnych jest umiejętność rozwiązywania i dostrzegania problematyki szczepień przez społeczeństwo. Informacje, które są niedostatecznie, lub niewłaściwie przedstawiane społeczeństwu są powodem kojarzenia szczepień z niektórymi chorobami, jako skutki uboczne szczepionek. Autyzm, choroba Crohna, zespół Guilliana-Barre, alergie, cukrzyca, toczeń, reumatoidalne zapalenie stawów- to tylko niektóre z jednostek chorobowych błędnie łączonych ze szczepieniami. Z pewnością nie można wykluczyć niekorzystnego wpływu szczepień we wszystkich przypadkach, pomimo to wartość szczepień chroniących przed tak ważnymi

epidemiami jest niezaprzeczalna. Dla poprawy sytuacji epidemiologicznej niewątpliwie ważne jest podnoszenie poziomu wiedzy i świadomości społeczeństwa za pomocą mediów i szkoleń w zakresie najnowszych metod ochrony przed zakażeniami. Polityka rządów poszczególnych państw (lokalna, jak i zintegrowana współpraca międzynarodowa) dotycząca diagnostyki, szczepień profilaktycznych, przepisów sanitarnych prowadzi do opanowania wielu trudności związanych z chorobami zakaźnymi. Realizacja programów prozdrowotnych w niektórych krajach jest bardzo utrudniona ze względu na wysoki koszt takich działań [2, 3].

Najistotniejszym czynnikiem w programie szczepień ochronnych są szczepienia niemowląt, ponieważ wspomagają słabo jeszcze rozwinięty układ odpornościowy, a także zapewniają prawidłowy rozwój dziecka oraz chronią przed hospitalizacją. Dlatego niezmiernie ważne jest uzupełnianie wiedzy rodziców o możliwościach i rodzajach szczepień w dzisiejszej medycynie. Współczesny rozwój wakcynologii umożliwił stosowanie szczepionek skojarzonych, co umożliwiło zmniejszenie cierpienia dziecka oraz zniwelowanie stresu rodziców.

W ostatnich kilkudziesięciu latach osiągnięto poprawę sytuacji epidemiologicznej, a nawet wyeliminowano niektóre choroby zakaźne. Stało się to najczęściej w wyniku zwiększenia odporności osób wrażliwych na zakażenie przez szczepienia ochronne, rzadziej w wyniku stosowania preparatów do uodpornienia biernego lub innego rodzaju działania profilaktyczne. Problematyką szczepień zaczęli interesować się specjaliści, głównie epidemiolodzy, lekarze chorób dzieci, chorób zakaźnych i wewnętrznych, a także personel średni. Ten dział medycyny obejmujący teorię jak i działalność praktyczną nazwano słowem „wakcynologia” [5, 6].

### ***Wakcynologia – czyli nauka o szczepieniach***

Wakcynologia z definicji jest nauką o szczepieniach [2]. Słowo „wakcynologia” pochodzi od łacińskiego *vaccinus*, znaczącego dosłownie „krowi” (*vacca* – krowa) i mającego związek z pierwszą, szczepionką, jaką zastosował lekarz Edward Jenner. Przełomem było odkrycie zjawiska odporności krzyżowej, czyli powstawania odporności przeciwko jednemu antygenowi w następstwie immunizacji innym antygenem, podobnym strukturalnie. Na ziemiach polskich uodpornienie czynne jako zabieg mający na celu zapobieganie ospie prawdziwej zastosowano w XVII wieku. Pionierami byli Vollgang z Wrocławia i Szulc z Torunia.

Wprowadzenie na ziemiach polskich w latach 1801-1802 szczepień przeciwospowych humanizowaną limfą krowią, metodą Jannera, zawdzięcza się Dziarkowskiemu, Boduszyńskiemu, Neuhauserowi i Vannotiemu. [7].

Wypada przy tym podkreślić, że bez współdziałania z innymi płaszczyznami nauk medycznych, ekonomicznych i ścisłych, nie byłby możliwy tak przestronny rozwój wakcynologii [8].

W większości krajów Europy szczepienia obowiązywały od początków XIX w., dzięki czemu w połowie XX w. na naszym kontynencie niemal zapomniano o ospie. Intensywne masowe szczepienia, głównie dzieci w 1. i 7. roku życia, przyczyniły się do eradykacji rodzimych zachorowań na ospę prawdziwą w Polsce. Ostatni zgon spowodowany rodzimym zachorowaniem stwierdzono w 1933 r., a ostatni rodzimy przypadek zachorowania w 1937 r. Od lat wprowadzane są ulepszenia w programie szczepień ochronnych w naszym kraju i na świecie, tworzone są nowe preparaty, zmieniają się schematy uodparniania przeciwko poszczególnym chorobom, jak również poznajemy przeciwskazania do poszczególnych szczepionek. Należy więc budować przekonania o potrzebach kontynuacji szczepień przeciw chorobom zakaźnym lub występującym sporadycznie. Istotna jest wiedza, że zaprzestanie szczepień doprowadzi do nawrotu zachorowań. Ważne jest podejmowanie nowych zadań wynikających z szybkiego rozwoju szczepionek, dających możliwość efektywnego zapobiegania chorobom zakaźnym, które obecnie stanowią poważne zagrożenia zdrowotne [9].

### ***Charakterystyka szczepionek***

Podział szczepionek opiera się o następujące elementy:

– czynnik etiologiczny

- przeciwbakteryjne: gruźlica, krztusiec, błonica, tężec, H. influenzae, S. pneumoniae, N. meningitidis poliomyelitis,
- przeciwwirusowe: odra, świnka, różyczka, ospa wietrzna, grypa, WZW A, WZW B, wścieklizna, HPV, kleszczowe zapalenie mózgu, rotawirusowe biegunki [10].

- forma antygeny

- żywe drobnoustroje, atenuowane p/bakteryjne: BCG oraz p/wirusowe: OPV, MMR, VZV, żółta febra, rota wirusy
- nieżywe drobnoustroje (szczepionki „zabite”) p/bakteryjne: Pw p/wirusowe: IPV, WZW A, wścieklizna

- zawierające produkty metabolizmu komórek bakteryjnych (toksoidy, θ anatoksyny) toksoid tężcowy, błoniczy DT, Td, TT
  - szczepionki podjednostkowe, rozbite drobnoustroje lub ich fragmenty (antygeny) antygeny polisacharydowe (H. influenzae typ t.b, Neisseria meningitidis A+C, Streptococcus pn.) antygeny bakterii: Pa, antygeny wirusa grypy [11].
  - szczepionki rekombinowane (podjednostkowe, ale bez natywnych składników drobnoustrojów) WZW B, HPV [12].
- swoistość szczepionki
- monowalentne - zawierają 1 rodzaj drobnoustroju lub antygeny uodpornienie→pochodzące z drobnoustroju jednego rodzaju p/jednej chorobie zakaźnej np. BCG, WZW B
  - poliwalentne - zawierają wszystkie lub kilka typów tego samego drobnoustroju lub antygenów pochodzących z kilku typów drobnoustroju np. IPV, OPV, p/Streptococcus pn, p/Neisseria meningitidis
  - skojarzone - zawierają różne drobnoustroje lub antygeny uodporniają p/kilku chorobom→z różnych drobnoustrojów zakaźnym jednocześnie np. DTP, DTaP, MMR, Infanrix-IPV-Hib-HBV [13].
- droga podania
- doustnie np. p/polio (OPV), p/rota wirusom (Rotarix, Rotateq) domięśniowo np. p/wzw B (HBV), p/wzw A (HAV), DTP, DTaP, DT, Td, HPV, McnC, PCV
  - podskórnice np. p/polio (IPV)
  - domięśniowo lub podskórnice: PPV, IPV, HBV
  - śródskórnice np. BCG
  - na śluzówkę np. donosowa szczepionka przeciw grypie [14].

To wszystko sprawia, że szczepionki podlegają większej kontroli, niż pozostałe produkty lecznicze. Nadzór nad bezpieczeństwem preparatów szczepionkowych pełnią instytucje o charakterze międzynarodowym oraz agencje rządowe np. w naszym kraju Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, jak również instytucje nadzorujące szczepienia [15]. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) także traktuje sprawę bezpieczeństwa szczepień bardzo priorytetowo.

Szczepienia powinny być wykonywane w punkcie szczepień zakładu opieki zdrowotnej, którego pomieszczenia i urządzenia pod względem fachowym i sanitarnym są zgodne z obowiązującymi przepisami. Dokumentacja szczepień powinna być prowadzona w karcie uodpornienia, która jest dokumentacją medyczną należącą do zakładu opieki zdrowotnej i jest w nim przechowywana, a także w książeczce szczepień, która jest dokumentem należącym do osoby szczepionej. Dzięki prawidłowo prowadzonej dokumentacji mamy wiedzę na temat historii przeprowadzonych szczepień, co stanowi istotny element przy właściwej kwalifikacji do szczepień. Każdemu szczepieniu powinny towarzyszyć takie informacje, jak: data szczepienia, nazwa preparatu, producent, numer serii, miejsce i droga podania, nazwisko lekarza zlecającego szczepienie i nazwisko osoby wykonującej zabieg. Ustandaryzowana w całym kraju organizacja szczepień dzieci i młodzieży w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, umożliwia korzystniejsze warunki do odpowiedniego prowadzenia i przechowywania dokumentacji szczepień [16].

Prawidłowe szczepienia są bardzo istotnym i ważnym miernikiem stanu zdrowia populacji, co wyjaśnia potrzebę rzetelnej weryfikacji zmian zachodzących w tym zakresie. Kontrola nad odpowiednim wykonywaniem szczepień ochronnych, nad niepożądanymi odczynami poszczepiennymi oraz analiza wykonywania szczepień jest zadaniem Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Wszystkie szczepienia (indywidualne i masowe) są wykonywane w oparciu o Program Szczepień Ochronnych, będący załącznikiem do komunikatu Głównego Inspektora Sanitarnego, ogłaszanego do dnia 31 października roku poprzedzającego realizację tego programu [3,17].

### ***Wskazania do szczepień***

Program Szczepień Ochronnych na rok 2019, zwany dalej „PSO”, składa się z następujących części:

#### **I. Szczepienia obowiązkowe.**

A. Szczepienia obowiązkowe dzieci i młodzieży według wieku – kalendarz szczepień.

A.1. Wariant szczepień z użyciem szczepionki wysokoskojarzonej DTaP-IPV-Hib – stosuje się w przypadku dostępności do szczepionek wysokoskojarzonych.

B. Szczepienia obowiązkowe osób narażonych w sposób szczególny na zakażenie W z przesłankami klinicznymi lub epidemiologicznymi.

C. Szczepienia poekspozycyjne.



II. Szczepienia zalecane.

III. Informacje uzupełniające – zasady szczepień przeciw wybranym chorobom zakaźnym.

IV. Ogólne zasady przeprowadzania i organizacji szczepień [18].

Zgodnie z PSO na rok 2019 wprowadzono następujące zmiany:

- szczepienie przeciwko gruźlicy noworodków powinno być przeprowadzone przed wypisaniem dziecka z oddziału noworodkowego. W szczególnie uzasadnionych przypadkach rozważyć możliwość obserwacji dziecka przez 1 dobę.
- przesunięto podanie drugiej dawki szczepionki przeciwko odrze, śwince i różyczce z 10 na 6 rok życia w celu zapewnienia ochrony dzieciom przed rozpoczęciem nauki. Przeniesienie dawki przypominającej tego szczepienia uzasadnia się sytuacją epidemiologiczną odrzy w Europie.
- zmieniono wskazania do obowiązkowych szczepień wcześniaków przeciw pneumokokom na zapis: „dzieci od 2. miesiąca życia do ukończenia 12. miesiąca życia urodzone przed ukończeniem 37. tygodnia ciąży lub urodzone z masą ciała poniżej 2500 g”. Doprecyzowano również zapis dotyczący zasad szczepienia dzieci z grup ryzyka: wskazano, że 4-dawkowy schemat szczepienia podstawowego, tj. trzy dawki szczepieniami pierwotnego oraz jedna dawka uzupełniająca (3+1), dotyczy również „dzieci od 2. miesiąca życia do ukończenia 12. miesiąca życia urodzonych przed ukończeniem 37. tygodnia ciąży lub urodzonych z masą ciała poniżej 2500 g”.
- dodano zapis o zasadach szczepienia z użyciem szczepionki wysoce skojarzonej typu „6 w 1” (DTPa-IPV-Hib-HBV): „u dzieci, u których planuje się szczepienie szczepionką wysoce skojarzoną 6 w 1 należy podać 1 dawkę szczepionki przeciwko WZW typu B w 1. dobie życia, uwzględniając narażenie na zakażenie HBV”.
- dodano zapis dotyczący szczepienia osób w fazie zaawansowanej choroby nerek z filtracją kłębuszkową poniżej 30 ml/min oraz u osób dializowanych: „dawki przypominające należy podawać według wskazań producenta szczepionki oraz zaleceń lekarza, jeśli stężenie przeciwciał anty HBs jest poniżej poziomu ochronnego (10 j.m./l). Zaleca się badanie poziomu przeciwciał co 6–12 miesięcy” [19].

### ***Niepożądane odczyny poszczepienne***

Zdarza się, że działanie leku, lub procedury medycznej jest inne, niż było w zamierzeniu. Szczepienia obowiązkowe dotyczą ochrony tylko około dziesięciu chorób zakaźnych.

Zaliczamy do nich: gruźlicę, zakażenia pneumokokowe, błonicę, krztusiec, poliomyelitis, odrę, świnkę i różyczkę. Prawie wszystkie z tych szczepień wymagają podania 3-4 dawek, co reasumując wykazuje 30 szczepień w większości w postaci iniekcji. Szczepienia skojarzone mogą tę liczbę znacznie ograniczyć, nie wpływając na zmniejszenie liczby odczynów poszczepiennych [20].

Większość niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP) przebiega łagodnie i nie pozostawia po sobie trwałych następstw. Może pojawić się niewielka gorączka, ból, zaczerwienienie miejsca wkłucia, obrzęk, czy też ogólne rozbicie. Ciężkie odczyny poszczepienne występują bardzo rzadko (raz na dziesiątki lub setki tysięcy szczepień), ale stanowią stan zagrożenia życia, a nawet kończą się zgonem pacjenta.

W przypadku wystąpienia epidemii ryzyko indywidualne wystąpienia odczynu niepożądanego u każdego dziecka jest dość duże, aby uzasadnić podjęcie ryzyka ciężkiego następstwa szczepienia, lecz jeśli program szczepień skutecznie obniży zapadalność na daną pandemię, nie można już indywidualnego zagrożenia odczynem poszczepiennym używać jako argumentu na rzecz zaszczepienia. Uzasadniony argument dla masowych szczepień ma charakter społeczny. Spektakularnym przykładem solidarności społecznej są programy szczepień. Utrzymanie tak wysokiego poziomu zaszczepienia w społeczeństwie ma na celu nie tylko ochronę indywidualną osób zaszczepionych, jak i tych, którzy z różnych powodów nie mogli być zaszczepieni. Nieuzasadnione powody przeciwskażeń ze szczepień stanowią naruszenie solidarności społeczeństwa, a odporność zbiorowiskowa i tak daje takim osobom ochronę, z której korzystają. Może to spowodować nawrót epidemii z różnymi negatywnymi konsekwencjami, szczególnie dla osób nie szczepionych z grup ryzyka [21].

### ***Nadzór epidemiologiczny nad niepożądanymi odczynami poszczepiennymi***

Niepożądane odczyny poszczepienne – NOP (*Adverse Events Following Vaccinations – AEFI*) to zdarzenia lub reakcję następujące po szczepieniu. Posiadają one szeroki zakres: od łagodnych (np. miejscowy obrzęk lub zaczerwienienie, niewysoka gorączka, ogólne rozbicie) aż do bardzo rzadkich, lecz poważnych i zagrażających życiu [22]. Według WHO poważny odczyn poszczepienny stanowi takie niekorzystne zdarzenie, które jest czasowo związane z wykonywaniem szczepienia, wymaga hospitalizacji, prowadzi do trwałego ubytku sprawności fizycznej lub umysłowej, zagraża życiu, lub kończy się śmiercią.

Wymieniona wyżej hospitalizacja jako skutek odczynu poważnego w dużej mierze zależy od decyzji lekarza i jego ostrożności. Ogromne znaczenie ma edukacja personelu medycznego w zakresie niepożądanych odczynów poszczepiennych, co niewątpliwie ma ogromny wpływ na bezpieczeństwo szczepień.

Rozróżniamy następujące przyczyny NOP:

- Koincydencje – zdarzenia, które pojawiają się po szczepieniu, lecz ich pojawienie się nie ma związku ze szczepieniem. Przykładem są choroby wieku dziecięcego, których wystąpienie w czasie zbiegło się ze szczepieniem.
- Nieprawidłowości powstałe podczas produkowania szczepionki, transportu lub przechowywania produktu (np. przerwanie łańcucha chłodniczego),
- Reakcje wywołane błędnym podaniem szczepionki, np. wadliwe wykonywanie szczepienia, podanie omyłkowo innego preparatu, nieprzestrzeganie zasad aseptyki, nieodpowiedni wybór miejsca podania, niedozwolone łączenie szczepionek, użycie produktu przeterminowanego, ignorowanie przeciwwskazań do wykonania szczepienia, szczepionka niewłaściwie przygotowana do użycia, zanieczyszczony rozpuszczalnik w szczepionce.
- Odczyny zależne od szczepionki – zależne od właściwości podanego preparatu, np. szczepionka przeciwko odrze przypuszczalnie może wywołać reakcję takie jak gorączka i wysypka, lub poważniejsze, jak np. wstrząs anafilaktyczny [23].

Niepożądane odczyny poszczepienne występują z różną częstotliwością i mogą przyjąć różną postać, wywołać je może praktycznie każda szczepionka. Należą do nich reakcje uczuleniowe. Mogą mieć charakter nadwrażliwości reaginowej (natychmiastowej), mogą być zależne od kompleksów immunologicznych (reakcja Arthusa) lub też mieć charakter odpowiedzi komórkowej. Składniki samej szczepionki bardzo rzadko są powodem niepożądanych odczynów. Powodem są częściej składniki dodatkowe, np. konserwujące jak tiomersal, czy neomycyna lub pozostałości z podłoży hodowlanych, np. białko jaja kurzego. Można tu wymienić wiele reakcji, które charakterystycznie towarzyszą poszczególnym szczepionkom. Zgłaszanie NOP jest rekomendowane przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) [24].

Mnóstwo chorób występuje w tym samym okresie życia, w którym planowane są szczepienia ochronne. Zauważono nasilenie częstości występowania różnych chorób, w tym autyzmu. Nasuwa to przypuszczenia, że choroby takie, jak np. wyżej wymieniony autyzm lub choroba Crohna, mogą stanowić rodzaj niepożądanych odczynów poszczepiennych. Ruchy antyszczepionkowe wykorzystują takie przypuszczenia jako argument przeciwko prowadzeniu szczepień. O potencjalnej szkodliwości szczepionek nie należy lekceważyć żadnych sygnałów, lecz należy podchodzić do tego z należytą rozwagą, a w przypadku powtarzających się sygnałów należy poddać je analizie epidemiologicznej [25].

W ostatnich latach w Polsce rejestruje się około 800 niepożądanych odczynów poszczepiennych rocznie. Niektóre miały charakter poważny, a nawet ciężki, pozostałe to odczyny miały łagodny przebieg. Fakt pojawienia się w przeszłości NOP nie jest przeciwwskazaniem do szczepień [25].

Czynna profilaktyka chorób zakaźnych według wieloletniej obserwacji jest najbardziej skuteczna, a także najtańsza w rozumieniu metod zabezpieczających przed tymi chorobami. Największy wpływ na efektywność profilaktyki ma stosunek rodziców do programów szczepień prowadzonych w naszym społeczeństwie.

### ***Techniki wykonywania szczepień ochronnych***

Szczepionkami nazywamy preparaty pochodzenia biologicznego zawierające jeden lub kilka antygenów, które poprzez wprowadzenie do organizmu czynnie uodparniają go przed zakażeniem drobnoustrojami chorobotwórczymi. Tuż przed szczepieniem zaleca się przeprowadzenie kwalifikacyjnego badania lekarskiego oraz wywiad z pacjentem w celu ustalenia ewentualnych przeciwwskazań do szczepienia [26].

Z uwagi na różne sposoby wprowadzania szczepionek do organizmu wyróżniamy [27]:

- szczepienia podskórne,
- szczepienia śródskórne,
- szczepienia domięśniowe,
- szczepienia naturalnymi drogami wniknięcia drobnoustroju.

Szczepienia domięśniowe podaje się pod kątem 90° głęboko igłą dostosowaną do grubości tkanki mięśniowej. Miejscem aplikacji jest najczęściej przednioboczna część uda u noworodków i niemowląt, natomiast u osób dorosłych i starszych dzieci jest to mięsień ramienny.

Innym rodzajem szczepienia jest szczepienie podskórne, które wykonujemy w mięsień ramienny. Wkłucie igły następuje pod kątem 45° i jest płytsze, niż w przypadku szczepienia domięśniowego.

Szczepienie śródskórne jest wykonywane w mięsień ramienny i wymaga odpowiedniego sprzętu (strzykawkę i igieł). Wykonuje się je wprowadzając igłę śródskórnym ruchem obrotowym na głębokość około 2 mm. W miejscu wykonania szczepienia powinien pojawić się bąbel.

Szczepienia naturalnymi drogami wniknięcia drobnoustroju nie wymagają wkłuć, ponieważ są podawane doustnie. Obecnie trwają wnikliwe badania nad podawaniem nowych preparatów taką metodą [28].

Metody dróg podawania szczepionek są wciąż unowocześniane. Badacze pracują nad takimi metodami jak:

- droga donosowa,
- droga śluzówkowa,
- droga przez skórna,

a także prowadzą badania nad jak najodpowiedniejszym, celowym pobudzeniem układu immunologicznego. Termin bezpiecznej iniekcji oznacza, że nie jest ona zagrożeniem dla osoby szczepionej, osoby wykonującej szczepienie i nie powoduje powstania sytuacji, które mogłyby być niebezpieczne dla osób trzecich, bądź środowiska [29].

Podczas wykonywania szczepienia należy przestrzegać określonych zasad, zwykle opisanych przez producenta w ulotce, w tym.:

- do szczepień zaleca się używanie sprzętu jednorazowego użytku,
- w miejscu, gdzie stwierdzono stan zapalny, nie należy wykonywać iniekcji
- powinno się dobierać odpowiednio długą i odpowiedniego przekroju igłę (zgodnie z drogą szczepienia),
- preparaty szczepionkowe podawane w iniekcjach, zwłaszcza domięśniowych, należy stosować w:
  - \* mięsień naramienny prawy (w przypadku osób dorosłych),
  - \* przednio-boczna część uda (w przypadku małych dzieci),
- po wkłuciu należy aspirować igłę w celu sprawdzenia, czy nie znajduje się ona w naczyniu krwionośnym,

- należy zachować odstęp (co najmniej 3- 5 cm) przy równoczesnym podawaniu dwóch różnych szczepionek,
- szczepień nie należy aplikować w pośladek, ponieważ ma za grubą tkankę podskórną,
- należy pamiętać o przeciwwskazaniach do szczepień [30].

Aby szczepienia odbywały się bezpiecznie oraz były skuteczne i małoobjawowe należy:

- przestrzegać informacji zawartych w ulotce przez producenta,
- szczepionki przechowywać w temp. Od +2°C do +8°C w warunkach zgodnych z zachowaniem tzw., łańcucha chłodniczego”,
  - nie wolno szczepionek zamrażać,
  - preparaty podawać wyłącznie drogą, którą wskazuje producent,
  - należy unikać zbędnych manipulacji przy przygotowywaniu szczepionki, przestrzegać wymogów producenta podczas przygotowania szczepionki do podania (np. podczas rozpuszczania preparatu unikać spienienia),
  - dezynfekować miejsca podania szczepionki (nie stosować alkoholu, nie szczepić zwłaszcza szczepionką żywa przed wyschnięciem środka dezynfekującego na skórze) [31].

Przygotowanie szczepionki płynnej z jednodawkowych fiolek lub ampulek wymaga przestrzegania ogólnych zasad dotyczących pobierania leków, podawania drogą iniekcji, z zachowaniem aseptyki. Przed podaniem preparat należy wstrząsnąć dla uzyskania jednolitej zawiesiny [32].

### ***Program szczepień ochronnych w Polsce***

W latach 1955- 1963 w Polsce tworzyły się pierwsze kalendarze szczepień ochronnych. Rozpoczęto wtedy szczepienia przeciwko błonicy, tężcowi, krztuścowi i poliomyelitis. Wcześniejsze szczepienia przeciwko gruźlicy, durowi brzuszemu, ospie prawdziwej, czy wścieklicznie miały charakter akcyjny, czyli przeprowadzano je w trakcie zagrożenia epidemiologicznego.

Szczepienia ochronne w Polsce realizowane są na podstawie ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi [33].

