Nr 2 (59) 2019

Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu
Polish Review of Health Sciences

Kwartalnik / Quarterly

Wydział Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

RADA NAUKOWA / SCIENTIFIC COUNCIL
Przewodniczący Rady Naukowej:
dr n. med. Maciej Sobkowski (Poznań)

Członkowie:
prof. dr Andre Aeschlimann (Szwajcaria)
prof. Vincenzo Antonelli (Włochy)
prof. dr hab. Marek Brzosko (Szczecin)
prof. dr hab. Lechosław Dworak (Poznań)
prof. dr hab. Ewa Florek (Poznań)
dr n. med. Andrzej Grzybowski (Poznań)
dr hab. Grażyna Iwanowicz-Palus (Lublin)
dr hab. Krystyna Jaracz (Poznań)
prof. Christina Köhlen (Niemcy)
prof. dr hab. Eugeniusz Kucharz (Katowice)
prof. dr hab. Piotr Małkowski (Warszawa)
prof. dr hab. Włodzimierz Maśliński (Warszawa)
prof. Wolfgang Müller (Szwajcaria)
prof. dr hab. Michał Musielak (Poznań)
prof. dr hab. Alfred Owoc (Lublin)
prof. Winfried Papenfuß (Austria)
dr hab. Paweł Rzymski (Poznań)
prof. dr hab. Stefan Sajdak (Poznań)
prof. dr hab. Włodzimierz Samborski (Poznań)
prof. dr hab. Marian Sygit (Szczecin)
prof. dr hab. Jacek Szechiński (Wrocław)
prof. dr hab. Krzysztof Szymanowski (Poznań)
dr hab. Monika Urbaniak (Poznań)
prof. dr hab. Leszek Wdowiak (Lublin)
prof. dr hab. Henryk Wiktor (Lublin)
prof. dr hab. Krzysztof Wiktorowicz (Poznań)
prof. dr hab. Maciej Wilczak (Poznań)
prof. dr hab. Irena Wrońska (Lublin)
prof. dr hab. Jacek Wysocki (Poznań)

KOLEGIUM REDAKCYJNE / EDITORIAL BOARD
Redaktor Naczelny:
dr n. med. Maciej Sobkowski

Zastępcy Redaktora Naczelnego:
prof. dr hab. Michał Musielak (nauki społeczne)
prof. dr hab. Włodzimierz Samborski (fizjoterapia i reumatologia)
dr hab. Monika Urbaniak (organizacja i zarządzanie w ochronie zdrowia)
prof. dr hab. Krzysztof Wiktorowicz (nauki biologiczne)
prof. dr hab. Maciej Wilczak (edukacja medyczna)
prof. dr hab. Jacek Wysocki (zdrowie publiczne)

Sekretarz Naukowy:
lek. med. Adam Malinger

Sekretarze Redakcji:
mgr Sylwia Kaczmarek
mgr Piotr Sobkowiak

Skład i łamanie:
Beata Łakomiak

Korekta:
Joanna Szelągowska

Projekt okładki:
dr n. med. Maciej Sobkowski

Zdjęcia na okładce:
dr hab. Paweł Rzymski

© Copyright by Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

WYDAWCA / PUBLISHER
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ADRES REDAKCJI / ADDRESS
Katedra i Klinika Zdrowia Matki i Dziecka
Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny
Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Polna 33, 60-535 Poznań
tel.: 61 841 96 70, fax: 61 841 92 88
e-mail: przeglad@ump.edu.pl
strona internetowa: www.przeglad.ump.edu.pl

MNiSW 5 pkt

ISSN 1643-3203
e-ISSN 2544-283X

Zasady etyczne
„Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu" stosuje zasady etyczne i procedury zalecane przez COPE (Committee on Publication Ethics), zawarte w Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors, Peer Reviewers, Authors dostępne na stronie internetowej COPE: https://publicationethics.org/resources/guidelines

Ethical guidelines
'*Polish Review of Health Sciences*' *applies the ethical principles and procedures recommended by COPE (Committee on Conduct Ethics), contained in the Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors, Peer Reviewers and Authors available on the COPE website: https://publicationethics.org/resources/guidelines*

WYDAWNICTWO NAUKOWE
UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO
IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO
W POZNANIU
60-812 Poznań, ul. Bukowska 70
tel.: 61 854 71 52, fax: 61 854 71 51
www.wydawnictwo.ump.edu.pl

Ark. wyd. 13,3. Ark. druk. 16,5.
Format A4. Zam. nr 171/19.
Druk ukończono we wrześniu 2019.

Spis treści

PRACE ORYGINALNE

Michał Chrobot, Bartosz Maleszczuk, Adam Maciejczyk, Stanisław Góźdź
Realizacja pakietu onkologicznego w Polsce a działalność publicznych instytutów i centrów onkologii 93

Hanna Skórzyńska, Marlena Krawczyk-Suszek, Anna Pacian
Ocena jakości życia pacjentów ze stwardnieniem rozsianym 98

Mariusz Kilian
Znaczenie odnowy biologicznej w rekreacji fizycznej i sporcie amatorskim . . . 104

Martyna Toman, Magdalena Rutkowska, Magdalena Dąbrowska-Galas, Tomasz Król, Piotr Michalik, Tomasz Michalski
Dolegliwości bólowe odcinka szyjnego kręgosłupa wśród studentów fizjoterapii . . 109

Marzena Mańdziuk, Blanka Kaszuba, Marlena Krawczyk-Suszek
Ocena stabilności posturalnej u osób powyżej 65. r.ż. z wykorzystaniem platformy balansowej 114

Barbara Baranowska, Ewelina Kościk, Grażyna Bączek, Urszula Tataj-Puzyna, Magdalena Krauze, Dorota Sys, Beata Pięta
Jakościowa analiza działań Stowarzyszenia Niezależna Inicjatywa Rodziców i Położnych „Dobrze Urodzeni" na rzecz wspierania pozytywnego doświadczenia porodowego 120

Karolina Kniaziew, Justyna Kamińska, Agnieszka Czerwińska-Osipiak, Lucyna Wójcicka
Poziom wiedzy zakonnic na temat profilaktyki raka piersi 127

Anna Wiśniewska, Barbara Ślusarska, Grzegorz Nowicki, Bernadeta Jędrzejkiewicz
Wybrane nowe determinanty otyłości 133

Monika Łabuzek, Aneta Grochowska, Kazimiera Moździerz, Wioletta Wstawska
Zachowania zdrowotne osób starszych powiatu dębickiego 138

Teresa Barbara Slosorz
Kontakt z dzieckiem przed urodzeniem 145

Elżbieta Antos, Jolanta Maliszewska, Małgorzata Wojciechowska
Kolonoskopia – problemy pacjentów przygotowujących się do badania 150

Magdalena Gawałko, Magdalena Chudowolska-Kiełkowska, Bernadetta Gieroń-Kozina, Elżbieta Antos, Małgorzata Wojciechowska
Obieg kart uodpornienia noworodka w świetle regulacji prawnych i zaleceń w zakresie opieki nad noworodkiem na przykładzie publicznego i niepublicznego podmiotu leczniczego 157

Agnieszka Bartoszek, Barbara Ślusarska, Alina Deluga, Grzegorz Józef Nowicki, Katarzyna Piasecka, Katarzyna Kocka, Hanna Kachaniuk
Wybrane uwarunkowania obciążenia opiekunów nieformalnych według COPE-Indeks w opiece domowej nad pacjentami z deficytem sprawności funkcjonalnej 164

Dariusz Góra
Zaburzenia odżywiania wśród uczniów szkół cieszyńskich *172*

Piotr Poniewierski, Wojciech Strzelecki, Anna Kostiukow, Włodzimierz Samborski
Świadomość zaburzeń rozwojowych ze spektrum autyzmu. *178*

Magdalena Szumska, Martyna Kozłowska-Wytyk, Tomasz Olejniczak
Analiza wskazań do porodów operacyjnych w latach 2016–2018 w Szpitalu Św. Rodziny w Poznaniu. *184*

Karolina Chabior, Patrycja Zurzycka, Iwona Repka, Grażyna Puto
Poczucie niesprawności chorych na szpiczaka mnogiego leczonych w oddziale hematologicznym *191*

PRACE POGLĄDOWE

Agata Gastecka, Magdalena Tarkowska, Kamil Szeliski, Iwona Głowacka-Mrotek, Monika Buhl, Tomasz Nowikiewicz, Wojciech Zegarski, Tomasz Drewa
Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia u pacjentów z wyłonioną stomią w wyniku leczenia wybranych chorób nowotworowych – przegląd piśmiennictwa *196*

Ewelina Kimszal, Justyna Sarosiek
Rodzaje systemów ratownictwa w Polsce – historia i teraźniejszość *203*

Maciej Majewski
Relacje z niezadowolonym pacjentem w podmiocie leczniczym *209*

Martyna Dębska-Maik
Wykorzystanie światła spolaryzowanego w leczeniu oparzeń – opis przypadku *214*

Joanna Sosnowska, Beata Pięta
Zakażenia u kobiet ciężarnych *218*

Contents

ORIGINAL PAPERS

Michał Chrobot, Bartosz Maleszczuk, Adam Maciejczyk, Stanisław Góźdź
Realization of a oncology package in Poland and activities of public institute and cancer centers 93

Hanna Skórzyńska, Marlena Krawczyk-Suszek, Anna Pacian
Evaluation of the quality of life of patients with multiple sclerosis 98

Mariusz Kilian
The importance of biological regeneration in physical recreation and amateur sport 104

Martyna Toman, Magdalena Rutkowska, Magdalena Dąbrowska-Galas, Tomasz Król, Piotr Michalik, Tomasz Michalski
Cervical spine pain among students of physiotherapy 109

Marzena Mańdziuk, Blanka Kaszuba, Marlena Krawczyk-Suszek
Analyze postural stability in population above 65 years old using platform balance 114

Barbara Baranowska, Ewelina Kościk, Grażyna Bączek, Urszula Tataj-Puzyna, Magdalena Krauze, Dorota Sys, Beata Pięta
Well Born! – analysis of actions of Independent Initiative of Parents' and Midwifes' for support of positive birth experience 120

Karolina Kniaziew, Justyna Kamińska, Agnieszka Czerwińska-Osipiak, Lucyna Wójcicka
Level of knowledge of nuns on breast cancer prevention 127

Anna Wiśniewska, Barbara Ślusarska, Grzegorz Nowicki, Bernadeta Jędrzejkiewicz
Selected new determinants of obesity 133

Monika Łabuzek, Aneta Grochowska, Kazimiera Moździerz, Wioletta Wstawska
Health behaviors of the elderly in the Dębica poviat 138

Teresa Barbara Slosorz
Parents – infant attachment before childbirth 145

Elżbieta Antos, Jolanta Maliszewska, Małgorzata Wojciechowska
Colonoscopy – problems of patients preparing for medical examination 150

Magdalena Gawałko, Magdalena Chudowolska-Kiełkowska, Bernadetta Gieroń-Kozina, Elżbieta Antos, Małgorzata Wojciechowska
Circulation of infant immunization record cards in view of legal regulations and recommendations in the scope of infant care on the example of a public and non-public healthcare entity 157

Agnieszka Bartoszek, Barbara Ślusarska, Alina Deluga, Grzegorz Józef Nowicki, Katarzyna Piasecka, Katarzyna Kocka, Hanna Kachaniuk
Selected factors conditioning a negative impact on informal of home care patients with functional mobility deficits according to the COPE-Index 164

Dariusz Góra
Nutritional disorders among Cieszyn high school students 172

Piotr Poniewierski, Wojciech Strzelecki, Anna Kostiukow, Włodzimierz Samborski
Awareness of symptoms of the autism spectrum disorders 178

Magdalena Szumska, Martyna Kozłowska-Wytyk, Tomasz Olejniczak
Analysis of indications for cesarean section and instrumental vaginal delivery between 2016–2018 in the St. Family Hospital in Poznań 184

Karolina Chabior, Patrycja Zurzycka, Iwona Repka, Grażyna Puto
The sense of disability in patients with multiple myeloma treated at the hematology ward 191

REVIEW PAPERS

Agata Gastecka, Magdalena Tarkowska, Kamil Szeliski, Iwona Głowacka-Mrotek, Monika Buhl, Tomasz Nowikiewicz, Wojciech Zegarski, Tomasz Drewa
Health Related Quality of Life in Patients with a stoma as a result of treatment on selected neoplastic diseases – a literature review 196

Ewelina Kimszal, Justyna Sarosiek
Types of rescue systems in Poland – history and present 203

Maciej Majewski
Relations with a unsatisfied patient at healthcare services 209

Martyna Dębska-Maik
Use of polarized light to treat burns – Case study 214

Joanna Sosnowska, Beata Pięta
Infections in pregnant women 218

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA ORYGINALNA

REALIZACJA PAKIETU ONKOLOGICZNEGO W POLSCE A DZIAŁALNOŚĆ PUBLICZNYCH INSTYTUTÓW I CENTRÓW ONKOLOGII

REALIZATION OF A ONCOLOGY PACKAGE IN POLAND AND ACTIVITIES OF PUBLIC INSTITUTE AND CANCER CENTERS

Michał Chrobot[1, 2], Bartosz Maleszczuk[1, 3], Adam Maciejczyk[1, 3], Stanisław Góźdź[1, 2]

[1] Ogólnopolskie Zrzeszenie Publicznych Centrów i Instytutów Onkologii, Wrocław
[2] Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach
[3] Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2019.15

STRESZCZENIE

Pakiet onkologiczny został wprowadzony w 2015 roku. W swoim założeniu miał poprawić dostępność do świadczeń diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz jakość udzielanych świadczeń w całym kraju. Analizie poddano dane za okres 1.01.2015 – 30.04.2017, dotyczące świadczeń udzielonych w Polsce na rzecz pacjentów onkologicznych. Z przeprowadzonej analizy danych za okres 1.01.2015 – 30.04.2017 wynika, iż realizacja świadczeń z zakresu pakietu onkologicznego w Polsce opiera się na 19 placówkach, instytutach i publicznych centrach onkologii, skupionych wokół Ogólnopolskiego Zrzeszenia Publicznych Centrów i Instytutów Onkologii. Analizowane dane potwierdzają, że ponad 42% świadczeń ambulatoryjnych oraz ponad 52% świadczeń szpitalnych, jest udzielanych w placówkach zrzeszonych w stowarzyszeniu. Udział poszczególnych placówek w realizacji pakietu onkologicznego na terenie danego województwa waha się od 21% do 89% świadczeń udzielanych na rzecz pacjentów posiadających aktywną kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego.

Słowa kluczowe: pakiet onkologiczny, szybkie leczenie onkologiczne, szybka diagnostyka onkologiczna, karta diagnostyki i leczenia onkologicznego, centrum onkologii.

ABSTRACT

The oncology package was introduced in 2015. In his assumption, he was to improve access to oncology diagnostics and treatment services as well as the quality of services provided throughout the country. Data for the period 01/01/2015 - 30/04/2017 regarding the services provided in Poland for oncological patients were given. The analysis of data for the period 01/01/2015 - 30/04/2017 shows that the implementation of services in the oncology package in Poland is based on 19 institutes and public centers of oncology, gathered around the National Association of Public Centers and Institutes of Oncology. The analyzed data confirms that over 42% of outpatient services and over 52% of hospital services are provided in associated institutions. The share of individual facilities in the implementation of the oncology package in a given province varies from 21% to 89% of the services provided to patients with an active diagnostic and oncological treatment card.

Keywords: oncological package, quick oncological treatment, quick oncological diagnostics, card of oncological diagnostics and treatment, cancer center.

Podstawowe założenia pakietu onkologicznego w Polsce

Pakiet onkologiczny to zbiór aktów prawnych, wprowadzających wytyczne dotyczące terminów, zakresu oraz sposobu wykonywania diagnostyki i leczenia onkologicznego w Polsce. Główną zmianą jest ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw [1, 2], która stanowiła podstawę do wydania przez Ministra Zdrowia (MZ) aktów w randze rozporządzeń [3–9], a przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) – dokumentów w formie zarządzeń [10–16].

Pakiet onkologiczny miał skrócić czas prowadzenia diagnostyki i poprawić dostępność do leczenia onkologicznego dla pacjentów. Diagnostyka podejrzenia nowotworu w roku 2017 powinno trwać nie dłużej niż 7 tygodni (pierwotnie 9 tygodni w 2015 r. oraz 8 tygodni w 2016 r.), natomiast rozpoczęcie leczenia winno rozpocząć się w ciągu 14 dni od daty ustalenia planu leczenia [17].

Pacjent, u którego podejrzewany jest nowotwór złośliwy, powinien otrzymać kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego (karta DiLO), która jest wydawana przez lekarza: oddziału szpitalnego, poradni specjalistycznej, a nawet lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) [17]. Do jej wydania i dalszej obsługi wykorzystywany jest portal udostępniony przez NFZ [18]. Zakres danych oraz format karty DiLO określa wzór wskazany w rozporządzeniu MZ [7–9].

W myśl zapisów zarządzenia Prezesa NFZ szybka diagnostyka onkologiczna jest podzielona na etap wstępy (mający na celu potwierdzenie lub wykluczenie nowotworu złośliwego) i pogłębiony (mający na celu zróżnicowanie typu histopatologicznego nowotworu oraz ocenę stopnia zaawansowania choroby) [10, 11].

Po zakończonej diagnostyce, która potwierdziła nowotwór złośliwy, pacjent jest kierowany do etapu leczenia. Rozpoczyna się on od spotkania wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego, który ustala indywidualny plan leczenia danego pacjenta. W konsylium (w zależności od lokalizacji i typu nowotworu) uczestniczą lekarze specjaliści:

- specjalności zabiegowej,
- onkologii klinicznej lub hematologii,
- radioterapii onkologicznej lub terapii izotopowej,
- oraz koordynator [2, 5, 17].

Wykonanie świadczeń z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego w terminach ustawowych powoduje, iż płatnik publiczny finansuje wszystkie świadczenia bezlimitowo [17, 19].

Realizacja pakietu onkologicznego w Polsce w okresie 1.01.2015 – 30.04.2017 a działalność placówek z Ogólnopolskiego Zrzeszenia Publicznych Centrów i Instytutów Onkologii

W okresie od 1 stycznia 2015 r. do 30 kwietnia 2017 r. na terenie całego kraju wykonano świadczenia na rzecz 622227 pacjentów, na łączną wartość 3457010745,72 zł. Obie wartości rosną w trendzie czasu (liczba pacjentów o 25%, a wartość świadczeń o 18%). Więcej danych w **tabelach 1** i **2**.

Tabela 1. Liczba pacjentów, na rzecz których zrealizowano pakiet w okresie 1.01.2015 – 30.04.2017

Rodzaj / rok	2015	2016	2017
Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne	75 063	85 557	33 914
Leczenie szpitalne	169 151	190 778	67 764
Suma	244 214	276 335	101 678

Źródło: Dane otrzymane z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

Tabela 2. Wartość zrealizowanych świadczeń w ramach pakietu w okresie 01.01.2015 – 30.04.2017 (podano w zł)

Rodzaj / rok	2015	2016	2017
Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne	44 996 764,81	58 971 602,64	18 919 314,54
Leczenie szpitalne	1322 667 947,42	1491 045 817,86	520 409 298,46
Suma	1367 664 712,23	1550 017 420,50	539 328 613,00

Źródło: Dane otrzymane z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

Świadczenia zostały zrealizowane w wielu zakresach, których liczba zmalała w ciągu analizowanego okresu o 927 podmiotów (o 30%), szczególnie w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (spadek o 41%). Szczegółowe dane w **tabeli 3**.

Tabela 3. Liczba zakresów, w których zrealizowano pakiet onkologiczny w okresie 1.01.2015 – 30.04.2017

Rodzaj / rok	2015	2016	2017
Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne	1 866	1 411	1 103
Leczenie szpitalne	1 191	1 121	1 027
Suma	3 057	2 532	2 130

Źródło: Dane otrzymane z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

Świadczenia w poszczególnych latach zostały zrealizowane w 848 placówkach w 2015 r., w 635 placówkach w 2016 r. oraz w 544 placówkach w 2017 r. Powyższe liczby uwzględniają także 19 podmiotów wchodzących w skład Ogólnopolskiego Zrzeszenia Publicznych Centrów i Instytutów Onkologii (OZPCiIO) z terenu całego kraju (minimum 1 podmiot z terenu każdego województwa). Placówki te realizują świadczenia związane z pakietem onkologicznym w poszczególnych regionach. Szczegółowe dane w **tabeli 4** i na **rycinie 1**.

Tabela 4. Udział świadczeń szpitalnych związanych z realizacją pakietu onkologicznego wykonanych przez placówki Ogólnopolskiego Zrzeszenia Publicznych Centrów i Instytutów Onkologii w ogólnej wartości świadczeń w okresie 1.01.2015 – 30.04.2017

	2015	2016	Symulacja 2017
Wszystkie szpitale	1322 667 947,42 zł	1491 045 817,86 zł	1561 227 895,38 zł
OZPCiIO	781 816 223,56 zł	828 706 767,56 zł	824 572 041,55 zł
Udział w %	59,1%	55,6%	52,8%

Źródło: Dane otrzymane z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

Analizując dane dotyczące realizacji świadczeń w oddziałach szpitalnych przez placówki zrzeszone w OZPCiIO, należy stwierdzić, iż niecały 1% placówek realizuje ponad połowę świadczeń związanych z diagnostyką i leczeniem onkologicznym na terenie kraju.

Analogiczny udział OZPCiIO występuje w liczbie leczonych pacjentów w analizowanym okresie. Dane przedstawiono w **tabeli 5** i na **rycinie 2**.

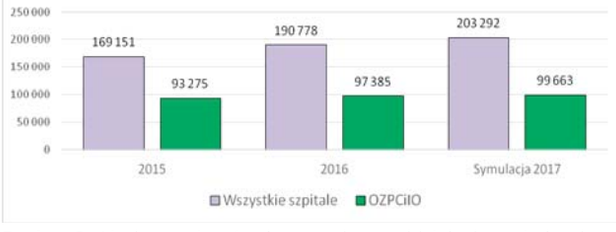
Rycina 1. Wartość wykonania pakietu onkologicznego w oddziałach szpitalnych placówek Ogólnopolskiego Zrzeszenia Publicznych Centrów i Instytutów Onkologii w ogólnej wartości świadczeń w okresie 1.01.2015 – 30.04.2017

Źródło: Dane otrzymane z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

Tabela 5. Udział liczby leczonych w oddziałach szpitalnych placówek Ogólnopolskiego Zrzeszenia Publicznych Centrów i Instytutów Onkologii w ogólnej liczbie pacjentów w pakiecie onkologicznym, w okresie 1.01.2015 – 30.04.2017

	2015	2016	Symulacja 2017
Wszystkie szpitale	169 151	190 778	203 292
OZPCiIO	93 275	97 385	99 663
Udział w %	55,1%	51,0%	49,0%

Źródło: Dane otrzymane z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.



Rycina 2. Liczba pacjentów leczonych w oddziałach szpitalnych placówek Ogólnopolskiego Zrzeszenia Publicznych Centrów i Instytutów Onkologii w ogólnej liczby chorych, w okresie 1.01.2015 – 30.04.2017

Źródło: Dane otrzymane z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

Analogicznie zestawiono dane dotyczące diagnostyki onkologicznej wykonywanej w poradniach specjalistycznych. Poziom udziału OZPCiIO w realizacji świadczeń w poszczególnych latach minimalnie maleje. Jednakże zarówno w zakresie wartości wykonywanych świadczeń, jak i liczby leczonych pacjentów przekracza ona 42% wszystkich pacjentów. Szczegółowe dane wskazano w **tabelach 6** i **7** oraz na **rycinach 3** i **4**.

Tabela 6. Udział świadczeń ambulatoryjnych związanych z realizacją pakietu onkologicznego wykonanych przez placówki Ogólnopolskiego Zrzeszenia Publicznych Centrów i Instytutów Onkologii w ogólnej wartości świadczeń w okresie 1.01.2015 – 30.04.2017

	2015	2016	Symulacja 2017
Wszystkie szpitale	44 996 764,81 zł	58 971 602,64 zł	56 757 943,62 zł
OZPCiIO	19 636 162,16 zł	26 150 165,28 zł	23 992 375,40 zł
Udział w %	43,6%	44,3%	42,3%

Źródło: Dane otrzymane z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

Analizując dane dotyczące realizacji świadczeń w oddziałach szpitalnych przez placówki zrzeszone w OZPCiIO, należy stwierdzić, iż realizują one ponad połowę świadczeń związanych z diagnostyką i leczeniem onkologicznym na terenie kraju.

Rycina 3. Wartość wykonania pakietu onkologicznego w poradniach specjalistycznych placówek Ogólnopolskiego Zrzeszenia Publicznych Centrów i Instytutów Onkologii w ogólnej wartości świadczeń w okresie 1.01.2015 – 30.04.2017

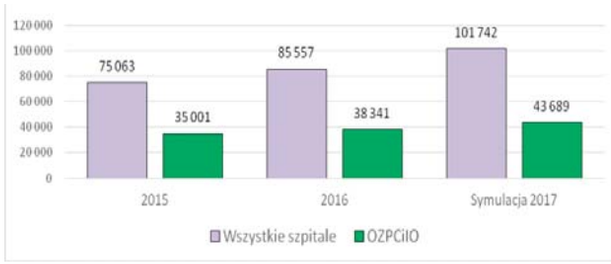
Źródło: Dane otrzymane z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

Analogiczny udział OZPCiIO występuje w liczbie leczonych pacjentów w analizowanym okresie. Dane w **tabeli 5** i na **rycinie 2**.

Tabela 7. Udział liczby leczonych w poradniach specjalistycznych placówek Ogólnopolskiego Zrzeszenia Publicznych Centrów i Instytutów Onkologii w ogólnej liczbie pacjentów w pakiecie onkologicznym, w okresie 1.01.2015 – 30.04.2017

	2015	2016	Symulacja 2017
Wszystkie szpitale	75 063	85 557	101 742
OZPCiIO	35 001	38 341	43 689
Udział w %	46,6%	44,8%	42,9%

Źródło: Dane otrzymane z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.



Rycina 4. Liczba pacjentów leczonych w poradniach specjalistycznych placówek Ogólnopolskiego Zrzeszenia Publicznych Centrów i Instytutów Onkologii w ogólnej liczby chorych, w okresie 1.01.2015 – 30.04.2017

Źródło: Dane otrzymane z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

Szczegółowe dane dotyczące realizacji pakietu onkologicznego przez członków OZPCiIO w poszczególnych województwach w 2017 roku, w poszczególnych rodzajach świadczeń zawierają **tabele 8** i **9**.

Tabela 8. Wartość świadczeń i liczba leczonych w oddziałach szpitalnych placówek Ogólnopolskiego Zrzeszenia Publicznych Centrów i Instytutów Onkologii w poszczególnych województwach, w okresie 1.01.2017 – 30.04.2017

Ośrodek OZPCiIO	Wartość pakietu	Liczba pacjentów	% wartości w województwie	% liczby pacjentów w województwie
Wrocław	23 425 211,68	2 634	63,3	56,2
Bydgoszcz	30 785 281,80	3 680	75,5	68,3
Lublin	17 618 286,40	2 219	68,0	61,7
Zielona Góra	2 774 431,00	434	53,8	47,9
Łódź	15 778 177,62	2 110	46,7	47,7
Kraków	9 305 556,00	1 231	19,1	21,0
COI Warszawa	39 099 480,16	4 787	44,7	43,8
IGiChP W-wa	2 953 028,00	157	3,4	1,4
Opole	6 697 938,40	612	89,0	88,6
Brzozów	5 421 460,21	738	35,7	31,6
Rzeszów	6 470 038,64	1 003	42,6	43,0
Białystok	5 606 900,00	767	69,8	73,5
Gdańsk	11 652 049,60	1 208	43,8	35,8
Gdynia	5 633 247,36	738	21,2	21,8
Gliwice	34 344 754,08	4 127	45,1	41,7
Kielce	16 894 647,00	1 944	90,1	82,9
Olsztyn	8 555 680,64	1 017	52,4	55,0
Poznań	24 146 443,24	3 044	50,2	44,2
Szczecin	11 066 533,92	1 271	44,7	35,6
RAZEM	278 229 145,74	33 721		

Źródło: Dane otrzymane z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

Udział poszczególnych placówek w realizacji w szpitalu pakietu onkologicznego w województwach jest różny, od 17,3% w przypadku Centrum Onkologii w Krakowie do 90,4% w przypadku Centrum Onkologii w Opolu (mediana dla wszystkich placówek w 2017 r. wynosi 46,7%).

Tabela 9. Wartość świadczeń i liczba leczonych w poradniach specjalistycznych placówek Ogólnopolskiego Zrzeszenia Publicznych Centrów i Instytutów Onkologii w poszczególnych województwach, w okresie 1.01.2017 – 30.04.2017

Ośrodek OZPCiIO	Wartość pakietu (zł)	Liczba pacjentów	% wartości w województwie	% liczby pacjentów w województwie
Wrocław	556 860,36	852	36,5	28,5
Bydgoszcz	1 223 405,88	2 629	70,1	71,2
Lublin	313 320,31	503	46,4	46,5
Zielona Góra	61 469,65	86	33,5	31,3
Łódź	299 256,54	605	36,6	40,3
Kraków	198 267,42	350	14,5	12,5
COI Warszawa	1 585 613,55	2 390	48,9	44,5
IGiChP W-wa	56 113,70	133	1,7	2,5
Opole	439 264,00	575	85,5	74,6
Brzozów	185 061,34	319	51,5	55,4
Rzeszów	54 212,06	85	15,1	14,8
Białystok	182 637,40	241	49,2	49,5
Gdańsk	243 513,91	552	14,4	16,7
Gdynia	234 284,58	485	13,9	14,7
Gliwice	602 706,40	1 027	23,0	24,0
Kielce	427 854,70	1 191	86,5	88,7
Olsztyn	308 721,30	525	41,0	42,9
Poznań	621 465,52	1 417	37,8	51,7
Szczecin	403 429,84	598	43,9	40,5
RAZEM	7 997 458,47	14 563		

Źródło: Dane otrzymane z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

Poziom realizacji pakietu onkologicznego przez placówki OZPIiCO w poradniach specjalistycznych w poszczególnych województwach waha się między 14,4% w przypadku Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku a 86,5% w przypadku Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach (mediana dla wszystkich placówek w 2017 r. wynosi 37,8%).

Wnioski

Z przeprowadzonej analizy danych za okres 1.01.2015 – 30.04.2017 wynika, iż realizacja świadczeń z zakresu pakietu onkologicznego w Polsce opiera się głównie na 19 placówkach wchodzących w skład OZPIiCO. Powyższe wynika z faktu, iż tak niewielka liczba świadczeniodawców (3,5% wszystkich placówek realizujących pakiet

onkologiczny w 2017 r.) wykonuje ponad 40% szybkiej diagnostyki onkologicznej oraz około połowę świadczeń szpitalnych na rzecz pacjentów z kartą DiLO wykonywanych na terenie całego kraju. Biorąc pod uwagę znaczące obciążenie pracą administracyjno-techniczną personelu medycznego oraz konieczność zapewnienia krótkich terminów na diagnostykę i terapię nowotworów, należy stwierdzić, iż członkowie zrzeszeni w OZPIiCO wzięli na siebie ciężar faktycznej implementacji oraz utrzymania właściwej dostępności do świadczeń onkologicznych dla pacjentów posiadających kartę DiLO.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. 2014, poz. 1138.
2. Ustawa z dnia 9 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. 2017 poz. 759.
3. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, Dz. U. 2016 poz. 86.
4. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, Dz. U. z 2016 r. poz. 357.
5. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, Dz. U. z 2016 r. poz. 694.
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2014 r. w sprawie wskaźników rozpoznawania nowotworów, Dz. U. 2014, poz. 1810.
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, Dz. U. 2014, poz. 1751.
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2015 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Dz. U. 2015 poz. 1627.
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 czerwca 2017 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, Dz. U. 2017 poz. 1250.
10. Zarządzenie Nr 79/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna z późn. zm., dostępne na www.nfz.gov.pl
11. Zarządzenie Nr 62/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna z późn. zm., dostępne na www.nfz.gov.pl
12. Zarządzenie Nr 80/2014/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia z późn. zm., dostępne na www.nfz.gov.pl
13. Zarządzenie Nr 68/2016/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia z późn. zm., dostępne na www.nfz.gov.pl
14. Zarządzenie Nr 81/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne z późn. zm., dostępne na www.nfz.gov.pl
15. Zarządzenie Nr 89/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne z późn. zm., dostępne na www.nfz.gov.pl
16. Zarządzenie Nr 71/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne z późn. zm., dostępne na www.nfz.gov.pl
17. http://pakietonkologiczny.gov.pl/
18. https://dilo.nfz.gov.pl/ap-dilo/
19. Chrobot M, Góźdź S, Macek P. Ocena realizacji i wdrażania pakietu onkologicznego w pierwszym półroczu 2015 roku w województwie świętokrzyskim na tle Polski. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu. 2015; 3 (44): 301–306.

Zaakceptowano do edycji: 20.08.19
Zaakceptowano do publikacji: 26.09.19

Adres do korespondencji:
Michał Chrobot
Świętokrzyskie Centrum Onkologii
ul. Artwińskiego 3
25-734 Kielce
tel. +48 533-847-641
faks: 41 / 36-74-705
e-mail: michal.chrobot@onkol.kielce.pl

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA ORYGINALNA

OCENA JAKOŚCI ŻYCIA PACJENTÓW ZE STWARDNIENIEM ROZSIANYM

EVALUATION OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

Hanna Skórzyńska[1], Marlena Krawczyk-Suszek[2], Anna Pacian[1]

[1] Wydział Nauk o Człowieku, Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji, Lublin
[2] Katedra Fizjoterapii, Wydział Medyczny, Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2019.16

STRESZCZENIE

Wstęp. Stwardnienie rozsiane jest chorobą przyczyniającą się do powstania i pogłębiania się niepełnosprawności. Problemy u pacjentów zdiagnozowanych na SM dotyczą nie tylko sfery fizycznej, w której obserwuje się zaburzenie czynności motorycznych i funkcjonalnych narządów, ale także złożone problemy natury psychicznej w procesie zmagania się z postępującą i wyniszczającą chorobą.
Cel. Celem pracy była ocena jakości życia pacjentów ze stwardnieniem rozsianym oraz określenie wpływu choroby i innych czynników na satysfakcję z życia chorych.
Materiał i metoda. Badanie zostało przeprowadzone w grupie 100 pacjentów ze zdiagnozowanym stwardnieniem rozsianym (SM). Do oceny jakości życia został wykorzystany standaryzowany kwestionariusz MSIS – 29. Wyniki zostały poddane analizie statystycznej przy wykorzystaniu pakietu STATISTICA.
Wyniki. Średnia wartość punktów uzyskiwanych w analizie sfery psychologicznej wynosiła X = 40,33. Sfera ta została oceniona nieco gorzej w porównaniu ze sferą fizyczną, gdzie średnia wynosiła X = 40,61. Wiek (p = 0,000) i czas trwania choroby (p = 0,000) istotnie wpływały na ocenę dwóch sfer życia u pacjentów. Postać rzutowo-przewlekła i wtórnie przewlekła istotnie obniżają jakość życia u pacjentów.
Wnioski. Jakość życia w grupie pacjentów ze zdiagnozowanym SM jest niezadowalająca. Kobiety częściej wskazują na problemy natury psychologicznej będące następstwem choroby, natomiast mężczyźni nie potrafią pogodzić się z problemami związanymi z funkcjonalnością organizmu. Osoby czynne zawodowo lepiej oceniają jakość życia w porównaniu z osobami bezrobotnymi, emerytami i rencistami.

Słowa kluczowe: jakość życia, stwardnienie rozsiane, MSIS – 29.

ABSTRACT

Introduction. Multiple sclerosis is a disease that contributes to the emergence and deepening of disability. Problems in patients diagnosed with MS relate not only to the physical sphere in which the dysfunction of motor function and functional organs is observed, but also complex psychological problems in the process of coping with progressive and debilitating disease.
Aim. The aim of the study was to assess the quality of life of patients with multiple sclerosis and to determine the impact of disease and other factors on the patients' life satisfaction.
Material and method. The study was conducted in a group of 100 patients with diagnosed multiple sclerosis (MS). A standardized MSIS questionnaire was used to assess the quality of life MSIS – 29. The results were analyzed statistically using the STATISTICA package.
Results. The average value of points obtained in the analysis of the psychological sphere was X = 40.33. This sphere was rated a bit worse compared to the physical sphere, where the average was X = 40.61. The age (p = 0.000) and the duration of the disease (p = 0.000) significantly influenced the assessment of the two spheres of life in patients. The relapsing-chronic and secondary-chronic forms significantly reduce the quality of life in patients.
Conclusions. The quality of life in the group of patients with diagnosed SM is unsatisfactory. Women more often indicate psychological problems that are a consequence of illness, while men can not come to terms with problems related to the functionality of the body. Professionally active people assess the quality of life better than unemployed persons and pensioners.

Keywords: quality of life, multiple sclerosis, MSIS – 29.

Wstęp

Stwardnienie rozsiane (*Sclerosis Multiplex – SM*) jest autimmunologiczną chorobą zapalną ośrodkowego układu nerwowego o charakterze postępującym. Najczęściej dotyka osoby młode między 20. a 40. rokiem życia. Znane są także przypadki zdiagnozowania choroby w grupie dzieci i osób starszych. Dwukrotnie częściej SM dotyka kobiet niż mężczyzn. Występuje głównie wśród ludzi zamieszkujących klimat umiarkowany i chłodny, jak również w państwach, gdzie cywilizacja jest wysoce rozwinięta. Częściej odnotowuje się przypadki zachorowań wśród rasy białej, amerykanie afrykańskiego pochodzenia chorują rzadziej. Najwięcej zachorowań odnotowuje się w krajach europejskich (Polska, Rosja), w północnej części Stanów Zjednoczonych, w południowej części Kanady, Nowej Zelandii oraz w południowo-wschodniej Australii [1, 2, 3].

W następstwie przewlekłej choroby, okresów rzutu i remisji, stopień niepełnosprawności osób cierpiących na

SM stale zwiększa się, obniżając jakość życia. W ostatnich latach wzrosło zainteresowanie jakością życia (quality of life – QL) pacjentów w procesie chorobowym. Zaczęto wiązać ją z fizycznymi, psychicznymi i społecznymi dziedzinami życia. Za pomocą kwestionariuszy do pomiaru jakości życia zwiększa się możliwość określenia satysfakcji pacjenta z wyników leczenia, oceniając funkcjonowanie w wymiarze fizycznym i społecznym, zdolność wypełniania ról społecznych, rodzinnych i zawodowych podczas trwania procesu chorobowego [4, 5, 6].

Cel

Głównym celem badań była ocena jakości życia pacjentów ze zdiagnozowanym stwardnieniem rozsianym oraz wskazanie czynników istotnie ją determinujących.

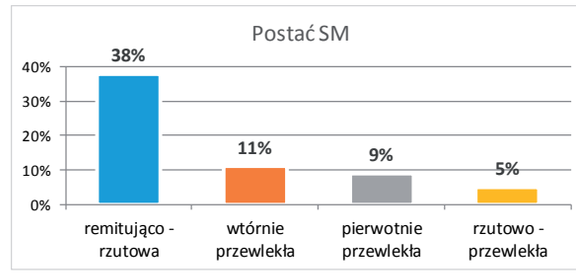
Materiał i metoda

Badanie zostało przeprowadzone w grupie 100 losowo wybranych osób, u których zdiagnozowano stwardnienie rozsiane. Byli to pacjenci diagnozowani w Pracowni Rezonansu Magnetycznego SPSK nr 1 w Lublinie oraz osoby, który dobrowolnie wzięły udział w badaniu na forum internetowym.

Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem kwestionariusza standaryzowanego MSIS – 29. Pytania zawarte w kwestionariuszu odnoszą się do stanu pacjenta w ostatnich 2 tygodniach. Dotyczą ograniczenia zdolności fizycznych, stanów uciążliwych pacjenta, sytuacji, które denerwowały pacjenta oraz stanów wskazujących na obniżenie nastroju. Pacjent może uzyskać od 0 do 100 punktów, jednocześnie im mniej punktów, tym jakość życia pacjenta jest lepsza [7].

Wyniki

Badanie przeprowadzono w grupie 100 osób, u których zdiagnozowano stwardnienie rozsiane. Wśród badanych 69% stanowiły kobiety, pozostały odsetek to mężczyźni (31%). Pacjenci poddani badaniu ankietowemu byli w wieku od 19 do 58 lat. Średnia wieku w badanej grupie wynosiła 35,98±10,28 lat. W badanej grupie dominował odsetek osób z wykształceniem wyższym (58%) i średnim (34%). Najmniej liczną grupę stanowiły osoby z tytułem zawodowym (6%) oraz osoby deklarujące ukończenie szkoły podstawowej (2%). Większość ankietowanych zamieszkiwało tereny miejskie (71%), 29% wskazywało jako miejsce zamieszkania wieś. Analizując stan cywilny pacjentów, stwierdzono, że najliczniejszą grupę stanowiły osoby zamężne (59%), pozostała część to osoby stanu wolnego (38%) i osoby samotne po utracie współmałżonka (3%). Niemal połowa z badanych to osoby aktywne zawodowo (47%), 40% deklarowało posiadanie prawa do pobierania renty bądź emerytury (40%). Najmniej liczną grupę stanowiły osoby bezrobotne, odsetek ten wynosił 13%. Czas trwania zdiagnozowanej choroby w grupie badanych pacjentów wahała się od nowo zdiagnozowanego do trwającego od 25 lat schorzenia. Średni czas trwania choroby w grupie pacjentów poddanych badaniu wyniosła 8,18±6,06 lat. W badanej grupie pacjentów najczęściej występującą postacią SM była postać remitująco-rzutowa, co wskazało 38% badanych. Wtórnie przewlekłą postać deklarowało 11% pacjentów, u 9% zdiagnozowano postać pierwotnie przewlekłą, natomiast pozostali chorowali na SM postaci rzutowo-przewlekłej (5%). Znaczący odsetek pacjentów nie potrafiło udzielić odpowiedzi na pytanie dotyczące postaci zdiagnozowanego SM. Odsetek ten był znaczny i wynosił 37% ogółu badanych (**Wykres 1**).



Wykres 1. Postać stwardnienia rozsianego

Średnia wartość punktów uzyskiwanych w sferze fizycznej według kwestionariusza MSIS-29 wśród badanych pacjentów wynosiła X = 40,61±28,18. Analizując pierwsze 20 pytań dotyczących stanu fizycznego pacjenta, do grupy osób z brakiem problemów natury fizycznej przyporządkowano 27%. Wśród osób z kilkoma problemami znalazło się 26% badanych, natomiast z umiarkowaną ilością problemów 16%. Część spośród badanych według MSIS-29 posiada sporo problemów natury fizycznej (19%), a nawet dużo (12%) (**Tabela 1**).

Tabela 1. Częstość występowania problemów w sferze fizycznej życia wg kwestionariusza MSIS-29

Sfera fizyczna	Częstość N	Procent %
brak problemów	27	27
kilka problemów	26	26
umiarkowana ilość problemów	16	16
sporo problemów	19	19
dużo problemów	12	12
ogółem	100	100

Średnia wartość punktów uzyskiwanych w sferze psychologicznej w kwestionariuszu MSIS-29 przez pacjentów wynosiła X = 40,33±25,59. Większość spośród badanych wskazywała pojawienie się kilku problemów natury psychologicznej związanych ze stwierdzoną chorobą (36%). Spośród badanych 19% deklarowało, że posiadały sporo problemów, a 14% umiarkowaną ich ilość. Najwięcej problemów miało 8% badanych, wskazując na dużą częstość ich występowania w sferze psychologicznej. W grupie osób bez problemów w sferze emocjonalnej znalazło się 23% badanych pacjentów.

Tabela 2. Częstość występowania problemów w sferze psychologicznej według kwestionariusza MSIS-29

Sfera psychologiczna	Częstość N	Procent %
brak problemów	23	23
kilka problemów	36	36
umiarkowana ilość problemów	14	14
sporo problemów	19	19
dużo problemów	8	8
ogółem	100	100

Analizując punktową ocenę dwóch sfer życia pacjenta ze stwierdzonym stwardnieniem rozsianym: fizycznej i psychologicznej, wskazano istotną zależność między badanymi cechami a wiekiem badanych (p = 0,000). Zaobserwowano pogarszającą się jakość życia w obu badanych sferach wraz z wiekiem. Istotną korelację wskazano, analizując czas trwania choroby. Dłuższy czas trwania choroby znacznie pogarsza jakość funkcjonowania pacjenta w obu sferach badanych w kwestionariuszu MSIS-29 (**Tabela 3**).

Tabela 3. Jakość życia pacjentów ze stwardnieniem rozsianym z uwzględnieniem czasu trwania choroby i wiekiem respondentów

Sfery życia		Wiek	Czas trwania choroby
MSIS – sfera fizyczna	korelacja Pearsona	,496**	,614**
	p – wartość	,000	,000
MSIS – sfera psychologiczna	korelacja Pearsona	,429**	,598**
	p – wartość	,000	,000
Zmienna w korelacji	korelacja Pearsona	1	1
	p – wartość	–	–

**korelacja jest istotna na poziomie 0,01

Jakość życia pacjentów w badanej grupie istotnie zależała od miejsca zamieszkania. W przypadku obu badanych sfer wyniki różniły się istotnie w grupach mieszkańców miast i wsi (p < 0,05). Wyniki z kwestionariusza MSIS-29, które zostały uzyskane przez mieszkańców wsi były istotnie niższe niż w grupie mieszkańców miast. Wartość mediany punktów wskazywanych w sferze fizycznej w grupie pacjentów zamieszkujących tereny wiejskie była istotnie niższa w porównaniu z drugą grupą i wynosiła Me = 25. Zjawisko to obserwowane jest także w analizie sfery psychologicznej pacjentów, gdzie wartość mediany dla mieszkańców wsi i miasta wynosiła odpowiednio Me_w= 30,6 oraz Me_m= 36. Oznacza to, że jakość życia pacjentów mieszkających na wsi była przez nich wyżej oceniania w porównaniu z osobami zamieszkującymi tereny miejskie (**Tabela 4**).

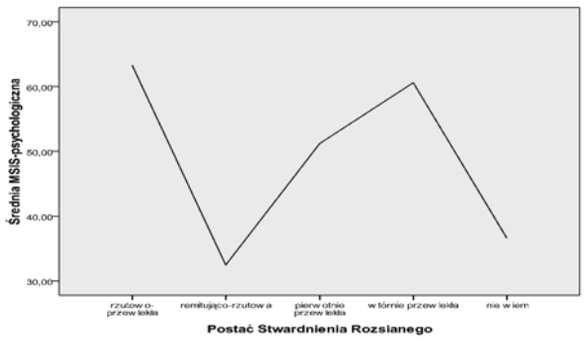
Tabela 4. Jakość życia pacjentów z SM z uwzględnieniem miejsca zamieszkania

Korelacje		N*	Me*	U Manna-Whitneya	p – wartość
MSIS – sfera fizyczna	miasto	71	42,5	662,0	,005
	wieś	29	25,0		
MSIS – sfera psychologiczna	miasto	71	36,1	749,50	,033
	wieś	29	30,6		

*N – liczba obserwacji; Me – mediana

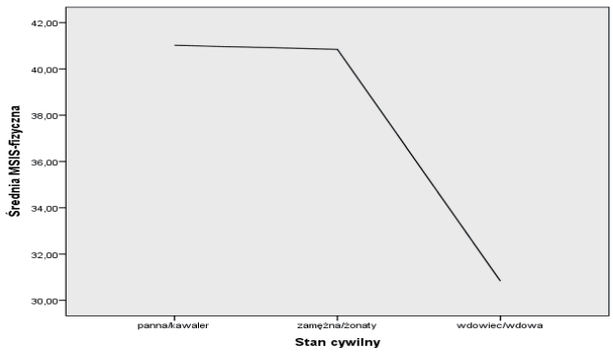
Mała liczność niektórych postaci choroby nie pozwoliła na zbadanie formalnej zależności. Całość oceniono poprzez analizę wzrokową wykresu. Najwyższe wyniki, oznaczające gorszą jakość życia ze stwardnieniem rozsianym, uzyskały osoby chorujące na postaci przewlekłe choroby (pierwotnie przewlekła, wtórnie przewlekła, rzutowo-przewlekła). Pacjenci, którzy mają zdiagnozowaną postać remitująco-rzutową jakość życia oceniają zdecydowanie lepiej, co pokazują poniższe wyniki uzyskane z kwestionariusza MSIS-29. Do zobrazowania wyników wykorzystano średnie wartość uzyskiwanych punktów (**Wykresy 2** i **3**).

Wykres 2. Jakość życia badanych w sferze fizycznej z uwzględnieniem postaci choroby wg MSIS-29

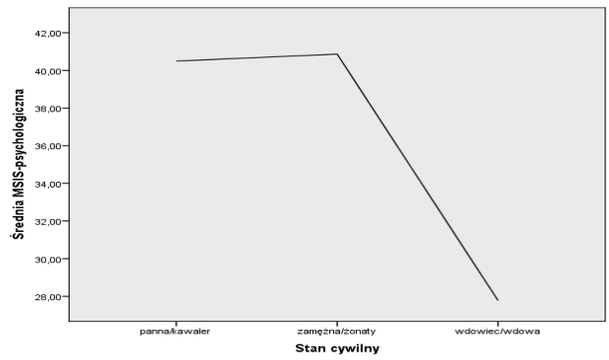


Wykres 3. Jakość życia badanych w sferze psychologicznej z uwzględnieniem postaci choroby wg MSIS-29

Wśród badanej grupy było zaledwie 3 ankietowanych, którzy byli osobami samotnymi po utracie współmałżonka. Mała liczność uniemożliwiła wykonanie formalnego testu. Analiza została ograniczona do oceny wzrokowej wykresu. Najwyższe wyniki, a tym samym najgorszą jakość życia, wskazywały osoby stanu wolnego – „panna/kawaler", oraz osoby będące w związkach małżeńskich. Wyniki kwestionariusza MSIS w obu sferach były podobne. Najlepszą jakość życia wskazywali wdowcy i wdowy, natomiast przy tak małej ilości osób nie można stwierdzić jednoznacznie, że jakość życia jest u nich najlepsza (**Wykresy 4** i **5**). W badanej grupie płeć (MSIS – fizyczna: p = 0,309; MSIS – psychologiczna: p = 0,914) oraz wykształcenie (p = 0,461) pacjentów nie wpływały istotnie na jakość życia. Natomiast prowadzona aktywność zawodowa badanych pacjentów istotnie determinowała sferę fizyczną i psychologiczną pacjentów (p = 0,000). Zdecydowanie najwyższe wyniki MSIS-29 zanotowano w grupie emerytów/rencistów (**Wykresy 4** i **5**). Najgorzej oceniali oni jakość życia w obu płaszczyznach funkcjonowania. Uwagę przykuwa niska ocena jakości życia i występowanie problemów natury psychologicznej zgłaszana przez osoby pozostające bez pracy – bezrobotni.



Wykres 4. Jakość życia badanych w sferze fizycznej z uwzględnieniem stanu cywilnego



Wykres 5. Jakość życia badanych w sferze psychologicznej z uwzględnieniem stanu cywilnego

Dyskusja

Stwardnienie rozsiane jest rozpoznawane przede wszystkim w grupie osób młodych i stanowi coraz większy problem społeczny. Zapadalność na tę chorobę w krajach europejskich w ciągu roku szacuje się na około 4,3 przypadku na 100 000 mieszkańców. Pierwsze objawy SM należące do „klinicznie izolowanego zespołu" (*clinical isolated syndrome*, CIS) nie stanowią podstawy do rozpoznania choroby, dlatego fakt ten ma dość istotny wpływ na wskaźnik epidemiologiczny. Dopiero kolejne wystąpienie rzutu bądź ujawnienie zmian progresywnych w rezonansie magnetycznym stanowi podstawę do diagnozowania SM.

Choroba ta dwukrotnie częściej dotyka kobiet niż mężczyzn. Częstość występowania SM w populacji europejskiej wynosi około 80 przypadków na 100 000 mieszkańców, w Polsce liczba ta wynosi 55. Dane dotyczące zachorowalności na SM na świecie są danymi wyłącznie orientacyjnymi [8]. Etiopatogeneza SM nie jest do końca zbadana, a przyczyny nieokreślone. Z dużym prawdopodobieństwem mechanizmy immunologiczne odgrywają pewną rolę w procesie rozwoju i postępu choroby, natomiast etiologia jest prawdopodobnie wieloczynnikowa [9]. Obserwuje się także zwiększoną rolę dziedziczenia SM [10]. Postać choroby zależy od indywidualnych cech jednostki. Z uwzględnieniem przebiegu choroby klasyfikuje się kliniczne postacie: remitująco-rzutowe (*relapsing-remitting*, RR), wtórnie postępującą (*secondary progressive*, SP) lub pierwotnie postępującą (*primary progressive*, PP) [11].

Wieloośrodkowe badanie pilotażowe przeprowadzone w Polsce wskazało, że najczęściej diagnozowaną postacią SM wśród pacjentów była postać RR (70,5%), w dalszej kolejności wskazywano postać SP (16,8%), PP (8,4%) oraz postać „łagodną" stwardnienia rozsianego występującą u 2,5% pacjentów [12]. W autorskich badaniach również potwierdziła się częstość występowania najbardziej rozpowszechnionej postaci SM – remitująco-rzutowej, którą zdiagnozowano u 38% badanych.

Objawy pojawiające się w SM są następstwem uszkodzenia różnych części układu nerwowego, rozprzestrzenione w czasie i miejscu. Poza zaburzeniami czucia, występowaniem zespołów piramidowych, móżdżkowych, oczopląsu, zaburzeniami neurologicznymi, zmęczeniem czy zaburzeniami widzenia, pojawić się mogą odmienne stany emocjonalne – od depresyjnych po euforyczne, zaburzenia funkcji poznawczych, zaburzenia czynności seksualnych oraz zespoły bólowe [13].

Diagnoza stwardnienia rozsianego ma istotny wpływ na dalsze życie pacjenta i osób w jego najbliższym otoczeniu. Każdy z pacjentów odmiennie przyjmuje zmiany związane z postępującą chorobą. Wsparcie psychologiczne od najbliższych determinuje sposób radzenia sobie w trudnych sytuacjach podczas trwania choroby. Postępująca niepełnosprawność i zaburzenie czynności funkcjonalnych wpływa negatywnie na sferę emocjonalną pacjenta, dlatego istotna staje się jakość życia w grupie osób ze stwierdzonym SM [14]. Termin *jakości życia* jest definiowany na wiele sposobów, ale najczęściej rozumiany jest jako ogólny stopień zadowolenia z życia i poczucie dobrostanu w sferze fizycznej, umysłowej, emocjonalnej oraz społecznej, posiadając przy tym charakter subiektywny [15].

Literatura podaje istotną zależność między jakością życia pacjentów z SM a wiekiem, przebiegiem choroby, sprawnością i prowadzonym leczeniem. Osoby starsze mniej sprawne ruchowo z postępującą chorobą gorzej oceniają jakość życia niż osoby młodsze [16]. Inni autorzy także potwierdzili pogarszającą się wraz z wiekiem jakość życia pacjentów [17], podobnie jak w badaniach autorskich, gdzie jakość życia pacjentów istotnie zależała od ich wieku. Ponadto badania wykazały, że jakość życia w grupie osób cierpiących na SM postaci remitująco-rzutowej była wyższa w porównaniu z grupą pacjentów ze zdiagnozowanym przewlekłym charakterem choroby. Doniesienia potwierdzające tę zależność można odnaleźć w wielu badaniach zawartych w literaturze [18].

W autorskich badaniach potwierdzono, iż dłuższy czas trwania choroby pogarsza jakość życia, co potwierdzają badania innych autorów [19]. Łabuz – Roszak wraz ze współpracownikami wskazali odmienną zależność i brak korelacji między jakością życia, a czasem trwania choroby, potwierdzili to także inni autorzy w swoich badaniach [16,18]. Ponadto wskazano brak wpływu aktywności zawodowej na jakość życia [16]. Nie potwierdziły tego faktu badania autorskie. W badanej grupie pacjentów emeryci i renciści najgorzej oceniali jakość życia w obu płaszczyznach. Niską ocenę jakości życia obserwowano także w grupie bezrobotnych.

Istotne stają się badania dotyczące jakości życia pacjentów z SM. Pierwszy raz badania takie zostały przeprowadzone w 1990 roku [20]. Od tego przełomowego momentu obecne badania prowadzone w celu oceny jakości życia służą nie tylko ewaluacji tego obszaru, ale także mają za zadanie wskazanie czynników, które w istotny sposób obniżają bądź poprawiają subiektywną ocenę jakości życia w grupie pacjentów.

Wnioski

- Jakość życia pacjentów ze stwardnieniem rozsianym jest niezadowalająca. Szczególnie ważne i częściej zgłaszane przez kobiety są problemy w sferze psychologicznej, będące następstwem choroby. Istotne staje się wsparcie psychologiczne w grupie osób chorujących na stwardnienie rozsiane. Mężczyźni gorzej oceniają sferę fizyczną.
- Przewlekła postać choroby istotnie obniża jakość życia u pacjentów.
- Poziom wykształcenia nie wpływa istotnie na jakość życia.
- Istotna dla wyższej jakości życia jest aktywność zawodowa. Osoby bezrobotne i pozostające na emeryturach bądź rentach niżej oceniają jakość życia w korelacji ze zdiagnozowanym stwardnieniem rozsianym.
- W grupie osób cierpiących na stwardnienie rozsiane zasadne staje się tworzenie grup wsparcia, również wspólnych spotkań w celu zapobiegania wykluczeniu społecznemu tej grupy pacjentów.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Członkowska A, Członkowski A. Leczenie w neurologii, Wyd. PZWL, Warszawa 2005.
2. Kozubski W, Librski P. Neurologia. Wyd. PZWL, Warszawa 2006.
3. Prusiński A. Neurologia praktyczna. Wyd. PZWL, Warszawa 2005.
4. Bańka A, Derbis R. Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia. Wyd. Gemini, Poznań – Częstochowa 1994.
5. Steuden S, Okła W. Jakość życia w chorobie. Wyd. KUL, Lublin 2007.
6. Trojanowska A. Znaczenie badań nad jakością życia w medycynie. Zdrowie Publiczne 2011, 1: 99–103.
7. Hobart JC, Riazi A, Lamping DL et all. Improving the evaluation of therapeutic interventions in multiple sclerosis: deve-

lopement of a patient – based measure of outcome. Health Technology Assessment 2004, 8: 1–48.
8. Pugliatti M, Rosati G, Carton H. et all. The epidemiology of multiple sclerosis in Europe. Eur.J.Neurol. 2006, 13: 700–722.
9. Rejdak K. Ryzyko związane z nowymi sposobami leczenia SM. Pol Prz Neurol. 2010, 6A, 30.
10. Grochans E, Wieder-Huszla S, Jurczak A. i wsp. Ocena wsparcia społecznego pacjentów ze stwardnieniem rozsianym. Probl Hig Epidemiol. 2008, 89(3): 419–422.
11. Lublin FD, Reingold SC. Defining uthe clinical course of multiple sclerosis: result of an international survey. National Multiple Sclerosis Society (USA) Advisory Committee on Clinical Trials of New Agents in Multiple Sclerosis. Neurology 1996, 46: 907–911.
12. Kułakowska A, Bartosik-Psujek H, Hozejowski R. i wsp. Selected aspects of the epidemiology of multiple sclerosis in Poland – a multicentre pilot study. Neurol.Neurochir.Pol. 2010, 44: 443–452.
13. Jamróz-Wiśniewska A, Papuć E, Bartosiuk-Psujek H. i wsp. Analiza walidacyjna wybranych aspektów psychomotorycznych polskiej wersji Skali Wpływu Stwardnienia Rozsianego na Jakość Życia Chorych (MSIS – 29). Neurol Neuroch Pol. 2007, 3:215–222.
14. Rotter I. Wpływ stanu funkcjonalnego, współistniejącej depresji oraz wybranych parametrów socjodemograficznych na jakość życia chorych po udarze niedokrwiennym mózgu. Ann Acad Med. Stetin. 2002, 48: 301–316.
15. Majkowicz M. Jakość życia w chorobie nowotworowej. WL de Walden-Galuszko K.(red) Psychoonkologia. Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków 2000, 141–146.
16. Łabuz-Roszak B, Kubicka-Bączyk K, Pierzchała K. i wsp. Jakość życia chorych na stwardnienie rozsiane – związek z cechami klinicznymi choroby, zespołem zmęczenia i objawami depresyjnymi. Psychiatria Polska 2013, 3: 433–442.
17. Merkelbach S, Sittinger H, Koenig J. Is there a differentia impact of fatigue and physical disability an quality of luife in multiple sclerosis? J. Nerv. Ment. Dis. 2002, 190: 388–393.
18. Beiske AG, Naess H, Aarseth JH. et all. Health – related quality of life in secondary progressive multiple sclerosis. Mult.Scler. 2007, 13: 386–392.
19. Pfennings L, Cohen L, Herman A. wsp. Exploring differences between subgroups of multiple sclerosis patients in health – related quality of life. J. Neurol. 1999, 246: 587–591.
20. Brownscombe I, Laupacis A, Rice GPA. Et all. Development of a disease – specific quality – of – life measure for multiple sclerosis. Neurol. 1990, 40(1): 142.

Zaakceptowano do edycji: 20.08.19
Zaakceptowano do publikacji: 26.09.19

Adres do korespondencji:
Hanna Skórzyńska
Wydział Nauk o Człowieku, Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji
ul. Projektowa 4
20-209 Lublin
e-mail: hanna.skorzynska@gmail.com

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA ORYGINALNA

ZNACZENIE ODNOWY BIOLOGICZNEJ W REKREACJI FIZYCZNEJ I SPORCIE AMATORSKIM

THE IMPORTANCE OF BIOLOGICAL REGENERATION IN PHYSICAL RECREATION AND AMATEUR SPORT

Mariusz Kilian

doktorant na Wydziale Nauk o Zdrowiu, Katedra i Zakład Historii i Filozofii Nauk Medycznych, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2019.17

STRESZCZENIE

Celem artykułu jest wykazanie znaczenia odnowy biologicznej w rekreacji fizycznej i sporcie amatorskim dla wzmacniania pozytywnych dla zdrowia efektów wysiłku fizycznego. Rekreacja fizyczna jest to wysiłek fizyczny podejmowany przeważnie nieregularnie podczas weekendów lub w trakcie urlopu czy wakacji. Motywacją sportowców-amatorów jest udział we współzawodnictwie lub utrzymywanie wysokiej sprawności fizycznej.
Dla realizacji tych celów potrzebne są ćwiczenia odpowiedniego rodzaju i intensywności oraz odnowa biologiczna. W oparciu o przegląd literatury wykazano, że błędem jest rozpoczęcie treningu od zbyt dużych obciążeń treningowych. Stałym elementem procesu treningowego powinna być odnowa biologiczna, która polega na zastosowaniu metod fizjoterapii w celu uniknięcia negatywnych skutków obciążania organizmu, w tym kontuzji, przemęczenia i zniechęcenia, a pozytywnym skutkiem powinno być zwiększenie wydolności fizycznej.

Słowa kluczowe: odnowa biologiczna, fizjoterapia, rekreacja, sport amatorski.

ABSTRACT

This article proves the value of biological regeneration for enhancing the positive effects of physical exercise in amateur and recreational sport. An amateur athlete practices sports for his own satisfaction, for his own funds, and organizes his/her training himself/herself or with support of the more experienced colleague.
Amateurs who treat sports as a recreational activity usually train irregularly, during holidays or weekends. Often this form of physical exercise is approached in a task-oriented manner. Proper planning of the right type and intensity of effort and biological regeneration plays a key role in amateur sports. It is a mistake to start an intensive training too early. This can result in painful muscle acidification, fatigue, joint pain and subsequently lead to discouragement from continuing the efforts. One should be aware that biological regeneration is a key element of the training process. Active biological regeneration can properly apply the possibilities that physiotherapy offers. These activities should help in preventing the effects of overloading the body, in quick restoration of the physiological abilities and preventing injury. The use of proper form of biological regeneration prevents the negative effects of physical exercise, such as injury, fatigue and mental discouragement.

Keywords: biological regeneration, physiotherapy, recreation, amateur sport.

Wstęp

W Polsce odnową biologiczną, czyli czynnościami fizjoterapeuty i zjawiskami fizjologicznymi związanymi z procesem regeneracji organizmu po zwiększonym wysiłku wynikającym z uprawiania sportu, zajmowano się już w dwudziestoleciu międzywojennym, jednak termin ten nie był jeszcze znany. Wspomniane czynności i zjawiska ujmowano w kontekście szeroko pojętej higieny ciała. Wydawane we Lwowie i adresowane między innymi do sportowców czasopismo „Higjena ciała i sport" publikowało między innymi porady dotyczące postępowania przed i po wysiłku fizycznym. W 1926 r. Antoni Heinrich opublikował serię artykułów pt. „Masaż sportowy", w których opisał metodykę i techniki masażu oraz automasażu [1, 2], a także hydroterapię w postaci kąpieli zimnych i gorących, prysznica gorącego i zimnego, przy czym ten ostatni, jego zdaniem, mógł zostać zastąpiony deszczem [3]. Zachwalał zalety łaźni parowej i za wzór do naśladowania pod tym względem stawiał Finów. Do opisów zabiegów dołączył krótkie wskazania i przeciwwskazania do ich stosowania [4]. Mimo upływu ponad dziewięćdziesięciu lat znaczna część artykułów A. Heinricha nie straciła na wartości i gdyby nie archaizmy językowe mogłaby uchodzić za porady pisane współcześnie.

Dopiero w latach siedemdziesiątych XX w., kiedy władze państwowe starały się wykazać przynależność Polski do grupy państw wysoko rozwiniętych, do świadomości społecznej zostało wprowadzone pojęcie rekreacji fizycznej. Termin „sportowiec amator" oznaczał wtedy osobę zawodowo uprawiającą sport wyczynowy, ponieważ w państwach socjalistycznych oficjalnie nie było sportu zawodowego. Postawa hipokryzji cechowała też inne

państwa, bo w olimpiadach mogli wtedy uczestniczyć tylko sportowcy amatorzy, co było fikcją. W tamtym czasie w Polsce było niewiele obiektów sportowych z prawdziwego znaczenia, co kompensowano, tworząc w parkach miejskich tzw. „ścieżki zdrowia". Były to szlaki, na których budowano stacje z najprostszymi przyrządami gimnastycznymi, obok których stawiano tablice z graficznym opisem poszczególnych ćwiczeń. W połowie lat siedemdziesiątych spopularyzowano bieganie, bo jogging nie wymagał specjalnych obiektów sportowych. Wraz z popularyzacją aktywnego spędzania wolnego czasu zaczęły się pojawiać publikacje dotyczące odnowy biologicznej [5].