Program szczepień co roku jest aktualizowany i publikowany do dnia 31 października.

Ustanawia on:

- rodzaje szczepień,
- zasady ich finansowania,
- zasady ich przeprowadzania,
- zakres szczepień obowiązkowych.

Rodzaje szczepień:

- Obowiązkowe:
  - \* dzieci i młodzieży według wieku,
  - \* dotyczące osób narażonych w sposób szczególny na zakażenie
  - \* szczepienia poekspozycyjne.
- Zalecane, czyli te, które nie są opłacane ze środków państwowych
- Dobrowolne.

Zakup preparatów do przeprowadzania obowiązkowych szczepień ochronnych, zgodnie z art. 18, ust. 7 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, finansowany jest z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia [10].

Obowiązkowe szczepienia dzieci i młodzieży, ich systematyczność i masowy charakter sprawiły osiągnięcie wysokiego poziomu wszczepialności oraz ochronę też osób, które z różnych powodów nie mogły być zaszczepione. Obowiązek szczepień jest często mylony z przymusem. Szczepienia przymusowe w Polsce przeprowadzono tylko raz i odbyło się to w 1963 roku we Wrocławiu, podczas epidemii ospy prawdziwej.

## **CEL BADAŃ**

Celem niniejszej pracy jest zapoznanie się z wiedzą rodziców na temat szczepień ochronnych obowiązkowych i zalecanych u dzieci. Zbadanie czy zachowania zdrowotne, wykształcenie oraz poglądy na temat szczepień mają wpływ na świadomość rodziców na temat konieczności wykonywania szczepień w celu zapobiegania chorobom zakaźnym.

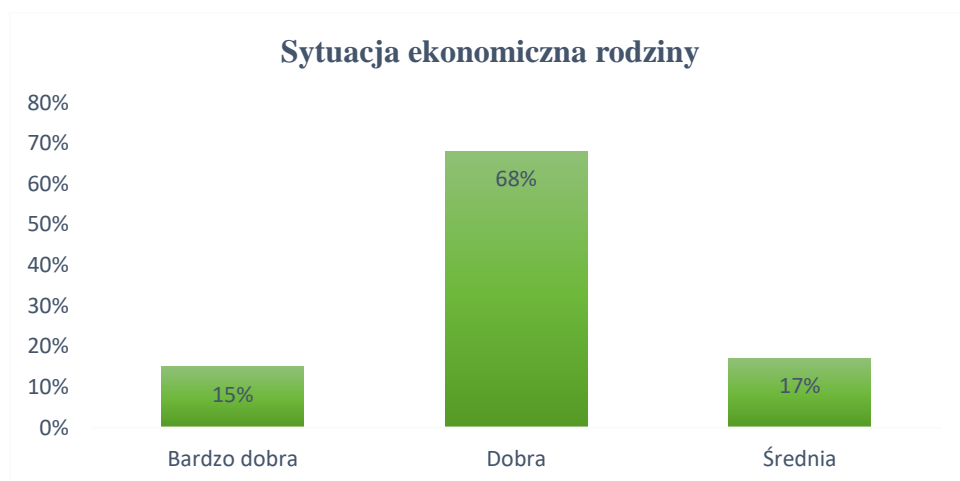
## MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Badania przeprowadzono na terenie Szkoły Podstawowej nr 42 przy ul. Sokólskiej 1 w Białymstoku za zgoda dyrekcji placówki. Posłużono się metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankietowego. Rodzicom dzieci uczących się w tejże szkole rozdano anonimowe ankiety zawierające po 20 pytań. Łączna liczba badanych wynosiła 100 osób. Treść pytań zawartych w ankiecie pozwoliła uzyskać informacje na temat wiedzy i poglądów rodziców na temat szczepień ochronnych obowiązkowych i zalecanych w Polsce. Oceniono także zachowania zdrowotne i ich wpływ na poglądy rodziców na powyższy temat.

## WYNIKI

Badaniu zostali poddani rodzice dzieci w wieku 7- 9 lat, więc 65% rodziców jest w wieku od 31 do 40 lat, 19% w wieku od 20 do 30 lat, natomiast 16% obejmowało rodziców w wieku ponad 40 lat. 82% badanych rodziców stanowiły kobiety.

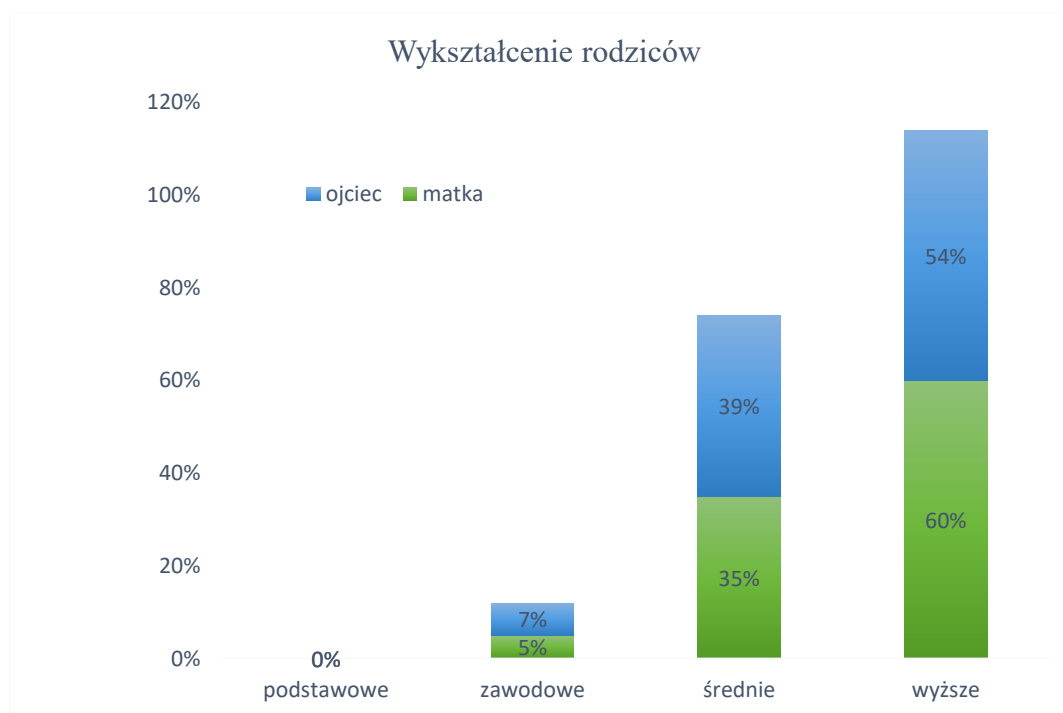
68% badanych rodziców deklarowało sytuację ekonomiczną w rodzinie jako dobrą, bardzo dobrą 15%, średnią 17%. Nikt nie zadeklarował sytuacji złej i bardzo złej (Rycina 1).



**Rycina 1. Sytuacja ekonomiczna rodziny.**

Wśród badanych matek 60% posiada wykształcenie wyższe, wśród ojców 54%. Od 35% do 39% rodziców posiada wykształcenie średnie, najmniejszy odsetek od 5% do 7% zadeklarowało wykształcenie zawodowe (Rycina 2).





**Rycina 2. Wykształcenie rodziców.**

53% ankietowanych rodziców wskazało, że w ich rodzinie jest dwoje dzieci, 11% deklaruje posiadanie rodziny z trójką dzieci, natomiast 2% rodzin objętych badaniem posiada czworo dzieci (Tabela I).

**Tabela I. Liczba posiadanego rodzeństwa.**

Liczba posiadanego rodzeństwa	Liczba odpowiedzi	% odpowiedzi
0	34	34%
1	53	53%
2	11	11%
3	2	2%
<b>suma:</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

Wśród ankietowanych 7% dzieci urodziło się przedwcześnie. Zdecydowana większość dzieci urodziła się o czasie (Tabela II).

**Tabela II. Czy Pani/ Pana dziecko urodziło się przedwcześnie?**

Czy dziecko urodziło się przedwcześnie	Liczba odpowiedzi	% odpowiedzi
Tak	7	7%
Nie	93	93%
<b>suma:</b>	100	100%

Zdecydowana większość badanych dzieci w okresie niemowlęcym nie chorowała (Tabela III).

**Tabela III. Czy Pani/ Pana dziecko dużo chorowało w okresie niemowlęcym?**

Czy dziecko dużo chorowało w okresie niemowlęcym	Liczba odpowiedzi	% odpowiedzi
Tak	16	16%
Nie	84	84%
<b>suma:</b>	100	100%

Zdecydowana większość rodziców (88%) odpowiedziała, że szczepią swoje dzieci zgodnie z kalendarzem szczepień zalecanych (Tabela IV).

**Tabela IV. Czy Pani/ Pana dziecko miało zaległości w kalendarzu szczepień zalecanych?**

Czy dziecko miało zaległości w kalendarzu szczepień zalecanych	Liczba odpowiedzi	% odpowiedzi
Tak	11	11%
Nie	88	88%
Nie wiem	1	1%
<b>suma:</b>	100	100%

86% ankietowanych rodziców jest przekonanych o posiadanej wiedzy na temat kalendarza szczepień zalecanych (Tabela V).

**Tabela V. Czy zna Pani/ Pan szczepionki zalecane?**

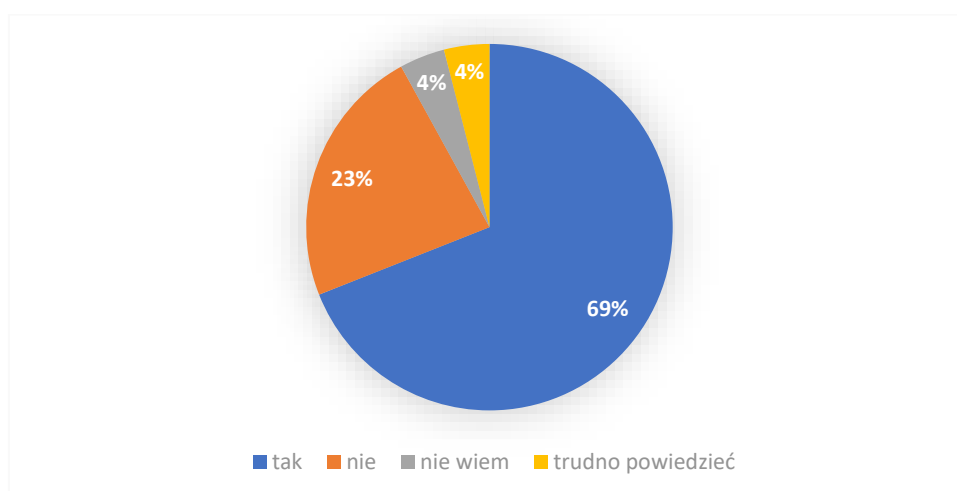
Znajomość szczepień zalecanych	Liczba odpowiedzi	% odpowiedzi
Tak	86	86%
Nie	7	7%
nie wiem	3	3%
trudno powiedzieć	4	4%
<b>suma:</b>	100	100%

Prawie wszyscy respondenci poddają swoje dzieci szczepieniom w zalecany kalendarzu szczepień (Tabela VI).

**Tabela VI. Czy szczepi Pani/ Pan swoje dziecko?**

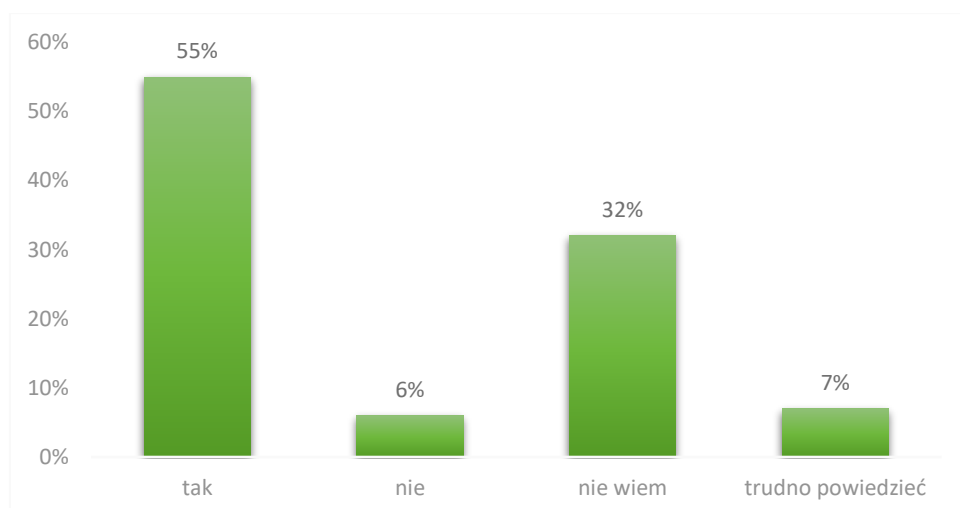
Szczepienie dzieci	Liczba odpowiedzi	% odpowiedzi
Tak	99	99%
Nie	1	1%
<b>suma:</b>	100	100%

Z badania wynika, że 69% rodziców posiada obawy przed podaniem swemu dziecku wakuiny, 23% szczepiących dzieci rodziców nie ma takich obaw (Rycina 3).



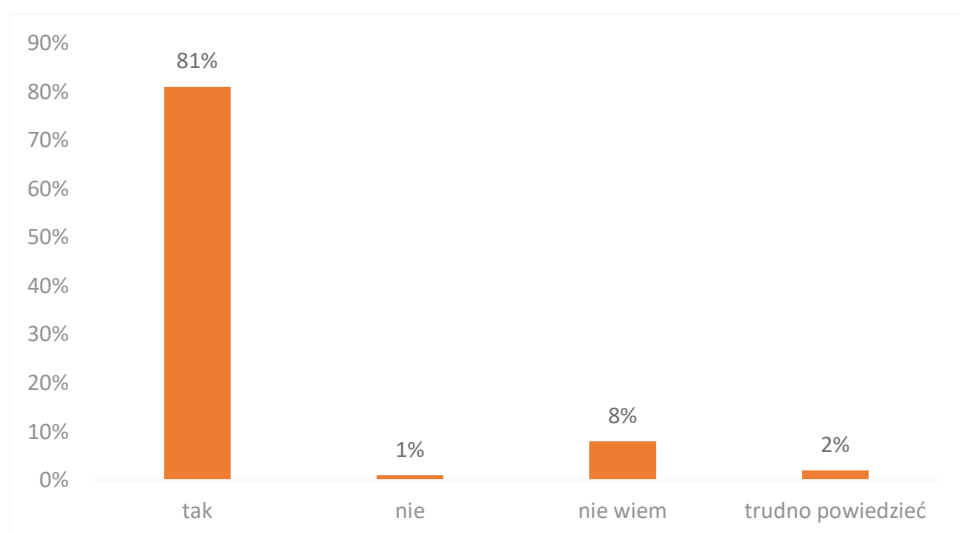
**Rycina 3. Obawy rodzica przed podaniem dziecku szczepionki.**

Zdecydowana większość respondentów ufa preparatom szczepionkowym podawanym ich dzieciom, jedna 32% nie posiada wiedzy na temat bezpieczeństwa szczepionek (Rycina 4).



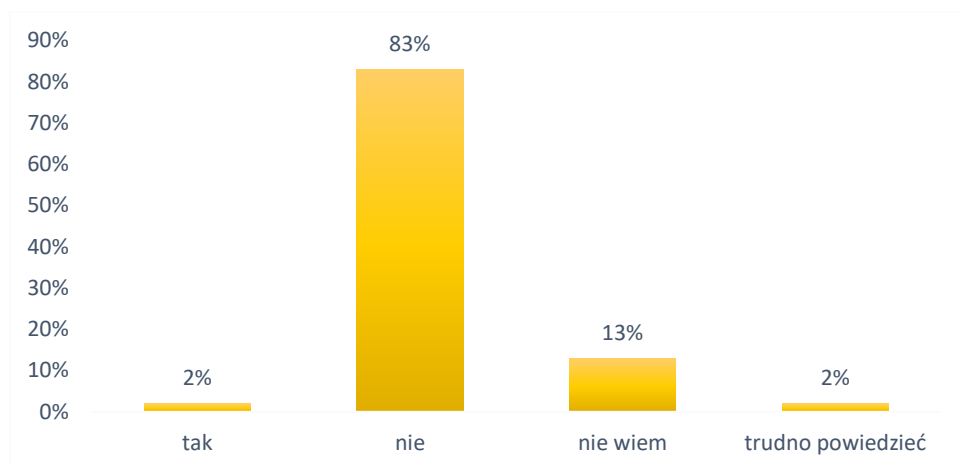
**Rycina 4. Czy szczepionki są bezpieczne?**

Większość ankietowanych (81%) twierdzi, że program szczepień ochronnych w Polsce chroni społeczeństwo przed chorobami zakaźnymi (Rycina 5).



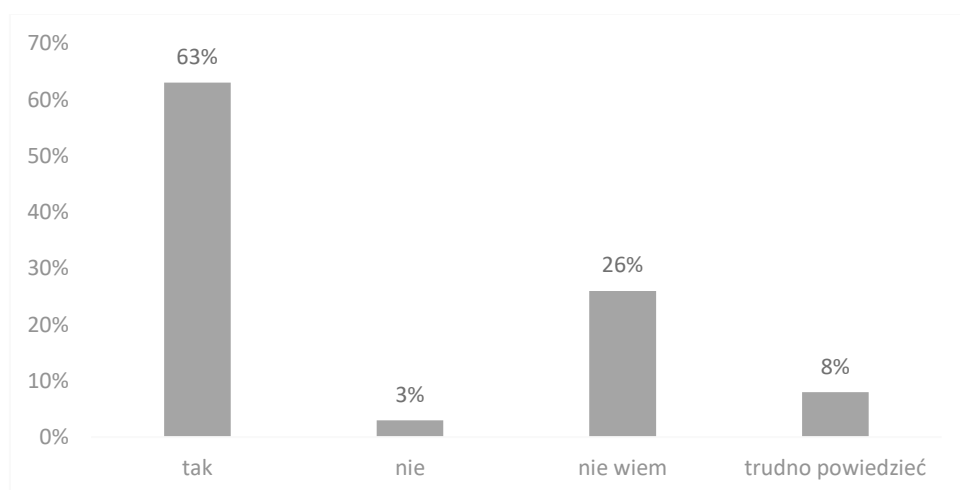
**Rycina 5. Czy według Pani/ Pana program szczepień ochronnych w Polsce chroni społeczeństwo?**

Zdecydowana większość (83%) ankietowanych przyznaje, że karmienie piersią nie jest wystarczającym czynnikiem chroniącym dziecko przed zakażeniem chorobą zakaźną (Rycina 6).



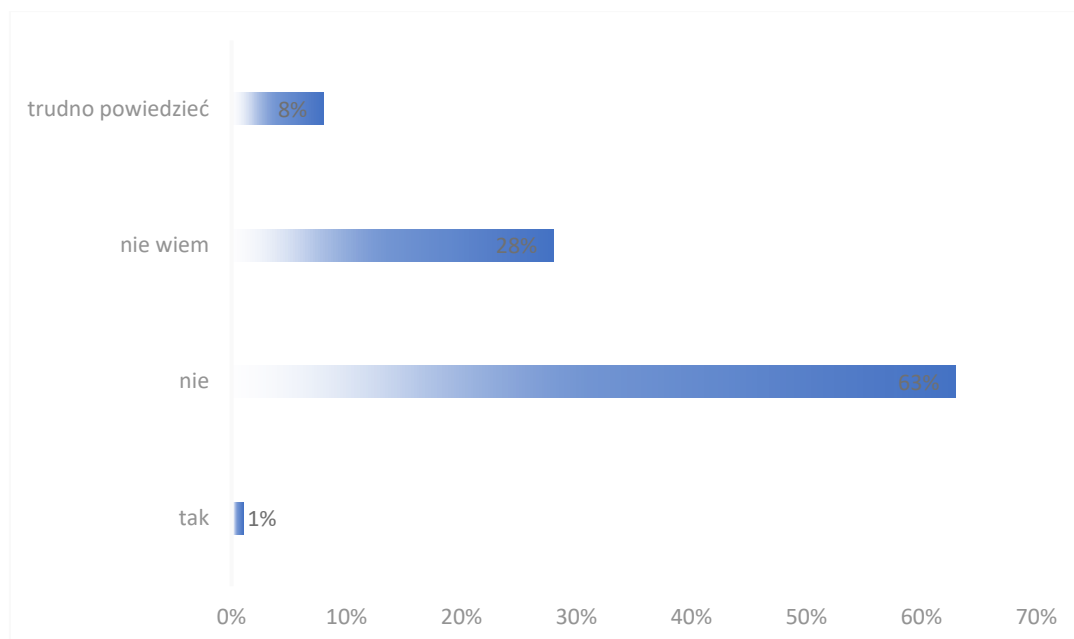
**Rycina 6. Czy według Pani/ Pana w profilaktyce chorób zakaźnych wystarczy karmienie piersią?**

63% respondentów uważa, że podanie dziecku wakuiny jest zgodne z etyką, natomiast 26% nie posiada wiedzy na ten temat (Rycina 7).



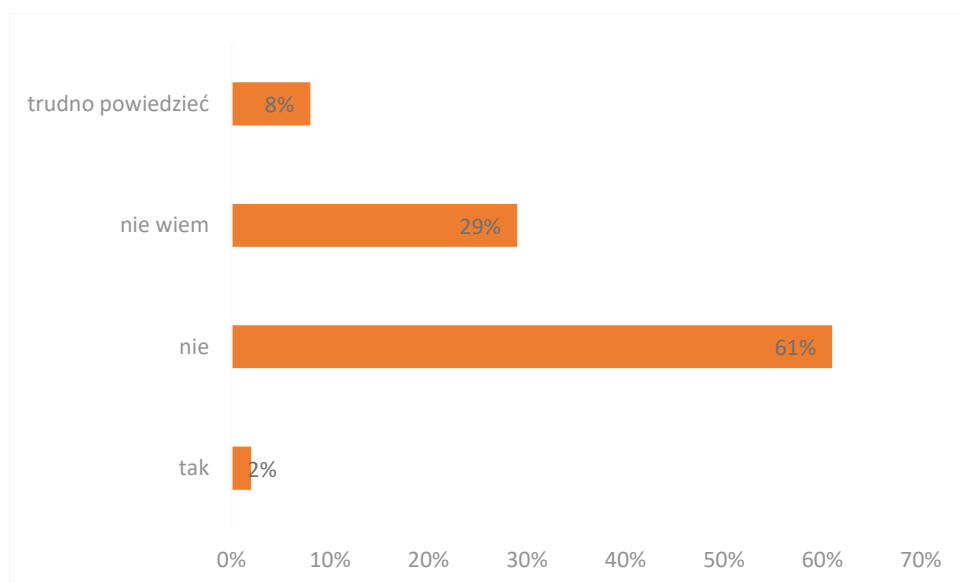
**Rycina 7. Czy szczepionki są etyczne?**

Badani rodzice w 63% przyznali, że szczepionki nie wywołują u dzieci autyzmu, 28% nie posiada wiedzy na ten temat, natomiast 8% badanych nie potrafi się wypowiedzieć (Rycina 8).



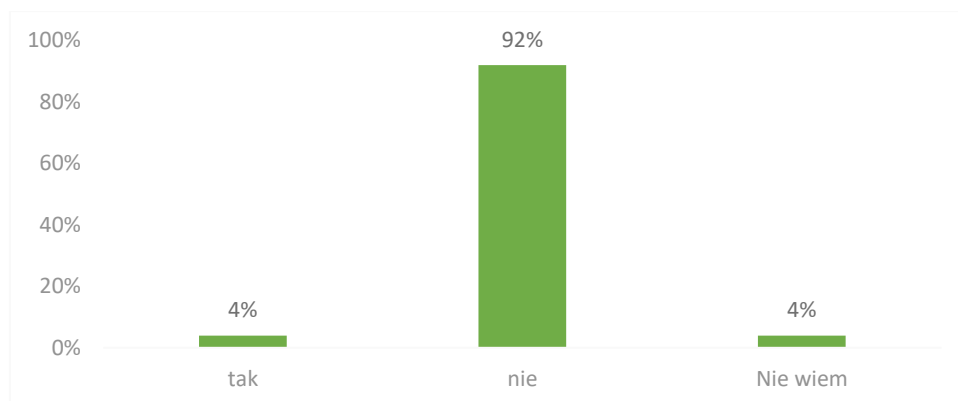
**Rycina 8. Czy szczepionki wywołują u dzieci autyzm?**

W przeprowadzonej ankiecie 61% rodziców uważa, że szczepienia nie wywołują zaburzeń rozwoju u dzieci, natomiast 29% nie posiada wiedzy na ten temat (Rycina 9).



**Rycina 9. Czy szczepionki u dzieci wywołują zaburzenia rozwoju?**

Zdecydowana większość ankietowanych rodziców (92%) przyznała, że ich dzieci nie miały odczynów niepożądanych po przebytych szczepieniach. Tylko 4% badanych miało takie objawy (Rycina 10).



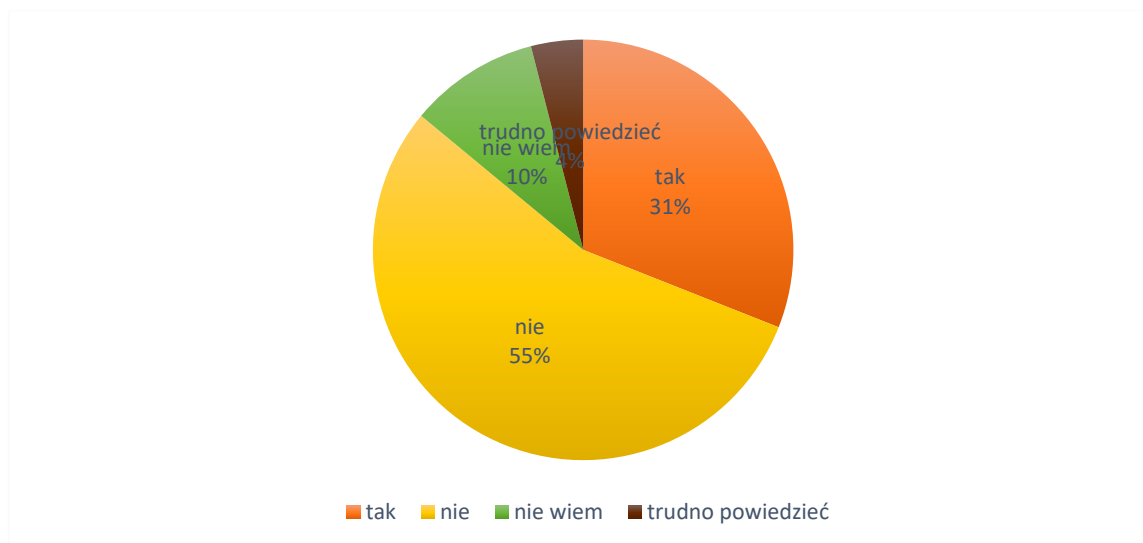
**Rycina 10. Czy Pani/ Pana dziecko miało niepożądane odczyny poszczepienne?**

54% uczestników badania nie szczepiło swoich dzieci szczepionkami z poza kalendarza szczepień ochronnych, jednakże 42 % zapewniło swoim dzieciom dodatkową ochronę (Tabela VII).

**Tabela VII. Czy szczepiła Pani/ Pan dziecko szczepionkami zalecanymi, ale z poza kalendarza szczepień ochronnych?**

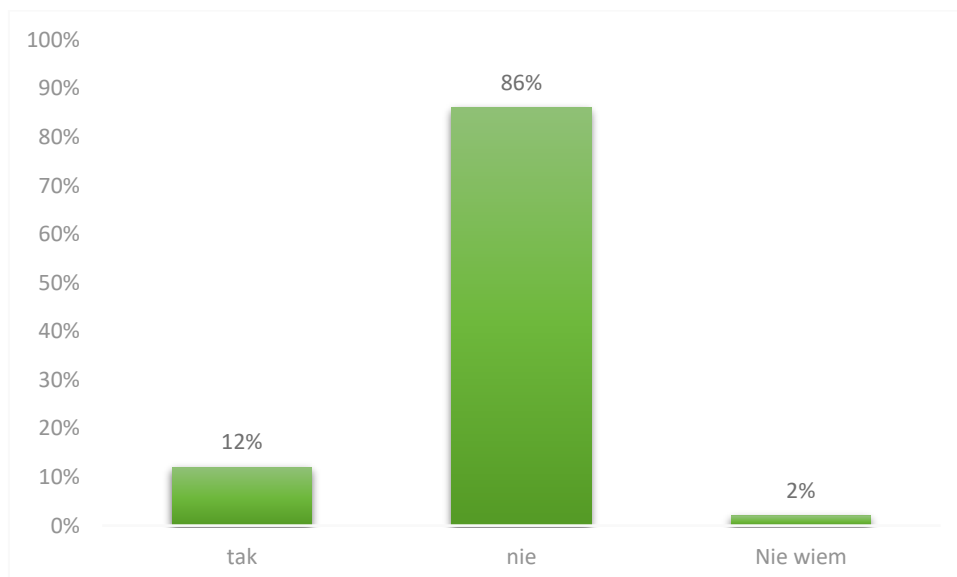
Szczepienia szczepionkami zalecanymi, ale spoza kalendarza szczepień ochronnych	Liczba odpowiedzi	% odpowiedzi
Tak	42	42%
Nie	54	54%
Nie wiem	4	4%
<b>suma:</b>	100	100%

Wiedzę na temat niepożądanych odczynów ze strony układu nerwowego posiada 31% ankietowanych rodziców, natomiast 55% przyznaje, że nie ma takiej wiedzy, zaś 10% respondentów nie potrafi określić poziomu swojej wiedzy w omawianym względzie (Rycina 11).



**Rycina 11. Czy posiada Pani/ Pan wiedzę na temat niepożądanych odczynów poszczepiennych ze strony układu nerwowego?**

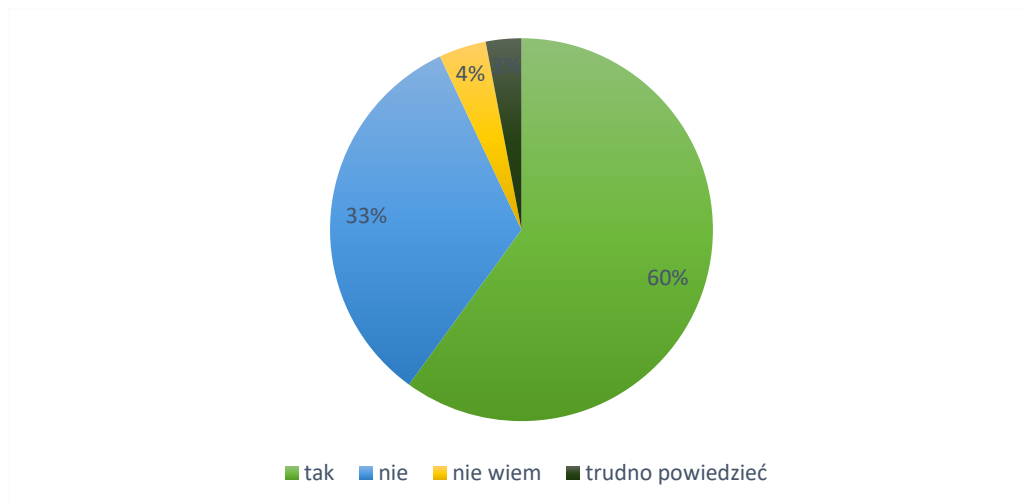
Według badania, 86% dzieci ankietowanych rodziców, szczepionych jest według kalendarza szczepień ochronnych, tylko 12% dzieci miało układany indywidualny kalendarz szczepień z różnych przyczyn zdrowotnych (Rycina 12).



**Rycina 12. Czy Pani/ Pana dziecko miało układany indywidualny kalendarz szczepień?**

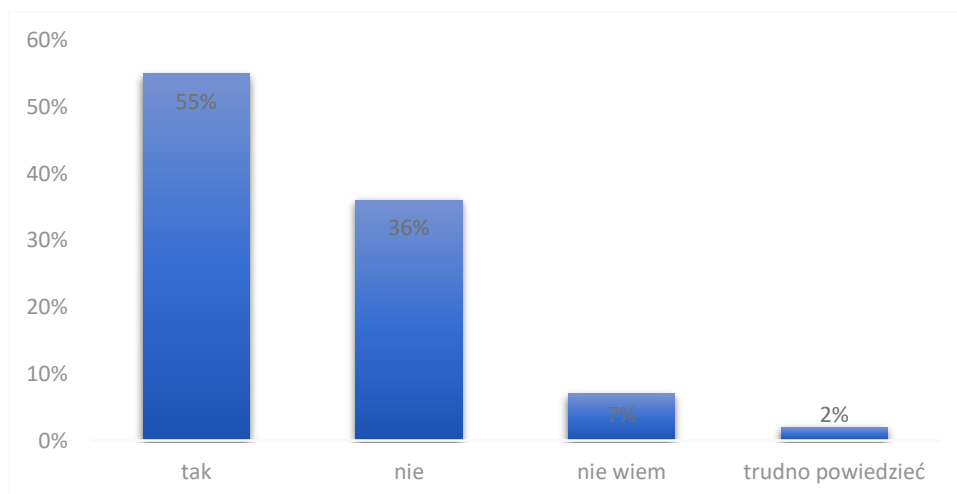


60% ankietowanych wie, jakie są przeciwwskazania do podania dziecku szczepionki, natomiast 33% przyznało, że nie zna przeciwwskazań (Rycina 13).



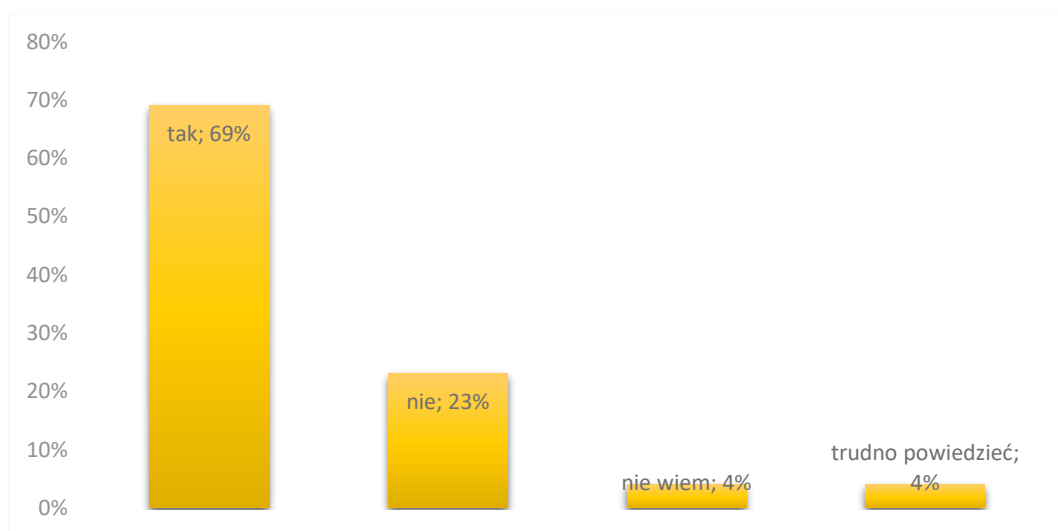
**Rycina 13. Czy posiada Pani/ Pan wiedzę na temat zasad dotyczących przeciwwskazań do szczepień?**

55% badanych miało przeprowadzoną przez pielęgniarkę edukację zdrowotną, na temat znaczenia społecznego szczepień, natomiast 33% nie doświadczyło takiej rozmowy (Rycina 14).



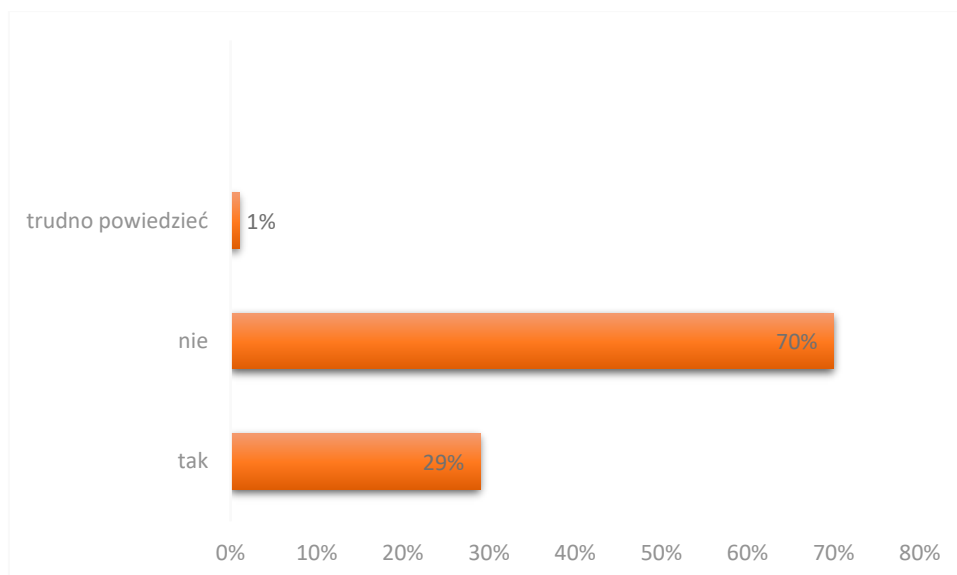
**Rycina 14. Czy pielęgniarka przeprowadziła u Pani/ Pana edukację zdrowotną na temat znaczenia szczepień w społeczeństwie?**

Z badania wynika, że 69% respondentów wie, jakie odczyny poszczepienne mogą wystąpić u dziecka, 23% badanych przyznaje, że nie posiada takiej wiedzy. W grupie respondentów o odpowiedziach „nie wiem” i „trudno powiedzieć” znalazło się łącznie 8 % badanej grupy ankietowanych (Rycina 15).



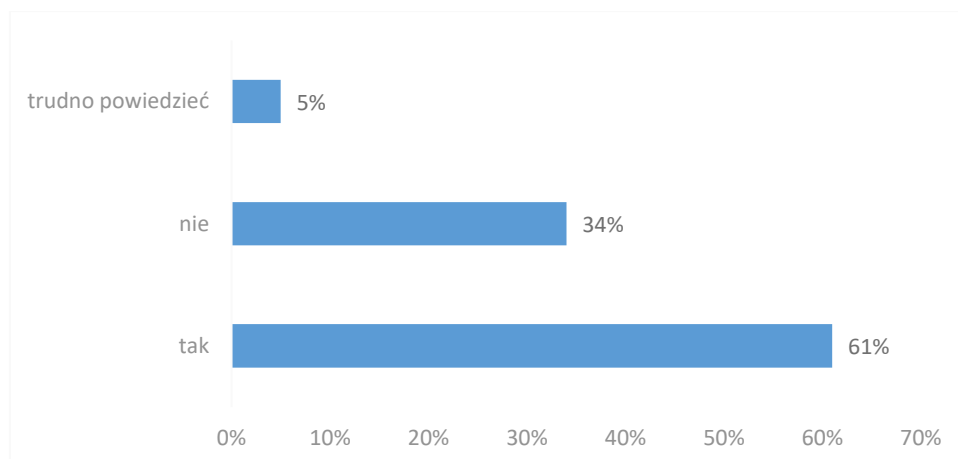
**Rycina 15. Czy posiada Pani/ Pan wiedzę o możliwych odczynach poszczepiennych?**

Z badania wynika, że większość objętych badaniem rodziców (70%) nie korzysta z fachowej literatury, aby poszerzyć swoją wiedzę na temat szczepień ochronnych w ogóle w tym u swoich dzieci (Rycina 16).



**Rycina 16. Czy wiedzę na temat szczepień zdobyła Pani/ Pan z literatury medycznej?**

61% ankietowanych przyznaje, że informacje na temat szczepień zdobywa głównie z Internetu, reklam i ulotek, natomiast 34% nie korzysta z takiej formy przyswojenia czy pogłębienia wiedzy (Rycina 17).



**Rycina 17. Czy wiedzę na temat szczepień zdobyła Pani/ Pan z Internetu, reklam, ulotek?**

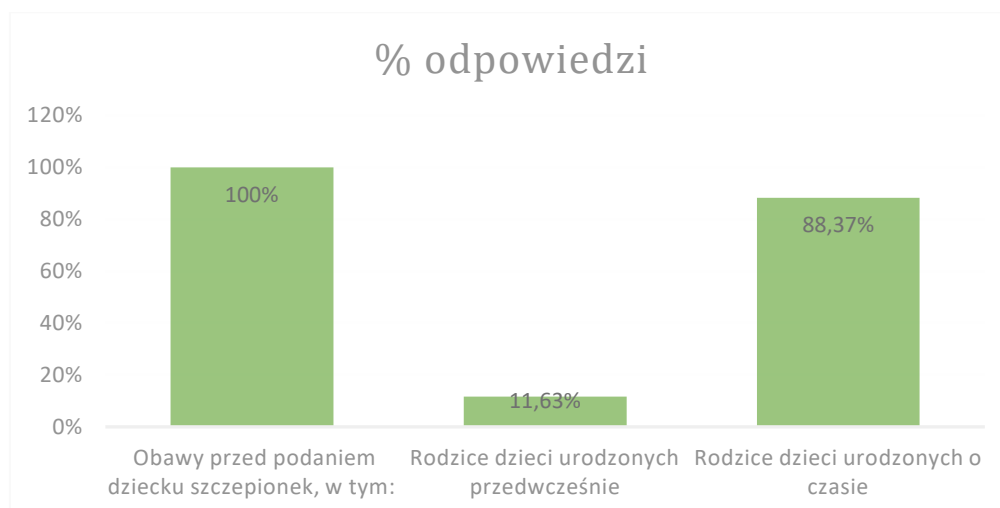
**Wyniki dalsze (nie zawarte w ankiecie)**

Spośród dzieci urodzonych przedwcześnie 71,4% dużo chorowało w dzieciństwie (Tabela VIII).

**Tabela VIII. Ile dzieci urodzonych przedwcześnie dużo chorowało w dzieciństwie?**

	Liczba odpowiedzi	% odpowiedzi
Dzieci urodzone przedwcześnie	7	100 %
Dzieci, które dużo chorowały w dzieciństwie	5	71,4 %

88% rodziców dzieci urodzonych o czasie miało obawy przed podaniem dziecku szczepionki, natomiast tylko 11,63% rodziców dzieci urodzonych przedwcześnie posiadało takie obawy (Rycina 18).



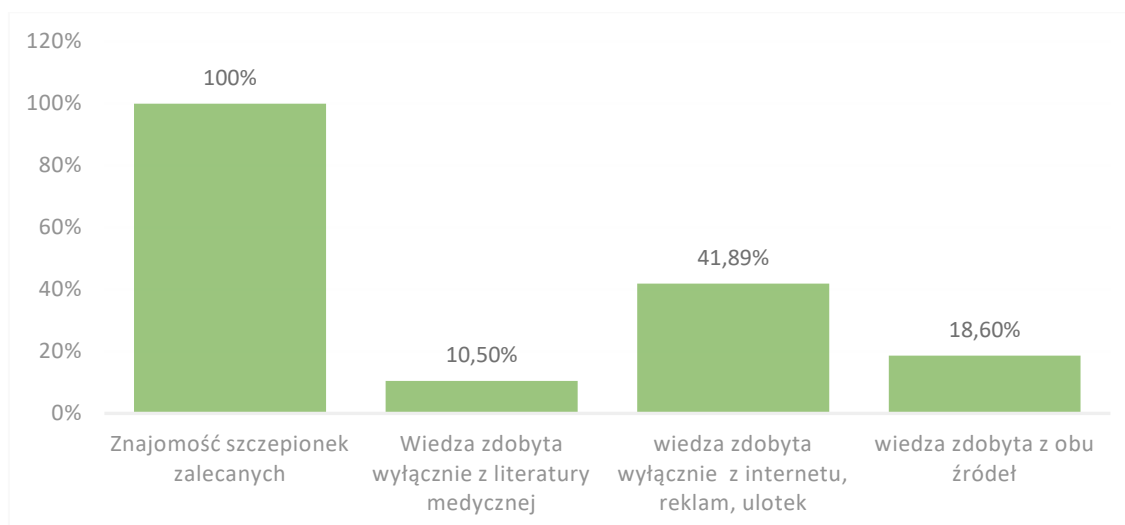
**Rycina 18. Czy obawy przed szczepieniem dziecka mieli rodzice, dzieci urodzonych o czasie, czy przedwcześnie?**

Z badań wynika, że 14,28% dzieci urodzonych przedwcześnie było zaszczepionych szczepionkami spoza kalendarza szczepień zalecanych (Tabela IX).

**Tabela IX. Czy rodzice dzieci urodzonych przedwcześnie szczepili dzieci szczepionkami spoza kalendarza szczepień zalecanych?**

	Liczba odpowiedzi	% odpowiedzi
Dzieci urodzone przedwcześnie	7	100%
Dzieci szczepione szczepionkami spoza kalendarza szczepień	1	14,28 %

Rodzice, którzy znają szczepionki zalecane w 41,89% wiedzę zdobyli z Internetu, reklam i ulotek, z literatury medycznej skorzystało jedynie 10,50%, natomiast z obu tych źródeł skorzystało 18,60% respondentów (Rycina 19).



**Rycina 19. Czy szczepionki zalecane znają rodzice, którzy zdobyli wiedzę z literatury medycznej, czy Internetu, reklam, ulotek?**

Spośród rodziców, którzy posiadają wiedzę na temat szczepień 60% zdobyło ją od pielęgniarki (Tabela X).

**Tabela X. Czy wiedza na temat zasad dotyczących szczepień została przekazana przez pielęgniarkę?**

	Liczba odpowiedzi	% odpowiedzi
Posiadanie wiedzy na temat zasad dotyczących przeciwwskazań do szczepień	60	100%
Edukacja zdrowotna na temat znaczenia szczepień w społeczeństwie przeprowadzona przez pielęgniarkę	36	60,00%

85,89% respondentów posiadających wiedzę na temat szczepień zaszczepiło swoje dzieci szczepionkami zalecanymi z poza kalendarza szczepień, 69,69% rodziców znających odczyny poszczepienne zaszczepiło dzieci szczepionkami dodatkowymi (Tabela XI).

**Tabela XI. Czy wiedza na temat szczepień oraz odczynów poszczepiennych miała wpływ na wykonywanie szczepień?**

	Liczba odpowiedzi	% odpowiedzi
Szczepienia dzieci	99	100%
szczepienia dzieci rodziców posiadających wiedzę o szczepieniach zalecanych	85	85,89%
szczepienia dzieci rodziców posiadających wiedzę o możliwych odczynach poszczepiennych	69	69,69%
szczepienia dzieci rodziców posiadających wiedzę o niepożądanych odczynach poszczepiennych układu nerwowego	30	30,30%

Z badania wynika, że 37% dzieci, które dużo chorowały w dzieciństwie miało zaległości w kalendarzu szczepień zalecanych (Tabela XII).

**Tabela XII. Czy zaległości w szczepieniach były spowodowane tym, że dziecko chorowało?**

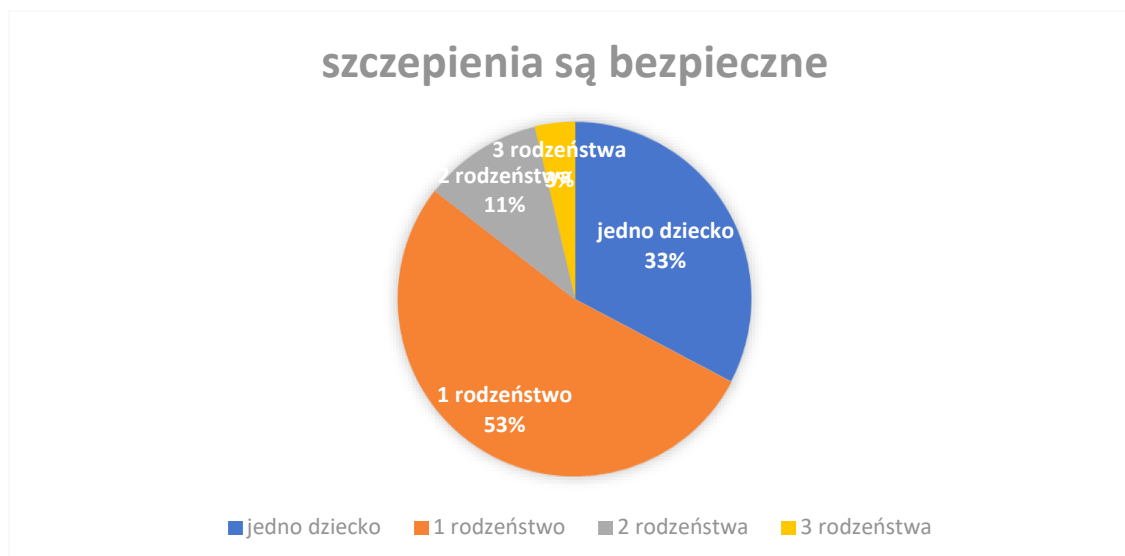
	Liczba odpowiedzi	% odpowiedzi
Częste choroby dziecka w okresie niemowlęcym	16	100 %
Zaległości w kalendarzu szczepień zalecanych	6	37,5 %

Z badania wynika, że 88,88% rodziców szczepiących swoje dzieci ma również na celu ochronę społeczeństwa (Tabela XIII).

**Tabela XIII. Czy szczepi pani dziecko, ponieważ chroni pani społeczeństwo?**

	Liczba odpowiedzi	% odpowiedzi
Szczepienia dzieci	99	100
Program szczepień chroni społeczeństwo	88	88,8888889

Z badań wynika, że o bezpieczeństwie szczepień zapewniają w 53% rodzice posiadający dwoje dzieci, natomiast w 33% mający jedno dziecko (Rycina 20).