Po 1990 r. w Polsce znacząco wzrosła liczba i jakość obiektów sportowych. Wybudowano wiele basenów, przeważnie jako akwaparki posiadające kilka pływalń, sauny, jaccuzi i inne atrakcje. Wyremontowano szkolne boiska, w ramach programu „Orlik" wybudowano ok. 2600 obiektów składających się z boiska do piłki nożnej, boiska wielofunkcyjnego do gry w siatkówkę, piłkę ręczną lub koszykówkę, oraz z zaplecza w postaci sanitariatów i szatni. Powstały nowe korty tenisowe i lodowiska. Cały czas powstają kilometry ścieżek rowerowych. O skali zmian może świadczyć wzrost liczby krytych pływalni, które są obiektami drogimi i zaawansowanymi technicznie. W roku 1980 było ich 246 [6], a w roku 2014 liczba ta wzrosła do 736 [7]. Jednocześnie w tym samym czasie w olbrzymim tempie rosła ilość osób z nadwagą czy wręcz otyłością. Wzrasta z każdym rokiem liczba chorych na cukrzycę. Coraz więcej osób skarży się na dolegliwości stawów kończyn i kręgosłupa [8]. Niepokojące jest to, że powyższy opis nie dotyczy tylko osób w podeszłym wieku, gdy zmiany w organizmie wynikają z przyczyn fizjologicznych, ale w większości dotyczą ludzi młodych lub w średnim wieku.

Niewątpliwie jedną z najważniejszych przyczyn takiego stanu rzeczy jest brak ruchu. Paradoks można wytłumaczyć zmianami kulturowymi, które spowodowały, że społeczeństwo, a w szczególności jego młoda część, spędza coraz więcej czasu na krzesłach i w fotelach. Ćwierć wieku temu nastolatek po lekcjach starał się spędzić jak najwięcej czasu poza domem. Osiedlowe trawniki pełniły role boisk lub kortów. Nieliczne baseny były oblegane od rana do nocy. Latem w miejscowościach, gdzie był naturalny dostęp do morza, jeziora lub rzeki, przebywały tłumy młodzieży. Na dziurawych jezdniach i chodnikach było mnóstwo młodych rowerzystów. Dzisiaj nastolatek po powrocie ze szkoły natychmiast siada przed ekranem komputera i spędza przed nim wiele godzin, a spacer jest dla niego stratą czasu. Zmniejszyła się znacznie ilość osób regularnie uprawiających sport w klubach sportowych. O ile w roku 1980 było to 2 935 500 [6], to w roku 2016 liczba ta wynosiła 1 030 204 [9]. Nie ulega wątpliwości, że najlepszym i powszechnie dostępnym środkiem dla zachowania zdrowia, witalności, właściwej sylwetki oraz równowagi psychicznej jest ruch. Część osób, niestety zbyt mała, uprawia sport na różnym poziomie zaawansowania. Są to sportowcy wyczynowi, sportowcy amatorzy oraz ludzie traktujący wysiłek fizyczny jako jedną z form rekreacji. Aby wysiłek fizyczny przynosił nam korzyści, a nie szkodził, należy mieć świadomość, że istotnym elementem aktywności jest odnowa biologiczna, która powinna towarzyszyć wszystkim zwiększonym obciążeniom organizmu.

Poziomy zaawansowania w aktywności sportowej

Sportowcy wyczynowi, dla których sport jest w pewnym okresie życia zawodem, przez cały okres kariery zawodniczej mogą liczyć na merytoryczne wsparcie dotyczące treningów, diety i odnowy biologicznej. Wsparcia takiego dostarcza zawodnikowi sztab szkoleniowy, który przeważnie składa się z trenera, często także jego asystenta, lekarza, fizjoterapeuty i dietetyka, a czasami nawet kucharza. W procesie szkoleniowym dieta, treningi i odnowa biologiczna są planowane przez profesjonalistów, a do zawodnika należy tylko zastosowanie się do tych zaleceń.

Natomiast sportowiec amator uprawia sport dla własnej satysfakcji, za własne środki, sam organizuje proces szkoleniowy, czasami może liczyć na wsparcie bardziej doświadczonego kolegi, który dzieli się swoim doświadczeniem. Celem takich sportowców jest osiąganie dobrych wyników we współzawodnictwie, np. w rozgrywkach amatorskich lig piłkarskich, spartakiad, chęć przebiegnięcia maratonu lub stałe utrzymywanie właściwej masy ciała i sportowej sylwetki.

Osoby traktujące aktywność fizyczną rekreacyjnie, a więc jako swoistą formę zabawy [10], przeważnie czynią to w sposób nieregularny, np. podczas wakacji lub weekendów, kiedy jest ładna pogoda. Często ta forma wysiłku fizycznego traktowana jest bardzo zadaniowo. Miesiąc lub dwa przed urlopem trzeba uporać się z nadmierną masą ciała i wówczas podejmuje się intensywny wysiłek fizyczny, często źle lub w ogóle nie zaplanowany. Innym motywem dla podjęcia spontanicznej aktywności fizycznej są problemy zdrowotne, które coraz częściej wynikają z niewłaściwej diety i braku ruchu. Dla jednych i drugich konieczne jest przygotowanie planu ćwiczeń i odnowy biologicznej. Generalną zasadą jest dobór obciążeń do indywidualnych możliwości i nieforsowanie organizmu. Błędem jest rozpoczęcie intensywnych treningów, czego skutkiem są bolesne zakwaszenia mięśni, przemęczenie, bóle stawów, a w konsekwencji zniechęcenie do pod-

jętych wysiłków [11]. Należy pamiętać o tym, że wysiłek fizyczny powinien przynieść satysfakcję i przyjemność, ale aby tak się stało, należy stopniować go powoli i stosować początkowo w najprostszych formach.

Wysiłkowi fizycznemu towarzyszą reakcje fizjologiczne adekwatne do aktualnych możliwości organizmu i obciążeń. W najprostszy sposób reakcje te można podzielić na trzy podgrupy: 1) zmęczenie, które jest fizjologiczną reakcją na intensywny wysiłek lub dłuższy stres; znika ono po właściwym odpoczynku; 2) przemęczenie, będące patologiczną formą zmęczenia, objawiające się zmniejszoną sprawnością organizmu i wymagającą przedłużonego wypoczynku oraz leczenia, np. przy pomocy fizjoterapii; 3) wyczerpanie, które jest stanem chorobowym, mogącym doprowadzić do trwałych zmian w organizmie, co wymaga zaawansowanych form leczenia [5].

Zmęczenie można zdefiniować w aspekcie fizjologicznym i biomechanicznym jako niezdolność organizmu do wykorzystania źródeł energetycznych na właściwym poziomie, co czyni aparat mięśniowy niezdolnym do generowania mocy w wystarczająco szybkim tempie [12]. Aby aktywność fizyczna nie prowadziła do stanów wyczerpania i przemęczenia, a rekreacja i uprawiany amatorsko sport kończyły się tylko naturalnym procesem, jakim jest zmęczenie po wysiłku, należy właściwie zaplanować proces treningowy i uzupełnić go odnową biologiczną.

Aktywność fizyczną najbezpieczniej jest zacząć od zwykłych spacerów trwających 30–60 minut, co drugi dzień. Stopniowo spacer powinien być wydłużany, aby z czasem przejść w jogging stosowany naprzemiennie ze spacerem. W zależności od indywidualnych możliwości po kilku tygodniach można przejść do codziennego joggingu. W trakcie spacerów należy wykonywać ćwiczenia gimnastyczne zwiększające zakres ruchów w stawach, pamiętając o stopniowym zwiększaniu ich intensywności, aby nie uszkodzić chrząstki stawowej.

Znakomitą formą treningu fizycznego jest jazda na rowerze, angażuje ona bowiem niemal wszystkie mięśnie posturalne, aktywizuje układ krążenia i oddechowy. Jazda na rowerze odciąża stawy kończyn dolnych, co ma szczególne znaczenie dla osób, które mają zmiany zwyrodnieniowe. Jazdy na rowerze nie zastąpi tzw. rower stacjonarny, ten bowiem nie aktywizuje wszystkich grup mięśniowych, niezbędnych do utrzymania równowagi na rowerze, którym poruszamy się w zróżnicowanym terenie. Na świeżym powietrzu dobrze sprawdza się nordic walking. Ponadto aktywność na świeżym powietrzu w promieniach słońca jest zdecydowanie przyjemniejsza i korzystniejsza dla organizmu. Tego rodzaju „rozgrzewka" fizyczna przygotowuje organizm do podjęcia intensywniejszego wysiłku, jakim mogą okazać się: tenis, piłka nożna lub siatkowa czy koszykówka, biegi na dłuższych dystansach czy ćwiczenia na siłowni. Należy pamiętać, że dopiero po wcześniejszym przygotowaniu organizmu można przystąpić do intensywniejszych form treningów.

Właściwa, dobrze zbilansowana dieta oraz odpowiednio dobrany wysiłek fizyczny na świeżym powietrzu są najlepszymi sposobami rozpoczęcia powrotu do dobrej formy fizycznej i psychicznej po dłuższej bezczynności. Badania naukowe dowodzą, że osoby, które ćwiczą kilka razy w tygodniu, dwa razy rzadziej zapadają na przeziębienia, ponieważ u ćwiczących znacznie wzrasta ilość komórek odpowiadających za odporność organizmu, obniżają w znacznym stopniu ryzyko wystąpienia schorzeń układu krążenia, chorób metabolicznych takich jak cukrzyca typu II, co bezpośrednio przekłada się na jakość i długość życia [13].

Na początku treningów trzeba unikać zbyt obciążających form aktywności fizycznej, umiar i wytrwałość w codziennych działaniach przynoszą trwały efekt. Niezależnie od motywacji, która skłania do intensywnego wysiłku, trzeba mieć świadomość, ze istotnym elementem procesu treningowego jest odnowa biologiczna. Każdy człowiek wdrażający swój organizm do coraz wyższych, czasami skrajnych obciążeń może doprowadzić się do przekroczenia granicy aktualnych możliwości, które zależą od sprawności układu ruchu, krążenia, oddechowego, hormonalnego i innych.

Formy i metody wypoczynku i odnowy biologicznej

Bierny wypoczynek pomiędzy sesjami treningowymi, szczególnie tymi o dużej intensywności, nie pozwala na właściwą odnowę możliwości organizmu. Intensywna aktywność fizyczna powinna doprowadzić do zwiększonej tolerancji organizmu na coraz wyższe obciążenia, na przykład do coraz wyższej tolerancji na zakwaszenie mięśni. Zjawisko to jest znane wszystkim osobom, które po pewnym okresie przerwy przystępują np. do biegania lub jazdy na rowerze i po pierwszych treningach wyraźnie czują ból mięśni trójgłowych łydek. Dla uzyskania coraz lepszych wyników konieczne jest właściwe zaplanowanie i stosowanie aktywnych form wypoczynku, czyli odnowy biologicznej. Jeżeli nie uwzględni się tego elementu, to możliwości organizmu przestaną rosnąć, a nawet może dojść do regresu lub negatywnych zmian [12].

Zdaniem Jethona, odnowa biologiczna jest procesem powrotu wydolności wysiłkowej do poziomu wyjściowego po dużych obciążeniach fizycznych i psychicznych oraz przeciwdziałanie przeciążeniu pracą za pomocą środków i warunków środowiskowych czynnie wspomagających i przyśpieszających proces regeneracji sił ustroju [14].

Procesy odnowy to odpoczynek bierny i czynny. Ten pierwszy to ograniczenie wysiłku po treningu do niezbędnego minimum oraz właściwy, odpowiedni dla indywidualnych potrzeb sen, co najmniej 8 godz. na dobę, a przy intensywnym wysiłku 9 godzin. Czynna odnowa biologiczna to właściwe zastosowanie fizjoterapii. Te działania powinny pomagać w zapobieganiu powstawania skutków przeciążania organizmu, w szybkim przywracaniu możliwości fizjologicznych, zapobieganiu powstawania kontuzji czy negatywnych następstw źle przeprowadzonych sesji treningowych, np. naderwania ścięgien lub włókien mięśniowych. Działaniami takimi mogą być masaże ręczne, podwodne, wirowe lub bicze wodne, których zadaniem jest stymulacja mięśni, uelastycznienie wiązadeł, zwiększenie zakresu ruchu w stawach i ogólne przekrwienie tkanek powodujące ich lepsze odżywienie. Pomocne są także wizyty w saunie oraz w kriokomorze. Te ostatnie powinny być właściwie zaplanowane i wdrażane stopniowo, aby przyzwyczaić organizm do działania ekstremalnych temperatur. Stosowane właściwie i systematycznie pomagają w zwiększeniu takich cech motorycznych, jak siła i wytrzymałość oraz powodują zwiększoną odporność na zmęczenie powysiłkowe [15].

Kiedy kończy się trening, nie ustają procesy metaboliczne. Niektóre z nich trwają jeszcze kilka godzin po zakończeniu aktywności fizycznej. Opisane wcześniej metody fizjoterapeutyczne mają za zadanie przyśpieszenie powrotu organizmu do równowagi biochemicznej, wzmocnienie pozytywnych skutków treningu oraz zwiększenie możliwości motorycznych osoby trenującej. Właściwie stosowana odnowa zapobiega również wystąpieniu zniechęcenia do systematycznych treningów, czemu sprzyja uczucie bólu i wyczerpania oraz przejściowe zmniejszenie możliwości motorycznych organizmu.

Sportowiec amator powinien uwzględnić w długofalowym planie treningowym możliwości, jakie dają ogólnodostępne miejsca, takie jak np. miejskie baseny, gdzie można coraz częściej korzystać z sauny, jacuzzi, czasami z kriokomory i z masaży. Ważnym elementem odnowy jest psychofizyczne odprężenie, będące swoistą formą nagrody za ciężki wysiłek podczas treningów. Jeżeli uda się połączyć w jedność trening z odnową, wyniki przyjdą szybciej, łatwiej, bez kontuzji i zniechęcenia. Pozytywne efekty w organizmie będą utrzymywały się dłużej i będą wszechstronne. Procesy metaboliczne osiągną swoje optimum z korzyścią dla wszystkich układów organizmu. Należy być świadomym, że zarówno obciążenia treningowe, jak i intensywność zabiegów odnowy biologicznej, powinny być właściwie stopniowane.

Osoby, które wcześniej nie korzystały z sauny czy kriokomory, powinny bardzo ostrożnie stopniować intensywność tych zabiegów. Zbyt intensywne korzystanie z nich, tak jak zbyt intensywny trening, może przynieść więcej szkody niż pożytku. Organizm musi mieć odpowiedni czas na adaptację do nowych bodźców. Zbyt intensywny masaż, za gorąca sauna, zbyt długa wizyta w kriokomorze, tak jak za długi bieg czy zbyt duże obciążenie na siłowni mogą przeciążyć organizm ze wszystkimi tego negatywnymi skutkami. Odnowę biologiczną powinno się stosować systematycznie, pamiętając o indywidualnym podejściu do niej.

Jeżeli z jakichś powodów niemożliwe jest korzystanie z zabiegów w miejscach profesjonalnie do tego przygotowanych, to pozostaje możliwość wykonania podstawowych zabiegów we własnym domu [16]. Automasaż może być wykonywany we własnym zakresie na niektórych grupach mięśniowych, np. mięśniach kończyn. W przypadkach zakwaszenia lub naciągnięcia mięśni bądź wiązadeł stawów, można wykonywać masaż przy użyciu oliwki lub maści o działaniu przeciwzapalnym, przeciwbólowym. Zabiegi automasażu wykonywane po treningu przez 10–15 min. na przysparzającą dolegliwości okolicę przynoszą dobre rezultaty, szczególnie, gdy masażowi poddane są duże partie mięśni [17].

Kąpiele solankowe przy zastosowaniu soli leczniczych są do nabycia w każdej aptece. Mogą być pomocne przy zespołach przeciążeniowych dużych grup mięśniowych i stawów kończyn i kręgosłupa. Temperatura takich kąpieli powinna zawierać się w przedziale 34–38 stopni Celsjusza, przy stężeniu solanki 0,5 do 1%. Czas kąpieli to około 20 minut [18].

Okłady z plastrów borowinowych są stosowane miejscowo na przeciążone stawy lub stłuczone mięśnie. Plaster borowinowy rozgrzewa się w kuchence mikrofalowej lub w naczyniu z gorącą wodą a następnie nakłada na odpowiednią okolicę ciała i zawija najpierw folią, a następnie kocem dla utrzymania temperatury przez ok. 20 minut. Do masażu można użyć maści borowinowej [16].

Natrysk naprzemienny ciepłą i zimną wodą przy wykorzystaniu prysznica przynosi ulgę przy bólach mięśni i w stanach ogólnego zmęczenia nadmiernym wysiłkiem. Stosunek czasu polewania ciepłą i zimną wodą powinien wynosić 30 sek. do 5 sek. przy ogólnym czasie trwania zabiegu 3 do 5 minut [18].

Krioterapia miejscowa przy użyciu sprayów chłodzących jest szczególnie przydatna do zastosowania bezpośrednio po zaistnieniu kontuzji, np. w wyniku kopnięcia podczas gry w piłkę. Zabieg taki działa przeciwbólowo, zapobiega lub zmniejsza powstanie siniaka. Aplikacja środka trwa ok. 2–3 sek., powtarzana powinna być dwu- lub trzykrotnie. Przy bólach stawów i mięśni będących wynikiem intensywnego wysiłku dobrze sprawdzają się

zimne okłady [17]. Można użyć schłodzonego, wilgotnego ręcznika lub lodu. Kostki lodu należy umieścić w foliowym worku i przyłożyć we właściwej okolicy a następnie owinąć grubym ręcznikiem lub kocem dla utrzymania niskiej temperatury [19]. Czas zabiegu nie powinien przekraczać 15 minut. Można także użyć gotowych żeli, które są wcześniej schłodzone w zamrażarce [20].

Dla dobrania optymalnych metod odnowy biologicznej niezbędna jest konsultacja z fizjoterapeutą lub lekarzem, tak jak przy wyznaczaniu odpowiednich obciążeń treningowych. Należy wziąć pod uwagę, że im bardziej nieregularny jest wysiłek fizyczny, tym większe znaczenie ma dla organizmu odnowa biologiczna, która nie dość, że złagodzi skutki niewłaściwych obciążeń, to dodatkowo może wzmocnić pożądane efekty treningu.

Podsumowanie

Wiedzę na temat dobroczynnych skutków odnowy biologicznej należy konsekwentnie wprowadzać do powszechnego obiegu, tak jak to się dzieje w przypadku ogólnodostępnych wiadomości dotyczących różnych form aktywności fizycznej. Internet, prasa, poradniki i telewizja pełne są tzw. personalnych trenerów, zachęcających do różnego rodzaju ćwiczeń, natomiast prawie w ogóle nie mówi się o konieczności stosowania odnowy biologicznej. Większości społeczeństwa wydaje się, że są to niezwykle skomplikowane procesy zarezerwowane wyłącznie dla zawodowców. Jak zostało wskazane powyżej, wcale tak nie jest, należy tylko tę wiedzę upowszechniać. Odnowa biologiczna, jako ta przyjemniejsza część procesu treningowego, może zapobiegać odchodzeniu od aktywności fizycznej tych osób, u których nieracjonalny trening wywołał przykre skutki w postaci bolesnych zakwasów mięśni czy uczucia ogólnego przemęczenia. Biorąc pod uwagę fakt, że większa część społeczeństwa w ogóle nie uprawia w żadnej formie sportu, każdy aktywny fizycznie człowiek jest wart wsparcia poprzez dostarczenie mu podstawowej wiedzy o odnowie biologicznej.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Heinrich A. Masaż sportowy. W: Higjena ciała i sport, 1926; 10: 37–38.
2. Heinrich A. Masaż sportowy. W: Higjena ciała i sport, 1926; 11-12: 38–39.
3. Heinrich A. Masaż sportowy. W: Higjena ciała i sport, 1926; 14: 46–47.
4. Heinrich A. Masaż sportowy. W: Higjena ciała i sport, 1926; 15: 36–37.
5. Brodniewicz A, Celejowa I, Szamborski Z, Wolski J. Turystyka a odnowa biologiczna. Warszawa: Instytut Turystyki; 1976; 1: 7–32.
6. Kultura. Turystyka. Sport. W: Rocznik Statystyczny 1981. Warszawa: Zarząd Wydawnictw Statystycznych i Drukarń; 1981.
7. Kryte pływalnie w Polsce. W: Pływalnie kryte w Polsce. Inwentaryzacja bazy sportowej; Warszawa: Ministerstwo Sportu i Turystyki; 2015.
8. Kultura. Turystyka. Sport. W: Mały Rocznik Statystyczny Polski 2017. Warszawa: Zakład Wydawnictw Statystycznych. 2017. www. stat. gov. Pl
9. Birch K, Mac Laren D, George K. Fizjologia sportu. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2008; sekcja K; 217–226.
10. Winiarski R. Wprowadzenie do zagadnień rekreacji i czasu wolnego. W: Winiarski R (red.). Rekreacja i czas wolny. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Łośgraf; 2011; 1: 13–17.
11. Raczek J. Teoria motoryczności człowieka w zarysie. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010; 7.3: 150–187.
12. Gawroński W, Szyguła Z. Zmęczenie, przetrenowanie i sposoby intensyfikacji wypoczynku. W: Jegier A, Nazar K, Dziak A. Medycyna sportowa. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2013; 14: 361–369.
13. Ciborowska H. Żywienie dietetyczne w chorobach metabolicznych. W: Ciborowska H, Rudnicka A. dietetyka. Żywienie zdrowego i chorego człowieka. Warszawa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010; 3.5; 425–488.
14. Jethon Z. Fizjologiczne podstawy odnowy biologicznej w sporcie. Warszawa: Wydawnictwa Instytutu Sportu; 1987; 22.
15. Mika T, Kasprzak W. Fizykoterapia. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2004; 2: 25–50.
16. Ponikowska I, Ferson D. Nowoczesna medycyna uzdrowiskowa. Warszawa: Medi Press; 2009; 10.3: 251–264.
17. Magiera L, Walaszek R. Masaż sportowy z elementami odnowy biologicznej. Kraków: Biosport; 2003; 4.2: 211–220.
18. Kasprzak W, Mańkowska A. Fizykoterapia, medycyna uzdrowiskowa i SPA. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008; 2.1: 270–275.
19. Magiera L. Masaż w kosmetyce i odnowie biologicznej. Kraków: Bio-Styl; 2009; 7.4: 356–360.
20. Czamara A, Kujawa JE, Klukowski K. Fizykoterapia w sporcie kwalifikowanym. W: Śliwiński Z, Sieroń A (red.). Wielka fizjoterapia. Tom 1. Wrocław: Elsevier Urban&Partner; 2014; 32: 299–305.

Zaakceptowano do edycji: 20.08.19
Zaakceptowano do publikacji: 26.09.19

Adres do korespondencji:
Mariusz Kilian
ul. K. Makuszyńskiego 26
78-100 Kołobrzeg
tel. 888 240 567
e-mail: mkilian@o2.pl

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA ORYGINALNA

DOLEGLIWOŚCI BÓLOWE ODCINKA SZYJNEGO KRĘGOSŁUPA WŚRÓD STUDENTÓW FIZJOTERAPII

CERVICAL SPINE PAIN AMONG STUDENTS OF PHYSIOTHERAPY

Martyna Toman[1], Magdalena Rutkowska[2], Magdalena Dąbrowska-Galas[2], Tomasz Król[2], Piotr Michalik[2], Tomasz Michalski[2]

[1] Koło Naukowe przy Zakładzie Kinezyterapii i Metod Specjalnych Wydziału Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
[2] Zakład Kinezyterapii i Metod Specjalnych Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2019.18

STRESZCZENIE

Wstęp. Bóle kręgosłupa szyjnego są powszechną dolegliwością i dotyczą coraz młodszych osób, w tym studentów fizjoterapii, którzy są narażeni na dodatkowe przeciążenia podczas zajęć wynikających z harmonogramu zajęć oraz praktyk zawodowych.
Cel pracy. Celem pracy była ocena aktywności fizycznej i stopnia niepełnosprawności wynikającego z dolegliwości bólowych szyjnego odcinka kręgosłupa wśród studentów fizjoterapii.
Materiał i metody. Badaniem objęto 116 studentów kierunku fizjoterapii z województwa śląskiego. Jako narzędzie badawcze wykorzystano autorską ankietę, IPAQ oraz NDI.
Wyniki. 88 studentów (76,10%) zadeklarowało, że doświadczyło w swoim życiu epizodu bólowego odcinka szyjnego kręgosłupa. Na stosowanie zasad ergonomii w pozycji siedzącej wskazało 72,9 % (n = 80) badanych, natomiast nie stosowało ich wcale 7,92% (n = 8) badanych. Umiarkowany poziom aktywności fizycznej odnotowano u 49,50% (n = 50), niski i wysoki odpowiednio 20,79% (n = 21) i 16,83% (n = 17). Wśród badanych 51,49% (n = 52) sklasyfikowanych zostało do łagodnego rodzaju niepełnosprawności wynikającego z dolegliwości bólowych szyjnego odcinka kręgosłupa, wskazując na ból o charakterze przewlekłym i nawracającym (93,18%; n = 82), natomiast 6,82% (n = 6) badanych doświadczyło bólu tylko raz w życiu.
Wnioski. Studenci fizjoterapii, u których odnotowano niższy poziom niepełnosprawności, częściej stosowali zasady ergonomii i rzadziej zgłaszali dolegliwości bólowe szyjnego odcinka kręgosłupa.

Słowa kluczowe: ból kręgosłupa, odcinek szyjny, aktywność fizyczna, studenci fizjoterapii.

ABSTRACT

Introduction. Cervical spine pain is a common disorder concern even young people including students of physiotherapy. They are exposed on extra overloads during classes and apprenticeships.
Aim. Assessment of physical activity among students of Physiotherapy, cervical spine pain characteristic and assessment were used of the degree of disability which was a consequence of cervical spine pain.
Material and methods. The study included 116 students of third year of physiotherapy. The following instruments: author's survey, International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) and Neck Disability Index (NDI).
Results. 88 students (76,10%) experienced cervical spine pain. 72,9% (n = 80) respondents used rules of ergonomics of a sitting position, 7,92% (n = 8) did not used them. A moderate level of physical activity was recorded in 49.50% (n = 50) respondents, low and high physical activity was assessed in 20.79% (n = 21) and 16.83% (n = 17) respectively. 51.49% (n = 52) were classified to a mild type of disability resulting from pain in the cervical spine, indicating chronic and recurrent pain (93.18%, n = 82), and 6.82% (n = 6) students experienced pain only once in their life.
Conclusions. Physiotherapy students who had lower levels of disability, more often used the principles of ergonomics and less frequently reported pain in the cervical spine.

Keywords: back pain, cervical spine, physical activity, physiotherapists.

Wstęp

Bóle kręgosłupa stanowią bardzo powszechną dolegliwość w dzisiejszych czasach i dotykają ludzkość z krajów cywilizowanych [1, 2]. Zespołów bólowych kręgosłupa doświadcza coraz większy odsetek populacji i przyjmuje się, że problem ten dotyczy od 60 do 95% ludzi na całym świecie [2]. Odcinek szyjny kręgosłupa pod względem bolesności znajduje się na drugim miejscu zaraz po odcinku lędźwiowym i dotyczy 30–50% populacji [3, 4]. Bóle szyi stanowią duży problem epidemiologiczny mający charakter nawrotowy i przewlekły [5]. W życiu człowieka dochodzi do wielu przeciążeń i mikrourazów, które powodują zaburzenia biomechaniczne kręgosłupa, a głównym czynnikiem sprawczym tych zaburzeń może być ustawienie kręgosłupa szyjnego w nienaturalnej pozycji – wysunięcia lub pochylenia głowy do przodu [5, 7]. Bardzo często ból szyi ujawnia się jako zespół napięciowy szyi, gdzie ból w tej okolicy istnieje razem z tkliwością mięśnia czworo-

bocznego szyi [8]. Dodatkowym czynnikiem wpływającym na pojawienie się dolegliwości w odcinku szyjnym kręgosłupa może być stres [8, 9]. Wśród czynników ryzyka predysponujących do wystąpienia dolegliwości bólowych odcinka szyjnego można także wymienić palenie tytoniu, bóle w odcinku lędźwiowo-krzyżowym czy wcześniejsze objawy bądź urazy z okolic barków lub ramion [8, 4]. Jeszcze kilka lat temu przyjmowano, że dolegliwości bólowe kręgosłupa dotyczą tylko osób dorosłych i starszych, jednak obecne badania wskazują, że problem dotyczy także osób młodych [2, 6]. Studenci fizjoterapii należą do grupy narażonej na występowanie tego typu dolegliwości. W trakcie studiów młodzi ludzie zarówno podczas zajęć, jak i praktyk zawodowych na oddziałach szpitalnych, przebywają w wymuszonej pozycji, co związane jest z wykonywaniem zadań z zakresu obowiązków fizjoterapeuty [6].

Cel pracy

Celem pracy była ocena aktywności fizycznej i stopnia niepełnosprawności oraz analiza czynników wpływających na stopień niepełnosprawności wynikających z dolegliwości bólowych szyjnego odcinka kręgosłupa wśród studentów kierunku fizjoterapia.

Materiał i metody

Badaniem o charakterze ankietowym objęto 139 studentów studiów stacjonarnych kierunku fizjoterapia. Zgodę na udział wyraziło 130 ankietowanych, z czego 116 studentów (86 kobiet i 30 mężczyzn) udzieliło odpowiedzi na wszystkie pytania zawarte w ankiecie. Kryterium włączenia do badań był ból szyjnego odcinka kręgosłupa. Grupę badaną stanowili studenci, którzy doświadczyli przynajmniej raz epizodu bólowego szyjnego odcinka kręgosłupa (88 studentów). Średni wiek badanej grupy wynosił 21,5 ± 0,69 lat.

Narzędziem badawczym była ankieta składająca się z trzech części. Część I zawierała ogólne pytania dotyczące płci, wieku, miejsca zamieszkania i dolegliwości bólowych odcinka szyjnego. Na te pytania odpowiedzi udzielali wszyscy ankietowani. W dalszej części ankiety pytania dotyczyły zasad zachowania ergonomii w czynnościach dnia codziennego, częstości występowania epizodów bólowych odcinka szyjnego, okoliczności pojawienia się tego bólu, wieku pierwszego epizodu bólowego, korzystania z porad lekarza lub fizjoterapeuty w czasie problemów z odcinkiem szyjnym, a także rezygnacji z zajęć z powodu bólu szyi. Część II narzędzia badawczego stanowił Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej (IPA-Q-SF), który pozwolił na klasyfikację ankietowanych ze względu na poziom aktywności (wysoki, wystarczający, niewystarczający). Część III stanowił Kwestionariusz Neck Disability Index (NDI), którego celem była ocena niepełnosprawności wywołanej przez dolegliwości bólowe, klasyfikująca badanych ze względu na uzyskane punkty do grupy: brak niepełnosprawności (0–4 punktów), łagodna (5–14 punktów), umiarkowana (15–24 punktów), ciężka (25–34 punktów) i skrajna niepełnosprawność (35–50 punktów).

Indywidualne wyniki każdego badanego zostały zebrane w arkuszu kalkulacyjnym Excel 2013 i opracowane statystycznie za pomocą programu Statistica 12. Do porównania grup został wykorzystany test U Manna-Whitney'a, natomiast analiza korelacji rang Spearmana została zastosowana do określenia związku pomiędzy analizowanymi zmiennymi. Dla zastosowanych testów statystycznych przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki

Spośród 88 studentów fizjoterapii zadeklarowało, iż doświadczyło w swoim życiu epizodu bólowego odcinka szyjnego kręgosłupa, 28 badanych (23,90%) nie odczuwało bólu w tym odcinku kręgosłupa. Średni wiek, w którym po raz pierwszy pojawił się ból odcinka szyjnego kręgosłupa, wynosił 18,69 ± 1,49 lat. Najczęściej ból po raz pierwszy pojawił się w wieku 18–20 lat.

Na stosowanie zasad ergonomii podczas takich czynności jak korzystanie z komputera, telefonu, tabletu, oglądania telewizji, czytania książek czy uczenia się wskazało 90,90 % (n = 80) badanych, natomiast zasad ergonomii wcale nie stosowało 9,10% (n = 8) badanych. Analiza Międzynarodowego Kwestionariusza Aktywności Fizycznej wykazała, iż w grupie badanej najwięcej respondentów prezentowało umiarkowany poziom aktywności fizycznej (56,82%; n = 50), natomiast niski i wysoki odpowiednio 23,86% (n = 21) i 19,32% (n = 17). Zgodnie z Kwestionariuszem Neck Disability Index najwięcej badanych (59,10%; n = 52) zakwalifikowano do łagodnego rodzaju niepełnosprawności, natomiast 40,90% (n = 36) respondentów sklasyfikowanych zostało jako nieposiadających niepełnosprawności wynikającej z dolegliwości bólowych szyjnego odcinka kręgosłupa. Żadna z badanych osób nie uzyskała wyniku klasyfikującego go do niepełnosprawności ciężkiej i skrajnej. Wśród respondentów 93,18% (n = 82) badanych wskazywało na ból o charakterze przewlekłym i nawracającym, natomiast 6,82% (n = 6) badanych doświadczyło bólu w odcinku szyjnym tylko raz w życiu. Ankietowani najczęściej wskazywali, iż dolegliwości bólowe pojawiały się kilka razy w roku (40,91%; n = 36) i kilka razy w miesiącu (36,36%; n = 32). Na ból występujący kilka razy w tygodniu skarżyło się 15,91% (n = 14) badanych. Dolegliwości bólowe najczęściej pojawiały się pod-

czas siedzenia (47,24%; n = 41) oraz podczas stania (17,01%; n = 15). Mniejszy odsetek respondentów wskazał pozycję leżącą (12,33%; n = 11), aktywność fizyczną (12,18%; n = 11) i czynności domowe (9,09%; n = 8). Badani wskazywali m.in., że ból pojawiał się po przebudzeniu, przy palpacji czy przebywaniu w nieruchomych pozycjach. Szczegółową charakterystykę badanych zmiennych przedstawia **tabela 1**.

Tabela 1. Ogólna charakterystyka badanych

		n	%
Płeć	kobieta	67	76,14
	mężczyzna	21	23,86
Stosowanie ergonomii podczas siedzenia	wcale	8	9,10
	bardzo rzadko	15	17,04
	czasami	39	44,32
	raczej tak	12	13,64
	zdecydowanie tak	14	15,90
Poziom aktywności fizycznej	niski	21	23,86
	umiarkowany	50	56,82
	wysoki	17	19,32
Rodzaj niepełnosprawności wg NDI	brak	36	40,90
	łagodna	52	59,10
Częstość dolegliwości bólowych	jednorazowy epizod	6	6,82
	klika razy/w roku	36	40,91
	kilka razy/w mies.	32	36,36
	kilka razy/w tyg.	14	15,91

Dolegliwości bólowe wśród badanych najczęściej miały charakter bardzo łagodny (48%), rzadziej dość silny (2%), natomiast bólu bardzo silnego oraz najgorszego, jaki można sobie wyobrazić, nie doświadczył żaden spośród badanych. W celu złagodzenia dolegliwości bólowych kręgosłupa szyjnego 9,09% (n = 8) badanych skorzystało z pomocy lekarskiej bądź fizjoterapeutycznej, natomiast 2,27% (n = 2) studentów zrezygnowało z uczestnictwa w zajęciach wynikających z planów studiów.

W przedstawionych wynikach badań wykazano istotną statystycznie różnicę pomiędzy badanymi w zakresie stosowania zasad ergonomii w trakcie siedzenia, a rodzajem niepełnosprawności (p = 0,009) oraz w zakresie płci, a rodzajem niepełnosprawności (p = 0,0261).

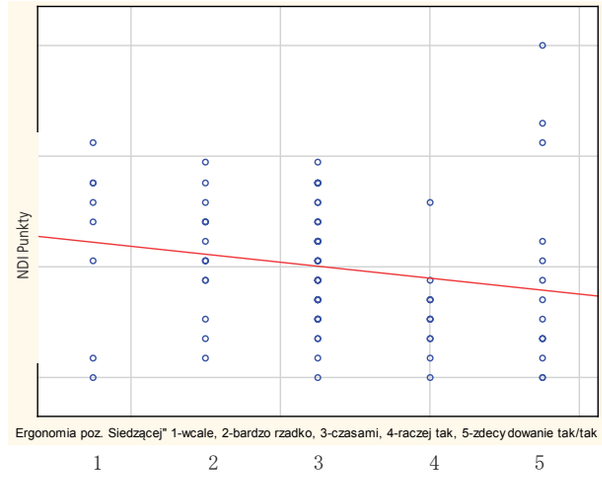
Tabela 2. Porównanie badanych w zakresie płci, stosowania zasad ergonomii, poziomu aktywności, a występującej niepełnosprawności określonej w kwestionariuszu NDI

		Rodzaj niepełnosprawności (NDI)				
		1 – brak		2 – łagodna		p
		n	%	n	%	
Płeć	kobieta	23	26,14	44	50,00	0,0261
	mężczyzna	13	14,77	8	9,09	
Stosowanie ergonomii podczas siedzenia	wcale	2	2,27	6	6,82	0,009
	bardzo rzadko	3	3,41	12	13,64	
	czasami	13	14,77	26	29,55	
	raczej tak	10	11,36	2	2,27	
	zdecydowanie tak	36	9,09	52	6,82	
Poziom aktywności fizycznej	niski	9	10,23	12	13,64	ns
	umiarkowany	23	26,14	27	30,68	
	wysoki	4	4,55	13	14,77	

Analiza korelacji rang Spearmana wykazała dwie istotne statystycznie zależności. Pierwszą istotną statystycznie ujemną zależność (r = –0,286505, p = 0,0068) odnotowano pomiędzy częstością stosowania ergonomii w pozycji siedzącej a punktami uzyskanymi w kwestionariuszu NDI (**Tabela 3**, **rycina 1**).

Tabela 3. Wyniki korelacji pomiędzy stosowaniem zasad ergonomii a punktami uzyskanymi w kwestionariuszu NDI

Para zmiennych	Korelacja porządku rang Spearmana BD usuwane parami Oznaczone wsp. korelacji są istotne z p <,05000			
	N	R	t(N-2)	p
Ergonomia poz. siedzącej/NDI	88	–0,286505	–2,77319	0,0068

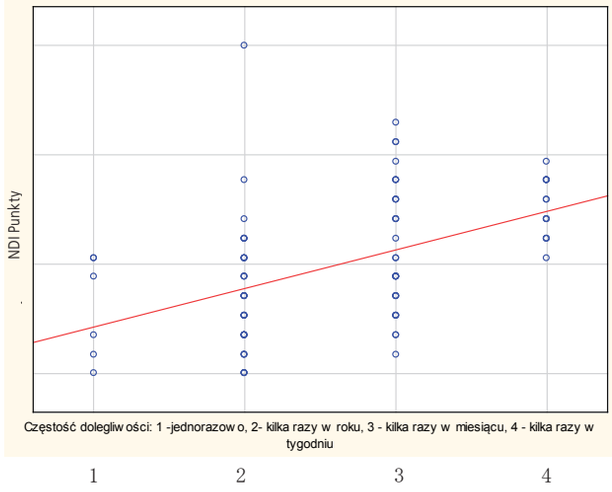


Rycina 1. Korelacja pomiędzy stosowaniem zasad ergonomii w pozycji siedzącej a punktami uzyskanymi w kwestionariuszu NDI wśród badanych

Drugą istotną statystycznie dodatnią zależność (r = 0,527486; p < 0,05) odnotowano pomiędzy częstością dolegliwości bólowych, a punktami uzyskanymi w kwestionariuszu NDI (**Tabela 4**, **rycina 2**).

Tabela 4. Wyniki korelacji pomiędzy częstością dolegliwości bólowych a punktami uzyskanymi w kwestionariuszu NDI

Para zmiennych	Korelacja porządku rang Spearmana BD usuwane parami Oznaczone wsp. korelacji są istotne z p <,05000			
	N	R	t(N-2)	p
Częstość dolegliwości bólowych/NDI	88	0,527486	5,757908	0,000000



Rycina 2. Korelacja pomiędzy częstością dolegliwości bólowych a punktami uzyskanymi w kwestionariuszu NDI wśród badanych

Dyskusja

Praca w zawodzie fizjoterapeuty skupia się głównie na czynnościach wymagających fizycznej pracy w wymuszonych pozycjach ciała wykonywanych wielokrotnie w ciągu dnia, co prowadzi do powstania przeciążeń w obrębie narządu ruchu. Grupą szczególnie narażoną na wystąpienie dolegliwości bólowych kręgosłupa wynikających z przeciążeń powstałych w czasie pracy z pacjentem są studenci fizjoterapii, którzy w trakcie studiów zapoznają się i uczą poprawnej techniki wykonywania czynności fizjoterapeutycznych, z zachowaniem zasad ergonomii.

Wyniki badań niniejszej pracy ukazały, że ból odcinka szyjnego kręgosłupa stanowi poważny i powszechny problem wśród studentów fizjoterapii. Na ból szyi uskarżało się 76% badanych i w 93% przypadków miał on charakter przewlekły i nawrotowy. Najczęściej ból pojawiał się podczas siedzenia oraz stania. Im częściej pojawiały się bóle szyi, tym respondenci wskazywali na wyższy stopień niepełnosprawności. Znacząca liczba studentów przestrzegała zasad ergonomii zarówno w czynnościach dnia codziennego, jak i podczas snu, co przekładało się na uzyskanie przez nich niższych wyników w kwestionariuszu NDI.

Wyniki badań własnych korelują z wynikami innych autorów podejmujących zagadnienia dotyczące problemów bólowych kręgosłupa wśród grupy zawodowej fizjoterapeutów. W badaniach Radzimskiej i wsp., w których jako narzędzie wykorzystano Kwestionariusze Neck Disability Index (NDI) i Kwestionariusz Oswestry Disability Index (ODI) do oceny stopnia niepełnosprawności związanych odpowiednio z bólem szyi oraz bólem odcinka lędźwiowego kręgosłupa przeprowadzonych na grupie fizjoterapeutów, wykazano, że przeszło połowa klasyfikowała się do łagodnej niepełnosprawności. Odnotowano, że częściej bóle dotyczyły odcinka lędźwiowego, choć badani wskazywali na poważny problem wynikający z bólów głowy, które były konsekwencją przeciążeń i dysfunkcji szyjnego odcinka kręgosłupa. W badaniach wykazano również, że wraz ze wzrostem stażu pracy i wiekiem wzrastał poziom niepełnosprawności mierzonej kwestionariuszami ODI i NDI [10]. W badaniach Czupryny i wsp. przeprowadzonych w grupie fizjoterapeutów zajmujących się metodami nerorehabilitacyjnymi również zaobserwowano, że ból w odcinku lędźwiowym występował częściej (u 48% badanych) niż w odcinku szyjnym (u 19% badanych) [11].

Sieradzki i wsp. objęli badaniem 110 studentów fizjoterapii, u których określano stopień niepełnosprawności za pomocą standaryzowanego wskaźnika sprawności w bólach dolnej części kręgosłupa – ODI (Oswestry Disability Index). Wśród badanych studentów ponad 50% uskarżało się na dolegliwości bólowe ze strony dolnego odcinka kręgosłupa, potwierdzając, że problemy rozpoczęły się w czasie trwania studiów i zainicjowane zostały w pozycji stojącej. Mimo że badani studenci w większości posiadali wiedzę na temat działań fizjoterapeutycznych w zwalczaniu dolegliwości bólowych kręgosłupa, nie stosowali ich w przypadku własnych dysfunkcji. Badani przejawiali również niski poziom zachowań zdrowotnych, co miało odzwierciedlenie w większych doznaniach bólowych kręgosłupa [12].

W badaniach Lisińskiego i wsp. prowadzonych na grupie 70 fizjoterapeutów odnotowano bóle w obrębie lędźwiowego odcinka kręgosłupa wśród 90% badanej grupy, a pozycja stojąca i czynności wymagające dźwigania w największym stopniu wpływały na poziom bólu. Warto dodać, że 60% badanych fizjoterapeutów zgłaszających ból kręgosłupa nie przejawiało żadnej aktywności fizycznej [13]. W badaniach Iqbal i wsp. 92% fizjoterapeutów uskarżało się na zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego i najczęstszą zgłaszaną lokalizacją był odcinek lędźwiowy kręgosłupa [14].

Dolegliwości bólowe odcinka szyjnego kręgosłupa stanowią problem wśród innych zawodów medycznych. Ćwierzeń i wsp. poddali badaniom higienistki stomatologiczne. Wykazano, iż ok. 88% badanych higienistek stomatologicznych narażonych jest na niekorzystne przeciążenia kręgosłupa [15]. Guzy i wsp. w badaniach odnotowali występowanie szyjnych zespołów bólowych wśród studiujących i pracujących zawodowo kosmetyczek, gdzie wykazano, że bóle szyi dotyczą 40% badanych [5]. W badaniach Płonicki i wsp. odnotowano ból szyi u 71% badanych dentystów [16].

Mikołajewska i wsp., prezentując aktualny stan wiedzy na temat dysfunkcji mięśniowo-szkieletowych wśród fizjoterapeutów, podaje, że w Polsce dotyczy to od 20% do 90% fizjoterapeutów. Wskazuje również na potrzebę zwrócenia większej uwagi na działania prewencyjne dla osób rozpoczynających pracę w zawodzie fizjoterapeuty, a także wdrażania programów profilaktycznych dla osób zawodowo związanych z rehabilitacją, które stanowić powinny główny czynnik wpływającym na zmniejszenie dolegliwości bólowych w obrębie kręgosłupa w grupie zawodowej fizjoterapeutów [17].

Wnioski

1) Studenci fizjoterapii charakteryzują się głównie umiarkowanym poziomem aktywności fizycznej, a dolegliwości bólowe szyjnego odcinka kręgosłupa klasyfikują respondentów do grupy łagodnej niepełnosprawności według kwestionariusza NDI.
2) Niższy poziom niepełnosprawności wśród studentów fizjoterapii związany był z częstszym stosowaniem stosowania zasad ergonomii w pozycji siedzącej i rzadszymi epizodami dolegliwości bólowych szyjnego odcinka kręgosłupa.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Guzy G, Frańczuk B. Effectiveness of the McKenzie method in regard to head posture and motion of the cervical spine In patients with cervical derangement syndrome. J. Orthop. Trauma Surg 2010; (1): 29–41.
2. Bartosiewicz Z. Stan wiedzy na temat występowania i przyczyn powstawania zespołów bólowych kręgosłupa w społeczeństwie u studentów warszawskich uczelni. Post Rehabil 2012; 26 (1): 37–43.
3. Matuszewska W, Tomczak H. Ocena wpływu kompleksowej fizjoterapii na poziom bólu w odcinku szyjnym kręgosłupa. Acta Balneol 2011; 53 (2): 124–132.
4. Istrati J. Przewlekły zespół bólowy kręgosłupa szyjnego – postępowanie według medycyny opartej na faktach. Ból 2011; 12 (4): 15–18.
5. Guzy G, Ridan T, Drożdżoł-Brzęczek A. Występowanie szyjnych zespołów bólowych wśród studiujących i pracujących zawodowo kosmetyczek. Med. Man 2014; 18 (2/3): 39–45.
6. Szymfel K, Witke-Woźniak A, Kwiatkowski K. Analiza skuteczności wybranych ćwiczeń metodą Feldenkraisa w leczeniu zespołów bólowych odcinka szyjnego kręgosłupa. Rehabil Prakt 2016; (5): 49–53.
7. Prajs K, Fliciński J, Przepiera-Będzak H. Ból karku – objawy, czynniki ryzyka, diagnostyka i postępowanie. Lekarz 2010; (3):18, 20–22.
8. Guzy G, Szpitalak M, Frańczuk B i wsp. Zależności pomiędzy czynnikami psychologicznymi a wybranymi zmiennymi wśród pacjentów z przewlekłym, szyjnym zespołem zaburzeń strukturalnych. Med Sport 2013; 29 (3): 163–173.
9. Stefanowicz A, Kloc W. Rozpowszechnienie bólu krzyża wśród studentów. Ann Med 2009; 16 (1): 28–41.
10. Radzimińska A, Weber-Rajek M, Jaworska U i wsp. Zespoły bólowe kręgosłupa w grupie fizjoterapeutów. Health and Sport 2016; 6 (6): 553–564.
11. Czupryna K, Nowotny-Czupryna O, Nowotny J. Ergonomiczne uwarunkowania zespołów bólowych kręgosłupa u fizjoterapeutów zajmujących się neurorehabilitacją dzieci. Ortop Traumatol Rehab 2014; 4(6): 407–418.
12. Sieradzki M, Krajewska-Kułak E, Van Damme-Ostapowicz K. Ocena występowania zespołów bólowych dolnego odcinka kręgosłupa w populacji studentów kierunku fizjoterapia, Probl Hig Epidemiol 2013; 94 (3): 451–458.
13. Lisiński P, Samborski W. Bóle kręgosłupa lędźwiowego w grupie zawodowej fizjoterapeutów. Baln Pol 2006; 3: 156–160.
14. Iqbal Z, Alghadir A. Prevalence of work – related musculoskeletal disorders among physical therapists, Medycyna Pracy 2015; 66 (4): 459–469.
15. Ćwirzeń W, Wagner L., Piróg P. Obciążenie kręgosłupa szyjnego w praktyce zawodowej higienistki stomatologicznej. e- Dentico 2013; (6): 86–91.
16. Płocki J, Pikuła D, Banaś J i wsp. The effect of ergonomics in dentistry on the occurrence of pain in the cervical neck region of the spine. Stud Med 2015: 31 (1): 35–41.
17. Mikołajewska E. Urazy mięśniowo-szkieletowe związane z pracą u fizjoterapeutów. Medycyna Pracy 2013; 64 (5): 681–687.

Zaakceptowano do edycji: 20.08.19
Zaakceptowano do publikacji: 26.09.19

Adres do korespondencji:
Magdalena Rutkowska
Zakład Kinezyterapii i Metod Specjalnych, WNoZ w Katowicach SUM w Katowicach
ul. Medyków 12
40-752 Katowice
tel. 502-181-213
e-mail: mrutkowska@sum.edu.pl

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA ORYGINALNA

OCENA STABILNOŚCI POSTURALNEJ U OSÓB POWYŻEJ 65. R.Ż. Z WYKORZYSTANIEM PLATFORMY BALANSOWEJ

ANALYZE POSTURAL STABILITY IN POPULATION ABOVE 65 YEARS OLD USING PLATFORM BALANCE

Marzena Mańdziuk, Blanka Kaszuba, Marlena Krawczyk-Suszek

Katedra Fizjoterapii, Wydział Medyczny, Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2019.19

STRESZCZENIE

Wstęp. Utrzymywanie równowagi zarówno statycznej, jak i dynamicznej zależy od prawidłowego funkcjonowania systemu kontroli postawy, utrzymującego rzut środka ciężkości ciała (COP, center of feet pressure) w obrębie pola podparcia oraz zdolnego przeciwdziałać zewnętrznym siłom mogącym destabilizować postawę. Badanie za pomocą platformy stabilometrycznej Cosmogamma by Emildue dostarcza cennych i znaczących klinicznie danych o szerokim spektrum zastosowania.

Cel pracy. Celem pracy była analiza wybranych parametrów przemieszczania środka nacisku stóp na podłoże, przy użyciu komputerowej platformy balansowej jako metody badania zdolności utrzymania równowagi.

Materiał i metody. Badaną grupę stanowiło 27 podopiecznych Domu Pomocy Społecznej w Rzeszowie. Metodami badawczymi były: ankieta, stanowiąca kryterium do drugiej części badania, które przeprowadzono z wykorzystaniem platformy Cosmogamma by Emildue. Badanie składało się z trzech 60-sekundowych prób:
I próba: z otwartymi oczami – po czym nastąpiła przerwa 15 minut;
II próba: z otwartymi oczami – po czym nastąpiła przerwa 60 sekund;
III próba: z zamkniętymi oczami.

Wyniki. Analiza wszystkich obserwowanych parametrów wykazała, że w przypadku zdecydowanej większości analizowanych danych największymi wartościami parametrów charakteryzowała się próba z zamkniętymi oczami. Wystąpiły także różnice pomiędzy dwoma próbami z otwartymi oczami – II próba charakteryzowała się mniejszymi wartościami analizowanych parametrów. Wykazano, że zachodzą istotne statystycznie zależności prędkości w danej płaszczyźnie od odchylenia w tej płaszczyźnie, a także wieku od długości ścieżki. Ponadto zaobserwowano, że wartości obserwowanych parametrów nie zależą od płci.

Wnioski. Wraz z wiekiem spada zdolność utrzymania równowagi w pozycji stojącej. Płeć nie ma istotnego znaczenia w ocenie poziomu równowagi. Wyłączenie kontroli wzroku wpływa niekorzystnie na stabilność posturalną. Istotnym czynnikiem wpływającym na poprawę zdolności utrzymywania równowagi jest element treningu.

Słowa kluczowe: równowaga fizyczna, ryzyko upadków, Cosmogamma.

ABSTRACT

Introduction. Maintaining balance, both static and dynamic which depends on the proper functioning of the postural control system persisting a center of gravity (COP center of feet pressure) within a field support and able to counteract the external forces that could destabilize attitude. The study via the platform stabilometric Cosmogamma by Emildue provides valuable and clinically relevant data on a wide range of applications.

Aim. The aim of the study was to analyze selected parameters of pressure center moving feet on the ground, using computerized balance platform as a method of testing the ability to maintain a balance.

Material and methods. The study group consisted of 27 charges Nursing Home in Rzeszow. Research methods were interview, which is a criterion for the second part of the study, which was conducted using the platform Cosmogamma by Emildue. The study consisted of three 60-second samples:
The first test: with open eyes – and then there was a break 15 minutes;
Second test: with open eyes – and then there was a pause 60 seconds;
Third test: with eyes closed.

Results. The analysis of all the parameters observed showed that the vast majority of data analyzed, the highest values of parameters characterized by the test with eyes closed. There were also differences between the two samples with eyes open - second test was characterized by lower values of the analyzed parameters.
It has been shown that there are statistically significant depending on the speed of the plane of deflection in this plane, and the age of the length of the path. Furthermore, it was observed that the values of the parameters observed are not dependent on sex.

Conclusions. With age, decreasing ability to maintain balance while standing. Gender is not significant in assessing the level of equilibrium. Disable checking eyesight adversely affects the postural stability. An important factor for improving the ability to keep balance is part of the training.

Keywords: balance, risk of falls, Cosmogamma.

Wstęp

Inwolucyjne zmiany zachodzące w organizmie wraz z wiekiem wpływają na zmniejszenie sprawności fizycznej. Upośledzenie funkcji układu ruchu koreluje z zaburzoną stabilnością posturalną. Zmiany dotyczące narządów zmysłów biorących udział w kontroli postawy: wzroku, słuchu, równowagi, czucia powierzchownego i głębokiego, a także zmiany w układzie nerwowym i mięśniowo-szkieletowym znacznie zwiększają ryzyko upadków i urazów u osób powyżej 60 roku życia [1–2]. Zaburzenia orientacji przestrzennej są następstwem zarówno tzw. wychwiań, jak i braku wyobrażenia i uwzględnienia składowych mechaniki ruchów dowolnych. Wskutek nieprawidłowego przewidywania ruchu, zmniejszonej precyzji i koordynacji dochodzi do upadków, których następstwa stanowią bardzo poważny problem medyczny, społeczny i ekonomiczny [3]. Utrzymywanie równowagi, zarówno statycznej, jak i dynamicznej, zależy od prawidłowego funkcjonowania systemu kontroli postawy utrzymującego rzut środka ciężkości ciała (COP, *center of feet pressure*) w obrębie pola podparcia oraz zdolnego przeciwdziałać zewnętrznym siłom mogącym destabilizować postawę [4–8]. W czasie spokojnego stania obserwuje się pewien zakres odchyleń ciała człowieka od pionu, a kołysanie to uważa się za wskaźnik sprawności systemu kontroli utrzymywania równowagi. Podczas utrzymywania pozycji pionowej kołysanie zwiększa się, kiedy napływ któregoś z bodźców z obwodu zostaje przerwany [9]. Zjawisko to nasila się po 60. roku życia jako wyraz postępującego upośledzenia układu kontroli postawy. Jest ono wówczas silnym, niezależnym czynnikiem ryzyka upadków i współistniejących z nimi urazów. Komputerowa platforma balansowa Cosmogamma by Emildue dostarcza cennych informacji na temat zmian poszczególnych parametrów przemieszczania środka nacisku stóp na podłoże [9–12]. Odzwierciedla przemieszczenia działania sił nacisku stóp na powierzchnię platformy równowagi w czasie spokojnego stania. Za pomocą badania możliwa jest analiza kontroli postawy, wykrywanie zaburzeń równowagi i ryzyka upadków [9], monitorowanie wpływu rehabilitacji czy systematycznej aktywności na zdolność utrzymania prawidłowej postawy.

W pracy dokonano analizy przemieszczeń COP w czasie spokojnego stania obunóż na platformie stabilometrycznej podczas badania z oczami otwartymi, jak również zamkniętymi. Otrzymano cenne informacje dotyczące procesu utrzymania równowagi statycznej zarówno podczas pełnej kontroli wzroku, jak i po jej wyłączeniu.

Cel pracy

Celem niniejszej pracy była analiza wybranych parametrów przemieszczania środka nacisku stóp na podłoże, przy użyciu komputerowej platformy balansowej jako metody badania stabilności posturalnej w populacji osób powyżej 65. r.ż.

Materiał i metody

Badaną grupę stanowiło 27 podopiecznych Domu Pomocy Społecznej w Rzeszowie: 17 kobiet i 10 mężczyzn. Kryteriami zakwalifikowania seniorów do badań były: pisemna zgoda na udział w badaniu, wiek powyżej 65 lat, samodzielność w wykonywaniu czynności dnia codziennego, zdolność utrzymania samodzielnie pozycji stojącej, brak w ciągu ostatnich 6 miesięcy złamań i urazów w obrębie kończyny dolnej. Z badań wykluczono osoby, które nie wyraziły zgody na udział w badaniu, z przebytymi incydentami mózgowymi, z niedowładami połowiczymi oraz ze zdiagnozowaną chorobą Parkinsona.

Metodami badawczymi, jakimi posłużono się w pracy, były ankieta, składająca się z 2 części: pierwszej, uwzględniającej podstawowe dane osobowe oraz drugiej, ukazującej informacje na temat aktualnego stanu zdrowia, chorób współistniejących, a także przyczyn i skutków upadków. Ankieta była również czynnikiem kwalifikującym seniorów do dalszej części badań.

Kolejnym etapem badania pensjonariuszy rzeszowskiego Domu Pomocy Społecznej było badanie z wykorzystaniem platformy Cosmogamma by Emildue. Spośród 90 chętnych do badań wykluczono 63 osoby, w badaniach wzięło udział 27 seniorów.

Badanie składało się z trzech prób, z których każda trwała 60 sekund.

I próba: z otwartymi oczami – po czym nastąpiła przerwa 15 minut;

II próba: z otwartymi oczami – po czym nastąpiła przerwa 60 sekund;

III próba: z zamkniętymi oczami.

Każdy z rzeszowskich seniorów został szczegółowo poinstruowany o celowości, istocie i metodyce wykonania badania, w czasie którego miał za zadanie zachować pozycję stojącą, wzrok skierowany na wprost, kończyny górne zwieszone swobodnie wzdłuż tułowia. W pomieszczeniu, w którym wykonywano badanie, była cisza, a badani byli skoncentrowani. Podczas wszystkich prób przy każdym seniorze w trakcie badania asekuracyjnie stał terapeuta, drugi terapeuta z kolei obsługiwał sprzęt.

Rycina 1. Badanie przy użyciu platformy stabilometrycznej Cosmogamma

Wyniki

Badaniem objęto 27 osób w wieku 71–87 lat, 17 kobiet i 10 mężczyzn. Średni wiek badanych wynosił 81,5 ± 4,39 roku (**Tabela 1**).

Tabela 1. Wiek, waga, wzrost badanych

	Średnia	Me	SD
Wiek	81,5	82	4,39
Waga [kg]	71	72	12,37
Wzrost [m]	1,54	1,55	0,094

Podczas badania na platformie stabilometrycznej Cosmogamma by Emildue otrzymano następujące parametry: maksymalne odchylenie (mm), długość ścieżki (mm), prędkość boczna (mm/s), prędkość przednio-tylna (mm/s), przebywanie w promieniu 13 mm, 25 mm, 38 mm i 50 mm, średni punkt obciążenia (mm), średnie odchylenie (mm), główna prędkość (mm/s), obszar docisku do ścieżki (cm) oraz obszar prędkości(cm/s).

Analizie statystycznej w programie STATISTICA poddano całkowitą długość ścieżki, maksymalne odchylenie, a także prędkość w płaszczyźnie czołowej i strzałkowej. Dla wszystkich parametrów obliczono wartości podstawowych statystyk opisowych (**Tabela 2**). Do oceny istotności statystycznej zmian w próbach o oczach otwartych i zamkniętych wykorzystano nieparametryczny test kolejności par Wilcoxona. Ponadto dla zobrazowania zależności między płcią a poszczególnymi parametrami posłużył test U Manna-Withneya. Za poziom istotności przyjęto $p < 0,05$.

Tabela 2. Wartości podstawowych statystyk opisowych

Zmienna	Próba	Średnia	Me	SD
max odchyl - y	I oo	10,39	9,84	4,44
	II oo	9,37	7,83	5,13
	oz	12,35	8,94	9,5
max odchyl - x	I oo	12,44	11,79	3,98
	II oo	12,55	11,75	5,73
	oz	12,64	11,04	4,81
dł. ścieżki	I oo	459,26	438,69	117,89
	II oo	415,75	395,81	116,36
	oz	629,31	535,34	308,7
pr. boczna	I oo	6,31	6,47	2,27
	II oo	5,43	4,93	1,73
	oz	7,79	7,33	4,1
pr. p-tylna	I oo	11,02	10,97	3,19
	II oo	10,08	9,23	3,43
	oz	16,37	13,4	8,93

Analiza obserwowanych parametrów wykazała, iż w przypadku wszystkich danych najwyższymi wartościami charakteryzowała się próba o oczach zamkniętych, jednakże tylko w przypadku długości ścieżki różnice te były istotne statystycznie ($p = 0,00051$). Analiza różnic między danymi z prób o oczach otwartych wykazała, spadek wartości większości parametrów w próbie II, przy czym różnice to nie wykazały istotności statycznej. Test kolejności par Wilcoxona wykazał, że zachodzą istotne statystycznie zależności prędkości w danej płaszczyźnie od odchylenia w tej płaszczyźnie (**Tabela 3**).

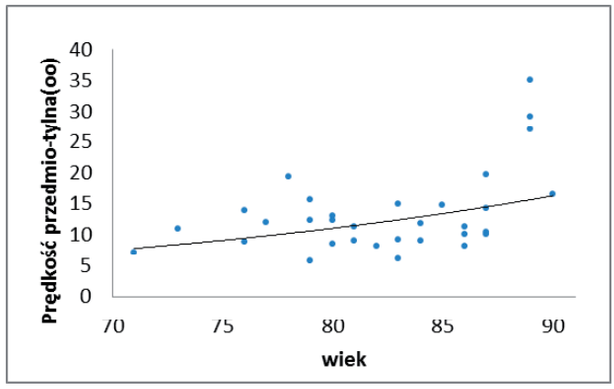
Ponadto istotne statystycznie są wyniki zależności wieku od długości ścieżki (**Tabela 4**) w przypadku wszystkich obserwowanych prób oraz wieku od prędkości przednio-tylnej i bocznej (**Wykresy 1A**, **1B**, **2A**, **2B**). Analizie poddano także wszystkie wartości obserwowanych parametrów w zależności od płci (**Tabela 5**). W żadnym przypadku test U Manna-Withneya nie wykazał istotnych statystycznie zależności.