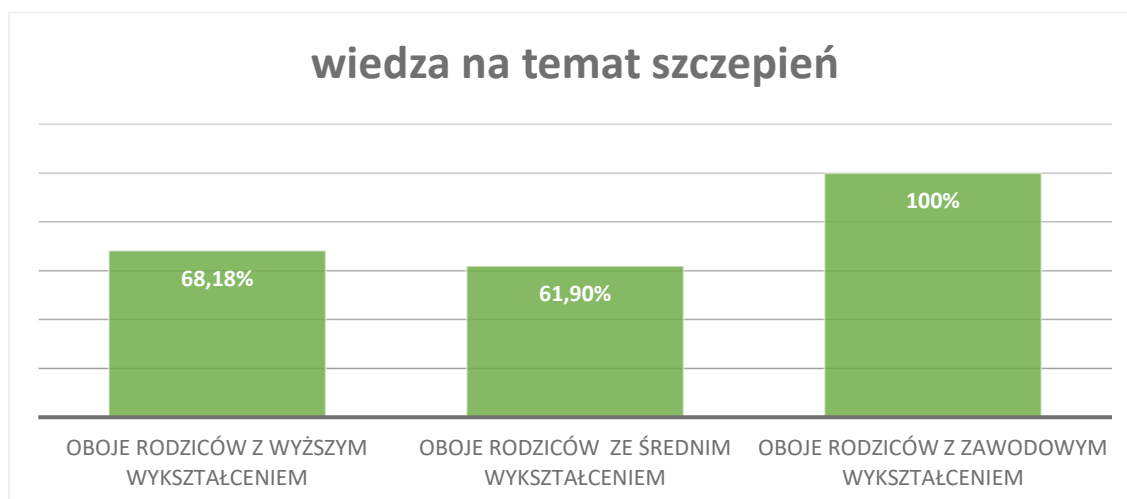
**Rycina 20. Czy ilość posiadanych dzieci miała wpływ na stwierdzenie, że szczepienia są bezpieczne?**

Z badania wynika, że 53,53% rodziców posiadających dwoje dzieci szczepiło je według kalendarza szczepień ochronnych, natomiast posiadający jedno dziecko w rodzinie szczepili regularnie w 34,34% (Tabela XIV).

**Tabela XIV. Czy ilość posiadanych dzieci miała wpływ na szczepienie dzieci wg kalendarza?**

	Liczba odpowiedzi	% odpowiedzi
szczepienia dzieci	99	100 %
jedno dziecko	34	34,34 %
1 rodzeństwo	53	53,53 %
2 rodzeństwa	10	10,10 %
3 rodzeństwa	2	2,02 %

68% rodziców posiadających wyższe wykształcenie wykazuje chęć zdobycia wiedzy na temat szczepień i ich przeciwwskazań, rodzice z wykształceniem średnim wykazują taką chęć w 61,90% (Rycina 21).



**Rycina 21. Czy wykształcenie rodzica ma znaczenie w chęci zdobycia wiedzy na temat szczepień i przeciwwskazań do szczepień?**

Z badania wynika, że ze stwierdzeniem, że szczepionki są nieetyczne zgadza się 65% rodziców w przedziale wiekowym pomiędzy 31- 40 rokiem, natomiast 17% przed 30 r.ż. i po 40 r.ż. (Rycina 22).



**Rycina 22. Czy wiek rodzica ma wpływ na to, że uważa, iż szczepionki są nieetyczne?**

## DYSKUSJA

Najbardziej skuteczną, znaną i powszechną metodą zapobiegania chorobom zakaźnym są obowiązkowe szczepienia ochronne. W Europie z najwyższą liczbą zakażonych odrą są Włochy i Rumunia (według danych WHO). We Włoszech od listopada 2016 do kwietnia 2017 odnotowano 2512 przypadków odry, natomiast w Rumunii ok. 1969 przypadków [3].



Informacje na temat szczepień obowiązkowych oraz wykaz grupy osób zobligowanych do poddania się im znajduje się w art. 17 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych [33], który opublikowano na podstawie upoważnienia zawartego w art. 17 ust. 10 ww. ustawy [7]. W Polsce obowiązek szczepień dotyczy trzynastu chorób zakaźnych, tj. błonicy, tężca, krztuśca, gruźlicy, świnki, odry, różyczki, streptococcus pneumoniae, hemophilus influenzae, poliomyelitis, wirusowego zapalenia wątroby typu C. [8]. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zapewnia, że regularne szczepienia społeczeństwa na całym świecie powodują uniknięcie od 2 do 3 mln zgonów [29].

W krajach rozwiniętych wszczepialność utrzymuje się na wysokim poziomie i średnio sięga ok.95% (według analizy opracowanej przez UNICEF) [2]. 99% wszczepialności przypisuje się Grecji i Węgrom, natomiast poniżej 90% Austrii, Kanadzie i Danii. W Polsce realizacja szczepień była i jest bardzo wysoka, sięga powyżej 90%, a w niektórych województwach dochodzi do niemal 100%.

Państwowy Zakład Higieny przedstawił dane, z których wynika, że na przestrzeni ostatnich lat liczba odmów dotyczących szczepień znacznie wzrosła. W 2010 roku wykazano 3437 odmów szczepień, w 2011 roku 4689 odmów, w 2013 roku 7248 odmów, w 2015 roku 16 689 odmów, a w 2017 roku 30 089 odmów [17].

Przeprowadzono badanie 977 osobowej grupy losowej wśród dorosłych mieszkańców Polski i wykazało ono, że tylko 3% Polaków mających dzieci stwierdziło, że ich dziecko/ dzieci przynajmniej raz nie zostało zaszczepione szczepionkami obowiązkowymi w Polsce [27].

Kowalczyk- Amiko i wsp. Wykazali, że w przypadku szczepień przeciwko infekcji Human Papilloma Virus (HPV) przyczyną nieszczepienia dziewcząt był brak informacji o bezpieczeństwie, skuteczności oraz mechanizmu działania szczepienia [15].

Według badań Komorowskiej- Szczepańskiej rodzice mieli styczność z ideologią przeciwną szczepieniom ochronnym (99%), lecz jej nie popierali twierdząc, że w przypadku zaprzestania szczepień u dzieci przyczynią się do rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych w społeczeństwie [17].

W holenderskim społeczeństwie zbadano w pływ czynników demograficzno-społecznych na negatywne nastawienie ludności do programu szczepień. Brak akceptacji na rozszerzenie programu szczepień wykazano częściej u pracowników ochrony zdrowia i rodziców najwyżej wykształconych.

Głównym powodem takiego nastawienia do wprowadzenia nowych szczepień było przekonanie o małej skuteczności szczepień oraz obawy przed wystąpieniem alergii, lub astmy po podaniu preparatu szczepionkowego [19].

W obecnym badaniu w przypadku szczepień zalecanych wszyscy ankietowani rodzice regularnie szczepią swoje dzieci.

Obecnie rodzice mają coraz większe możliwości zdobywania wiedzy na temat szczepień z różnych źródeł. Wizyty w poradni Lekarza Rodzinnego są okazją do poszerzenia wiedzy na temat bezpiecznych i skutecznych metod ochrony zdrowia poprzez informacje zdobyte od pracowników ochrony zdrowia. Prowadząc edukację społeczeństwa, warto podkreślać wagę szczepień ochronnych jako fundamentalną metodę ochrony przed chorobami zakaźnymi. Historia szczepień w Polsce sięga początków dziewiętnastego wieku. Kalendarz szczepień ochronnych opracowano w latach 1995- 1963, a program szczepień ochronnych (uwzględniając podział na obowiązkowe i zalecane wprowadzono w 1994 roku. W ostatnich latach wzrosła też liczba rodziców odmawiających szczepień u dzieci, najczęściej w obawie przed powstaniem odczynów poszczepiennych, nasiliły się także ruchy antyszczepionkowe [23].

We własnym badaniu wiedzę na temat szczepień rodzice w większości zdobyli z Internetu, reklam i ulotek. Niewielka ilość ankietowanych sięga do literatury medycznej w celu zdobycia tej wiedzy. Połowa ankietowanych rodziców skorzystała z wiedzy przekazanej przez personel medyczny. Ponad połowa badanych nie posiada wiedzy na temat niepożądanych odczynów poszczepiennych.

Według badań Lipskiej i wsp. u dzieci, u których wykonano szczepienia zalecane, lecz nie z kalendarza szczepień obowiązkowych najwięcej, bo 73 (32%) zostało zaszczepionych przeciwko pneumokokom. Szczepienie przeciw grypie wykonano rzadziej, bo 21%, natomiast przeciwko rota wirusom 14%, najmniej szczepień wykonano przeciw meningokokom, bo 12% [21].

We własnym badaniu, w którym na pytanie, czy rodzice szczepią swoje dzieci szczepionkami z poza kalendarza szczepień obowiązkowych okazało się, że 54% ankietowanych nie decyduje się na takie szczepienia. W wyniku tego można stwierdzić, że obawy przed szczepieniami nadobowiązkowymi nadal istnieją.

We wcześniej nadmienionym badaniu 977 osobowej grupy mieszkańców Polski wspomniano, że najczęstszym powodem rezygnacji ze szczepień były obawy przed niepożądanymi odczynami poszczepiennymi (40%), lub też medyczne przeciwwskazania (39%) [25].

W aktualnym badaniu 69 % rodziców zasygnalizowało brak wiedzy na temat odczynów poszczepiennych.

Liczba dzieci niezaszczepionych w Polsce wzrasta i powinno być to sygnałem alarmującym środowisko medyczne. Rodzice pozyskują wiedzę na temat szczepień z różnych źródeł i nie zawsze są one adekwatne i rzeczywiste. Kontakt rodziców i ich dzieci z pracownikami ochrony zdrowia (lekarz rodzinny, pielęgniarka środowiskowo-rodzinna, pielęgniarka położna) powinien ułatwić zdobycie kompetentnej i fachowej wiedzy. Pracownik ochrony zdrowia staje się exemplum w zdobyciu informacji na temat bezpiecznych i skutecznych metod ochrony zdrowia. Kontakt i zaufanie do pracownika ochrony zdrowia ułatwia podjęcie właściwych decyzji chroniących dzieci przed ewentualnymi konsekwencjami niezaszczepienia dziecka przed chorobami zakaźnymi.

Szczepienia zapewniające ochronę przed chorobami zakaźnymi są wartością niepodważalną. Niezwykle ważna jest edukacja społeczeństwa w tej dziedzinie. Ważna jest świadomość tego, że nie ma szczepionek, które są całkowicie pozbawione działań niepożądanych, lecz w obecnym czasie są coraz bezpieczniejsze [6].

Badania Rogalskiej i wsp. wykazały, że większy jest odsetek rodziców szczepiących dzieci zgodnie z kalendarzem szczepień (86%). Z powodu infekcji nie zaszczepiono 14% przypadków dzieci (71%), z powodu przeciwwskazań, lub celowo nie zaszczepiono 12% dzieci [27].

We własnym badaniu wynika, że 84% dzieci nie chorowało w wieku niemowlęcym, więc nie mogło to być argumentem do niezaszczepienia dziecka. Notabene 88% ankietowanych nie miało zaległości w regularnych szczepieniach swoich dzieci.

Ruchy antyszczepionkowe rozwijające się w Polsce mają na celu przede wszystkim ograniczenie masowych szczepień. Informacje o szkodliwości szczepień, powikłaniach poszczepiennych, osłabieniu odporności organizmu znajdują się na wielu portalach. Wiele informacji pojawia się również na temat wpływu obecności rtęci w składzie szczepionek na powstanie autyzmu. Takie treści są rozpowszechniane również przez środowiska medycyny naturalnej jak i środowiska homeopatyczne.

Kolejnym przykładem jest dr Andrew Wakefield, który w 1998 roku opublikował wyniki swoich badań na łamach czasopisma „The Lancet” wysuwając koncepcję związku między autyzmem a szczepieniem MMR. Wówczas nastąpił znaczny spadek szczepień przeciwko odrze, śwince i różycyce, co spowodowało pojawienie się ognisk epidemii odry u dzieci w Wielkiej Brytanii [13].

Z obecnych przeprowadzonych ankiet wynika, że 63% osób badanych odpowiedziało, że decyzja poddania dziecka szczepieniom nie miała wpływu na informacje dotyczące wpływu szczepień na autyzm.

Według badań przeprowadzonych przez Malinowską i Włoszczak- Szubzdę wśród 92 rodziców aż 84,8% decydując się na szczepienia swoich dzieci kierowało się przede wszystkim chęcią ochrony dzieci przed chorobami wieku dziecięcego, 10,9% przyznało, że szczepiło dzieci, ponieważ obawiało się kar finansowych, natomiast pozostali (4,4%) dlatego, że tak postępują ich znajomi [18]. Według Leszczyńskiej i wsp. największe znaczenie przy podejmowaniu decyzji o szczepieniach (68%) miała obawa przed zachorowaniem dziecka [19].

W wyżej wymienionych badaniach wykazano, że 73,9% ankietowanych uważa, że szczepienia mają negatywny wpływ na zdrowie ich dzieci, 10,9% badanych uznało, że nie mają wpływu, natomiast 15,2% nie miało zdania na ten temat. W obecnym badaniu obawy przed zaszczepieniem dziecka miało 46% ankietowanych, natomiast 43% takich obaw nie posiadało.

Informacje o potrzebie zaszczepienia dziecka 84,8% rodziców zdobywało od lekarza, natomiast 24,1% od pielęgniarki. W badaniach Leszczyńskiej 43% ankietowanych podjęło decyzję o zaszczepieniu dzieci szczepionkami zalecanymi, głównie przeciw pneumokokom (68%), meningokokom (54%) oraz rotawirusom i ospie wietrznej (po 24%).

Według Gawlik i wsp. ze szczepień zalecanych skorzystało 39,8% ankietowanych [8]. W obecnym badaniu 55% ankietowanych przyznało, że na temat szczepień zalecanych dowiedziało się od pielęgniarki. W badaniach Kraśnickiej ze szczepień zalecanych skorzystało 53% ankietowanych i były to szczepienia przeciwko pneumokokom (31,7%), rotawirusom (20,3%), a także ospie wietrznej (13,3%). Informacje o możliwości wykonania dodatkowych szczepień zalecanych 84,1% rodziców otrzymało od lekarza rodzinnego, a 58,7% od pielęgniarki rodzinnej [16].

W badaniach udowodniono, że wykształcenie rodziców ma istotny wpływ na poziom wiedzy na temat szczepień oraz podejmowane decyzje. Stwierdzono, że im wyższe wykształcenie ankietowanych, tym więcej pojawiało się obaw i wątpliwości w sprawie szczepień dziecka [6]. W badaniach Kraśnickiej bardziej skłonni do szczepień swoich dzieci

okazali się rodzice z wykształceniem zawodowym. Rodzice z wyższym wykształceniem do programu szczepień ochronnych odnosili się bardziej sceptycznie, częściej też korzystali ze szczepionek zalecanych i wysoko skojarzonych. W obecnym badaniu większość ankietowanych posiadało wyższe wykształcenie, lecz nie miało to wpływu na wybór szczepionek dla dzieci [16].

Według Kopernego i wsp. nowe preparaty szczepionkowe przyczyniają się do coraz większej liczby odczynów niepożądanych o łagodnym przebiegu. Uznano, że DTP, Tripacel i BCG są szczepionkami, które najczęściej powodują odczyny poszczepienne [14].

Według Rogalskiej i wsp. badani rodzice uznali za najmniej bezpieczną szczepionkę przeciw pneumokokom 92,6%), a także poliomyelitis (1,6%). 15% badanych uważa, że w kalendarzu szczepień znajduje się przynajmniej jedno szczepienie niosące ze sobą większe ryzyko, niż przebyta choroba, od której chroni [27]. W obecnym badaniu na pytanie o bezpieczeństwo szczepionek 55% badanych rodziców uznało, że są bezpieczne.

W Polsce w 1995 roku powstał system monitorowania bezpieczeństwa stosowanych szczepionek. Powiatowe Stacje Sanitarно-Epidemiologiczne gromadzą dane o występujących odczynach poszczepiennych na terenie całego kraju. Światowa Organizacja Zdrowia w 1999 roku powołała Światowy Komitet Doradczy ds. Bezpieczeństwa Szczepień, który ściśle współpracuje z Centrum Kontroli Chorób w Atlancie w USA [16].

Warunkiem uzyskania jak największej liczby zaszczepionych jest pozyskanie zaufania do 4 Małwersacje finansowych przedstawicieli firm farmaceutycznych oraz zatajanie raportów o niewłaściwych zdarzeniach związanych ze szczepieniami nie sprzyjają zdobywaniu zaufania w społeczeństwie [10].

Naukowcy różnych dziedzin od wielu lat rozważają teoretycznie oraz badawczo zachowania zdrowotne będące niezmiernie ważnym czynnikiem aktywności życiowej człowieka. W wyniku tego powstały różne wzorce klasyfikowania i definiowania zachowań zdrowotnych [5]. Według Nosko zachowania zdrowotne są ukształtowane historycznie i są wieloczynnikowym łańcuchem reakcji grup społecznych, mobilizowanym koniecznością zachowania zdrowia i życia, a także zapobieganiem chorobom, które wiążą się z leczeniem [24].

Z uwagi na wpływ społeczny, niezmiernie istotny jest poziom zachowań zdrowotnych. Od tego zależy kształtowanie zachowań prozdrowotnych, jak i antyzdrowotnych [13].

Modelowanie zachowań zdrowotnych w jak najwcześniejszym okresie życia dziecka powoduje ukształtowanie pozytywnych nawyków i zachowań w dorosłym życiu. Odpowiednie wychowanie zdrowotne w rodzinie skutkuje ukształtowaniem pozytywnych nawyków i postaw zdrowotnych w przyszłości. Wobec tego niezmiernie ważna jest edukacja zdrowotna u dzieci, jak i rodziców.

## **WNIOSKI**

1. Zasób wiedzy rodziców na temat szczepień obowiązkowych i zalecanych jest niewystarczający i wymaga uzupełnienia. Natomiast ilość posiadanych dzieci w rodzinie nie decyduje o podaniu potomkowi dodatkowych szczepień zalecanych, natomiast sytuacja ekonomiczna w niewielkim stopniu wpływa na takie decyzje.
2. Rodzice o wyższym wykształceniu mają większe motywacje w zdobywaniu wiedzy o szczepieniach, natomiast najczęstszym źródłem wyszukiwania informacji jest Internet.
3. Dzieci urodzone przedwcześnie częściej chorują, co znacznie wpływa na opóźnienie w terminach szczepień z kalendarza szczepień ochronnych, a także często jest powodem rezygnacji ze szczepień zalecanych.
4. Odczyny poszczepienne u ankietowanych dzieci pojawiały się w niewielkim stopniu, lecz rodzice tych dzieci częściej odczuwali wątpliwości przed podaniem dziecku kolejnego szczepienia.
5. Obowiązek realizacji aktualnego programu szczepień ochronnych spoczywa na lekarzu i pielęgniarce, więc należy zwrócić uwagę na budowanie lepszych relacji lekarz- pacjent, pielęgniarka- pacjent, co pozwoli na zdobycie większego zaufania i zwiększy częstotliwość podawania szczepień zalecanych chroniąc nasze społeczeństwo.

## **PIŚMIENNICTWO**

1. Ames H.M.R., Glenton C., Lewin S.: Parents' and informal caregivers' views and experiences of communication about routine childhood vaccination: a synthesis of qualitative evidence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017, 3, 47-88.
2. Bednarek A., Zarzycka D.: Potrzeba i założenia nowoczesnej edukacji na przykładzie szczepień ochronnych, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2015, 96(1), 1-7.

3. Dornbusch H.J., Hadjipanayis A., Torso S., Mercie J.C., Wyder.C., Schrier L, Ross-Russell R., Stiris T., Ludvigsson J.F.: We strongly support childhood immunisation-statement from the European Academy of Paediatrics. *European Journal of Pediatrics*. 2017, 176, 679-680.
4. Brown K. F., Shanley R., Cowley N.A.L., i wsp.: Attitudinal and demographic predictors of measles, mumps and rubella (MMR) vaccine acceptance: development and validation of an evidence- based measurement. *Vaccine*, 2011, 29, 1700- 1709.
5. Charońska E.: Podstawy teoretyczne edukacji zdrowotnej [w:] Teoretyczne podstawy promocji zdrowia, Tom 1, Andruszkiewicz A, Banaszek M (red). Wyd Czelej, Lublin 2008, 89-132.
6. Austvoll- Dahlgren A., Helseth S.: What informs parents' decision- making about childhood vaccinations? *Journal of Advanced Nursing*, 2010, 66, 11, 2421- 2430.
7. Czarkowski M.P., Kondej B., Staszewska-Jakubik E., Cielebak E.: Szczepienia ochronne w Polsce w 2016 roku. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Główny Inspektorat Sanitarny, Warszawa 2016, 24-27.
8. Gawlik K., Woś H., Waksmańska W: Opinie rodziców na temat szczepień ochronnych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2016, 20, 360-364.
9. Czajka H.: Nowości w szczepieniach. *Standardy Medyczne Pediaatria*, 2010, 7, 120-123.
10. Gwiazda M.: Polacy o obowiązku szczepienia dzieci. *CBOS*, 2017, 100, 1- 13.
11. Hak E., Schonbeck Y., De Melker H. i wsp. Negative attitude of highly educated parents and health care workers towards future vaccinations in the Dutch childhood vaccination program. *Vaccine*, 2007, 25, 3996- 4002.
12. <http://szczepienia.pzh.gov.pl/faq/gdzie-mozna-znalezc-informacje-na-temat-liczby-nieszczepionych-dzieci> pobrano dnia 16.04.2019.
13. Gowda Ch., Schaffer S.E. i wsp.: Understanding attitudes toward adolescent vaccination and the decision-making dynamic among adolescents, parents and providers. *BMC Public Health* 2016, 12, 509.
14. Koperny M., Biała M., Bondoła K. i wsp.: Analiza występowania niepożądanych odczynów poszczepiennych w Polsce w latach 2003- 2012. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2014, 95, 3, 609- 615.



15. Kowalczyk- Amiko K., Suzin J., Bładowska K., Janas A.: Świadomość gimnazjalistek i ich rodziców na temat szczepień przeciwko HPV. *Zdrowie Publiczne*, 2010, 120, 3, 228- 233.
16. Kraśnicka J.: Szczepienia ochronne obowiązkowe i zalecane w Polsce w percepcji podopiecznych przychodni lekarzy rodzinnych Pro Medica Centrum w Białymstoku. [w:] *Współczesne wyzwania w ochronie zdrowia*. Tom 1, Klimaszewska K., Baranowska A., Krajewska-Kułak E. (red.). Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2018, 75-98.
17. Komorowska- Szczepańska W.: Analiza pytań zadawanych przez rodziców na temat szczepień ochronnych u niemowląt. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2015, 9, 3, 221- 222.
18. Malinowska M., Włoszczak- Szubzda A.: Ocena wiedzy rodziców na temat szczepień zalecanych u dzieci. *Aspekty Zdrowia i Choroby*, 2017, 2, 1, 39- 46.
19. Leszczyńska E., Borkowska E., Irzyniec T. i wsp.: Postawa rodziców wobec szczepień ochronnych [w:] *Dobrostan a rozwój i zdrowie dzieci i młodzieży*, Markocka K., Mączka, Król H.(red), Wyd. Naukowe NeuroCentrum, Lublin 2016, 157-170.
20. Matkowska- Kocjan A., Szenborn L.; Bezpieczeństwo szczepień w świetle najnowszej wiedzy medycznej. *Przewodnik Lekarza*, 2010, 5, 23- 28
21. Lipska E., Lewińska M., Górnicka G.: Realizacja szczepień zalecanych u dzieci i opinie rodziców na temat tych szczepień. *Nowa Medycyna*, 2013, 2, 43- 48.
22. Magdzik W.: Szczepionka przeciwko ospie prawdziwej [w:] *Wakcynologia*, Magdzik W., Naruszewicz- Lesiuk D., Zieliński A. (red.). a- medicapress, Bielsko Biała 2017, 420- 424.
23. Measles and Rubella Surveilnlance  
Data,[http://www.wh.int/immunization/monitoring\\_surveillance/burden/vpd/surveillance\\_type/active/measles\\_monthldata/en/](http://www.wh.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/vpd/surveillance_type/active/measles_monthldata/en/) pobrano dnia 2.01.2019.
24. Nosko J.: *Zachowania zdrowotne i zdrowie publiczne*. IMP, Łódź 2005.
25. Scheeran P., Gollwitzer P.M., Bargh J.A.: Nonconscious processes and health. *Health Psychology Report*,2013, 32, 5, 460- 473.
26. Ślusarczyk J.: Problematyka szczepień w krajach Unii Europejskiej. *Przegląd Epidemiologiczny*, 2013, 57, 97-101.
27. Rogalska J., Augustynowicz E., Gzyl A., Stefanoff P.: Postawy rodziców wobec szczepień ochronnych w Polsce. *Przegląd Epidemiologiczny*, 2010, 64, 91- 97.