Tabela 3. Zależności prędkości w danej płaszczyźnie od odchylenia w tej płaszczyźnie

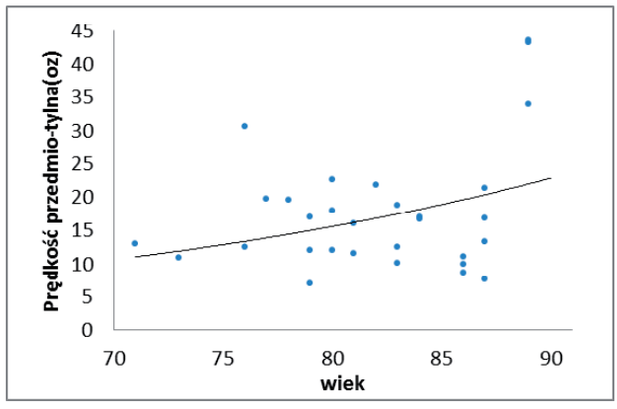
Para zmiennych	Test kolejności par Wilcoxona (DPS – stabilność) Zaznaczone wyniki są istotne z p <,05000			
	N ważnych	T	Z	poziom p
Max odch(oo)-y & Prboczna(oo)	27	2,00000	4,492675	0,000007
Max odch(oo)-x & Pptylna(oo)	27	75,00000	2,738850	0,006166
Max odch(oz)-y & Pboczna(oz)	27	20,0000	4,06022	0,00004
Max odch(oz)-x & Pptylna(oz)	27	51,0000	3,31545	0,00091

Tabela 4. Zależności wieku od długości ścieżki

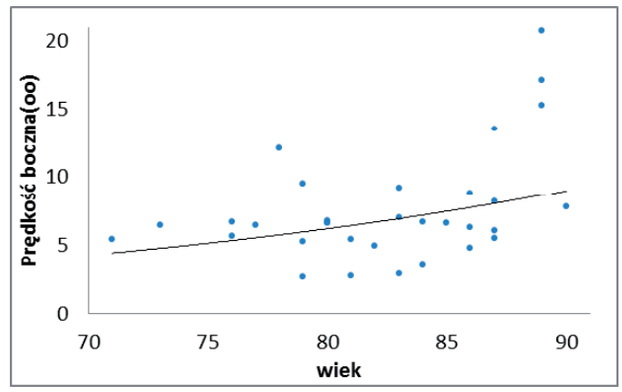
Para zmiennych	Test kolejności par Wilcoxona (DPS-stabilność) Zaznaczone wyniki są istotne z p <,05000			
	N Ważnych	T	Z	poziom p
wiek & Dł.ścieżki(oo)	27	0,00	4,540725	0,000006
wiek & Dł.ścieżki(oo)	27	0,00	4,540725	0,000006
wiek & Dł.ścieżki(oz)	27	0,00	4,540725	0,000006



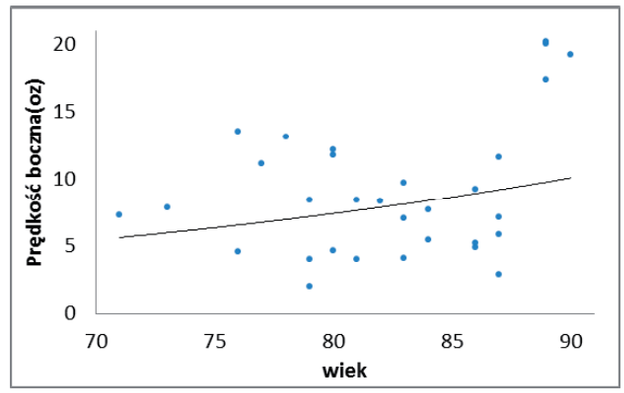
Wykres 1A. Zależność prędkości przednio-tylnej od wieku (oczy otwarte)



Wykres 1B. Zależność prędkości przednio-tylnej od wieku (oczy zamknięte)



Wykres 2A. Zależność prędkości bocznej od wieku (oczy otwarte)



Wykres 2B. Zależność prędkości bocznej od wieku (oczy zamknięte)

Tabela 5. Zależności parametrów od płci

zmienna	Test U Manna-Whitneya (DPS-stabilność) Wzg.zmienn. płeć Zaznaczone wyniki są istotne z p <,05000						
	Sum.rang m	Sum.rang k	U	Z	poziom p	Z popraw.	poziom p
Max odch(oo)-y	78,00000	300,0000	57,00000	-0,349927	0,726394	-0,349927	0,726394
Max odch(oo)-x	77,00000	301,0000	56,00000	-0,408248	0,683092	-0,408248	0,683092
Prboczna(oo)	86,00000	292,0000	61,00000	0,116642	0,907144	0,116731	0,907073
Pptylna(oo)	80,50000	297,5000	59,50000	-0,204124	0,838257	-0,204155	0,838232

Dyskusja

Współczesne społeczeństwo polskie należy do sukcesywnie starzejących się demograficznie, w związku z czym badanie zdolności zachowania równowagi seniorów ma olbrzymie znaczenie. W literaturze można znaleźć liczne testy służące do oceny wielu aspektów koordynacji ruchowej, w tym zdolności zachowania równowagi oraz sprawności motorycznej. Powszechnie stosowanym narzędziem badawczym są testy kliniczne, dostarczające zarówno jakościowych, jak i ilościowych danych. Ich zaletą jest możliwość wielopłaszczyznowej oceny sprawności funkcjonalnej seniorów, uwzględniając niskie koszty, dużą dostępność i łatwość zastosowania. Wśród licznych skal i testów wykorzystywanych do oceny równowagi wyróżnić można skale: Berga, Fullerton Advanced Balance Scale,

test Tinnettiego, test Up&Go, Functional Reach Test, Tandem Stance, Walk lub Pivot Test. Ideą tych testów są określone zadania ruchowe, których wynikiem jest najczęściej czas, w jakim badany wykonał próbę, pokonał dystans, lub suma punktów z poszczególnych prób [3–6]. Testy kliniczne w publikacjach medycznych uważane są jednak za metody subiektywne, a ich rzetelność jest uzależniona od umiejętności i doświadczenia zawodowego badającego [7]. W czasopismach medycznych pojawiły się artykuły zwracające uwagę na stopień zadowolenia praktykujących fizjoterapeutów z dostępnych klinicznych metod oceny równowagi [8]. Nie da się ukryć, że metody diagnostyczne ilościowe w przeciwieństwie do testów klinicznych dostarczają obiektywnych danych liczbowych, pozwalają na dokładną analizę parametrów równowagi z zastosowaniem rozmaitych rozwiązań technologicznych. Do pomiaru parametrów równowagi i stabilności posturalnej wykorzystywane są platformy stabilometryczne, pozwalające na prostą, szybką i wiarygodną ocenę pacjenta w pozycji stojącej. Wiele doniesień medycznych coraz częściej skupia się na ocenie równowagi seniorów, a uzyskane dane liczbowe pozwalają na opracowywanie programów usprawniających oraz analizę ich rezultatów [9–10].

W niniejszej pracy wykazano, iż badana grupa charakteryzowała się zaburzeniami stabilności posturalnej i równowagi podczas spokojnego stania. Ze względu na wielochorobowość pensjonariuszy rzeszowskiego Domu Pomocy Społecznej do badania przy pomocy platformy stabilometrycznej Cosmogamma zakwalifikowanych zostało jedynie 27 seniorów, którzy wykazywali zdolność samodzielnego utrzymania pozycji stojącej.

Badanie problemu niestabilności posturalnej, a tym samym zagrożeń upadkami u seniorów domów opieki społecznej jest szczególnie istotne w kontekście obecnych prognoz demograficznych wskazujących na szybkie starzenie się społeczeństw [13]. U osób starszych wraz z wiekiem wzrasta liczba występowania upadków prowadzących niejednokrotnie do poważnych następstw zdrowotnych i społecznych [14]. Ma to związek z występowaniem różnych czynników ryzyka, z których większość jest powiązana ze zmianami inwolucyjnymi, typowymi dla procesu starzenia się organizmu ludzkiego.

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, że wiek jest czynnikiem który wpływa na zwiększenie długość ścieżki pokonywanej przez środek nacisku stóp na platformę oraz zwiększenie wychyleń bocznych i przednio-tylnych podczas spokojnego stania.

Platforma stabilometryczna jest wymiernym narzędziem badawczym, za pomocą którego mogą być badani pacjenci z różnymi jednostkami chorobowymi. Kłoda i współautorzy wykazali dodatnią korelację pomiędzy wiekiem, a parametrami równowagi ocenionymi na platformie stabilometrycznej, zarówno w próbie z kontrolą, jak i bez kontroli wzroku [15].

Wyniki otrzymane w niniejszej pracy dowodzą, że szczególną rolę w utrzymaniu równowagi odgrywa kontrola wzroku. W staniu swobodnym informacja wzrokowa działa silnie stabilizująco na utrzymanie pozycji, a chwilowe wyłącznie kontroli wzroku powoduje zmianę ilości i amplitudy wychyleń. Podobne badania zostały przeprowadzone wśród grupy chorych we wczesnym okresie choroby Parkinsona. Stwierdzono wówczas, że podczas zamknięcia oczu przez pacjentów, średnie wychylenia boczne COP zwiększyły się [16].

W procesie utrzymania równowagi istotnym czynnikiem wydaje się być element treningu. Przeprowadzone w pracy próby o oczach zamkniętych wykazały nieznaczną poprawę w przypadku powtórnego badania na platformie po upływie 15 minut. Podobne obserwacje opisał Wilczyński, który badał reakcje równoważne, skupiając się głownie na młodzieży ze skoliozą [17, 18]. Stwierdził, że istnieje potrzeba stosowania w reedukacji posturalnej ćwiczeń doskonalących równowagę przez biofeedback z wykorzystaniem platformach posturograficznych.

Badania stabilności posturalnej, a przy tym ryzyka upadków, za pomocą platformy stabilometrycznej Cosmogamma by Emildue pozwalają uzyskać obiektywne dane liczbowe. Wyniki takie mogą być wykorzystane do monitorowania wpływu rehabilitacji czy aktywności fizycznej na równowagę statyczną ciała. Jednakże próba 27 osób wydaje się zbyt mała, aby wyciągać wnioski dotyczące niezawodności tejże metody. Dlatego też autorzy niniejszych badań prowadzą dalsze, szersze obserwacje obejmujące większą grupę osób po 65 roku życia.

Wnioski

1. Wraz z wiekiem spada zdolność utrzymania równowagi w pozycji stojącej.
2. Płeć nie ma wpływu na wartości obserwowanych parametrów, a tym samym nie ma istotnego znaczenia w ocenie poziomu równowagi.
3. Wyłączenie kontroli wzroku wpływa niekorzystnie na stabilność posturalną.
4. Istotnym czynnikiem wpływającym na poprawę zdolności utrzymywania równowagi jest element treningu.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. El-Khoury F, Cassou B, Charles MA, Dargent-Molina P. The effect of fall prevention exercise programmes on fall induced injuries in community dwelling older adults: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ 2013;347: 1–13.
2. Granacher U, Gollhofer A, Hortobágyi T, Kressig RW, Muehlbauer T. The importance of trunk muscle strength for balance, functional performance, and fall prevention in seniors: a systematic review. Sports Med 2013;43(7):627–641.
3. Baloh RW, Ying SH, Jacobson KM. A longitudinal study of gait and balance dysfunction in normal older people. Arch. Neurol. 2003; 60: 835–839.
4. Błaszczyk JW, Czerwosz L. Stabilność posturalna w procesie starzenia. Gerontologia Polska, 2005, 13, 1, 25–26.
5. Horak FB. Postural orientation and equilibrium; what do we reed to know abort neural control of balance to prevent falls?. Age Aging, 2006, 7–11.
6. Bruyere O, Wuidart MA, Di Palma E, Gourlay M. Controlled Whole Body Vibration to Decrease Fall Risk and Improve Health-Related Quality of Life of Nursing Home Residents. Arch. Phys. Med. Rehabil., 2005, 86, 303–307.
7. Finlayson MC, Petersom EW, Cho CC. Risk factors for falling among people aged 45 to 90 Years with Multiple Sclerosis. Arch. Phys. Med. Rehabil., 2006, 87, 1274–1279.
8. Clinical practice guideline for the assessment and prevention of falls In older people. Guidelines commissioned by the National Institute for Clinical Exellence (NICE). Royal College of Nursing, 2004.
9. Kuo AD, Speers RA, Peterka RJ, Horak FB. Effect of altered sensory condition on multivariate descriptors of human postural sway. Exp. Brain Res. 1994; 122: 185–195.
10. Brooke-Wavell K, Perrett LK, Howarth PA, Haslam RA. Influence of the visual environement on the postural stability in healthy older women. Gerontology 2002; 48: 293–297.
11. Skalska A, Ocetkiewicz T, Żak M, Grodzicki T. The influence of age on the parameters of the postural control measured by the computer balance platform. New Medicine 2004; 7:12–19.
12. Okada S, Hirakawa K, Takada Y, Kinoshit H. Relationship between fear of falling and balancing ability during abrupt deceleration in aged women having similar habitual physical activities. Eur. J. Appl. Physiol. 2001; 85: 501–506.
13. Ostrowska B, Giemza Cz, Demczuk-Włodarczyk E, Adamska M. Ocena równowagi i chodu u starszych osób pensjonariuszy domu opieki społecznej. Fizjoterapia, 2010, 18, 4, 40–48.
14. Szot P, Golec J, Szczygieł E. Przegląd wybranych testów funkcjonalnych, stosowanych w ocenie ryzyka upadków u osób starszych. Gerontologia Polska, 2008; 16, 1.
15. Kłoda M, Brzuszkiewicz-Kuźmicka G, Grzegorzewska J, Białoszewski D. Ocena stabilności posturalnej pacjentów z chorobą Parkinsona. Post Rehabil 2013;(1):5–11.
16. Panyakaew P, Anan C, Bhidayasiri R. Visual deprivation elicits subclinical postural inflexibilities in early Parkinson/s disease. Journal of the Neurological Sciences, volume 349, Issues 1-2, Pages 214–219.
17. Wilczyński J. Reakcje równoważne na przykładzie prędkości przednio-tylnej posturogramu u dziewcząt i chłopców w wieku 12–15 lat. Studia Medyczne 2010; 20:13–17
18. Wilczyński J. Boczne skrzywienie kręgosłupa a długość ścieżki posturogramu u dziewcząt i chłopców w wieku 12–15 lat. Ortop. 2012; 1: 126–134

Zaakceptowano do edycji: 20.08.19
Zaakceptowano do publikacji: 26.09.19

Adres do korespondencji:
Marzena Mańdziuk
ul. Jabłońskiego 7/28
35-068 Rzeszów
tel. 530 869 888
e-mail: mmandziuk@wsiz.rzeszow.pl

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA ORYGINALNA

JAKOŚCIOWA ANALIZA DZIAŁAŃ STOWARZYSZENIA NIEZALEŻNA INICJATYWA RODZICÓW I POŁOŻNYCH „DOBRZE URODZENI" NA RZECZ WSPIERANIA POZYTYWNEGO DOŚWIADCZENIA PORODOWEGO

WELL BORN! – ANALYSIS OF ACTIONS OF INDEPENDENT INITIATIVE OF PARENTS' AND MIDWIFES' FOR SUPPORT OF POSITIVE BIRTH EXPERIENCE

Barbara Baranowska[1], Ewelina Kościk[2], Grażyna Bączek[1], Urszula Tataj-Puzyna[1], Magdalena Krauze[1], Dorota Sys[3], Beata Pięta[4]

[1] Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej, Warszawski Uniwersytet Medyczny
[2] Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie
[3] Zakład Zdrowia Prokreacyjnego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie
[4] Zakład Praktycznej Nauki Położnictwa, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2019.20

STRESZCZENIE

Wstęp. Pozytywne doświadczenie porodowe matek jest obecnie przedstawiane przez Światową Organizację Zdrowia jako priorytet w opiece okołoporodowej. Stowarzyszenie Niezależna Inicjatywa Rodziców i Położnych „Dobrze Urodzeni" działa w wielu obszarach na rzecz wspierania porodu jako naturalnego, bezpiecznego i pięknego sposobu przychodzenia dziecka na świat.
Cel. Celem pracy było przedstawienie wielokierunkowych działań Stowarzyszenia, wspierających pozytywne doświadczenia porodowe kobiet.
Materiał i metody. Badania przeprowadzono metodą jakościową. Narzędzie badawcze stanowiły pogłębione wywiady z członkami Stowarzyszenia, obserwacja oraz analiza dokumentacji Stowarzyszenia.
Wyniki. Stowarzyszenie kieruje ofertę zarówno do kobiet – przyszłych matek, jak i do położnych. Głównym celem pracy członków Stowarzyszenia jest zwiększanie szansy na przeżycie bezpiecznego, satysfakcjonującego porodu. Drugim obszarem jest promowanie zawodu położnej. Wiele działań podejmowanych przez Stowarzyszenie wspiera wiedzę i umiejętności położnych (np. organizacja szkoleń, konferencji).
Wnioski. Tworzenie środowiska niezależnych położnych, wspieranie samodzielności położnych, dostarczanie rodzicom informacji na temat naturalnego porodu przez Stowarzyszenie stanowią ważny element wspierania pozytywnego doświadczenia porodowego.

Słowa kluczowe: poród, położnictwo, położna, stowarzyszenie.

ABSTRACT

Introduction. Positive maternal labor experience is currently presented by the World Health Organization as a priority in perinatal care. Association: Parent and Midwife Independent Initiative "Well Born" works in many areas to support childbirth as a natural, safe and beautiful way of child's coming to the world.
Aim. The aim of the work is to present the Association's multidirectional activities that support women's the positive labor experience.
Material and methods. Studies were carried out using the qualitative method. The research tool consisted of in-depth interviews with members of the Association, observation and analysis of the Association's documentation.
Results. The Association is targeting both women – future mothers and midwives. The main goal of the Association members' work is to increase the chance to experience a safe, satisfying birth. The second area is promoting the midwife profession. Many activities undertaken by the Association support midwives' knowledge and skills (e.g. organization of trainings, conferences).
Conclusions. Creating an environment of independent midwives, supporting their self-reliance, providing parents with information about the natural birth by the Association, are important elements of supporting positive childbirth experience.

Keywords: childbirth, obstetrics, midwife, association.

Wstęp

„Żyjemy w dobie, kiedy określenie „dobrze urodzony" nabrało nowej treści. Obecnie nie wystarcza już pragnienie, aby dziecko urodziło się żywe. Chcemy zaoszczędzić mu wszelkich dających się uniknąć trudności porodowych, aby w przyszłości nie było „trudnym" dzieckiem obarczonym urazem porodowym. Nazywamy to dobrym porodem. Wszystkie dzieci mają prawo być dobrze urodzone".

Prof. Włodzimierz Fijałkowski

Przez wieki wydarzenia związane z ciążą i porodem stanowiły niezwykle ważną część życia całych społeczności, stanowiły bowiem symbol ich ciągłości. Z narodzinami stanowiącymi rytuał przejścia wiązały się rytuały i obrzędy, a kwestie takie jak dobór miejsca, pozycji czy osoby towarzyszącej w porodzie, sposób traktowania matki i noworodka, kształtowane były przez normy społeczne, kulturowe i religijne. Stopniowo, równolegle z rozwojem medycyny i dostępem do nowoczesnego sprzętu i leków, narodziny zaczęto przenosić do szpitali. Proces ten miał na celu zwiększenie bezpieczeństwa matki i dziecka, doprowadził jednak niejako do zmiany postrzegania tych naturalnych chwil w życiu ludzi przez pryzmat patologii. W dużej mierze wykluczono najbliższych z udziału w narodzinach, wprowadzając jednocześnie rutynowo stosowane, szpitalne procedury. Rezultatem medykalizacji porodu, skojarzenia go z bólem i chorobą, a także przeniesienia go do murów szpitala okazało się zdominowanie położnictwa przez lekarzy, a co za tym idzie, również marginalizacja zawodu położnej [1].

Jakość porodu ma wielkie znaczenie dla przyszłego zdrowia matki i dziecka, co potwierdzają nie tylko badania epidemiologiczne, ale doniesienia z zakresu epigenetyki i wiedzy o ludzkim mikrobiomie [2–6].

W ciągu ostatnich lat medykalizacja porodu coraz częściej poddawana jest krytyce [7–10]. Pojawiają się głosy, że równolegle ze zmianami w systemie opieki okołoporodowej na szczeblu instytucjonalnym powinno się podjąć dyskusję na temat praw kobiet [11]. Światowa Organizacja Zdrowia promuje model opieki okołoporodowej, w którym za prowadzenie ciąży fizjologicznej, opiekę nad kobietą w porodzie i połogu oraz dzieckiem odpowiada położna. Ten model obowiązuje obecnie w wielu krajach Europy [12]. Do wspierania tego modelu opieki odnośni się też seria publikacji w prestiżowym czasopiśmie Lancet [13].

Pewną trudnością wydaje się połączenie nowoczesnych zdobyczy medycyny z tradycyjnym położnictwem opartym na zaufaniu naturze i samej kobiecie. Wyzwanie to podjęło Stowarzyszenie Niezależna Inicjatywa Rodziców i Położnych „Dobrze Urodzeni". Głównym obszarem zainteresowania wspomnianej organizacji pożytku publicznego jest wspieranie rodziców w ich rodzicielstwie, budowanie pozytywnego doświadczenia porodowego, a także podnoszenie prestiżu zawodowego położnych, zwłaszcza pracujących w sposób niezależny.

Materiał i metoda

Głównym celem pracy było przedstawienie działalności Stowarzyszenia Niezależnej Inicjatywy Rodziców i Położnych „Dobrze Urodzeni" w kontekście wspierania pozytywnego doświadczenia porodowego i promowania dobrego porodu. Praca ma charakter jakościowy. Ze względu na charakter opisywanego zjawiska, zastosowano metody badawcze, takie jak wywiady pogłębione, obserwację oraz analizę dokumentacji. Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz wywiadu, arkusz analizy dokumentacji i obserwacji. Badania zrealizowano w okresie od lipca 2017 r. do lutego 2018 r. Wywiady pogłębione przeprowadzano osobiście lub telefonicznie. Czas trwania rozmów wynosił 40 – 90 minut. Wywiady były nagrywane i transkrybowane. Badanych pytano o historię, działalność stowarzyszenia, a także o rozumienie bycia „dobrze urodzonym".

Wszyscy respondenci byli członkami Stowarzyszenia Niezależnej Inicjatywy Rodziców i Położnych „Dobrze Urodzeni". W grupie badanej znalazła się prezeska, dwie wiceprezeski oraz skarbniczka Stowarzyszenia. Badane wykonywały zawód położnej, douli, konsultantki laktacyjnej i coacha.

Wyniki

Przyczyny powstania i główne idee

Stowarzyszenie Niezależna Inicjatywa Rodziców i Położnych powstało w 2005 r. W gronie 15 członków założycieli – rodziców i położnych – znalazły się osoby, którym bliski był temat jakości opieki okołoporodowej. Wśród motywacji członków do utworzenia Stowarzyszenia można wyróżnić bowiem dwa nurty. Pierwszy formalno-prawny, dążący do uporządkowania sytuacji porodów domowych w Polsce, drugi – wspierający rozwój zawodowy i osobisty położnych. Od 2012 r. Stowarzyszenie posiada status Organizacji Pożytku Publicznego.

Główne cele stowarzyszenia „Dobrze Urodzonych" skupiają się wokół umożliwiania rodzicom i dzieciom satysfakcjonującego porodu oraz promowania zawodu położnej. Stowarzyszenie działa, aby stworzyć rodzicom możliwość swobodnego wyboru sposobu oraz miejsca porodu. Członkowie organizacji podejmują działania na szeroką skalę, angażując się m.in. w powstawanie oddziałów położniczych prowadzonych przez położne i domów narodzin, a także udzielając im stosownych rekomendacji. Jednocześnie próbują wpływać na społeczne postrzeganie porodów pozaszpitalnych tak, aby mogły one w pełni zaistnieć w polskim systemie opieki okołoporodowej, nie narażając tym samym rodziców na ostracyzm.

Grupa członków Stowarzyszenia od momentu jego powstania rozrosła się z 15 do 75 osób. Tworzą je przede wszystkim położne, ale również doule, psycholodzy, ratownicy medyczni. Członkowie Stowarzyszenia mogą

aktywnie uczestniczyć we wszystkich jego działaniach, a dzięki prawu wyborczemu aktywnie wpływać na jego strategię.

Działalność

Jednym z pierwszych osiągnięć Stowarzyszenia „Dobrze Urodzeni" było uporządkowanie sytuacji porodów domowych w Polsce. Położne niezależne zrzeszone w Stowarzyszeniu podjęły się, jako pierwsze i jedyne w Polsce, stworzenia jednolitej dokumentacji porodu domowego – umowy o świadczenie usług położniczych okołoporodowych, karty kwalifikacji do porodu w domu, karty porodu w domu, karty informacyjnej porodu w domu oraz arkusza wizyty po porodzie. Opracowały również zasady kwalifikacji do porodu domowego oraz model opieki nad kobietą i dzieckiem w fizjologicznym okresie okołoporodowym w praktyce pozaszpitalnej.

Umowa o świadczenie usług położniczych okołoporodowych jest umową cywilno-prawną zawieraną pomiędzy położną (posiadającą aktywne Prawo Wykonywania Zawodu oraz prowadzącą działalność gospodarczą w zakresie położnictwa ogólnego) a klientką (kobietą ciężarną decydującą się na poród w domu pod opieką wybranej położnej). Umowa w jasny i szczegółowy sposób określa prawa oraz obowiązki każdej ze stron, nie tylko w zakresie przebiegu samego porodu, ale także dojazdu do miejsca porodu, postępowania w przypadku wystąpienia komplikacji lub patologii porodu, zasad wynagrodzenia położnej, jej ewentualnego zastępstwa czy udziału osób trzecich.

Karta kwalifikacji do porodu domowego opracowana została na podstawie zasad zawartych w „Modelu opieki nad kobietą i dzieckiem w fizjologicznym okresie okołoporodowym w praktyce pozaszpitalnej", opracowanym przez Sekcję Położnych Niezależnych przy Stowarzyszeniu „Dobrze Urodzeni" [14].

Kolejnym elementem dokumentacji stworzonej przez „Dobrze Urodzonych" jest karta porodu w domu. Położna zamieszcza w niej informacje z przebiegu porodu, w tym dane dotyczące stanu matki i noworodka, zgodnie z obowiązującymi na podstawie umowy cywilno-prawnej obowiązkami. Z kolei karta informacyjna porodu w domu jest swojego rodzaju odpowiednikiem karty informacyjnej z leczenia szpitalnego i zawiera dane takie jak liczba ciąż i porodów przebytych przez kobietę, tydzień ciąży, w którym odbył się obecny poród, grupa krwi matki, położenie, ustawienie i ułożenie płodu, przebieg połogu z oceną krocza i laktacji. W dokumencie zaleca się także rejestrację dziecka w Urzędzie Stanu Cywilnego odpowiednim do miejsca urodzenia dziecka, zgłoszenie dziecka pod opiekę pediatry oraz wraz z matką pod opiekę położnej środowiskowo-rodzinnej, kontrolną wizytę kobiety u lekarza ginekologa 6 tygodni po porodzie oraz oznaczenie morfologii krwi.

Zasady kwalifikacji do porodu domowego określone przez Stowarzyszenie „Dobrze Urodzeni" są bardzo restrykcyjne, a położne zrzeszone zobowiązane są do ich przestrzegania. Jednocześnie położne mają prawo odmówić zawarcia umowy na opiekę okołoporodową w warunkach pozaszpitalnych, np. jeśli stwierdzą, że kobieta lub jej partner nie są na to psychicznie gotowi.

Na stronie internetowej Stowarzyszenia zamieszczona jest wyszukiwarka położnych, z podziałem na województwa, zajmujących się: prowadzeniem ciąży (również równolegle z lekarzem), edukacją okołoporodową w formie indywidualnego przygotowania do porodu lub grupowych zajęć w szkole rodzenia, wizytami patronażowymi do 6. tygodnia po porodzie, doradztwem laktacyjnym, indywidualną opieką okołoporodową w szpitalu, wsparciem jako osoba towarzysząca, pielęgniarstwem rodzinnym w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, a także prowadzeniem porodu w domu. Tą ostatnią aktywność realizuje około dwudziestu dwóch położnych zrzeszonych w Stowarzyszeniu.

Kolejną sferą zainteresowań Stowarzyszenia „Dobrze Urodzeni" jest wspieranie niezależności zawodowej położnych na płaszczyźnie intelektualnej i emocjonalnej. Aby kobiety mogły doświadczać dobrego porodu, otrzymywać właściwą opiekę i wsparcie, sprawujące ją położne potrzebują stałego doskonalenia swej wiedzy, możliwości wymiany doświadczeń z innymi i odpowiednich rozwiązań systemowych, aby pracować w godnych i satysfakcjonujących warunkach. Szeroka, interdyscyplinarna wiedza jest niewątpliwie jedną z oznak profesjonalizmu, a więc niezbędnym krokiem do osiągnięcia niezależności zawodowej. Stowarzyszenie od lat zajmuje się edukacją osób interesujących się tematyką narodzin poprzez organizowanie konferencji i szkoleń oraz wydawanie publikacji.

Poza różnego rodzaju formami edukacji położnych, Stowarzyszenie „Dobrze Urodzeni", od 2015 r., we współpracy z Fundacją Mustela realizuje pierwszy w Polsce projekt finansowania badań naukowych w dziedzinie położnictwa. Stypendium mogą otrzymać wyłącznie położne. Projekt ma na celu poprawę stanu zdrowia okołoporodowego oraz wsparcie położnych w zakresie badań medycznych i opracowywania zaleceń dla praktyki klinicznej.

Jednym z czynników zewnętrznych wpływających na niezależną pracę położnych jest świadomość społeczeństwa na temat roli położnej w systemie opieki okołoporodowej. Stowarzyszenie „Dobrze Urodzeni" jest jednym z partnerów merytorycznych prowadzonej w Polsce od

2014 roku kampanii „Położna na medal". W ramach kampanii kobiety informowane są o możliwości skorzystania z konsultacji z położną przygotowujących do porodu raz na tydzień po 21. tygodniu ciąży i 2 razy – po 32. tygodniu. Promowane są także standardy opieki okołoporodowej zgodne z wymaganiami natury medycznej oraz oczekiwaniami samych kobiet. Część kampanii stanowi plebiscyt, w którym raz do roku wybierane są najlepsze położne w kraju oraz w poszczególnych województwach.

Niezależna praca, zwłaszcza przyjmowanie porodów domowych, wciąż naraża położne na niechęć ze strony środowiska zawodowego, jest to też duże wyzwanie w organizacji życia rodzinnego. Na stronie internetowej Stowarzyszenia znajduje się sfera dostępna jedynie dla jego członków. Jest to miejsce, gdzie położne niezależne mogą wymieniać doświadczenia, dzielić się wątpliwościami, przykrymi doświadczeniami, a jednocześnie otrzymać wsparcie w trudnej sytuacji zawodowej, niejednokrotnie również osobistej.

Stowarzyszenie „Dobrze Urodzeni" poprzez swoją działalność zyskało pewne zaufanie ze strony środowiska medycznego. Skutkiem tego Stowarzyszenie stało się organem opiniotwórczym w zakresie opieki okołoporodowej na szczeblu nie tylko medialnym, ale również instytucjonalnym.

Przedstawiciele Stowarzyszenia od kilku lat biorą udział w spotkaniach dotyczących opieki okołoporodowej w Ministerstwie Zdrowia. W 2015 r. Zarządzeniem Ministra Zdrowia, w odpowiedzi na brak odpowiednich narzędzi do monitorowania i skutecznego wprowadzania zmian w związku z tzw. standardami opieki okołoporodowej, powołano Zespół do spraw monitorowania i opracowania rozwiązań na rzecz poprawy opieki okołoporodowej. Wśród 19 członków zespołu znalazła się również wiceprezeska Stowarzyszenia „Dobrze Urodzeni".

Stowarzyszenie „Dobrze Urodzeni" wyraziło w formie petycji swój sprzeciw wobec zmian w ustawie o Podstawowej Opiece Zdrowotnej, tzn. wspólnego kontraktowania przez jednego świadczeniodawcę świadczeń leżących w zakresie kompetencji położnej, lekarza i pielęgniarki. Zdaniem członków Stowarzyszenia, wprowadzenie wspólnej deklaracji wyboru i zespołów lekarsko-pielęgniarskich ograniczyłoby znacznie samodzielność zawodową pielęgniarek i położnych, a także indywidualnych i grupowych praktyk zawierających umowy na realizację świadczeń zdrowotnych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Stowarzyszenie wywiera wpływ na jakość opieki okołoporodowej również poprzez certyfikację szkół rodzenia i domów narodzin w Polsce. Udział w procedurze certyfikacji jest zupełnie dobrowolny, a sam certyfikat stanowi potwierdzenie, że w danym ośrodku wykazuje się indywidualne podejście do osób oczekujących narodzin dziecka oraz pragnących swobodnego wyboru sposobu i miejsca rodzenia, a także propaguje się wiedzę i umiejętności w opiece nad noworodkiem.

Stowarzyszenie prowadzi jedyne w kraju statystki dotyczące porodów pozaszpitalnych gromadzone i opracowane na podstawie dokumentacji medycznej z porodów odbywających się w domu kobiety w asyście położnych ze Stowarzyszenia od 2010 do 2015 r. [15]

Statystyki opracowane przez położne zrzeszone w „Dobrze Urodzonych" nie tylko pomagają oszacować skalę działalności samego Stowarzyszenia, ale mogą też stanowić punkt odniesienia w dyskusji pomiędzy zwolennikami a przeciwnikami porodów pozaszpitalnych w Polsce. W pewnym stopniu dowodzą bowiem bezpieczeństwa porodu domowego przy odpowiednio przeprowadzonej kwalifikacji.

Czym jest „dobre urodzenie"?

Badani proszeni byli o opisanie, czym dla nich jest dobry poród, dobre przychodzenie na świat. W większości wypowiedzi zaznaczali, że pozytywne doświadczenie porodowe dotyczy się takiego przebiegu porodu, jaki był oczekiwany przez rodziców dziecka. Badani zaznaczali, że nie samo miejsce przychodzenia na świat czyni doświadczenie porodu pozytywnym. Można pięknie i z satysfakcją spełnionych oczekiwań urodzić drogą cięcia cesarskiego, a także w sposób nieplanowany, w wielkim stresie i poczuciu zagrożenia urodzić naturalnie w domu. W wypowiedziach badanych dominuje opinia, że to właśnie odczucie kobiety i jej percepcja doświadczenia porodowego jest kluczowa w końcowym określeniu jakości porodu.

Dobry poród to taki, który jest dobry dla konkretnej kobiety w danej sytuacji, spełniający jej oczekiwania. Dobrym porodem może okazać się również cięcie cesarskie w sytuacji, gdy żaden inny sposób rozwiązania ciąży nie wchodzi w grę (EDP, położna)

„Dobrze urodzony" to urodzony w najlepszy dla niego sposób, z wykorzystaniem wszystkich możliwości tej matki i tego dziecka w danym momencie*" (KO, położna)*

„Dobry poród" to niekoniecznie poród w domu, może to być też piękny poród szpitalny, a nawet cesarskie cięcie. Odczucie porodu to ważny filar w przyszłym rozwoju dziecka, ale nie jedyny – każde trudne doświadczenie można przekuć w coś dobrego, tak jak to było w jej przypadku" (MO, psycholog, konsultant laktacyjny, instruktor szkoły rodzenia)

Badane podkreślały, że istotnym elementem dobrego porodu jest uwzględnienie godności. Jedna z nich pisze, że

urodzić się dobrze, to (...) *urodzić się w atmosferze miłości i spokoju, w poszanowaniu godności i szacunku należnym godzinom rodzenia się małego człowieka. Dobre narodziny to przejście z ukrycia istoty ludzkiej utkanej przez Boga w łonie matki w otwarte ramiona obydwojga rodziców. (IC, położna)*

„Dobrze urodzony" to ten, który przychodzi na świat w warunkach godnych dla siebie. (MM, coach zdrowia)

Być „dobrze urodzonym" znaczy urodzić się w warunkach maksymalnego poszanowania godności i intymności, szacunku, jedności matki z dzieckiem, być potraktowanym z delikatnością, z zastosowaniem procedur medycznych tylko, gdy są one potrzebne, ale bez ingerowania wtedy, gdy nie ma takiej konieczności. (MO, psycholog, konsultant laktacyjny, instruktor szkoły rodzenia)

Badane też wskazują na znaczenie sprzyjających warunków, otoczenia i towarzyszącego rodzącej personelu.

Być „dobrze urodzonym" to przyjść na świat w korzystnych dla siebie i mamy warunkach, z minimalizacją stresu i niepotrzebnej medykalizacji, w otoczeniu przyjaźnie nastawionych osób sprawujących opiekę. (EDP, położna)

„Dobrze urodzone" dziecko to takie, które przychodzi na świat w atmosferze miłości i szacunku, w warunkach, które wybrała matka. Kobiety rodzące potraktowane w pełni osobowo, podmiotowo, z odpowiednim poziomem wrażliwości i empatii, nawet w sytuacji porodu przebiegającego niezgodnie z ich wymarzonym scenariuszem – mogą mieć poczucie, że poród nie został im odebrany. (MH, położna, doula)

Dyskusja

Pozytywne doświadczenie porodowe dla matki i dziecka jest coraz częściej wymieniane jako ważne kryterium jakości opieki porodowej [16]. Sposób przychodzenia na świat ma kluczowe znaczenie w kontekście przyszłego zdrowia zarówno dziecka, jak i matki [17]. Stowarzyszenie „Dobrze Urodzeni" realizuje działania na rzecz wspierania dobrych narodzin. Na świecie podobne zadania wypełniają organizację takie jak The European Network of Childbirth Associations czy The American Association of Birth Centers [18, 19].

Światowa Organizacja Zdrowia promuje model opieki okołoporodowej, w którym za prowadzenie ciąży fizjologicznej, opiekę nad kobietą w porodzie i połogu oraz dzieckiem odpowiada położna [16]. Ten model obowiązuje obecnie w wielu krajach Europy [20]. Badane Stowarzyszenie w sposób aktywny wspiera rozwój położnych i wzmacnia ich kompetencję w opiece nad matką i dzieckiem.

Właśnie opieka położnych wymieniana jest jako jeden z elementów wpływających na promowanie naturalnego porodu, a tym samym ograniczanie jego medykalizacji. W Polsce problem medykalizacji narodzin jest wciąż aktualny [21, 22]. Działania Stowarzyszenia przyczyniają się do poprawy w tym obszarze.

Jednym z elementów zapewnienia kobietom dobrego doświadczenia porodowego jest umożliwienie im prawa do wyboru miejsca do porodu. Dzięki działalności opisywanego Stowarzyszenia wybór ten staje się dostępny dla coraz większej liczby kobiet, choć nadal jest to całkowicie alternatywne rozwiązanie. Zgodnie z danymi udostępnionymi w Roczniku Demograficznym 2017 przez Główny Urząd Statystyczny, w 2016 roku było 382 471 żywych urodzeń, z czego 657 – czyli 0,17% dzieci urodziło się poza szpitalem [23].

Porody domowe mają w założeniu zapewnić kobiecie odpowiednie warunki i środowisko, by w poczuciu bezpieczeństwa i bliskości własnej rodziny wydać dziecko na świat [24]. Również porody w domach narodzin promowane przez niezależne położne mają umożliwić kobiecie rodzenie w otoczeniu przypominającym domowe warunki i zapewniające profesjonalną opiekę położnych. W wielu krajach model opieki nad kobietą w ciąży niskiego ryzyka oferowany jest w systemie pozaszpitalnym, będącym elementem systemu ochrony zdrowia [25]. W wielu krajach Europy porody w domu funkcjonują w systemach opieki okołoporodowej na równi z porodami szpitalnymi [26].

Stowarzyszenie Niezależna Inicjatywa Rodziców i Położnych „Dobrze Urodzeni" podjęło próbę przywrócenia porodom domowym miejsca w polskim systemie opieki okołoporodowej. Położne zrzeszone w organizacji samodzielnie opracowały zasady kwalifikacji, dokumentację oraz model opieki nad kobietą i dzieckiem w porodzie domowym. Od wielu lat przyjmują porody domowe w Polsce, a zebrane przez nie statystyki – jak dotąd jedyne w naszym kraju – mogą dowodzić bezpieczeństwa porodu pozaszpitalnego, o ile kwalifikacja odbywa się z odpowiednią rozwagą i pieczołowitością. Teraz bowiem mamy lepsze niż dawniej narzędzia i wiedzę – możemy przeprowadzić badania laboratoryjne, obrazowe, sporządzić statystyki i porównania, ocenić, jakie postępowanie jest najbezpieczniejsze, najbardziej właściwe i akceptowalne dla kobiety.

Położne zrzeszone w Stowarzyszeniu Niezależnej Inicjatywy Rodziców i Położnych „Dobrze Urodzeni" swoją pracą dowiodły, że położne w Polsce posiadają wszelką wiedzę i umiejętności, aby pracować w sposób niezależny i uczestniczyć w aktywnym kształtowaniu opieki okołoporodowej. Członkinie Stowarzyszenia, poprzez łączącą je pasję, wiedzę, umiejętności, ale też wspólny cel – chęć przywrócenia zawodowi położnej dawnej świetności, a momentowi narodzin należnej mu godności, niezależnie

od miejsca i rodzaju porodu – mogą stanowić wzór jedności zawodowej. Idealnie byłoby, aby coraz więcej położnych przyłączało się do Stowarzyszenia „Dobrze Urodzeni". Łącząc siły, można zrobić więcej, aby każda kobieta w Polsce mogła urodzić dziecko bezpiecznie, bez traumy, w sposób dla siebie i dziecka najbardziej właściwy – urodzić dobrze.

Wnioski

1. Stowarzyszenie „Dobrze Urodzeni" aktywnie działa na rzecz naturalnych, skoncentrowanych na kobiecie i jej rodzinie porodów.
2. Wkład Stowarzyszenia w podniesienie jakości opieki okołoporodowej pozaszpitalnej, poprzez tworzenie jednolitej dokumentacji, udzielanie wsparcie i kształcenie personelu pracującego w domach czy domach narodzin jest znaczący.
3. Działania Stowarzyszenia promują pozytywne doświadczenie porodowe.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Nowakowska L. Reflections on Pregnancy and Childbirth. The Perspective of Critical Discourse Analysis. Cult-Soc-Educ. 2014;(1):9–24. http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-ab13fcce-9245-4b48-9ead-7707bdac0e9e.
2. Indrio F, Martini S, Francavilla R, Corvaglia L, Cristofori F, Mastrolia SA, i in. Epigenetic Matters: The Link between Early Nutrition, Microbiome, and Long-term Health Development. Front Pediatr. 2017;5:178. https://doi.org/10.3389/fped.2017.00178.
3. Magne F, Puchi Silva A, Carvajal B, Gotteland M. The Elevated Rate of Cesarean Section and Its Contribution to Non-Communicable Chronic Diseases in Latin America: The Growing Involvement of the Microbiota. Front Pediatr. 2017;5:192. https://doi.org/10.3389/fped.2017.00192.
4. Moore SR, McEwen LM, Quirt J, Morin A, Mah SM, Barr RG, i in. Epigenetic correlates of neonatal contact in humans. Dev Psychopathol. 2017;29(05):1517–1538. https://doi.org/10.1017/S0954579417001213.
5. Moya-Pérez A, Luczynski P, Renes IB, Wang S, Borre Y, Anthony Ryan C, i in. Intervention strategies for cesarean section–induced alterations in the microbiota-gut-brain axis. Nutr Rev. 2017;75(4):225–240. https://doi.org/10.1093/nutrit/nuw069.
6. Younes JA, Lievens E, Hummelen R, van der Westen R, Reid G, Petrova MI. Women and Their Microbes: The Unexpected Friendship. Trends Microbiol. 2017;22(1):16-32. https://doi.org/10.1016/j.tim.2017.07.008.
7. Indraccolo U, Calabrese S, Di Iorio R, Corosu L, Marinoni E, Indraccolo SR. Impact of the medicalization of labor on mode of delivery. Clin Exp Obstet Gynecol. 2010;37(4):273–7.
8. Mobarakabadi SS, Najmabadi KM, Tabatabaie MG, Esmaily H. Predictors of mode of childbirth based on medicalized maternal care: A cross-sectional study. Iran Red Crescent Med J [Internet]. 2017;19(2). http://cdn.neoscriber.org/cdn/serve/313ea/beedd839c8d3ba80eb13b8c35914f717dc86a559/16604-pdf.pdf.
9. Moura FM, Crizostomo CD, Nery IS, Mendonça RC, de Araújo OD, da Rocha SS. Humanization and nursing assistance to normal childbirth. Rev Bras Enferm. 2007;60(4):452–5. https://cdn.neoscriber.org/cdn/serve/313ea/beedd839c8d3ba80eb13b8c35914f717dc86a559/16604-pdf.pdf.
10. Shaw JCA. The Medicalization of Birth and Midwifery as Resistance. Health Care Women Int. 2013;34(6):522–36. https://doi.org/10.1080/07399332.2012.736569.
11. Doroszewska A. Medicalization of delivery in Poland. Report on the monitoring of maternity wards. Warsaw, Poland: Childbirth with Dignity Foundation; 2017.
12. Tunçalp Özge, Pena-Rosas JP, Lawrie T, Bucagu M, Oladapo OT, Portela A, i in. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience—going beyond survival. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2017;124(6):860–862. https://doi.org/10.1111/1471-0528.14599.
13. Homer CS, Friberg IK, Dias MAB, ten Hoope-Bender P, Sandall J, Speciale AM, i in. The projected effect of scaling up midwifery. The Lancet. 2014;384:1146–57. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60790-X.
14. Dzierżak-Postek E, Grzybowska K, Krauze M, Oleś K, Romanowska M, Witkiewicz M. Model opieki nad kobietą i dzieckiem w fizjologicznym okresie okołoporodowym w praktyce pozaszpitalnej. Położ Nauka Prakt. 2010;4:8–19. http://www.dobrzeurodzeni.pl/model-opieki-okoloporodowej.html.
15. Krauze M. Opracowanie statystyczne porodów domowych przyjętych w latach 2010–2015 przez położne zrzeszone w Stowarzyszeniu „Dobrze Urodzeni" [Internet]. Stowarzyszenie NIezależna Inicjatywa Rodziców i Położnych „Dobrze Urodzeni"; 2015 s. 1–5. Dostępne na: http://www.dobrzeurodzeni.pl/statystyki.html.
16. World Health Organization. WHO | WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. WHO. 2018 [cytowane 13 marzec 2018]. Dostępne na: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/.
17. Baranowska B, Kubicka-Kraszyńska. Quality of childbirth in scientific research. W Poland, Warsaw: Childbirth with Dignity Foundation; 2009. s. 14–20.
18. Beech BL. European Network of Childbirth Associations (ENCA) meeting 2004. AIMS J. 2004;16:18–18.
19. Phillippi JC, Alliman J, Bauer K. The American Association of Birth Centers: History, Membership, and Current Initiatives. J Midwifery Women's Health. 10 wrzesień 2009;54(5):387–92. https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2008.12.009.
20. Iwanowicz-Palus GJ, Stadnicka G, Bien A. Organizacja opieki przedkoncepcyjnej i okołoporodowej determinantą zdrowia rodziny i społeczeństwa. Med Ogólna Nauki O Zdrowiu. 2013;19(3). http://yadda.icm.edu.pl/yadda/element/bwmeta1.element.agro-96620629-1732-42a3-986f-29d0b810ad55.
21. Doroszewska A. Opieka okołoporodowa w Polsce po transformacji ustrojowej – między medykalizacją a demedykalizacją? Ann Univ Mariae Curie-Sklodowska Sect I–Philosophia-Sociol. 2017;41(2):47. https://doi.org/10.17951/i.2016.41.2.47.
22. Doroszewska A. Medykalizacja porodu w Polsce. Raport z monitoringu oddziałów położniczych. Warszawa: Fundacja Rodzić po Ludzku; 2017 s. 78.

23. Rocznik demograficzny. Główny Urząd Statystyczny; 2017. https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-demograficzny-2017,3,11.html.
24. O'Boyle C. 'Just waiting to be hauled over the coals': Home birth midwifery in Ireland. Midwifery. 2013;29(8):988–995. https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.12.010.
25. Fawsitt CG, Bourke J, Lutomski JE, Meaney S, McElroy B, Murphy R, i in. What women want: Exploring pregnant women's preferences for alternative models of maternity care. Health Policy. 2017;121:66–74. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.10.010.
26. Schroeder E, Petrou S, Patel N, Hollowell J, Puddicombe D, Redshaw M, i in. Cost effectiveness of alternative planned places of birth in woman at low risk of complications: evidence from the Birthplace in England national prospective cohort study. Bmj. 18 kwiecień 2012;344:e2292. https://doi.org/10.1136/bmj.e2292.

Zaakceptowano do edycji: 20.08.19
Zaakceptowano do publikacji: 26.09.19

Adres do korespondencji:
Barbara Baranowska
ul. Żwirki i Wigury 81
02-091 Warszawa
tel. 509-083-263
e-mail: bbaranowska@gmail.com

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA ORYGINALNA

POZIOM WIEDZY ZAKONNIC NA TEMAT PROFILAKTYKI RAKA PIERSI

LEVEL OF KNOWLEDGE OF NUNS ON BREAST CANCER PREVENTION

Karolina Kniaziew[1], Justyna Kamińska[2], Agnieszka Czerwińska-Osipiak[2], Lucyna Wójcicka[2]

[1] Wydział Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Pielęgniarstwa i Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej, Gdański Uniwersytet Medyczny
[2] Zakład Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Pielęgniarstwa i Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej, Gdański Uniwersytet Medyczny

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2019.21

STRESZCZENIE

Wstęp. W Polsce najczęściej rozpoznawanym nowotworem u kobiet jest rak piersi. Zapada na niego około 16000 kobiet rocznie, a 5000 w jego wyniku umiera. Wiedza na temat czynników ryzyka, metod zapobiegania oraz wczesnego wykrywania jest podstawowym elementem walki z nowotworem piersi wśród kobiet.
Cel pracy. Celem pracy jest ocena poziomu wiedzy sióstr zakonnych na temat profilaktyki raka piersi.
Materiał i metody. Badanie przeprowadzono w wybranych trójmiejskich oraz warszawskich zgromadzeniach zakonnych w okresie od czerwca do września 2017 roku. Materiał badawczy stanowiła grupa 93 zakonnic i nowicjuszek. W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z użyciem narzędzia badawczego własnego autorstwa oraz pytań charakteryzujących dane demograficzno-społeczne respondentek. Kwestionariusz ankiety składał się z 13 pytań dotyczących profilaktyki, czynników ryzyka oraz znajomości objawów raka piersi.
Wyniki. Czynnikiem ryzyka zachorowania na raka piersi, wskazanym przez 86% badanych, są uwarunkowania genetyczne. Według badanych do objawów, które powinny zaniepokoić w trakcie samobadania piersi, należą: wyczuwalny guzek (88,2%), wyciek z brodawki i ból (76,3%), powiększenie węzłów chłonnych (62,4%). Ponad połowa respondentek (59,1%) uważała, że samobadanie piersi wykonuje się raz w miesiącu. Najważniejszym badaniem profilaktycznym raka piersi według sióstr zakonnych (90,3%) jest mammografia.
Wnioski. Poziom wiedzy sióstr zakonnych na temat profilaktyki raka piersi oszacowano jako średni. Większą wiedzą w zakresie profilaktyki raka piersi posiadają zakonnice z wykształceniem wyższym, regularnie wykonujące samobadanie piersi.

Słowa kluczowe: nowotwór piersi, profilaktyka raka piersi, wiedza, zakonnice.

ABSTRACT

Introduction. The most commonly diagnosed cancer among women in Poland is breast cancer. About 16,000 women suffer from it every year and 5,000 of them die. Knowledge about risk factors, prevention methods and early detection is a key element in a fight against breast cancer.
Aim. The aim of the study is to assess the level of knowledge among nuns on the subject of breast cancer prevention.
Material and methods. The study was conducted in selected religious congregations of Tri-city and Warsaw, in the period from June to September 2017. The research material was a group of 93 nuns and novices. The work involved the method of a diagnostic survey using the own authorship tool and questions characterizing the demographic and social data of the respondents. The questionnaire consisted of 13 questions on prevention, risk factors and knowledge of breast cancer symptoms.
Results. The risk factor of breast cancer, pointed out by 86% respondents, was genetic determinants. According to the respondents, the symptoms that should be worrying during the breast self-examination are: palpable nodule (88.2%), nipple discharge and pain (76.3%) and enlargement of the lymph nodes (62.4%).
More than a half of the respondents (59.1%) believed that breast self-examination is performed once a month. The most important preventive examination of breast cancer according to nuns (90.3%) is mammography.
Conclusions. The level of knowledge of nuns on the subject of breast cancer prevention was defined as average. More knowledge about breast cancer prevention have nuns with higher education, performing regularly breast self-examination.

Keywords: breast cancer, breast cancer prevention, knowledge, nuns.

Wstęp

Rak piersi w Polsce jest najczęstszym nowotworem rozpoznawanym u kobiet [1]. Zapada na niego około 16000 kobiet rocznie, a 5000 w jego wyniku umiera [2, 3]. Istotnym elementem w zakresie profilaktyki pierwotnej są zachowania prozdrowotne, na które kobiety mają wpływ, czyli prowadzenie zdrowego stylu życia, zapobieganie nadwadze i otyłości poprzez zrównoważoną dietę i aktywność fizyczną [1]. W ramach profilaktyki wtórnej najprostszym badaniem służącym do wykrycia nowotworu piersi jest badanie palpacyjne. Kolejnym narzędziem diagnostycznym jest badanie kliniczne piersi oraz badanie ultrasonograficzne [4]. Mammografia natomiast, uznawana jest za najważniejszy i najlepszy sposób wykrywania raka piersi u kobiet powyżej 40 roku życia [1].

Wiedza na temat czynników ryzyka, metod zapobiegania oraz wczesnego wykrywania stanowi podstawowy elementem walki z nowotworem piersi wśród kobiet [4].

Cel pracy

Celem pracy jest ocena poziomu wiedzy sióstr zakonnych na temat profilaktyki raka piersi.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono w wybranych trójmiejskich oraz warszawskich zgromadzeniach zakonnych w okresie od czerwca do września 2017 roku. Materiał badawczy stanowiła grupa 93 zakonnic i nowicjuszek.

W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z użyciem narzędzia badawczego własnego autorstwa oraz pytań charakteryzujących dane demograficzno-społeczne respondentek. Kwestionariusz ankiety składał się z 13 pytań dotyczących profilaktyki, czynników ryzyka oraz znajomości objawów raka piersi. W 4 pytaniach respondenci mieli możliwość wskazania kilku odpowiedzi. Analizy statystyczne przeprowadzono przy użyciu pakietu statystycznego IBM SPSS 23 oraz arkusza kalkulacyjnego Excel 2013. Za istotne statystycznie różnice we wszystkich przeprowadzonych testach uznano te, dla których poziom istotności wynosił $p < 0,05$.

Wyniki

Badaniem objęto zakonnice i nowicjuszki w wieku od mniej niż 25 do więcej niż 66 lat. Największą grupą respondentek były badane w przedziale wieku 36–45 lat (25,8%). Niewiele mniejszy odsetek stanowiły osoby w przedziale wieku 46–55 lat (22,6%). Ankietowane w wieku 26–35 lat oraz 56–65 lat tworzyły odpowiednio grupy 20,4% i 14,0% respondentek. Najmniejszy udział w badaniu miały osoby w wieku poniżej 25 lat (9,7%) oraz 66 i więcej lat (7,5%). Większość badanych deklarowała posiadanie wyższego wykształcenia (41,9%). Wykształcenie średnie wskazało 37,7% badanych, a najmniej ankietowanych (20,4%) legitymowało się wykształceniem zasadniczym.

Informacje na temat profilaktyki raka piersi ankietowane głównie czerpały od lekarza ginekologa (33,3%). Blisko co 4 zakonnica przyswajała wiedzę z telewizji (24,7%). Od znajomych informację pozyskiwało 17,2% badanych. Natomiast z Internetu 12,9%, a od położnych 11,8% ankietowanych. Ponad połowa (60,2%) ankietowanych deklarowała wykonywanie samobadania piersi, a 39,8% respondentek nigdy takiego badania nie przeprowadziła.

Badane zapytano o moment, ilość i technikę wykonania samobadania piersi. Blisko 53,0% odpowiedziało, że wykonuje się je kilka dni po menstruacji. W trakcie miesiączki bada piersi 14,0% respondentek, a 10,8% wykonuje badanie kilka dni przed menstruacją. Dla 22,2% badanych czas, w którym dokonuje się samobadania piersi nie ma istotnego znaczenia.

Najwięcej respondentek (59,1%) uważało, że samobadanie piersi wykonuje się raz w miesiącu. Dla 18,3% ankietowanych odpowiedziało, że badanie piersi wykonuje się raz w roku, a 9,7% uznało, że raz w tygodniu. Kilka procent badanych (12,9%) przyznało, że nie wie, kiedy powinno się wykonywać samobadanie piersi. Ponad połowa (61,3%) ankietowanych wskazała, że samobadanie piersi powinno się wykonywać w pozycji stojącej przed lustrem. Dla 23,7% zakonnic pozycja do badania nie ma żadnego znaczenia, natomiast 15,1% spośród nich nie wiedziało, w jakiej pozycji powinno wykonywać się samobadanie piersi.

Zapytano respondentki o występowanie nowotworu piersi w rodzinie. Ponad jedna piąta (21,5%) badanych wskazała odpowiedź twierdzącą, 54,8% sióstr zakonnych stwierdziło, że rak w rodzinie nie występuje, a 23,7% nie miało wiedzy na ten temat.

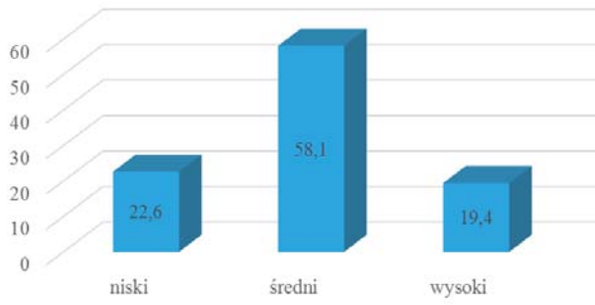
Czynnikiem ryzyka zachorowania na raka piersi, wskazanym przez 86% badanych, są uwarunkowania genetyczne. Ponad połowa (55,9%) uznała za predyspozycję do zachorowania narażenie na promieniowanie, a 59,1% stosowanie hormonoterapii zastępczej. Niezdrowy styl życia zaznaczyło 53,8% ankietowanych, wiek 49,5%, a płeć 44,1% ankietowanych. Łagodne zmiany w gruczole piersiowym wskazało 39,8%, a bezdzietność 20,4% badanych. Pozostałe czynniki takie jak: wczesną pierwszą miesiączkę oraz późną menopauzę wskazało 12,9% ankietowanych, a późną pierwszą miesiączkę 4,3% respondentek. Tylko 1,1% badanych uważa, że nie ma czynników, które predysponują do powstania raka piersi.

Zapytano respondentki o objawy, które powinny zaniepokoić w trakcie samobadania piersi oraz znajomość badań profilaktycznych. Badane wskazywały kolejno: wyczuwalny guzek (88,2%), wyciek z brodawki i ból (76,3%), powiększenie węzłów chłonnych (62,4%), owrzodzenie (51,6%), wklęsłą brodawkę, obrzęk piersi oraz asymetrię piersi (44,1%). Skórka pomarańczowa zaniepokoiłaby 31,2% badanych, a łuszczenie skóry 17,2% spośród ankietowanych. Tylko 2,2% respondentek uważa, że nie ma takich objawów, które mogłyby zaniepokoić w trakcie samobadania piersi, a 1,1% zakonnic przyznało, że nie ma wiedzy, na który z objawów powinny zwrócić uwagę w trakcie badania piersi. Najważniejszym badaniem profilaktycznym raka piersi według zakonnic (90,3%) jest mammografia, 74,2% respondentek wskazało na bada-

nie ultrasonograficzne, a 59,1% ankietowanych podało badanie palpacyjne. Biopsję wykonałoby 23,7% ankietowanych, badanie krwi 16,1%, a tomografię komputerową 6,5% respondentek.

Aby określić, jaki poziom wiedzy w zakresie profilaktyki raka piersi prezentują badane, zsumowano liczbę poprawnych odpowiedzi na pytania kwestionariusza, a następnie obliczono statystyki opisowe dla tak utworzonej zmiennej. Wyniki, jakie można było uzyskać w kwestionariuszu mierzącym wiedzę, mieściły się w przedziale od 0 do 25. Najniższym uzyskanym przez badane wynikiem było Min = 4, a najwyższym Max = 25. Średni wynik to M = 12,90 przy odchyleniu standardowym SD = 5,41. Rozkład wyników istotnie odbiega od rozkładu normalnego, co potwierdza przeprowadzony test normalności rozkładu Kołomogorowa-Smirnowa ($K\text{-}S_{(93)} = 0{,}10$; $p < 0{,}05$).

Zmienną poziom wiedzy pogrupowano w przedziały, gdzie punktacja od 0–8 pkt oznacza wiedzę niską, 9–17 pkt wiedzę średnią i 18–25 pkt wiedzę wysoką. Poziom wiedzy zakonnic w zakresie profilaktyki raka piersi określono jako średni.



Rycina 1. Poziom wiedzy zakonnic

W celu weryfikacji istnienia korelacji wykształcenia versus poziom wiedzy w zakresie profilaktyki raka piersi zastosowano nieparametryczny test istotności Kruskala-Wallisa. Analiza wykazała związek pomiędzy zmiennymi ($H_{(2)} = 15{,}45$; $p < 0{,}001$). Za pomocą metody porównań wielokrotnych Bonferroniego wykazano, że istotnie statystycznie wyższy poziom wiedzy prezentują badane z wykształceniem wyższym, aniżeli badane z wykształceniem średnim.

Analizie poddano wpływ wieku na poziom wiedzy. Zastosowany test istotności Kruskala-Wallisa wykazał, iż wiek nie ma wpływu na poziom wiedzy zakonnic w zakresie profilaktyki raka piersi ($H_{(5)} = 6{,}67$; $p > 0{,}05$).

Weryfikacji wykonywania przez badane samobadania piersi versus poziom wiedzy dokonano poprzez zastosowanie nieparametrycznego testu istotności U Manna-Whitneya. Analiza wykazała, iż wyższy poziom wiedzy posiadają badane, które wykonują samobadanie piersi, niż te które go nie wykonują ($Z = -4{,}03$; $p < 0{,}001$).

Analizie poddano poziom wiedzy zakonnic, a występowanie raka piersi w rodzinie. Test istotności Kruskala-Wallisa wykazał związek pomiędzy zmiennymi na granicy tendencji statystycznej ($H_{(2)} = 5{,}89$; $p = 0{,}053$). Dalsza analiza wykonana metodą porównań wielokrotnych Bonferroniego potwierdziła, że istotnie statystycznie wyższy poziom wiedzy prezentują badane, u których w rodzinie występował rak piersi niż u tych, u których nie występował.

Dyskusja

Oznaczenie poziomu wiedzy oraz postaw zdrowotnych, które dotyczą profilaktyki raka piersi z perspektywy sióstr zakonnych jest niezwykle ważne. Zakonnice, podobnie jak cała populacja kobiet, powinny mieć świadomość ryzyka zachorowania na nowotwór piersi. Profilaktyka swoim działaniem obejmuje kobiety zdrowe oraz chore, w związku z czym ważne jest kontrolowanie stanu ich wiedzy. Umożliwi to wczesne wykrycie nieprawidłowości i rozpoczęcie działań, które zapobiegną rozwojowi choroby nowotworowej.

W badaniach Pacian i wsp. z 2016 roku analizie poddano 100 kobiet z makroregionu lubelskiego. Najczęstszym źródłem wiedzy o profilaktyce raka piersi okazał się Internet (56,0%). Spośród badanych 34,0% podało, że wiedzę na temat profilaktyki raka piersi czerpie od pracowników ochrony zdrowia, natomiast dzięki telewizji wiedzę swą pogłębiało 53,0% ankietowanych [5]. Z kolei w badaniach Pacian i wsp. z 2014 roku analizie poddanych zostało 100 kobiet między 20. a 45. rokiem życia. Aż 63,0% ankietowanych wskazało telewizję, jako źródło wiedzy dotyczące profilaktyki raka piersi, zasoby internetowe natomiast zaznaczyło 58,0% respondentek. Wiedzę od znajomych lub rodziny czerpało 41,0% badanych a 47,0% ankietowanych szukało informacji u pracowników ochrony zdrowia [6]. W badaniach Paździor telewizję, jako źródło wiedzy dotyczące profilaktyki raka piersi, wskazało 57,0% badanych. Informacje od znajomych lub lekarza ginekologa czerpało 19,0% ankietowanych, natomiast 1% respondentek uzyskało informacje o profilaktyce raka piersi od pielęgniarek i położnych środowiskowych [4]. Z badań własnych wynika, że 33,3% respondentek wiedzę w zakresie profilaktyki raka piersi czerpie od lekarza ginekologa, a 11,8% od położnych. Wśród badanych zakonnic 17,2% deklaruje, że wiedzę dotycząca profilaktyki raka piersi zdobywa od znajomych, 12,9% ankietowanych czerpie ją z Internetu a 24,7% z telewizji.

Inne badania Pacian i wsp. z 2016 roku wskazują, że 43,0% respondentek deklaruje, iż przeprowadza samobadanie piersi [5]. Z badań Liszcz i wsp. wynika, że samobadanie piersi wykonuje 86,0% respondentek [7]. Według badań Paździor i wsp. 36,0% ankietowanych wykonuje samobadanie piersi [4]. Najdyhor i wsp. w swoich badaniach dowiódł, że samobadanie piersi przeprowadza 64,0% ankietowanych [8]. W badaniach własnych wykazano, że 60,2% ankietowanych deklaruje wykonywanie samobadania piersi.

We wspomnianych już badaniach Pacian i wsp. z 2016 roku 73,0% ankietowanych wiedziało, jak często należy wykonywać samobadanie piersi. Kolejne 9,0% respondentek uważało, że samobadanie należy wykonywać raz na pół roku, natomiast 3,0% kobiet odpowiedziało, że wystarczy raz w roku. Wśród badanych 3,0% uważa, że samobadanie należy wykonywać raz na dwa lata a 12,0% nie znało odpowiedzi, kiedy należy wykonywać samobadanie piersi [5]. W badaniach własnych 59,1% ankietowanych uważa, że samobadanie piersi przeprowadza się raz w miesiącu. Z kolei 18,3% wyraziło opinię, że samobadanie piersi wykonuje się raz w roku a 9,7% respondentek uznało, że raz w tygodniu i niestety 12,9% zaznaczyło, że nie wie, kiedy powinno wykonywać się samobadanie piersi.

W badaniach Goworek i wsp. dowiedziono, że kobiety w wieku pomiędzy 28 a 45 lat zamieszkujące Polskę oraz Nową Zelandię samobadanie piersi wykonują odpowiednio 68,0% i 29,0% w około tydzień po miesiączce [9]. Najdyhor i wsp. w swoich badaniach dowiódł, że 57,0% ankietowanych samobadanie piersi przeprowadza po krwawieniu miesięcznym [8]. Paciani wsp. w badaniach z 2016 roku przedstawiła, że 34,0% respondentek samobadanie piersi wykonuje w tydzień po menstruacji, a 33,0% badanych wykonuje je niezależnie od dnia cyklu. Samobadanie piersi tydzień przed miesiączka wykonuje 4,0% ankietowanych [5]. Z kolei w badaniach Pacian i wsp. z 2014 roku 58,0% respondentek samobadanie piersi wykonuje w tydzień po menstruacji. W grupie badanych kobiet 27,0% uważa, że termin wykonywania samobadania piersi nie ma znaczenia, 7,0% ankietowanych odpowiedziało, że badanie powinno być wykonywane przed menstruacją a 3,0% respondentek deklaruje wykonywanie samobadania piersi w trakcie jej trwania. Do braku wiedzy w tym zakresie przyznało się 5,0% badanych kobiet [6]. Według badań Najdyhor i wsp. 57,0% kobiet zaznaczyło, że samobadanie piersi przeprowadza się po krwawieniu miesięcznym. Wśród ankietowanych 25,0% wskazało, że powinno się je wykonywać tydzień przed menstruacją a w innym terminie wykonywałoby 3,0% badanych. Odpowiedzi o braku wiedzy w tym zakresie udzieliło 19,0% respondentek [8].W badaniach własnych 52,7% respondentek samobadanie piersi wykonuje kilka dni po miesiączce a 10,8% ankietowanych kilka dni przed menstruacją. Wśród badanych 14,0% respondentek uważa, że samobadanie piersi wykonuje się w trakcie miesiączki, a dla 22,6% respondentek termin wykonywania samobadania piersi nie ma istotnego znaczenia.

Według badań Zych i wsp. połowa respondentek z wykształceniem zasadniczym zawodowym (50,0%) uważa, że samobadanie piersi można przeprowadzać w dowolnym dniu miesiąca. Ponad połowa (55,0%) ankietowanych legitymująca się wykształceniem wyższym nie zgadza się z tym stwierdzeniem, uważając, że najodpowiedniejszym dniem na wykonanie samobadania piersi jest 2., 3. dzień po menstruacji. Z tym stwierdzeniem zgadza się 44,0% badanych z wykształceniem średnim. W badaniach własnych istotnie statystycznie wyższy poziom wiedzy dotyczący profilaktyki raka piersi prezentują badane z wykształceniem wyższym, aniżeli badane z wykształceniem średnim. Podobne wyniki odnaleźć można w doniesieniach Webster i Austoker, mianowicie, niedokładna i błędna wiedza związana była z niższym poziomem wykształcenia [10].

W badaniach Pacian i wsp. z roku 2016 aż 93% respondentek wskazało, że głównym czynnikiem ryzyka zachorowania na raka piersi są obciążenia genetyczne. Niezdrowy styl życia, jako kolejny z czynników ryzyka, zaznaczyło 54% ankietowanych. O niezłośliwych zmianach gruczołu piersiowego, które są również czynnikiem wpływającym na możliwość zachorowania, wiedziało 49% kobiet. Hormonalną terapię zastępczą, jako kolejny z czynników ryzyka, wskazało 34% badanych, 28% ankietowanych wybrało otyłość, a wczesne występowanie miesiączki zostało zaznaczone przez 14% ankietowanych [5]. W badaniach powyższej autorki z 2014 roku aż 87% ankietowanych odpowiedziało, że uwarunkowania genetyczne wpływają na występowanie raka piersi, a 37% zaznaczyło wiek jako kolejny istotny czynnik. Działanie promieniowania jonizującego, jako przyczynę wystąpienia nowotworu, wskazało 30% ankietowanych. Badane zaznaczyły także nieprawidłową dietę (20%), otyłość (12%) oraz spożywanie alkoholu (12%) [6]. W badaniu Zych i wsp. udział wzięło 300 kobiet powyżej 35. roku życia. Dla 49% badanych palenie tytoniu stanowiło czynnik predysponujący do wystąpienia raka piersi, a dla 33% przyczyną był nieprawidłowy styl życia [11]. Według Muszyńskiej i wsp. 87% ankietowanych odpowiedziało, że rak piersi uwarunkowany jest genetycznie [12]. W badaniu prowadzonym przez Liszcz i wsp. wzięło udział 250 studentek uczelni medycznych, z czego 87,6% odpowiedziało, że podłoże genetyczne jest

jednym z najważniejszych czynników ryzyka, wiek wskazało 65,2% ankietowanych [7]. Kaczmarek-Borowska i wsp. w badaniach przeprowadzonych wśród 80 kobiet zamieszkujących tereny wiejskie wykazała, że 93,7% respondentek określa przyczynę genetyczną jako warunkującą zachorowanie na raka piersi [13]. W badaniach własnych 86,0% sióstr zakonnych wskazało obciążenia genetyczne jako te, które predysponują do wystąpienia raka piersi. Promieniowanie jonizujące zostało wytypowane przez 55,9% respondentek, natomiast niezdrowy styl życia uznało 5,8% badanych. Wpływ hormonalnej terapii zastępczej na powstanie raka piersi podało 59,1%, a wiek 49,5% respondentek. Zakonnice w 12,9% uznały wczesną pierwszą miesiączkę za kolejny z czynników wpływających na możliwość zachorowania na raka piersi.

W analizie Paździor i wsp. badaniu poddano 100 pacjentek oddziału ginekologiczno-położniczego. Guzek piersi jako najczęściej występujący objaw nowotworu piersi wskazało 73% respondentek, 40% badanych zaznaczyło wyciek z brodawki a 35% ankietowanych uznało, że powiększenie węzłów chłonnych może być objawem raka piersi. Za objawy niepokojące 22% ankietowanych uznało asymetrię, obrzęk oraz ból piersi [4]. W badaniach własnych 88,2% respondentek uznało wystąpienie guza piersi za niepokojący objaw, 76,3% ankietowanych wskazało wyciek z brodawki sutkowej, a powiększenie węzłów chłonnych zaznaczyło 62,4% badanych. Siostry zakonne za objaw niepokojący uznały asymetrię piersi i obrzęk piersi (44,1%) oraz ból piersi (76,3%).

Według badań przeprowadzonych przez Bogusz i wsp. wśród 100 kobiet w wieku 48–60 lat 92% ankietowanych uznała, że badanie mammograficzne wykonuje się w profilaktyce raka piersi. Ultrasonografia piersi została wskazana przez 73% ankietowanych, natomiast samobadanie piersi zaznaczyło 82% respondentek [14]. Z kolei w badaniach Pacian i wsp. mammografię, jako najważniejsze badanie wykonywane w profilaktyce raka piersi, zaznaczyło 74% respondentek, a 21% ankietowanych uważało, że najważniejszym badaniem jest ultrasonografia [5]. W badaniach własnych 90,3% sióstr zakonnych wskazało mammografię jako badanie stosowane w profilaktyce raka piersi. Ultrasonografię zaznaczyło 74,2% ankietowanych, a badanie palpacyjne 59,1% respondentek.

Zarówno polskie, jak i zagraniczne dociekania w zakresie omawianego zagadnienia wskazują, iż wiedza na temat ryzyka i profilaktyki raka piersi jest umiarkowana. Zasadne wydaje się zatem prowadzenie programów społecznych, podnoszących świadomość kobiet [10, 15]. Przedstawione w niniejszym opracowaniu różne wyniki badań, dotyczące poziomu wiedzy kobiet w zakresie profilaktyki raka piersi, pozwalają stwierdzić, że siostry zakonne prezentują zbliżony poziom wiedzy w odniesieniu do kobiet z innych porównywanych grup.

Wnioski

1. Poziom wiedzy sióstr zakonnych na temat profilaktyki raka piersi określono jako średni.
2. Wyższy poziom wiedzy w zakresie profilaktyki raka piersi posiadają zakonnice z wykształceniem wyższym, wykonujące samobadanie piersi.
3. Wyższy poziom wiedzy na temat zapobiegania raka piersi posiadają siostry zakonne, u których w rodzinie występował rak piersi.
4. Wiek sióstr zakonnych nie ma wpływu na poziom wiedzy z zakresu profilaktyki raka piersi.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Murawa D, Dyzmann-Sroka A, Kycler W, Lamch K, Kubiak A, Jędrzejczak A, Trojanowski M, Szczepański Ł.. ABC Raka Piersi. Wielkopolskie Centrum Onkologii 2010, 6–16.
2. Groszek P, Samoliński B, Krzych-Fałta E. Problemy zdrowotne kobiet po mastektomii. www.degruyter.com/downloadpdf/j/pielxxiw.2017.16.issue-1/pielxxiw-2017-0001/pielxxiw-2017-0001.pdf [05.07.18].
3. Tkaczuk-Włach J, Sobstyl M, Jakiel G. Rak piersi-znaczenie profilaktyki pierwotnej i wtórnej. Przegląd Menopauzalny 2012, 4, 343–347.
4. Paździor A, Stachowska M, Zielińska A. Wiedza kobiet na temat profilaktyki raka piersi. Nowiny Lekarskie 2011, 6, 419–422.
5. Pacian A, Kulik TB, Kaczoruk M. Postawy kobiet makroregionu lubelskiego wobec profilaktyki nowotworu piersi. Medycyna Paliatywna 2016, 8, 17–23.
6. Pacian A, Ferenc W, Jędrasik M. Wiedza młodych kobiet na temat profilaktyki raka piersi. Medycyna Paliatywna 2014, 6, 151–157.
7. Liszcz A, Badowska-Kozakiewicz AM. Knowledge of medical school students on breast cancer and cervival cancer, and their prevention. Studia Medyczne 2015, 31, 271–276.
8. Najdyhor E, Krajewska-Kułak E, Krajewska-Ferischah K. Wiedza kobiet i mężczyzn na temat profilaktyki raka piersi. Ginekologia Polska 2013, 84, 116–125.
9. Goworek P, Durka M, Borowiak E. Wiedza na temat samobadania piersi wśród kobiet mieszkających w Polsce i Nowej Zelandii. Problemy Pielęgniarstwa 2008, 16, 1–2, 144–150.
10. Webster P, Austoker J. Women's knowledge about breast cancer risk and their views of the purpose and implications of breast screening—a questionnaire survey. J Public Health(Oxf). 2006 Sep;28(3):197-202. https://doi.org/10.1093/pubmed/fdl030[09.07.18].
11. Zych B, Marć M, Binkowska-Bury M. Stan wiedzy kobiet po 35 roku życia w zakresie profilaktyki raka piersi. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego Rzeszów 2006, 1, 27–33.

12. Muszyńska A, Mastelarz-Migas A, Brona A. Stan wiedzy polskich kobiet na temat profilaktyki raka piersi. Family Medicine&PrimaryCareReview 2006, 8, 708–710.
13. Kaczmarek-Borowska B, Stryjkowska A, Grądalska-Lampart M. Poziom wiedzy kobiet z terenów wiejskich na temat raka piersi. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie 2013, 3, 298–310.
14. Bogusz R, Charzyńska-Gula M, Majewska A. Wiedza kobiet w wieku okołomenopauzalnym na temat profilaktyki raka piersi. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2013, 19, 4, 523–529.
15. Alam AA. Knowledge of breast cancer and its risk and protective factors among women in Riyadh. Ann Saudi Med. 2006 Jul-Aug; 26(4):272–7.

Zaakceptowano do edycji: 20.08.19
Zaakceptowano do publikacji: 26.09.19

Adres do korespondencji:
Justyna Kamińska
Katedra Pielęgniarstwa, Gdański Uniwersytet Medyczny
ul. Dębinki 7
80-211 Gdańsk
tel./fax +48 58 349 19 68
adres e-mail jkaminska@gumed.edu.pl

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA ORYGINALNA

WYBRANE NOWE DETERMINANTY OTYŁOŚCI

SELECTED NEW DETERMINANTS OF OBESITY

Anna Wiśniewska, Barbara Ślusarska, Grzegorz Nowicki, Bernadeta Jędrzejkiewicz

Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2019.22

STRESZCZENIE

Wstęp. Wysiłki zmierzające do ograniczenia otyłości przez dietę, ćwiczenia, edukację czy zastosowanie nielicznych leków nie są w stanie, jak dotąd, skutecznie i długofalowo rozwiązać problemu. Jednak stanowią podstawę współczesnych działań w tym obszarze.
Cel. Celem pracy był przegląd piśmiennictwa i jego analiza pod kątem wybranych czynników związanych z otyłością u osób dorosłych. Przedstawiono związek między otyłością a czynnikami genetycznymi, zespołem metabolicznym, witaminą D oraz afaminą. Zastosowano metodę analizy piśmiennictwa. Przeglądu literatury dokonano na podstawie danych zawartych w bazie GBL, PubMed, Google Scholar oraz informacji dostępnych na stronach internetowych.
Wyniki. Wiedza o nosicielstwie polimorfizmów i mutacji genów predysponujących do otyłości, wiedza na temat suplementacji witaminy D oraz wiedza na temat nowych badań biochemicznych w otyłości mogą przyczynić się do skuteczniejszego zapobiegania i leczenia otyłości oraz związanych z nią chorób. W zapobieganiu powstawania zespołu metabolicznego i jego powikłań podstawowe znaczenie nieustannie ma zmiana stylu życia z modyfikacją diety, zwiększeniem aktywności fizycznej i redukcją masy ciała.
Wnioski. Otyłość jest narastającym problemem wysoko rozwiniętych społeczeństw. Poszukiwane są więc nowe sposoby walki z tym problemem, a także nowe sposoby zapobiegania groźnym powikłaniom, jak zespół metaboliczny, cukrzyca typu II czy choroby układu krążenia.

Słowa kluczowe: otyłość, zespół metaboliczny, czynniki genetyczne, witamina D, afamina.

ABSTRACT

Introduction. Efforts to reduce obesity through diet, exercise, education or the use of few drugs, so far, have not been able to solve the problem effectively and to a long-term extent. However, they constitute the basis of contemporary activities in this area.
Aim. The aim of the study was to review and analyse the literature in terms of selected factors related to obesity in adults. The relationship between obesity and genetic factors, metabolic syndrome, vitamin D and afamine was presented. The literature review method was used. The literature was overviewed on the grounds of data contained in the GBL database, PubMed, Google Scholar and information available on websites.
Results. The knowledge of the carrier state of polymorphisms and gene mutations predisposing to obesity, knowledge of vitamin D supplementation and knowledge of new biochemical research on obesity can contribute to more effective prevention and treatment of obesity and the related diseases. In preventing the formation of metabolic syndrome and its complications, the vital and recurring factors are a lifestyle change and diet modification, increase in physical activity and weight reduction.
Conclusions. Obesity is a growing problem in highly developed societies. Therefore, new ways to combat the problem, as well as new ways to prevent dangerous complications such as metabolic syndrome, type II diabetes mellitus or cardiovascular diseases are being explored.

Keywords: obesity, metabolic syndrome, genetic factors, vitamin D, afamine.

Wstęp

Otyłość jest to przewlekłe zaburzenie metabolizmu spowodowane głównie nadmierną podażą pokarmu w stosunku do zapotrzebowania energetycznego organizmu. Prawie wszystkie przypadki otyłości wynikają z połączenia uwarunkowań genetycznych oraz przewlekłego zaburzenia równowagi pomiędzy nadmiarem energii pochodzącym z pożywienia, a także zużyciem tej energii w procesach przemiany materii oraz zużyciem jej podczas aktywności fizycznej [1].

W ostatnich latach coraz większym problemem epidemiologicznym staje się otyłość, wciąż przez społeczeństwo niepostrzegana w kategoriach choroby. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) z 2015 roku ponad 50% Polaków po 15. roku życia ma nadwagę lub jest otyła [2]. Badania wykazały, że otyłość jest ważnym czynnikiem ryzyka cukrzycy, chorób układu krążenia, nowotworów i w konsekwencji przedwczesnej śmierci. Wysiłki zmierzające do ograniczenia otyłości przez dietę, ćwiczenia, edukację czy zastosowanie nielicznych leków nie są w stanie, jak dotąd, skutecznie i długofalowo rozwiązać problemu [3].

Cel pracy

Celem pracy jest analiza wybranych czynników związanych z otyłością u osób dorosłych. Przedstawiono związek między otyłością a czynnikami genetycznymi, zespołem metabolicznym, witaminą D oraz afaminą. Zastosowano

metodę niesystematycznej analizy piśmiennictwa. Przeglądu literatury dokonano na podstawie danych zawartych w bazie GBL, PubMed, Google Scholar oraz informacji dostępnych na stronach internetowych.

Wybrane uwarunkowania otyłości

Otyłość a czynniki genetyczne

Etiologia otyłości jest złożona i wieloczynnikowa, wpływają na nią uwarunkowania genetyczne i czynniki środowiskowe obejmujące niską aktywność fizyczną oraz brak prawidłowo ukształtowanych postaw zdrowotnych. Wykazano, że u ludzi masa ciała matki koreluje z masą ciała potomstwa [3]. Badania kliniczne i epidemiologiczne wskazują, że u podstaw interakcji między środowiskiem, a genami leżą mechanizmy epigenetyczne. Nosicielstwo niektórych alleli sprzyja pewnemu zwiększonemu ryzyku zachorowania, choć nie jest to czynnik decydujący, gdyż dominującą rolę odgrywają jednak czynniki środowiskowe. Wiedza o nosicielstwie polimorfizmów i mutacji genów predysponujących do otyłości może przyczynić się do skuteczniejszego zapobiegania i leczenia otyłości oraz związanych z nią chorób.

Wśród czynników wpływających na masę ciała i rozmieszczenie tkanki tłuszczowej znaczącą rolę odgrywa wiele genów, a wśród nich szczególnie następujące:

- Gen FTO (ang. *Fat mass obesity associatedgene*) ma wpływ na proces pobierania pokarmu, preferencje w stosunku do pokarmu oraz homostazę energetyczną, co wiąże się z regulacją akumulacji tłuszczów w organizmie i regulacje masy ciała. Badanie brytyjskie z udziałem prawie 3800 pacjentów z cukrzycą typu II (prawie 5,5 tys. osób w grupie kontrolnej) potwierdziło związek między polimorfizmem pojedynczego nukleotydu (SNP) genu FTO, znajdującego się na chromosomie 16, z występowaniem cukrzycy typu II. Jednocześnie stwierdzono, iż ten związek jest ściśle zależny od wskaźnika BMI [4]. Nosicielstwo allelu A genu FTO u noworodków (2 tygodnie po urodzeniu) wiązało się również z wyższą brzuszną masą tłuszczową (prawie o 17%). Związek allelu A ze znacznie wyższym BMI i masą tkanki tłuszczowej został potwierdzony również w badaniu szkockim z udziałem 2700 dzieci w wieku 4–10 lat, gdzie grupa badana charakteryzowała się wyższą o 1,78 kg zawartością tkanki tłuszczowej niż w grupie kontrolnej [5].
- Gen leptyny (LEP, leptin), receptora leptyny (LEPR, leptin receptor) oraz receptora melanokortyny typu 4 (MC4R, melanocortin 4 receptor) – LEP I MC mają podstawowe znaczenie w podwzgórzowej regulacji apetytu [6].
- Gen receptora aktywowanego proliferatoramiperoksysomów typu γ (PPARγ, peroxisomalproliferatoractivated receptor gamma) — receptor jest obecny w tkance tłuszczowej, jelicie grubym, nerce i mięśniach szkieletowych, odpowiada za różnicowanie fibroblastów w kierunku adipocytów oraz wpływa na metabolizm dojrzałych lipidów [7].
- Gen receptora $\beta_3$adrenergicznego (ADRB3, beta-3 adrenergic receptor) — receptory biorą udział zarówno w procesach termogenezy, jak i lipolizy w tkance tłuszczowej. Są to geny potencjalnie związane z predyspozycją do otyłości i chorób z nią związanych [8].
- Gen receptora endokannabinoidowego (CNR1, cannabinoid receptor) — receptory CB_1 znajdujące się w mózgu są integralną częścią sieci kontrolującej apetyt [9].

Otyłość a zespół metaboliczny

Otyłość androidalna i jej konsekwencje metaboliczne, takie jak: insulinooporność, hiperinsulinemia, upośledzona tolerancja glukozy, dyslipidemia oraz nadciśnienie tętnicze są określane mianem zespołu metabolicznego [10].

Tkanka tłuszczowa nie tylko jest dla organizmu magazynem energetycznym, ale również wykazuje ważne działanie endokrynne. Adipocyty, komórki tkanki tłuszczowej oraz makrofagi obecne w tej tkance produkują tzw. adipokiny, do których należą m.in. leptyna, adiponektyna, rezystyna, wisfatyna, omentyna, adipsyna, waspina. U osób otyłych obserwuje się podwyższone stężenia leptyny i rezystyny, a obniżone – adiponektyny. Niskie stężenia adiponektyny nie chronią tych osób przed niekorzystnym działaniem dla układu sercowo-naczyniowego cząstek adhezyjnych: VICAM 1, ICAM 1, selektyny E. Z kolei rezystyna wykazuje działanie przeciwstawne do adiponektyny – zwiększa insulinooporiność [11].

Tkanka tłuszczowa w zależności od lokalizacji wykazuje znaczące różnice w metabolicznej homeostazie. Trzewna tkanka tłuszczowa jest metabolicznie bardziej aktywna od tkanki tłuszczowej podskórnej. Nagromadzenie znacznej objętości tkanki tłuszczowej trzewnej jest przyczyną rozwoju przewlekłego stanu zapalnego. Stan zapalny w otyłości to przewlekła odpowiedź zapalna zainicjowana przez nadmiar składników odżywczych w adipocytach prowadząca do podwyższonego poziomu markerów zapalnych, takich jak CRP, haptoglobina, IL-1, IL-6, MCP-1 (białko chemotaktyczne monocytów-1), PAI-1 i TNF-α. W otyłości następuje napływ makrofagów do tkanki tłusz-

czowej, a ich ilość jest proporcjonalna do stopnia nadwagi. Co więcej, aktywność makrofagów obecnych w tkance tłuszczowej osób otyłych różni się od funkcjonowania makrofagów u osób szczupłych. U osób szczupłych makrofagi są zaangażowane w procesy naprawcze tkanek i przeciwdziałanie rozwojowi stanu zapalnego; u osób otyłych odpowiadają one za nasilenie stanu zapalnego, produkując cytokiny prozapalne [12, 13].

W zapobieganiu powstawania zespołu metabolicznego i jego powikłań podstawowe znaczenie ma zmiana stylu życia z modyfikacją diety, zwiększeniem aktywności fizycznej i redukcją masy ciała. Kelly i wsp. [11] wykazali, że systematyczny wysiłek fizyczny (aerobik), kontynuowany przez 8 tygodni w badanej grupie młodocianych z nadwagą spowodował poprawę funkcji środbłonka naczyń oraz spadkową tendencję stężenia insuliny.

Badania występowania zespołu metabolicznego przeprowadzone przez NHANES od 2003 do 2012 roku w Stanach Zjednoczonych wykazały, że prawie 35% wszystkich dorosłych i 50% osób w wieku 60 lat i więcej mieli zespół metaboliczny. Badania te sugerują, że częstość występowania zespołu metabolicznego u osób dorosłych pozostaje stabilna od 2007 roku i spadła u kobiet. Większa świadomość zespołu metabolicznego i jego konsekwencje przyczyniły się po poprawy w optymalizacji leczenia czynników ryzyka, takich jak nadciśnienie i cukrzyca. Ponadto dane te nie podważają podejmowania dalszych kroków w celu zwalczania choroby i profilaktyki [14].

Otyłość a witamina D

Otyłości często towarzyszą ogólnoustrojowe niedobory witaminy D, definiowane jako stężenie kalcyfediolu [25(OH) D] w surowicy krwi < 30 ng/ml. Kalcytriol ma strukturę zbliżoną do hormonów steroidowych i wykazuje działanie hormonopodobne. Działa on na komórki docelowe poprzez receptor jądrowy VDR (ang. *vitamin D receptor*). Przełomowym okazało się odkrycie, że receptor ten nie jest obecny wyłącznie w komórkach kostnych, kanalików nerkowych, nabłonka jelit, ale także w większości komórek ludzkiego organizmu: w sercu, ścianie naczyń krwionośnych, mózgu, gruczole krokowym, gruczole sutkowym, nadnerczach, komórkach β trzustki, jelicie cienkim, jelicie grubym, przytarczycach, limfocytach, makrofagach, keratynocytach i komórkach nowotworowych [15]. Receptory witaminy D zajmują 2776 miejsc genomowych i modelują ekspresję 229 genów w obrębie tkanek, w związku z czym zaopatrzenie w witaminę D wydaje się mieć potencjalny wpływ na liczne procesy fizjologiczne [16]. Synteza witaminy D w skórze jest warunkowana wieloma czynnikami zewnętrznymi jak: szerokość geograficzna, pora roku, warunki atmosferyczne, sposób ubierania się, stosowanie kremów z filtrem UV, które mogą ograniczać działanie promieni słonecznych na skórę, tym samym zmniejszać wytwarzanie witaminy D [17]. Witamina D jest także dostarczana z dietą, choć istnieje niewiele jej źródeł: masło, mleko sojowe, ryby (makrela, tuńczyk, sardynki, dziki łosoś) i niektóre grzyby (kurki) [18]. Średnio z dietą w krajach europejskich dostarczane 2,5–4,0 µg witaminy D/dobę, co stanowi zaledwie 3–5% dziennego zapotrzebowania. Wymienione wyżej czynniki powodują, iż niedobór witaminy D staje się coraz bardziej powszechny.

Wśród przyczyn niedoboru podkreśla się niewystarczającą syntezę skórną spowodowaną unikaniem, z różnych przyczyn, promieniowania słonecznego. Z drugiej strony stwierdzono, że u osób otyłych ekspozycja na tę samą dawkę promieniowania UVB powoduje około 50% niższy wzrost stężenia 25(OH)D w surowicy w porównaniu z osobami z prawidłową masą ciała [19]. Mimo że otyłość skutkuje większą powierzchnią ciała, a zatem można oczekiwać, że zwiększy ona skórną syntezę witaminy D. Badania również wykazują powiązanie między masą ciała, tkanką tłuszczową, a opalaniem u osób powyżej 65 roku życia. Odkrycie to można wytłumaczyć znanym spadkiem zdolności syntetycznej witaminy D w skórze związanej z wiekiem [20]. Kolejną ważną przyczyną niedoboru witaminy D u otyłych jest powstawanie ogólnoustrojowego stanu zapalnego, który związany jest z nieprawidłową produkcją cytokin i aktywacją sygnałów prozapalnych poprzez nadmiar tkanki tłuszczowej trzewnej. Tkanka tłuszczowa ogrywa rolę w regulacji homeostazy organizmu, włączając w to mechanizmy odpornościowe. Cheng i wsp. [21] wykazali, że im wyższa zawartość tkanki tłuszczowej w organizmie, tym większy deficyt witaminy D, ponadto ujemna korelacja pomiędzy stężeniem 25(OH)D i zawartością tkanki tłuszczowej jest większa w przypadku otyłości brzusznej. Badanie koreańskie z udziałem 1660 dzieci również potwierdziło związek między niedoborem witaminy D, a otyłością, otyłością brzuszną, hipertriglicerydemią i zespołem metabolicznym [22]. Badania wykazały, że u osób otyłych występuje znacznie niższe stężenie 25(OH) D niż u osób o prawidłowej masie ciała, a po zastosowaniu odpowiedniej suplementacji witaminy D wartość stężenia 25(OH)D znacząco się podniosła [23]. Co ciekawe, wzbogacenie diety w witaminę D prowadzi do wzrostu stężenia 25(OH)D w osoczu i zmniejszenia otyłości brzusznej [24]. Kolejne polskie badania na grupie 2687 badanych potwierdziło czynniki ryzyka deficytu witaminy D, obejmujące płeć męską, młodszy wiek, wyższą masę ciała i wyższą wartość BMI. W tej grupie obecność deficytu ujawniło 75% ankietowanych, wyrażonego stężeniem 25(OH)<20ng/ml [25].

Szereg badań wskazuje na związek pomiędzy stężeniem witaminy D w ustroju, a metabolizmem tkanki tłuszczowej [26, 11]. Stwierdzono obecność receptorów witaminy D na komórkach beta trzustki, adipocytach oraz komórkach mięśni szkieletowych. Witamina D poprzez receptory VDR może ograniczać oporność na insulinę i zwiększać wychwyt glukozy w tkance mięśniowej [27]. Wielu badaczy sugeruje związek witaminy D z cukrzycą typu 1 i 2. Badania polimorfizmu genu receptora VDR wskazują na związek z cukrzycą typu 1, insulinoopornością oraz wydzielaniem insuliny. Udowodniono, że suplementacja witaminy D obniża 8-krotnie ryzyko wystąpienia zachorowania na cukrzycę typu I u dzieci. U osób z niedoborem witaminy D jest większe ryzyko wystąpienia zespołu metabolicznego i insulinooporności [28, 29].

Związek otyłości z afaminą

Najnowsze wyniki badań ukazują istotny związek aktywności afaminy w osób z nadwagą i otyłością. Afamina jest określana jako ludzka witamina E w osoczu, wiążąca glikoproteiny, które są przetwarzane w wątrobie i wydzielane do krwi. Ponadto afamina również występuję w płynach ustrojowych, takich jak płyn mózgowo-rdzeniowy, pęcherzyki jajnika i płynach nasiennych. Funkcjonuje dodatkowo w tkankach mózgu, nerek, jądra i jajnika. Zbadano związek afaminy z lipoproteinami w osoczu, dzięki któremu stwierdzono, że więcej niż 97% witaminy E była związana z lipoproteiną, co potwierdza, że witamina E jest prawie całkowicie transportowana za pomocą lipoprotein w surowicy. Obserwowany transport witaminy E przez system lipoprotein jest również widoczny w płynach ustrojowych. Afamina istotnie koreluje z witaminą E w pęcherzyku jajnika i płynie mózgowo-rdzeniowym. Glikoproteina badana w surowicy pacjentów z różnymi chorobami, wykazała silny związek z białkiem C-reaktywnym. Badania te ujawniły nowy pogląd afaminy w relacji z białkiem c-reaktywnym, co powinno zachęcić do dalszych badań. Jedną z metod badań afaminy w osoczu jest test ELISA, dzięki któremu możemy badać interesujące nas elementy, funkcje, właściwość białka [30].

Podsumowanie

Otyłość jest narastającym problemem wysoko rozwiniętych społeczeństw. Poszukiwane są więc nowe czynniki warunkujące i sposoby walki, a także nowe metody zapobiegania groźnym powikłaniom, jak zespół metaboliczny, cukrzyca typu II czy choroby układu krążenia. Ostatnie lata przyniosły wiele nowych informacji o funkcjonowaniu tkanki tłuszczowej i zaburzeniach jej metabolizmu, leżących u podłoża rozwoju otyłości i jej powikłań. Wśród szeregu mechanizmów rozpatrywanych w aspekcie patogenezy otyłości znajduje się stan zapalny, obserwowany w obrębie nadmiernie rozwiniętej tkanki tłuszczowej, a także znaczenie czynników genetycznych oraz roli witaminy D [13]. Należy mieć nadzieję, że przyszłe badania nad określeniem czynników genetycznych, na których opiera się dziedziczenie ryzyka otyłości, przyczynią się do poszerzenia wiedzy i wyznaczą nowe kierunki skutecznych interwencji terapeutycznych u ludzi [6].

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Drąg J, Goździalska A, Gawędzka A, Jaśkiewicz J. Nowe wskaźniki w patomechanizmie rozwoju otyłości – elongazy i desaturazy nienasyconych kwasów tłuszczowych. W: Grażyna Dębska, Jerzy Jaśkiewicz (red)., Interdyscyplinarne aspekty nauk o zdrowiu. Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne sp. z o.o. – Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2010: 33–40.
2. Wełnicki M, Śliż D, Filipiak KJ, Siebert J, Naruszewicz M, Mamcarz A. Forum Med Rodz. 2016; 10(4): 179–188.
3. Pokrywka M, Kieć-Wilk B, Polus A, Wybrańska I. Metylacja DNA a otyłość prosta. Postepy Hig Med. Dosw; 2014, 68: 1383–1391.
4. Frayling T, Timpson N, Weedon M et al. A common variant in the FTO gene is associated with body mass in- dex andpredisposes to childhood and adult obesity. Science. 2007; 316: 889–894.
5. Cecil J, Tavendale R, Watt P et al. An obesity associated FTO gene variant and increased energy intake in children. N Engl J Med. 2008; 359: 2558–2566.
6. Majorczyk M, Baran M, Jaworek J. Rola witaminy D w rozwoju i przebiegu otyłości. Pielęg Pol. 2016, 1(59): 91–97.
7. Hojka A, Rapak A. Receptory aktywowane proliferatorami peroksysomów (PPAR). Właściwości antyproliferacyjne. Postepy Hig Med. Dosw. 2011; 65: 404–413.
8. Stosio M, Witkowicz A, Kowalska A, Karabon L. Genetyczne uwarunkowania zaburzonej ekspresji termogeniny (UCP1) w otyłości prowadzącej do zespołu metabolicznego. Postepy Hig Med Dosw. 2016; 70: 1389–1403.
9. Kolackov K, Łaczmański Ł, Bednarek_tupikowska G. Wpływ polimorfizmów genu FTO na ryzyko otyłości. EOiZPM. 2010; 6(2): 101–107.
10. Dołowacka A. Zespół metaboliczny jako kolejna choroba cywilizacyjna. Piel Zdr Publ. 2016; 6(3): 241–245.
11. Jung A. Otyłość – choroba cywilizacyjna. Pediatr Med. Rodz 2014; 10(3): 226–232.
12. Gordon S, Martinez FO. Alternative activation of macrophages: mechanism and functions. Immunity 2010, 32(5): 593–604.
13. Nuszkiewicz J, Kwiatkowska A, Majko K, Wesołowski R, Szewczyk-Golec K. Stres oksydacyjny i stan zapalny a rozwój otyłości: protekcyjne działanie melatoniny. Probl Hig Epidemiol 2017; 98(3): 226–232.
14. Aguilar M, Bhuket T, Torres S, I wspł. Prevalence of the Metabolic Syndrome in the United States, 2003-2012.JAMA. 2015; 313(19): 1973–1974.

15. Zdrojewicz Z, Chruszczewska E, Miner M. Wpływ witaminy D na organizm człowieka. Med Rodz. 2015; 2: 61–66.
16. Ramagopalan S, Heger A, Berlanga A, [et al.]. A ChP-seq defined genome-wide map of vitamin D receptor binding: associations with disease and evolution. Gen Res. 2010, 20, 1352–1360.
17. Brzozowska M, Karowicz-Bilińska A. Rola niedoboru witaminy D w patofizjologii zaburzeń występujących w zespole policystycznych jajników. Ginekol Pol. 2013; 83: 456–460.
18. Respondek M, Pudło H. Znaczenie witaminy D w występowaniu wybranych schorzeń. Journal of Education, Health and Sport. 2016; 6(9): 653–663.
19. Nair R, Maseeh A. Vitamin D. The „sunshine" vitamin. J Pharmacol Pharmacother. 2012; 3(2): 118–126.
20. Vanlint S. Vitamin D and Obesity Nutrients. 2013, 5: 949–956.
21. Cheng S, Massaro JM, Fox CS et al. Adiposity, cardiometabolic risk, and vitamin D status: the Framingham Heart Study. Diabetes2010; 59: 242–248.
22. Lee SH, Kim SM, Park HS et al. Serum 25-hydroxyvitamin Dlevels, obesity and the metabolic syndrome among Korean children. Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2013; 23 (8): 785–791.
23. Saliba W, Barnett-Griness O, Rennert G. The relationship between obesity and the increase in serum 25(OH)D levels in response to vitamin D supplementation. Osteoporos Int. 2013; 24 (4): 1447–1454.
24. Caron-Jobin M, Morisset AS, Tremblay A et al. Elevated serum 25(OH)D concentrations, vitamin D, and calcium intakes are associated with reduced adipocyte size in women. Obesity (Silver Spring). 2011; 19: 1335–1341.
25. Płudowski P, Konstantynowicz J, Jaworski M, Abramowicz P, Ducki C. Ocena stanu zaopatrzenia w witaminę D w populacji osób dorosłych w Polsce. Stand Med, Pediatr. 2014; 11: 609–617.
26. Roth CL, Elfers C, Kratz M et al. Vitamin D deficiency in obese children and its relationship to insulin resistance and adipokines. J Obes 2011; 2011: 495101.
27. Żukowska-Szczechowska E, Kiszka B. Niedobór witaminy D – rozpoznawanie i postępowanie w celu redukcji ryzyka sercowo-naczyniowego u chorych na cukrzycę. Via Medica, Gdańsk 2011.
28. Antczak M, Głąbiński A. Aktualne poglądy na temat roli witaminy D w patogenezie stwardnienia rozsianego. Aktualn Neurol 2013; 13(1): 24–30.
29. Gadomski A. Skutki niedoboru witaminy D w organizmie człowieka. Nowa Pediatr. 2017; 1: 34–37.
30. Dieplinger H, Dieplinger B. Afamin – A pleiotropic glycoprotein involved in various disease states. Clinica Chimica Acta 446. 2015: 105–110.

Zaakceptowano do edycji: 20.08.19
Zaakceptowano do publikacji: 26.09.19

Adres do korespondencji:
Anna Wiśniewska
ul. Grochowskiego 13/95
05-500 Piaseczno
tel. +48 728 703 090
e-mail: aniasykut@wp.pl

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA ORYGINALNA

ZACHOWANIA ZDROWOTNE OSÓB STARSZYCH POWIATU DĘBICKIEGO

HEALTH BEHAVIORS OF THE ELDERLY IN THE DĘBICA POVIAT

Monika Łabuzek[1], Aneta Grochowska[1], Kazimiera Moździerz[1], Wioletta Wstawska[2]

[1] Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie
[2] Zespół Opieki Zdrowotnej w Dębicy, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie, Zakład Pielęgniarstwa

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2019.23

STRESZCZENIE

Wstęp. Przestrzeganie zachowań zdrowotnych ma istotny wpływ na proces starzenia się człowieka, gdyż zapewnia zachowanie autonomii w codziennym funkcjonowaniu. Na dobry stan zdrowia wpływa uregulowany tryb życia, zbilansowana dieta, aktywność fizyczna oraz prawidłowy sen i odpoczynek.
Cel. Celem pracy była analiza zachowań zdrowotnych osób starszych w powiecie dębickim.
Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród 140 mieszkańców powiatu dębickiego w okresie od marca do kwietnia 2016 r. W przeprowadzonych badaniach posłużono się metodą sondażu diagnostycznego. Jako narzędzia badawczego użyto autorskiego kwestionariusza ankiety oraz Inwentarza Zachowań Zdrowotnych Z. Juczyńskiego. Weryfikacji różnic między zmiennymi dokonano testem Manna-Whitneya oraz testem Kruskala-Wallisa. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Obliczenia przeprowadzono programem SPSS.
Wyniki. Wśród badanych znalazło się nieznacznie więcej kobiet (54,3%) niż mężczyzn (45,7%). Średni poziom nasilenia zachowań zdrowotnych wyniósł 86,89 pkt., na tej podstawie można stwierdzić, że nasilenie zachowań zdrowotnych wśród badanej grupy było powyżej poziomu przeciętnego. Zdrowego stylu życia starało się przestrzegać 42,9% badanych, natomiast 12,9% zadeklarowało nie przestrzeganie zasad zdrowego stylu życia.
Wnioski. Badania wykazały, że najbardziej nasilone u osób starszych są zachowania profilaktyczne, następne miejsce kolejno zajmują pozytywne nastawienie psychiczne i praktyki zdrowotne, a najmniej nasilone są praktyki żywieniowe. Osoby z wyższym wykształceniem, kobiety oraz osoby mieszkające w mieście prezentują wyższy poziom nasilenia zachowań zdrowotnych. Wiek badanych nie ma wpływu na przestrzeganie zachowań zdrowotnych. Status materialny ma istotny wpływ na zachowania profilaktyczne i pozytywne nastawienie psychiczne osób badanych. Osoby starające się przestrzegać zdrowego stylu życia, w tym także zasad prawidłowego żywienia, mają wyższy wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych.

Słowa kluczowe: zdrowie, zachowania zdrowotne, osoby starsze.

ABSTRACT

Introduction. Compliance with health behaviors significantly impacts the process of aging as it ensures maintaining autonomy in everyday functioning. Well-being is affected by a regulated lifestyle, a balanced diet as well as physical activity and proper sleep and Rest.
Aim. The objective of the study was to analyze health behaviors of older people in the Dębica county.
Material and methods. The studies were conducted among 140 residents of the Dębica county in the period from march to april 2016. In the conducted studies the method of a diagnostic survey was applied; an original questionnaire and the Inventory of Health Behaviors of Z. Juczyński were used as study tools. The Mann-Whitney's test and the Kruskal-Wallis test were used to verify differences between the variables. The significance level was assumed as $p < 0.05$. Calculations were conducted using the SPSS program.
Results. The study group consists of slightly more women (54.3%) than men (45.7%). The average level of intensity of health behaviors was 86.89 points; on its basis it could be stated that intensity of health behaviors among the study group was above average. 42.9% of the people from the study group tried to maintain a healthy lifestyle, while 12.9% declared that they failed to follow healthy lifestyle principles.
Conclusions. The studies indicated that preventive behaviors are most intense in older people, and then the following places are taken by positive mental attitude and health practices, Chile dietary practices are least intense. People with higher education, women and people living in the city indicate a higher level of intensity of health behaviors. The age of the study group does not impact following health behaviors. Material status has a significant impact on preventive behaviors and positive mental attitude of the study group. People trying to follow principles of a healthy lifestyle, including principles of proper diet, have a higher ratio of intensity of health behaviors.

Keywords: health, health behavior, elderly person.

Wstęp

Zdrowie jako pojęcie analizowane może być na wielu płaszczyznach naukowych, zazwyczaj dotyczy ono medycyny, psychologii, a także socjologii. Na każdej płaszczyźnie zdrowie uznawane jest za wartość indywidualną oraz społeczną. W obecnym czasie problem zdrowego stylu życia zyskał specjalne znaczenie, ponieważ to właśnie zachowania zdrowotne warunkują utrzymanie, a także wzmacnianie zdrowia zarówno indywidualnego, jak również całej populacji. Każdy okres życia, również późna dorosłość, umożliwia sprostanie wyznaczonym zadaniom rozwojowym, w przypadku ich niewypełnienia

wraz z wiekiem skutkuje to frustracją, jak również negatywnie zabarwia obraz starości [1, 2].

Styl życia i związane z nim zachowania zdrowotne należą do najważniejszych czynników, które warunkują zdrowie. W starości zdrowie głównie zależy od odpowiedniego odżywiania, profilaktyki schorzeń cywilizacyjnych, aktywności fizycznej oraz zdrowego środowiska naturalnego i umiejętności radzenia sobie w sytuacjach stresowych. Pomimo tego, że proces starzenia się jest nieuchronny można mieć wpływ na zachowanie sprawności psychofizycznej, a także niezależności. Konieczna jest także akceptacja zmian wynikających ze starzenia się oraz powiększających się ograniczeń. Należy zaakceptować naturalne i nieuchronne przemiany biologiczne, ale również starać się je w miarę możliwości opóźniać poprzez prawidłowy styl życia [3, 4].

Proces starzenia się jest nieuchronny i nieodwracalny, istotną rzeczą jest przestrzeganie zasad profilaktyki zdrowotnej i społecznej. Pomimo szerokiego dostępu do edukacji zdrowotnej, małej liczbie osób udaje się dożyć do sędziwego wieku, zazwyczaj wynika to z błędów popełnianych w młodości. Należy jednak pamiętać, iż nigdy nie jest za późno na dokonanie zmian w swoim codziennym życiu i poprawie jego jakości [5].

Wśród najważniejszych osób, które mają wpływ na przestrzeganie zdrowego stylu życia wśród osób starszych są przede wszystkim rodzina, najbliższe otoczenie oraz pracownicy ochrony zdrowia. Zdarza się, że seniorzy nie przestrzegają prozdrowotnych zachowań. Bierze się to stąd, iż mają złe nawyki z młodości, nie posiadają odpowiedniej wiedzy, brakuje im wzorców do naśladowania. Pracownicy służby zdrowia są uważani za najbardziej wiarygodne i kompetentne osoby, które promują zdrowie w społeczeństwie, dlatego istotne znaczenie w promocji zdrowia u osób starszych odgrywa rola pielęgniarki. Jej zadania powinny skupiać się zarówno na działaniach profilaktycznych, jak i edukacji zdrowotnej. Podczas edukacji pacjenta pielęgniarka powinna zwrócić uwagę na takie aspekty, jak zdrowie, aktywność fizyczna, racjonalne odżywianie, odpowiedni odpoczynek, prawidłowy sen oraz umiejętność radzenia sobie w sytuacjach stresowych [6, 7].

Celem pracy była analiza zachowań zdrowotnych osób starszych w powiecie dębickim.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród losowo wybranych mieszkańców powiatu dębickiego, w okresie dwóch miesięcy od marca do kwietnia 2016 r. Badaną populację stanowiły osoby, które wyraziły zgodę na badanie, a także byli zdolni do czytania, pisania i samodzielnego wypełnienia kwestionariusza. Rozdawano kwestionariusze ankiety, tłumacząc, w jaki sposób należy go wypełnić. Respondenci biorący udział w badaniach zostali poinformowani o anonimowości, celu badań, prawie do odmowy udziału w badaniu lub do wycofania zgody na udział w badaniu w dowolnym czasie, bez żadnych konsekwencji. Po wyrażeniu świadomej zgody samodzielnie wypełniali kwestionariusze ankiet. Wskaźnik zwrotności ankiet wyniósł 100%. Zasadnicze badania poprzedzono badaniem pilotażowym w grupie studentów II roku studiów stacjonarnych magisterskich w ilości kilku egzemplarzy.

W pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, narzędziem był autorski kwestionariusz ankiety oraz Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Z. Juczyńskiego.

Kwestionariusz ankiety zawierał 10 pytań, które obejmowały czynniki społeczno-demograficzne, stan zdrowia oraz styl życia.

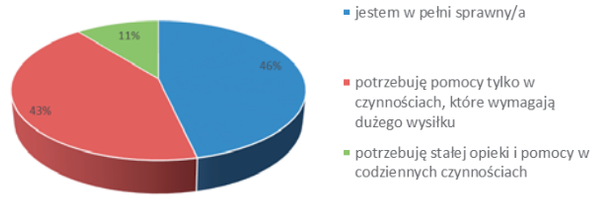
Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) zawiera 25 różnych stwierdzeń związanych ze zdrowiem. W metodzie tej bierze się pod uwagę wskazaną przez grupę badanych częstotliwość poszczególnych zachowań, następnie ustala się nasilenie zachowań pozytywnych dla zdrowia oraz stopień nasilenia czterech kategorii zachowań zdrowotnych. Do tych kategorii należą: prawidłowe nawyki żywieniowe, praktyki zdrowotne, zachowania profilaktyczne oraz pozytywne nastawienie psychiczne. Prawidłowe nawyki żywieniowe określają rodzaj zjadanej żywności, np.: owoce, warzywa, pełnoziarniste pieczywo. Praktyki zdrowotne obejmują nawyki dotyczące snu, rekreacji lub aktywności fizycznej. Zachowania profilaktyczne obejmują przestrzegania zaleceń zdrowotnych oraz uzyskiwania informacji na temat zdrowia i choroby. Natomiast pozytywne nastawienie psychiczne są to czynniki psychologiczne, pozwalające określić, jak badany unika zbyt silnych emocji, stresów, a także sytuacji wpływających przygnębiająco. W inwentarzu zachowań zdrowotnych osoba badana określa, jak często przestrzega zachowań związanych ze zdrowiem, dzięki pięciostopniowej skali. Następnie uzyskane wartości liczbowe zaznaczone przez badanych sumuje się dla uzyskania ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych. Wartość IZZ mieści się między 24 a 120 punktów. Im wynik jest wyższy, tym większe jest nasilenie deklarowanych zachowań zdrowotnych. Za wynik niski traktuje się wynik 1–4 stena, w granicach 5–6 jako przeciętny, jako wysoki wynik traktuje się 7–10 sten [8].

Weryfikacji różnic między zmiennymi dokonano testem Manna-Whitneya oraz testem Kruskala-Wallisa. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Obliczenia przeprowadzono programem SPSS.

Wyniki

W badaniu wzięło udział 140 osób w przedziale wiekowym od 65 do 82 lat. Średnia wieku badanych to 72,57 lat (SD = 5,14). Wiek badanych wahał się od 65 lat do 82 lat. W grupie wiekowej 65–70 lat znalazło się 42,1% osób. Od 71 do 75 lat miało 24,3% badanych, a 76–82 lata 33,6% osób. W badanej grupie znalazło się nieznacznie więcej kobiet (54,3%) niż mężczyzn (45,7%). Połowa badanych mieszkała na wsi, a połowa w mieście. Wykształcenie podstawowe posiadało 8,6% osób. Wykształceniem średnim wykazało się 35,0% badanych. Wykształcenie zawodowe miało 42,1% osób, a wykształcenie wyższe 14,3% badanych. Niemal połowa osób (49,3%) pozostawała w związku małżeńskim. Wdowy/wdowcy stanowili 31,4% osób, a osoby stanu wolnego 15,0% badanych. Nieliczne osoby (4,3%) były po rozwodzie. Większość osób (72,1%) mieszkała z najbliższą rodziną (mężem, żoną, dziećmi). Samotnie mieszkało 21,4% osób, a z dalszą rodziną 6,4% badanych. Bardzo dobry status materialny miało 14,3% osób. Dobry status materialny – 29,3% osób, a zadowalający – 47,9% badanych. Posiadanie złego statusu materialnego zadeklarowało 8,6% osób.

W pełni sprawnymi było 46% osób. Nieznacznej pomocy tylko w niektórych czynnościach, które wymagają dużego wysiłku, potrzebowało 43% osób. Stałej opieki i pomocy w codziennych czynnościach potrzebowało 11% badanych (**Rycina 1**).

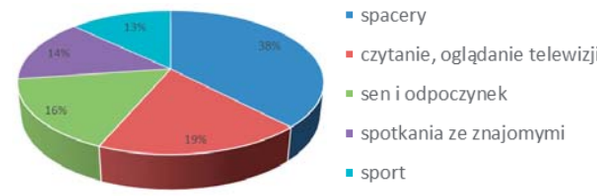


Rycina 1. Samoocena aktualnego stanu zdrowia badanych

Grupa 43% osób starała się przestrzegać zdrowego stylu życia. Nie przestrzegało zasad zdrowego stylu życia 13% badanych. Dla 22% osób zdrowy styl życia był obojętny. Tyle samo badanych wiedziało, na czym polega zdrowy styl życia (**Rycina 2**).

Rycina 2. Stosunek do zdrowego stylu życia

Wśród preferowanych form spędzania czasu wolnego badani najczęściej wymieniali spacery (38%). W mniejszym stopniu w czasie wolnym czytali lub oglądali telewizję (19%). Grupa 16% osób preferowała w czasie wolnym sen i odpoczynek. Spotkania ze znajomymi w czasie wolnym wybierało 14% osób, a sport 13% badanych (**Rycina 3**).



Rycina 3. Preferowane formy spędzania czasu wolnego

Średni poziom nasilenia zachowań zdrowotnych wyniósł 86,89 pkt. (SD = 12,32) na skali 24–120 pkt. Wyniki wahały się od 58 pkt. do 114 pkt. i był istotnie wyższy od wartości odpowiadające połowie skali, tj. 72 pkt. ($p < 0,0001$). Na tej podstawie można stwierdzić, że nasilenie zachowań zdrowotnych wśród badanych było powyżej poziomu przeciętnego.

W przypadku 4 kategorii zachowań zdrowotnych najlepsze wyniki (skala 1–5 pkt.) badani osiągnęli w przypadku zachowań profilaktycznych (3,91 pkt.). Nieznacznie niżej ocenione zostało pozytywne nastawienie psychiczne (3,70 pkt.). Średni poziom praktyk zdrowotnych wyniósł 3,49 pkt. (SD = 0,56), a prawidłowych nawyków żywieniowych 3,38 pkt. (SD = 0,69) (**Tabela 1**).

Tabela 1. Nasilenie zachowań zdrowotnych wśród badanych

	Nasilenie zachowań zdrowotnych	Prawidłowe nawyki żywieniowe	Zachowania profilaktyczne	Pozytywne nastawienia psychiczne	Praktyki zdrowotne
Średnia	86,89	3,38	3,91	3,70	3,49
SD	12,32	0,69	0,56	0,59	0,56
Minimum	58	1,67	1,67	2,67	2,17
Maksimum	114	4,83	5,00	4,83	4,83

Stwierdzono, że kobiety prezentowały istotnie wyższe nasilenie zachowań profilaktycznych (3,97) niż mężczyźni (3,85). Również wśród kobiet wyżej plasowały się praktyki zdrowotne (3,60) niż u mężczyzn (3,35). Nie stwierdzono, by płeć badanych istotnie wpływała na inne zachowania zdrowotne (**Tabela 2**).

Tabela 2. Nasilenie zachowań zdrowotnych a płeć badanych

Płeć		Nasilenie zachowań zdrowotnych	Prawidłowe nawyki żywieniowe	Zachowania profilaktyczne	Pozytywne nastawienia psychiczne	Praktyki zdrowotne
Kobieta	Średnia	88,32	3,46	3,97	3,70	3,60
	SD	11,74	0,67	0,61	0,54	0,46
Mężczyzna	Średnia	85,19	3,28	3,85	3,72	3,35
	SD	12,86	0,70	0,50	0,64	0,65
Ogółem	Średnia	86,89	3,38	3,91	3,70	3,49
	SD	12,32	0,69	0,56	0,59	0,56
p		0,1321	0,1262	0,0151	0,6891	0,0316

Nie stwierdzono, by wiek badanych istotnie wpływał na nasilenie zachowań zdrowotnych, zarówno w wyniku ogólnym, jak i poszczególnych kategoriach ($p > 0,05$).

Wyższy poziom nasilenia zachowań zdrowotnych mieli mieszkańcy miast (89,87 pkt.), a niższy mieszkańcy wsi (83,90 pkt.). Wynikało to z wyższych wyników związanych z praktykami zdrowotnymi wśród mieszkańców miast (3,69) niż wśród mieszkańców wsi (3,28). W mniejszym, ale istotnych stopniu różnice te dotyczyły również zachowań profilaktycznych, które wyższe były u mieszkańców miast (4,02) niż u mieszkańców wsi (3,80). Nieznaczne różnice sugerowały również wyższe prawidłowe nawyki żywieniowe u mieszkańców miast, niż u mieszkańców wsi (**Tabela 3**).

Tabela 3. Nasilenie zachowań zdrowotnych a miejsce zamieszkania badanych

Miejsce zamieszkania		Nasilenie zachowań zdrowotnych	Prawidłowe nawyki żywieniowe	Zachowania profilaktyczne	Pozytywne nastawienia psychiczne	Praktyki zdrowotne
Miasto	Średnia	89,87	3,47	4,02	3,79	3,69
	SD	10,15	0,68	0,42	0,49	0,45
Wieś	Średnia	83,90	3,28	3,80	3,62	3,28
	SD	13,59	0,69	0,66	0,66	0,59
Ogółem	Średnia	86,89	3,38	3,91	3,70	3,49
	SD	12,32	0,69	0,56	0,59	0,56
p		0,0104	0,0758	0,0493	0,1027	0,0001

Stwierdzono, że nasilenie zachowań zdrowotnych wzrastało istotnie wraz z poziomem wykształcenia badanych. Najwyższe nasilenie zachowań zdrowotnych miały osoby z wykształceniem wyższym (91,95 pkt.). Niższe nasilenie zachowań zdrowotnych stwierdzono u osób z wykształceniem średnim (88,49 pkt.). Jeszcze niższe (85,53 pkt.) nasilenie zachowań zdrowotnych miały osoby z wykształceniem zawodowym, a najniższe badani z wykształceniem podstawowym (78,58 pkt.). Relacja ta przekładała się istotnie na zachowania profilaktyczne i praktyki zdrowotne – wraz z poziomem wykształcenia badanych wzrastały te zachowania zdrowotne. Na granicy poziomu istotności była relacja w przypadku pozytywnego nastawienia psychicznego, gdzie najwyższe wyniki miały osoby z wykształceniem wyższym (3,85), a najniższe osoby z wykształceniem podstawowym (3,24) (**Tabela 4**).

Tabela 4. Nasilenie zachowań zdrowotnych a wykształcenie badanych

Wykształcenie		Nasilenie zachowań zdrowotnych	Prawidłowe nawyki żywieniowe	Zachowania profilaktyczne	Pozytywne nastawienia psychiczne	Praktyki zdrowotne
Podstawowe	Średnia	78,58	3,11	3,64	3,24	3,11
	SD	14,49	0,71	0,53	0,86	0,51
Średnie	Średnia	88,49	3,44	3,93	3,71	3,67
	SD	12,17	0,73	0,70	0,45	0,47
Zawodowe	Średnia	85,53	3,31	3,90	3,75	3,30
	SD	11,57	0,60	0,46	0,62	0,54
Wyższe	Średnia	91,95	3,57	4,09	3,85	3,82
	SD	11,10	0,79	0,40	0,46	0,56
Ogółem	Średnia	86,89	3,38	3,91	3,70	3,49
	SD	12,32	0,69	0,56	0,59	0,56
P		0,0191	0,1138	0,0353	0,0556	<0,0001

Nie stwierdzono, by nasilenie zachowań zdrowotnych zależało istotnie od stanu cywilnego badanych ($p > 0,05$).

Badania własne wykazały, że niższe nasilenie pozytywnego nastawienia psychicznego miały osoby mieszkające samotnie (3,43 pkt.). Wyższe wyniki w tej kategorii uzyskały osoby mieszkające z najbliższą rodziną (3,78 pkt.) lub z dalszą rodziną (3,74 pkt.) ($p < 0,0109$). Nie stwierdzono, by sposób mieszkania różnicował istotnie inne kategorie zachowań zdrowotnych oraz ogólne nasilenie zachowań zdrowotnych.

Nieznaczne różnice wskazywały, że osoby z zadowalającym statusem materialnym (4,04 pkt.) miały wyższe wyniki związane z zachowaniami profilaktycznymi niż inni badani ($p < 0,0447$). Niewielkie różnice sugerowały również, że wraz ze spadkiem statusu materialnego zmniejszało się pozytywne nastawienie psychiczne badanych. Nie stwierdzono, by status materialny istotnie wpływał na inne zachowania zdrowotne.

Zachowania zdrowotne badanych zależały istotnie od stosunku do zdrowego stylu życia. Osoby starające się przestrzegać zdrowotnego stylu życia miały istotnie wyższy ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych (96,03 pkt.), oraz wyniki w poszczególnych kategoriach, w porównaniu do pozostałych osób. Niżej w kolejności zachowań zdrowotnych uplasowały się osoby, które miały obojętny stosunek do zdrowego stylu życia lub wiedziały, na czym on polega. Najniższe wyniki osiągnęły osoby, które nie przestrzegały zasad zdrowego stylu życia (**Tabela 5**).

Tabela 5. Nasilenie zachowań zdrowotnych a stosunek do zdrowego stylu życia

Stosunek do zdrowego stylu życia		Nasilenie zachowań zdrowotnych	Prawidłowe nawyki żywieniowe	Zachowania profilaktyczne	Pozytywne nastawienia psychiczne	Praktyki zdrowotne
staram się przestrzegać zdrowego stylu życia	Średnia	96,03	3,92	4,29	3,96	3,84
	SD	8,41	0,39	0,35	0,54	0,34
nie przestrzegam zasad zdrowego stylu życia	Średnia	72,11	2,48	3,21	3,19	3,13
	SD	5,59	0,50	0,69	0,30	0,44
stosunek do zdrowego stylu życia jest mi obojętny	Średnia	84,42	3,27	3,87	3,63	3,30
	SD	7,27	0,48	0,29	0,39	0,57
wiem na czym polega zdrowy styl życia	Średnia	80,23	2,95	3,65	3,58	3,20
	SD	11,95	0,49	0,46	0,71	0,61
Ogółem	Średnia	86,89	3,38	3,91	3,70	3,49
	SD	12,32	0,69	0,56	0,59	0,56
P		<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001

Badania własne wykazały, że osoby preferujące w wolnym czasie czytanie lub oglądanie telewizji (3,69 pkt.) miały istotnie niższe nasilenie prawidłowych nawyków żywieniowych niż pozostali badani ($p < 0,0201$). Nieznaczne różnice sugerowały wyższe nasilenia zachowań profilaktycznych oraz pozytywnego nastawienia psychicznego u osób, które preferowały sport lub spacery.

Dyskusja

Zdrowie każdego człowieka zależy w dużej mierze od indywidualnych zachowań zdrowotnych człowieka, które pozwalają go utrzymywać, przywracać, a także potęgować. Zachowania zdrowotne definiowane są jako wszystkie czynności, które zmierzają do utrzymywania zdrowia lub do jego powrotu. Problem jakości i stylu życia osób starszych w ostatnich latach jest przedmiotem zainteresowania społecznego. Funkcjonowanie osób, które przekroczyły 60 rok życia niejednokrotnie staje się tematem wielu analiz badawczych, ponieważ w wyniku procesów demograficznych średnia długość życia ulega wydłużeniu i rośnie liczba osób w wieku starszym [3].

Przeprowadzone badania miały na celu analizę zachowań zdrowotnych osób starszych w powiecie dębickim. W badaniu wzięło udział 140 mieszkańców powiatu dębickiego w przedziale wiekowym od 65 do 85 lat.

Badania własne wykazały, że nasilenie zachowań zdrowotnych wśród badanych osób było powyżej poziomu przeciętnego. Średni poziom nasilenia zachowań zdrowotnych wyniósł 86,89 pkt. Wśród czterech kategorii zachowań zdrowotnych na najwyższej pozycji znalazły się zachowania profilaktyczne (3,91 pkt.), nieznacznie niżej ocenione zostało pozytywne nastawienie psychiczne (3,70 pkt.). Następnie znalazły się praktyki zdrowotne, które stanowiły 3,94 pkt. oraz prawidłowe nawyki żywieniowe (3,38 pkt.). Nieco inne wyniki uzyskali w swoich badaniach Kupcewicz i wsp. Według nich najwyższy wskaźnik zachowań zdrowotnych zaobserwowano w kategorii pozytywnej postawy psychicznej (3,61 ± 0,79), kolejno znajdowały się właściwe nawyki żywieniowe (3,24 ± 1,03), zachowania profilaktyczne (3,23 ± 1,12) i praktyki zdrowotne (3,22 ± 1,02) [9]. Badania przeprowadzone pośród studentów Uniwersytetu III wieku przy PWSZ im. Jana Grodka w Sanoku, których celem również była analiza zachowań zdrowotnych osób starszych, wykazały wysoki średni wynik zachowań zdrowotnych. Wynosił on 88,39 pkt. Z badań przeprowadzonych przez Smoleń, Gazdowic, Żyłka-Reut wynika, iż osoby starsze to grupa, która cechuje się wysokim poziomem zachowań zdrowotnych w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych oraz zachowań profilaktycznych, jak również praktyk zdrowotnych i pozytywnego nastawienia psychicznego [10]. Również w badaniach przeprowadzonych przez Muszalik i Zielińską-Więczkowską wykazano dość wysoki poziom zachowań zdrowotnych wśród osób starszych, u autorów wynosił on 83,2 pkt. Prawidłowe zachowania zdrowotne wpływają na postawę wobec zdrowia, którą można nabyć w ciągu całego życia. Z analizowanych badań wynika, że najwyższe wyniki uzyskano w kategorii zachowań profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego, a także praktyk zdrowotnych, a najniższe dotyczyły prawidłowych praktyk żywieniowych. W tym przypadku pokrywają się one z badaniami własnym [11]. Badania przeprowadzone przez Kozieł i wsp. wskazały, że ludzie starsi, aktywni intelektualnie prezentowali ogólnie wyższy wskaźnik zachowań prozdrowotnych, mieli lepsze nawyki żywieniowe, częściej podejmowali zachowania profilaktyczne i praktyki służące zdrowiu, wykazywali bardziej pozytywne nastawienie psychiczne w porównaniu z ich rówieśnikami z grupy kontrolnej [12]. Badania Tańskiej i wsp. wykazują, że zdecydowana większość – 94.4% słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Słupsku zadeklarowała, iż dba o swoją dietę [13].

W badaniach własnych wykazano, że kobiety prezentowały wyższe nasilenie zachowań profilaktycznych (3,97 pkt.) i praktyk zdrowotnych (3,60) niż mężczyźni. Nie stwierdzono związku pomiędzy płcią badanych, a innymi zachowaniami zdrowotnymi. Wyższy poziom nasilenia zachowań zdrowotnych zaobserwowano u mieszkańców miast, stanowili oni 87,89 pkt. Nie wykazano natomiast

związku pomiędzy wiekiem, a poziomem nasilenia zachowań zdrowotnych. Biorąc pod uwagę analizę zachowań zdrowotnych osób w wieku senioralnym Zadwornej -Cieślak i Ogińskiej-Bulik można stwierdzić, że seniorzy prezentują wyższy niż przeciętny poziom podejmowanych zachowań zdrowotnych. Jak wynika zarówno z badań własnych, jak i tych prezentowanych przez autorki, płeć jest związana z nasileniem zachowań zdrowotnych, gdyż to właśnie kobiety prezentują wyższe wyniki zarówno w kategorii zachowań profilaktycznych, nawyków żywieniowych, jak i praktyk zdrowotnych. Wykazano również, że wiek nie ma istotnego wpływu na przestrzeganie zachowań zdrowotnych [3].

Stwierdzono jednocześnie, że wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia wśród badanej grupy wzrastał poziom nasilenia zachowań zdrowotnych, najwyższy poziom zachowań zdrowotnych miały osoby z wykształceniem wyższym (91,95 pkt.), natomiast najniższy badani z wykształceniem podstawowym (78,58 pkt.). W analizie Smoleń, Gazdowicz, Żyłka-Reut wyodrębniono wykształcenie jako wyznacznik pozycji społecznej, który odzwierciedla poziom wiedzy, w tym wiedzy medycznej. Istnieje zależność między poziomem wykształcenia, a lepszym stanem zdrowia i większą sprawnością. Wśród badanych 46% posiadało średnie wykształcenie, 25% wyższe, było to wyznacznikiem aktywności, a zarazem chęci poszerzania swojej wiedzy po przez udział w zajęciach UTW [10]. Sygit-Kowalkowska w swoich badaniach analizowała związek pomiędzy poszczególnymi kategoriami zachowań zdrowotnych osób w wieku starszym, a zmiennymi społeczno-demograficznymi. Pod uwagę wzięto m.in. wiek, płeć, wykształcenie oraz przynależność do środowiska Uniwersytetu Trzeciego Wieku lub środowiska pomocy społecznej. W badaniu wzięło udział 199 osób po 60 roku życia, którzy mieszkali w Bydgoszczy i Toruniu. Jak wykazały badania, tylko wykształcenie badanych osób wpływa na wskaźnik zachowań zdrowotnych, m.in. pozytywne nastawienie psychiczne pozostaje w istotnym związku w wykształceniem; wraz z podnoszeniem się wyniku wykształcenia rośnie poziom nasilenia zachowań zdrowotnych [14]. W analizie Muszalik, Zielińskiej-Więczkowskiej także stwierdzono wpływ wykształcenia na praktyki zdrowotne, gdyż u osób z wyższym wykształceniem zanotowano istotnie wyższy poziom praktyk zdrowotnych [11].

Z badań własnych wynika, że pozytywne nastawienie psychiczne najniżej oceniane było u osób mieszkających samotnie (3,43 pkt.), wyższe wyniki w tej kategorii prezentowały osoby mieszkające z najbliższa rodziną (3,78 pkt.), a także z dalszą rodziną (3,74 pkt). Nie wykazano, aby sposób mieszkania badanych wpływał istotnie na inne kategorie zachowań zdrowotnych. Według autorów do wytycznych pozytywnego nastawienia psychicznego zaliczano m.in. poważne traktowanie wskazówek osób, które są zaniepokojone stanem zdrowia, unikanie sytuacji wypływających przygnębiająco, a także unikanie silnych emocji i napięć oraz uregulowane życie rodzinne. Badana grupa deklarowała znacznie podwyższone wartości dotyczące zarówno uregulowane życia rodzinnego (4,10 pkt.), jak i unikania silnych emocji i napięć (3,42 pkt.) [10].

Podsumowując można stwierdzić, że osoby starsze należą do grupy osób, której styl życia i wskaźnik podejmowanych zachowań zdrowotnych powinny służyć jako wzór dla innych społeczności. Cechują się oni nie tylko bogatym doświadczeniem życiowym, ale także prozdrowotnym nastawieniem, które służy utrzymywaniu i umacnianiu zdrowia.