28. Różalska E.J., Kaczyńska A., Belowska J.: Ocena wiedzy pielęgniarek na temat szczepień ochronnych. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 2015, 51, 11-17.
29. Suls J., Krantz D.S., Williams G.C.: The strategies for bridging levels of analysis and embracing the biopsychosocial model. *Health Psychology Report*, 2013, 32, 5, 597- 601
30. Rogalska J, Augustynowicz E, Gzyl A i wsp.: Źródła informacji oraz wiedza rodziców na temat szczepień ochronnych w Polsce. *Przegląd Epidemiologiczny*, 2015, 1, 83-90.
31. Stan sanitarny kraju w roku 2016, Państwowa Inspekcja sanitarna, [https://gis.gov.pl/images/Stan\\_sanitarny\\_kraju\\_2016.pdf](https://gis.gov.pl/images/Stan_sanitarny_kraju_2016.pdf) data pobrania 4.03.2019
32. Zgliczyński W. S., Cianciara D.: Szczepienia ochronne dzieci i młodzieży w Polsce- wybrane zagadnienia. *Analizy. Biuro Analiz Sejmu*, 2015, 2, 122, 1- 1.
33. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570).

## **ROLA I ZADANIA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE I POPRAWIE JAKOŚCI ŻYCIA PACJENTA Z ŁUSZCZYCOWYM ZAPALENIEM STAWÓW**

**Małgorzata Filanowicz<sup>1</sup>, Katarzyna Fąs<sup>2</sup>**

1. Wydział Nauk o Zdrowiu Katedra Pielęgniarstwa Zachowawczego Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu
2. Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo, Colegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

### **WPROWADZENIE**

Zdiagnozowanie łuszczycowego zapalenia stawów jest często dla pacjentów „podwójnym ciosem”. Ta przypadłość jest niezwykle dokuczliwa, ze względu na dolegliwości płynące zarówno ze strony układu kostno – stawowego, jak i ze zmian skórnych.

Osoby dotknięte łuszczycą stawową są zmuszone znosić utrapienia związane z ograniczoną sprawnością fizyczną, dolegliwościami bólowym, a dodatkowo ze zmianami skórnymi, które silnie obniżają poczucie komfortu i samoocenę. Świadomość społeczeństwa w temacie łuszczycowego zapalenia skóry (ŁZS) jest znikoma. Spora część osób uznaje objawy za zaraźliwe i stygmatyzuje chorych świadomie unikając kontaktu z nimi. Wynikające z tego poczucie wykluczenia, jest jedną z wielu konsekwencji tej choroby [1].

Zmiany wywołane przez ŁZS były dawniej leczone tylko środkami zewnętrznymi. Ich efektywność była niewielka albo wręcz niezauważalna. Wykorzystanie zdobytej wiedzy na temat patogenezы choroby, pozwoliło na zrewolucjonizowanie sposobu terapii. Korzystanie z nowoczesnej farmakoterapii dającej pozytywne skutki, umożliwia pacjentom utrzymanie aktywności fizycznej i stały komfort życia [2].

Łuszczycowe zapalenie stawów jest chorobą przewlekłą, charakteryzującą się zapaleniem stawów i występowaniem łuszczycy. ŁZS to choroba reumatyczna, której zmiany występują w stawach obwodowych lub w kręgosłupie [3]. Zmiany łuszczycowe dotyczą skóry i paznokci. Należy pamiętać, że natężenie dolegliwości stawowych nie odpowiada nasileniu łuszczycy [1].

## ROZWINIĘCIE

Według Międzynarodowej Fundacji Łuszczycowej częstość zachorowań na łuszczycowe zapalenie stawów nie jest dokładnie znana. Szacuje się ją na 0,05-0,2% wśród populacji ogólnej. Wykazano, że występowanie zapalenia stawów wśród populacji ogólnej wynosi 2-3%, natomiast u chorych na łuszczycę wynik ten znacząco wzrasta i waha się od 7-42%. Z kolei występowanie łuszczycy szacuje się na 2-3% wśród populacji ogólnej, a u chorujących na zapalenie stawów liczba zachorowań na łuszczycę zwiększa się do 2,6-7% [1]. Na ŁZS chorują w porównywalnym stopniu zarówno kobiety, jak i mężczyźni. Badania i obserwacje wykazały jednak pewną zależność - zmiany chorobowe w kręgosłupie występują częściej u chorych płci męskiej. ŁZS najczęściej dotyczy osób między 30 a 55 rokiem życia – ale spotyka również dzieci [3].

### *Klasyfikacja łuszczycowego zapalenia stawów*

Klasyfikacja ŁZS opracowana przez Molla i Wrighta w 1973r. jest stosowana do dzisiaj. Zostało w niej wyróżnione pięć postaci klinicznych łuszczycowego zapalenia stawów, w zależności od umiejscowienia stawów, liczby i sposobu, w który są zmienione chorobowo (Tabela I) [4].

**Tabela I. Kryteria klasyfikacji ŁZS wg Molla i Wrighta z 1973 roku [4].**

Nazwa	Opis
Postać niesymetryczna	Zapalenie mniej niż 5 stawów, najczęściej stawów kończyn dolnych, dłoni i stóp. Charakterystycznym objawem jest zapalenie tkanek miękkich palca i zaczerwienienie- palec kiełbaskowaty.
Postać symetryczna	Dotyczy wielu stawów, najczęściej dłoni, stóp, nadgarstków i stawów skokowych. Dotyczy jednocześnie odpowiadających sobie stawów na obu kończynach.
Postać z zajęciem stawów międzypaliczkowych	Dotyczy dystalnych stawów międzypaliczkowych, zazwyczaj towarzyszy temu łuszczyca paznokci.
Postać osiowa	Zapalenie dotyka stawu krzyżowo-biodrowe, oraz kręgosłup
Postać okaleczająca	Dotyczy stawów międzypaliczkowych całej dłoni. Charakteryzuje się znacznym zniszczeniem i deformacją stawów.

### ***Objawy w narządzie ruchu***

Zapalenie stawów wyprzedza wystąpienie zmian łuszczycowych u 15-20% pacjentów [1]. Najczęstszymi objawami są:

- zapalenie stawów obwodowych wraz z pojawieniem się objawów tj. ból, zaczerwienienie, obrzęk, ocieplenie;
- sztywność poranna trwająca dłużej niż godzinę, utrudniająca wykonywanie codziennych czynności;
- ograniczona ruchomość w odcinku szyjnym, piersiowym lub lędźwiowym kręgosłupa;
- ból nocny i sztywność poranna w dolnym odcinku kręgosłupa;
- zapalenie palców w którym objęte zostają stawy i pochewki ścięgien palca – tzw. palec kiełbaskowaty, występujący u 30-40% chorych z ŁZS;
- skrócenie paliczków w wyniku osteolizy tzw. palec teleskopowy;
- zapalenie przyczepów ścięgniastych, charakteryzujące się obrzękiem i bólem podczas ucisku w miejscu przyczepu torebki stawowej, więzadła, lub ścięgna [5].

### ***Objawy pozastawowe***

Tak jak w przypadku większości chorób zapalnych, pacjenci z łuszczycowym zapaleniem stawów skarżą się na: ogólne osłabienie i zmęczenie, brak łaknienia, spadek masy ciała [4].

U 1/3 chorych na ŁZS występują choroby oczu, najczęściej jest to zapalenie spojówek, rzadziej zapalenie błony naczyniowej oka.

Pacjenci z łuszczycą stawową poprzez ciągły proces zapalny toczący się w ich organizmie, są również zagrożeni wystąpieniem miażdżycy. Ze względu na groźne, potencjalne powikłania tej choroby – takie jak zawał mięśnia sercowego, czy udar mózgu, ważna jest szybka diagnostyka i przeciwdziałanie jej rozwojowi. Chorzy na ŁZS powinni być pod opieką kardiologa, także ze względu na możliwość wystąpienia zmian w mięśniu sercowym. Sporadycznie występującym objawem pozastawowym jest niedomykalność zastawki aortalnej lub mitralnej [6].

### **Objawy dermatologiczne**

W znacznej większości przypadków – u około 80% chorych, objawy dermatologiczne wyprzedzają objaw zapalenia stawów. Równoczesne występowanie zmian skórnych i zmian zapalnych stawów (w ciągu kilku miesięcy) występuje u 16% pacjentów [3]. Wśród zmian dermatologicznych wyróżnia się zmiany skórne i zmiany chorobowe płytek paznokciowych. W ŁZS możliwe jest występowanie każdego rodzaju łuszczycy.

Łuszczycyca zwyczajna jest najczęstszym rodzajem pojawiającym się w przebiegu ŁZS. Charakterystycznymi miejscami na których występują zmiany są: owłosiona skóra głowy, okolica krzyżowa tułowia, kolana, oraz łokcie. Zmiany skórne są wypukłe ponad skórę, mają wyraźnie odgraniczone brzegi, są czerwone i pokryte srebrzystymi łuskami. Pojawiają się zazwyczaj symetrycznie i obustronnie [1].

Najczęstszą postacią łuszczycy zwyczajnej jest łuszczycyca plackowata. Zmiany najczęściej pojawiają się na łokciach, kolanach i okolicy krzyżowej. W wyniku silnych emocji lub stresu, może dojść do współwystąpienia rozsianych grudek łuszczycowych – które są główną postacią w wysiewnej łuszczycy drobnogrudkowej [1].

Rzadko występującym rodzajem łuszczycy zwyczajnej w ŁZS, jest łuszczycyca drobnogrudkowa. Zmiany w niej są liczne, nieregularnie rozsiane, ze średnicą poniżej 1 cm. Jej objawy często ustępują samoistnie [1].

Łuszczycyca odwrócona jest często spotykana u pacjentów z ŁZS. Objawia się w postaci zmian rumieniowo – zapalnych, często towarzyszy im maceracja naskórka oraz wysięk. Zmiany często występują w szparze pośladkowej, dołach pachowych, fałdach pachwinowych, podsutkowych i okolicy zausznej [1].

Erytrodermia łuszczycowa jest uogólnionym zapaleniem skóry. Może powstać samoistnie, ale również w wyniku stosowanej terapii, np. zbyt agresywnego promieniowania ultrafioletowego, które wiąże się z wystąpieniem efektu tzw. odbicia. Objawem towarzyszącym jest zwykle złuszczenie skóry, które jest najbardziej nasilone w obszarze dłoni i stóp. W przebiegu erytrodemii łuszczycowej można zaobserwować dreszcze, stany podgorączkowe i gorączkę. Długotrwałe występowanie erytrodemii prowadzi do utraty wody, białka, elektrolitów, a także do amyloidozy i pogorszenia przebiegu chorób wewnętrznych [1].

Kolejnymi z objawów dermatologicznych występujących w łuszczycy stawowej są zmiany chorobowe płytki paznokciowej. Występują one u 67-90% pacjentów i są charakterystycznym objawem ŁZS [1].

Najczęstszymi zmianami, które zachodzą w paznokciach są:

- naparstkowate zagłębienia w obrębie płytki paznokciowej;
- znajdujące się pod płytką paznokcia grudki łuszczycowe tworzące tzw. objaw plamy olejowej;
- uniesienie wolnego brzegu płytki paznokcia spowodowane gromadzącymi się masami rogowymi;
- onycholiza, czyli odwarstwienie płytki paznokcia od łożyska [3].

Ostatnie badania wskazują na to, że paznokieć jest ważnym elementem w diagnostyce ŁZS. Umożliwia wczesne rozpoznanie choroby, a w efekcie szybkie rozpoczęcie leczenia. Zaobserwowanie zmian chorobowych na paznokciu może być przyczyną wykonania badania metodą rezonansu magnetycznego. MRI o wysokiej rozdzielczości umożliwia ocenę obecności wczesnego procesu zapalnego, zachodzącego w obrębie stawów międzypaliczkowych dalszych. Anatomiczne, bezpośrednie połączenie pomiędzy stawem DIP a paznokciem, powoduje rozwój procesu zapalnego w macierzy paznokcia w wyniku toczącego się procesu zapalnego w okolicy stawu DIP [3].

### ***Diagnostyka i rozpoznanie ŁZS***

Rozpoznanie łuszczycy stawowej jest sporym wyzwaniem. Nie istnieją testy laboratoryjne, które jednoznacznie wskazują na obecność tej choroby. Do prawidłowej diagnostyki ŁZS konieczne jest wykonanie wielu badań i przeprowadzenie wywiadu rodzinnego. Ważne jest uzyskanie informacji o występowaniu łuszczycy w przeszłości pacjenta lub w jego rodzinie, a także o obecności antygenu HLA-Cw6, który pozwala oszacować ryzyko dziedziczenia łuszczycy [7].

Wyniki badań laboratoryjnych stosowanych w diagnostyce, wykazują podwyższenie OB, wzrost GRP i CRP, które świadczą o aktywności choroby. Specyficznym objawem rozpoznania łuszczycy stawowej są ujemne testy na obecność czynnika reumatoidalnego we krwi [3]. Wykazano jednak, że RF może występować u 5-16% chorych na ŁZS [1].

Poprzez badania radiologiczne można rozpoznać jeden z kluczowych objawów ŁZS, jakim są zmiany w stawach DIP pod postacią brzeżnych nadżerek, wraz z degradacją struktury kości. Osteoliza jest również często możliwa do zaobserwowania w stawach śródrečno-palcowych. W obrazie radiologicznym typowym dla łuszczycy stawowej, występuje także

objaw nawarstwienia okostno stawowego paliczków rąk i stóp. Charakterystyczne w ŁZS jest również zapalenie stawów krzyżowo-biodrowych, najczęściej asymetryczne [5].

Dodatkowym narzędziem diagnostycznym ułatwiającym rozpoznanie ŁZS są kryteria klasyfikacyjne CASPAR (Tabela II). Wiarygodność klasyfikacji wynosi 91,4% i umożliwia rozpoznanie także wśród pacjentów, u których nie wykryto czynnika RF, oraz niezależnie od występowania zmian radiologicznych [3]. Według CASPAR łuszczycyca stawowa jest możliwa do rozpoznania u chorego z zapaleniem stawów i  $\geq 3$  punktów.

**Tabela II. CASPAR – CIASsification criteria for Psoriatic ARthritis na podstawie: Arthritis Rheum, 2006; 54: 2665 – 2673 [5].**

Łuszczycyca skóry stwierdzona przez dermatologa lub reumatologa; obecność łuszczycy w wywiadzie osobniczym, lub rodzinnym	1 pkt.
Aktualnie obecne zmiany łuszczycowe	2 pkt.
Zmiany łuszczycowe paznokci charakterystyczne w ŁZS	1 pkt.
Brak czynnika reumatoidalnego	1 pkt.
Zapalenie palców – objaw palca kielbaskowatego	1 pkt.
Zmiany okołostawowe w wynikach badań radiologicznych ręki lub stopy	1 pkt.

### ***Leczenie farmakologiczne***

ŁZS jest chorobą wielodyscyplinarną, jej sposoby leczenia powinny być spójne i wynikające ze współpracy reumatologa i dermatologa. Kluczowymi celami terapii są: zahamowanie aktywności choroby, złagodzenie dolegliwości bólowych oraz utrzymanie sprawności fizycznej [1].

Zgodnie z zaleceniami ekspertów pierwszą grupą leków stosowaną w terapii ŁZS są niesteroidowe leki przeciwzapalne tj. diklofenak, naproksen, ketoprofen. Ich działanie jest objawowe – eliminują ból i działają przeciwzapalnie. NLPZ nie wpływają na stan skóry, dlatego konieczna jest dodatkowe leczenie ukierunkowane na zmiany dermatologiczne. Wśród działań niepożądanych występujących w trakcie leczenia NLPZ, znajdują się powikłania ze strony układu pokarmowego np. choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy. Przyjmuje się, że przyjmowanie NLZP wśród pacjentów obciążonych kardiologicznie powinno trwać jak

najkrócej, ze względu na negatywne oddziaływanie leków na układ sercowo – naczyniowy. Został udowodniony wzrost ryzyka wystąpienia zawału serca lub udaru, wśród chorych objętych terapią niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi [6].

Kolejną grupą stosowanych leków są tzw. leki modyfikujące przebieg choroby, najczęściej stosowanymi są: metotreksat, leflunomid, cyklosporyna A i sulfalazyna. LMPCh są przeważnie stosowane w przypadku, gdy terapia NLPZ nie przyniosła oczekiwanych efektów lub gdy została stwierdzona zwiększona aktywność choroby [8].

- Najlepsze efekty terapeutyczne wynikają ze stosowania metotreksatu. Lek jest dobrze tolerowany przez pacjentów, charakteryzuje się korzystnym wpływem zarówno z łagodzeniu zmian stawowych, jak i skórnych;
- Lekiem, który pozytywnie oddziałuje na stawy i zmiany skórne, jest także leflunomid. Obserwacje wykazały, że lek jest zarówno skuteczny jak i bezpieczny dla chorych;
- Leczenie cyklosporyną A również pozytywnie wpływa na stawy i skórę. Powszechnie stosowanie CsA jest jednak utrudnione, ze względu na częste efekty uboczne dotyczące negatywnego wpływu na pracę nerek [3]
- Sulfalazyna jest stosowana w przypadku wystąpienia zmian chorobowych w stawach obwodowych. Wykorzystuje się ją w leczeniu niskiej aktywności chorobowej i drobnych zmian dermatologicznych [8].

Glikokortykosteroidy są stosowane w postaci iniekcji i są traktowane jako terapia wspomagająca, w przypadku stanu zapalnego toczącego się w niewielu stawach, zapalenia przyczepu ścięgna, lub palca kielbaskowatego. Pacjenci nieufnie podejmują ten rodzaj terapii, ze względu na obawę o nasilenie objawów łuszczycy. Terapia GKS wymaga zachowania dużej ostrożności, zwłaszcza wśród chorych z rozległymi zmianami dermatologicznymi [9].

Leczenie biologiczne jest najbardziej zaawansowanym sposobem terapii łuszczycy stawowej. Leki biologiczne są zalecane w przypadku, gdy LMPCh wywołują efekty uboczne lub jeśli są nieskuteczne. Aktualnie stosowanymi lekami są: adalimumab, etanercept, golimumab i infliksymab. Każdy z nich wykazuje porównywalną skuteczność terapeutyczną. Leki biologiczne działają leczniczo na stawy i skórę [10].



### ***Leczenie niefarmakologiczne***

Sprzyjający wpływ światła słonecznego na zmiany łuszczykowe, był znany niemal od początku rozpoznania choroby. W okresie letnim wielu pacjentów zauważa, że objawy skórne zostają znacznie złagodzone, czasem nawet dochodzi do ich całkowitego zniknięcia. Strefa klimatyczna w której żyjemy, nie ułatwia chorym regularnego korzystania z kąpiele słonecznych. Z tego względu jedyną możliwą do wykorzystania metodą, są sztuczne źródła światła. Do najskuteczniejszych metod foto- i fotochemoterapii należą: wykorzystanie metody PUVA, oraz naświetlanie wąskozakresowym UVB [3].

- Metoda PUVA jest przykładem reakcji fotouczuleniowej zachodzącej w wyniku działania psoralenów (wyciągu z roślin) i promieniowania UVA. Jej działanie opiera się na doustnym zażywaniu dawki psoralenu i naświetlaniu promieniami UVA całej powierzchni ciała. Zabiegi przeprowadzane są średnio 3x w tygodniu, remisja jest uzyskiwana po ok. 16 naświetleniach;
- Naświetlanie WZ-UVB przynosi najlepsze efekty w leczeniu łuszczy. Obserwacje przeprowadzone w Klinice Dermatologicznej w Warszawie wykazały, że u 32,1% chorych nastąpiło całkowite wyleczenie zmian łuszczykowych. Znaczna poprawa wyglądu skóry dotyczyła 33,3% - doszło do ustąpienia 75-90% zmian. Brak jakiegokolwiek poprawy został zauważony tylko u 5% pacjentów [11].

W przypadku wystąpienia zaawansowanych zmian zapalnych w stawach, które znacząco zaburzają lub uniemożliwiają codziennie funkcjonowanie, stosuje się leczenie operacyjne. Szacuje się, że przeprowadzenia zabiegów operacyjnych wymaga ok. 7% chorych po 13 latach trwania choroby. Do najpopularniejszych technik wykorzystywanych w leczeniu ŁZS należą: synowektomia artroskopowa, endoprotezoplastyka oraz artrodeza.

### ***Rehabilitacja***

Głównymi problemami dotyczącymi układu kostno-stawowego pacjentów z ŁZS są przykurcze i entezopatie. Z tego powodu chorzy powinni być objęci opieką fizjoterapeutyczną. Uniwersalny plan fizjoterapii powinien składać się z trzech bloków tematycznych tj. indywidualna ocena narządu ruchu, zaplanowanie terapii, a także ergoterapia wraz z profilaktyką [1].

Podczas trwania pierwszego z bloków, fizjoterapeuta wykonuje testy ukazujące ruchomość stawów, długość mięśni, weryfikuje zmiany stawowe i ocenia dolegliwości bólowe wynikające z entezopatii.

Tematem drugiego bloku jest terapia, na którą składają się: praca podstawowa – rozluźnianie mięśni, wzmacnianie ich i rozciąganie; usprawnianie funkcjonalne w którego skład wchodzi przede wszystkim praca nad postawą ciała; poprawa wydolności organizmu; fizykoterapia.

Trzeci blok koncentruje się na edukacji pacjenta w temacie niewskazanych aktywności, które powodują przeciążenie stawów [12].

### ***Wskazania dietetyczne***

Badania wykazują ścisłą zależność pomiędzy nawykami żywieniowymi, a łuszczycą. BMI wskazujące na otyłość dwukrotnie zwiększa ryzyko wystąpienia zmian łuszczycowych. Odpowiednio zbilansowana dieta korzystnie wpływa na wygląd skóry pacjenta i łagodzi objawy choroby [13].

Zalecane jest spożywanie tłustych ryb morskich; roślinnych źródeł kwasów omega-3 w których skład wchodzi: nasiona dyni, oliwa z oliwek, orzechy włoskie; świeżych warzyw i owoców [14].

### ***Wybrane problemy pielęgnacyjne pacjenta z ŁZS***

Jedną z kluczowych cech chorób przewlekłych, jest stwarzanie problemów na wielu płaszczyznach życia codziennego. Dolegliwości wynikające z łuszczycy stawowej nie dotyczą określonego przedziału czasu i nie ustępują po jego przekroczeniu. Zmagania związane z łagodzeniem objawów tej choroby mogą znacznie obniżyć jakość życia pacjentów. Ważne jest, aby problemy chorych były szybko rozpoznawane, a wdrożone postępowanie umożliwiło ich zminimalizowanie.

Trudności, z którymi borykają się pacjenci można podzielić na dwie główne kategorie, tj. problemy związane z objawami fizycznymi, oraz psychospołecznymi. Obie grupy ściśle ze sobą korelują – silne przeżycia emocjonalne mogą nasilić przebieg łuszczycy, z kolei stres nią wywołany może wywołać kolejne zmiany skórne. W wyniku tak silnego oddziaływania tworzy się błędne koło, które ciężko zatrzymać [15].

Holistyczny model opieki pielęgniarskiej dąży do zachowania równowagi pomiędzy ciałem, psychiką, a umysłem pacjenta. Takie podejście umożliwia dostrzeganie pacjenta nie tylko poprzez pryzmat choroby, ale także zwracanie uwagi na jego środowisko życia i potrzeby.

Kluczowymi założeniami holistycznego modelu opieki są:

- Uznanie, że całość pacjenta tworzą: ciało, umysł, emocje i dusza;
- Podstawę zdrowia tworzy zachowanie równowagi we wszystkich wymienionych wyżej aspektach;
- Czynne zaangażowanie pacjenta w proces terapeutyczny;
- Traktowanie pacjenta jako człowieka, a nie jako jednostki chorobowej [16].

Takie podejście zespołu pielęgniarskiego znacznie usprawnia proces leczenia. Rolą pielęgniarki jest zdiagnozowanie problemu poprzez rozmowę z pacjentem, obserwacje, analizowanie dokumentacji lub za pośrednictwem osób bliskich. Następnie wdrożenie działań interwencyjnych, których celem jest zahamowanie, zminimalizowanie, bądź zlikwidowanie trudności z jakimi boryka się chory. Najczęstsze problemy pacjentów z ŁZS zostały przedstawione w Tabeli III [17].