Wnioski

1. Najbardziej nasilone u osób starszych są zachowania profilaktyczne, następnie pozytywne nastawienie psychiczne i praktyki zdrowotne, a najmniej praktyki żywieniowe.
2. Osoby z wyższym wykształceniem, kobiety oraz osoby mieszkające w mieście prezentują wyższy poziom nasilenia zachowań zdrowotnych niż osoby z wykształceniem podstawowym.
3. Wiek badanych nie ma wpływu na przestrzeganie zachowań zdrowotnych.
4. Status materialny ma istotny wpływ na zachowania profilaktyczne i pozytywne nastawienie psychiczne osób badanych.
5. Osoby starające się przestrzegać zdrowego stylu życia, w tym także zasad prawidłowego żywienia mają wyższy wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Zielińska-Więczkowska H, Kędziora-Kornatowska K, Kornatowski T. Starość jako wyzwanie. Gerontologia Polska 2008; 16(3), 131–136.
2. Młynarska M, Rudnicka-Drożak E. Pojęcie zdrowia w opinii osób powyżej 65 roku życia. Gerontologia Polska 2015; 1: 11–18.
3. Bulik N, Cieślak M. Zachowania zdrowotne osób w wieku senioralnym – rola optymizmu. Psychogeriatria Polska 2013, 10(4): 145–156.
4. Muszalik M, Kędziora-Kornatowska K. The analysis healthy behavior among elderly people in Juczyński's Inventory of

Healthy Behavior. Advences In Medical Sciences 2007; 52(1), 105–107.
5. Janiszewska M, Kulik T, Żołnierczuk-Kieliszek D. Wartościowanie zdrowia wśród osób starszych na przykładzie studentów uniwersytetu trzeciego wieku. Pielęgniarstwo Polskie 2016; 1(59), 49–55.
6. Andruszkiewicz A, Banaszkiewicz M. Zachowania zdrowotne, [w:] Promocja zdrowia dla studentów studiów licencjackich pielęgniarstwa i położnictwa; tom 1, wyd. Czelej, Lublin 2008: 70–82.
7. Żołnierczuk-Kieliszek D. Zachowania zdrowotne i ich związek ze zdrowiem, [w:] Zdrowie Publiczne. Podręcznik dla studentów i absolwentów wydziałów pielęgniarstwa i nauk o zdrowiu akademii medycznych; wyd. Czelej, Lublin 2002: 75–114.
8. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia, wyd. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001: 117–122.
9. Kupcewicz E, Gontarz A, Wilk B, Kuśmierczyk M. Evaluation of health behaviours of individuals aged over 60 years. Hygeia Public Health 2016, 51(2): 202–208.
10. Smoleń E, Gazdowicz L, Żyłka-Reut A. Zachowania zdrowotne osób starszych. Pielęgniarstwo XXI wieku 2011, 3(36): 5–9.
11. Muszalik M, Zielińska-Więczkowska H. 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(3): 509–513.
12. Kozieł D, Kaczmarczyk M, Naszydłowska E, Gałuszka R. Wpływ kształcenia w uniwersytecie trzeciego wieku na zachowania zdrowotne ludzi starszych. Studia Medyczne 2008; 12: 23–28.
13. Tańska M, Babicz-Zielińska E, Przysławski J. Postawy osób starszych wobec zdrowia i żywności o działaniu prozdrowotnym. Probl Hig Epidemiol 2013, 94(4): 915–918.
14. Sygit-Kowalkowska E. Zachowania zdrowotne osób w okresie późnej dorosłości – socjodemograficzne korelaty i różnice między środowiskami społecznymi. Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie 2013; 59(1), 103–113.

Zaakceptowano do edycji: 20.08.19
Zaakceptowano do publikacji: 26.09.19

Adres do korespondencji:
Aneta Grochowska
PWSZ w Tarnowie
ul. Mickiewicza 8
33-100 Tarnów
tel. 14 6310751
e-mail: grochowskaaneta@o2.pl

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

CC BY NC SA

PRACA ORYGINALNA

KONTAKT Z DZIECKIEM PRZED URODZENIEM

PARENTS – INFANT ATTACHMENT BEFORE CHILDBIRTH

Teresa Barbara Slosorz

Wydział Nauk o Zdrowiu, Wyższa Szkoła Inżynierii i Zdrowia w Warszawie

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2019.24

STRESZCZENIE

Streszczenie. Przebieg ciąży jest monitorowany badaniem ultrasonograficznym (USG), które umożliwia „ogląd płodu" w łonie matki. Dla rodziców zobrazowanie wyglądu dziecka w tej formie wiąże się z potwierdzeniem ciąży i z poczuciem jego dobrostanu. Oczywisty jest również fakt, że po zaakceptowaniu nowej sytuacji w głowach rodziców pojawią się myśli dotyczące wyglądu ich dziecka. Kłębią się pytania typu: do kogo będzie podobne, jaki będzie miało kolor włosów, oczu itd.
Cel pracy. Uzyskanie odpowiedzi na pytanie: Czy rodzice nawiązują kontakt z dzieckiem w życiu prenatalnym i projektują jego wizualizację?
Materiał i metody. Badania przeprowadzono na terenie województwa wielkopolskiego wśród losowo wybranych 80 osób (40 kobiet i tyle samo mężczyzn) uczestników szkół rodzenia. Kontakt z dzieckiem przed urodzeniem oceniono metodą sondażu diagnostycznego przy użyciu kwestionariusza ankiety własnego autorstwa.
Wyniki. Z przeprowadzonej analizy wynika, że zarówno osoby oczekujące pierwszego dziecka, jak i te, które posiadają już potomstwo, nawiązują kontakt z dzieckiem nienarodzonym i w mniejszym lub większym stopniu projektują jego wygląd; nierzadko utożsamiając podobieństwa do któregoś z członków rodziny.
Wnioski. Badania ankietowe dowodzą, że dla rodziców ważne są kolejne badania USG, ponieważ obraz pojawiający się na monitorze umożliwia wyobrażenie realnej postaci dziecka, co z kolei potwierdza fakt, że wizualizacja nienarodzonego dziecka ma pozytywny wpływ na uczucia i emocje rodziców związane z oczekiwaniem na jego przyjęcie.

Słowa kluczowe: kontakt rodzic–dziecko, więź emocjonalna, ciąża, wizualizacja.

ABSTRACT

Introduction. The present study shows that ultrasonography is not only a great tool for the infant condition to monitor, but plays a huge role as a confirmation of having child for parents. As soon as they accept new situation, they start to imagine how the child looks like to who's face is similar to, what colour of eyes or hear is having etc. Basically from that moment it starts exceptional attachment between them.
Aim. The aim of the study was to know if parents make a relationship with their child during pregnancy and do they develop picture of her or him?
Material and methods. The research tool was the self-designed interview questionnaire. The study group comprised of 80 randomly chosen participants who are 40 women and 40 men in wielkopolska region attending pregnancy classes.
Conclusions. Obtained results indicate that is no difference between parents expecting their first or next child. They all consider ultrasonography as important for them to create image of new descendant. Very often they are developing emotional bond during pregnancy based on that and looking for similar to them appearance features. In fact that generates positive emotion and welcoming environment for expecting child.

Keywords: attachment, parent-child relationship, emotional bond, pregnancy, visualisation.

Wstęp

Na przestrzeni dziejów kontakt z dzieckiem przed urodzeniem budził szereg kontrowersji. W dawnych czasach okres ciąży zwany „stanem błogosławionym" zabraniał wręcz nadmiernego interesowania się tym, co dzieje się z ciałem i w ciele kobiety. Przyjmowano ten stan za pewnego rodzaju „niewiadomą", a wszelki kontakt z dzieckiem pozostawiano na czas po narodzinach. Tym bardziej nie sprzyjało to myśleniu w kategoriach nawiązywania kontaktu, poprzez wyobrażanie „kogoś", kto wzrasta w łonie matki.

Krągłości kobiece zawoalowane ubiorem, maskowały nową sytuację często do samego rozwiązania. Jeszcze do niedawna większość kobiet nie wiedziała, kogo (w znaczeniu płci) nosi pod swoim sercem. Powstrzymywało to przyszłe mamy przed identyfikacją z konkretnym dzieckiem w znaczeniu: syn, córka. Tylko dla bardziej 'doświadczonych kobiet' o płci dziecka mógł świadczyć: „kształt brzucha" lub inne detale w stylu, że: „córka odbiera urodę matce" lub że: „w ciąży należy jeść za dwoje".

Obecnie nie ma chyba kobiety, która po pierwszych badaniach prenatalnych, najdalej do połowy ciąży, nie wiedziałaby, kto wzrasta w jej łonie. Mając wiedzę na temat płci, łatwiej jest lokalizować i wizualizować uczucia oraz emocje związane z potomkiem.

Z chwilą powstania pierwszych szkół rodzenia doceniona została także rola taty dziecka. Wcześniej głównie był zaangażowany w sprawy formalno-urzędowe. Obecność przy narodzinach (własnego dziecka) wykraczała poza wszelkie normy obyczajowe i była wręcz niemożliwa. A przecież dziecko od chwili poczęcia ma rodziców!

Okres ciąży powoduje nie tylko zmiany w ciele i psychice każdej mamy, ale istotny wpływ mają także prawidłowe relacje z ojcem dziecka i pozostałymi członkami rodziny. Sytuacja emocjonalna ciężarnej jest niezwykle ważna dla niej i dla jej nienarodzonego dziecka. W wielu opracowaniach na podstawie badań stwierdzono, że u kobiet ujawniających negatywne emocje (lęk i smutek) częściej pojawiały się dolegliwości (nudności, wymioty), powikłania ciąży i niepowodzenia położnicze oraz wady rozwojowe u noworodków [1].

Zatem, aby dziecko mogło prawidłowo się rozwijać i czuć bezpiecznie, przyszła mama powinna zachowywać spokój własny i mieć wsparcie od osób z najbliższego otoczenia.

W stanie dobrego samopoczucia we krwi kobiety zaczynają krążyć endorfiny – grupa hormonów peptydowych, które pozytywnie wpływają zarówno na organizm jej i dziecka [7].

Pierwszy kontakt z nienarodzonym dzieckiem rodzice mogą nawiązywać jeszcze przed jego pierwszymi ruchami wyczuwalnymi przez matkę [5]. Początkowo mogą to być chwile relaksu spędzone razem w poczuciu jedności obojga rodziców. Z czasem wraz z rozwojem dziecka, kontakt może przybierać coraz bogatsze formy np. rozmowa werbalna „do brzucha" lub porozumiewanie się z dzieckiem w myślach [6].

Rozmowę z dzieckiem można prowadzić w każdych warunkach, wykorzystując wolne chwile w ciągu dnia. O czym rozmawiać? O wszystkim, co nas dotyczy o: wydarzeniach w danej chwili, samopoczuciu, planach dotyczących dziecka [4]. Podobny kontakt z dzieckiem powinien nawiązać także tata.

W szkołach rodzenia stosuje się formę nazywaną niekiedy relaksem połączonym ze „sterowaną" fantazją na temat spotkania z dzieckiem. Jedną z form jest malowanie przez ojca lub osobę towarzysząca na brzuchu matki – wizerunku dziecka [2].

Jednak niezależnie od miejsca i czasu oczekiwania na narodziny dziecka sprawą najważniejszą jest nawiązanie dobrego kontaktu rodziców i członków rodziny z potomkiem.

Cel badań

Głównym celem pracy było uzyskanie odpowiedzi na pytanie: Czy rodzice nawiązują kontakt z dzieckiem w życiu prenatalnym i projektują jego wizualizację przed urodzeniem? W tym celu postawiono kilka hipotez:

1. Rodzice nawiązujący wczesny kontakt z dzieckiem łatwiej akceptują ciążę.
2. Wizualizacja nienarodzonego dziecka ma pozytywny wpływ na jego przyjęcie.
3. Myśli rodziców o dziecku budzą duże emocje i wpływają na ich uczucia.

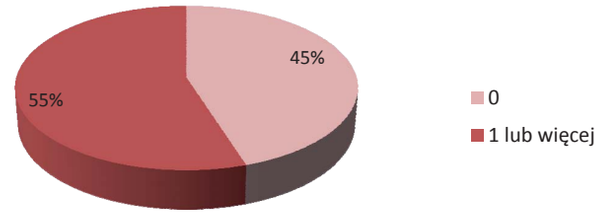
Hipotezy poddane weryfikacji za pomocą zebranego materiału badawczego stanowią istotną część pracy.

Materiał i metody

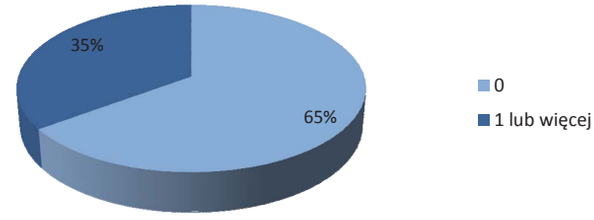
Do realizacji celu pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego wykorzystując opracowane narzędzie badawcze w postaci kwestionariusza ankiety, składającego się z 10 pytań (6 zamkniętych i 4 otwartych – opisowych). Pytania w kwestionariuszu sformułowano tak, aby po przeprowadzeniu analizy uzyskać odpowiedź na postawiony problem badawczy. Ankiety w ilości 100 egzemplarzy zostały rozprowadzone wśród losowo wybranych osób na terenie północnej części województwa wielkopolskiego w terminie od 20 maja – 20 czerwca 2018 r. Respondentami byli uczestnicy szkół rodzenia oczekujący narodzin pierwszego dziecka oraz osoby posiadające już dziecko/dzieci. Ostatecznie w badaniu wzięło udział 80 osób w równym podziale liczbowym: 40 kobiet i 40 mężczyzn.

Wyniki badań

W badanej grupie osób oczekujących na narodziny dziecka 18 (tj. 45%) kobiet i 26 (tj. 65%) mężczyzn zadeklarowało, że nie posiada jeszcze potomstwa (**Ryciny 1** i **2**).

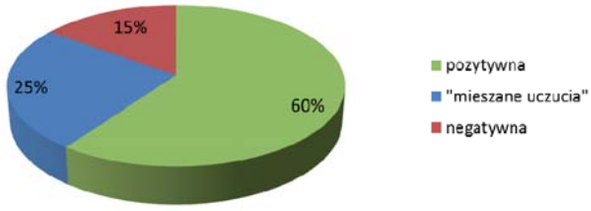


Rycina 1. Ankietowane kobiety – liczba dzieci



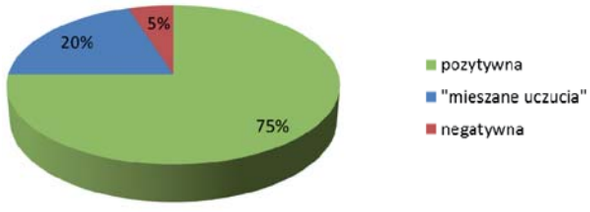
Rycina 2. Ankietowani mężczyźni – liczba dzieci

Przystępując do analizy udzielonych odpowiedzi w kwestii reakcji na wiadomość o ciąży, stwierdzono, że w przypadku 24 (tj. 60%) ankietowanych kobiet była pozytywna. U co czwartej respondentki 10 (tj. 25%) wywołała tzw. „mieszane uczucia", natomiast dla blisko co siódmej (6 tj.15%) była zaskoczeniem i wzbudziła negatywne emocje (**Rycina 3**).



Rycina 3. Reakcja kobiet na wiadomość o ciąży

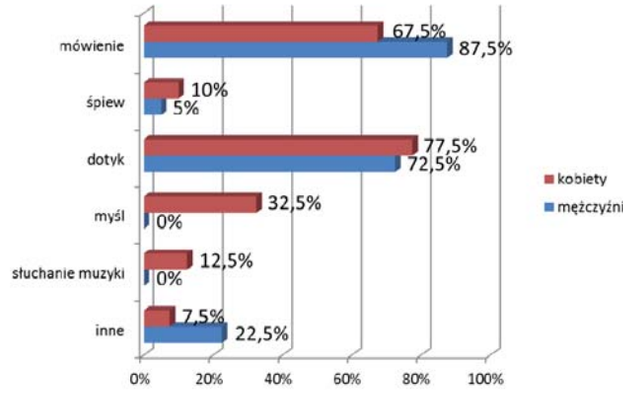
W przypadku mężczyzn na wieść o ojcostwie pozytywnie zareagowało 30 (tj. 75%) ankietowanych. Zaledwie dwóch (tj. 5%) wyraziło negatywne odczucia, a co piąty mężczyzna (8 tj.20%) określił swoją reakcję w kategorii „mieszane uczucia" (**Rycina 4**).



Rycina 4. Reakcja mężczyzn na wiadomość o ciąży

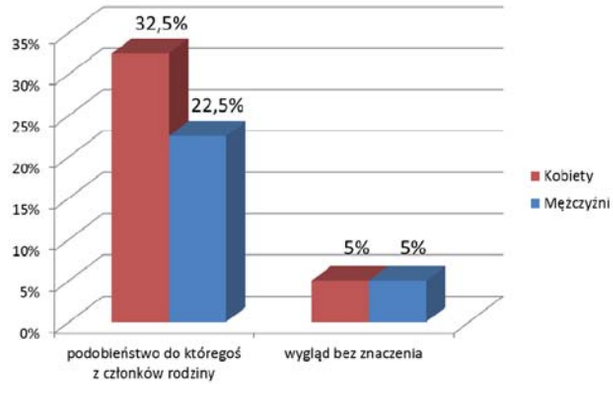
W kolejnym pytaniu poproszono o wskazanie sposobu nawiązania kontaktu z dzieckiem. Porównując odpowiedzi kobiet i mężczyzn, stwierdzono wyraźną różnicę. Ojcowie chętniej nawiązywali kontakt z nienarodzonym dzieckiem po wykonaniu USG lub z chwilą, gdy brzuch kobiety zaczął nabierać okrągłego kształtu – najpóźniej do połowy czasu trwania ciąży. Kobiety natomiast znacznie wcześniej, nierzadko tuż po potwierdzeniu ciąży testem ciążowym, najpóźniej do czasu wystąpienia pierwszych ruchów płodu.

Z racji możliwości udzielenia więcej niż jednej odpowiedzi (**Rycina 5**) ankietowani mogli wskazać kilka sposobów nawiązywania kontaktu z dzieckiem przed urodzeniem. Najczęściej powtarzającą się formą kontaktu było mówienie. Odpowiedzi takiej udzieliło 35 (tj. 87,5%) mężczyzn i 27 (tj. 67,5?%) kobiet oraz dotyk – tu wynik był zbliżony 31 (tj. 77,5%) kobiet i 29 (tj. 72,5%) mężczyzn. Żaden z badanych mężczyzn nie próbował nawiązać kontaktu z dzieckiem poprzez słuchanie muzyki i przekazywanie myśli. Tutaj przewagą wykazały się kobiety – co ósma potwierdziła słuchanie muzyki (5 tj.12,5%), a co trzecia (13 tj. 32,5%) projektowanie myśli pod adresem dziecka.



Rycina 5. Sposoby nawiązywania kontaktu z dzieckiem

W następnym pytaniu poproszono ankietowane osoby o wyrażenie wyobrażeń na temat nienarodzonego dziecka. Prawie co siódmy mężczyzna (6 tj.15%) i tylko dwie kobiety (2 tj. 5%) deklarowali, że w ogóle nie wyobrażają sobie życia prenatalnego ich dziecka. Podobnie dla 5% zarówno kobiet i mężczyzn wygląd dziecka nie miał znaczenia. Częściej natomiast zastanawiali się nad podobieństwem do członków rodziny (rodziców, dziadków z obu stron) i jak wynika z badań miało to nieco większe znaczenie dla kobiet (13 tj. 32,5%) niż dla mężczyzn (9 tj. 22,5%) (**Rycina 6**).

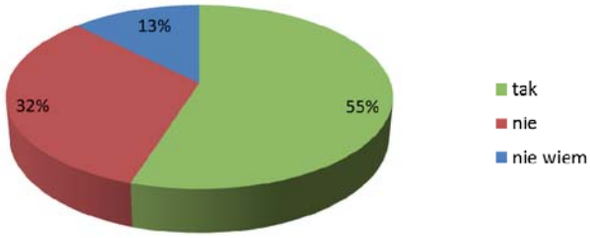


Rycina 6. Wyobrażenia rodziców na temat wyglądu dziecka w życiu prenatalnym

Kolejne dwa pytania związane były z projekcją wizualizacji dziecka. **Rycinom 7** i **8** przypisana została kategoria odpowiedzi „nie wiem". Oznacza ona brak pewności badanej osoby, czy przeprowadzała wizualizację dziecka,

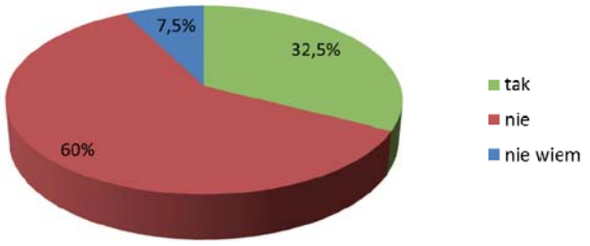
ponieważ część ankietowanych za wizualizację uważała obejrzenie obrazu dziecka podczas badania USG.

Jednak, jak wynika z **ryciny 7**, ponad połowa badanych kobiet (22 tj. 55%) przyznała, że stosuje tę technikę kontaktu z dzieckiem.

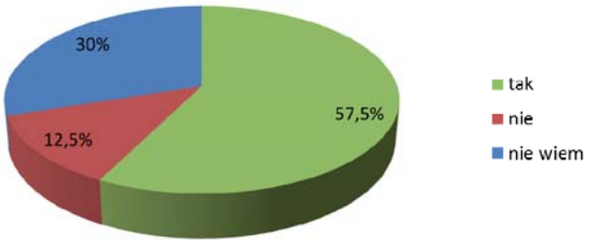


Rycina 7. Projekcja wizualizacji dziecka – wskazania kobiet

Natomiast z **ryciny 8** wynika, że ojcowie rzadziej sięgali po tę formę kontaktu z dzieckiem nienarodzonym. Przeprowadzanie wizualizacji zadeklarowało 13 (tj. 32,5%) mężczyzn.

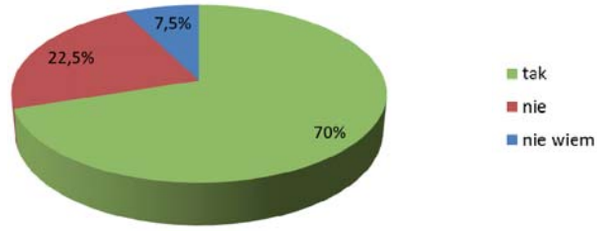


Rycina 8. Projekcja wizualizacji dziecka – wskazania mężczyzn



Rycina 9. Czy wizualizacja pomaga Pani w akceptacji ciąży i przyjęciu dziecka

Ostatnie pytanie kierowane do rodziców dotyczyło znaczenia wizualizacji dziecka w zaakceptowaniu ciąży i jego przyjęciu. Wśród odpowiedzi niezależnie od płci, przeważały odpowiedzi potwierdzające ten stan rzeczy, co obrazują **ryciny 9** i **10**.



Rycina 10. Czy wizualizacja pomaga Panu w akceptacji ciąży żony i przyjęciu dziecka

Omówienie wyników badań

Wizualizacja to krok w nawiązywaniu więzi między dzieckiem a rodzicami. Wykorzystywana jest jako jedna z metod kontaktu z dzieckiem. Samo pojęcie jednak ma szersze znaczenie – „techniki relaksacji i wizualizacji umożliwiają wykorzystanie i uświadomienie sobie treści zawartych w podświadomości" [9]. Codzienne sięganie po tę technikę w połączeniu z relaksem ma korzystny wpływa na procesy fizjologiczne dla mamy i dziecka. Wizualizację należy stosować przez kilkanaście minut każdego dnia w wygodnej pozycji i atmosferze spokoju.

Pomimo że ankietowani udzielili odpowiedzi na temat wyobrażeń dotyczących wyglądu dziecka, w większości nie zinterpretowali tych treści pod pojęciem „wizualizacja". Określenie to częściej utożsamiali z obrazem na monitorze podczas badania USG.

Natomiast wyobrażenie na temat wyglądu dziecka opisywali jako podobieństwa do kogoś z rodziny, dodatkowo przypisując inne cechy, jakie może wykazywać dziecko po urodzeniu.

Wiele wcześniejszych badań wskazuje na znaczący wpływ nawiązywania kontaktu rodziców z dzieckiem nienarodzonym poprzez dotyk obojga rodziców. Badanie przeprowadzone na brytyjskim Uniwersytecie w Dundee wykazało, że płód silniej reaguje na dotyk matki niż na jej głos. Dowiedli, że podczas głaskania brzucha matki – maluch wykonuje najwięcej ruchów. Naukowcy przekonują, że ruchy dziecka były celowe i stanowiły reakcję na bodziec pochodzący od matki. Eksperyment wykazał również, że dzieci były bardziej „ruchliwe" w trzecim trymestrze ciąży niż w drugim oraz, że dotykanie brzucha poleca się również w trakcie porodu. To nie tylko uspokaja maleństwo, ale pomaga kobiecie.

Haptonomia to nauka o uczuciach, polega na nawiązaniu kontaktu z dzieckiem w łonie matki i przyczynia się do wczesnego zbudowania podstaw mocnej więzi uczuciowej, szczególnie dedykowana jest mężczyznom. Poprzez dotyk brzucha kobiety ojcowie stopniowo uczą się czego potrzebuje i co lubi ich dziecko [3].

Należy również pamiętać, że wiele par w Polsce (choć oficjalnie tego nie przyznają) ma problem z poczęciem dziecka i w ich przypadku wiadomość o ciąży odbierana jest wyłącznie pozytywnie. Każde nawiązanie kontaktu sprzyja tworzeniu obrazu dziecka w wyobraźni kobiety i mężczyzny. Im ten obraz jest wyraźniejszy, bardziej kompletny, tym więź z dzieckiem staje się mocniejsza, a jego obecność realna, co z kolei bardziej motywuje do przygotowania się do odbycia porodu. Spostrzeżenia te znajdują potwierdzenie w wynikach i hipotezach badania ankietowego przeprowadzonego na potrzeby niniejszej pracy.

Wnioski

1. Uczestnicy szkół rodzenia będący zarówno w pierwszej i kolejnych ciążach, po pierwszym badaniu USG, akceptują ciążę i nawiązują kontakt z dzieckiem.
2. Ankietowani potwierdzili, że wyobrażenia kierowane pod adresem nienarodzonego dziecka mają pozytywny wpływ na uczucia związane z oczekiwaniem jego narodzin.
3. Większość rodziców nawiązuje kontakt emocjonalny z dzieckiem i projektuje jego wizualizację, czasami przypisując podobieństwa do któregoś z członków rodziny.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Bielewska-Bartowicz E. Psychologiczne aspekty prokreacji. Biblioteka Pracownika Socjalnego. Wydawnictwo Śląsk, Katowice 2006.
2. Drozda L. Otffinowska A. Podręcznik dla instruktorów szkół rodzenia. Fundacja Rodzic po ludzku, Warszawa 2001.
3. Dolto C. Haptonomia – emocjonalne przyjęcie dziecka przez rodziców w ciąży i w okresie poporodowym. Materiał z konferencji „dialog z dzieckiem i rodziną". Fundacja Rodzić po Ludzku, Warszawa 2001.
4. Fiałkowski W. Rodzi się człowiek. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich Warszawa 2002.
5. Kornas-Biela D. Wokół początków życia ludzkiego PAX, Warszawa 2004.
6. Kornas-Biela D. Oblicza macierzyństwa. Katolicki Uniwersytet Lubelski, Lublin 1999.
7. Kornas-Biela D. Jak powstałem. Human Life International – Europa, Gdańsk 1998.
8. Leboyer F. Narodziny bez przemocy. Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1996.
9. Paul-Cavallier FJ. Wizualizacja. Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 2001.
10. Rakowiecki S. Ciąża, poród położ. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1998.
11. Rugh R, Shettles LB. Od poczęcia do narodzin. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich 1999.

Zaakceptowano do edycji: 20.08.19
Zaakceptowano do publikacji: 26.09.19

Adres do korespondencji:
Teresa Slosorz
Wyższa Szkoła Inżynierii i Zdrowia
Wydział Nauk o Zdrowiu
ul. Bitwy Warszawskiej 1920 r. 18
02-366 Warszawa

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA ORYGINALNA

KOLONOSKOPIA – PROBLEMY PACJENTÓW PRZYGOTOWUJĄCYCH SIĘ DO BADANIA

COLONOSCOPY – PROBLEMS OF PATIENTS PREPARING FOR MEDICAL EXAMINATION

Elżbieta Antos[1], Jolanta Maliszewska[2], Małgorzata Wojciechowska[1]

[1] Wydział Rehabilitacji, Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego
Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie
[2] Instytut Pielęgniarstwa
Collegium Masoviense, Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu w Żyrardowie

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2019.25

STRESZCZENIE

Wstęp. Kolonoskopia jest badaniem endoskopowym, pozwalającym dokonać oceny makroskopowej błony śluzowej całego jelita grubego. Badania endoskopowe są badaniami inwazyjnymi, obarczonymi wieloma powikłaniami, a niepożądane sytuacje wynikają często z nieprawidłowego przygotowania pacjenta do badania.
Cel pracy. Poznanie problemów pacjentów przygotowujących się do badania kolonoskopowego.
Materiał i metody. Badanie przeprowadzono w Centralnym Szpitalu Klinicznym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Warszawie przy ul. Wołoskiej 137, w Pracowni Endoskopii i w Klinice Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii z Pododdziałem Leczenia Nieswoistych Chorób Zapalnych Jelit, wśród 100 pacjentów, którzy zgłosili się do Programu Profilaktyki Raka Jelita Grubego i byli hospitalizowani. Posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, jako technikę badawczą zastosowano ankietowanie, narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety.
Wyniki. Pacjenci przygotowujący się do badania kolonoskopowego ocenili instrukcję przygotowania do badania na wysokim poziomie, natomiast negatywnie ocenili smak i ilość preparatu przeczyszczającego. Dla większości pacjentów etap przygotowania był trudny. Większości respondentów objawy występujące podczas przyjmowania preparatu utrudniały wypicie go.
Wnioski. Kolonoskopia generuje wysoki poziom lęku u pacjenta, którego źródłem jest przede wszystkim obawa o wynik badania oraz świadomość możliwych powikłań. Należy poszukiwać preparatu, który pozwoliłby w optymalny, przyjazny dla pacjenta sposób przygotować jelita do badania oraz zwiększyć udział badań z sedacją.

Słowa kluczowe: endoskopia, opieka pielęgniarska, rak jelita grubego.

ABSTRACT

Introduction. Colonoscopy is an endoscopic examination which makes it possible to macroscopically evaluate mucous membranes of the whole large intestine. Endoscopy is an invasive examination with a risk of complications; undesirable situations often result from inadequate preparation of the patient to the examination.
Aim. Getting to know the problems of patients preparing for colonoscopy.
Material and methods. The research was carried out in Central Clinical Hospital of the Ministry of Interior in Warsaw at Wołoska 137, in the Endoscopy Laboratory and in the Internal Diseases and Gastroenterology Department with a Sub-department for Treatment of Inflammatory Bowel Diseases, among 100 patients who volunteered to Program of Colorectal Cancer Prophylaxis and were hospitalised. To collect research material, a diagnostic poll method was applied with the use of a survey; the research tool applied was an original survey questionnaire.
Results. The patients who were preparing for a colonoscopy examination assessed the instruction of preparation for the examination high, while they expressed negative opinions about the taste and amount of laxative liquid. For the majority of patients the preparatory stage was hard. Most respondents had problems drinking the liquid due to the symptoms experienced during the process.
Conclusions. Colonoscopy generates high level of anxiety in patients, the source of which is mainly fear about the examination results and possible complications. It is important to look for the medication that will make it possible to prepare a patient for the examination in an optimal and friendly way and increase the number of examinations of sedated patients.

Keywords: endoscopy, nursing care, colorectal cancer.

Wstęp

Kolonoskopia jest badaniem endoskopowym pozwalającym dokonać oceny makroskopowej błony śluzowej całego jelita grubego [1]. Polega ona na wprowadzeniu do światła jelita grubego giętkiego endoskopu zwanego kolonoskopem, zbudowanego z włókna szklanego, o długości 130–200 cm i grubości zbliżonej do grubości palca dorosłej osoby [2, 3]. Obecnie używane aparaty zaopatrzone są w mikrokamery, pozwalające na oglądanie i rejestrację wnętrza jelita na monitorze w naturalnych barwach.

Kolonoskopię wykonuje się w celach diagnostycznych (ustalenie rozpoznania, pobranie materiału do badania

histopatologicznego), terapeutycznych (lecznicze wykonanie polipektomii) oraz od 2000 roku w Polsce jako badanie profilaktyczne, skriningowe (w kierunku wczesnego wykrywania raka jelita grubego wykrycie zmian w okresie bezobjawowym). Usuwanie wszystkich polipów w trakcie badania kolonoskopowego wpływa na zmniejszenie ryzyka zachorowania na raka jelita grubego o 76–90% [4].

Dla wielu Polaków badania proktologiczne, między innymi kolonoskopia, jest wciąż pewnym novum i często tematem wstydliwym. Specyficzny charakter badania oraz wymagające przygotowanie nie zachęcają do wykonywania badania kolonoskopowego w ramach programu profilaktycznego [5].

Rak jelita grubego jest nowotworem podstępnym, rozwija się przez wiele lat, nie dając żadnych objawów. W większości przypadków powstaje na podłożu polipów – łagodnych gruczolaków, które tworzą się na wewnętrznych ścianach jelit. Przemiana polipa w nowotwór trwa około 7–12 lat. Według danych z 2010 roku rak jelita grubego jest trzecią przyczyną zgonów wśród mężczyzn – po raku płuca i prostaty, a drugą wśród kobiet – po raku piersi [4]. Rak jelita grubego pod względem umieralności zajmuje w Polsce drugie miejsce u obydwu płci. Zachorowalność na nowotwór jelita grubego stanowi u mężczyzn około 12%, a u kobiet 10% spośród wszystkich chorób nowotworowych. Prawie czterokrotny u mężczyzn i trzykrotny u kobiet wzrost liczby zachorowań odnotowano od 1980 roku. Wydłużanie się długości życia zarówno w Polsce, jak i w krajach europejskich oraz wzrost liczby osób po 65 roku życia przyczynia się do znacznego wzrostu zachorowań na nowotwory, w tym również na nowotwory jelita grubego [7, 8].

W Polsce od października 2000 roku rozpoczęto realizację programu badań skriningowych w kierunku wykrywania raka jelita grubego, a od 2005 roku na mocy ustawy z dnia 1 lipca 2005 roku ,,O ustanowieniu programu wieloletniego Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych" rozpoczęto realizację Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych, w którym jednym z zadań był Program Badań Przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego. Od 2012 roku program roku realizowany jest w dwóch systemach: przesiewu oportunistycznego (osoby same zgłaszają się do wybranego ośrodka na badanie lub kierowane są przez lekarza rodzinnego) i przesiewu aktywnego (osoby do badania otrzymują imienne zaproszenie na badanie ze wskazaniem ośrodka).

Uważa się, że kolonoskopia jest najskuteczniejszą i najbardziej kosztoefektywną metodą skriningu. Stosowanie sedacji w trakcie procedur endoskopowych zapewnia pacjentowi komfort i bezpieczeństwo, natomiast lekarzowi ułatwia wykonanie badania oraz poprawia jego efektywność [9].

Na przygotowanie pacjenta do badania kolonoskopowego powinno się sumować przygotowanie psychiczne i fizyczne. Obydwa elementy stanowią nieodzowną całość w pełnym przygotowaniu pacjenta do tej procedury medycznej. Fizyczne przygotowanie pacjenta składa się z wielu uwarunkowanych od siebie elementów, jednak końcowy efekt badania zależny jest w głównej mierze od przygotowania przewodu pokarmowego [10]. W przypadku badania kolonoskopowego dobre przygotowanie psychiczne, z uwagi na ingerencję w intymność pacjentów, jest nieodzownym elementem, którego nie powinno zabraknąć. Pacjenci poddawani kolonoskopii często przeżywają silne emocje, przez które niejednokrotnie rezygnują z podjęcia leczenia. Komunikacja, która stanowi część przygotowania psychicznego, wiedzie prym w procesie diagnostyczno-leczniczym, przekładając się na każdy aspekt hospitalizacji. Natomiast dobry stan psychiczny pacjenta warunkuje szybsze uzyskanie oczekiwanych wyników terapii.

Działania edukacyjne pielęgniarki i opiekuńczo-terapeutyczne realizowane są przed badaniem, w trakcie i po badaniu. Jednym z ważniejszych działań jest edukacja pacjenta w zakresie diety oraz przygotowania i wypicia preparatu przygotowującego przewód pokarmowy. Pacjenci wykonujący badanie w warunkach ambulatoryjnych powinni mieć udzielone szczegółowe instrukcje dotyczące przygotowania do badania. Pielęgniarka powinna również udzielić informacji na temat objawów, jakie mogą wystąpić w trakcie przyjmowania preparatu przeczyszczającego. Rolą pielęgniarki jest stworzenie odpowiedniej atmosfery przed i w czasie badania, okazanie pacjentowi zainteresowania, życzliwości, zapewnienie intymności i poszanowanie godności osobistej [11, 12].

Cel pracy

Celem badania było poznanie problemów pacjentów przygotowujących się do badania kolonoskopowego.

Materiał i metoda

Badanie przeprowadzono w Centralnym Szpitalu Klinicznym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Warszawie przy ul. Wołoskiej 137, w Pracowni Endoskopii oraz w Klinice Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii z Pododdziałem Leczenia Nieswoistych Chorób Zapalnych Jelit.

Badanie przeprowadzono wśród 100 pacjentów poddanych kolonoskopii, którzy zgłosili się do Programu Profilaktyki Raka Jelita Grubego i byli hospitalizowani, w okresie od września 2014 roku do stycznia 2015 roku. Udział an-

kietowanych w badaniu był dobrowolny i anonimowy, a dobór respondentów losowy.

Posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, jako technikę badawczą zastosowano ankietowanie, narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety, który składał się z 26 pytań.

W badaniu wzięło udział 57% kobiet i 43% mężczyzn. W analizowanej grupie 61% badanych stanowiły osoby powyżej 50 roku życia, w tym powyżej 65 lat – 12%. W grupie osób poniżej 50 roku życia 18% stanowili respondenci w wieku 20–39 lat, a 21% w wieku 40–49 lat.

W analizowanej grupie 52% badanych miało wykształcenie średnie, a 43% ukończyło studia wyższe. W pozostałych przypadkach uzyskane przez respondentów wykształcenie było następujące: szkoła podstawowa – 1% oraz szkoła zawodowa – 4%. Zestawienie danych wskazuje, że w badaniu wzięło więcej mieszkańców miast (81%) niż wsi (19%). W analizowanej grupie 66% badanych funkcjonowało w związkach małżeńskich lub partnerskich. Osoby mieszkające samotnie stanowiły 16% grupy, a mieszkające z dziećmi – 18%.

Uzyskane wyniki zostały poddane analizie statystycznej z zastosowaniem testu t-Studenta. Wnioskowanie statystyczne przeprowadzono przy standaryzowanym poziomie istotności $p < 0,05$. Opis i interpretacja zależności zmiennych była określona na podstawie współczynnika korelacji Pearsona. Do wykonania analizy statystycznej użyto programu Statistica 7.0.

Wyniki

W badanej grupie udział pacjentów skierowanych na kolonoskopię przez lekarza wynosił 48%, badanie w ramach programu profilaktycznego raka jelita grubego wykonywało 52% respondentów.

Dla 78% ankietowanych analizowana kolonoskopia była pierwszą w ich życiu, dla 22% respondentów była kolejnym tego typu badaniem.

W badanej grupie 55% pacjentów relacjonowało, że badanie kolonoskopowe zostało przeprowadzone bez znieczulenia, 33% ze znieczuleniem, 5% po podaniu środków przeciwbólowych, 7% pacjentów nie miało wiedzy na temat zastosowanej farmakoterapii. Mężczyźni istotnie częściej niż kobiety przygotowywali się do badania ze świadomością braku znieczulenia. Brakiem wiedzy w tym zakresie znacząco częściej wykazali się mężczyźni niż kobiety. Analiza danych wykazała, że respondenci w wieku 20–39 lat istotnie częściej oczekiwali znieczulenia podczas kolonoskopii niż badani w pozostałych grupach wiekowych (**Tabela 1)**.

Zdaniem ankietowanych otrzymana instrukcja w zakresie przygotowania się do badania był zrozumiała – 78%, i czytelna – 29%. Opinię przeciwną wystawiło 11% respondentów. Zestawienie danych badawczych wskazuje, że mężczyźni istotnie częściej niż kobiety uważali otrzymaną instrukcję za niezrozumiałą (**Tabela 2**).

Tabela 1. Świadomość wykonania kolonoskopii w znieczuleniu z uwzględnieniem wieku respondenta

Odpowiedź	20-39 lat		40-49 lat		50-65 lat		Powyżej 65 lat		*Współczynnik korelacji Pearsona*	*Poziom istotności testu dla różnic 4 wskaźników struktury*
	[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]	[r]	[p]
Bez znieczulenia	5	27,8	14	66,7	32	65,3	4	33,3	0,104	0,304*
Ze znieczuleniem	11	61,1	4	19,0	16	32,7	2	16,7	-0,211	0,035
Leki przeciwbólowe	2	11,1	2	9,5	1	2,0	0	0,0	-0,187	0,063*
Brak wiedzy	0	0,0	1	4,8	0	0,0	6	50,0	0,347	<0,001
RAZEM	**18**	**100**	**21**	**100**	**49**	**100**	**12**	**100**	**[N=100]**	

** wynik testu nieistotny statystycznie (p≥0,05)*

Źródło: badania własne

Tabela 2. Ocena jakości otrzymanej instrukcji przygotowania się do badania z uwzględnieniem płci respondenta

Odpowiedź	Kobiety		Mężczyźni		*Współczynnik korelacji Pearsona*	*Poziom istotnosci testu dla roznic 2 wskaznikow struktury*
	[n]	[%]	[n]	[%]	[r]	[p]
Zrozumiała	48	84,2	30	69,8	-0,173	0,086*
Czytelna	14	24,6	15	34,9	0,113	0,265*
Niezrozumiała	0	0,0	5	11,6	0,264	0,008
Mało czytelna	1	1,8	3	7,0	0,132	0,191*
Nie otrzymałam/otrzymałem instrukcji	0	0,0	0	0,0	-	-
RAZEM	**57**	**100**	**43**	**100**	**[N=100]**	

** wynik testu nieistotny statystycznie (p≥0,05)*

Źródło: badania własne

Respondenci w wieku powyżej 65 roku życia istotnie częściej uważali otrzymaną instrukcję za niezrozumiałą. Otrzymano, że osoby z niższym wykształceniem istotnie częściej niż pozostałe miały problemy ze zrozumieniem otrzymanej instrukcji.

Większość respondentów (84%) otrzymała wyjaśnienie od personelu medycznego w zakresie przygotowania się do badania. Odpowiedzi przeczącej udzieliło 3% ankietowanych, a 13% uznało, że nie było to konieczne. Większość respondentów oceniła pozytywnie jakość otrzymanych wyjaśnień: 56% uznało je za zrozumiałe, 36% za wystarczające. Nie stwierdzono istotnych korelacji pomiędzy udzieloną odpowiedzią a płcią, wiekiem czy poziomem wykształcenia respondenta ($p \geq 0,05$).

Zbadano opinię respondentów w zakresie, czy choroby współistniejące utrudniały im przygotowanie się do badania. Odpowiedzi pozytywnej udzieliło 29% ankietowanych, negatywnej 47%, natomiast 17% stwierdziło, że nie cierpi na żadne dolegliwości, w związku z tym nie ma punktu odniesienia tej kwestii. Zestawienie danych wskazuje, że kobiety częściej niż mężczyźni były zdania, że choroby współistniejące nie stanowią przeszkody w wykonaniu badania. Wśród mężczyzn co czwarty określił, że nie cierpi na inne dolegliwości, a tym samym nie może odnieść się do tego problemu. Nie stwierdzono istotności korelacji. Analiza danych wykazała, że respondenci w wieku powyżej 65 roku życia istotnie częściej uważali, że choroby współistniejące utrudniają wykonanie kolonoskopii. Opinia ta jest najbardziej miarodajna, gdyż w tej grupie wiekowej obciążenie chorobowe były najwyższe. Otrzymano, że osoby z wyższym wykształceniem istotnie częściej niż pozostałe nie uważały, aby schorzenia dodatkowe były znaczącą przeszkodą w wykonaniu kolonoskopii (**Tabela 3**).

Tabela 3. Choroby współistniejące jako przeszkoda w kolonoskopii z uwzględnieniem wieku respondenta

Odpowiedź	20-39 lat		40-49 lat		50-65 lat		Powyżej 65 lat		*Współczynnik korelacji Pearsona*	*Poziom istotnosci testu dla roznic 4 wskaznikow struktury*
	[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]	[r]	[p]
Zdecydowanie tak	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	16,7		
Raczej tak	2	11,1	1	4,8	6	12,2	5	41,6		
Tak	0	0,0	5	23,8	6	12,2	2	16,7		
Trudno powiedzieć	2	11,1	0	0,0	5	10,2	0	0,0		
Nie	7	38,9	3	14,3	21	42,9	3	25,0	-0,327	<0,001
Raczej nie	4	22,2	2	9,5	3	6,1	0	0,0		
Zdecydowanie nie	1	5,6	1	4,8	2	4,1	0	0,0		
Nie cierpię na inne dolegliwości	2	11,1	9	42,8	6	12,3	0	0,0		
RAZEM	**18**	**100**	**21**	**100**	**49**	**100**	**12**	**100**	**[N=100]**	

** wynik testu nieistotny statystycznie (p≥0,05)*

Źródło: badania własne

Zbadano opinię respondentów w zakresie, czy przyjmowane leki utrudniały przygotowanie się do badania. Odpowiedzi pozytywnej udzieliło 30% ankietowanych, a negatywnej 70%. Nie stwierdzono istotnych korelacji ($p \geq 0,05$).

Wykonanie badania kolonoskopowego wymaga od pacjenta rozebrania się przed personelem medycznym. Sytuacja ta wywoływała poczucie wstydu u 55% respondentów, problem ten nie dotyczył 33% ankietowanych, odpowiedzi ,,trudno powiedzieć" udzieliło 12% respondentów. Stwierdzono, iż poczucie wstydu istotnie częściej towarzyszyło kobietom niż mężczyznom. Wraz z wiekiem ankietowanych poczucie wstydu obniżało się. Nie stwierdzono istotnych korelacji ($p \geq 0,05$).

Zdaniem większości respondentów (78%) wstyd nie utrudniał im przygotowania się do badania. Opinię przeciwną wyraziło 6% badanych, odpowiedzi „trudno powiedzieć" udzieliło 16% respondentów. Stwierdzono, iż wstyd istotnie częściej utrudniał przygotowanie się do badań kobietom niż mężczyznom. Problem z przygotowaniami do badań powodowane poczuciem wstydu najczęściej odczuwały osoby po 65 roku życia. Nie stwierdzono istotnych korelacji ($p \geq 0,05$).

Zestawienie danych badawczych wskazuje, że lęk przed badaniem odczuwało 89% respondentów. Swój lęk respondenci tłumaczyli oczekiwaniem na wynik badania (79%). Jako inne przyczyny wskazali również obawę przed powikłaniami (42%), brak znieczulenia (33%) oraz zbyt małą wiedzę o przebiegu badania (15%). Zestawienie danych wskazuje, że lęk u mężczyzn częściej wywoływała obawa o wynik badania, u kobiet – możliwość wystąpienia powikłań. Nie stwierdzono istotnych korelacji.

Najczęściej lęk przed wynikiem badania odczuwały osoby najmłodsze 20–39 lat. W grupie wiekowej 40–49 lat, częściej niż w innych grupach, lęk generował brak znieczulenia przy badaniu. Pacjenci w wieku 50–65 lat najczęściej odczuwali niedosyt posiadanej wiedzy. Respondenci w wieku powyżej 65 lat częściej niż pozostali obawiali się możliwych powikłań. Stwierdzono, że w grupie osób z wyższym wykształceniem lęk przed badaniem istotnie częściej generowany był przez obawę przed jego wynikiem. Natomiast respondenci z niższym wykształceniem istotnie częściej obawiali się możliwych powikłań oraz swój niepokój tłumaczyli niskim poziomem posiadanej wiedzy (**Tabela 4**).

Zdaniem 8% ankietowanych smak podawanego preparatu do przygotowania przed badaniem był akceptowalny, a dla 19% obojętny. Negatywnie smak płynu odbierało 64% respondentów, a 48% uważało, że jest go za dużo.

W trakcie przyjmowania preparatu respondenci swoje samopoczucie opisali głównie jako „miałam/miałem nudności" (44%) oraz „bolał mnie brzuch" (33%). Co czwarty pacjent odczuwał głód lub osłabienie. Odpowiedź „robiło mi się słabo" wskazało 7% badanych. Dobre samopoczucie w trakcie przyjmowania miało 25% ankietowanych pacjentów. Zdaniem 66% respondentów występujące objawy utrudniały im wypicie preparatu. Opinię przeciwną wyraziło 26% badanych, a 8% nie spożyło zalecanej dawki płynu.

Niemożność spożywania określonych produktów przed badaniem była utrudnieniem dla 56% respondentów, w tym u 26% objawiało się to zwiększaniem się uczucia głodu, a u 18% nasilała się myśl o jedzeniu.

W trakcie przygotowywania do badania respondenci najczęściej odczuwali ból i pieczenie odbytu – 59% badanych. Żadnych dolegliwości nie zgłaszało 17%, 12% odczuwało dreszcze, krwawienie z odbytu obserwowało 8%, nudności i wymioty zgłaszało 4% badanych. Dolegliwości podczas przygotowania do badania najrzadziej występowały u osób w wieku 20–39 lat, jednak skarżyło się na nie 100% badanych powyżej 65 roku życia. Odczuwane dolegliwości utrudniały przygotowanie się do badania 59% respondentów, dla 41% badanych nie były przeszkodą w przygotowaniu się do badania.

Zdaniem 67% przygotowanie do kolonoskopii jest trudne, opinię przeciwną wyraziło 28% badanych, „trudno powiedzieć" odpowiedziało 5% respondentów.

Tabela 4. Przyczyny lęku przed kolonoskopią z uwzględnieniem wykształcenia respondenta

Odpowiedź	Wykształcenie niższe		Wykształcenie wyższe		*Współczynnik korelacji Pearsona*	*Poziom istotności testu dla różnic 2 wskaźników struktury*
	[n]	[%]	[n]	[%]	[r]	[p]
zbyt mała wiedza na temat przebiegu badania	12	21,1	3	7,0	-0,205	0,049
możliwość wystąpienia powikłań	25	43,9	17	39,5	-0,043	0,668*
wynik badania	41	71,9	38	88,4	0,209	0,046
brak znieczulenia podczas badania	26	45,6	7	16,3	-0,309	0,002
RAZEM	**57**	**100**	**43**	**100**	**[N=100]**	

** wynik testu nieistotny statystycznie (p≥0,05)*

Źródło: badania własne

Dyskusja

Kolonoskopia należy do podstawowych procedur diagnostycznych w chorobach dolnego odcinka przewodu pokarmowego, jest badaniem dokładnym, wykrywalność zmian sięga około 75% [12].

Konstytucja RP każdemu zapewnia nietykalność i wolność osobistą [13]. Na tej podstawie każdy pacjent ma prawo do wyrażenia zgody lub odmowy proponowanych mu sposobów postępowania medycznego. Dotyczy to zarówno leczenia, jak i diagnostyki, profilaktyki, rehabilitacji i innych świadczeń z zakresu ochrony zdrowia. Według obecnie obowiązującego kodeksu karnego przeprowadzenie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta jest przestępstwem [14].

Kolonoskopia zaliczana jest do zabiegów medycznych określanych jako ryzykowne, w tej sytuacji prawo polskie wymaga pobrania zgody w formie pisemnej. Decyzja o zgodzie na zabieg musi być świadoma, dlatego w procesie pozyskiwania zgody na udzielenie określonych świadczeń medycznych lub ich odmowy, pacjent musi uzyskać pełną informację i wiedzę o planowanym zabiegu. Informacja musi być przystępna, czyli przedstawiona w formie uwzględniającej poziom intelektualny odbiorcy i być dla niego zrozumiała [13, 15]. Pacjent wyrażając zgodę na zabieg operacyjny akceptuje ryzyko zabiegu i godzi się z możliwością potencjalnych powikłań [15]. Brak lub niedostateczny poziom wiedzy pacjenta, nieprawdziwe bądź wyolbrzymione informacje mogą generować niepokój, lęk oraz inne negatywne emocje, które niewątpliwie niekorzystanie wpływają na przebieg badania i związane z tym dolegliwości bólowe [12].

W badaniach własnych, zdaniem ankietowanych, otrzymana instrukcja w zakresie przygotowania się do badania był zrozumiała – 78%, i czytelna – 29%. Opinię przeciwną zgłosiło 11% respondentów. Analiza danych wykazała, że mężczyźni oraz respondenci w wieku powyżej 65 roku życia istotnie częściej uważali otrzymaną instrukcję za niezrozumiałą. Stwierdzono również, że osoby z niższym wykształceniem istotnie częściej niż pozostałe miały problemy ze zrozumieniem otrzymanej instrukcji. Większość respondentów (84%) potwierdziła, że otrzymała wyjaśnienie od personelu medycznego w zakresie przygotowania się do badania i oceniła pozytywnie jakość przekazu – 56% uznało otrzymane informacje za zrozumiałe, a 36% – za wystarczające. Ankietowani potwierdzili, że głównym źródłem wiedzy o przebiegu kolonoskopii był dla nich personel medyczny (67%). Informacje samodzielnie uzyskało 22% badanych, a 11% określiło, że nic nie wiedziało o przebiegu badania.

Dokładne przygotowanie jelita do kolonoskopii umożliwia pełną jego ocenę i ustalenie właściwego rozpoznania. Obecnie w trakcie przygotowania do kolonoskopii najczęściej stosowane są dwa środki: preparaty fosforanu sodu oraz glikol polietylenowy. Przeprowadzone liczne badania wykazują podobną skuteczność obu substancji i wskazują zarówno na zalety, jak też na wady obu środków przeczyszczających. Nadal brak jest optymalnego preparatu służącego do przygotowania do kolonoskopii [10].

W badaniach własnych wykazano, że etap przygotowania do kolonoskopii poprzez spożycie preparatu oczyszczającego jelita jest trudny dla większości pacjentów. Zdaniem 8% badanych smak podawanego preparat określiło jako dobry, a dla 19% był on obojętny. Negatywnie smak płynu odbierało 64% respondentów, a 48% uważało, że jest go za dużo. W trakcie przyjmowania preparatu respondenci swoje samopoczucie opisali głównie jako związane z nudnościami, bólem brzucha, głodem, osłabieniem. Zdaniem większości respondentów (66%) występujące objawy utrudniały im wypicie preparatu. Opinię przeciwną wyraziło 26% badanych, a 8% nie spożyło zalecanej dawki płynu.

Kolonoskopia jest testem dla personelu w zachowaniu podstawowego prawa pacjenta jakim jest poszanowanie jego intymności. Dla przeprowadzenia badania pacjent musi się rozebrać w obecności personelu medycznego oraz traci kontrolę nad zwieraczami, co jeszcze bardziej podnosi poziom odczuwanego stresu i lęku przed zabiegiem [12, 13].

W badaniach własnych konieczność rozebrania się przed personelem medycznym wywoływała poczucie wstydu u 55% respondentów. Problem ten nie dotyczył 33% ankietowanych. Stwierdzono, iż poczucie wstydu istotnie częściej towarzyszyło kobietom niż mężczyznom. Zdaniem większości respondentów (78%) wstyd nie utrudniał im przygotowania się do badania.

Do determinantów warunkujących satysfakcję, jak i akceptację endoskopii, zalicza się: czas oczekiwania na badanie i czas jego trwania, rodzaj przygotowania, poziom lęku i bólu w trakcie badania oraz doświadczenie endoskopisty. Strach przed bólem w trakcie badania oraz brak pewności co do zasadności wykonania kolonoskopii stanowią główne powody, dla których pacjenci nie decydują się na wykonanie badania i rezygnują z możliwości udziału w badaniach przesiewowych [5]. Zgodnie z doniesieniami badań, dotyczących różnych grup społecznych, respondenci obawiają się nie tylko samego bólu, ale także przygotowania do badania, poczucia wstydu oraz potencjalnych komplikacji [12].

W badaniach własnych strach przed kolonoskopią odczuwało 89% respondentów. Zestawienie danych badawczych wykazało, że lęk u mężczyzn częściej wywoływała obawa o wynik, a u kobiet – możliwość wystąpienia powikłań.

Zdaniem 31% respondentów wiedza o możliwych powikłaniach utrudniała przygotowanie się im do badania. Opinię przeciwną wyraziło 44% badanych.

W wielu badaniach potwierdza się, że wygenerowanie dużego lęku było następstwem przekazania informacji po wykonanej procedurze, dotyczącej wykrycia patologii i pobrania materiału tkankowego do badania histopatologicznego, w celu potwierdzenia diagnozy. Lęk był manifestacją poczucia zagrożenia i obawy niekorzystnego rozpoznania [12].

Podsumowując, według 67% respondentów, przygotowanie do badania kolonoskopowego jest trudne. Proces przygotowania i przebieg badania generuje u pacjenta wysoki poziom stresu, którego źródłem jest przede wszystkim obawa o wynik badania oraz świadomość możliwych powikłań. Dodatkowo nagość i poczucie wstydu generują u chorych poddawanych kolonoskopii wysoki dyskomfort psychiczny. Kolonoskopia jest zatem wyzwaniem dla personelu medycznego, szczególnie pielęgniarek sprawujących bezpośrednią opiekę nad pacjentem. Przeprowadzona edukacja w zakresie przygotowania się do badania w opinii pacjentów musi być zrozumiała i wyczerpująca. W trakcie przygotowywania się przez pacjenta do badania niezbędne jest wsparcie psychiczne ze strony personelu medycznego, jak i osób bliskich towarzyszącym pacjentowi.

Wnioski

1. Przygotowanie do kolonoskopii jest trudne dla pacjentów i generuje specyficzne problemy.
2. Przeprowadzona edukacja w zakresie przygotowania do badania w opinii pacjentów była zrozumiała i wyczerpująca.
3. Kolonoskopia generuje wysoki poziom lęku u pacjenta, którego źródłem jest przede wszystkim obawa o wynik badania oraz świadomość możliwych powikłań.
4. Wysoki poziom lęku oraz nagość i poczucie wstydu mogą wpływać na niską zgłaszalność pacjentów do programu profilaktyki raka jelita grubego. Nagość i poczucie wstydu generują u chorych poddawanych kolonoskopii wysoki dyskomfort psychiczny.
5. Choroby współistniejące utrudniały przygotowanie się do badania pacjentom powyżej 65 roku życia.
6. Należy poszukiwać preparatu, który pozwoliłby w optymalny, przyjazny dla pacjenta sposób przygotować jelita do badania oraz zwiększyć udział badań z sedacją.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Cavanaugh MB. Badania laboratoryjne i obrazowe dla pielęgniarek, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2006, s. 487–516.
2. Fibak J. Chirurgia Repetytorium, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2007, s. 243–247.
3. Wronkowski Z, Brużewicz Sz. Nowotwory jelita grubego, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2008, s. 41–52.
4. Deptała A, Wojtukiewicz MZ. (red.). Rak jelita grubego, Wydawnictwo Medyczne Termedia, Poznań, 2012, s. 17–72.
5. Bazaliński D, Kaczmarska D, Chmiel Z, Więch P, Dereń M. Determinanty warunkujące satysfakcję z profilaktycznej endoskopii jelita grubego, Nowa Medycyna, 2011, 3, s. 42–50.
6. Achord JL. Historia endoskopii przewodu pokarmowego, [W:] Ginsberg GG, Kochman ML, Norton I, Gostout ChJ. Kliniczna endoskopia przewodu pokarmowego, Medipage, Warszawa, 2009, s. 3–12.
7. Kubiak A, Kycler W, Trojanowski M. Epidemiologia i profilaktyka raka jelita grubego w Polsce, Problemy Higieny i Epidemiologii, 2014, 95(3), s. 636–642.
8. Krajowy Rejestr Nowotworów, http://onkologia.org.pl/nowotwory-zlosliwe-jelita-grubego-c18-21/#r (data dostępu 02.05.2015).
9. Lightdale JR. Przygotowanie i sedacja pacjenta do endoskopii, [W:] Classen M, Tytgat GNJ, Lightdale ChJ. Endoskopia układu pokarmowego, Med.-Media, Warszawa, 2013, s. 59–66.
10. Wretowska D, Pracki M, Kamiński MF. Przygotowanie jelita grubego do kolonoskopii, Gastroenterologia Kliniczna, 2010, 2, 1, s. 30–36.
11. Bambrowicz J, Cierzniakowska K, Szewczyk MT, Popow A, Banaszkiewicz Z, Jawień A. Badania endoskopowe i opieka pielęgniarska nad chorym w pracowni endoskopii, Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne, 2011, 1, s. 1–6.
12. Bazaliński D, Kaczmarska D, Bujalski D. Lęk i ból u osób poddanych profilaktycznej endoskopii jelita grubego, Współczesna Onkologia, 2010, 14, 5, s. 326–332.
13. Nesterowicz M. Prawo medyczne. Wydawnictwo Dom Organizatora, Toruń, 2007, s. 17–29.
14. Drozdowska U. Cywilnoprawna ochrona praw pacjenta. C. H. Beck, Warszawa, 2007, s. 141–152.
15. Jacek A, Ożóg K. Przestrzeganie praw pacjenta przez personel medyczny. Hygeia Public Health, 2012, 47, 3, s. 264–271.

Zaakceptowano do edycji: 20.08.19
Zaakceptowano do publikacji: 26.09.19

Adres do korespondencji:
Elżbieta Antos
Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie
Wydziała Rehabilitacji
Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego
ul. Marymoncka 34
00-968 Warszawa
tel. 608 376 007
e-mail: ela.antos@op.pl

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA ORYGINALNA

OBIEG KART UODPORNIENIA NOWORODKA W ŚWIETLE REGULACJI PRAWNYCH I ZALECEŃ W ZAKRESIE OPIEKI NAD NOWORODKIEM NA PRZYKŁADZIE PUBLICZNEGO I NIEPUBLICZNEGO PODMIOTU LECZNICZEGO

CIRCULATION OF INFANT IMMUNIZATION RECORD CARDS IN VIEW OF LEGAL REGULATIONS AND RECOMMENDATIONS IN THE SCOPE OF INFANT CARE ON THE EXAMPLE OF A PUBLIC AND NON-PUBLIC HEALTHCARE ENTITY

Magdalena Gawałko[1], Magdalena Chudowolska-Kiełkowska[1], Bernadetta Gieroń-Kozina[1], Elżbieta Antos[2], Małgorzata Wojciechowska[2]

[1]Wydział Rehabilitacji, Zakład Podstaw Pielęgniarstwa
Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie
[2]Wydział Rehabilitacji, Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego
Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2019.26

STRESZCZENIE

Wstęp. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. § 11 ust. 2 w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych nakłada obowiązek przekazywania kart uodpornienia pomiędzy podmiotami leczniczymi, w których wykonywane są szczepienia. Powyższa regulacja wyłącza z czynności przekazywania omawianych kart rodziców i opiekunów dziecka. Niestety, zdarza się, że pracownicy oddziałów noworodkowych wydają karty uodpornienia bezpośrednio rodzicom, co może przyczyniać się do powstania późniejszych nieprawidłowości w zakresie terminowości wykonywania szczepień u dzieci.
Cel pracy. Analiza obiegu kart uodpornienia dzieci pomiędzy zakładami opieki zdrowotnej oraz sposobu przekazywania informacji dotyczącej szczepień u dzieci – w opinii rodziców.
Materiał i metody. Badaniem ankietowym objęto 101 rodziców dzieci urodzonych w latach 2010–2015, pozostających pod opieką publicznego i niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej.
Wyniki. Z badań wynika, że zdecydowana większość rodziców interesowała się szczepieniami jeszcze przed narodzinami dziecka (60%) lub posiadała wiedzę na ten temat w związku z własnym doświadczeniem opieki nad pierwszym dzieckiem (13,4%). Informacje dotyczące obowiązkowych szczepień u dzieci uzyskiwano najczęściej od położnej (24,6%), od rodziny i przyjaciół (20,9%), od lekarza (17,9%) i pielęgniarki POZ (7,5%), z Internetu 14,9% badanych. Większość rodziców (68,4%) otrzymała kartę uodpornienia dziecka „do ręki" przy wypisie z oddziału położniczo-noworodkowego, z dalszymi instrukcjami dotyczącymi kontynuacji uodpornienia ich dzieci. Tylko 23,5% osób badanych zapytano o adres jednostki, która będzie realizowała podstawową opiekę zdrowotną nad ich dzieckiem i w której zostaną wykonane dalsze szczepienia.
Wnioski. Według informacji uzyskanych od rodziców dzieci do lat 5 większość podmiotów leczniczych sprawujących opiekę okołoporodową nad matką i dzieckiem nie przesyła informacji o szczepieniach wykonanych u dzieci do właściwych zakładów podstawowej opieki zdrowotnej. Rodzice ci otrzymują karty uodpornienia dzieci „do ręki" i wyłącznie od nich zależy decyzja o zgłoszeniu się we właściwym terminie na szczepienia z dzieckiem. Nieprawidłowości w przekazywaniu kart uodpornienia mogą skutkować zaniedbaniami w realizacji szczepień u najmłodszych dzieci.

Słowa kluczowe: szczepienia, karta uodpornienia, podstawowa opieka zdrowotna.

ABSTRACT

Introduction. The Ordinance of the Minister of Health of 18th August 2011 § 11 Section 2 on obligatory preventive vaccination imposes an obligation of immunization record cards transfer between healthcare entities where vaccination is given. The abovementioned regulation excludes parents and child carers from record cards transfer. Unfortunately, in some cases neonatal units' employees hand in immunization record cards directly to parents, which can later result in irregularities in the scope of timeliness of vaccinating children.
Aim. Analyse the children immunization record cards transfer between health care units and the ways of transferring information on children vaccination – according to parents.
Material and methods. Survey questionnaire included 101 children born in 2010–2015, remaining under medical supervision of public and non-public health centre units.
Results. The survey shows that the clear majority of parents were interested in vaccination before their child's birth (60.0%) or had some knowledge about it in connection with their own experience or care for their first child (13.4%). Information on obligatory vaccination of children is most often acquired from midwifes (24.6%), from family and friends (20.9%), doctors (17.9%) and primary health care nurses (7.5%), the Internet (14,9%) of the respondents. Majority of the parents (68.4%) received the child's immunization record card during their discharge from the maternity and neonatal ward, with further instructions on continuation of their child's immunization. Only 23.5% of the respondents were asked about the health care unit that will provide primary health service to their child and where further vaccination will be given.