**Tabela III. Problemy pacjentów z ŁZS.**

<b>Problemy fizyczne</b>	<b>Problemy psychospołeczne</b>
Ból wywołany deformacją stawów	Naznaczenie przez społeczeństwo
Obrzęki w obrębie torebki stawowej	Trudności w znalezieniu pracy zawodowej
Dolegliwości związane z poranną sztywnością stawów	Obniżona samoocena
Utrudnione ruchy manipulacyjne wskutek bólu i obrzęku stawów	Zaognianie zmian łuszczycowych spowodowane brakiem samokontroli
Deficyt samoopieki spowodowany zaburzeniami układu kostno – stawowego	Uczucie przewlekłego zmęczenia
Trudności w niezależnym poruszaniu się	Korzystanie z używek tj. nikotyna, alkohol
Ryzyko wystąpienia infekcji spowodowane obniżoną odpornością związaną z leczeniem	Nieodpowiednie nawyki żywieniowe
Trudności w pielęgowaniu zmian łuszczycowych	Wyizolowanie wynikające z trudności w poruszaniu się
Dolegliwości towarzyszące łuszczycy np. świąd, bolesność	Obawa przed utratą niezależności

Przykładowe problemy chorych wymienione w powyższej tabeli, dotyczą wielu płaszczyzn życia codziennego. Są wysoce zróżnicowane, a ich rozwiązanie wymaga pracy całego zespołu terapeutycznego. W skład takiego zespołu – w przypadku pacjenta z ŁZS wchodzi:

- Dietetyk – opracowuje całościową dietę w oparciu o indywidualne potrzeby pacjenta;
- Fizjoterapeuta – dobiera ćwiczenia odpowiednie do stanu zdrowia chorego, uczy ich wykonywania i asystuje w trakcie;
- Lekarz Dermatolog – rozpoznaje typ łuszczycy, wdraża odpowiednie leczenie i kontroluje jego przebieg;
- Lekarz Reumatolog – wybiera odpowiedni rodzaj leczenia, kontroluje jego przebieg, kieruje na dodatkowe badania diagnostyczne;
- Pielęgniarka – odpowiada za codzienną opiekę nad pacjentem, wykonuje zadania diagnostyczne, edukacyjne, lecznicze, pielęgnacyjne, a także rehabilitacyjne;
- Psycholog – wspiera pacjenta w zaakceptowaniu choroby, pomaga mu oswoić się z nową sytuacją i dostosować się do niej [18].

Współpraca całego zespołu terapeutycznego oraz holistyczne podejście zapewniają pacjentowi profesjonalną opiekę. Skutkuje ona podniesieniem poziomu jakości życia chorego i umożliwia mu zaadaptowanie się w nowej sytuacji [19].

## **PODSUMOWANIE**

Łuszczycowe zapalenie stawów jest rzadko występującą chorobą przewlekłą. Poziom wiedzy społeczeństwa w jej temacie jest stosunkowo niski i owiany wieloma krzywdzącymi stereotypami. Aktualne metody terapii z powodzeniem niwelują dokuczliwe objawy i umożliwiają zachowanie wysokiej jakości życia. Oprócz leczenia farmakologicznego, pacjenci wymagają także wsparcia psychicznego i ciągłego poczucia przynależności do grup społecznych.

Określenie zakresu profesjonalnej opieki powinno być kluczowym celem pracy pielęgniarskiej. Opieka pielęgniarska powinna być prowadzona w oparciu o szeroką wiedzę teoretyczną i praktyczną. Kluczowymi elementami profesjonalnej opieki są: rzetelnie zebrane informacje na temat stanu zdrowia pacjentki oraz sformułowane na ich podstawie diagnozy pielęgniarskie.

Głównym zadaniem pielęgniarki jest wzmacnianie terapii farmakologicznej poprzez zweryfikowanie sposobu podaży leku przez pacjentkę oraz prowadzenie działań edukacyjnych usprawniających ten proces.

Niwelowanie są dolegliwości pochodzące z układu kostno-szkieletowego stanowić powinno jedno z najważniejszych zadań pielęgnacyjno-leczniczych. Odczuwanie nieustającego bólu może być jedną z przeszkód, przez które pacjentka nie będzie w stanie skoncentrować się na innych interwencjach.

Stan psychiczny pacjentki w dużym aspekcie warunkuje skuteczność działań pielęgniarstwa. Obniżony nastrój powoduje spadek motywacji do trwania w działaniach prozdrowotnych i powrót do szkodliwych nawyków. Z kolei one mogą spowodować nasilenie objawów choroby. Skutkuje to powstaniem błędnego koła i pogorszeniem jakości życia.

Łuszczycowe zapalenie stawów jest chorobą, która może znacznie utrudnić codzienne funkcjonowanie. Jej zróżnicowane objawy mogą rzutować na każdą sferę życia pacjentki np. życie prywatne i zawodowe, kontakty międzyludzkie, duchowość, wypoczynek itp. Profesjonalna opieka pielęgniarstwa jest interdyscyplinarna i holistyczna, tylko jej całościowe oddziaływanie jest w stanie poprawić zdrowie i jakość życia pacjentki.

Uświadamianie społeczeństwa w temacie łuszczycy stawowej, może znacznie poprawić komfort życia chorych. Przedstawianie problemów, z którymi zmagają się pacjenci i obalanie szkodliwych mitów, ułatwi pacjentom zmierzenie się z nową rzeczywistością.

## **PIŚMIENNICTWO**

1. Samborski W., Brzoski M. (red.): Łuszczycowe zapalenie stawów- diagnostyka i leczenie Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań, 2014.
2. Owczarczyk-Saczonek A., Placek W.: Łuszczycyca jako choroba autoimmunologiczna.
3. Przegląd Dermatologiczny, 2014, 101, 4.
4. Małydkowa H.: Łuszczycowe zapalenie stawów [w:] Łuszczycyca, Wolska H., Langner A. (red.). Wyd. CZELEJ, Lublin 2006, 53-72.
5. Garg A., Gladman D.: Diagnostyka łuszczycowego zapalenia stawów praktyce Dermatologicznej. Dermatologia po Dyplomie, 2011, 2, 5.
6. Kucharz E., Szechiński J.: Łuszczycowe zapalenie stawów (ŁZS). Medycyna Praktyczna, <http://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.16.12.2>, data dostępu 06.08.2018.

7. Guła Z., Korkosz M.: Łuszczycowe zapalenie stawów. Medycyna Praktyczna, <https://www.mp.pl/pacjent/reumatologia/choroby/63744,luszczycowe-zapalenie-stawow>, data dostępu 20.03.2017.
8. Sadowska-Przytocka A.: Łuszczycyca [w:] Dermatologia w praktyce, Czarnecka - Operacz M. (red). Wyd. PZWL, Warszawa 2018, 55-70.
9. Gruszecka-Marczyńska K.: Zastosowanie kliniczne etanerceptu w łuszczycowym zapaleniu stawów [w:] Enbrel Zastosowanie kliniczne, Szechiński J. (red.). Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2008, 67-73.
10. Zimmermann-Górska I.: Reumatologia – postępy 2016. Medycyna Praktyczna, 2017, 4, 68-84.
11. Goncerz G., Tuchocka-Kaczmarek A.: Leczenie farmakologiczne łuszczycowego zapalenia stawów. Omówienie zaleceń European League Against Rheumatism, Medycyna Praktyczna, 2016, 10, 36-42.
12. Wolska H.: Łuszczycyca. Wyd. PZWL, Warszawa 2009, 37-39.
13. Książopolska-Orłowska K., Postępowanie rehabilitacyjne w reumatologii/  
Recommendations for diagnosis and treatment. Reumatologia, 2012, 50, 2, 181-184.
14. Owczarczyk-Saczonek A., Placek W.: Czy dieta w łuszczycy ma znaczenie? Przegląd Dermatologiczny, 2014, 101, 319–326.
15. Stawczyk M., Szczerkowska- Dobosz A., Komorowska O. i wsp.: Znaczenie diety w łuszczycy – przewlekłej układowej chorobie zapalnej. Forum Zaburzeń Metabolicznych, 2011, 2 (3), 205–212.
16. Zimmermann-Górska I., Reumatologia kliniczna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, 304-317.
17. Karski J.B.: Postępy promocji zdrowia. Przegląd Międzynarodowy. CeDeWu, Warszawa 2008.
18. Domaradzki J.: O definicjach zdrowia i choroby. Folia Medica Lodziensia, 2013, 40/1, 5-29.
19. Tlustochowicz W.: Łuszczycowe zapalenie stawów.  
<http://poruszycswiat.pl/luszczycowe-zapalenie-stawow/o-chorobie/objawy-lzs/>, data pobrania 06.08.2018.
20. Andruszkiewicz A., Banaszekiewicz M.(red.): Promocja Zdrowia. Tom I. Teoretyczne podstawy promocji zdrowia. Wyd. CZELEJ, Lublin. 2018.

## **JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTKI Z PRZEWLEKŁĄ BIAŁACZKĄ LIMFATYCZNĄ – STUDIUM PRZYPADKU**

**Katarzyna Łagoda<sup>1</sup>, Anna Żur<sup>2</sup>**

1. Zakład Medycyny Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Klinika Kardiochirurgii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

### **WSTĘP**

Przewlekła białaczka limfatyczna (B-CLL) jest najczęstszą postacią białaczki występującą w populacji dorosłych. Stanowi grupę chorób hematologicznych należących do klonalnych chorób limfoproliferacyjnych. Występuje głównie u osób starszych po 60 roku życia, znacznie częściej u mężczyzn niż u kobiet [1, 2].

Białaczka ta charakteryzuje się ilościowymi i jakościowymi zmianami leukocytów we krwi, szpiku i narządach wewnętrznych takich jak śledziona, węzły chłonne. Ma stosunkowo łagodny przebieg niż reszta odmian białaczek i przy dobrej odpowiedzi na leczenie rokuje kilkunastoletnie przeżycie [1, 3].

Stanowi ok. 20-30% wszystkich białaczek u dorosłych i jest najczęstszą postacią białaczki występującej na zachodniej półkuli. Każdego roku w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej oraz Europie Zachodniej odnotowuje się ok. 1200 nowych rozpoznanych zachorowań. Choroba ta występuje bardzo rzadko w krajach azjatyckich, stanowi tam zaledwie 5-10% przypadków wszystkich białaczek [1].

Do oceny stopnia zaawansowania choroby nowotworowej w przebiegu PBL istotne są systemy klasyfikacji klinicznej opracowane przez Rai'a oraz Bineta oparte na parametrach biologicznych oraz klinicznych objawach choroby. Rozpoznanie choroby ustala się na podstawie obrazu klinicznego, badań laboratoryjnych, obrazie szpiku kostnego oraz immunofenotypu komórek białaczkowych [3].

Charakterystyczne dla PBL w rozpoznanym stadium choroby są: małopłytkowość, niedokrwistość, obrzęk ślinianek i gruczołów łzowych (zwany zespołem Mikulicza) oraz częste infekcje głównie górnych dróg oddechowych. Innymi objawami mogą być: świąd skóry, bóle kości, wypryski i zmiany zapalne, półpasiec, grzybice, wybroczyny krwawe oraz guzowate nacieki na skórze.



W bardzo zaawansowanym stadium choroby pojawiają się nacieki białaczkowe w obrębie skóry, płuc, opłucnej i w tkankach miękkich a nawet układu neurologicznego dając objawy neurologiczne [1].

Strategie terapeutyczne stosowane u chorych na przewlekłą białaczkę limfatyczną zależą od stopnia zaawansowania oraz aktywności choroby. Wyróżnia się następujące strategie leczenia: chemioterapia, immunoterapia, chemioimmunoterapia, przeszczepienie komórek krwiotwórczych oraz inne metody np. radioterapia [4, 5].

Największym problemem dotyczącym pacjentów poddanych chemioterapii są powikłania występujące po leczeniu cytostatykami. Pielęgniarka czuwa nad bezpieczeństwem pacjentów, monitoruje ich stan zdrowia pod kątem wystąpienia objawów ubocznych oraz udziela informacji na temat radzenia sobie z późnymi następstwami objawów ubocznych po chemioterapii [6].

Pojawienie się choroby nowotworowej zmienia całkowicie życie chorego i jego najbliższych. Jest zdarzeniem wstrząsającym, wymagającym na nowo przystosowania się do funkcjonowania w rodzinie i społeczeństwie. Podejrzenie nowotworu wzbudza silny lęk, poczucie zagrożenia oraz niepewność dalszego losu. Potwierdzenie diagnozy niejednokrotnie prowadzi do wystąpienia depresji, co przekłada się na gorszą jakość życia pacjenta i jego rodziny [6].

Opieka pielęgniarska powinna być opieką holistyczną, powinna obejmować wszystkie sfery życia osoby chorej: somatyczną, psychiczną, społeczną i duchową. Aktywne słuchanie, udzielanie informacji i pomoc w rozwiązywaniu problemów związanych z chorobą i leczeniem, stanowią o pełnej wspierającej roli pielęgniarki i decydują o przebiegu leczenia oraz rehabilitacji [6]. Opieka pielęgniarska nad pacjentami poddanymi chemioterapii prowadzona jest kompleksowo na podstawie rozpoznanych potrzeb i problemów tych pacjentów.

Do zadań pielęgniarki należy wczesna identyfikacja problemów zdrowotnych, psychicznych, społecznych i duchowych pacjentów z rozpoznaną białaczką. Każdy chory powinien zostać objęty indywidualną opieką pielęgniarską, a proponowane pacjentowi metody rozwiązywania bieżących problemów powinny być uzgadniane z chorym i jego najbliższymi. Istotnym elementem opieki pielęgniarskiej jest edukacja terapeutyczna i właściwe przygotowanie chorego do aktywnego udziału w procesie leczenia, rehabilitacji oraz diagnostyki. Każdego pacjenta należy uprzedzić o możliwości wystąpienia powikłań i działań niepożądanych stosowanych metod leczenia lub negatywnych konsekwencjach leczenia.



## **CEL BADAŃ**

Celem pracy było:

1. Rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych pacjentki z przewlekłą białaczką limfatyczną.
2. Opracowanie indywidualnego planu opieki pielęgniarstwa pacjentki z przewlekłą białaczką limfatyczną.
3. Opracowanie wskazówek do dalszej pielęgnacji dla chorego z PBL.
4. Ocena poziomu wiedzy pacjentki na temat choroby i profilaktyki powikłań po leczeniu cytostatycznym.

## **MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ**

W pracy zastosowano metodę analizy indywidualnego przypadku. Badaniem objęto pacjentkę A.T, w wieku 41 lat, hospitalizowaną w Klinice Hematologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku, z rozpoznaniem przewlekłej białaczki limfatycznej.

Materiał zebrano na podstawie obserwacji własnej oraz wywiadu pielęgniarstwa. Analizie poddano dokumentację medyczną: historię choroby, indywidualną kartę zleceń lekarskich, kartę gorączkową oraz wyniki badań laboratoryjnych i dodatkowych. Analizie poddano także pomiary bezpośrednie oraz pośrednie: ciśnienie tętnicze krwi, temperaturę ciała, tętno, częstość i charakter oddechów, wzrost, masę ciała oraz wskaźnik BMI.

Dane o stanie bio-psycho-społecznym pacjentki zostały zebrane w oparciu o arkusz do gromadzenia danych o pacjencie opracowany na potrzeby niniejszej pracy. Podzielony jest on na 6 części: I-dotyczy ogólnych danych personalnych pacjenta, II- zawiera informacje dotyczące sytuacji zdrowotnej pacjenta, III- charakteryzuje sytuację społeczną pacjenta, IV- dotyczy danych o funkcjonowaniu poszczególnych narządów i układów, V- jest ogólną oceną stanu psychicznego chorego oraz VI- stanowi informacje dotyczące leczenia nowotworowego. Do oceny zapotrzebowania pacjenta na edukację zdrowotną na temat choroby i skutków leczenia cytostatycznego opracowano arkusz uwzględniający ocenę zakresu wiedzy pacjenta na ten temat oraz planowane działania edukacyjne.

Dodatkowo zastosowano Skalę Depresji Becka (BDI) w celu oceny stanu psychicznego pacjentki. Został on skonstruowany przez amerykańskiego psychiatrę Aarona T. Becka w 1961 roku. Test zawiera 21 pytań najczęściej obserwowanych objawów depresji, szacowanych w 4-stopniowej skali (0,1,2,3) samooceny natężenia depresji według następującego porządku: obniżenie podstawowego nastroju, pesymizm, poczucie niewydolności, utrata satysfakcji, poczucie winy, oczekiwanie kary, brak akceptacji siebie,

samooskarżanie się, pragnienie śmierci, wołanie o pomoc, drażliwość, wycofanie z kontaktów społecznych, brak umiejętności podejmowania decyzji, zniekształcony obraz własnego ciała, trudności w wykonywaniu pracy, zaburzenia snu, zmęczenie, utrata łaknienia, utrata masy ciała, dolegliwości somatyczne, aktywność seksualna. Aby test BDI miał wartość diagnostyczną należy wybrać odpowiedź najbliższą średniej wartości w ciągu ostatniego miesiąca, tygodnia, dnia. Po zsumowaniu punktów należy dokonać oceny obecności oraz nasilenia objawów: 0-11 punktów brak depresji, 12-26 punktów łagodna depresja, 27-49 punktów umiarkowanie ciężka depresja i 50-63 punkty bardzo ciężka depresja.

U pacjentki dokonano oceny stanu odżywienia za pomocą testu Thorsdóttiri i wsp. Test zawiera 10 pytań, które uwzględniają m.in.: Wskaźnik BMI, ubytek masy ciała w ciągu ostatnich 6 miesięcy, odżywianie, objawy ze strony przewodu pokarmowego, czas trwania hospitalizacji, przebyte operacje, liczbę przyjmowanych leków oraz współistniejące choroby. Każda z odpowiedzi jest punktowana zgodnie z załączonym kluczem. Po zsumowaniu punktów uzyskanie wyniku 0-4 punkty świadczy o prawidłowym stanie odżywienia, natomiast powyżej 5 punktów świadczy o ryzyku niedożywienia lub niedożywieniu. Pacjentka uzyskała 17 punktów co świadczy o znacznym niedożywieniu.

W celu postawienia diagnozy pielęgniarskiej oraz ustaleniu odpowiedniego postępowania pielęgniarskiego posłużono się metodą procesu pielęgnowania. Na podstawie wywiadu pielęgniarskiego rozpoznano indywidualne problemy pielęgnacyjne pacjentki. Uzyskany materiał umożliwił opracowanie indywidualnego planu opieki nad pacjentem z przewlekłą białaczką limfatyczną.

## **WYNIKI**

### **Opis indywidualnego przypadku:**

Pacjentka Anetta T., lat 41, hospitalizowana w Klinice Hematologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku, z rozpoznaniem przewlekłej białaczki limfoblastycznej. Pacjentka była przeniesiona z Kliniki Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych USK w Białymstoku. Pół roku wcześniej była hospitalizowana w Klinice Alergologii z powodu mononukleozy zakaźnej. Pacjentka mieszka z rodziną: mężem oraz 12 letnią córką. Warunki mieszkaniowe określiła jako bardzo dobre.

Z wywiadu wynika, że w rodzinie występowały liczne choroby nowotworowe takie jak: rak trzustki, rak mózgu oraz nowotwór węzłów chłonnych. Przy przyjęciu na oddział pacjentka zgłaszała: ogólne osłabienie, zawroty głowy, pogorszenie tolerancji wysiłku, utrzymującą się

od kilkunastu dni podwyższoną temperaturą ciała do 37,5°C. Pacjentka zgłaszała powiększenie i bolesność węzłów chłonnych od października 2016 roku. W układzie oddechowym oraz nerwowym nie stwierdzono nieprawidłowości.

W badaniu przedmiotowym stwierdzono powiększone węzły chłonne karkowe, podżuchwowe, szyjne oraz pachowe. W badaniach laboratoryjnych odnotowano: niskie wartości morfotyczne krwi, leukopenię, niedokrwistość, nieznaczną trombocytopenię oraz hipokaliemię. Po wykonaniu biopsji szpiku kostnego stwierdzono wysoki odsetek komórek blastycznych w utkaniu szpiku kostnego.

Pacjentce wykonano ECHO serca, założono cewnik centralny do żyły podobojczykowej. Wykonywano również RTG klatki piersiowej, USG tarczycy, USG jamy brzusznej, celowaną biopsję wątroby, kolonoskopię oraz Tomografię Komputerową z kontrastem oraz bez.

W czasie pobytu w szpitalu pacjentka była konsultowana przez:

1. lekarza ginekologa- stwierdzono drożdżakowate zapalenie pochwy,
2. lekarza chirurga- z powodu ostrych biegunek, pacjentka nie wymagała interwencji chirurgicznej, zalecono dalszą diagnostykę.

Podczas pobytu w Klinice Hematologii pacjentce wielokrotnie przetaczano UKKCz, UKKP oraz FFP bez powikłań uzyskując zmniejszenie dolegliwości.

W dniu badania pacjentka zgłaszała złe samopoczucie, obniżony nastrój, doskwierające nudności i wymioty, obniżone pragnienie oraz całkowitą utratę apetytu. Chora miała podwyższoną temperaturę ciała do 38 °C oraz biegunki. Zgłasza metaliczny smak w ustach. Ponadto ma zmienne nastroje, jest przygnębiona, zaniepokojona swoją sytuacją zdrowotną. Wykazuje lęk i niepokój o rokowanie choroby. Z powodu leczenia cytostatycznego doszło do utraty owłosienia na skórze całego ciała, skóra jest blada i sucha. Z powodu osłabienia nie wykazuje żadnej aktywności, jest unieruchomiona w łóżku, wymaga pomocy przy czynnościach higienicznych. Stan ogólny określany jest jako średnio ciężki.

W badaniu przedmiotowym stwierdzono RR 110/70 mmHg, HR 82 uderzeń /min., częstość oddechów 16/min., temperatura ciała 38 °C.

Na podstawie kwestionariusza ankiety Skali Depresji Becka stwierdzono znacznie obniżony nastrój i umiarkowanie ciężką depresję (uzyskała 37 punktów).

Po przeprowadzeniu kwestionariusza dotyczącego zapotrzebowania pacjentki na edukację zdrowotną, stwierdzono niewielki poziom wiedzy na temat swojej choroby oraz powikłań wynikających z leczenia cytostatycznego oraz duże zapotrzebowanie na edukację zdrowotną. Pacjentka była zainteresowana zwiększeniem zakresu wiedzy na temat profilaktyki powikłań związanych ze stosowaniem cytostatyków.

**Tabela I. Arkusz oceniający zapotrzebowanie na edukację zdrowotną w zakresie choroby i skutków leczenia.**

<b>Możliwe uboczne skutki leczenia przeciwnowotworowego</b>	<b>Zakres wiedzy pacjenta* **</b>	<b>Planowane działania informacyjne, edukacyjne</b>
<b>Wymioty</b>	<b>N</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Przeprowadzić rozmowę dotyczącą wpływu stosowanych leków na śluzówkę żołądka</li> <li>– Dostarczenie wskazówek żywieniowych w czasie występowania wymiotów</li> </ul>
<b>Nudności</b>	<b>N</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Wskazanie sposobów eliminowania nudności poprzez organizację czasu wolnego, ćwiczenia oddechowe, odpowiedni mikroklimat sali/ pokoju</li> <li>– Płukanie jamy ustnej naparem rumianku</li> </ul>
<b>Biegunki</b>	<b>N</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Poinformowanie o konieczności wyłączenia z diety produktów bogatych w błonnik pokarmowy</li> <li>– Dostarczenie informacji na temat objawów odwodnienia i negatywnych następstw odwodnienia</li> <li>– Edukacja na temat wprowadzenia do diety produktów bogatych w potas</li> </ul>
<b>Zmiany zapalne jamy ustnej</b>	<b>B</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Edukacja na temat zasad wykonywania toalety jamy ustnej w przypadku infekcji</li> <li>– Dostarczenie ulotek, broszur na temat środków pielęgnacyjnych zalecanych w profilaktyce i leczeniu stanów zapalnych jamy ustnej</li> </ul>

<b>Metaliczny smak w jamie ustnej</b>	<b>B</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Edukacja na temat przyczyny i sposobu eliminacji metalicznego smaku w jamie ustnej</li> </ul>
<b>Infekcje: wirusowe, bakteryjne, grzybicze</b>	<b>N</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Poinformowanie o konieczności unikania kontaktu z osobami chorymi</li> <li>– Zapoznanie ze sposobami przyjmowania leków przeciwbakteryjnych i przeciwgrzybiczych</li> <li>– Edukacja n/t potencjalnych źródeł infekcji wirusowych, bakteryjnych oraz metod ich zapobiegania</li> <li>– Przekazanie informacji na temat właściwego odżywiania</li> </ul>
<b>Utrata apetytu</b>	<b>P</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Edukacja na temat metod radzenia sobie z brakiem apetytu</li> <li>– Zaproponowanie konsultacji z dietetykiem</li> </ul>
<b>Pielęgnacja skóry głowy</b>	<b>N</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Dostarczenie informacji na temat zasad pielęgnacji skóry głowy i włosów</li> </ul>
<b>Zmęczenie</b>	<b>N</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Zapewnienie ciszy i spokoju</li> <li>– Organizacja czasu wolnego: oglądanie TV, czytanie czasopism, książek, odwiedziny bliskich</li> </ul>
<b>Wystąpienie niepłodności stałej lub okresowej</b>	<b>B</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Poinformowanie o możliwości wystąpienia niepłodności stałej i okresowej</li> <li>– Przekazanie informacji n/t negatywnego wpływu leków na materiał genetyczny</li> <li>– Poinformowanie o konieczności stosowania skutecznych metod antykoncepcji przez cały okres stosowania chemioterapii oraz przez 2 lata po zakończeniu terapii</li> <li>– W razie potrzeby umożliwienie rozmowy z psychologiem</li> </ul>

<b>Zmiany skórne (przebarwienia)</b>	<b>N</b>	– Poinformowanie o konieczności kontrolowania stanu skóry i unikanie przebywania na słońcu oraz opalania skóry w czasie i 2 lata po chemioterapii
<b>Niedokrwistość</b>	<b>N</b>	– Dostarczenie informacji na temat przyczyn i objawów niedokrwistości – Stosowanie diety wzbogaconej w żelazo
<b>Skaza krwotoczna</b>	<b>B</b>	– Dostarczenie informacji na temat przyczyn i objawów skazy krwotocznej – Przekazanie informacji n/t zasad pielęgnacji jamy ustnej, skóry, odżywiania i profilaktyki urazów i krwawień

\*\*\* *Metryczka oceny zakresu wiedzy pacjenta:*

*P- Pełna*

*N- Niepełna*

*B- Brak wiedzy*

### **Plan opieki pielęgniarskiej**

#### **Problem 1. Złe samopoczucie pacjenta spowodowane podwyższoną temperaturą ciała do 38°C**

##### **Cel opieki:**

1. Obniżenie temperatury ciała pacjentki.
2. Poprawa samopoczucia pacjentki.

##### **Działania pielęgniarskie:**

- Stosowanie zimnych okładów na okolice karku, pachwin, w miejscu przebiegu dużych naczyń krwionośnych.
- Zapewnienie chłodnej temperatury na sali oraz wilgotności powietrza.
- Poinformowanie o konieczności częstej zmiany bielizny osobistej.
- Zachęcanie pacjentki do używania bielizny bawełnianej, przewiewnej.
- Kontrolowanie bilansu płynów.
- Pomiar temperatury ciała co 6 godzin i udokumentowanie w założonej karcie obserwacyjnej.
- Zapewnienie chorej 3000 ml płynów.

- Zachęcenie pacjentki do zwiększenia ilości spożywanych płynów do 3 litrów /dobę.
- Podanie leków obniżających temperaturę ciała na zlecenie lekarza.

**Ocena:** Temperatura ciała pacjentki została obniżona. Chora czuje się lepiej. Zostały zastosowane chłodzące okłady oraz farmakoterapia wg karty zleceń.

### **Problem 2. Dyskomfort spowodowany wystąpieniem nudności i wymiotów związanych ze stosowaniem cytostatyków**

**Cel opieki:** eliminacja nudności i wymiotów

**Działania pielęgniarskie:**

- Wywietrzenie sali oraz usunięcie nieprzyjemnych zapachów docierających do pacjentki.
- Ustalenie przyczyn nudności i dokonanie oceny objawów.
- Podawanie pacjentce płynów obojętnych (napary ziołowe: rumianek dziurawiec, niesłodzona herbata, woda niegazowana) w małych ilościach, ale często.
- Zaproponowanie pacjentce ssania kostki lodu.
- Zachęcenie pacjentki do częstego płukania jamy ustnej naparami ziołowymi.
- Dbanie o estetykę i formę podawanych posiłków.
- Eliminowanie z jadłospisu potraw o przykrym dla chorej zapachu.
- Zachęcenie pacjentki do wykonywania ćwiczeń oddechowych.
- Poinformowanie pacjentki o konieczności unikania przebywania w pomieszczeniach przegrzanych i częstego wietrzenia pomieszczeń.
- Obserwacja wymiocin (rodzaju, koloru, domieszki), czasu ich występowania, częstości występowania.
- Sprawdzenie bilansu wodnego i zapewnienie chorej dostatecznej ilości płynów.
- Pomoc w zmianie bielizny osobistej i w razie potrzeby zmienienie bielizny pościelowej.
- Zachęcenie pacjentki do ułożenia w pozycji bocznej wysokiej lub półwysokiej.
- Zaopatrzenie pacjentki w miskę nerkową oraz ligninę jako zabezpieczenie przed zabrudzeniem.
- Zabezpieczenie chorej przed zachłyśnięciem wymiocinami.
- Podanie środków przeciwwymiotnych na zlecenie lekarza.
- Zapewnienie ciszy, zalecenie spokojnego leżenia w łóżku w dogodnej dla chorej pozycji.

**Ocena:** Po zastosowaniu leków oraz udogodnień dyskomfort pacjentki został zmniejszony, a samopoczucie poprawiło się. Zaplanowane działania pielęgnacyjne należy kontynuować.

### **Problem 3. Wystąpienie zmian zapalnych w obrębie jamy ustnej w wyniku leczenia chemioterapeutycznego**

**Cel opieki:** Zmniejszenie zmian zapalnych w jamie ustnej.

**Działania pielęgniarские:**

- Obserwacja zmian w obrębie jamy błony śluzowej jamy ustnej.
- Ustalenie czynników sprzyjających powstawaniu zmian w obrębie jamy ustnej.
- Poinformowanie o konieczności przestrzegania zasad higieny jamy ustnej, staranne szczotkowanie zębów miękką szczoteczką.
- Zalecenia stosowania nici dentystycznych, płynów dentystycznych do płukania jamy ustnej po każdym szczotkowaniu zębów.
- Poinformowanie o zasadach szczotkowania zębów i pielęgnowaniu jamy ustnej w przypadku stanu zapalnego jamy ustnej.
- Poinformowanie o sposobach ochrony przed nadmiernym wysychaniem śluzówki w jamie ustnej.
- Zaproponowanie pacjentce stosowania wazeliny do natłuszczenia warg.
- Poinformowanie pacjentki, aby płukała jamę ustną preparatami np. Tantum Verde, Nystatyna.
- Zachęcenie pacjentki do przyjmowania płynów chłodnych w ilościach (3000 ml dziennie).
- Poinformowanie pacjentki o konieczności unikania stosowania płynów, które zawierają alkohol lub środki drażniące (ostre przyprawy, ocet).
- Poinformowanie pacjentki o konieczności wyeliminowania z diety posiłków zbyt gorących oraz zimnych, ostro przyprawionych, kwaśnych, słonych, napojów gazowanych.

**Ocena:** Plan zrealizowano w całości. Poinformowano pacjentkę o zasadach właściwej pielęgnacji jamy ustnej. Problem wymaga dalszej obserwacji i kontynuowania działań pielęgnacyjnych.

### **Problem 4. Dyskomfort wynikający z wystąpienia biegunki związanej z leczeniem cytostatykami**



### **Cel opieki:**

1. Zmniejszenie dyskomfortu pacjentki spowodowanego wystąpieniem biegunki.
2. Zapobieganie odwodnieniu.

### **Działania pielęgniarские:**

- Pomoc w zmianie bielizny osobistej w razie konieczności.
- Poinformowanie o wykonywaniu dokładnej toalety skóry.
- Zachęcenie pacjentki do wykonywania toalety krocza po każdym oddaniu stolca.
- Zalecenie zastosowanie oliwki lub maści nawilżającej na skórę podrażnioną.
- Zastosowanie maści leczniczych na miejsca zmienione chorobowo zgodnie z zaleceniem lekarza.
- Założenie kontrolki bilansu płynów.
- Uzupełnianie płynów przez odpowiednie nawodnienie dożylne na zlecenie lekarza.
- Uzupełnienie braków makroelementów i mikroelementów poprzez płyny podawane dożylnie na zlecenie lekarza.
- Wyeliminowanie z diety produktów ciężkostrawnych, pikantnych, słonych, gorących.

**Ocena:** Pacjentka jest prawidłowo nawodniona, ilość wypróżnień zmniejszyła się, samopoczucie pacjentki się poprawiło.

### **Problem 5. Dyskomfort spowodowany utratą włosów na skutek chemioterapii**

**Cel opieki:** zmniejszenie dyskomfortu, pomoc w akceptacji utraty włosów

### **Działania pielęgniarские:**

- Zaproponowanie zakupu peruki, podanie miejsca zakupu peruki oraz formy dofinansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
- Zaproponowanie noszenia chustek, kapeluszków, apaszek.
- Poinformowanie o konieczności ochrony skóry głowy przed nasłonecznieniem
- Zapoznanie z metodami pielęgnacji skóry głowy.

**Ocena:** Pacjentka nie odczuwa dyskomfortu z powodu utraty włosów. Została poinformowana o możliwościach refundacji i zakupu peruki.

### **Problem 6. Zwiększona podatność na infekcje i zakażenia spowodowane obniżeniem odporności**

**Cel opieki:** Ochrona przed zakażeniami i infekcjami.

### **Działania pielęgniarские:**

- poinformowanie pacjentki o konieczności:

a/ unikania kontaktu z osobami chorymi, przeziębionymi, z biegunką, z infekcją górnych dróg oddechowych, z osobami z osłabioną odpornością

b/ unikania kontaktu z wydaliniami i wydzielinami zwierząt domowych

c/ unikania prac związanych z ogrodnictwem (przesadzanie kwiatów, kontakt z ziemią)

d/ eliminacji z pożywienia surowego mięsa, jaj, mleka; spożywanie produktów poddanych obróbce termicznej np. gotowanych, smażonych, pieczonych

e/ uwzględnienia w diecie produktów żywnościowych bogatych w witaminę C, witaminę D3

f/ monitorowania codziennie temperatury ciała

g/ unikania przegrzewania, nagłych zmian temperatury otoczenia

h/ częstego mycia rąk, przestrzegania zasad higieny osobistej

i/ prowadzenia samoobserwacji w kierunku wczesnego wykrycia cech infekcji np. zakażenia układu moczowego, zakażenia układu oddechowego

j/ ścisłego przestrzegania zaleceń lekarskich dotyczących przyjmowania leków p/wirusowych, p/bakteryjnych i p/grzybiczych

k/ systematycznego sprzątanía pomieszczeń na mokro

**Ocena:** Pacjentka została poinformowana o konieczności unikania kontaktu z osobami chorymi, została zapoznana ze sposobami przyjmowania leków przeciwbakteryjnych i przeciwgrzybiczych. Przeprowadzono edukację n/t potencjalnych źródeł infekcji wirusowych, bakteryjnych oraz metod ich zapobiegania oraz przekazano informacje na temat właściwego odżywiania.

### **Problem 7. Obniżenie masy ciała spowodowane trudnościami pobierania pokarmu oraz brakiem apetytu**

**Cel opieki: utrzymanie masy ciała, poprawa apetytu**

#### **Działania pielęgniarские:**

- Zachęcenie pacjentki do wykonywania toalety jamy ustnej przed każdym posiłkiem.
- Wykonywanie przerw podczas karmienia w celu uniknięcia przemęczenia.
- Uzupełnianie pokarmów nutridrinkami bądź innymi preparatami zleconymi przez lekarza.

- Zaproponowanie konsultacji z dietetykiem w celu opracowania indywidualnej diety (doustna płynna).
- Podanie worka żywniowego na zlecenie lekarza.
- Zachowanie zasad aseptyki i antyseptyki przy podłączaniu worków żywniowych.
- Dożylne nawodnienie pacjenta na zlecenie lekarza.
- Codzienna kontrola masy ciała i odnotowanie w karcie gorączkowej.

**Ocena:** Brak łaknienia utrzymuje się z powodu kontynuowania chemioterapii. Pacjentka jest karmiona pozajelitowo drogą żył centralnych oraz nawadniana dożylnie. Masa ciała utrzymuje się na stałym poziomie. Wskazana jest dalsza obserwacja dolegliwości, monitorowanie stanu odżywienia pacjentki, kontrolowanie masy ciała i stanu nawodnienia.

### **Problem 8. Bóle kości o charakterze rozlanym spowodowane leczeniem cytostatycznym**

**Cel opieki:** zmniejszenie dolegliwości bólowych

#### **Działania pielęgniarskie:**

- Rozpoznanie stanu w zakresie charakterystyki bólu: ustalenie okoliczności występowania bólu, jego natężenia, charakteru, czasu, w którym ból ma tendencję do nasilania się, określenie pozycji ciała, która nasila ból oraz tej która przynosi ulgę.
- Stosowanie farmakoterapii zgodnie z zaleceniami lekarza.
- Monitorowanie dolegliwości bólowych podczas natężenia bólu za pomocą wizualnej skali oceny bólu 3 x dobę.
- Obserwacja pacjentki w kierunku wystąpienia działań niepożądanych leków przeciwbólowych.
- Zaproponowanie pacjentce zastosowanie nefarmakologicznych metod zmniejszenia bólu: ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia relaksacyjne, kąpiel z dodatkiem olejków aromatycznych

**Ocena:** Pacjentka odczuwa mniejszy ból, jest zadowolona z wdrożonej fizykoterapii i ćwiczeń usprawniających. Wskazana dalsza obserwacja dolegliwości bólowych.

### **Problem 9. Możliwość wystąpienia powikłań związanych z założeniem wkłucia centralnego**

**Cel opieki:** Zapobieganie powikłaniom związanym z kaniulacją żyły podobojczykowej

**Działania pielęgniarские:**

- Obserwacja miejsca wkłucia pod kątem wystąpienia odczynu.
- Wykonywanie codziennej zmiany opatrunku w sposób jałowy z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki.
- Odpowiednie zabezpieczenie opatrunku oraz wkłucia przed wyrwaniem oraz uszkodzenie przez pacjentkę.
- Kilkakrotne dezynfekowanie przy każdorazowej manipulacji przy wkłuciu centralnym.
- Zmniejszenie do minimum wykonywania czynności oraz manipulacji przy wkłuciu centralnym.

**Ocena:** Powikłania związane z założeniem wkłucia centralnego nie wystąpiły. Wszystkie czynności pielęgnacyjne wykonywane są zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki. Opatrunek wokół wkłucia centralnego zmieniany jest codziennie. Zaobserwowano delikatne zaczerwienienie wokół wkłucia centralnego o średnicy 5mm.

### **Problem 10. Obrzęki kończyn dolnych występujące po nadmiernym wysiłku fizycznym i długotrwałym chodzeniu**

**Cel opieki:** Zmniejszenie obrzęków na kończynach dolnych

**Działania pielęgniarские:**

- Zapewnienie warunków korzystnych do odpoczynku i snu.
- Polecenie pacjentce ochrony obrzękniętej tkanki przed urazem np. unikania kąpieli w gorącej wodzie, noszenia ciasnych skarpetek, stosowania na skórę środków podrażniających np. kamfory, amolu, spirytusu, maści rozgrzewających...
- Zalecenie stosowania natłuszczających środków pielęgnacyjnych na skórę kończyn dolnych, w celu zapobiegania maceracji naskórka.
- Kontrola rozległości obrzęków poprzez codzienne pomiary obwodu obrzęków.
- Poinformowanie o konieczności wysokiego układania obrzękniętych kończyn dolnych pod kątem 15 stopni w stosunku do reszty ciała w nocy i kilkakrotnie w ciągu dnia.
- Zalecenie pacjentce zmianę pozycji kończyn co 4-6 godzin.
- Prowadzenie bilansu płynów. Monitorowanie masy ciała 1 x dziennie.

- Poinformowanie o unikaniu długotrwałego stania lub siedzenia w bezruchu.
- Nauczenie pacjentki wykonywania ćwiczeń izometrycznych kończyn dolnych.

**Ocena:** Plan realizowano poprzez kontrolę rozległości obrzęków zapewnienie warunków optymalnych do wypoczynku i układanie kończyn w pozycji wysokiej. Obrzęki stopniowo zmniejszyły się.

### **Problem 11. Uczucie metalicznego smaku w jamie ustnej związane ze stosowaniem cytostatyków**

**Cel opieki:** Zmniejszenie dyskomfortu w jamie ustnej na skutek leczenia cytostatykami.

#### **Działania pielęgniarские:**

- Poinformowanie pacjentki o płukanie jamy ustnej wodą, naparem z rumianku, miętą, boraxem z gliceryną, wodą niegazowaną mineralną.
- Zalecenie kilkakrotnego płukania jamy ustnej w ciągu dnia przegotowaną ciepłą wodą lub naparami z ziół o działaniu przeciwzapalnym np. rumiankiem.
- Podanie preparatów w postaci tabletek zawierających natkę pietruszki.

**Ocena:** Plan opieki zrealizowano poprzez poinformowanie pacjentki o możliwościach stosowania środków ułatwiających utrzymanie higieny jamy ustnej. Uczucie metalicznego smaku w ustach zostało zmniejszone. Pacjentka przestrzega zaleceń dotyczących pielęgnacji jamy ustnej.

### **Problem 12. Obniżone napięcie mięśniowe spowodowane osłabieniem organizmu wynikającym z choroby i leczenia cytostatycznego**

**Cel opieki:** Poprawa napięcia mięśniowego oraz sprawności ruchowej.

#### **Działania pielęgniarские:**

- Poinformowanie pacjenta o porannym, powolnym wstawaniu z łóżka.
- Zalecenie wykonywania ćwiczeń izometrycznych dostosowanych do możliwości pacjenta.
- Poinformowanie pacjentki o konieczności zachowania ostrożności podczas pionizacji i zmiany pozycji ciała.
- Uspokojenie i rozmowa z pacjentem.
- Wy tłumaczenie pacjentowi przyczyny i istoty problemu.

**Ocena:** Pacjenta wyedukowano na skutek czego poprawiło się napięcie mięśniowe oraz sprawność ruchowa.

**Problem 13. Obniżony nastrój psychiczny spowodowany złym rokowaniem oraz lęk i niepokój spowodowany sytuacją chorobową pacjentki**

**Cel opieki:**

1. Poprawa komfortu psychicznego oraz zmniejszenie dolegliwości związanych ze stresem.
2. Zmniejszenie lęku i niepokoju wynikającego z sytuacji chorobowej pacjentki.

**Działania pielęgniarskie:**

- Zapewnienie ciszy i spokoju, warunków zapewniających odpoczynek.
- Unikanie wykonywania czynności, które mogą spowodować podwyższenie lęku lub niepokoju.
- Wyjaśnienie dokładnie na czym będą polegać czynności pielęgnacyjne wykonywane przy tym pacjentce.
- Ukazanie pozytywnych stron leczenia oraz podkreślenie pozytywnej współpracy pacjentki z personelem medycznym.
- Zachęcanie do aktywnej rozmowy oraz spędzania czasu z innymi pacjentami.
- Wypełnienie czasu pacjentki w celu odwrócenia jego uwagi od problemów.
- W razie zwiększonego lęku lub niepokoju podanie leków uspokajających na zlecenie lekarza.

**Ocena:** Plan realizowano poprzez umożliwienie rozmowy z lekarzem, wyjaśnienie istoty choroby oraz problemów wynikających z leczenia cytostatycznego. Przedstawiono różne warianty leczenia oraz metody radzenia sobie ze skutkami ubocznymi chemioterapii. Przekazano materiały edukacyjne dla pacjentki na temat chemioterapii. Stan psychiczny pacjentki poprawił się.

**Problem 14. Trudności w zasypianiu**

**Cel opieki:** poprawa jakości snu

**Działania pielęgniarskie:**

- Wietrzenie sali przed snem.
- Zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu w sali, temperatura otoczenia wynosi 20°C.
- Zapewnienie ciszy i spokoju.

- Zachęcenie do unikania przebywania w łóżku w ciągu dnia.
- Podanie leków nasennych na zlecenie lekarza.
- Umożliwienie stosowania metod relaksacyjnych (cicha muzyka, czytanie książki) przed snem.
- Zalecenie ograniczenia spożywania kawy, mocnej herbaty oraz ciężkostrawnych posiłków późnym popołudniem oraz przed snem.

**Ocena:** Plan realizowano poprzez zapewnienie pacjentce optymalnych warunków do snu, zapewnienie spokoju, podanie leków nasennych na zlecenie lekarza.

### ***Zalecenia pielęgnacyjne dla pacjenta z przewlekłą białaczką limfatyczną***

1. Spożywanie posiłków bogatobiałkowych, niskotłuszczowych, lekkostrawnych suplementując preparatami witaminowymi.
2. Dbanie o higienę jamy ustnej poprzez:
  - codziennie płukanie jamy ustnej łagodnymi preparatami przeciwzapalnymi (napary ziołowe: rumianek, dziurawiec, woda niegazowana, preparat Tantum Verde),
  - unikanie stosowania płynów zawierających alkohol do płukania jamy ustnej,
  - szczotkowanie zębów miękką, nylonową szczoteczką do zębów,
3. Unikanie spożywania posiłków zbyt gorących, zimnych, pikantnych, słonych, kwaśnych, twardych.
4. Podczas pojawienia się nudności i wymiotów, przestrzeżenie następujących zaleceń:
  - przed spożyciem posiłku płukanie jamy ustnej obojętnymi płynami,
  - wyeliminowanie z jadłospisu potraw o intensywnym zapachu,
  - przyjmowanie napojów do picia w ilości 2l/dobę np., wody niegazowanej mineralnej, lekko słodzonej herbaty, naparu z rumianki, mięty,
  - wyeliminowanie nieprzyjemnych zapachów docierających do pacjenta, wietrzenie pomieszczeń.
5. Unikanie kontaktu ze środkami chemicznymi i kosmetycznymi o intensywnym zapachu.
6. Podczas wystąpienia biegunki przestrzeżenie następujących zaleceń:
  - przyjmowanie płynów w ilości 3l/ dobę,
  - toaleta krocza po każdym oddaniu stolca,
  - stosowanie oliwki lub maści nawilżającej na skórę podrażnioną,

- zwiększenie podaży produktów zawierających potas, np. rodzynki, pomidory, banany, ziemniaki,
  - zastosowanie diety lekkostrawnej, ograniczenie spożycia produktów wzdymających i ciężkostrawnych (fasola, groch, kapusta, grzyby, marynaty),
  - unikanie produktów bogatych w błonnik (surowych jarzyn, owoców, kawy, herbaty, produktów z pełnego ziarna, mleka i jego przetworów oraz potraw zbożowych).
7. W przypadku odczuwania metalicznego smaku potraw, wskazane jest:
    - płukanie jamy ustnej wodą niegazowaną, naparem z rumianku, szalwii,
    - stosowanie środków odświeżających oddech (gumy miętowe, pastylki miętowe),
    - przyjmowanie preparatów zawierających natkę pietruszki,
    - wyłączenie z diety pokarmów suchych, twardych, czosnku, soli, octu, pikantnych przypraw.
  8. Regularne przyjmowanie leków zleconych przez lekarza.
  9. Ograniczenie intensywnego, długotrwałego wysiłku fizycznego.
  10. Zachowanie ostrożności podczas pionizacji i zmiany pozycji ciała w celu wyeliminowania bólu i poprawy napięcia mięśniowego.
  11. Codzienne wykonywanie ćwiczeń izometrycznych wzmacniających mięśnie szkieletowe oraz ćwiczeń oddechowych i relaksacyjnych poprawiających samopoczucie.
  12. Unikanie kontaktu z osobami chorymi, przeziębionymi oraz zminimalizowanie kontakt ze zwierzętami ze względu na ryzyko zachorowania na choroby odzwierzęce.
  13. Unikanie długotrwałego ruchu oraz siedzenia w bezruchu.
  14. Stosowanie metod relaksacyjnych w przypadku problemów z zasypianiem (cicha muzyka, czytanie książki przed snem).
  15. W przypadku wystąpienia niepokojących objawów należy zgłosić się do Poradni Lekarza Rodzinnego lub Poradni Hematologicznej/Onkologicznej.

## **DYSKUSJA**

Przewlekła białaczka limfocytowa B-komórkowa (B-CLL) jest najczęściej rozpoznawanym typem białaczki u osób dorosłych. Stanowi ok. 20-30% wszystkich białaczek u dorosłych i jest najczęstszą postacią białaczki występującej na zachodniej półkuli. Każdego roku w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej oraz Europie Zachodniej odnotowuje się ok. 1200 nowych rozpoznanych zachorowań [1, 2].



Choroba ta występuje bardzo rzadko w rzadko dotyczą one osób poniżej 30 roku życia. Wraz z wiekiem jej występowanie szybko i linearnie krajach azjatyckich, stanowi tam zaledwie 5-10% przypadków wszystkich białaczek. W 90% przypadków zachorowania dotyczą osób powyżej 60 roku życia, natomiast niezmiernie wzrasta z każdą dekadą życia. Mediana wieku pacjenta w momencie rozpoznania choroby przypada na okres ok. 65 lat. Mężczyźni chorują 2-krotnie częściej niż kobiety, a ponad połowę przypadków choroby rozpoznaje się podczas przypadkowo wykonanej morfologii [1,2].

Rozpoznanie choroby ustala się na podstawie obrazu klinicznego, badań laboratoryjnych, obrazie szpiku kostnego oraz immunofenotypu komórek białaczkowych. Przebieg choroby jest bardzo różnorodny u poszczególnych chorych z tą samą rozległością procesu nowotworowego, dlatego mówi się, że PBL nie jest jedną chorobą [1,2].