Conclusions. On the basis of the information provided by the parents of children up to the age of 5, most of healthcare entities providing perinatal care of the mother and the child do not send the information about children vaccination to appropriate primary health care units. Parents are handed in their child's immunization record card and the decision on attending the vaccination in the right time depends solely on them. Inaccuracies in transferring the immunization record card may result in neglect of vaccination of the youngest children.

Keywords: vaccines, immunization record card, primary health care.

Wstęp

Szczepienia ochronne w Polsce są realizowane na podstawie ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi [1]. Regulacja ta zawiera informację na temat przeprowadzania szczepień ochronnych oraz sposobu ich dokumentowania. Ustawodawca w art.17. ust.7 zobowiązuje osoby wystawiające zaświadczenie o urodzeniu żywym do założenia karty uodpornienia oraz książeczki szczepień dziecka, a w pkt. 8 – do prowadzenia dokumentacji medycznej, dotyczącej obowiązkowych szczepień ochronnych, w tym przechowywania kart uodpornienia oraz dokonywania wpisów potwierdzających wykonanie szczepienia. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 roku w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych w punkcie 2. nakłada obowiązek przekazywania kart uodpornienia pomiędzy podmiotami leczniczymi, w których wykonywane są szczepienia [2]. Powyższa regulacja wyłącza z czynności przekazywania omawianych kart rodziców i opiekunów dziecka. Jednocześnie cytowane rozporządzenie w § 12. ust.1 wskazuje, które dokumenty otrzymują rodzice lub opiekunowie prawni – są to książeczka zdrowia dziecka wraz z kartą szczepień oraz dokumentacja zewnętrzna – wypis ze szpitala [2].

Niestety, zdarza się, że pracownicy oddziałów noworodkowych wydają karty uodpornienia bezpośrednio rodzicom, co może przyczyniać się do powstania późniejszych nieprawidłowości w zakresie terminowości wykonywania szczepień u dzieci.

Wątpliwości budzi też realizacja rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 roku w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem. W pkt.7. wymienionego rozporządzenia wskazano, że „podmiot leczniczy, wykonujący działalność leczniczą sprawujący opiekę nad kobietą w czasie porodu przekazuje w dniu wypisu zgłoszenie o porodzie położnej rodzinnej, wskazanej przez przedstawicieli ustawowych noworodka" [3]. Dalej, w pkt. 8, jest mowa o dalszej opiece nad matką i noworodkiem sprawowanej przez położną, która odwiedza matkę i dziecko nie później niż w ciągu 48 godzin od otrzymania zgłoszenia urodzenia dziecka [3]. Z doświadczeń pracy personelu medycznego punktów szczepień wynika, że niektóre szpitale mogą nie przesyłać wymienionych zgłoszeń do przychodni podstawowej opieki zdrowotnej, co może skutkować opóźnieniem w realizacji szczepień ochronnych i zaburzeniem ciągłości opieki medycznej nad najmłodszymi dziećmi.

Cel pracy

Analiza obiegu kart uodpornienia dzieci pomiędzy zakładami opieki zdrowotnej oraz sposobu przekazywania informacji dotyczącej szczepień u dzieci – w opinii rodziców.

Materiał i metody

Metoda, technika i narzędzie badawcze

Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankietową. Jako narzędzie badawcze zastosowano autorski kwestionariusz ankiety złożony z 15 pytań, z czego 10 pytań dotyczyło szczegółów związanych z obiegiem dokumentacji medycznej dziecka w zakładach opieki zdrowotnej, natomiast pozostałe 5 to pytania metryczkowe.

Otrzymane wyniki badań opracowano statystycznie korzystając z oprogramowania SPSS Statistics 22.0. Zastosowano metody statystyki opisowej tj. częstość (N) i procent (%). Dla zbadania poziomu korelacji między zmiennymi użyto testu chi-kwadrat. Za próg istotności przyjęto poziom $\alpha = 0,05$ oznaczający, iż wszystkie wyniki parametru $p < 0,05$ będą uznawane za istotne statystycznie.

Charakterystyka grupy badanej

Badania przeprowadzono w punktach szczepień podmiotów publicznych i niepublicznych. Badaniem objęto 101 rodziców dzieci urodzonych między 2009 a 2015 rokiem, zgłaszających się do punktów szczepień w celu przeprowadzenia szczepień ochronnych i na badania kontrolne. Udział w badaniu był dobrowolny, respondenci po wypełnieniu ankiety wrzucali ją do skrzynki umieszczonej w poczekalniach punktów szczepień. W badanu najliczniejszą grupę stanowili rodzice dzieci urodzonych w 2014 roku (n = 38; 37,6%), następnie w 2015 roku (n = 26; 25,7%)

oraz w 2013 roku (n = 15; 14,9%). Pozostali rodzice (n = 22; 21,7%) posiadali dzieci urodzone między 2009 a 2012 rokiem. Średnia wieku rodziców to 33 lata u matek i 34 lata u ojców. Najliczniej reprezentowane były matki w wieku 30 lat. Badani legitymowali się przeważnie wykształceniem wyższym, były to zwłaszcza matki (n = 75; 74,3%), rzadziej ojcowie dzieci (n = 60; 59,4%) oraz średnim (matki n = 21; 20,8% i ojcowie n = 28; 27,7%). Nieliczne osoby posiadały wykształcenie zawodowe (matki n = 3; 3,0% oraz ojcowie n = 8; 7,9%) i podstawowe (matki n = 1; 1,0% i ojcowie n = 2; 2,0%).

Większość dzieci, z którymi badani rodzice zgłosili się do szczepienia, urodziło się w Warszawie (n = 69; 68,3%), pozostałe (n = 29; 28,7%) poza Warszawą, 3 osoby nie podały miejsca narodzin dziecka. Wśród dzieci najwięcej urodziło się w województwie mazowieckim (n = 89; 88,1%) natomiast pozostałe (n = 12; 11,9%) w innych województwach. Badane rodziny mieszkały głównie w dużym mieście, liczącym powyżej 200 tys. mieszkańców (n = 46; 45,5%), w małych miejscowościach w pobliżu dużego miasta (n = 29; 28,7%) oraz w mniejszych miastach do 50 tys. mieszkańców (n = 16; 15,8%). Tylko nieliczni byli mieszkańcami większych miast, liczących od 100 do 200 tys. mieszkańców (n = 4; 4,0%) oraz wsi (n = 3; 3,0%).

Respondenci byli podopiecznymi zarówno publicznych zakładów opieki zdrowotnej SPZOZ (n = 51; 50,5%), realizujących szczepienia nieodpłatnie w ramach świadczeń gwarantowanych NFZ, jak też niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej – NZOZ (n = 50; 49,5%) realizujących te świadczenia całkowicie odpłatnie. Ponad połowa badanych (n = 60; 58,8%) zgłosiła się na wizytę z pierwszym dzieckiem, natomiast pozostali (n = 41; 41,2%) posiadali starsze dzieci.

Wyniki

Większość rodziców (n = 60; 60%) interesowała się szczepieniami przed narodzinami dziecka, cześć osób badanych (n = 41; 41,2%) posiadała już starsze dzieci i zapewne miała w związku z tym pewną wiedzę. Większe zainteresowanie szczepieniami wykazywali rodzice z niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej niż zakładu publicznego (**Tabela 1**).

Poziom wykształcenia ankietowanych miał niewielki wpływ na zainteresowanie szczepieniami. W podgrupie osób z wykształceniem podstawowym, zawodowym i średnim, szczepieniami interesowała się w sumie ponad połowa badanych (n = 14; 56%), osoby z wykształceniem wyższym wykazywały zainteresowanie szczepieniami nieco częściej (n = 59; 45,5%).

Tabela 1. Zainteresowanie rodziców szczepieniami u dzieci w publicznym i niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej

		Czy interesowali się Państwo szczepieniami przed narodzinami dziecka		Ogółem
		Tak	Nie	
NZOZ	N	33	16	49
	%	67,3%	32,70%	100,00%
	% ogółem	33,00%	16,00%	49,50%
ZOZ	N	27	24	51
	%	52,9	47,1	100,00%
	% ogółem	27,0%	24,00%	51,00%
Razem	N	60	40,00%	51,00%
	%	60,0%	40,00%	100,00%
	% ogółem	60,0%	40,0%	100,0%

Źródło: badania własne

Udzielając odpowiedzi na pytanie o źródła informacji na temat szczepień u dzieci, podawano przeważnie położną (n = 33; 24,6%), rodzinę i przyjaciół (n = 28; 20,9%), lekarza (n = 24; 17,9%) oraz Internet (n = 20; 14,9%). Tylko 13,4% ogółu badanych (n = 18) wskazało na wiedzę i doświadczenie związane z posiadaniem starszych dzieci, a 7,5% (n = 10) zaznaczyło pielęgniarkę w podstawowej opiece zdrowotnej. Pacjenci ZOZ-u publicznego częściej dowiadywali się o szczepieniach od położnej (n = 22; 44,0%) niż pacjenci NZOZ (n = 11; 22,0%) i rzadziej korzystali z Internetu. Z kolei podopieczni NZOZ-u w równym stopniu korzystali z wiedzy lekarza, rodziny i przyjaciół oraz z Internetu (n = 13; 26,0%).

Z badan wynika, że w czasie pobytu w szpitalu najczęściej pytano rodziców tylko o zgodę na pierwsze szczepienia (n = 47; 49%), 1 osoba stwierdziła, że nie zapytano jej o taką zgodę. Pozostali ankietowani uzyskali informacje w postaci pisemnych materiałów informacyjnych (n = 16; 16,7%) lub przekazano im, że takich informacji albo udzieli im lekarz na wizycie szczepiennej (n = 17; 17,7%) albo pielęgniarka w punkcie szczepień (n = 11; 11,5%) lub położna w czasie wizyty patronażowej (n = 12; 12,5%). Tylko 2 osoby stwierdziły, że otrzymały pełen zakres informacji na temat szczepień w oddziale noworodkowym. Różny sposób przekazania informacji rodzicom na temat szczepień u dzieci ilustruje **tabela 3**.

Tabela 3. Sposoby przekazywania rodzicom pierwszej informacji na temat szczepień a miejsce narodzin dziecka

Miejsce zamieszkania		Odpowiedzi Sposób przekazania informacji na temat szczepień				
	N %	Zapytanie jedynie o zgodę na pierwsze szczepienia	Wręczenie materiałów pisemnych	Pielęgniarka punktu szczepień	Położna przeprowadzająca wizytę patronażową	Lekarz na wizycie szczepiennej
Warszawa	N	36	9	9	6	15
	%	52,2%	13,0%	13,0%	8,7%	21,7%
Inne miejsca	N	11	7	2	6	2
	%	47,7%	25,9%	7,4%	22,2%	7,4%
Ogółem	N	47	16	11	12	17
	%	49,0%	16,7%	11,5%	12,5%	17,7%

Źródło: badania własne

Z udzielonych odpowiedzi wynika, że 23,5% respondentów (n = 23) zapytano o adres zakładu leczniczego podstawowej opieki, który będzie realizował opiekę medyczną i szczepienia u dziecka po opuszczeniu szpitala. Większość rodziców (n = 56; 57,1%) stwierdziło, że nie zapytano o adres tego zakładu, natomiast pozostali (n = 18; 18,4%) nie pamiętali takiego pytania. Częściej pytano w tej sprawie rodziców dzieci spoza Warszawy niż w Warszawie, również ci mieszkańcy zwykle nie pamiętali takiego pytania (**Tabela 4**).

Tabela 4. Pytanie rodziców o adres zakładu leczniczego kontynuującego opiekę medyczną nad nowonarodzonymi dziećmi w Warszawie i poza Warszawą

		Czy w oddziale położniczym/ noworodkowym zapytano Panią o adres zakładu leczniczego realizującego opiekę po opuszczeniu szpitala?			Ogółem
		Nie	Nie pamiętam	Tak, podałem/ -am adres	
Warszawa	N	48	14	7	69
	%	69,6%	20,3%	10,1%	100,0%
	% ogółu	49,0%	14,3%	7,1%	70,4%
Inne	N	8	4	16	28
	%	27,6%	13,8%	55,2%	96,6%
	% ogółu	8,2%	4,1%	16,3%	28,6%
Razem	N	56	18	23	98
	%	57,1%	18,4%	23,5%	100,0%

Źródło: badania własne

Badanych rodziców zapytano, czy w oddziale noworodkowym poinformowano ich, jakie są niezbędne dokumenty do zaszczepienia dziecka. Łącznie 41,1% (n = 39) rodziców nie otrzymało takich informacji; 18,9% (n = 18) ich nie pamiętało, a 14,7% (n = 14) zrozumiało, że konieczna jest tylko książeczka zdrowia dziecka. Pełną informację, że jest to książeczka zdrowia dziecka i karta uodpornienia otrzymało 25,3% (n = 24) badanych rodziców. Bardziej doinformowani w zakresie omawianej dokumentacji medycznej byli rodzice dzieci urodzonych poza Warszawą. Z ogólnej liczby rodziców dzieci urodzonych poza Warszawą 29,6% (n = 8) otrzymało kompletną informację, że jest to książeczka zdrowia dziecka i karta uodpornienia; 25,9% (n = 7) poinformowano tylko o książeczce zdrowia dziecka, 22,2% (n = 6) rodziców w ogóle nie uzyskało powyższej informacji i tyle samo nie pamiętało, czy takie wyjaśnienia uzyskali. W grupie rodziców, których dzieci urodziły się w Warszawie, 23,5% osób (n = 16) otrzymało pełną informację, 10,3% (n = 7) wskazano książeczkę zdrowia dziecka, 48,5% (n = 33) w ogóle nie udzielono informacji na ten temat, a 17,6% (n = 12) nie pamiętało takich informacji.

W trakcie wypisu dziecka z oddziału noworodkowego 68,4% ogółu badanych (n = 65) potwierdziło, że otrzymało karty uodpornienia do ręki, 21,1% (n = 20) stwierdziło, że ich nie otrzymało, a 10,5% (n = 10) nie pamiętało tego faktu (**Tabela 5**).

Tabela 5. Przekazywanie kart uodpornienia rodzicom a miejsce urodzenia się dziecka

		Czy w trakcie wypisu dziecka z oddziału noworodkowego otrzymali Państwo również kartę uodpornienia do ręki?			Ogółem
		Tak	Nie	Nie pamiętam	
Warszawa	N	48	13	8	69
	%	69,60%	18,80%	11,60%	100,00%
	% ogółem	50,50%	13,70%	8,40%	72,60%
Inne	N	17	7	2	26
	%	65,40%	26,90%	7,70%	100,00%
	% ogółem	17,90%	7,40%	2,10%	27,40%
Ogółem	N	65	20	10	95
	%	68,40%	21,10%	10,50%	100,00%
	% ogółem	68,40%	21,10%	10,50%	100,00%

Źródło: badania własne

Różnice te okazały się istotne statycznie dla rodziców dzieci urodzonych w Warszawie ($p < 0,005$) i objętych później opieką niepublicznego zakładu otwartej opieki zdrowotnej ($p = 0,039$) oraz w opiniach rodziców powyżej 30 r.ż. ($p = 0,010$).

Spośród 21,1% osób (n = 20), które nie otrzymały karty uodpornienia dziecka do ręki, 14,9% (n = 15) stwierdziło, że została ona przekazana do wskazanej przychodni podstawowej opieki zdrowotnej. Tylko w 10,5% przypadków (n = 10) (dotyczyło to 4 osób z NZOZ i 6 z SPZOZ) podane informacje były spójne z wcześniejszy-

mi zapisami w dokumentacji medycznej i wskazywały, że karty faktycznie przesłano do wymienionych zakładów (**Tabela 6**).

Tabela 6. Przekazywanie kart uodpornienia w inny sposób a miejsce urodzenia się dziecka

		Jeśli nie otrzymali Państwo karty uodpornienia do ręki, to gdzie została ona przekazana?		Ogółem
		Do wskazanego przez nas Zakładu POZ	Nie otrzymaliśmy takiej informacji	
Warszawa	N	7	13	20
	%	31,8%	59,1%	90,9%
	% ogółem	19,4%	36,1%	55,5%
Inne	N	7	7	14
	%	50,0%	50,0%	100%
	% ogółem	19,4%	19,4%	38,9%
Ogółem	N	14	20	34
	%	38,9%	55,6%	94,5%
	ogółem	38,9%	55,6%	94,5%

Źródło: badania własne

Rodzice rzadko mieli problemy z wykonaniem szczepień ochronnych 6,3% (n = 5) wynikające z braku karty uodpornienia. Najwięcej osób, 32,7% badanych (n = 33), stwierdziło, że kartę odebrała położna środowiskowa na wizycie patronażowej. W 20,8% przypadków (n = 21) rodzice zanieśli ją do przychodni POZ w czasie pierwszej rejestracji, natomiast 19,8% osób (n = 20) poinformowało, że karta została przesłana do zakładów POZ przez szpital, w którym urodziło się dziecko. Ta informacja jednak odbiega od wcześniej zweryfikowanych danych, z których wynikało, że karty uodpornienia zostały przesłane do zakładów POZ tylko w 10 przypadkach. Większe problemy z realizacją szczepień mieli rodzice dzieci ZOZ-u publicznego (**Tabela 7**).

Tabela 7. Trudności w realizacji szczepień wynikające z nieprawidłowego obiegu kart uodpornienia

Odpowiedzi	Łącznie	NZOZ	SPZOZ
		Częstość N procent	
Nie doświadczyłem/-am takiej sytuacji, szpital przesłał kartę uodpornienia	20 19,8%	5 12,8%	15 36,6%
W czasie wizyty patronażowej położna środowiskowa odebrała ode mnie kartę uodpornienia	33 32,7%	21 53,8%	12 29,3%
Sam/-a wcześniej zgłosiłem/-am dziecko do zakładu POZ i oddałem/-am kartę	21 20,8%	12 30,8%	9 22,0%
Szczepienia u mojego dziecka opóźniły się gdyż nie wiadomo gdzie znajdowała się karta uodpornienia	5 5,0%	1 2,6%	4 9,8%
Ogółem	80 79,2%	39 100,0%	41 100%
Braki danych	22 21,8%		
Ogółem	101 100,0%		

Źródło: badania własne

Dyskusja

Kluczowa problematyka poruszana w niniejszej pracy dotyczyła procedury przekazywania kart uodpornienia dziecka, podczas wypisu z oddziału położniczo-noworodkowego, celem kontynuacji szczepień w podstawowej opiece zdrowotnej. Wymieniona karta jest ważnym dokumentem zawierającym wszystkie informacje na temat wykonanych szczepień u danego dziecka i powinna zawsze pozostawać w dyspozycji zakładów opieki zdrowotnej. Karta ta powinna drogą formalną podążać za dzieckiem (np. po opuszczeniu szpitala trafiać listownie do przychodni POZ). Szczepienia odnotowuje się również w książeczce zdrowia dziecka, która powinna być w posiadaniu rodziców lub prawnych opiekunów dziecka, w przeciwieństwie do karty uodpornienia.

Spójność zapisów w tych dwóch dokumentach opieki medycznej jest szczególnie istotna dla bezpieczeństwa dziecka. Wykonanie szczepienia bez poświadczenia w którymkolwiek dokumencie może skutkować nieprawidłowościami w dalszej realizacji programu szczepień np. zaszczepienie dziecka powtórnie. W odczuciu autorów, w kontekście narastających tendencji antyszczepionkowych, wydawanie kart bezpośrednio rodzicom budzi wiele wątpliwości. Istnieje bowiem możliwość, że rodzice, którzy nie chcą szczepić swoich dzieci, mogą te karty przetrzymywać. Jest to bardzo niekorzystna sytuacja dla zdrowia dziecka.

Doświadczenia codziennej pracy autorów oraz pielęgniarek punktów szczepień wskazują, że takie sytuacje się zdarzają. Z badań własnych wynika, że 68% rodziców otrzymało karty uodpornienia, w tym aż 20% z tej grupy – bez żadnych instrukcji co do dalszego postępowania. Tylko 10% twierdziło, że karty te faktycznie zostały przesłane do wskazanych przychodni podstawowej opieki zdrowotnej.

Badania przeprowadzono w przychodniach POZ wśród rodziców, którzy zgłosili się na wizyty szczepienne lub kontrolne ze swoimi dziećmi. Nie wiadomo jednak, ilu rodziców na takie wizyty się nie pojawiło. Opisana sytuacja może prowadzić w pewnych aspektach do braku pełnej kontroli systemowej nad szczepieniami. Analizy stanu zaszczepienia populacji prowadzone przez Głównego Inspektora Sanitarnego (GIS) w znacznej mierze opierają się na podstawie sprawozdań z punktów szczepień i informacji

odnotowywanych z przechowywanych tam posiadanych kart uodpornienia [4]. Jeśli jednak zobowiązane do składania raportów zakłady opieki zdrowotnej nie posiadają wszystkich kart uodpornienia, to przekazywane informacje mogą nie odzwierciedlać w pełni stanu faktycznego realizacji szczepień ochronnych określonej populacji.

Według rejestrów GIS corocznie w Polsce przybywa osób uchylających się od szczepień ochronnych. W 2012 roku było ich w Polsce 5314, odpowiednio w 2013–7248 natomiast wstępne szacunki z roku 2014 wskazują na wzrost do 12 361 takich przypadków [4]. W tej sytuacji oczywiste są działania GIS zmierzające do wykrycia wszystkich środowisk potencjalnie zagrożonych wystąpieniem ognisk zakażeń w wyniku nieszczepienia. Istnieją też określone sankcje za nieszczepienie dzieci, które mają skłonić uchylających się rodziców do zmiany decyzji [5].

Te działania nie są jednak wystarczająco skuteczne. Dlatego warto zastanowić się, czy oprócz poddania rodziców kontroli i karaniu nie otoczyć ich wzmożoną opieką, a przede wszystkim budować pozytywne relacje przez dobrze zorganizowaną edukację. Istnieje bowiem możliwość, że rodzice pokierowani przez kompetentny personel zmienią swoje nastawienie do szczepień [6]. Zasadne wydaje się też uszczegółowienie zapisów dotyczących przekazywania dokumentacji medycznej rodzicom i podmiotom świadczącym opiekę nad dziećmi, a także zadbanie, aby rodzice nie otrzymywali do ręki dokumentów medycznych, które nie są dla nich przeznaczone.

Ustawodawca przewiduje też inne rozwiązanie prawne, które ma zapewnić ciągłość opieki medycznej nad matką i noworodkiem. We wspomnianym już Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 roku w pkt. 7 zobowiązuje się szpitale do przesyłania w dniu wypisu położnej rodzinnej zgłoszenia o porodzie. Okazuje się, że tylko 25% uczestniczących w badaniu rodziców zapytano przy wypisie noworodka ze szpitala o adres zakładu realizującego opiekę zdrowotną nad matką i dzieckiem po porodzie.

Z powyższych danych wynika, że zapewnienie ciągłości opieki medycznej i szczepień w 75% przypadków zależy wyłącznie od rodziców. Z doświadczeń autorów wynika też, że wielu rodziców nawet pod koniec ciąży nie wie, gdzie będzie realizowało dalszą opiekę nad dzieckiem i staje się to powodem niepodawania adresu zakładu świadczącego podstawową opiekę zdrowotną. Na tym etapie jednak rodzice powinni być edukowani bardziej intensywnie w kwestii szczepień, by decyzję dotyczącą późniejszej opieki nad dzieckiem mogli podjąć przed urodzeniem dziecka. Rzetelne przekazywanie informacji o urodzonych dzieciach do podmiotów leczniczych sprawujących podstawową opiekę zdrowotną jest konieczne i nie może być uzależnione wyłącznie od dobrej woli podmiotów świadczących opiekę nad położnicą i noworodkiem. Może warto wykorzystać w tym celu dostępne środki elektroniczne, podobnie jak ma to miejsce z przekazywaniem zgłoszeń o zachorowaniach na choroby zakaźne [7]. Potrzebne są również bardziej szczegółowe badania wśród personelu medycznego, połączone z analizą dokumentacji medycznej w szpitalach i przychodniach POZ, czy szpitale rzeczywiście wysyłają zgłoszenia o urodzeniach noworodków do przychodni, a jeśli nie – to, co jest tego przyczyną.

W niniejszej pracy poddano analizie realizację dwóch procedur: przesyłania kart uodpornienia ze szpitali do przychodni podstawowej opieki zdrowotnej oraz wysyłania zgłoszeń o urodzeniach noworodków z tychże szpitali do wspomnianych przychodni. Procedury te uzupełniają się i mają za zadanie zapewnienie ciągłości szczepień i opieki medycznej nad najmłodszymi dziećmi. W realizacji obydwu procedur zdarzają się sytuacje, które mogą skutkować zaburzeniem realizacji programu szczepień ochronnych i opieki medycznej.

Wnioski

1. Według informacji uzyskanych od rodziców dzieci do lat 5 większość podmiotów leczniczych sprawujących opiekę okołoporodową nad matką i dzieckiem nie przesyła informacji o szczepieniach wykonanych u dzieci (kart uodpornienia) do właściwych zakładów podstawowej opieki zdrowotnej.
2. Rodzice otrzymują karty uodpornienia dzieci i wyłącznie od nich zależy decyzja o zgłoszeniu się we właściwym terminie na szczepienia z dzieckiem.
3. Nieprawidłowości w przekazywaniu kart uodpornienia mogą skutkować zaniedbaniami w realizacji szczepień u najmłodszych dzieci.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Ustawa z 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. (Dz. U. 2008 nr 234 poz 1570, z późn. zm.).
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych. (Dz. U. Nr 182 poz. 1086.).
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki około-

porodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem, (Dz, U z 2012r. poz. 1100).
4. Główny Inspektor Sanitarny, Stan sanitarny kraju w roku 2014, http://www.gis.gov.pl/?go=content&id=30 (dostęp z dnia 05.09.2015 roku).
5. Wysocki J., Czajka H. Szczepienia w pytaniach i odpowiedziach. Wydanie V. Kraków, Help-med, 2014.
6. MacDonald Noni E., Finlay Jane C. Jak postępować z rodzicami, którzy wahają się z wyrażeniem zgody na szczepienie dziecka, Medycyna Praktyczna 3 (7) 2013, s. 49–54.
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2013 r. w sprawie zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej. (Dz. U. Z 2013 r. poz. 848.).

Zaakceptowano do edycji: 20.08.19
Zaakceptowano do publikacji: 26.09.19

Adres do korespondencji:
Elżbieta Antos
Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego
w Warszawie
Wydział Rehabilitacji
Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego
ul. Marymoncka 34
00-968 Warszawa 45
tel. 608 376 00
e-mail: ela.antos@op.pl

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA ORYGINALNA

WYBRANE UWARUNKOWANIA OBCIĄŻENIA OPIEKUNÓW NIEFORMALNYCH WEDŁUG COPE-INDEKS W OPIECE DOMOWEJ NAD PACJENTAMI Z DEFICYTEM SPRAWNOŚCI FUNKCJONALNEJ

SELECTED FACTORS CONDITIONING A NEGATIVE IMPACT ON INFORMAL OF HOME CARE PATIENTS WITH FUNCTIONAL MOBILITY DEFICITS ACCORDING TO THE COPE-INDEX

Agnieszka Bartoszek, Barbara Ślusarska, Alina Deluga, Grzegorz Józef Nowicki, Katarzyna Piasecka, Katarzyna Kocka, Hanna Kachaniuk

Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2019.27

STRESZCZENIE

Wstęp. Wystąpienie choroby przewlekłej z towarzyszącym deficytem sprawności funkcjonalnej u jednego z członków rodziny powoduje wzrost zapotrzebowania na świadczenia z zakresu opieki formalnej i nieformalnej nad pacjentem. Konsekwencją sprawowania długotrwałej opieki nad chorym w środowisku domowym jest obciążenie opiekuna nieformalnego.
Cel. Analiza wybranych uwarunkowań obciążenia opiekunów nieformalnych w opiece domowej nad pacjentami z deficytem sprawności funkcjonalnej w oparciu o czynniki socjodemograficzne oraz organizacyjno-zdrowotne.
Materiał i metody. W badaniu wzięło udział 150 opiekunów nieformalnych opieki domowej i 149 pacjentów z chorobami przewlekłymi z deficytem sprawności funkcjonalnej. Do oceny obciążenia opiekunów nieformalnych zastosowano narzędzie przesiewowe do rozpoznawania potrzeb opiekunów rodzinnych – kwestionariusz COPE-Indeks.
Wyniki. Średnia wartość obciążenia opiekunów w subskali Negatywny Wpływ Opieki (NWO) wyniosła 11,80 (SD = 3,75) i świadczy o przeciążeniu opieką oraz wzrasta wraz z długością czasu trwania sprawowanej opieki ($p < 0,01$) oraz pogorszeniem stanu zdrowia opiekuna ($p < 0,01$). W subskali Pozytywna Wartość Opieki (PWO) średnia wartość wyniosła 13,71 (SD = 2,07), a w obszarze Jakości Wsparcia (JW) 12,4 (SD = 2,69). Domeny PWO i JW pozostają w istotnej korelacji z wiekiem pacjenta, płcią żeńską opiekuna, wzrostem czasu opieki oraz wsparciem uzyskanym od innych osób ($p < 0,01$).
Wnioski. Opiekunowie nieformalni odczuwają obciążenie w związku z opieką nad pacjentem z deficytem sprawności funkcjonalnej w opiece domowej, ale też odczuwają satysfakcję w zakresie pozytywnej wartości opieki i jakości wsparcia. Obciążenie opiekuna koreluje z wiekiem chorego oraz czasem trwania opieki, a także stanem zdrowia opiekuna.

Słowa kluczowe: obciążenie, opiekun nieformalny, opieka domowa, deficyt sprawności funkcjonalnej.

ABSTRACT

Introduction. The occurrence of chronic disease with functional mobility deficits in a family member results in an increased need for providing formal and informal patient care services. As a result of a long-term patient care in a home environment, a negative impact is imposed on informal carers.
Aim. An analysis of selected factors conditioning a negative impact on informal carers of home care patients with functional mobility deficits, based on social and demographic, as well as organizational and health factors.
Material and methods. The survey was conducted among 150 informal home carers and 149 chronic disease patients with functional mobility deficits. The assessment of the negative impact on informal carers was carried out using a screening tool which allows identifying the needs of home carers, that is the COPE-Index questionnaire.
Results. The average value of negative impact on home carers in the negative impact subscale was 11.80 (SD =3.75), which suggests that provision of care results in overburdening of carers which becomes exacerbated with time ($p < 0,01$), and leads to the deterioration of caregivers' health ($p < 0,01$). The average value in the positive value subscale was 13.71 (SD = 2.08), and the quality of support subscale was 12.4 (SD = 2.69). The results indicated by the positive value and quality of support subscales showed a significant correlation with the age, the fact that the caregiver was a female, the increase of time of care and the availability of support of other persons ($p < 0,01$).
Conclusions. Although, the informal carers experience negative impact related to providing home care to patients with functional mobility deficits, they also stress the positive emotions in terms of positive value of care and quality of support. The burden on the carer correlates with the patient's age and period of care, as well as the physical and mental condition of the carer.

Keywords: negative impact, informal carer, home care, functional mobility deficits.

Wstęp

Wystąpienie choroby przewlekłej z towarzyszącym deficytem samodzielności funkcjonalnej u jednego z członków rodziny wpływa na jej funkcjonowanie w istotny sposób [1]. Niska sprawność funkcjonalna pacjentów pozostających w domowej opiece długoterminowej jest przyczyną wielu problemów zdrowotnych samego pacjenta, ale także problemów związanych z zapewnieniem opieki w środowisku domowym. Taka sytuacja powoduje wzrost zapotrzebowania na świadczenia z zakresu opieki formalnej i nieformalnej nad pacjentem. Jedną z form opieki formalnej w polskim systemie opieki zdrowotnej jest pielęgniarska opieka długoterminowa, którą mogą być objęci pacjenci w środowisku domowym uzyskujący w ocenie skalą Barthel od 0 do 40 punktów i posiadają skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego [2]. Poza tymi świadczeniami podopieczni z deficytem sprawności funkcjonalnej w środowisku domowym pozostają także pod opieką opiekunów nieformalnych. Opieka nieformalna jest pojęciem szerszym niż opieka rodzinna, gdyż poza członkami rodziny w opiekę mogą być zaangażowani znajomi, sąsiedzi, wolontariusze oraz osoby ze środowisk lokalnych [3]. Przeważająca część osób niesamodzielnych w Polsce otrzymuje pomoc i opiekę głównie ze strony rodziny i krewnych [4] choć według badań europejskich tendencja jej udziału jest malejąca [5].

W polskich nielicznych badaniach dotyczących oceny sprawności funkcjonalnej z użyciem skali Barthel pacjentów objętych domową długoterminową opieką pielęgniarską ponad połowę badanych stanowią pacjenci z niską sprawnością funkcjonalną (w skali Barthel 0–40 pkt) tj. wymagający dużego zakresu pomocy w wykonywaniu podstawowych czynności codziennych lub niezdolni do samoopieki [6, 7].

Sprawowanie długotrwałej opieki nieformalnej nad pacjentem z niską sprawnością funkcjonalną pociąga za sobą wiele konsekwencji dla opiekuna w postaci obciążenia psychicznego, fizycznego i materialnego [8], które pogarszają ich jakość życia, w tym funkcjonowanie w obszarze społecznym, rodzinnym i zawodowym [9]. Opiekunowie rodzinni/nieformalni mają wiele różnych obowiązków w opiece: świadczenie usług pielęgnacyjnych, leczniczych i transportowych; zaspokojenie potrzeb emocjonalnych oraz udzielanie wsparcia psychologicznego podmiotom opieki. Szeroki zakres obowiązków wykonywanych przez opiekunów nieformalnych na rzecz niesprawnych członków rodziny często przytłacza ich, przyczyniając się do zmniejszenia ich zatrudnienia lub godzin pracy [10, 11], jak również pogorszenia zdrowia fizycznego i psychicznego, a tym samym zmniejszenia dobrostanu wszystkich członków rodziny [12]. Negatywny wpływ opieki nie jest uznawany za chorobę lub dysfunkcję opiekuna nieformalnego, chociaż czasami jest porównywany do „cichej choroby" lub „cierpienia w ciszy" i jest często pomijany przez klinicystów skupionych wyłącznie na problemach zdrowotnych pacjentów potrzebujących opieki [13]. Na poczucie obciążenia przez opiekuna mają wpływ czynniki związane bezpośrednio z charakterystyką opiekunów (medyczne, psychologiczne, socjodemograficzne), dotyczące pacjenta (psychopatologiczny obraz choroby, osobowość) oraz czynniki środowiskowe i społeczne (wsparcie rodzinne) [14]. Opiekunowie, którzy są w zaawansowanym wieku, kobiety oraz opiekunowie mieszkający wspólnie z pacjentem doświadczają większego poczucia obciążenia niż opiekunowie młodzi, mężczyźni, a także ci, którzy mieszkają poza miejscem zamieszkania chorego. Wiele badań dowodzi, że najwyższego poziomu obciążenia doświadczają współmałżonkowie jako opiekunowie nieformalni [15, 16].

Cel pracy

Celem badawczym pracy była analiza wybranych uwarunkowań obciążenia opiekunów nieformalnych w opiece domowej nad pacjentami z deficytem sprawności funkcjonalnej w oparciu o czynniki socjodemograficzne oraz organizacyjno-zdrowotne.

Materiał i metody

Projekt badań i uczestnicy

Badania zostały przeprowadzone w pięciu publicznych zakładach opieki zdrowotnej w województwie lubelskim w okresie od września 2016 do lutego 2017 roku. Wywiad został przeprowadzony wśród opiekunów nieformalnych (n = 150) oraz pacjentów (n = 149) z chorobami przewlekłymi i deficytem sprawności funkcjonalnej, objętych opieką w warunkach domowych. Dane w wywiadzie bezpośrednim kolekcjonowały pielęgniarki (n = 18) podczas wizyt domowych. Pielęgniarki przed przystąpieniem do zbierania danych zostały zapoznane z projektem badania oraz przygotowane do zbierania danych zgodnie z przyjętą procedurą badania.

Kryterium doboru opiekuna było: pełnienie funkcji opiekuna nieformalnego/rodzinnego badanych pacjentów oraz wyrażenie zgody na udział w badanu. Kryterium doboru pacjentów objętych pielęgniarską domową opieką długoterminową stanowiły: deficyt sprawności funkcjonalnej chorego wg skali Barthel 0–85 pkt, prawidłowy stan umysłowy wg Skróconego Testu Sprawności Umysłowej (AMTS) powyżej 6 pkt, w wywiadzie chorobowym miażdżyca uogólniona (ICD-10 – I70), brak współistniejącej

choroby nowotworowej i niewydolności nerek, dobrowolnie wyrażona zgoda na udział w badaniu.

Narzędzia badawcze oceny obciążenia opiekunów nieformalnych

W kwestionariuszu oceny opiekuna nieformalnego pacjentów z deficytem sprawności funkcjonalnej w opiece domowej uwzględnione zostały następujące dane socjodemograficzne: płeć, wiek, stan cywilny, zatrudnienie, stopień pokrewieństwa z podopiecznym; oraz dane organizacyjno-zdrowotne: odległość miejsca zamieszkania opiekuna od podopiecznego, samoocena stanu zdrowia opiekuna, doświadczenie związane z opieką nad podopiecznym w domu.

Do oceny obciążenia opiekunów nieformalnych/rodzinnych zastosowano kwestionariusz COPE Indeks. COPE Indeks jest wstępnym narzędziem przesiewowym do rozpoznawania potrzeb opiekunów i podkreśla subiektywną ocenę opiekuna jego sytuacji i okoliczności sprawowania opieki [17]. Narzędzie składa się z 15 pytań zawartych w trzech podskalach: Negatywny Wpływ Opieki (NWO) – 7 pytań, Pozytywna Wartość Opieki (PWO) – 4 pytania oraz Jakość Wsparcia (JW) – 4 pytania. Ostatnie pytanie skali COPE Indeks jest pytaniem otwartym i brzmi: Czy jest jeszcze coś, o czym chciałby Pan/i nam powiedzieć? Przeciążenie opieką nad pacjentem w obszarze NWO posiada zakres 7–28 pkt, pozostałe domeny: PWO i JW posiada zakres 4–16 pkt. Podskale nie posiadają referencyjnych wartości progowych, ponieważ każda z domen COPE Indeks stanowi pewną ciągłość. Zostały zatwierdzone jako wewnętrznie spójne, z wykorzystaniem dużej próby opiekunów nieformalnych pobranych z sześciu krajów europejskich, w tym dla Polski. Współczynnik rzetelności alfa Cronbacha dla narzędzia COPE Indeks wynosi 0,82 [17].

Dane pacjentów z deficytem sprawności funkcjonalnej w opiece domowej

Do oceny podstawowych czynności życia codziennego zastosowano skalę Barthel. W skali tej pod uwagę bierze się czynności codziennego życia, takie jak spożywanie posiłków, przemieszczanie się, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety, kąpiel całego ciała, poruszanie się po płaskiej powierzchni, wchodzenie po schodach, ubieranie się, kontrolowanie stolca i moczu. W zależności od zakresu samodzielności pacjentowi przyznaje się 0–100 punktów. Ilość uzyskanych punktów świadczy o stopniu deficytu sprawności i określa jego stan oraz zapotrzebowanie na opiekę. Sprawność podopiecznych można było różnicować w zależności od przedziałów punktowych, do jakich zostali zakwalifikowani: 86–100 punktów – pacjent dobrze radzi sobie z czynnościami życia codziennego; 21–85 punktów – pacjent częściowo nie radzi sobie z czynnościami życia codziennego; 0–20 punktów – pacjent nie potrafi samodzielnie wykonać większości czynności życia codziennego [18].

Oceny przydatności kwestionariusza Barthel w warunkach polskiej opieki zdrowotnej jako wiarygodnego narzędzia (współczynnik α-Cronbacha 0,78 ÷ 0,89; współczynnik korelacji test-retest 0,93 ÷ 0,95) do mierzenia zakresu samodzielności w wykonywaniu czynności życia codziennego przez osoby starsze zostały potwierdzone w badaniach Kuźmicz i wsp. [19].

Wymagania bioetyczne badań

Na prowadzenie badań uzyskano pisemną zgodę menedżerów i dyrektorów poszczególnych zakładów opieki zdrowotnej, w których pracowały pielęgniarki opieki długoterminowej. Wszyscy uczestnicy badania (opiekunowie nieformalni oraz pacjenci) wyrazili świadomą pisemną zgodę. Badanie zostało przeprowadzone po uzyskaniu pozytywnej opinii Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie (Nr KE-0254/13./2016) i zgodnie z wymaganiami Deklaracji Helsińskiej.

Analiza statystyczna

Pozyskane dane poddano analizie statystycznej przy wykorzystaniu programu IBM SPSS Statistics (wersja 20). Zmienne zostały podsumowane przy użyciu standardowych statystyk opisowych, takich jak średnie (M), mediana (Me), odchylenia standardowe (SD) i częstotliwości. W celu ustalenia związku pomiędzy zmiennymi mierzonymi na skali ilościowej zastosowano współczynnik korelacji r Pearsona. Przed zastosowaniem tego współczynnika przeanalizowano rozkłady zmiennych: skośność i kurtoza mieściła w przedziale (-1; 1). W przypadku zmiennych porządkowych lub zmiennych, których rozkłady nie spełniały warunków zastosowania r Pearsona, zastosowano współczynnik korelacji rho Spearmana. Do ustalenia związku pomiędzy zmienną ilościową, a zmienną dychotomiczną zastosowano współczynnik korelacji punktowo-biseryjnej. Przyjęto istotność statystyczną na poziomie $p < 0,05$.

Wyniki

Charakterystyka opiekunów nieformalnych

Wśród opiekunów większość osób stanowiły kobiety (75,3%). Średni wiek badanych wynosił 57,69 lat (SD = 12.9), najmłodszy opiekun był w wieku 26 lat, a najstarszy – 84 lat. Analiza kategorii wiekowych opiekunów wskazuje, że liczba opiekunów wrasta w każdej kolejnej grupie wiekowej: do 65 r.ż. (od 2–20% opiekunów), jednak najwięcej opiekunów (34,7%) jest w grupie wiekowej 56–65 lat.

Zdecydowana większość opiekunów (68,7%) deklarowała życie w związku małżeńskim/partnerskim. Rolę opiekuna nieformalnego najczęściej pełniły dzieci osób objętych opieką długoterminową (46,7%) oraz współmałżonkowie (22%), z kolei 15,5% opiekunów nie miało żadnego pokrewieństwa z pacjentem. Około 4% badanych opiekunów stanowili inni członkowie rodziny pacjentów. Dla prawie połowy opiekunów (47,3%) biernych zawodowo głównym źródłem dochodów była emerytura/renta oraz praca w pełnym (34,6%) oraz niepełnym (8%) wymiarze godzinowym (**Tabela 1**). Sprawowanie opieki nad chorym w domu związane było z bliską odległością miejsca zamieszkania opiekuna od pacjenta objętego opieką długoterminową. Najwięcej opiekunów (57,3%) mieszka razem z pacjentem w tym samym mieszkaniu, w następnej kolejności: 12,7% opiekunów dojeżdża około 10 minut środkiem lokomocji i 11,3% mieszkało w odległości krótkiego spaceru.

Tabela 1. Charakterystyka nieformalnych opiekunów pacjentów z deficytem sprawności funkcjonalnej (N = 150)

Zmienna	n (%)
Płeć	
Kobieta	113 (75,3%)
Mężczyzna	37 (24,7%)
Wiek w latach (M=57,69; SD=12,9)	
26–35	11 (7,3%)
36–45	15 (9,3%)
46–55	31 (20,0%)
56–65	52 (34,7%)
66–75	31 (20,7%)
76 i powyżej	10 (6,7%)
Stan cywilny	
Wolny	47 (31,3%)
W związku	103 (68,7%)
Miejsce zamieszkania	
Miasto	140 (93,9%)
Wieś	9 (6,1%)
Stopień pokrewieństwa z podopiecznym	
Współmałżonek	33 (22,0%)
Rodzic	70 (46,7%)
Rodzeństwo	4 (2,7%)
Dziecko	2 (1,3%)
Synowa/zięć	7 (4,7%)
Inny członek rodziny	6 (4,0%)
Przyjaciel/sąsiad	5 (3,3%)
Brak pokrewieństwa	23 (15,3%)
Aktywność zawodowa	
Pełny etat	52 (34,6%)
Niepełny etat	12 (8,0%)
Umowa zlecenie	6 (4,0%)
Emerytura/renta	73 (48,6%)
Bezrobotna/y	6 (4,0%)
Student/ka	1 (0,7%)

M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe

Charakterystyka pacjentów domowej opieki pozostających pod opieką opiekunów nieformalnych

W grupie pacjentów (n = 149) objętych domową opieką długoterminową z deficytem sprawności funkcjonalnej według skali Barthel (0–85 pkt) było 76,5% kobiet oraz 23,5% mężczyzn. Rozpiętość wiekowa badanej grupy wynosiła od 58 lat do 104 lat, średnia wieku 74,91 (SD = 9,08). W większości były to osoby zamieszkujące w mieście (93,9%) oraz osoby w stanie cywilnym wolnym (65,1%). Wszyscy pacjenci byli objęci opieką domową, z której średnio korzystali 3,59 lat (SD = 2,68). Średnia ocena sprawności funkcjonalnej u pacjentów wg skali Barhel wynosiła 43,2 (SD = 27,06). Najliczniejszą grupę 68 osób (45,6%) stanowili pacjenci w ocenie skalą Barthel z punktacją 21–40 oraz pacjenci z punktacją 0–20 (32,9%; n = 49).

Średnia liczba leków przepisanych przez lekarza i przyjmowanych przez pacjentów wynosi 7,9 (SD = 2,8). Badani pacjenci charakteryzują się wielochorobowością, dominują schorzenia reumatologiczne (77,9%), narządów zmysłów (65,1%), psychiatryczne (51,7%), endokrynologiczne (45%), układu oddechowego (19,5%) oraz układu nerwowego (18,5%). Większość badanych pacjentów opieki długoterminowej pozytywnie oceniła sprawowaną nad nimi opiekę: bardzo dobrze (64%), dobrze (24%), dostatecznie i źle (5,4%). 6,6% ankietowanych nie udzieliło odpowiedzi.

Samoocena stanu zdrowia i doświadczenie związane z opieką opiekunów nieformalnych

Większość opiekunów ocenia stan swojego zdrowia jako zły (41,3%), przeciętny (34%) oraz bardzo zły (12,7%). Samoocena bardzo dobrego i dobrego stanu zdrowia dotyczy pozostałych 11,3% opiekunów. Ponad połowa badanej grupy opiekunów (53,3%) ma doświadczenie w opiekowaniu się, gdyż pacjent, którym się obecnie zajmuje jest już kolejną osobą, którą się opiekuje. Z kolei dla 41,3% badanych opiekunów podopieczni są pierwszymi, z którymi pracują. Średnia liczba godzin poświęconych tygodniowo na opiekę nad pacjentem przez opiekuna wynosi 34,78 godzin (SD = 45,04), natomiast inne osoby zaangażowane w opiekę nad pacjentem poświęcają średnio 19,69 godzin (SD = 28,4) tygodniowo na sprawowanie opieki nad chorym w opiece długoterminowej (**Tabela 2**).

Tabela 2. Doświadczenie opiekunów związane z opieką nad podopiecznym w domu

Zmienne	n (%)
Doświadczenie w opiece	
Pierwsza osoba, którą się opiekuje	62 (41,3)
Kolejna osoba, którą się opiekuje	80 (53,3)
Praca na co dzień z pacjentami objętymi opieką domową	7 (4,7)
Posiadanie kursu dla opiekunów medycznych	1 (0,7)
Średni czas poświęcony na opiekę nad pacjentem tygodniowo przez opiekuna nieformalnego (w godzinach); (n = 139)	M = 34,78 (SD =45,04)
Średni czas poświęcony na opiekę nad pacjentem tygodniowo przez inne osoby wspierające opiekunów (w godzinach); (n = 72)	M = 19,69 (SD = 28,4)

M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe

Obciążenie opiekunów nieformalnych według COPE-Indeks

Oceny obciążenia opiekuna rodzinnego dokonano oddzielnie dla każdej z analizowanych domen COPE-Indeks. Wartość mediany w skali NWO, równa Me = 11 punktów, posłużyła do dychotomizacji badanych na grupę mniej (7–10 punktów) i bardziej obciążonych opieką (11–28 punktów). W subskali PWO wartość mediany równa 14 pkt, pozwoliła na wyodrębnienie badanych o niskim wskaźniku PWO (4–13 punktów) oraz wyższym wskaźniku (14–16 punktów). W subskali JW wartość mediany 13 pkt posłużyła do dychotomizacji badanych na grupę o niższym (4–12 pkt) i wyższym (13–16 pkt) wskaźniku jakości wsparcia. Średnia wartość w obszarze NWO wyniosła 11,80 (SD = 3,75) i świadczy o przeciążeniu opiekuna w związku z opieką nad pacjentem. W domenie PWO średnia wyniosła 13,71 (SD = 2,07), natomiast w jakości wsparcia JW M = 12,46 (SD = 2,69). Wyniki obu domen PWO i JW wskazują, że mimo obciążenia opieką, opiekunowie rodzinni czerpią pozytywne wartości ze sprawowanej opieki. Wyniki przedstawia **tabela 3**.

Tabela 3. Statystyki opisowe dotyczące obciążenia opiekuna w poszczególnych subskalach COPE Indeks

Subskale COPE-Indeks	M	Me	SD	Min.	Max.	Zakres punktowy subskali
Negatywny Wpływ Opieki (NWO)	11,80	11,00	3,75	7,00	23,00	7–28
Pozytywna Wartość Opieki (PWO)	13,71	14,00	2,07	7,00	16,00	4–16
Jakość Wsparcia (JW)	12,46	13,00	2,69	6,00	16,00	4–16

M – średnia arytmetyczna, Me – mediana, SD – odchylenie standardowe

Obciążenie opiekunów nieformalnych wg COPE-Indeks a zmienne socjodemograficzne i zmienne organizacyjno-zdrowotne

Wyniki analizy korelacji pomiędzy subskalami COPE-Index, a zmiennymi socjodemograficznymi wykazują, że domeny PWO i JW pozostają w niskiej, ale istotnej statystycznie korelacji ($p < 0,05$) z płcią żeńską opiekuna. Jakość wsparcia dawanego przez opiekunów spoza najbliższego kręgu rodziny koreluje z niższym jej poziomem ($p < 0,01$). Wyniki prezentuje **tabela 4**.

Tabela 4. Zmienne socjodemograficzne oraz zdrowotno-organizacyjne opiekuna a subskale COPE-Indeks

Zmienne	Subskala NWO	Subskala PWO	Subskala JW
Wybrane zmienne socjodemograficzne			
Płeć opiekuna	–0,14	0,161*	0,205*
Wiek opiekuna	0,1	–0,09	–0,002
Stan cywilny	0,133	–0,038	–0,006
Pokrewieństwo	0,102	–0,156	–0,286**
Miejsce zamieszkania	–0,058	–0,112	–0,052
Wybrane zmienne zdrowotno-organizacyjne			
Samoocena zdrowia opiekuna	–0,370**	0,303**	0,263**
Doświadczenie w opiece	–0,146	0,153	0,137
Czas opieki opiekuna	0,413**	–0,179*	–0,352**
Czas opieki innej osoby	0,074	0,017	–0,093
Wsparcie w opiece innej osoby	–0,081	–0,021	0,169*

*korelacja istotna na poziomie 0,05, **korelacja istotna na poziomie 0,01

Wysoką istotność statystyczną ($p < 0,01$) stwierdzono w obszarze wszystkich domen COPE-Indeks w zależności od samooceny stanu zdrowia opiekuna. Wraz z pogorszeniem się stanu zdrowia opiekuna wzrasta przeciążenie opieką (NWO), maleje pozytywna wartość opieki (PWO) i jakość wsparcia (JW). Ponadto, wraz ze wzrostem czasu opieki wyraźnie wzrasta korelacja z przeciążeniem opieką w domenie NWO ($p < 0,01$), natomiast maleje satysfakcja z opieki (PWO) ($p < 0,05$) i jakość doświadczonego wsparcia ze strony pomocy formalnej i nieformalnej (JW) ($p < 0,01$). Wzrost wsparcia innych osób w opiece nad pacjentem koreluje z obszarem jakości wsparcia (JW) ($p < 0,05$). Starszy wiek pacjenta koreluje wysoce istotnie statystycznie z domeną NWO ($p < 0,01$), natomiast domeny PWO ($p < 0,05$) i JW ($p < 0,01$) u opiekuna maleją wraz z wiekiem pacjenta przy przeciętnej sile zależności (**Tabela 5**).

Tabela 5. Zmienne socjodemograficzne pacjenta a subskale COPE-Indeks

Zmienne	Subskala NWO	Subskala PWO	Subskala JW
Płeć	0,075	–0,163*	0,007
Wiek	0,263**	–0,181*	–0,322**
Stan cywilny	–0,094	0,04	0,157

*korelacja istotna na poziomie 0,05, **korelacja istotna na poziomie 0,01

Dyskusja

Rodzina i jej członkowie jako opiekunowie nieformalni są najpowszechniejszym i najważniejszym dostawcą usług opiekuńczych w Polsce pomimo wsparcia jakie otrzymuje pacjent z zakresu pielęgniarskiej opieki długoterminowej. Osobą, która najczęściej pełni rolę głównego opiekuna jest najbliższy członek rodziny. W badaniach własnych opiekunowie nieformalni (n = 150) w opiece nad pacjentami z deficytem sprawności funkcjonalnej wg skali Barthel 0–85 pkt wyrażają przeciążenie opieką w subskali NWO (M = 11,80; SD = 3,75) według COPE-Indeks. W badaniach Karczewskiej i wsp. [20] w dwóch grupach opiekunów nieformalnych: grupa I – sprawujących opiekę nad podopiecznymi z otępieniem i zaburzeniami poznawczymi (n = 311), gdzie średni wynik w skali Barthel podopiecznych wynosił 62,7 (SD = 32,5) oraz grupa II – grupa referencyjna opiekunów (n = 686), gdzie średni wynik w skali Barthel podopiecznych wynosił 86,7 (SD = 18,4), średni wynik w skali NWO w grupie pierwszej miał wartość 11,9 (SD = 4,2) vs. grupy drugiej M = 8,9 (SD = 2,7). Uzyskane wyniki w badaniach własnych pozostają w wartościach zbliżonych do grupy opiekunów nieformalnych, sprawujących opiekę nad podopiecznymi z otępieniem, pomimo że wskaźnik sprawności funkcjonalnej w tej grupie był zdecydowanie wyższy niż w naszej grupie badanych pacjentów domowej opieki (M = 43,20; SD = 27,06). Niezależnie od powodu świadczenia opieki przez opiekuna nieformalnego czas jej trwania sięgał niemal 6 lat w badaniach Karczewskiej i wsp. [20], natomiast w badaniach własnych średni czas objęcia pacjentów opieką długoterminową domową wynosił 3,59 lat (SD = 2,68).

Z badań Wojszel [21] wynika, że 44,9% opiekunów na wsi i 57,3% w mieście często lub czasami czuła się przeciążona obowiązkami opiekuńczymi. Wśród nich 79,4% w mieście i aż 90,1% na wsi, co najmniej czasami odczuwała satysfakcję z pełnionej opieki. Wyniki badań własnych wskazują także, że opiekunowie nieformalni w ocenie subskali NWO według COPE-Indeks odczuwają negatywne przeciążenie w związku z opieką nad pacjentem z deficytem sprawności funkcjonalnej, jakkolwiek wyrażają także satysfakcjonujące odczucia w zakresie pozytywnej wartości opieki (PWO) i jakości wsparcia (JW) ze sprawowanej opieki, co niewątpliwie potwierdza satysfakcję z pełnionej roli. W dokonanym przeglądzie literatury przy użyciu skali COPE-Indeks nie odnaleziono innych badań, z zastosowaniem subskal PWO i JW ze sprawowanej opieki. Natomiast niektórzy Autorzy przy użyciu kwestionariuszy autorskich badali poczucie satysfakcji opiekunów nieformalnych z pełnionej opieki, co można odnieść do odczucia pozytywnej wartości opieki w badaniach własnych. W wynikach badań Grochowskiej [7] opiekunów nieformalnych (n = 64) sprawujących nieodpłatną opiekę nad starszą osobą powyżej 65. roku życia dotyczących poczucia satysfakcji oraz obciążenia obowiązkami opieki w zależności od poziomu sprawności podopiecznych wg ADL nie stwierdzono zależności pomiędzy sprawnością podopiecznego, a poczuciem satysfakcji opiekuna ze sprawowanej opieki. Naukowcy z międzynarodowego projektu EUROFAMCARE wysnuli wniosek, że „o ile satysfakcja z opieki nie zmienia się zależnie od poziomu niesprawności podopiecznego w całej próbie badawczej, to obciążenie związane z wykonywaniem czynności opiekuńczych istotnie wzrasta wraz z pogorszeniem się stanu zdrowia i sprawności podopiecznego [22].

W procesie sprawowania opieki nieformalnej wobec podopiecznych potrzebujących pomocy i wsparcia osobami, które najczęściej sprawują taką opiekę, są kobiety. W badaniach Bień i wsp. [22] 79,2% opiekunów należy do rodziny podopiecznego. W większości analizowanych prac autorzy podkreślają dominację kobiet wśród opiekunów osób w podeszłym wieku. U Karczewskiej i wsp. [20] kobiety – opiekunki stanowiły 87,1% badanych, u Piłat [23] – 62,5%, zaś u Wojszel i Bień [24] – 79,7%, a w wynikach badań Zysnarskiej i wsp. [25] – 80,17% stanowiły respondentki. W wynikach badań własnych kobiety stanowiły 75,3% grupy opiekunów nieformalnych. Dane z europejskiego projektu EUROFAMCARE z 2006 roku charakteryzują opiekunów nieformalnych w następujący sposób: są to głównie kobiety (76%), ich średni wiek wynosi 55 lat, a 56% mieszka w tym samym gospodarstwie domowym (lub w tym samym budynku) co podopieczny [26]. W Polsce w większości przypadków usługi domowej opieki długoterminowej są wykonywane przez kobiety, które do roli opiekunek najpierw przygotowują się jako matki (w wieku 30–40 lat), a następnie pełnią opiekę nad starszymi rodzicami i teściami (w wieku 50–60 lat) [27].

Wyniki naszych badań wnoszą kolejną ważna informację związaną z obecnością opiekuna nieformalnego płci żeńskiej. Stwierdzono bowiem, że pozytywna wartość opieki (PWO) i jakość wsparcia (JW) w subskalach COPE-In-

deks koreluje z płcią żeńską opiekunów nieformalni, natomiast jakość dawanego wsparcia maleje wraz ze spadkiem stopnia pokrewieństwa osoby opiekuna z podopiecznym. Informacja ta jest niewątpliwie ważna z punktu widzenia organizacji instytucjonalnych form wspierających opiekę nieformalną, nie tylko z punktu widzenia kosztów opieki, ale także jej wysokiej jakości.

Kolejnym ważnym aspektem analizy obciążenia opiekuna nieformalnego obowiązkami opieki domowej jest kwestia stanu zdrowia opiekunów, z uwzględnieniem ich wieku. W badaniach własnych średnia wieku opiekunów nieformalnych wynosiła 57,69 lat (SD = 12,9), a większość opiekunów oceniło stan swojego zdrowia jako zły (41,3%), przeciętny (34%) oraz bardzo zły (12,7%). W badaniach Zysnarska i wsp. [25] w samoocenie stanu zdrowia tylko 23,6% kobiet czuło się bardzo dobrze lub dobrze. Respondentki podkreślały również występowanie licznych dolegliwości bólowych (dotyczących najczęściej kręgosłupa, stawów i głowy). Tylko 35,05% badanych nie odczuwa permanentnego bólu. W badaniach Bień i wsp. [28] stwierdzono, że 30% opiekunów swój stan zdrowia oceniło jako dobry i bardzo dobry. Swoje zdrowie jako złe i bardzo złe oceniło 15% respondentów. W wynikach badań Karczewskiej i wsp. [20] średni wiek opiekunów nieformalnych w grupie podopiecznych z otępieniem (n = 311) wynosił 53,9 lat (SD = 14,1), a w grupie referencyjnej (n = 689) – 49,6 lat (SD = 14,8), natomiast osoby ze złą samooceną stanu zdrowia stanowiły w grupie pierwszej 17,7% vs. 8,5% grupy drugiej.

W badaniach własnych stwierdzono także, że nasilenie przeciążenia opieką (w subskali NWO wg COPE-Index) nad pacjentem w opiece domowej rośnie wraz ze gorszą ocena stanu zdrowia opiekuna. W wynikach badań Bień-Barkowska i wsp. [29] autorzy stwierdzają, że subiektywne postrzeganie własnego stanu zdrowia opiekuna nieformalnego jest niezależnie związane z prawdopodobieństwem obciążenia z powodu opieki. Jeśli opiekun nieformalny „czasami" czuje się dobrze wspierany, „czasami" radzi sobie dobrze jako opiekun i postrzega swoje zdrowie jako „złe" lub „bardzo złe", może nie odczuwać wysokiego obciążenia opieką w subskali NWO wg COPE-Indeks. Spostrzeżenie to niewątpliwie potwierdza pozytywną wartość opieki, jaką doświadczają opiekunowie pomimo istniejącego przeciążenia opieką.

Przy istotnym przyroście populacji osób starszych, osób z mniejszą sprawnością funkcjonalna w Polsce, zwraca uwagę niedostatek rozwiązań systemowych, w tym brak wystarczającego wsparcia psychoedukacyjnego, emocjonalnego dla opiekunów nieformalnych. Adekwatne rozwiązania systemowe ukierunkowane na kompleksową redukcję obciążenia kluczowych opiekunów (rodzin) mogą przyczynić się do sprawniejszego pełnienia przez nich ich funkcji, a przez to odroczyć konieczność delegowania opieki do instytucji, jednocześnie zmniejszając wydatki na ten cel z budżetu państwa [16, 30].

Wnioski

1. Opiekunowie nieformalni w ocenie według COPE-Indeks odczuwają negatywne przeciążenie w związku z opieką nad pacjentem z deficytem sprawności funkcjonalnej, jakkolwiek wyrażają także satysfakcjonujące odczucia w zakresie pozytywnej wartości opieki i jakości wsparcia ze sprawowanej opieki.
2. Pozytywna wartość opieki i jakość wsparcia koreluje z płcią żeńską opiekunów nieformalnych, natomiast jakość dawanego wsparcia maleje wraz ze spadkiem stopnia pokrewieństwa osoby opiekuna z podopiecznym.
3. Nasilenie przeciążenie opieką nad pacjentem w opiece domowej rośnie wraz ze gorszą ocena stanu zdrowia opiekuna oraz maleje jednocześnie pozytywna wartość opieki i jakości wsparcia dawanego przez opiekuna rodzinnego/nieformalnego.
4. Starszy wiek pacjenta, którym zajmuje się opiekun koreluje z negatywnym wpływem opieki na opiekuna oraz ze spadkiem pozytywnej wartości opieki i jakość wsparcia dawanego przez opiekuna rodzinnego/nieformalnego.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Praca została sfinansowana z środków własnych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie w ramach działalności statutowej na utrzymanie potencjału badawczego (DS 519).

Piśmiennictwo

1. Kosińska M, Kułagowska E, Niebrój L, Stanisławczyk D. Obciążenia opiekunów osób zakwalifikowanych do opieki długoterminowej domowej. Med Środow. 2013; 16(2): 59–68.
2. Kędziora-Kornatowska K, Muszalik M, Skolmowska E. Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej. Warszawa: PZWL; 2010.
3. Strzelecka E. Szkolenie opiekunów osób starszych wobec nowych wyzwań na rynku pracy. Acta Uniwersitatis Lodziensis Folia Oeconomika 2015; 312(2): 127–150.
4. Kotowska I, Wóycicka IE (red.). Sprawowanie opieki oraz inne uwarunkowania podnoszenia aktywności zawodowej osób w starszym wieku produkcyjnym. Raport z badań. Warszawa: Departament Analiz Ekonomicznych i Prognoz Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej; 2008.
5. Golinowska S. Społeczno-ekonomiczne konsekwencje starzenia się populacji. (W:) Kleer J (red.). Konsekwencje eko-

nomiczne i społeczne starzenia się społeczeństwa. Warszawa: PAN; 2008. 35.
6. Markiewicz I, Cebulak M. Sprawność funkcjonalna pacjentów objętych domową długoterminową opieką pielęgniarską. Probl Pielęg. 2014; 22(1): 42–51.
7. Grochowska J. Poczucie satysfakcji oraz obciążenia obowiązkami nieformalnych opiekunów osób starszych w zależności od poziomu sprawności podopiecznych. MONZ. 2014; 20(1): 46–50.
8. Grabowska-Fudala B, Jaracz K, Smelkowska A, Pniewska J, Buczkowska M. Obciążenie osób sprawujących opiekę nad osobami z chorobą Alzheimera. Wyniki wstępne. Now Lek. 2013; 82(1): 25–30.
9. Pinquart M, Sörensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. Psychol Aging. 2003; 18(2): 250–267.
10. Ganapathy V, Graham GD, DiBonaventura MD, Gillard PJ, Goren A, Zorowitz RD. Caregiver burden, productivity loss, and indirect costs associated with caring for patients with poststroke spasticity. Clin Interv Aging. 2015; 6(10): 1793–1802.
11. Principi A, Lamura G, Sirolla C, Mestheneos L, Bień B, Brown J, et al. Work restrictions experienced by midlife family caregivers of older people. Ageing Soc. 2014; 34(2): 209–231.
12. Bauer JM, Sousa-Poza A. Impacts of informal caregiving on caregiver employment, health, and family. J Popul Ageing. 2015; 8(3): 113–145.
13. Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, Dion S, Lachs MS. Caregiver burden. A clinical review. JAMA. 2014; 311(10): 1052–1059.
14. Rachel W, Datka W, Zyss T, Zięba A. Obciążenie opiekunów pacjentów z otępieniem w chorobie Alzheimera. Gerontol Pol. 2014; 22(1): 14–23.
15. Kim H, Chang M, Rose K, Kim S. Predictors of caregiver burdenin caregivers of individuals with dementia. J Adv Nurs. 2012; 68(4): 846–855.
16. Ciałkowska-Kuźmińska M, Kasprzak M. Obciążenie opiekunów jako czynnik delegowania opieki do instytucji psychogeriatrycznych. Psychogeriatria Polska 2012; 9(2): 69–76.
17. Balducci C, Mnich E, McKee KJ, Lamura G, Beckmann A, Krevers B, et al. Negative impact and positive value in caregiving: validation of the COPE index in a six-country sample of carers. Gerontologist. 2008; 48(3): 276–286.
18. Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: the Barthel Index. Maryland State Medical Journal 1965; 14: 56–61.
19. Kuźmicz I, Brzostek T, Górkiewicz M. Kwestionariusz Barthel jako narzędzie pomiaru zakresu samodzielności fizycznej osób w podeszłym wieku. Stud Med. 2008; 12: 17–21.
20. Karczewska B, Bień B, Ołdak E, Jamiołkowski J. Opiekunowie rodzinni osób starszych z otępieniem lub zaburzeniami poznawczymi w Polsce – czynniki ryzyka obciążenia opieką. Gerontol Pol. 2012; 20(2): 59–67.
21. Wojszel ZB. Geriatryczne zespoły niesprawności i usługi opiekuńcze w późnej starości. Analiza wielowymiarowa na przykładzie wybranych środowisk województwa podlaskiego. Białystok: Trans Humana; 2006.
22. Bień B, Wojszel ZB, Doroszkiewicz H. Poziom niesprawności osób w starszym wieku jako wskazanie do wspierania opiekunów rodzinnych. Gerontol Pol. 2008; 16(1): 25–34.
23. Piłat A. Rodzinni opiekunowie osób starszych. Zeszyty Pracy Socjalnej 2016; 21(1): 23–33.
24. Wojszel Z, Bień B. Czynniki determinujące obciążenie opiekuna rodzinnego osoby starszej w Polsce. (W:) Halicka M, Halicki J (red.). Zostawić ślad na ziemi. Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku; 2006. 338–350.
25. Zysnarska M, Wojnicz-Michera I, Taborowska M, Kołecki P, Maksymiuk T. Kobieta – opiekun osoby przewlekle chorej – wyznaczniki przeciążenia. Now Lek. 2010; 79(5): 386–391.
26. Servives for supporting family carers of elderly people in Europe: characteristics, coverage and usage. Examples of good and innovative practices in supporting family carers in Europe. The EUROFAMCARE consorcium, http://www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/deliverables/good_practice.pdf (data dostępu: 05.01.2018).
27. Wóycicka I, Rurarz R. Zapotrzebowanie na opiekę. (W:) Kotowska IE, Sztanderska U, Wóycicka I (red.). Aktywność zawodowa i edukacyjna a obowiązki rodzinne. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2007.
28. Bień B, Wojszel ZB, Wilmańska J, Sienkiewicz J. Starość pod ochroną. Opiekunowie rodzinni niesprawnych osób starych w Polsce - porównawcze studium środowiska miejskiego i wiejskiego w Polsce. Kraków: Oficyna Wydawnicza TEXT; 2001.
29. Bień-Barkowska K, Doroszkiewicz H, Bień B. Silent strain of caregiving: exploring the best predictors of distress in family carers of geriatric patients. Clin Interv Aging. 2017; 12(2): 263–274.
30. Buckner L., Yeandle S. Valuing Carers 2011: Calculating the value of carers' support. Carers UK, Report; 2011, 2.

Zaakceptowano do edycji: 20.08.19
Zaakceptowano do publikacji: 26.09.19

Adres do korespondencji:
Agnieszka Bartoszek
Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego
Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
ul. Staszica 4-6
20-081 Lublin
tel. +48 81448 6810
e-mail: agabartoszek@wp.pl

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA ORYGINALNA

ZABURZENIA ODŻYWIANIA WŚRÓD UCZNIÓW SZKÓŁ CIESZYŃSKICH

NUTRITIONAL DISORDERS AMONG CIESZYN HIGH SCHOOL STUDENTS

Dariusz Góra

Wydział Nauk o Ziemi, Uniwersytet Śląski

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2019.28

STRESZCZENIE

Wstęp. Obecnie młodzież oraz dzieci popełniają liczne błędy żywieniowe. Należą do nich: nadmierne spożywanie pokarmów, wzrost spożycia słodkich napojów, częste i obfite posiłki, łatwość zakupu żywności gotowej do spożycia typu fast food o dużej zawartości tłuszczu, ograniczenie spożycia warzyw i owoców oraz wzrost konsumpcji słodyczy. W Polsce nadwaga i otyłość dotyczy ponad 12% dzieci i młodzieży w wieku szkolnym.
Cel pracy. Celem artykułu jest poznanie i omówienie form spędzania wolnego czasu, uczestnictwa w zajęciach z wychowania fizycznego i sposoby żywienia się uczniów w szkołach ponadgimnazjalnych na terenie Cieszyna.
Materiał i metody. Materiał badawczy został zebrany w styczniu 2018 r. Do pracy użyto autorskiego kwestionariusza pod tytułem „Moje zdrowie – dbam o nie". Anonimowa ankieta zawierała kilka pytań dotyczących sposobu żywienia, formy spędzania wolnego czasu oraz uczestnictwa w zajęciach z wychowania fizycznego w szkole. Ankieta była skierowana do uczniów klas III szkół średnich (189 chłopców i 178 dziewcząt). Obliczenia (z podziałem na płeć) ujęto w tabelach i dokonano ich interpretacji.
Wyniki. Oglądanie telewizji deklaruje 37% chłopców i 32% dziewcząt. Jest to najczęstsza forma spędzania wolnego czasu. W zajęciach z wychowania fizycznego regularnie uczestniczy 72% ankietowanych chłopców i 61% dziewcząt. Aż 46% ankietowanych chłopców i 42% dziewcząt przyznało się do konsumpcji słodyczy co najmniej 5 razy w tygodniu, a fast foody co najmniej raz w tygodniu przez 24% chłopców i 21% dziewcząt.
Wnioski. Badania wykazały istnienie szeregu nieprawidłowości w sposobie odżywiania się młodzieży. Powszechnie panujące przekonanie, że szczupła sylwetka jest atutem w dzisiejszych czasach skłania wiele osób do korzystania z wielu diet odchudzających lub głodówek, które nadmiernie stosowane mogą stanowić zagrożenie dla rozwijającego się organizmu. Respondenci wykazują również niedostateczną aktywność fizyczną.

Słowa kluczowe: młodzież, nawyki żywieniowe, aktywność fizyczna.

ABSTRACT

Introduction. Currently, adolescents and children commits numerous nutritional errors. These include: excessive consumption of food, increased consumption of sweet drinks, frequent and hearty meals, easy purchase of ready-to-eat food fast food with a high fat content, limitation of vegetable and fruit intake, and increased consumption of sweets. In Poland, overweight and obesity affect over 12% of children and youth in school age.
Aim. The aim of the article is to present the diet of high school students in Cieszyn.
Material and methods. The research material was collected in January 2018. The author's questionnaire entitled "My health - I care for him" was used for the work. An anonymous questionnaire contained several questions about diet, forms of spending free time and participation in physical education classes at school. The questionnaire was targeted at third grade high school students (189 boys and 178 girls). Based on the calculations made (broken down by gender), appropriate tables were made and interpreted.
Results. 37% of boys and 32% of girls declare to watch television. This is the most common form of spending free time. 72% of boys surveyed and 61% of girls regularly participate in physical education classes. As many as 46% of the boys surveyed and 42% of girls admitted that they consume sweets at least 5 times a week and fast food at least once a week by 24% boys and 21% girls.
Conclusions. Research has shown the existence of a number of irregularities in the way of feeding young people. The widely-held belief that slim figure is an advantage nowadays induces many people to use many weight loss diets or starvation diets, which excessive use can pose a threat to the developing organism. Respondents also show insufficient physical activity.

Keywords: adolescents, eating habits, physical activity.

Wstęp

Obecnie młodzież oraz dzieci popełniają liczne błędy żywieniowe. Należą do nich: nadmierne spożywanie pokarmów, wzrost spożycia słodkich napojów, częste i obfite posiłki, łatwość zakupu żywności gotowej do spożycia typu fast food o dużej zawartości tłuszczu, ograniczenie spożycia warzyw i owoców oraz wzrost konsumpcji słodyczy. Konsekwencję niewłaściwej diety i małej aktywności fizycznej stanowi narastający problem otyłości już we wczesnym okresie życia. W Polsce nadwaga i otyłość dotyczy ponad 12% dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Poznanie stylu życia młodych ludzi i próby modyfikacji niewłaściwych elementów mogą przyczynić się do ograniczenia tego problemu.

Zdrowie, według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), to nie tylko brak choroby, ale stan pełnego, dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecz-

nego. Podkreśla się w nim aspekt wielowymiarowości i subiektywny charakter zdrowia. Ważną rolę w procesie kształtowania i ochrony zdrowia odgrywa styl życia człowieka, a przede wszystkim nawykowy wzorzec postępowania wobec własnego ciała. Może on przybierać formę zachowań służących utrzymaniu lub przywróceniu zdrowia oraz zachowań powodujących bezpośrednie lub odległe szkody zdrowotne. Zachowania zdrowotne można podzielić na sprzyjające zdrowiu (prozdrowotne, pozytywne) oraz antyzdrowotne (negatywne, autodestrukcyjne). Zachowania prozdrowotne służą wspieraniu zdrowia, zapobieganiu chorobie oraz wspomaganiu powrotu do zdrowia. Natomiast zachowania antyzdrowotne przyczyniają się do powstania zaburzeń stanu zdrowia, negatywnych oddziaływań w sferze emocjonalnej, fizycznej i psychicznej [1].

Istotne znaczenie z perspektywy stosowania mechanizmów wpływu społecznego ma poziom świadomości własnych zachowań zdrowotnych. To właśnie od poziomu świadomości jednostki zależy kształtowanie zachowań pro lub antyzdrowotnych. Na kształtowanie się zachowań zdrowotnych wpływ ma wiele czynników leżących zarówno po stronie jednostki, jak i otoczenia.

Modelowanie zachowań przez rodziców i opiekunów we wczesnym okresie życia dziecka skutkuje wykształceniem się określonych nawyków. Proces ten jest następnie wzmacniany lub modyfikowany w ramach dalszej socjalizacji zachodzącej w środowisku przedszkolnym, potem szkolnym i rówieśniczym a w późniejszych latach także w środowisku zawodowym i towarzyskim. Modelowanie zachowań odnosi się do zdrowia i jego aspektów: jakość odżywiania się, aktywności fizycznej i profilaktyki zdrowotnej.

Zachowania zdrowotne są wyznaczone również przez tzw. kontekstem społecznym i zdrowotnym. Kultura kształtuje m.in. ogólny poziom życia członków danej zbiorowości, wyobrażenia o zdrowiu i chorobie, sposób spostrzegania, odczuwania, opisywania i interpretowania objawów chorobowych, stan wiedzy na temat przyczynowości chorób, postawy i zachowania wobec własnej choroby a także stylu życia danej zbiorowości.

Nie bez znaczenia w kształtowaniu zachowań zdrowotnych są różnego rodzaju media. Intensywny rozwój techniki spowodował, że media stały się ważnym źródłem informacji, w tym także o zdrowiu. Upowszechnieniu wiedzy na temat zdrowia i choroby służą także różne kampanie społeczne. Wśród kampanii i ruchów społecznych można wyróżnić te, które sprzyjają zachowaniom prozdrowotnym oraz takie, które wpływać mogą na zdrowie negatywnie (np. różnego rodzaju strony internetowe promujące głodzenie się, argumentacja przeciw szczepieniu dzieci itp.).

Jednym z zachowań prozdrowotnych jest aktywność fizyczna. Podstawowym czynnikiem budującym świadomość jest edukacja w zakresie rekreacji ruchowej. Lekcje wychowania fizycznego w szkole i ruchowe zajęcia pozalekcyjne są optymalnym miejscem do dostarczania dzieciom i młodzieży potrzebnej dawki ruchu. Istotną rolę pełnią jednak zajęcia wychowania fizycznego, które mają jeszcze za zadanie usamodzielnienie młodej osoby w zakresie rekreacji ruchowej. Systematyczne czynności ruchowe dzieci i młodzieży są bodźcem do wielu korzystnych zmian zachodzących w ich organizmie. Należy do nich poprawienie sylwetki własnego ciała, wzrost masy mięśniowej, sprężysty chód, zwiększona odporność na zmęczenie przy pracy fizycznej, lepsze samopoczucie a organizm staje się silniejszy, szybszy i bardziej wytrzymały. Minimum aktywności ruchowej u dziecka badacze wytyczają na 6 godzin zorganizowanego ruchu w tygodniu. Największą potrzebę ruchową dzieci wykazują w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym. Jest ona bowiem korzystna dla prawidłowego rozwoju umysłowego i fizycznego dziecka. Niespełnienie minimalnej normy aktywności ruchowej przyczynia się do ograniczenia wszelakich procesów zachodzących w okresie rozwoju dziecka oraz może się stać czynnikiem hamującym rozwój świadomości i aktywności ruchowej w dalszych etapach życia [1, 2].

Celem artykułu jest próba przedstawienia sposobu odżywiania się uczniów szkół ponadgimnazjalnych na terenie Cieszyna.

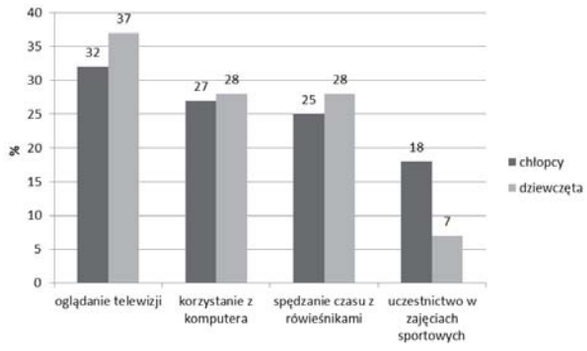
Materiał i metody

Materiał badawczy został zebrany w styczniu 2018 r. Do pracy użyto autorskiego kwestionariusza pod tytułem „Moje zdrowie – dbam o nie". Anonimowa ankieta zawierała kilka pytań dotyczących sposobu żywienia, formy spędzania wolnego czasu oraz uczestnictwa w zajęciach z wychowania fizycznego w szkole. Ankieta była skierowana do uczniów klas III szkół średnich (189 chłopców i 178 dziewcząt). Na podstawie dokonanych obliczeń (z podziałem na płeć) dokonano odpowiednie tabele i dokonano ich interpretacji.

Ankieta zawierała następujące pytania:

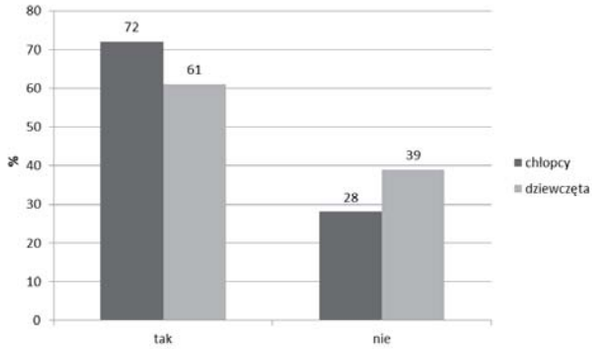
1. Podaj najczęstszą formę spędzania przez ciebie wolnego czasu.
2. Czy regularnie uczestniczysz w szkole w lekcjach z wychowania fizycznego?
3. Podaj częstość spożywania przez ciebie określonego rodzaju żywności.
4. Wymień najczęściej wypijany przez ciebie napój.
5. Podaj produkt spożywczy, który najczęściej spożywasz mieli na drugie śniadanie.

Wyniki



Rycina 1. Forma spędzania wolnego czasu (opracowano na podstawie zebranych danych)

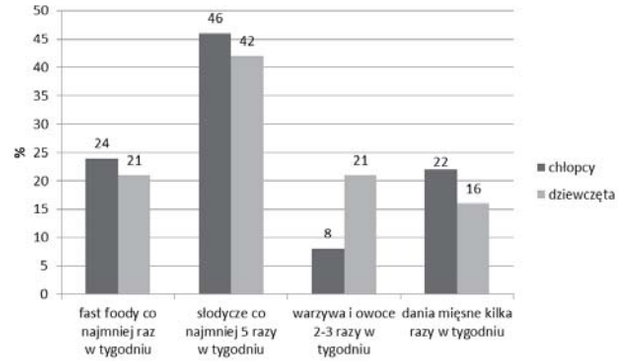
Oglądanie telewizji to najczęstsza forma spędzania wolnego czasu (37% chłopców i 32% dziewcząt). Natomiast korzystanie z komputera jako spędzanie czasu wolnego zadeklarowało 27% ankietowanych chłopców i 28% dziewcząt. 28% badanych dziewcząt i 25% chłopców spędza czas wolny z rówieśnikami. Tylko 7% dziewcząt i 18% chłopców wybrało uczestnictwo w zajęciach sportowych jako formę spędzania wolnego czasu (**Rycina 1**).



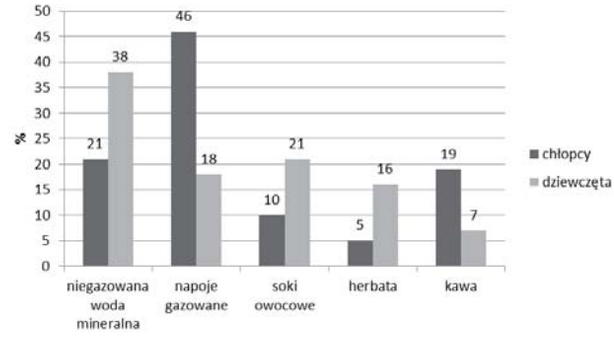
Rycina 2. Uczestnictwo w zajęciach wychowania fizycznego (opracowano na podstawie zebranych danych)

Regularnie uczestniczy 72% ankietowanych chłopców i 61% dziewcząt w zajęciach wychowania fizycznego. 28% chłopców i aż 31% dziewcząt przyznało, że nie uczestniczy w zajęciach z wychowania fizycznego. Z przeprowadzonych badań wynika również, że aż 75% (chłopców i dziewcząt) ankietowanych odpowiedziało, że główną przyczyną braku aktywności fizycznej jest brak chęci oraz wygląd swojego ciała (**Rycina 2**).

Aż 46% ankietowanych chłopców i 42% dziewcząt przyznało się, że słodycze są przez nich konsumowane co najmniej 5 razy w tygodniu, a fast foody co najmniej raz w tygodniu przez 24% chłopców i 21% dziewcząt. Poza tym zaobserwowano na podstawie ankiet związek pomiędzy preferowanym posiłkiem a płcią badanych. Dziewczęta częściej wybierały warzywa i owoce (21%) niż chłopcy (8%), natomiast 22% chłopców wybiera dania mięsne w przeciwieństwie do 16 % ankietowanych dziewcząt (**Rycina 3**).

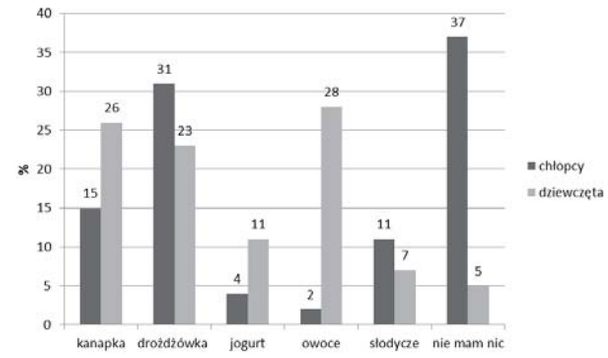


Rycina 3. Częstość spożywania określonego rodzaju żywności (opracowano na podstawie zebranych danych)



Rycina 4. Najczęściej wypijany przez uczniów napój (opracowano na podstawie zebranych danych)

Rodzaj spożywanych przez uczniów napojów był istotnie zależny od ich płci. Dziewczęta preferowały niegazowana wodę mineralną (38%) i soki owocowe (21%) w przeciwieństwie do chłopców. Najczęściej wybieranym napojem przez chłopców są napoje gazowane (46%). 19% ankietowanych chłopców i 7% dziewcząt przyznaje, że preferowanym przez nich rodzajem spożywanego napoju jest kawa (**Rycina 4**).



Rycina 5. Produkt spożywczy, który uczniowie najczęściej mieli ze sobą na drugie śniadanie (opracowano na podstawie zebranych danych)

Aż 37% ankietowanych chłopców nie spożywa drugiego śniadania na terenie szkoły. Drożdżówka wybierana jest przez 31% chłopców i 23% dziewcząt. Owoce deklaruje 28% badanych dziewcząt i tylko 2% chłopców. Jogurt jako drugie śniadanie preferuje 11% dziewcząt i 4% chłopców, a kanapkę 26% dziewcząt i tylko 15% chłopców (**Rycina 5**).

Dyskusja

Mała aktywność fizyczna w dzisiejszych czasach jest dużym zagrożeniem dla zdrowia dziecka. Jedną z najczęstszych chorób wśród dzieci i młodzieży są zaburzenia ruchu, w tym wady postawy. Niestety, inne wady również dają niepokojący wizerunek obecnej sytuacji zdrowotnej dzieci, tzn. problemy z kręgosłupem czy też wada wzroku. Szczególną tendencją zaś odznaczają się zaburzenia dotyczące wagi – zwłaszcza nadwaga i otyłość. Można temu zapobiec m.in. przez systematyczną aktywność fizyczną, w przeciwnym razie istnieje możliwość wystąpienia również innych chorób związanych z zaburzeniami zdrowia dziecka. Należą do nich choroby układu kostnego, takich jak osteoporoza. Przyczyną jej występowania jest niedostateczne obciążenie układu kostnego. Organizm bez długotrwałej aktywności fizycznej traci gęstość tkanki kostnej i następuje wyraźna utrata wapnia i fosforu oraz zwiększony rozpad tkanki kostnej. Jedynie zwiększona aktywność ruchowa ma duże znaczenie dla zmniejszenia wystąpienia osteoporozy [3].

Kolejną chorobą, która może zagrozić zdrowiu dziecka spowodowaną brakiem aktywności fizycznej jest choroba niedokrwienna serca. Do jej wystąpienia prowadzi miażdżyca tętnic wieńcowych, czyli odkładanie się substancji tłuszczowych na wewnętrznych ścianach tętnic. Zmniejszona aktywność fizyczna powoduje mniejsze występowanie krążącej krwi, przez co zmniejsza się liczba występowania erytrocytów. W następstwie pociąga to za sobą niedotlenienie organizmu, co w konsekwencji prowadzi do zmniejszenia wydolności fizycznej i upośledzenia organizmu. Pozostanie przez dłuższy czas bez aktywności ruchowej może doprowadzić do otyłości [3, 4].

Polskie społeczeństwo zaliczane jest w Europie do mało aktywnych ruchowo, zwłaszcza w zakresie zorganizowanej aktywności sportowej. Wraz z wiekiem wzrasta liczba osób preferujących bierne, statyczne formy wypoczynku. Z przeprowadzonych licznych badań wynika, że również dzieci i młodzież coraz częściej wykazują się niską aktywnością fizyczną i biernym sposobem spędzania wolnego czasu. Uczniowie spędzają więcej czasu przed telewizorem bądź przy komputerze i unikają zajęć sportowych.

Na podstawie badań ankietowych przeprowadzonych na terenie Cieszyna również wynika, że młodzież szkół ponadgimnazjalnych niechętnie uczestniczy w zajęciach wychowania fizycznego w szkole. Przyznaje się do tego 28% chłopców i aż 39% dziewcząt. Tylko 7% dziewcząt i 18% chłopców aktywność sportową uważa za formę spędzania wolnego czasu (**Ryciny 1** i **2**).

Otyłość to stan patologicznego zwiększenia ilości tkanki tłuszczowej jako składowej całości organizmu. Następuje wówczas uszkodzenie czynności i struktury poszczególnych narządów i układów, które zwiększają ryzyko skrócenia średniego oczekiwanego okresu życia. To choroba, która nawet wtedy, kiedy organizm o zwiększonej ilości tkanki tłuszczowej nie wykazuje objawów patologicznych, zagraża w miarę przedłużania się jej trwania rozwojem uszkodzeń narządowych i ogólnych w przyszłości [5, 6].

W rzeczywistości nadwaga i otyłość wiążą się z wieloma poważnymi konsekwencjami zdrowotnymi dla dziecka, a później także otyłego dorosłego. Warto zaznaczyć, że konsekwencje te nie wiążą się tylko i wyłącznie z fizycznym funkcjonowaniem, ale również mogą dotyczyć zdrowia psychicznego i społecznego młodego człowieka. Otyłość jako jedno z najczęściej występujących zaburzeń rozwoju dzieci i młodzieży wpływa na wszystkie elementy zdrowia (fizyczne, psychiczne i społeczne) młodego, a następnie dorosłego człowieka, ogranicza jego potencjał rozwojowy, możliwości życiowe i jakość życia [7].

Agresywny marketing i reklamy powodują, że współczesny człowiek spożywa zbyt wiele produktów zawierających dużą zawartość tłuszczów i łatwo przyswajalnych węglowodanów prostych (głównie słodycze) oraz mało wartościowych pod względem odżywczym, a wysoko kalorycznych potraw podawanych w barach szybkiej obsługi (fast foody). Popularne na całym świecie napoje (cola, piwo, lemoniady i inne słodzone napoje) stanowią kolejne, często niedostrzegane przez konsumenta niebezpieczeństwo pochłonięcia dodatkowych kilokalorii.

Zbyt małe spożycie produktów niskokalorycznych obfitujących w błonnik (owoce i warzywa), witaminy i wiele substancji mineralnych stanowi kolejny błąd żywieniowy. Ulubione produkty (hamburgery, frytki, chipsy, słodycze) są wysokokaloryczne i nie zapewniają wystarczającej podaży tych najważniejszych składników [7, 8].

Badana młodzież z Cieszyna również wykazała liczne niewłaściwe błędy żywieniowe: brak drugiego śniadania (37% chłopców), 46% chłopców jada słodycze co najmniej 5 razy w tygodniu, 24% chłopców i 21% dziewcząt je fast foody co najmniej raz w tygodniu (**Ryciny 3** i **4**).

Otyłość to uznana przez Światową Organizację Zdrowia epidemia XXI wieku [9]. Dane epidemiologiczne wskazują, że w 2015 roku na całym świecie 2,3 mld miało zaawansowaną nadwagę, a 704 mln miało otyłość. W Europie około 20% dzieci do 14. Roku życia ma nadmiar masy ciała, a u 5% stwierdza się otyłość. W Polsce problem nadmiernej masy ciała wśród dzieci w wieku szkolnym dotyczy około 18% [9, 10]. Problem nadmiaru masy ciała w Polsce dotyczy 10% dziewcząt i 14% chłopców w wieku wczesnoszkolnym (7–9 lat). W grupie 13–15-letniej polskiej młodzieży otyłość występuje u 4,5% badanych, częściej u dziewcząt niż u chłopców a nadwaga u 9% młodzieży [Wójciak 2009]. W 2010 roku według badań HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) odsetki polskich nastolatków z nadmiarem masy ciała należały do największych w Europie. Niemal co czwarty 11-latek, co piąty 13-latek i co siódmy 15-latek miał nadmiar masy ciała, a w latach 2002-2010 systematycznie zwiększał się odsetek młodzieży z nadwagą i otyłością [11].

Według Światowej Organizacji Zdrowia zwiększona masa ciała odpowiada za więcej niż milion zgonów rocznie w Europie. Jest również szóstym co do ważności czynnikiem ryzyka odpowiedzialnym za liczbę zgonów na świecie [10].

W ostatnim 25-leciu częstotliwość występowania otyłości w Europie wzrosła trzykrotnie. W krajach europejskich wśród dzieci nadwagę i otyłość stwierdzono u ponad 30% dziewcząt i u 20% chłopców w przedziale wiekowym 6–10 lat [8].

Za występowanie otyłości i nadwagi odpowiedzialne są w około 25–45% predyspozycje genetyczne. Wśród pozostałych czynników wyróżnia się złe nawyki żywieniowe, podjadanie między posiłkami, siedzący tryb życia, brak aktywności fizycznej, zaburzenia hormonalne i neurologiczne, krótki czas snu, marketing i reklama [8].

Do typowych konsekwencji zdrowotnych nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży należy: cukrzyca, wysoki poziom cholesterolu, nadciśnienie tętnicze, miażdżyca, niewydolność serca, stłuszczenie wątroby, kamica żółciowa, astma oskrzelowa, zespół bezdechu śródsennego, powikłania ortopedyczne, zmniejszona wydolność fizyczna, zaburzenia koncentracji uwagi [9].

Leczenie otyłości jest procesem trudnym, często mało skutecznym i frustrującym dla dziecka, rodziców oraz lekarza. Jego skuteczność zależy od czynników społeczno-ekonomicznych, kulturowych, emocjonalnych i motywacyjnych. W leczeniu otyłości z założenia nie stosuje się środków farmakologicznych ani chirurgicznie. Proces ten oparty jest na leczeniu dietetycznym, zwiększeniu aktywności fizycznej oraz terapii behawioralnej. Zmiany żywieniowe polegają na wprowadzeniu prawidłowo zbilansowanej diety ubogo energetycznej, normo białkowej o zmniejszonym udziale tłuszczów i węglowodanów. Należy zmniejszyć porcję spożywanych posiłków, unikania podjadania między posiłkami słodyczy i słonych przekąsek, a także ograniczenie spożywania potraw smażonych, bogatych w sól, cukier i tłuszcz [7].

Istotne znaczenie w profilaktyce nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży szkolnej ma edukacja zdrowotna [11].

Wnioski

Badania wykazały istnienie szeregu nieprawidłowości w sposobie odżywiania się młodzieży. Powszechnie panujące przekonanie, że szczupła sylwetka jest atutem w dzisiejszych czasach skłania wiele osób do korzystania z wielu diet odchudzających lub głodówek, które nadmiernie stosowane mogą stanowić zagrożenie dla rozwijającego się organizmu. Respondenci wykazują również niedostateczną aktywność fizyczną.

Uczniowie coraz częściej wybierają bierny wypoczynek, gdyż aktywność ruchowa nie daje im takiej satysfakcji jak chociażby gra na komputerze. Konieczna jest tu głównie współpraca rodziców z dziećmi, gdyż to właśnie od nich w dużej mierze zależy, jak spędzają i będą spędzać wolny czas w przyszłości.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Ponczek D, Olszowy I. Styl życia młodzieży i jego wpływ na zdrowie. Probl Hig Epidemiol. 2012;93(2):260–268.
2. Grzywacz R. Rola rekreacji ruchowej w wychowywaniu dzieci w wieku szkolnym. Med Rodz. 2011;2:48–53.
3. Pietrzykowska M, Nowicka-Sauer K, Cwaliński T, Kozińska A, Krzemiński W, Obara-Gołębiowska M, Siebert J. Występowanie zaburzeń psychicznych wśród dzieci z otyłością. Family Medicine &Primary Care Review. 2014;16(2):146–147.
4. Jonczyk P, Potempa M, Kajdaniuk D. Analiza stopnia odżywienia i zaburzeń odżywiania oraz charakterystyka przyzwyczajeń żywieniowych i aktywności fizycznej wśród dzieci szkolnych w wieku 6–13 lat w mieście Piekary Śląskie. Pediatr Med. Rodz. 2015;11(3):302–314.
5. Tabak I, Oblacińska I, Jodłowska M. Psychospołeczne czynniki sprzyjające stosowaniu diety przez nastolatków z nadmiarem masy ciała. Med Og Nauk Zdr. 2014;20(2):120–125.
6. Szymocha M, Bryła M, Maniecka-Bryła I. Epidemia otyłości w XXI wieku. Zdr Publ. 2009;119(2):207–212.
7. Witek A, Lewandowska-Kidoń T, Pawluk-Skrzypek A. Percepcja otyłego rówieśnika a przekonania zdrowotne młodzieży gimnazjalnej. Med Og Nauk Zdr. 2012;18(4):276–280.

8. Jarosz M, Wolnicka K, Kłosowska J. Czynniki środowiskowe związane z występowaniem nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży. Post Nauk Med. 2011;9:770–777.
9. Woźniak-Holecka J, Sobczyk K. Organizacja szkolnej edukacji zdrowotnej dotyczącej otyłości u dzieci. Med Środow. 2013;16(4):64–70.
10. Pieszko M, Gaca M, Małgorzewicz S. Edukacja żywieniowa rodziny w przypadku występowania otyłości. Pediatr Med Rodz. 2013;9(4):399–403.
11. Wojtyła A, Biliński P, Bojar I, Wojtyła C. Zaburzenia odżywiania u polskich gimnazjalistów. Probl Hig Epidemiol. 2011;92(2):343–350.

Zaakceptowano do edycji: 20.08.19
Zaakceptowano do publikacji: 26.09.19

Adres do korespondencji:
Dariusz Góra
Uniwersytet Śląski
Wydział Nauk o Ziemi
ul. Będzińska 60
41-200 Sosnowiec

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA ORYGINALNA

ŚWIADOMOŚĆ ZABURZEŃ ROZWOJOWYCH ZE SPEKTRUM AUTYZMU

AWARENESS OF SYMPTOMS OF THE AUTISM SPECTRUM DISORDERS

Piotr Poniewierski[1], Wojciech Strzelecki[2], Anna Kostiukow[1], Włodzimierz Samborski[1]

[1] Pracownia Fizjoterapii Reumatologicznej, Klinika i Katedra Reumatologii i Rehabilitacji, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
[2] Katedra i Zakład Psychologii Klinicznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2019.29

STRESZCZENIE

Wstęp. Spektrum autyzmu (ASD) jako silnie heterogeniczne, neurorozwojowe zaburzenie, dotyczy deficytów w społecznej komunikacji oraz ograniczonych, powtarzających się wzorcach zachowania, zainteresowania i aktywności.
Cel badania. Ocena poziomu wiedzy dotyczącej objawów autyzmu wśród studentów polskich uczelni.
Materiał. W przeprowadzonym badaniu wzięło udział 446 studentów polskich uczelni wyższych z kierunków pedagogicznych (275 badanych), medycznych (109 osób) i innych (62 osoby). Grupę badaną stanowiło 410 kobiet i 36 mężczyzn w wieku od 18 do 59 lat (średnia wieku 23,92).
Metody. W badaniu użyto kwestionariusz KCAHW (Knowledge About Childhood Autism Among Health Workers) w polskiej wersji językowej, w celu określenia poziomu świadomości autyzmu.
Wyniki. Wykazano, że badani studenci kierunków medycznych (w tym fizjoterapii) osiągają niższe wyniki niż studenci kierunków pedagogicznych. Jednocześnie studenci innych kierunków (takich jak dietetyka) osiągają niższe wyniki niż studenci kierunków medycznych oraz pedagogicznych. Dowiedziono, że studenci kierunków medycznych osiągają niższe wyniki niż studenci kierunków artystycznych oraz pedagogicznych.
Wnioski. Poziom wiedzy o autyzmie wśród studentów polskich uczelni można uznać za niewystarczający. Zwłaszcza wśród studentów kierunków medycznych, czyli wśród przyszłych pracowników związanych bezpośrednio z diagnozą, leczeniem i terapią autyzmu.

Słowa kluczowe: KCAHW, autyzm, ASD, wiedza.

ABSTRACT

Introduction. Autism Spectrum (ASD) as a highly heterogeneous neurodevelopmental disorder concerns deficits in social communication and limited, repetitive patterns of behavior, interest and activity.
Aim of the study. Assessment of the level of knowledge regarding the symptoms of autism among students of Polish universities.
Material. The study involved 446 students of Polish universities in the fields of education (275 respondents), medical (109 people) and others (62 people). The study group consisted of 410 women and 36 men aged 18 to 59 years (average age 23.92).
Methods. The study used the KCAHW (Knowledge About Childhood Autism Among Health Workers) questionnaire in the Polish language version to determine the level of autism awareness.
Results. It has been shown that the surveyed students of medical faculties (including physiotherapy) achieve lower results than students of pedagogical faculties. At the same time, students of other faculties (such as dietetics) achieve lower results than students of medical and pedagogical faculties. It has been proved that students of medical faculties achieve lower results than students of artistic and pedagogical faculties.
Conclusions. The level of knowledge about autism among students of Polish universities can be considered insufficient. Especially among medical students, i.e. future employees directly related to the diagnosis, treatment and therapy of autism.

Keywords: KCAHW, autism, ASD, knowledge.

Wstęp

Spektrum autyzmu (ASD) jako silnie heterogeniczne, neurorozwojowe zaburzenie, dotyczy deficytów w społecznej komunikacji oraz ograniczonych, powtarzających się wzorcach zachowania, zainteresowania i aktywności [1]. Charakterystyczne są tu także problemy związane z teorią umysłu [2, 3], z uczeniem się i przetwarzaniem informacji [4]. Współcześnie w Stanach Zjednoczonych szacuje się występowanie autyzmu u 1 na 45 dzieci [5].

Ze względu na nasilenie i charakter objawów towarzyszących osobie z diagnozą autyzmu, bardzo często stosuje się określenia nisko- (LFA) i wysokofunkcjonujący (HFA) autyzm. Mimo, iż nie ma żadnych formalnych kryteriów klasyfikacji do wspomnianych wyżej grup, to jednak zwykle wśród osób HFA są te w normie intelektualnej, lub powyżej niej [6].

Od kilku dekad prowadzonych jest dużo badań naukowych obejmujących grupę osób z autyzmem, mających

na celu poznanie etiologii tak specyficznego zaburzenia. Mimo to nadal można stwierdzić, że pozostaje ona nieznana [7, 8]. Ostatnie dwudziestolecie w badaniach zmieniło postrzeganie tegoż zaburzenia z typowo psychologicznego na obraz osoby z autyzmem jako tej, u której upośledzone są kluczowe procesy fizjologiczne, które to wpływają na powstawanie atypowych zachowań osób z ASD [1]. Zalicza się do nich nieprawidłowości na poziomie mitochondriów [1, 9], związane z niedoborem składników odżywczych [10–12], w tym również kwasu foliowego [13], a także z występującym stresem oksydacyjnym [14–16]. Badane są też nieprawidłowości w zakresie organizacji określonych obszarów w mózgu związanych z licznymi funkcjami poznawczymi (np. pamięć robocza, przetwarzanie języka itp.) [16, 17]. Udowodniono także występowanie innego przewodnictwa nerwowego w mózgu osób z ASD w porównaniu do osób zdrowych [18].

Niemniej ważnym kierunkiem poszukiwań etiologii autyzmu są badania genetyczne. Nadal jednym z najbardziej nietypowych faktów pozostaje ten potwierdzony naukowo, w którym bliźnięta, a więc dzieci posiadające jednakowe DNA, nie mają 100% współczynnika zapadalności. W przypadku bliźniąt jednojajowych prawdopodobieństwo, że oboje będą mieli autyzm sięga 88%, ale u dwujajowych już tylko 31% [19, 20].

Autyzm pozostaje zagadkowy. Mimo niepokojącej sytuacji epidemiologicznej nadal w społeczeństwie funkcjonuje dużo stereotypów na ten temat. Jest potrzeba prowadzenia działań edukacyjnych, które przyczynić się mogą do przyspieszania diagnoz, a co za tym idzie szybkiego wprowadzania działań terapeutycznych i odpowiednio dostosowanego procesu edukacyjnego [21].

Celem pracy była ocena poziomu wiedzy o objawach autyzmu wśród studentów polskich uczelni.

Materiał i metody

W przeprowadzonym badaniu wzięło udział 446 studentów polskich uczelni wyższych z kierunków pedagogicznych (275 badanych), medycznych (109 osób) i innych (62 osoby). Grupę badaną stanowiło 410 kobiet i 36 mężczyzn w wieku od 18 do 59 lat (średnia wieku 24).

W badaniu zastosowano kwestionariusz KCAHW (Knowledge About Childhood Autism Among Health Workers) w polskiej wersji językowej (za zgodą autora), w celu określenia świadomości autyzmu. Zastosowany kwestionariusz składa się z 19 itemów i zawiera 4 skale, które obejmują różne obszary dotyczące autyzmu: obszar upośledzonych reakcji społecznych, obszar deficytów komunikacji i rozwoju mowy, obszar wzorców stereotypowych i zachowań kompulsywnych oraz obszar informacji o autyzmie oraz schorzeniach współistniejących. Stwierdzono, że kwestionariusz KCAHW wykazuje dobrą rzetelność testu-retestu, przy porównaniu średniej domeny i całkowitych wyników przy pierwszym i drugim podaniu. Cztery średnie oceny domeny i średnie całkowite wyniki przy pierwszym i drugim podaniu były istotnie skorelowane. Kwestionariusz miał również dobrą ogólną wewnętrzną spójność, gdy średnie wyniki z czterech domen były skorelowane ze średnią całkowitą punktacją (Cronbach's alpha = 0,97). Dane dotyczące użyteczności kwestionariusza uzyskano na drodze standaryzacji [22].

Wyniki

W celu porównania wyników uzyskanych przez respondentów na skali KCAHW wykonano obliczenia współczynników rho Spearmana, testy „t" równości średnich w grupach niezależnych, testy ANOVA oraz oszacowano istotności statystyczne uzyskanych wyników. Wybór metod i testów podyktowany był charakterem zmiennych.

Analizowane zmienne zależne to wynik całkowity kwestionariusza KCAHW oraz poszczególne skale kwestionariusza: „obszar upośledzonych reakcji społecznych", „obszar deficytów komunikacji i rozwoju mowy", „obszar wzorców stereotypowych i zachowań kompulsywnych" oraz „obszar informacji o autyzmie oraz schorzeniach współistniejących".

Zmienne niezależne, jakie wzięto pod uwagę w przeprowadzonym badaniu to: „rok studiów" oraz „rodzaj studiów".

Wszystkie obliczenia wykonano za pomocą programu statystycznego SPSS wersja 4.0.

Analiza ANOVA ujawniła występowanie istotnych statystycznie różnic w całkowitych wynikach KCAHW ze względu na rok studiów. Stwierdzono, że badani na 2. roku studiów osiągają niższe wyniki niż badani na 4. ($p = 0,000$) oraz na 5. roku studiów ($p = 0,000$). Jednocześnie badani na 1. roku studiów osiągają niższe wyniki niż badani na 4. ($p = 0,001$) oraz na 5. roku studiów ($p = 0,017$). Podobnie badani na 3. roku studiów osiągają niższe wyniki niż badani na 4. ($p = 0,004$) oraz na 5. roku ($p = 0,006$) (**Tabela 1)**.

Analiza ANOVA ujawniła również występowanie istotnych statystycznie różnic w wynikach KCAHW w obszarze upośledzonych reakcji społecznych ze względu na rok studiów. Wykazano, że badani na 2. roku studiów osiągają niższe wyniki niż badani na 4. ($p = 0,022$) oraz na 5. roku studiów ($p = 0,010$) (**Tabela 2**).

Tabela 1. Wyniki KCAHW ze względu na rok studiów

Rok studiów	N	Średnia	Minimum	Maksimum
1	58	12,64 ± 2,764	7	19
2	91	11,82 ± 3,610	3	17
3	69	12,65 ± 3,369	0	18
4	48	14,79 ± 2,821	6	18
5	52	14,31 ± 2,676	8	19
Ogółem	318	13,01 ± 3,325	0	19

Tabela 2. Wyniki KCAHW w obszarze upośledzonych reakcji społecznych ze względu na rok studiów

Rok studiów	N	Średnia
1	58	5,84 ± 1,542
2	91	5,73 ± 1,808
3	69	5,91 ± 1,892
4	48	6,65 ± 1,509
5	52	6,69 ± 1,351
Ogółem	318	6,08 ± 1,708

Analiza ANOVA ujawniła także występowanie istotnych statystycznie różnic w wynikach KCAHW w obszarze deficytów komunikacji i rozwoju mowy ze względu na rok studiów. Wykazano, że badani na 2. roku studiów osiągają niższe wyniki niż badani na 3. (p = 0,043) oraz na 4. roku studiów (p = 0,003) (**Tabela 3**).

Tabela 3. Wyniki KCAHW w obszarze deficytów komunikacji i rozwoju mowy ze względu na rok studiów

Rok studiów	N	Średnia
1	58	0,71 ± 0,459
2	91	0,62 ± 0,489
3	69	0,81 ± 0,394
4	48	0,90 ± 0,309
5	52	0,79 ± 0,412
Ogółem	318	0,75 ± 0,436

Analiza ANOVA ujawniła występowanie istotnych statystycznie różnic w wynikach KCAHW w obszarze wzorców stereotypowych i zachowań kompulsywnych ze względu na rok studiów. Wykazano, że badani na 2. roku studiów osiągają niższe wyniki niż badani na 4. (p = 0,000) oraz na 5. roku studiów (p = 0,000). Jednocześnie badani na 1. roku studiów osiągają niższe wyniki niż badani na 4. (p = 0,000) oraz na 5. roku studiów (p = 0,001). Badani na 3. roku studiów osiągają zaś niższe wyniki niż badani na 4. roku (p = 0,000) (**Tabela 4**).

Tabela 4. Wyniki KCAHW w obszarze wzorców stereotypowych i zachowań kompulsywnych ze względu na rok studiów

Rok studiów	N	Średnia
1	58	2,40 ± 1,107
2	91	2,29 ± 1,293
3	69	2,68 ± 1,266
4	48	3,48 ± 0,772
5	52	3,19 ± 0,951
Ogółem	318	2,72 ± 1,213

Analiza ANOVA ujawniła również występowanie istotnej statystycznie różnicy w wynikach KCAHW w obszarze informacji o autyzmie i schorzeniach współistniejących ze względu na rok studiów. Wykazano, że badani na 2. roku studiów osiągają niższe wyniki niż badani na 1. (p = 0,023) oraz na 4. roku studiów (p = 0,013). Jednocześnie badani na 3. roku studiów osiągają niższe wyniki niż badani na 4. roku (p = 0,030) (**Tabela 5**).

Tabela 5. Wyniki KCAHW w obszarze informacji o autyzmie i schorzeniach współistniejących ze względu na rok studiów

Rok studiów	N	Średnia
1	58	3,69 ± 1,245
2	91	3,20 ± 1,343
3	69	3,25 ± 1,218
4	48	3,77 ± 1,325
5	52	3,63 ± 1,253
Ogółem	318	3,46 ± 1,297

Analiza ANOVA ujawniła występowanie istotnej statystycznie różnicy w całkowitych wynikach KCAHW ze względu na rodzaj studiów. Wykazano, że badani studenci kierunków medycznych osiągają niższe wyniki niż studenci kierunków pedagogicznych (p = 0,000). Jednocześnie studenci kierunków „innych" osiągają niższe wyniki niż studenci kierunków medycznych (p = 0,000) oraz pedagogicznych (p = 0,000) (**Tabela 6**).

Tabela 6. Wyniki KCAHW ze względu na rodzaj studiów

Rodzaj studiów	N	Średnia	Minimum	Maksimum
medyczne	109	12,66 ± 2,858	6	19
pedagogiczne	275	14,18 ± 2,931	3	19
artystyczne	4	12,50 ± 1,291	11	14
inżynierskie	2	9,00 ± 1,414	8	10
Inne	53	10,21 ± 3,365	0	16
Ogółem	446	13,30 ± 3,236	0	19

Analiza ANOVA ujawniła również występowanie istotnej statystycznie różnicy w wynikach KCAHW w obszarze upośledzonych reakcji społecznych, ze względu na rodzaj studiów. Wykazano, że badani studenci kierunków medycznych osiągają niższe wyniki niż studenci kierunków pedagogicznych (p = 0,000). Jednocześnie studenci kierunków innych osiągają niższe wyniki niż studenci kierunków medycznych (p = 0,004) oraz pedagogicznych (p = 0,000) (**Tabela 7**).

Tabela 7. Wyniki KCAHW w obszarze upośledzonych reakcji społecznych ze względu na rodzaj studiów

Rodzaj studiów	N	Średnia
medyczne	109	5,85 ± 1,660
pedagogiczne	275	6,73 ± 1,471
artystyczne	4	6,50 ± 1,291
inżynierskie	2	6,00 ± 1,414
Inne	53	4,89 ± 1,728
Ogółem	446	6,28 ± 1,673

Analiza ANOVA ujawniła także występowanie istotnej statystycznie różnicy w wynikach KCAHW w obszarze deficytów komunikacji i rozwoju mowy, ze względu na rodzaj studiów. Wykazano, że studenci kierunków medycznych osiągają niższe wyniki niż studenci kierunków artystycznych (p = 0,000) oraz pedagogicznych (p = 0,045). Studenci kierunków artystycznych osiągają natomiast lepsze wyniki niż studenci kierunków pedagogicznych (p = 0,000) (**Tabela 8**).

Tabela 8. Wyniki KCAHW w obszarze deficytów komunikacji i rozwoju mowy ze względu na rodzaj studiów

Rodzaj studiów	N	Średnia
medyczne	109	0,66 ± 0,476
pedagogiczne	275	0,81 ± 0,389
artystyczne	4	1,00 ± 0,000
inżynierskie	2	0,50 ± 0,707
Inne	53	0,64 ± 0,484
Ogółem	446	0,76 ± 0,429

Analiza ANOVA ujawniła również występowanie istotnej statystycznie różnicy w wynikach KCAHW w obszarze wzorców stereotypowych i zachowań kompulsywnych, ze względu na rodzaj studiów. Wykazano, że badani studenci kierunków pedagogicznych osiągają wyższe wyniki niż studenci kierunków medycznych (p = 0,000) oraz innych (p = 0,000) (**Tabela 9**).

Tabela 9. Wyniki KCAHW w obszarze wzorców stereotypowych i zachowań kompulsywnych ze względu na rodzaj studiów

Rodzaj studiów	N	Średnia
medyczne	109	2,36 ± 1,190
pedagogiczne	275	3,18 ± 1,013
artystyczne	4	3,50 ± 0,577
inżynierskie	2	1,00 ± 1,414
Inne	53	2,04 ± 1,240
Ogółem	446	2,84 ± 1,180

Analiza ANOVA ujawniła również występowanie istotnej statystycznie różnicy w wynikach KCAHW w obszarze informacji o autyzmie i schorzeniach współistniejących ze względu na rodzaj studiów. Wykazano, że badani studenci kierunków medycznych osiągają wyższe wyniki niż studenci kierunków artystycznych (p = 0,005) oraz innych (p = 0,000). Jednocześnie studenci kierunków pedagogicznych osiągają wyższe wyniki niż studenci kierunków artystycznych (p = 0,030) oraz innych (p = 0,000) (**Tabela 10**).

Tabela 10. Wyniki KCAHW w obszarze informacji o autyzmie i schorzeniach współistniejących ze względu na rodzaj studiów

Rodzaj studiów	N	Średnia
medyczne	109	3,79 ± 1,139
pedagogiczne	275	3,45 ± 1,290
artystyczne	4	1,50 ± 1,291
inżynierskie	2	1,50 ± 2,121
Inne	53	2,64 ± 1,226
Ogółem	446	3,42 ± 1,306

Dyskusja

Kwestionariusz Knowledge About Childhood Autism Among Health Workers [22] wykorzystuje się w wielu badaniach naukowych do oceny poziomu świadomości autyzmu.

Shaukat i wsp. w 2014 rok przeanalizowali wyniki ankiet wypełnionych przez 157 studentów czwartego medycyny. Grupa badana stanowiła 62 mężczyzn oraz 95 kobiet. Średni wyniki uzyskany przez studentów to 12,30 ± 4,71 na maksymalnych 25 punktów. Autorzy tych badań zmodyfikowali pierwotną skalę poszerzając ją o ilość pytań z 19 do 25 o dodatkowe pytania dotyczące IQ oraz edukacji pacjentów autystycznych [23].

W 2011 roku poddani analizie stanu wiedzy o ASD u 80 pielęgniarek pediatrycznych i psychiatrycznych. Badanie zostało wykonane przez Igwe i wsp., a średni wynik uzyskany przez wszystkie badane osoby to 12,56 ± 3,23 na 19 możliwych. Wynik dla pielęgniarek pediatrycznych kształtował się na poziomie 11,78 ± 3,64, natomiast dla pielęgniarek psychiatrycznych osiągnięty wynik to 13,35 ± 2,58. Autorzy we wnioskach swojej pracy stwierdzają, że występują istotne braki w wiedzy o zaburzeniach ze spektrum wśród multidyscyplinarnego zespołu zajmującego się dziećmi z ASD. Badacze zauważają, że szersza znajomość objawów autyzmu zapewne przyczyni się do szybszego stawiania diagnozy autyzmu, co z kolei może skutkować lepszymi rokowaniami pacjentów z ASD [24].

Kolejna analiza została przeprowadzona przez Hutton i wsp. na 50 nauczycielach w 2016 roku i wykazała znajomość objawów autyzmu na poziomie 13,08 punktów na 19 możliwych. Autorzy badania dowiedli, że 68% nauczycieli rozpoznaje objawy autyzmu, a kwestionariusz KCAHW jest użytecznym i skutecznym narzędziem. Dodatkowo stwierdzono, że pedagodzy mają dobrą znajomość ogólną ASD [25].

W 2009 roku badania przedstawione przez Bakare i wsp. zostały przeprowadzone na 134 pracownikach służby zdrowia. Średni uzyskany wynik z wypełnionych kwestionariuszy to 12,35 ± 4,40 na maksymalnie 19 możliwych do uzyskania punktów. Bliskie istotności wyniki uzyskano u psychiatrów w porównaniu do pediatrów (p = 0,071). Również lepsze rezultaty pracowników służby zdrowia związane były ze stażem pracy (p = 0,056). Dodatkowo zauważono, że ponad połowa pracowników służby zdrowia ocenia, że stan praw i potrzeby dzieci z autyzmem (oraz z inną diagnozą zaburzeń rozwojowych) jest znacznie obniżony aniżeli oczekiwano by tego od pracowników służby zdrowia [26].

Bakare i wsp. w 2015 roku podaje, iż znajomość objawów autyzmu u przedstawicieli służby zdrowia jest ni-

ska, czego dowodzą otrzymane przez nich wyniki badań z wykorzystaniem opisywanego narzędzia badawczego. W tym badaniu przeanalizowano znajomość objawów autyzmu u 757 studentów ostatniego roku kierunków medycznych z 10 szkół medycznych. Stwierdzono dodatkowo, że tylko 28,8% studentów uczestniczyło w badaniu dziecka z ASD podczas swoich praktyk pediatrycznych i psychiatrycznych. Wysnuto więc wniosek, że potrzeba szerszego podejmowania tematu dotyczącego autyzmu w czasie studiów medycznych, zwłaszcza w czasie praktyk pediatrycznych i psychiatrycznych [27].

Kolejnym badaniem wykorzystującym kwestionariusz KCAHW było przeprowadzone przez Eseigbe i wsp. w 2015 roku. Naukowcy analizie poddali 175 lekarzy. Zauważono, iż lekarze posiadający specjalizację uzyskali wyniki wyższe bądź równe 15 punktów w ilości 69,4 % respondentów. Natomiast lekarze bez specjalizacji uzyskali wyniki większe bądź równe 15 punktów w ilości 30,6 % osób biorących udział w badaniu. W tym badaniu wykazano również, że psychiatrzy i pediatrzy osiągali wyniki powyżej 15 punktów (19 możliwych), natomiast lekarze interniści osiągali wyniki poniżej 15 punktów [28].

W 2010 roku zespół prowadzony przez Igwe i wsp. ocenił 300 studentów ostatniego roku studiów medycznych, pielęgniarstwa i psychologii. Wynik uzyskany przez osoby poddane badaniu to 10,67 ± 3,73 na 19 możliwych odpowiedzi. Wyniki dla poszczególnych kierunków prezentują się następująco; medycyna 12,24 ± 3,24; pielęgniarstwo 10,76 ± 3,50, psychologia 9,01 ± 3,76. Stwierdzono, że studenci medycyny częściej rozpoznają objawy autyzmu, w porównaniu do studentów pielęgniarstwa i psychologii. Autorzy w swojej publikacji podkreślili, konieczność zwrócenia szczególnej uwagi (zwłaszcza na psychologii), na naukę objawów ASD, co miałoby się przełożyć na wcześniejsze rozpoznawanie autyzmu [29].

Autorzy wymienionych badań jednogłośnie alarmują o niskim poziomie świadomości dotyczącej objawów autyzmu oraz stwierdzają, że społeczny poziom wiedzy na ten temat jest stosunkowo niski. Zwłaszcza wśród przyszłych przedstawicieli służby zdrowia, którzy są bezpośredni związani z diagnostyką dzieci z zaburzeniami rozwoju ze spektrum autyzmu.

Wnioski

Wykazano, że badani studenci kierunków medycznych osiągają niższe wyniki niż studenci kierunków pedagogicznych. Jednocześnie studenci kierunków „innych" osiągają niższe wyniki niż studenci kierunków medycznych oraz pedagogicznych.

Dowiedziono, że studenci kierunków medycznych osiągają niższe wyniki niż studenci kierunków artystycznych oraz pedagogicznych. Studenci kierunków artystycznych osiągają natomiast lepsze wyniki niż studenci kierunków pedagogicznych.

Poziom wiedzy o autyzmie wśród studentów polskich uczelni można uznać za niewystarczający. Zwłaszcza wśród studentów kierunków medycznych, czyli wśród przyszłych pracowników związanych bezpośrednio z diagnozą autyzmu.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Rossignol DA, Frye RE. A review of research trends in physiological abnormalities in autism spectrum disorders: immune dysregulation, inflammation, oxidative stress, mitochondrial dysfunction and environmental toxicant exposures. Mol Psychiatry. kwiecień 2012;17(4):389–401.
2. Pilowsky T, Yirmiya N, Arbelle S, Mozes T. Theory of mind abilities of children with schizophrenia, children with autism, and normally developing children. Schizophr Res. 7 kwiecień 2000;42(2):145–55.
3. Wallace GL, Case LK, Harms MB, Silvers JA, Kenworthy L, Martin A. Diminished Sensitivity to Sad Facial Expressions in High Functioning Autism Spectrum Disorders is Associated with Symptomatology and Adaptive Functioning. J Autism Dev Disord. listopad 2011;41(11):1475–86.
4. Bird G, Catmur C, Silani G, Frith C, Frith U. Attention does not modulate neural responses to social stimuli in autism spectrum disorders. NeuroImage. 15 lipiec 2006;31(4):1614–24.
5. Zablotsky B, Black LI, Maenner MJ, Schieve LA, Blumberg SJ. Estimated Prevalence of Autism and Other Developmental Disabilities Following Questionnaire Changes in the 2014 National Health Interview Survey. Natl Health Stat Rep. 13 listopad 2015;(87):1–20.
6. Barendse EM, Hendriks MP, Jansen JF, Backes WH, Hofman PA, Thoonen G, i in. Working memory deficits in high-functioning adolescents with autism spectrum disorders: neuropsychological and neuroimaging correlates. J Neurodev Disord. 4 czerwiec 2013;5(1):14.
7. Hallmayer J, Cleveland S, Torres A, Phillips J, Cohen B, Torigoe T, i in. Genetic heritability and shared environmental factors among twin pairs with autism. Arch Gen Psychiatry. listopad 2011;68(11):1095–102.
8. Sandin S, Lichtenstein P, Kuja-Halkola R, Larsson H, Hultman CM, Reichenberg A. The familial risk of autism. JAMA. 7 maj 2014;311(17):1770–7.
9. Frye RE, Rossignol DA. Mitochondrial dysfunction can connect the diverse medical symptoms associated with autism spectrum disorders. Pediatr Res. maj 2011;69(5 Pt 2):41R-7R.
10. Filipek PA, Accardo PJ, Baranek GT, Cook EH, Dawson G, Gordon B, i in. The screening and diagnosis of autistic spectrum disorders. J Autism Dev Disord. grudzień 1999;29(6):439–84.
11. Frye RE, Melnyk S, Macfabe DF. Unique acyl-carnitine profiles are potential biomarkers for acquired mitochondrial disease in autism spectrum disorder. Transl Psychiatry. 22 styczeń 2013;3:e220.

12. Celestino-Soper PBS, Violante S, Crawford EL, Luo R, Lionel AC, Delaby E, i in. A common X-linked inborn error of carnitine biosynthesis may be a risk factor for nondysmorphic autism. Proc Natl Acad Sci U S A. 22 maj 2012;109(21):7974–81.
13. Frye RE, Sequeira JM, Quadros EV, James SJ, Rossignol DA. Cerebral folate receptor autoantibodies in autism spectrum disorder. Mol Psychiatry. marzec 2013;18(3):369–81.
14. James SJ, Melnyk S, Jernigan S, Cleves MA, Halsted CH, Wong DH, i in. Metabolic endophenotype and related genotypes are associated with oxidative stress in children with autism. Am J Med Genet Part B Neuropsychiatr Genet Off Publ Int Soc Psychiatr Genet. 5 grudzień 2006;141B(8):947–56.
15. Rose S, Melnyk S, Pavliv O, Bai S, Nick TG, Frye RE, i in. Evidence of oxidative damage and inflammation associated with low glutathione redox status in the autism brain. Transl Psychiatry. 10 lipiec 2012;2:e134.
16. Anderson JS, Nielsen JA, Froehlich AL, DuBray MB, Druzgal TJ, Cariello AN, i in. Functional connectivity magnetic resonance imaging classification of autism. Brain J Neurol. grudzień 2011;134(Pt 12):3742–54.
17. Cherkassky VL, Kana RK, Keller TA, Just MA. Functional connectivity in a baseline resting-state network in autism. Neuroreport. 6 listopad 2006;17(16):1687–90.
18. Monk CS, Peltier SJ, Wiggins JL, Weng S-J, Carrasco M, Risi S, i in. Abnormalities of intrinsic functional connectivity in autism spectrum disorders. NeuroImage. 15 sierpień 2009;47(2):764–72.
19. Rosenberg RE, Law JK, Yenokyan G, McGready J, Kaufmann WE, Law PA. Characteristics and concordance of autism spectrum disorders among 277 twin pairs. Arch Pediatr Adolesc Med. październik 2009;163(10):907–14.
20. Newschaffer CJ, Croen LA, Fallin MD, Hertz-Picciotto I, Nguyen DV, Lee NL, i in. Infant siblings and the investigation of autism risk factors. J Neurodev Disord. 18 kwiecień 2012;4(1):7.
21. Hotez E, Shane-Simpson C, Obeid R, DeNigris D, Siller M, Costikas C, i in. Designing a Summer Transition Program for Incoming and Current College Students on the Autism Spectrum: A Participatory Approach. Front Psychol. 2018;9:46.
22. Bakare MO, Ebigbo PO, Agomoh AO, Menkiti NC. Knowledge about childhood autism among health workers (KCAHW) questionnaire: description, reliability and internal consistency. Clin Pract Epidemiol Ment Health CP EMH. 6 czerwiec 2008;4:17.
23. Shaukat F, Fatima A, Gulamhussein MA, Zehra N. Assessment of knowledge about childhood autism among medical students from private and public universities in Karachi. J Pak Med Assoc. 2014;64(11).
24. Igwe MN, Ahanotu AC, Bakare MO, Achor JU, Igwe C. Assessment of knowledge about childhood autism among paediatric and psychiatric nurses in Ebonyi state, Nigeria. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 9 styczeń 2011;5:1.
25. Hutton NK, Mitchell C, Riet M van der. Assessing an isiZulu questionnaire with educators in primary schools in Pietermaritzburg to establish a baseline of knowledge of Autism Spectrum Disorder. BMC Pediatr. 1 grudzień 2016;16(1):185.
26. Bakare MO, Ebigbo PO, Agomoh AO, Eaton J, Onyeama GM, Okonkwo KO, i in. Knowledge about childhood autism and opinion among healthcare workers on availability of facilities and law caring for the needs and rights of children with childhood autism and other developmental disorders in Nigeria. BMC Pediatr. 12 luty 2009;9:12.
27. Bakare MO, Tunde-Ayinmode MF, Adewuya AO, Bello-Mojeed MA, Sale S, James BO, i in. Recognition of Autism Spectrum Disorder (ASD) symptoms and knowledge about some other aspects of ASD among final year medical students in Nigeria, Sub-Saharan Africa. BMC Res Notes. 18 wrzesień 2015;8:454.
28. Eseigbe EE, Nuhu FT, Sheikh TL, Eseigbe P, Sanni KA, Olisah VO. Knowledge of Childhood Autism and Challenges of Management among Medical Doctors in Kaduna State, Northwest Nigeria [Internet]. Autism Research and Treatment. 2015 [cytowane 9 luty 2018]. Dostępne na: https://www.hindawi.com/journals/aurt/2015/892301/
29. Igwe MN, Bakare MO, Agomoh AO, Onyeama GM, Okonkwo KO. Factors influencing knowledge about childhood autism among final year undergraduate Medical, Nursing and Psychology students of University of Nigeria, Enugu State, Nigeria. Ital J Pediatr. 13 czerwiec 2010;36:44.

Zaakceptowano do edycji: 20.08.19
Zaakceptowano do publikacji: 26.09.19

Adres do korespondencji:
Piotr Poniewierski
Klinika i Katedra Reumatologii i Rehabilitacji
ul. 28 czerwca 1956 r. 135/147
61-545 Poznań
tel. 61 831 02 44
e-mail: piotrponiewierski@wp.pl

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA ORYGINALNA

ANALIZA WSKAZAŃ DO PORODÓW OPERACYJNYCH W LATACH 2016–2018 W SZPITALU ŚW. RODZINY W POZNANIU

ANALYSIS OF INDICATIONS FOR CESAREAN SECTION AND INSTRUMENTAL VAGINAL DELIVERY BETWEEN 2016–2018 IN THE ST. FAMILY HOSPITAL IN POZNAŃ

Magdalena Szumska, Martyna Kozłowska-Wytyk, Tomasz Olejniczak

Szpital Św. Rodziny w Poznaniu

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2019.30

STRESZCZENIE

W przedstawionym artykule przeanalizowano udział cięć cesarskich i porodów operacyjnych drogą pochwową w ogólnej liczbie porodów w Szpitalu św. Rodziny w Poznaniu w latach 2016–2018. Porównano na przestrzeni lat wskazania zarówno do porodów operacyjnych drogą pochwową, jak i cięć cesarskich. Najczęstszym wskazaniem do ukończenia porodu zabiegowo okazały się objawy zagrożenia życia płodu w II okresie porodu, niezależnie od zastosowanej metody (kleszcze vs. wyciągacz próżniowy), osiągając od 90 do 95% ogółu porodów operacyjnych drogą pochwową. Udział cięć cesarskich w ogólnej liczbie porodów w analizowanym okresie wzrósł od 30,1% do 34,0%. Najczęstszymi wskazaniami do wykonania cięcia cesarskiego były objawy zagrożenia życia płodu i brak postępu porodu. Uzyskane dane porównano z wynikami analiz przeprowadzonych w innych szpitalach ginekologiczno-położniczych o innym poziomie referencyjności oraz z danymi opublikowanymi przez ACOG [18].