U części chorych przebiega ona powoli, nie dając żadnych objawów oraz nie wymaga leczenia. W takich przypadkach strategia „czekaj i obserwuj” jest bardzo wskazana i uzasadniona. U innych chorych podstawowym problemem są powikłania choroby zasadniczej wymagającej jej leczenia. Niestety u większości chorych przebieg kliniczny CLL jest agresywny i wymaga systemowego leczenia cytostatykami po szybkim rozpoznaniu i zdiagnozowaniu [3,7].

Etiologia przewlekłej białaczki limfatycznej nie jest do końca poznana. Stwierdzono, iż duże dawki promieniowania jonizującego, zakażenia, zanieczyszczenie środowiska lub ekspozycja na benzen mają związek z wystąpieniem PBL. Pewną rolę mogą odgrywać również czynniki genetyczne, bowiem krewni pierwszego stopnia chorych pacjentów mają trzykrotnie większe prawdopodobieństwo zachorowania na tę chorobę niż pozostali ludzie. Ponadto w zespole Downa białaczka ta, występuje częściej niż w przypadku niezmutowanego genomu. Zakażenie niektórymi typami wirusów lub też uszkodzenie szpiku kostnego różnymi substancjami chemicznymi np. benzenem lub niektórymi lekami stosowanymi w onkologii mogą przyczynić się do zachorowania na przewlekłą białaczkę limfatyczną. Badania dotyczące pestycydów, czynników kancerogennych oraz elektromagnetycznych nie wykazały ich wpływu na zachorowalność na PBL [7].

U 70% chorych choroba rozpoznawana jest przypadkowo, na podstawie badania morfologii krwi obwodowej. Zwykle chorzy nie odczuwają żadnych dolegliwości. Nie towarzyszą jej żadne charakterystyczne objawy. Zazwyczaj u chorych występuje:

- zmniejszona tolerancja wysiłku,
- znaczna utrata masy ciała,

- nocne poty, osłabienie, przewlekłe zmęczenie,
- obrzęk kostek, duszność, wysypka
- częste i nawracające zakażenia,
- problemy z krzepliwością krwi.

Po rozpoznaniu przewlekłej białaczki limfatycznej w okresie początkowym obserwuje się powiększenie węzłów chłonnych zlokalizowanych w śródpiersiu (u ok. 25%) oraz w jamie brzusznej (u ok. 10%). Węzły te są twarde i niebolesne. Dodatkowo może wystąpić powiększenie śledziony oraz wątroby [5].

Charakterystyczne dla PBL w rozpoznanym stadium choroby są: małopłytkowość, niedokrwistość, obrzęk ślinianek i gruczołów łzowych (zwany zespołem Mikulicza) oraz częste infekcje, głównie górnych dróg oddechowych. Innymi objawami mogą być: świąd skóry, bóle kości, wypryski i zmiany zapalne, półpasiec, grzybice, wybroczyny krwawe oraz guzowate nacieki na skórze. W bardzo zaawansowanym stadium choroby pojawiają się nacieki białaczkowe w obrębie skóry, płuc, opłucnej i w tkankach miękkich, a nawet układu neurologicznego dając objawy neurologiczne [1].

Strategie terapeutyczne stosowane u chorych na przewlekłą białaczkę limfatyczną zależą od stopnia zaawansowania oraz aktywności choroby. Prawie połowa pacjentów, u których choroba przebiega stabilnie, nie wymaga leczenia przez długi okres czasu. Mimo to, jedna trzecia pacjentów podczas rozpoznania wymaga wdrożenia odpowiedniego leczenia przeciwbiałaczkowego.

W badaniach przeprowadzonych przez Cieślík A. Oceniono wpływ aktywności zawodowej chorych na białaczkę na jakość życia, poziom depresji i optymizmu oraz satysfakcję z dotychczasowego życia badanych. Badania przeprowadzono wśród 120 chorych (57,5% kobiet i 42,5% mężczyzn). Stwierdzono, że aktywność zawodowa ma istotny wpływ na jakość życia chorych na białaczkę, a prowadzenie aktywności zawodowej może znacząco wpłynąć na poprawę jakości ich życia. Wykazano również, że konieczność ograniczenia aktywności zawodowej chorych na białaczkę objawia się wyższym poziomem depresji w stosunku do chorych zawodowo aktywnie [8]. Pacjentka objęta badaniem nie wykazywała żadnego zainteresowania podjęciem pracy zawodowej mimo młodego wieku. Prawdopodobnie było to spowodowane obecnością licznych powikłań związanych z terapią cytostatykami oraz umiarkowanie ciężką depresją (stwierdzoną na podstawie skali depresji Becka).

Największym problemem pacjentów poddanych chemioterapii, są to powikłania występujące po leczeniu cytostatykami. Ze względu na czas wystąpienia powikłania chemioterapii można podzielić na natychmiastowe, wczesne, opóźnione i późne. Natychmiastowe powikłania to takie, które pojawiają się w ciągu kilku godzin (najczęściej w pierwszych 24 godzinach) lub kilku dni od rozpoczęcia leczenia. Do powikłań wczesnych, występujących w pierwszych tygodniach chemioterapii zalicza się m. in. objawy supresji szpiku (leukopenię, małopłytkowość), zapalenie błony śluzowej jamy ustnej i przewodu pokarmowego, biegunkę i wypadanie włosów. Powikłania pojawiające się z opóźnieniem (do kilku tygodni lub miesięcy po zastosowaniu cytostatyków) to: neuropatia obwodowa, kardiomiopatia. Po upływie wielu miesięcy lub nawet lat od zastosowania chemioterapii mogą wystąpić powikłania późne np. ponowny nowotwór, bezpłodność, hipogonadyzm [9].

W badaniach przeprowadzonych przez E. Mess w grupie 31 dzieci z ostrą białaczką limfatyczną wykazano istnienie wielu problemów emocjonalnych np. trudności z koncentracją uwagi, uczucie zmęczenie i wyczerpania, przygnębienie i agresję wobec innych członków rodziny. Stwierdzono również, że poziom lęku nasilenie negatywnych emocji rosną wraz z liczbą somatycznych powikłań po leczeniu cytostatykami [10]. W badaniach własnych w analizowanym przypadku u pacjentki również stwierdzono wysoki poziom lęku i obawy związane z negatywnym rokowaniem choroby.

Pojawienie się choroby nowotworowej zmienia całkowicie życie chorego i jego najbliższych. Jest zdarzeniem wstrząsającym, wymagającym na nowo przystosowania się do funkcjonowania w rodzinie i społeczeństwie. Podejrzenie nowotworu wzbudza silny lęk, poczucie zagrożenia oraz niepewność dalszego losu. Potwierdzenie diagnozy niejednokrotnie prowadzi do wystąpienia depresji, co obniża jakość życia pacjenta i jego rodziny [6,11].

Jakość życia chorego na nowotwór określają z jednej strony dolegliwości towarzyszące guzowi lub obawa o ich wystąpienie, z drugiej zaś wiara w możliwość wyleczenia i zmniejszenie tych objawów. Niepokój i depresja mogą wynikać ze strachu przed cierpieniem i śmiercią oraz z obaw o losy najbliższych. Niepokój budzą również działania diagnostyczne i lecznicze, zwłaszcza gdy pacjent nie jest w sposób odpowiedni o nich poinformowany [6].

Rozpoznanie choroby nowotworowej łączy się w sposób oczywisty z koniecznością pobytu w szpitalu. Jest to sytuacja nowa, stanowiąca dla większości chorych duże obciążenie psychologiczne. Wymaga ona od chorego przystosowania do pełnienia nowej roli, roli pacjenta, całkowicie różnej od ról pełnionych dotychczas, takich jak: matka, żona, dyrektor. Dodatkowym czynnikiem znacznie obniżającym jakość życia osoby hospitalizowanej jest

poczucie bezradności i bierności. Pacjenci boją się komplikacji w leczeniu, powikłań, działań ubocznych leczenia cytostatycznego, co niestety jest nieuniknione i znamienne. Bardzo ważne jest, aby pacjenci leczeni radio- i chemioterapią przystosowali się do sytuacji w jakiej się znajdują oraz nabyli umiejętność radzenia sobie z doraźnymi objawami ubocznymi (ból, nudności, wymioty) oraz przygotowali do następstw odległych takich jak np. zakup peruki [6, 9].

Istotne jest, aby ułatwić pacjentowi ekspresję uczuć i rozładowanie w ten sposób powstałego napięcia. Aby tego dokonać należy nawiązać z chorym dobry kontakt, stworzyć klimat ciepła, życzliwości i oparcia emocjonalnego. Od pielęgniarki niosącej wsparcie oczekuje się empatii, ale również odpowiedniego przygotowania zawodowego i doświadczenia życiowego [6].

Każdy pacjent dotknięty chorobą nowotworową przechodzi etap oszpeceń oraz zmiany obrazu ciała. Całość tych niekorzystnych zmian jest powodem cierpień mających wpływ na psychikę, życie społeczne oraz życie duchowe. Cierpienie jest wyzwalane nie tylko uciążliwymi dolegliwościami, ale również uświadomieniem sobie kolejnych strat, spowodowanych coraz trudniejszym funkcjonowaniem w życiu rodzinnym, społecznym, zdolności do samoobsługi, ograniczenia kontaktów towarzyskich i seksualnych [6, 9].

Wystąpienie nowotworu u jednego z członków rodziny powoduje zagrożenie lub rozbitcie dotychczasowego modelu interakcji, zakłócenia planów na przyszłość i zmianę funkcjonowania wszystkich jej członków. Rodzina chorego przechodzi przez różne fazy przystosowania się do choroby podobne do stanów emocjonalnych przeżywanych przez pacjenta. Są to etapy: gniewu rozżalenia, poczucia winy, a następnie bólu i pogodzenia. Pary małżeńskie dodatkowo przechodzą zmiany w swoich stosunkach. Jako pierwsze pojawiają się problemy z komunikacją. Pary bardzo ze sobą związane najbardziej przeżywają zmiany jakie podczas choroby między nimi występują, gdyż najboleśniej odczuwają nową sytuację. Innym problemem są zaburzenia seksualne. Wynika to w dużej mierze ze zmian w wyglądzie własnego ciała odczuwanych przez osobę chorą. Ponadto zamiana ról w domu jest nieuniknioną konsekwencją zachorowania przez jednego z członków rodziny [6, 9].

Choroba nowotworowa silnie wpływa na wszystkie sfery egzystencji człowieka. Jej konsekwencje są odczuwane zarówno w sferze biologicznej, psychicznej i społecznej. Wiele z nich może być przyczyną pojawienia się lęku i depresji u chorych onkologicznych.

Konsekwencje biologiczne dla organizmu w przypadku wystąpienia i leczenia nowotworu są bardzo przykre dla chorego. Jednym z takich następstw jest osłabienie sił ustroju, które powoduje jednoczesne obniżenie całej dynamiki życiowej, co jest jednym z objawów zaburzeń depresyjnych. Przyczyną osłabienia może być ból, czy też objawy ze strony przewodu pokarmowego, takie jak nudności, wymioty i biegunka [6, 9].

W badaniach przeprowadzonych przez G. Wiraszkę i B. Lelonek podjęta była próba oceny poziomu przystosowania się do choroby nowotworowej oraz poszukiwanie zależności pomiędzy funkcjonowaniem pacjenta i samooceną stanu zdrowia a stopniem akceptacji choroby. Badaniami objęto 110 pacjentów hospitalizowanych z powodu białaczki. Wśród badanej grupy chorych z białaczką kobiety stanowiły 54,5% (60 osób), mężczyźni 45,5% (50 osób). Analiza statystyczna materiału badawczego wykazała, że ogólny wskaźnik akceptacji choroby w badanej grupie zawierał się w punktacji przedziału średniego, a lepiej przystosowują się do choroby nowotworowej chorzy funkcjonujący samodzielnie, deklarujący samodzielność w sytuacjach trudnych oraz z niskim poczuciem choroby [12]. W indywidualnym badaniu pacjentka nie wykazywała dobrego przystosowania do choroby nowotworowej, gdyż nie jest osobą w pełni samodzielnie funkcjonującą. Jej stan jest określany jako średnio ciężki, ponadto występuje wiele powikłań po leczeniu cytostatycznym co powoduje gorsze samopoczucie. Pacjentka ma duże poczucie choroby.

Kłęk S. wskazuje, że pogorszenie stanu odżywienia w przebiegu choroby nowotworowej jest złym czynnikiem prognostycznym. W grupie chorych z prawidłową funkcją przewodu pokarmowego prowadzi się żywienie dojelitowe, u chorych, u których przyswajanie pokarmów drogą dojelitową jest niedostateczne i stosuje wspomagające żywienie pozajelitowe [13]. W indywidualnym badaniu pacjentki z przewlekłą białaczką limfatyczną wykazano, że leczenie żywieniowe dojelitowe nie wystarczyło. Pacjentka traciła na wadze, dlatego zostało wdrożone leczenie żywieniowe pozajelitowe. W efekcie masa ciała chorej utrzymuje się stale na tym samym poziomie.

Leppert W. zwraca uwagę, iż w leczeniu bólu nowotworowego największe znaczenie mają analgetyki opioidowe, spośród których w Polsce dostępne są morfina, fentanyl, buprenorfina, metadon i ostatnio oksydron. Leczenie bólu nowotworowego opiera się na schemacie opracowanym w 1986 roku przez Światową Organizację Zdrowia, czyli drabinie analgetycznej [14]. Pacjentka objęta badaniem zgłaszała ból kości spowodowany postępem choroby nowotworowej oraz leczeniem chemioterapeutycznym. W związku z tym na zlecenie lekarza podawana jest morfina, która zmniejsza i uśmierza ból chorej.

W artykule „*Dezynfekcja jamy ustnej w profilaktyce zmian zapalnych jamy ustnej u chorych z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego po chemioterapii*” autorzy zwracają uwagę na istotę pielęgnacji jamy ustnej podczas stosowania cytostatyków, bowiem występowanie zmian zapalnych jamy ustnej u chorych poddawanych chemioterapii może być poważnym powikłaniem leczenia. Prowadzi to nie tylko do utrudnienia przyjmowania pokarmów stałych, a nawet płynów, ale także do powikłań zapalnych ogólnoustrojowych, jak bakteremia czy posocznica [7]. U pacjentki, u której przeprowadzono badania, stwierdzono lekkie zapalenie jamy ustnej wynikające z prowadzenia terapii cytostatykami. Pacjentka stosuje się do omówionych zaleceń, dba o higienę jamy ustnej, dzięki czemu dyskomfort związany z wystąpieniem zapalenia dziąseł został znacząco zmniejszony.

Łuszczak J. i Leppert W. wskazują szczególną uwagę na występowanie nudności i wymiotów podczas leczenia cytostatykami. Są one głównymi powikłaniami, dotyczącymi na ogół wszystkich chorych, którym podaje się cytostatyki. Należą do głównych objawów, znacząco obniżających jakość życia chorych w zaawansowanej chorobie nowotworowej. Uporczywe nudności mogą być przez chorych uznawane za bardziej przykre doświadczenie niż okresowo występujące wymioty [15]. U pacjentki objętej opieką nudności i wymioty były głównymi dolegliwościami obniżającymi jakość życia. Pacjentka nie przyjmowała pokarmów drogą dojelitową, traciła na wadze, przez co wprowadzone zostało odżywianie pozajelitowe. Odczuwała znaczny dyskomfort oraz ból z powodu występowania tych dolegliwości. Wg karty zleceń przyjmowała leki przeciwwymiotne, które stopniowo zmniejszały dolegliwości oraz zastosowano metody nefarmakologiczne zmniejszające nudności i wymioty. Dyskomfort pacjentki zmniejszył się.

Opieka pielęgniarstwa powinna być opieką holistyczną, obejmować wszystkie sfery życia osoby chorej: somatyczną, psychiczną, społeczną i duchową. Aktywne słuchanie, udzielanie informacji i pomoc w rozwiązywaniu problemów związanych z chorobą i leczeniem, stanowią o pełnej wspierającej roli pielęgniarki i decydują o przebiegu leczenia oraz rehabilitacji [16].

Bardzo ważną rolą pielęgniarki hematologicznej jest pomoc pacjentce i jej rodzinie w zrozumieniu istoty choroby, przykrych emocji i dolegliwości, jakie wywołuje choroba i jej leczenie chemioterapeutyczne. Działanie cytostatyków wywołuje wiele objawów niepożądanych. Tylko bezwzględne przestrzeganie zasad postępowania przy ich podawaniu daje gwarancję terapii należytej jakości i nienarażania bezpieczeństwa człowieka i środowiska. Pielęgniarka czuwa nad bezpieczeństwem pacjentki, monitoruje jej stan zdrowia pod kątem



wystąpienia objawów ubocznych oraz udziela informacji na temat radzenia sobie z późnymi następstwami objawów ubocznych po chemioterapii [16].

Choroba nowotworowa jest schorzeniem długotrwałym, bolesnym i uciążliwym. W jej trakcie występuje m.in. lęk przed cierpieniem psychofizycznym, a to może stać się przyczyną zmian struktury osobowości [16].

W przebiegu choroby nowotworowej wyróżnić możemy wiele istotnych problemów klinicznych. Jednym z nich jest niedokrwistość. Jest ona związana z rozwojem procesu podstawowego, ale może ulegać nasileniu na skutek stosowanego leczenia, jakim jest chemio- i radioterapia. U pacjentów z chorobą nowotworową często dochodzi ponadto do dużej utraty krwi w wyniku przewlekłych krwawień lub zabiegów chirurgicznych, co prowadzi do niedoborów żelaza. W zaawansowanych postaciach choroby nowotworowej często obserwuje się tzw. niedokrwistość wieloniedoborową, związaną z niedostatecznym odżywieniem chorego [16, 17, 18, 19].

Kolejnym ważnym klinicznie problemem jest pielęgnowanie skóry poddanej radioterapii. Brak pielęgnacji skóry napromienianej prowadzi do nasilenia zmian popromiennych oraz przedłużenia okresu ich gojenia, a w sytuacjach bardzo skrajnych może doprowadzić do powstania trwałych uszkodzeń bliznowatych, owrzodzeń, a nawet wtórnych nowotworów skóry.

Pielęgniarka realizując potrzeby chorego na przewlekłą białaczkę limfatyczną ma na celu zapewnienie mu komfortu, eliminację dolegliwości, poprawę jakości życia, zmniejszenie bólu, a także zapobieganie działaniom niepożądanym leków. Choroba nowotworowa w schyłkowej postaci ma charakter postępujący, często nieodwracalny i znacznie ogranicza samodzielne funkcjonowanie pacjenta we wszystkich sferach jego życia. Poprzez właściwe wdrożenie leczenia objawowego oraz podnoszenie jakości życia pacjenta można korzystnie wpłynąć na samopoczucie pacjenta, a przede wszystkim na jakość jego życia. Umiejętność udzielania wsparcia psychicznego, informacyjnego dla pacjenta i jego bliskich jest szczególnie ważnym wyzwaniem dla członków zespołu terapeutycznego w opiece onkologicznej.

## **WNIOSKI**

1. Wiedza pacjentki na temat przewlekłej białaczki limfatycznej, skutków ubocznych chemioterapii jest niewystarczająca.

2. Na podstawie zebranych danych ustalono następujące problemy pielęgnacyjne: złe samopoczucie pacjenta spowodowane podwyższoną temperaturą ciała do 38°C; dyskomfort spowodowany wystąpieniem nudności i wymiotów związanych ze stosowaniem cytostatyków; wystąpienie zmian zapalnych w obrębie jamy ustnej w wyniku leczenia chemioterapeutycznego; dyskomfort wynikający z wystąpienia biegunki związanej z leczeniem cytostatykami, dyskomfort spowodowany utratą włosów na skutek chemioterapii; zwiększona podatność na infekcje i zakażenia spowodowane obniżeniem odporności; obniżenie masy ciała spowodowane trudnościami pobierania pokarmu oraz brakiem apetytu; bóle kości o charakterze rozlanym spowodowane leczeniem cytostatycznym; możliwość wystąpienia powikłań związanych z założeniem wkłucia centralnego; obrzęki kończyn dolnych występujące po nadmiernym wysiłku fizycznym i długotrwałym chodzeniu; uczucie metalicznego smaku w ustach związane ze stosowaniem cytostatyków; obniżone napięcie mięśniowe spowodowane osłabieniem organizmu wynikającym z choroby i leczenia cytostatycznego; obniżony nastrój psychiczny spowodowany złym rokowaniem oraz lęk i niepokój spowodowany sytuacją chorobową; trudności w zasypianiu.
3. Jakość życia pacjentki jest obniżona z powodu współistniejących działań niepożądanych cytostatyków, problemów emocjonalnych oraz nasilonego bólu kości.
4. W opracowaniu indywidualnego planu pielęgnacyjnego uwzględniono aktualne problemy pielęgnacyjne pacjentki, poziom wiedzy na temat choroby oraz radzenia sobie z powikłaniami chemioterapii, poziom wiedzy i umiejętności w zakresie samopielęgnacji oraz oczekiwania pacjentki w zakresie edukacji zdrowotnej.
5. Na podstawie analizy zebranych danych o pacjentce opracowano i przekazano wskazówki do dalszej pielęgnacji dla chorej z przewlekłą białaczką limfatyczną oraz wskazówki dotyczące radzenia sobie z powikłaniami chemioterapii.

## **PIŚMIENNICTWO**

1. Jeziorki A (red.): Onkologia Podręcznik dla pielęgniarek. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2019.
2. Piotrowski J: Nowotwory układu krwiotwórczego [w:] Onkologia. Podręcznik dla studentów medycyny, Kułakowski A., Skowroński-Gardas A. (red.). Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2019.



3. Lewandowski K., Matuszak M.: Czynniki prognostyczne w przewlekłej białaczce limfatycznej B-komórkowej. *Współczesna Onkologia*, 2003, 7,7, 470-475.
4. Lewandowska M., Lewandowski K.: Postępy w leczeniu przewlekłej białaczki limfocytowej B-komórkowej. *Współczesna Onkologia*, 2006, 10, 7, 330-333.
5. Szmigielska-Kapłon A., Robak T.: Leczenie przewlekłej białaczki limfatycznej na podstawie aktualnych wyników badań klinicznych. *Onkologia w Praktyce Klinicznej* 2005, 1, 3, 141-150.
6. Jassen J.: Jakość życia chorych leczonych napromieniowaniem i cytostatykami [w:] *Jakość życia w chorobie nowotworowej*, De Walden-Gałaszko K., Majkowicz M. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2004, 51-58.
7. Warzocha K.: Optymalizacja strategii leczenia pierwszej linii przewlekłej białaczki limfocytowej. *Onkologia w Praktyce Klinicznej* 2007, 3, 2, 78-86.
8. Cieślik A.: Wpływ aktywności zawodowej na jakość życia chorych na białaczki. *Studia Medyczne*, 2008, 9, 27-32.
9. De Walden-Gałaszko K.: Jakość życia w chorobie nowotworowej [w:] *Jakość życia w chorobie nowotworowej*, de Walden-Gałaszko K., Majkowicz M. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994, 22-38.
10. Mess E.: Ocena stanu psychicznego dzieci leczonych z powodu ostrej białaczki limfoblastycznej. *Polska Medycyna Paliatywna*, 2003, 2, 1, 9-22.
11. Budziszewska B.K., Piusińska-Macoch R., Sułek K., Stępień A.: Psychologiczne problemy rodziny pacjentów z chorobami nowotworowymi krwi w koncepcji systemowej. *Acta Haematologica Polonica*, 2005, 36, 3, 317-325.
12. Wiraszka G., Lelonek B.: Funkcjonowanie chorego z białaczką a akceptacja choroby nowotworowej. *Studia Medyczne*, 2008, 10, 21-26.
13. Kłęk S.: Leczenie żywieniowe w onkologii. *Onkologia Praktyczna i Kliniczna*, 2011, 7, 5, 269–273.
14. Leppert W.: Postępy w leczeniu farmakologicznym bólu nowotworowego analgetykami opioidowymi. *Współczesna Onkologia*, 2009, 13, 2, 66-73.
15. Leppert W., Łuczak J.: Leczenie nudności i wymiotów w zaawansowanej chorobie nowotworowej. *Współczesna Onkologia*, 2003, 7, 7, 504-527.
16. Tubielewicz E. Zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentką z rozpoznaniem rakiem piersi – studium przypadku. *Nowoczesne Pielęgniarstwo i Położnictwo*, 2007, 1, 1.

17. Jarosz J., Chmielarczyk W.: Problemy z odżywianiem w chorobie nowotworowej, Medipress Onkologia, Warszawa 2006.
18. Kaźmierczak B.: Problemy pielęgnacyjne pacjentów w trakcie chemioterapii [w:] Problemy pielęgnacyjne pacjentów z chorobą nowotworową, Koper A, Wrońska I. (red.). Wydawnictwo Czelej, Lublin 2003, 7-19.
19. Dwilewicz - Trojaczek J.: Niedokrwistość a choroba nowotworowa. Współczesna Onkologia, 2004, 1, 8, 15-19.



---