Słowa kluczowe: cięcie cesarskie, poród operacyjny drogą pochwową, analiza wskazań, kleszcze położnicze, wyciągacz próżniowy, wskazania do cięcia cesarskiego.

ABSTRACT

In the presented article, the share of cesarean sections and instrumental vaginal deliveries was analyzed as far as the total number of deliveries between 2016–2018 in the St. Family Hospital is concerned. Indications for both vaginal delivery and cesarean section were compared over the years. The most common indications for the operative way of termination of the spontaneous labor were symptoms of fetal distress during the second period of labor (regardless of weather forceps or vacuum extractor were used) reaching about 90 and 95% of the total numer of instrumental vaginal deliveries. The part of caesarean sections in the total number of deliveries according to the analyzed period of time increased from 30.1% to 34.0%. The most common indications for caesarean sections were symptoms of fetal distress and failure to progress in labour. The obtained data was compared to the results of analysis performed in other gynecology and obstetrics hospitals (presenting different reference level) and to data published by ACOG [18].

Keywords: caesarean section, vaginal delivery, obstetric forceps, vacuum extractor, indications for caesarean section.

Wstęp

Cięcie cesarskie jest najczęstszą wykonywaną w położnictwie operacją [1]. Umożliwia zakończenie ciąży i porodu w sposób bezpieczny dla matki i dziecka, nie jest jednak operacją całkowicie pozbawioną powikłań. Należy zwrócić uwagę, iż śmiertelność kobiet po cięciu cesarskim jest 3–4 razy większa niż po porodzie drogami natury. [2] Literatura jasno określa wskazania do cięcia cesarskiego i do operacji położniczych drogą pochwową. Najczęściej wymieniane z nich to objawy zagrożenia życia płodu oraz niepostępujący poród [3, 4, 5, 6]. Podręcznikowo wskazania do cięcia cesarskiego dzielimy na wskazania elektywne, pilne, naglące i nagłe (natychmiastowe). W sytuacji kiedy na długo przed porodem znane są czynniki uniemożliwiające ciężarnej bezpieczne odbycie porodu drogą pochwową planowane jest zakończenie ciąży na drodze elektywnego cięcia cesarskiego [3, 5, 6]. W ten sposób traktowane będą pacjentki ze wskazaniami ze specjalizacji pozapołożniczych (neurologia, okulistyka itd.), jak również pacjentki, u których stwierdzono niekorzystne uwarunkowania położnicze – w tym cienką bliznę macicy po cesarskim cięciu czy nieprawidłowe położenie płodu. Za wskazania pilne uznajemy czynniki, które potencjalnie zagrażają życiu i zdrowiu matki oraz płodu, ale nie stwarzają bezpośredniego zagrożenia życia w danym momencie. Istnieją przesłanki jednak, że pogorszenie może wystąpić w każdej chwili, a dalsze oczekiwanie i ewentualny postęp porodu może pogorszyć sytuację położniczą i warunki do wykonania cięcia. Przykładem takiego wskazania jest brak postępu porodu wynikający z nieprawidłowego ułożenia główki czy dystocja szyjkowa. Wskazania naglące

to zaburzenia potencjalnie zagrażające życiu i zdrowiu matki oraz płodu, które powtarzając się w krótkich odstępach czasu mogą stworzyć bezpośrednie zagrożenie życia dla matki lub płodu w każdej chwili. To sytuacje, w których poród należy ukończyć jak najszybciej. Zaliczamy do nich powtarzające się epizody bradykardii czy wystepowanie deceleracji późnych lub zmiennych, przy nieefektywnej czynności skurczowej macicy. W przypadku zaburzeń u matki lub płodu występujących w sposób ciągły, bezpośrednio zagrażających ich życiu i zdrowiu mówimy o wskazaniach nagłych. Do najczęstszych przyczyn tych zaburzeń zaliczamy przedwczesne oddzielenie łożyska, wypadnięcie pępowiny czy zagrażającą rzucawkę. Cięcie cesarskie powinno być wykonane w ciągu minut, bez oczekiwania na wyniki badań laboratoryjnych, a nawet bez oznaczenia grupy krwi [4, 5, 6].

Od wielu lat środowisko lekarskie i organizacje związane ze służbą zdrowia zwracają uwagę na rosnący odsetek ciąż zakończonych cięciem cesarskim. W 2015 roku ówczesny minister zdrowia Konstanty Radziwiłł mówił o liczbie 43% ciąż zakończonych cięciem w Polsce. W związku z tym powołano zespół, który w tym samym roku opracował nowe Standardy Opieki Okołoporodowej, mające na celu zmniejszenie liczby cięć cesarskich w kraju [7]. W następnych latach odsetek ciąż zakończonych cięciem wynosił kolejno 45,8% w 2016 i 43,9% w 2017 [8]. Zgodnie z rekomendacjami WHO udział porodów zakończonych drogą brzuszną z uzasadnionych wskazań, niezależnie od regionu geograficznego, nie powinien przekraczać 15% [9]. Najniższy odsetek cięć cesarskich mają kraje Europy północnej: Finlandia (16,4%), Norwegia (16,5%) czy Islandia (16,1%) [8].

Alternatywą do cięć cesarskich, związanych głównie z nieprawidłowościami w II okresie porodu, umożliwiającą zmniejszenie ogólnej liczby cięć cesarskich są porody operacyjne drogą pochwową za pomocą kleszczy wyjściowych lub wyciągacza próżniowego. Wymagają one jednak spełnienia odpowiednich kryteriów w ocenie sytuacji położniczej oraz niewątpliwie doświadczonej ręki położnika, umożliwiającej bezpieczne przeprowadzenie procedury [3].

Należy również zwrócić uwagę na fakt, iż odsetek cięć cesarskich w ogólnej liczbie porodów jest ściśle związany ze stopniem referencyjności szpitala położniczego. I poziom opieki perinatalnej obejmuje opiekę nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem, połogiem i zdrowym noworodkiem. II poziom obejmuje również opiekę nad patologią ciąży średniego stopnia, podczas gdy III poziom obejmuje opiekę nad najcięższą patologią ciąży. [10] W związku z powyższym można spodziewać się wyższych odsetków cięć cesarskich w przypadku ośrodków o wyższych stopniach referencyjności.

Cel

W niniejszej pracy przeanalizowano statystycznie wskazania do cięć cesarskich oraz porodów operacyjnych drogą pochwową w latach 2016–2018 w Szpitalu Św. Rodziny w Poznaniu. Szpital ten jest ośrodkiem posiadającym II poziom referencyjności opieki perinatalnej tj. obejmuje opiekę nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem i połogiem oraz zdrowym noworodkiem, a także nad patologią ciąży średniego stopnia [10].

Materiał i metody

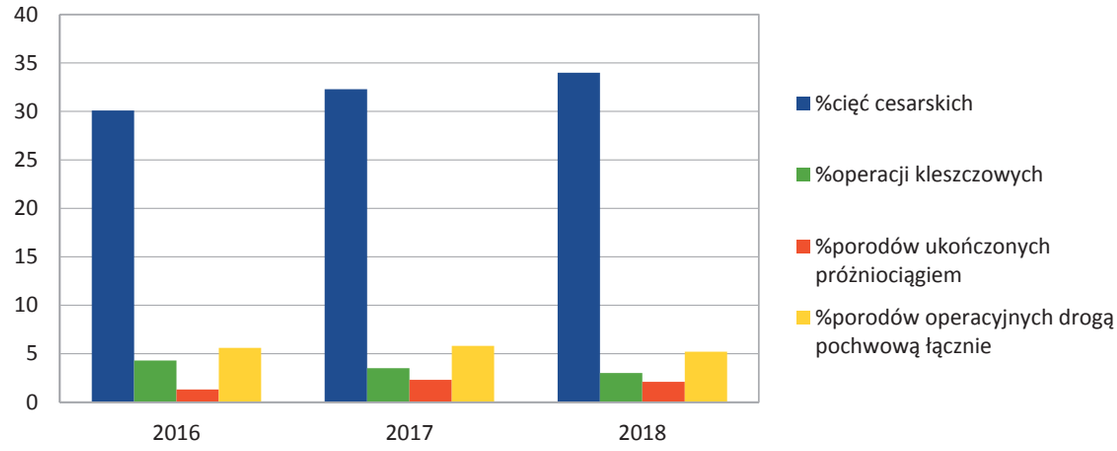
Do analizy wykorzystano dane z książek porodowych oraz statystyki szpitalne z lat 2016–2018. Pacjentki analizowano w dwóch grupach. W pierwszej znalazły się ciąże zakończone cięciem cesarskim, zaś w drugiej porody ukończone operacją kleszczową i wyciągaczem próżniowym.

Wyniki

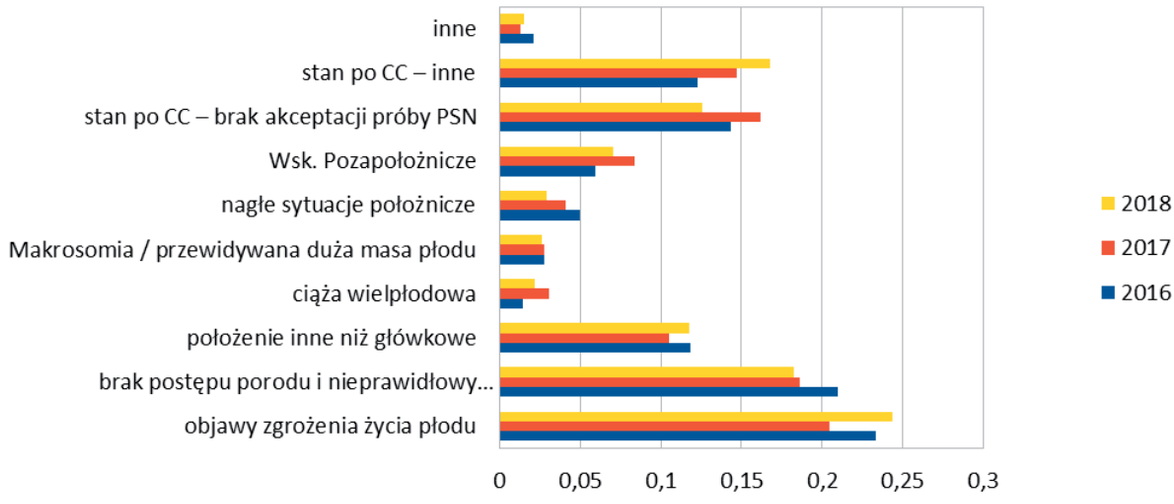
Analiza wskazań do porodów operacyjnych drogą pochwową z okresu 2016–2018 wykazała, że niezależnie od zastosowanej metody (kleszcze vs. wyciągacz próżniowy), najczęstszym wskazaniem są objawy zagrożenia życia płodu w II okresie porodu. Ich odsetek waha się między 90 a 95% ogółu porodów operacyjnych drogą pochwową. Spośród pozostałych wskazań odnotowano również przedłużający się II okres porodu, w tym związany z nieskutecznym parciem, nieprawidłowym zwrotem główki płodu, brakiem współpracy lub zmęczeniem rodzącej (**Rycina 1**).

Odsetek ciąż zakończonych drogą brzuszną w ostatnim trzyleciu powoli rośnie. Z analizowanych danych wynika, że spośród wskazań do cięć cesarskich zdecydowaną większość stanowią objawy zagrożenia życia płodu (19%–23%) i brak postępu porodu (15%–19%). Pozostałe wskazania kształtują się, jak przedstwiono na wykresie poniżej (**Rycina 2**).

W kategorii objawy zagrożenia życia płodu ujęto zarówno porody zakończone cięciem cesarskim z powodu nagłego pogorszenia się zapisu KTG śródporodowego jaki i rozpoczynających się objawów zagrożenia życia płodu np. w przebiegu IUGR. W kategorii brak postępu porodu ujęto jego nieprawidłowy przebieg w czesie I i II okresu porodu oraz, celem uproszczenia analizy, sytuacje związane z niewspółmiernością porodową lub nieprawidłowym wstawianiem się części przodującej. W niniejszej analizie do nagłych sytuacji położniczych wliczono: przedwczesne



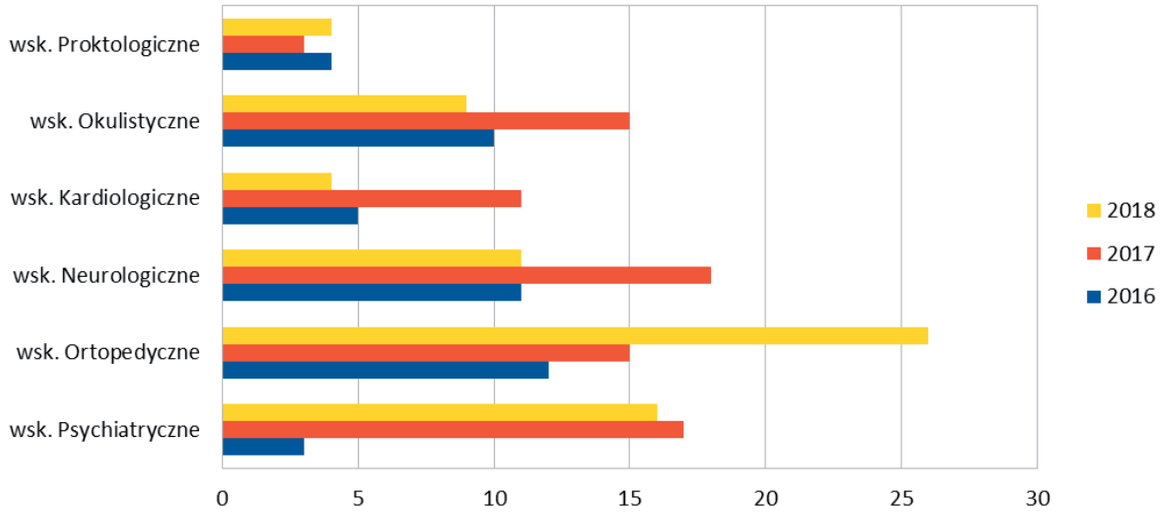
Rycina 1. Procentowy udział porodów operacyjnych w ogólnej liczbie porodów



Rycina 2. Udział wskazań do cięć cesarskich w latach 2016–2018

oddzielenie łożyska, wypadnięcie pępowiny, ciężki stan przedrzucawkowy i zagrażającą rzucawkę, HELLP, ciężką cholestazę i inne. We wskazaniach pozapołożniczych znalazły się wskazania psychiatryczne, okulistyczne, ortopedyczne, neurologiczne, kardiologiczne, chirurgiczne – zestawienie przedstawiono na **rycinie 3**.

W ogólnej liczbie porodów drogą cięcia cesarskiego wykonywanych po uprzednim cięciu cesarskim zdecydowaną większość wskazań stanowią cięcia u pacjentek niewyrażających zgody na próbę porodu drogami natury. Do pozostałych ujętych w analizie należą – jak w **tabeli 1**.



Rycina 3. Udział wskazań do cięć cesarskich ze specjalizacji pozapołożniczych

Tabela 1. Rozkład procentowy wskazań do powtórnego cięcia cesarskiego w latach 2016–2018

	2016		2017		2018	
stan po CC – brak akceptacji próby PSN	109	53,96%	153	52,40%	125	42,81%
stan po CC – uprzednio istniejąca choroba matki	10	4,95%	12	4,11%	30	10,27%
stan po CC – niekorzystne prognostycznie warunki do PSN	9	4,46%	53	18,15%	46	15,75%
stan po 2 lub więcej cięciech cesarskich	32	15,84%	37	12,67%	45	15,41%
stan po CC – zagrażające pęknięcie macicy	5	2,48%	15	5,14%	20	6,85%
Uzasadnione wskazania położnicze u pacjentek po CC	37	18,32%	22	7,53%	26	8,90%

Dyskusja

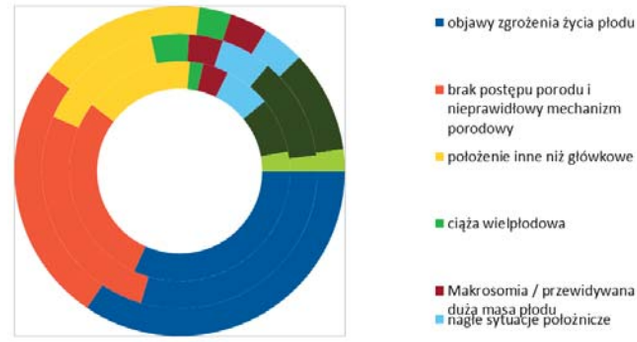
Od wielu lat obserwuje się tendencję do wzrostu odsetka ciąż rozwiązywanych cięciem cesarskim. W Polsce w 2016 r. udział ten wynosił 45,8%, a w 2017 r. 43,9%, będąc zarazem jednym z najwyższych w Europie [1, 8]. W Szpitalu św. Rodziny w Poznaniu odsetek ten kształtował się następująco: 30,1% w 2016, 32,3% w 2017 i 34,0% w 2018 r. Daje to korzystny wynik na tle ogólnopolskim, ale wymaga zauważenia wyraźnej tendencji wzrostowej (**Rycina 1**). Podjęto więc analizę wskazań do cięć cesarkich w ww. szpitalu i rozważania na temat możliwych przyczyn wzrostu udziału cięć w ogólnej liczbie porodów.

Na podstawie uzyskanych danych ustalono, że w ciągu ostatnich lat udział cięć cesarskich wykonanych po cięciu cesarskim utrzymuje się na podobnym poziomie, tj. między 27% a 31% (**Tabela 1**). W porównaniu do Nowego Szpitala w Wąbrzeźnie (szpital I referencji, dane z lat 2010–2011) wynik ten jest 2-krotnie wyższy [11]. Zaś w porównaniu do uśrednionych danych ze szpitala III referencji – Szpitala Specjalistycznego im. A. Falkiewicza we Wrocławiu (lata 2004–2007) niemal 8-krotnie wyższy, co ciekawe w ogólnym udziale porodów zakończonych drogą brzuszną szpital ten osiągnał wyższe wyniki (43,6%) niż Szpital św. Rodziny [2]. Może to wynikać w pierwszej kolejności z tego, że w szpitalu I referencji nie powinno się wykonywać ryzykownych operacji położniczych, do jakich należy powtórne cięcie cesarskie. Z drugiej strony ogólna ilość ciąż zakończonych na sali operacyjnej w naszym kraju od roku 2000 do 2016 drastycznie wzrosła – od 19,5% [2] do niemal 46%, co musiało wpłynąć też na zwiększenie ilości cięć wykonanych po cięciu cesarskim. Za najważnieszy zaś czynnik należy wziąć pod uwagę, że autorzy niniejszej analizy podają tu całkowitą ilość cięć po cięciu cesarskim, z czego około połowa była uzadaniona innymi wskazaniami położniczymi i pozapołożniczymi. Na **rycinie 2** zauważa się wyraźny wzrost udziału cięć cesarskich w ciążach po cięciu z dodatkowymi wskazanimi medycznymi („stan po CC – inne") w ogólnej analizie wskazań do tej operacji. W publikowanych przez innych autorów opracowaniach widoczne są podobne tendencje na przestrzeni ostatnich 10 lat, przez co zformułowano wnioski, że przebycie przez pacjentki cięcia cesarskiego w przeszłości jest główną przyczyną wzrostu odsetka wykonywanych cięć cesarskich obecnie [12].

Drugą połowę wskazań do powtórnych cięć cesarskich stanowi brak akceptacji próby porodu drogami natury przez ciężarną. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące cięć cesarskich z roku 2008 warunkują podjęcie próby porodu drogami natury po cięciu podpisaniem przez rodzącą adekwatnej świadomej zgody [5]. Jak można wnioskować z osiągniętych w Szpitalu wyników, jedynie połowa pacjentek aprobuje takie postępowanie. Wynika to z obaw ciężarnych przed powikłaniami [13]. W wieloośrodkowym badaniu Landona i wsp. wykazano, że ryzyko pęknięcia macicy w czasie porodu siłami natury po cięciu cesarskim wynosi 0,7% oraz nieznacznie wzrasta częstość zapalenia endometrium i encefalopatii niedotlenieniowo-niedokrwiennej noworodka. [14] Możliwość odbycia porodu drogami natury po cięciu dla ciężarnej w ciąży pojedynczej z płodem w położeniu główkowym można łatwo oszacować posiłkując się specjalnymi kalkulatorami dostępnymi online. Przykładowo dla 30-letniej kobiety rasy białej o BMI 30, która nigdy nie rodziła siłami natury, a cięcie cesarskie odbyło się ze wskazań braku postępu porodu, szanse na urodzenie dziecka drogami natury wynoszą 54%. Gdyby pierwsze cięcie cesarskie tej pacjentki odbyło się z innych wskazań – jej szanse na powodzenie próby porodu naturalnego rosną do 69%. [15] Naturalnie konieczna jest też ocena warunków do odbycia porodu siłami natury przez doświadczonego położnika. Istnieje więc nadzieja, że dzięki edukacji pacjentek uda się w przyszłości ograniczyć ilość powtórnych cięć cesarskich z tego wskazania.

Zgodnie z Rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dopuszcza się podjęcie próby porodu drogami natury po przebytych 2 cięciach cesarskich [5]. W praktyce w Szpitalu św. Rodziny stan po przebyciu 2 lub więcej cięć cesarskich uznaje się za wskazanie do zakończenia ciąży w drodze elektywnego cięcia cesarskiego. Odsetek cięć z tego wskazania na przestrzeni lat wyniósł od 12,7% do 15,8% ogółu cięć cesarskich. Jest to wielokrotnie więcej w porównaniu do szpitala III referenji z lat 2004–2007 tj. średnio 1,88%. Wynika to zarówno z ogólnopolskiego trendu wzrostu ilości porodów zakończonych na sali operacyjnej, jak i z dynamicznego rozwoju ginekologii, perinatologii, technik wspomaganego rozrodu oraz innych pokrewnych dziedzin medycyny umożliwiających utrzymanie płodności po przebytych na macicy operacjach.

W latach 2016–2018 najczęstszym wskazaniem do pierwszorazowego cięcia cesarskiego w Szpitalu św. Rodziny były objawy zagrożenia życia płodu (29,6%–34,5%). Na drugim miejscu znalazł się brak postępu porodu (w tym spowodowany nieprawidłowym mechanizmem porodowym), wynosząc od 25,8% do 28,6%. Z pozostałych przyczyn zakończenia ciąży w warunkach bloku operacyjnego należy wymienić w kolejności ich częstości: położenie płodu inne niż główkowe, wskazania ze specjalizacji pozapołożniczych i nagłe stany położnicze. Udział wszystkich wymienionych powyżej wskazań do pierwszorazowego cięcia cesarskiego jest porównywalny w czasie omawianego trzylecia, mało prawdopodobne więc, aby był odpowiedzialny za obserwowany w Szpitalu wzrost odsetka cięć cesarskich w ogólnej liczbie porodów (**Rycina 4**).



Rycina 4. Rozkład wskazań do pierwszorazowych cięć cesarskich

W danych ze szpitala I referencji z lat 2010–2011 najczęstszymi przyczynami pierwszorazowego cięcia cesarskiego były: brak postępu porodu, niewspółmierność porodowa i zagrażająca zamartwica płodu. W porównaniu z uzyskanymi danymi dużo częściej wskazaniem do cięcia w Nowym Szpitalu w Wąbrzeźnie okazały się brak postępu porodu razem z niewspółmiernością porodową i wysokim prostym staniem główki – razem około 76,5% w 2010 r. i 50% w 2011. W omawianej analizie dla ułatwienia wszystkie te wskania zawarto w kategorii brak postępu porodu. Co ciekawe, odnotowany udział wskazań nagłych w obu ośrodkach pokrywa się, wynosząc 6%, zaś wskazań pozapołożniczych jest dwukrotnie większy w Szpitalu Św. Rodziny (średnio 10%) [11]. Inaczej wygląda porównanie z analizą wskazań do cięć cesarskich w Szpitalu Specjalistycznym im. A. Falkiewicza we Wrocławiu z lat 2004–2007. Tam również najczęstszą przyczyną pierwszorazowego ciecia cesarskiego okazała się zagrażająca zamartwica, jednak dużo rzadziej stawiano rozpoznanie braku postępu porodu (13,5%–16,2%). Autorzy wrocławskiej analizy zwracają uwagę na nadużywanie wskazań pozapołożniczych do cięć, których udział w ogólnej ilości cięć wykonanych w tym szpitalu wynosił 16,1% do 20,6% [2]. Jak wynika z **ryciny 3** w Szpitalu św. Rodziny w ciągu ostatnich 3 lat spośród wskazań pozapołożniczych odnotowano wyraźny wzrost ilości pacjentek kierowanych do cięcia cesarskiego z powodu schorzeń ortopedycznych.

Zauważone różnice między ośrodkami najprawdopodobniej wynikają z ich różnej referencyjności oraz obserwowanej tendencji do zwiększania się odsetka ciąż wysokiego ryzyka, które powinny zostać rozwiązanem cięciem planowym z wskazań okulistycznych, ortopedycznych, nurologicznych i internistycznych [2].

Interesujące jest porównanie danych uzyskanych w poznańskim szpitalu z danymi amerykańskimi z roku 2010. Wynika z nich, że udział cięć cesarkich w ogólnej liczbie porodów wynosił, w zależności od stanu, od 23% do 40%, w wielu stanach oscylując koło 30% [16]. Wśród wskazań do pierwszorazowego cięcia najczęściej wymieniano: zatrzymanie postępu porodu (34%), nieprawidłowy zapis czynności serca płodu (23%), nieprawidłowe położenie płodu (17%), ciążę wielopłodową (7%), wskazania matczyno-płodowe (5%), makrosomię (4%) i inne wskazania położnicze (4%) [17]. Co prawda w Szpitalu Św. Rodziny najczęstszą przyczyną pierwszorazowego cięcia okazały się być objawy zagrożenia życia płodu, niemniej jednak wartości odsetkowe w obu analizach są zbliżone, a w przypadku makrosmii prawie jadnakowe. W związku ze znacznymi różniacami w ilości ciąż zakończonych drogą brzuszną między poszczególnymi stanami USA zasugerowano, że do zwiększania się liczby cięć cesarksich przyczyniają się prawdopodobnie potencjalnie modyfikowalne czynniki, takie jak preferencje pacjentki czy praktyki stosowane w poszczególnych szpitalach. W związku z tym opracowano uzgodnione stanowisko American College of Obstetricians (ACOG) and Gynecologists i Society for Maternal-Fetal Medicine w kwestii bezpiecznego zapobiegania pierwszorazowym cięciom cesarskim [18]. Zaproponowano w nim m.in. nowe kryteria diagnostyczne, w tym wydłużone ramy czasowe, dla stwierdzenia braku postępu porodu w I i II okresie porodu. Zalecono, by w przypadku nieprawidłowości w zapisie KTG w pierwszej kolejności przeprowadzić resuscytację wewnątrzmaciczną, polegającą na zmianie pozycji ciała rodzącej, podaniu tlenu i weryfikacji jej ciśnienia tętniczego. Podkreślono znaczenie stymulacji skóry głowy płodu i amnioinfuzji śródporodowej. Naturalnie w sytuacji braku poprawy zapisu czynności serca płodu należy dążyć do jak najszybszego ukończenia porodu. ACOG proponuję zmianę wartości przewidywanej masy płodu dla podejrzenia makrosomii do 5000g, a dla ciąż obciążonych cukrzycą do 4500g. Podkreślono też istotność podejmowania próby obrotu zewnętrznego płodów w położeniu niegłówkowym, bezpieczeństwo porodów operacjnych drogą pochwową i celowość ręcznego obrotu główki płodu w przypadku jego nieprawidłowego ułożenia w drugim okresie porodu [19].

Analizując wyniki dotyczące ilości przeprowadzanych porodów operacyjnych drogami natury w Szpitalu Św. Rodziny w latach 2016–2018, zauważono, iż udział procentowy wyżej wymienionych porodów niezmiennie oscyluje w okolicy 5% ogólnej liczby porodów. Jest to wynik o tyle satysfakcjonujący, że daje poczucie stałej obecności tej metody na sali porodowej naszego szpitala. Bazując na danych z niektórych ośrodków położniczych, pochwowe porody zabiegowe wykonywane są sporadycznie, a ich częstość nie przekracza 1% wszystkich porodów w ciągu roku [11]. W wielu polskich szpitalach kleszcze i próżnociąg zostały już dawno schowane do lamusa, co znacznie utrudnia edukację młodych lekarzy w przeprowadzaniu tych procedur, co z kolei prognozuje, iż w następnych latach liczba cięć cesarskich będzie wzrastać [2].

Porównując dane Szpitala Świętej Rodziny z 2016 roku z danymi z 2018 roku, stwierdza się tendencję spadkową odsetka przeprowadzanych operacji kleszczowych na korzyść operacji drogą pochwową przy użyciu wyciągacza próżniowego. Królewskie Kolegium Położników i Ginekologów (RCOG, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists) zaleca używanie próżnociągu położniczego jako metody z wyboru, a kleszczy wyjściowych w ułożeniach wierzchołkowych [20]. Wybór metody związany jest jednak niewątpliwie z umiejętnościami i doświadczeniem położnika odbierającego poród.

Analizując wskazania do porodów operacyjnych drogą pochwową przeprowadzonych w tutejszym szpitalu w latach 2016–2018, zauważa się, że w wiekszości przypadków (88%–91%) na pierwszy plan wysuwa się zagrażająca zamartwica wewnątrzmaciczna, zaś u pozostałych pacjentek – przedłużający się II okres porodu. Uzyskane wyniki były zbliżone do wyników opublikowanych przez Klinikę Położnictwa i Ginekologii Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi w 2007 r. [21].

Porody operacyjne drogą pochwową odgrywają ważną rolę w codziennej praktyce położniczej. Zarówno porody ukończone przy użyciu kleszczy, jak i wyciągacza próżniowego wymagają odpowiednio przeszkolonego personelu, właściwych wskazań, przestrzegania wyznaczonych procedur i rozważenia potencjalnych powikłań. Wilczyński i wsp. stwierdzili jednak, że w każdym przypadku pojawienia się nagłych wskazań do zakończenia porodu przy główce ustalonej w próżni należy przeprowadzić próbę porodu drogami natury celem uniknięcia komplikacji wynikających w trakcie ewentualnego cięcia cesarskiego, gdyż stan urodzeniowy noworodków w obu badanych grupach nie wykazywał zasadniczych różnic statystycznych [22, 23]. W związku z powyższym naszym celem jest kładzenie

nacisku na szkolenie personelu lekarskiego sali porodowej w zakresie wskazań, prawidłowej oceny warunków, a także techniki przeprowadzania porodów operacyjnych drogą pochwową.

Wnioski

1. Stwierdza się wyraźną tendencję wzrostową w ilości ciąż zakończonych cięciem cesarskim w Szpitalu św. Rodziny w Poznaniu w latach 2016–2018.
2. Analogicznie do wzrostu udziału cięć cesarskich w ogólnej liczbie porodów w szpitalu obserwuje się wzrost ilości cięć cesarskich u pacjentek z przynajmniej 1 cięciem w wywiadzie i dodatkowymi wskazaniami medycznymi.
3. Odsetek porodów operacyjnych drogą pchwową utrzymuje się na względnie stałym poziomie w badanym przedziale czasu.
4. W grupie ciąż zakończonych operacyjnie drogą pochwową wyraźnie częściej stosowano kleszcze położnicze, niemniej jednak udział ciąż zakończonych wyciągaczem próżniowym stopniowo rośnie.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Nowacki R, Pańszczyk M. Cięcie cesarskie, aktualne tendencje. Spojrzenie z perspektywy prywatnego szpitala położniczego; Perinatologia, Neonatolgi i Ginekologia, Tom 1, zeszyt 1, 48–50, 2008.
2. Wilczyńska M, Różańska-Kohsek A, Bielanów T. Analiza wskazań do cięć cesarskich w Szpitalu Specjalistycznym im. A. Falkiewicza we Wrocławiu w latach 2004–2007 i rozważania nad przyczyną ich wzrostu. Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia, tom 1, zeszyt 1, 27–31, 2008.
3. Bręborowicz GH (red.). Położnictwo i ginekologia, PZWL, Warszawa 2018, tom 1, 438–450.
4. Karwan-Płońska A. Analiza wskazań do cięcia cesarskiego. Nowa Medycyna – Ginekologia (8); 32–4, 2000.
5. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, Cięcie cesarskie, 2008.
6. Poręba R, Jędrzejko M, Poręba A, Sioma-Markowska U. Wskazania do cięcia cesarskiego, Perinatologia, Neonatolgi i Ginekologia, Tom 1, zeszyt 1, 11–18, 2008.
7. Autor: jp/sk / Źródło: tvn24.pl (http://www.tvn24.pl), https://www.tvn24.pl/wiadomosci-z-kraju,3/cesarskie-cieciaw-polsce-1999-2015-stanowisko-ministra-zdrowia,729371.html, dostęp na dzień 22.02.2018.
8. Solecka M, Kurier MP. W niechlubnej czołówce, 13.02.2019 www.mp.pl/pacjent/ciaza/aktualnosci/204026,w-niechlubnej-czolowce.
9. WHO, HRP, WHO statement on caesarean section rates, 1–4, kwiecień 2015.
10. Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018r. W sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. Pkt 6.
11. Waleśkiewicz-Ogórek K, Rajewski P, Kolesińska-Konkel 1 N. i wsp. Analiza wskazań do cięcia cesarskiego w Nowym Szpitalu w Wąbrzeźnie; Forum Medycyny Rodzinnej 2013, tom 7, nr 6, 295–299.
12. Stasiełuk A, Langowicz I, Kosińska-Kaczyńska K, Pietrzak B, Wilgoś M. Czy epiedmia cięć cesarskich jest wykładnikiem liberalizacji wskazań?. Ginekologia Polska Nr 8, 604–608, 2012.
13. Roztocka A. Powikłania po cięciu cesarskim, Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia, tom 7, zeszyt 3, 154–164, 2014.
14. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ i wsp. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. N. Engl. J. Med. 351(25): 2581, 2004.
15. Strona internetowa National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network https://mfmunetwork.bsc.gwu.edu/PublicBSC/MFMU/VGBirthCalc/vagbirth.html dostęp na 20.02.2019.
16. Martin JA, Hamilton BE, Ventura SJ i wsp. Births: final data for 2011. Natl. Vital Stat. Rep., 2013; 62: 1–90.
17. Barber EL, Lundsberg LS, Belanger K i wsp. Indications contributing to the increasing cesarean delivery rate. Obstet. Gynecol., 2011; 118: 29–38.
18. Uzgodnione stanowisko American College of Obstetricians and Gynecologists i Society for Maternal-Fetal Medicine, Wskazania do pierwszorazowego cięcia cesarskiego, z dnia 20.10.2015, https://www.mp.pl/ginekologia/poloznictwo/120410,wskazania-do-pierwszorazowego-ciecia-cesarskiego dostęp na 18.02.2019.
19. Uzgodnione stanowisko American College of Obstetricians and Gynecologists i Society for Maternal-Fetal Medicine, Wskazania do pierwszorazowego cięcia cesarskiego, z dnia 20.10.2015, https://www.mp.pl/ginekologia/poloznictwo/120414,postepowanie-kliniczne dostęp na 18.02.2019.
20. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Effective procedures in obstetrics: Suitable Audit. National Audit Unit, Manchester 1993.
21. Brocka-Zakrzewska U, Pietrzak Z, Sobantka S i wsp. Poród kleszczowy. Analiza doświadczeń własnych z Kliniki Położnictwa i Ginekologii ICZMP w latach 2002–2004. Kliniczna Perinatologia i Ginekologia, tom 43, zeszyt 4, 32–35, 2007.
22. ACOG; When is the right time for operative vaginal delivery? Contemporary Ob./Gyn Vol. 50 No 4, April 2005.
23. Wilczyński A, Krzemieniowska J, Gryboś M i wsp. Kleszcze średnie czy cięcie cesarskie? Gin.Pol.; 1(supl.2): 163–172, 2006.

Zaakceptowano do edycji: 20.08.19
Zaakceptowano do publikacji: 26.09.19

Adres do korespondencji:
Magdalena Szumska
ul. Grunwaldzka 167B/18
60-322 Poznań
Martyna Kozłowska-Wytyk
ul. Gruszowa 11
62-006 Bogucien

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA ORYGINALNA

POCZUCIE NIESPRAWNOŚCI CHORYCH NA SZPICZAKA MNOGIEGO LECZONYCH W ODDZIALE HEMATOLOGICZNYM

THE SENSE OF DISABILITY IN PATIENTS WITH MULTIPLE MYELOMA TREATED AT THE HEMATOLOGY WARD

Karolina Chabior, Patrycja Zurzycka, Iwona Repka, Grażyna Puto

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2019.31

STRESZCZENIE

Wstęp. Szpiczak mnogi jest przewlekłą chorobą nowotworową układu hematologicznego człowieka wywodzącą się z nieprawidłowości rozrostu monoklonalnych komórek powstałych w szpiku kostnym. Powoduje często niesprawność chorych i skrócenie czasu ich życia. Osoba taka wymaga leczenia specjalistycznego oraz interdyscyplinarnej opieki.
Cel. Celem pracy było poznanie odczuć pacjentów co do własnej sprawności fizycznej w przebiegu choroby przewlekłej, jaką jest szpiczak mnogi.
Materiał i metody. Do badania poczucia niesprawności badanych pacjentów posłużyła ankieta oparta na standaryzowanych kwestionariuszach EORTC QLQ-30 + QLQ-MY-20 oraz skala akceptacji choroby AIS. Informacje zostały zebrane metodą sondażu diagnostycznego wśród pacjentów oddziałów hematologii.
Wyniki. Ponad 3/4 chorych cierpi na dolegliwości bólowe o różnym stopniu nasilenia, które przeszkadzają w wykonywaniu codziennych czynności. W skali AIS tylko 29% pacjentów osiągnęło wynik bardzo dobrego przystosowania do choroby.
Wnioski. Szpiczak mnogi przyczynia się do zaburzenia przede wszystkim sfery fizycznej, ale także psychologicznej i socjalnej chorego.

Słowa kluczowe: szpiczak mnogi, niesprawność, ból.

ABSTRACT

Introduction. Multiple myeloma is a chronic disease of human haematological tumor derived from a monoclonal cell proliferation irregularities arising in the bone marrow. Often causes malfunction of patients and shorten their lives. Such a person requires specialist treatment and interdisciplinary care.
Aim. The aim of this study was to investigate the patients feel about their physical fitness in the course of chronic disease, which is multiple myeloma.
Material and methods. A sense of disability of the patients served survey based on a standardized questionnaire EORTC QLQ-30 + QLQ-MY-20 and the scale of acceptance disease AIS. The information collected by diagnostic survey, were among the patients of the hematology wards.
Results. More than 3/4 of the patients suffer from pain of varying degrees of severity, which interferes with their daily activities. On AIS scale only 29% of patients achieved very good adaptation to disease.
Conclusions. Multiple myeloma contributes to the disorder primarily the physical realm, but also psychological and social ill.

Keywords: multiple myeloma, disability, pain.

Wstęp

Szpiczak mnogi *(ang. multiple myeloma – MM*), nazywany również plazmocytowym (*ang. plasma cells myleoma – PCM*), jest nowotworem układu hematologicznego, charakteryzującym się rozrostem i akumulacją monoklonalnych komórek plazmatycznych w szpiku kostnym. W schorzeniu tym występują typowe uszkodzenia wielu narządów i układów ciała człowieka (m.in. zaburzenia produkcji szpiku kostnego, pracy nerek, serca, układu odpornościowego i nerwowego), wtórne do nieprawidłowego procesu tworzenia się komórek szpiczakowych. Rozwój nowotworu plazmocytowego przebiega wieloetapowo, od przejścia ze stadium bezobjawowego, poprzez pełnoobjawowy zespół szpiczaka mnogiego, aż do końcowej fazy białaczki plazmocytowej [1]. W skali globalnej choroba ta dotyka 0,4–5/100 000 indywidualnych przypadków w ciągu roku [2, 3].

Głównymi trudnościami napotykanymi podczas leczenia szpiczaka jest destrukcja kości, niewydolność szpiku kostnego, a także niewydolność nerek, które wpływają negatywnie na jakość życia chorego. W dobie obecnego rozwoju medycyny, chemioterapia i modyfikowane schematy leczenia znacznie przedłużają życie osób chorych na szpiczaka plazmocytowego, jednak w całości nie są w stanie przywrócić sprawności funkcjonowania osoby przed chorobą. To właśnie niesprawność jest zaburzeniem, które chorzy często zgłaszają personelowi medycznemu [2].

Szpiczak mnogi w wyniku patologicznych procesów zachodzących w szpiku kostnym, daje wiele specyficznych powikłań. Patogeneza objawów jest wieloczynni-

kowa, gdyż intensywne leczenie przeciwnowotworowe, a nierzadko starszy wiek pacjenta mogą stanowić o trudnościach w prowadzeniu leczenia chorego. Występujące dolegliwości często prowadzą do obniżenia sprawności pacjenta. Głównym problemem zgłaszanym przez pacjentów chorujących na MM jest obniżenie sprawności fizycznej. Jest to spowodowane przez często pojawiające się patologiczne złamania odwapnionego kośćca czy przewlekły ból kostny, wynikający z nieprawidłowych procesów zachodzących w szpiku kostnym. Zmiany te w sposób istotny utrudniają lub uniemożliwiają poruszanie się oraz wykonywanie czynności dnia codziennego. W opiece nad pacjentem ze szpiczakiem, ważna jest ocena funkcjonowania w zakresie sprawności fizycznej i samoobsługowej, może to zapobiec niepożądanym powikłaniom i upadkom [4, 5, 6, 7].

Cel pracy

Celem pracy było poznanie odczuć pacjentów co do własnej sprawności fizycznej w przebiegu choroby przewlekłej – szpiczaka mnogiego.

Materiał i metody

Grupę badanych stanowiło 100 pacjentów oddziałów hematologii leczonych zarówno stacjonarnie, jak i w trybie dziennego pobytu, w tym 47 kobiet i 53 mężczyzn. Spośród badanych 65 osób to pacjenci oddziału stacjonarnego hospitalizowani powyżej 3 dni, a 35 ankietowanych było leczonych w ramach pobytu dziennego.

Zastosowanym narzędziem badawczym był walidowany kwestionariusz skali EORTC QLQ-30 wraz z modułem dotyczącym szpiczaka mnogiego QLQ-20, skala AIS oraz kwestionariusz autorski. Kwestionariusz EORTC QLQ-30 składa się z pięciu części, odnoszących się do funkcjonowania fizycznego, emocjonalnego, społecznego, pełnienia ról społecznych, pamięci i koncentracji. Dodatkowo włączone jest kilka pomniejszych skal oceniających objawy chorobowe tj.: zmęczenie, nudności i wymioty, ból, utrata apetytu, duszność, bezsenność, zaparcia, biegunka. Moduł QLQ-20 uzupełnia skalę o pytania specyficzne dla szpiczaka mnogiego [8]. Skala AIS składa się z ośmiu stwierdzeń opisujących negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia. Stwierdzenia te sprowadzają się do uznania ograniczeń narzuconych przez chorobę, braku niezależności i samowystarczalności, obniżonego poczucia własnej wartości. Służy do pomiaru stopnia akceptacji choroby. Im większa akceptacja choroby tym mniejsze poczucie dyskomfortu psychicznego i lepsze przystosowanie do zaistniałej sytuacji. Suma wszystkich punktów jest ogólną miarą akceptacji choroby, jej zakres zawiera 8–40 punktów. Niski wynik oznacza brak akceptacji własnej choroby i przystosowania, natomiast wysoki wynik świadczy o braku negatywnych emocji związanych z chorobą [9]. Ankieta była anonimowa, a udział w niej dobrowolny. Pacjentów zapoznano z formą oraz metodą wypełniania ankiety i poinformowano o celu przeprowadzonych badań. Analiza statystyczna wykonana została w programie komputerowym Statistica. Do obliczeń użyto testów: chi-kwadrat, Kruskala-Wallisa oraz współczynnika korelacji rang Spearmana.

Wyniki

Respondenci najczęściej oceniali ogólny stan zdrowia w czasie ubiegłego tygodnia na poziomie 3–5, w skali 1–7. Interpretacja wyników subiektywnej oceny stanu zdrowia wskazuje, że większość ankietowanych swój stan zdrowia oceniła jako średni.

Tabela 1. Samoocena ogólnego stanu zdrowia ankietowanych

Bardzo zły	1	2	3	4	5	6	7	Doskonały
	2%	5%	25%	22%	26%	19%	1%	

Natomiast jakość swojego życia chorzy oceniali nieco lepiej niż ogólną ocenę stanu zdrowia. Mieściła się ona w przedziale 4–6, w skali 1–7. Otrzymane wynik wskazują na odczuwanie dobrej jakości życia.

Tabela 2. Samoocena jakości swojego życia

Bardzo zły	1	2	3	4	5	6	7	Doskonały
	3%	6%	17%	24%	27%	19%	4%	

Otrzymane wyniki skali AIS wskazują, że 2% ankietowanych uzyskało wynik w zakresie 0–10 pkt, 23% 10–20 pkt. Niemal połowa ankietowanych (46%) osiągnęło wynik w przedziale 20–35 pkt., a 29% respondentów 30–40 pkt. Otrzymane wyniki wskazują, że większość ankietowanych (75%) deklaruje niskie poczucie dyskomfortu psychicznego i dobre przystosowanie do zaistniałej sytuacji chorobowej. Zaobserwowano, że przystosowanie do choroby maleje wraz ze wzrostem wieku pacjentów.

Sprawność fizyczną pacjentów i trudności związane z wykonywaniem czynności dnia codziennego badano, pytając o trudności związane z wykonywaniem podstawowych czynności samoobsługowych i poruszaniem się. W przypadku grupy badanej dla większości osób długi spacer sprawiał większe trudności niż spacer krótki. Przy wykonywaniu ciężkich czynności aż 36% osób miało trudności o największym nasileniu (bardzo nasilone trudności), 21% o znacznym, a 31% wskazywało na to, że mają częściowe trudności (trochę nasilone trudności). Uzyskane wyniki wskazują na utrudnioną sprawności i samodzielność tych chorych.

Tabela 3. Męczliwość podczas długiego i krótkiego spaceru oraz kłopoty przy wykonywaniu męczących czynności

Przedmiot obserwacji	Wcale	Trochę	Znacznie	Bardzo
Kłopoty przy wykonywaniu męczących czynności (np. przy dźwiganiu ciężkiej torby z zakupami)	12%	31%	21%	36%
Długi spacer jest męczący	19%	28%	32%	21%
Krótki spacer jest męczący	53%	32%	4%	11%

Zdecydowana większość respondentów (75%) nie wymaga pomocy przy jedzeniu, ubieraniu się, myciu, korzystaniu z toalety, zaś 12% deklaruje, że wymaga niewielkiej pomocy, 8% znacznej, a 5% bardzo dużej. Znaczna część osób zmuszona jest by w ciągu dnia leżeć lub siedzieć – niemal połowa ankietowanych (47%) wykazała częściową konieczność (trochę), 19% znacznie, 15% bardzo. Ankietowani pytani o potrzebę odpoczynku w ciągu dnia najczęściej wskazywali oni na jej średnie nasilenie (trochę) – 44%, 32% odczuwało znaczną potrzebę, 12% odczuwało duże jej nasilenie (bardzo), a 12% nie deklarowało w ogóle takiej potrzeby (wcale).

Tabela 4. Pomoc w czynnościach dnia codziennego i konieczność odpoczynku w trakcie dnia

Przedmiot obserwacji	Wcale	Trochę	Znacznie	Bardzo
Konieczna pomoc przy jedzeniu, ubieraniu się, myciu, korzystaniu z toalety	75%	12%	8%	5%
Konieczność pozostawania w łóżku lub fotelu w ciągu dnia	19%	47%	19%	15%
Potrzeba odpoczynku	12%	44%	32%	12%

Ankietowani byli pytani o odczuwane przez nich dolegliwości. Na podstawie zebranych wyników można stwierdzić, że większość pacjentów (59%) nie odczuwa duszności, odpowiedź trochę wskazało 28% pacjentów. Spośród badanych 31% wskazało na występowanie średnich dolegliwości bólowych (trochę), 30% osób ma znaczne nasilenie, a 18% skłaniało się ku odpowiedzi bardzo. Sumując odpowiedzi dotyczące występowania dolegliwości bólowych można stwierdzić, że ponad 3/4 badanych odczuwa ból o różnym nasileniu. Uczucie osłabienia jest najczęstszą dolegliwością chorobową występującą wśród ankietowanych, niewielkie nasilenie wykazuje 43% badanych, znaczne 30%. Podobne wyniki ankietowani wykazali jeżeli chodzi o uczucie zmęczenia lub złego samopoczucia. Dolegliwości o niewielkim nasileniu zaobserwowano w skupianiu się (31%) oraz w zapamiętywaniu (37%). Lekkie uczucie spięcia towarzyszy 31% ankietowanych. Niewielkie trudności ze snem wykazuje 35% badanych, znacznie utrudnione zasypianie ma 22% osób. Większość ankietowanych (61%) nie zgłasza dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego (nadkwaśność, zgaga), niemal połowa (49%) neguje ból i pieczenie oczu, zaś większość (69%) zgłasza odczuwanie nieprzyjemnych doznań w dłoniach lub stopach. Uczucie pragnienia i suchości w jamie ustnej występuje u badanych w podobnym zakresie – jest to niewielkie nasilenie dolegliwości (32% – pragnienie i 35% – uczucie suchości). Znaczne nasilenie obywdu wyżej wymienionych dolegliwości zgłaszało 30% badanych.

Tabela 5. Odczuwane dolegliwości

Przedmiot obserwacji	Wcale	Trochę	Znacznie	Bardzo
Odczuwanie duszności	59%	28%	9%	4%
Odczuwanie bólu	21%	31%	30%	18%
Poczucie osłabienia	21%	43%	30%	6%
Odczuwanie zmęczenia	22%	37%	36%	5%
Złe samopoczucie	37%	29%	18%	16%
Trudności w skupianiu się	55%	31%	8%	6%
Trudności w zapamiętywaniu	43%	37%	15%	5%
Uczucie spięcia	52%	31%	14%	3%
Trudności ze snem	35%	35%	22%	8%
Występowanie nadkwaśności lub zgagi	61%	21%	12%	6%
Pieczenie i ból oczu	49%	28%	21%	2%
Odczuwanie mrowienia w dłoniach lub stopach	31%	26%	27%	16%
Uczucie pragnienia	33%	32%	30%	5%
Uczucie suchości w ustach	27%	35%	30%	8%

Bóle kości i pleców są najczęstszymi dolegliwościami wykazywanymi przez chorych na MM. Ból kości o niewielkim nasileniu występował u 43% chorych, znacznym u 18%, a dużym 17%. Natomiast niewielki ból pleców wykazywało 37%, znaczny 21%, silny 17%. Bóle biodra, ręki i ramienia szacowały się w podobnych przedziałach. Należy zwrócić uwagę, że lokalizacja bólu może świadczyć o miejscu ubytków kostnych i zmian chorobowych szpiczaka mnogiego.

Tabela 6. Odczuwanie bólu w zależności od jego lokalizacji, radzenie sobie z bólem

Przedmiot obserwacji	Wcale	Trochę	Znacznie	Bardzo
Odczuwanie bólu kości	22%	43%	18%	17%
Odczuwanie bólu pleców	25%	37%	21%	17%
Odczuwanie bólu w biodrze	56%	23%	12%	9%
Odczuwanie bólu ręki lub ramienia	53%	22%	16%	9%
Odczuwanie bólu w klatce piersiowej	62%	21%	13%	4%
Ból przeszkadzał w codziennych zajęciach	30%	22%	27%	21%
Odczuwanie wzrostu bólu przy wykonywaniu codziennych czynności	26%	27%	32%	15%

Na podstawie analizy statystycznej, przyjmując poziom istotności $p < 0,05$ można stwierdzić, że występuje istotna statystycznie różnica w trudnościach przy wykonywaniu męczących czynności dnia codziennego w zależności od wieku. Trudności przy wykonywaniu męczących czynności wzrastają wraz ze wzrostem wieku respondentów. Mężczyźni w większości męczą się trochę lub bardzo podczas długich spacerów, natomiast kobiety najczęściej znacznie męczą się podczas długich spacerów. Można również stwierdzić, że występuje istotna statystycznie różnica w zmęczeniu podczas krótkiego spaceru w zależności od wieku. Respondenci, którzy znacznie męczą się podczas krótkiego spaceru, charakteryzują się najwyższym wiekiem. Natomiast respondenci, którzy wskazali, że męczą się trochę lub wcale podczas krótkiego spaceru, są najmłodsi. Zmęczenie podczas długiego spaceru jest istotnie statystycznie zależne od płci.

Tabela 7. Arkusz wyników zależności dla zmiennych płeć i zmęczenie podczas długiego spaceru

Płeć	Długi spacer jest męczący				
	Trochę	Bardzo	Znacznie	Wcale	Razem
Mężczyzna	17	21	4	11	53
%	32,08%	39,62%	7,55%	20,75%	
Kobieta	11	11	17	8	47
%	23,40%	23,47%	36,11%	17,02%	
Ogół	28	32	21	19	100

Na podstawie otrzymanych wyników można stwierdzić, że zmęczenie podczas krótkiego spaceru jest istotnie statystycznie zależne od płci. Mężczyźni w zdecydowanej większości w ogóle nie męczą się podczas krótkich spacerów, spośród kobiet 40% również nie odczuwa zmęczenia podczas krótkiego spaceru. Zaobserwowano istotną różnice w zakresie znacznego zmęczenia – duży odsetek kobiet (ponad 21%) wskazało znaczne zmęczenie podczas krótkiego spaceru, wśród mężczyzn odsetek ten był nieporównywalnie mniejszy (1,89%).

Tabela 8. Arkusz wyników zależności dla zmiennych płeć i zmęczenie podczas krótkiego spaceru

Płeć	Krótki spacer jest męczący				
	Wcale	Trochę	Znacznie	Bardzo	Razem
Mężczyzna	34	17	1	1	53
%	64,15%	32,07%	1,89%	1,89%	
Kobieta	19	15	10	3	47
%	40,43%	31,91%	21,28%	6,38%	
Ogół	53	32	11	4	100

Ponadto zaobserwowano istotną statystycznie różnice w konieczności leżenia w łóżku lub siedzenia w fotelu w ciągu dnia w zależności od wieku. Respondenci, którzy charakteryzują się najniższym wiekiem, najczęściej deklarują brak konieczności leżenia w łóżku lub siedzenia w fotelu w ciągu dnia. Także w zakresie występowania dolegliwości bólowych występuje istotna statystycznie różnica. Odczuwana dokuczliwość bólu w codziennych zajęciach wskazuje na zależności występowania tego odczucia od wieku. Stwierdza się, że ból staje się coraz bardziej dokuczliwy wraz ze wzrostem wieku respondentów.

Dyskusja

Skumulowany wpływ choroby i czynników związanych z leczeniem wpływa na związaną ze zdrowiem jakość życia (HRQoL). U osób długotrwale leczonych jest słabo charakteryzowany. W badaniach E. Boland i wsp. dokonano szczegółowej oceny pacjentów, którzy byli poddani przeszczepowi komórek macierzystych i w wyniku postępującej choroby leczyli się co najmniej jednym cyklem. W badaniu wzięło udział 32 pacjentów, ze średnią 55 lat w diagnozowaniu i 60 lat w trakcie oceny. Po medianie 5,5 lat od diagnozy i trzech linii leczenia, ich sprawność fizyczna uległa istotnemu pogorszeniu ($p < 0,001$), co wiązało się z postępującą niepełnosprawnością w pracy oraz obawą związaną z utratą niezależności. Zmęczenie i ból były przeważającymi objawami, wpływającymi negatywnie na funkcjonowanie fizyczne ($p < 0,001$). Ból był przeważnie neuropatyczny u 1/2 pacjentów. Poziom interleukiny-6 w surowicy był dodatnio skorelowany z bólem ($p = 0,03$), bezsennością ($p = 0,02$) i utratą apetytu ($p = 0,02$), natomiast odwrotnie korelował z funkcjonowaniem fizycznym ($p = 0,03$). Pomimo kontroli choroby i opieki wspomagającej intensywnie leczone osoby chore na szpiczaka mnogiego, pozostające w wywiadzie z przerzutami do szpiku kostnego, znacząco pogarszały HRQoL związane z obciążeniem objawowym [10].

W badaniach własnych wśród ankietowanych z krakowskiego szpitala chorzy zgłaszali większe dolegliwości bólowe. Występowały one u około 3/4 chorych w różnym nasileniu. Bezsenność towarzyszyła znacznie 22% chorych natomiast brak apetytu występował znacznie u 17% pacjentów, trochę u 21% chorych. Wiek korelował ze sprawnością fizyczną, chorzy starsi wykazywali większe deficyty w samoopiece.

W badaniu Molassiotis w sumie uczestniczyło 132 pacjentów ich QOL był umiarkowany, a główne problemy z zaburzeniami czynności fizycznych, emocjonalnych, społecznych i funkcji poznawczych były u pacjentów cierpiących na kilka objawów, w tym zmęczenie (40,7%), ból (35,9%), bezsenność (32,3%), neuropatie obwodowe (28,3%) i problemy z pamięcią (22,3%). Około 40,8% martwiło się zdrowiem w przyszłości [11].

Z kolei w przeprowadzonych badaniach własnych ankietowani zgłaszali objawy chorobowe o różnym nasileniu. Zmęczenie ogólnie wyraziło 78%, ból 79% (w tym znacznie 30%, bardzo 18%), trudności ze snem 65%, problemy z pamięcią 57%.

W badaniach Craike i współ. wykazują, że chorzy na szpiczaka mnogiego w podejmowaniu aktywności fizycznej w znacznej mierze napotykają bariery związane z objawami samej choroby (zmęczenie, ból kostny), ubocznymi efektami leczenia i obniżoną samooceną. Kobiety znacznie częściej niż mężczyźni uczestniczą w zróżnicowanych formach aktywności fizycznej, a także częściej korzystają z pomocy psychologicznej i socjalnej. Aktywność fizyczna wpływa na lepsze samopoczucie chorych na MM [12]. Również wyniki badań własnych wskazują na korelacje niepożądanych objawów choroby i leczenia ze zmniejszoną aktywnością fizyczną. Starszy wiek wpływał na większe trudności w poruszaniu (męczliwość podczas spacerów), lecz nie wpływał na ogólną subiektywną ocenę jakości życia tych pacjentów.

W efekcie dyskusji można wyciągnąć wniosek, że poziom niesprawności oraz dolegliwości chorobowych u chorych na szpiczaka mnogiego są wyższe u badanych pacjentów krakowskiego szpitala hematologicznego niż w wynikach przytaczanych badań. Badania ankietowe przedstawione w pracy na podstawie skali EORTC QOL stanowiły aktualny problem chorych na MM w 2017 r. Standardy leczenia są takie same, lecz można przypuszczać, że szpiczak mnogi w państwach zachodnich jest wcześniej rozpoznawalny i leczony niż w Polsce lub państwa te wykazują lepsze standardy opieki.

Wnioski

1. Chorzy na szpiczaka mnogiego mają znacznie obniżoną sprawność fizyczną. Głównymi deficytami są kłopoty przy wykonywaniu męczących czynności, ograniczenia w przechodzeniu dłuższych dystansów. Na obniżoną sprawność wpływa także szybka męczliwość, zmęczenie, złe samopoczucie.
2. Ponad 3/4 ankietowanych chorych cierpi na dolegliwości bólowe o różnym stopniu nasilenia, które przeszkadzają im w wykonywaniu codziennych czynności.
3. Trudności przy wykonywaniu codziennych czynności wzrastają wraz z wiekiem respondentów. Z uzyskanych wyników skali AIS stwierdzono, że przystosowanie do choroby maleje wraz ze wzrostem wieku pacjentów.
4. Do najczęstszych powikłań choroby i ubocznych efektów leczenia należą: ból kości i pleców, osłabienie, odczuwanie mrowienia w dłoniach i stopach, uczucie suchości w jamie ustnej i pragnienie.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Iskierka-Jażdżewska E, Jamroziak K. Etiologia i patogeneza szpiczaka plazmocytowego. Hematologia, 2015; 6(3): 245–26.
2. Rome S, Jenkins B, Lilleby K and the IMFNLB. Mobility and safety in the multiple myeloma survivor: Survivorship Care Plan of the International Myeloma Foundation Nurse Leadership Board. Clinical Journal of Oncology Nursing, 2011; 15(4): 41–52.
3. Dmoszyńska A. Postępy w rozpoznawaniu szpiczaka plazmocytowego oraz rekomendacje dotyczące leczenia. Postępy Nauk Medycznych, 2011; 24(7): 592–600.
4. Jurszczyn A. i wsp. Niezbędne wymogi diagnostyczne i zalecenia terapeutyczne w szpiczaku plazmocytowym. Prz.Lek., 2013; 70(9): 744–753.
5. Usnarska-Zubkiewicz L, Bilińska M, Koszewicz M, Hołojda J, Pokryszko-Roczniak W, Babuśka-Roczniak M. Złamania patologiczne kości. Na Ratunek, 2013; (1): 22–25.
6. Zawiasa A, Nowicki M. Chora z ostrym uszkodzeniem nerek i białkomoczem nerczycowym. Med.Dypl., 2014; 23(9): 52–60.
7. Dragan A, Kuliczkowski K. Neuropatie obwodowe w przebiegu szpiczaka mnogiego i innych monoklonalnych paraproteinemii. Acta Haematologica Polonica, 2008; 39(1): 53–62.
8. Giesinger J, Kieffer J, Fayers P. et al. Replication and validation of higher order models demonstrated that a summary score for the EORTC QLQ-30 is robust. Journal of Clinical Epidemiology 2016; 69:79–88.
9. Zawisza K, Tobiasz-Adamczyk B, Nowak W. i wsp. Trafność i rzetelność kwestionariusza oceny jakości życia EORTC QLQ C30 oraz jego modułu dotyczącego pacjentek z nowotworami piersi (EORTC QLQ BR23). Ginekol. Pol. 2010; 81: 262–267.
10. Bolan E, Christine Eiser, Ezaydi Y. et al. Living with advanced but stable multiple myeloma: a study of the Symptom Burden and Cmulative Effects of Disease and Intensive (Hematopoietic Stem Cell Transplant-Based) Treatment on Health-Related Quality of Life. Journal of Pain and Symptom Managment 2013; 46(5): 671–680.
11. Molassiotis A, Wilson B, Blair S. et al. Unmet supportive care needs, psychological well being and quality of life in patients living with multiple myeloma and their partners. Psycho-Oncology 2011; 20: 88–97.
12. Craike M, Hose K, Courneya K. et al. Perceived benefits and barriers to exercise for recently treated patients with multiple myeloma: a qualitative study. BMC Cancer 2013, 13: 319.

Zaakceptowano do edycji: 20.08.19
Zaakceptowano do publikacji: 26.09.19

Adres do korespondencji:
Patrycja Zurzycka
ul. Kopernika 25
31-501 Kraków
tel: (12) 421 41 60
fax: (12) 429 48 72
e-mail: patrycja.zurzycka@uj.edu.pl

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA POGLĄDOWA

JAKOŚĆ ŻYCIA UWARUNKOWANA STANEM ZDROWIA U PACJENTÓW Z WYŁONIONĄ STOMIĄ W WYNIKU LECZENIA WYBRANYCH CHORÓB NOWOTWOROWYCH – PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA

HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH A STOMA AS A RESULT OF TREATMENT ON SELECTED NEOPLASTIC DISEASES – A LITERATURE REVIEW

Agata Gastecka[1], Magdalena Tarkowska[2], Kamil Szeliski[1], Iwona Głowacka-Mrotek[3], Monika Buhl[1], Tomasz Nowikiewicz[4], Wojciech Zegarski[4], Tomasz Drewa[1]

[1] Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Wydział Lekarski, Katedra Urologii
[2] Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra i Zakład Laseroterapii i Fizjoterapii
[3] Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra i Klinika Rehabilitacji
[4] Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Chirurgii Onkologicznej, Oddział Kliniczny Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2019.32

STRESZCZENIE

Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia (*Health Related Quality of Life*-HRQOL*)* jest pojęciem odnoszącym się do subiektywnej samooceny jakości życia pacjenta w zakresie zdrowia, a także choroby i jej leczenia. Tematyka ta stała się w ostatnich latach przedmiotem badań wielu autorów. Leczenie chirurgiczne wybranych chorób nowotworowych, w tym układu pokarmowego, jak i układu moczowego, często skutkuje wyłonieniem stomii. Zmieniony sposób wypróżniania prowadzi do zmian jakości życia w aspekcie funkcjonowania biopsychospołecznego chorego i jego rodziny. Holistyczne podejście do procesu leczenia wymaga podejmowania działań mających na celu poprawę dobrostanu chorego m.in. poprzez zapewnienie skoordynowanej opieki na każdym etapie leczenia. Celem pracy była wieloaspektowa analiza problemów towarzyszących pacjentom z wyłonioną stomią, które wpływają na ocenę HRQOL. Metodą badawczą był przegląd piśmiennictwa dotyczącego jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia w przebiegu raka jelita grubego oraz raka pęcherza moczowego.

Słowa kluczowe: jakość życia, stomia, choroby nowotworowe.

ABSTRACT

Health Related Quality Of Life (HRQOL) is a term referring to a subjective, individual evaluation of a patient's life quality in terms of health and sickness, as well as during treatment. This issue has recently become a subject of research for many authors. Surgical treatment of some cancers, especially those located in the gastrointestinal or urinary systems, often results in a necessity for a stoma surgery. Such alterations in the process of passing stool lead to significant changes in patient's biopsychosocial functioning and may also affect his/her family. Holistic approach to the process of treatment requires taking actions intending to ameliorate the patient's general well-being, e.g. providing the patient with coordinated care on every stage of treatment. The aim of our work was a multifaceted analysis of difficulties associated with stoma surgery and the influence they may have on the HRQOL evaluation. The research method we used in our study was the review of relevant literature concerning the quality of life conditioned by health in patients suffering from colorectal cancer and bladder cancer.

Keywords: quality of life, stoma, cancer.

Wstęp

Jakość życia jest pojęciem niezwykle trudnym do zdefiniowania. Od czasów starożytnych do współczesności termin ten ewaluował i zmieniał znaczenia. W latach 70. i 80. XX wieku jakość życia utożsamiano z możliwością zaspokojenia potrzeb życiowych. W odniesieniu do medycyny rozpatrywano jakość życia zależną od stanu zdrowia HRQOL (*Health Related Quality of Life*). W pojęciu ogólnym HRQOL odnosi się do subiektywnej oceny dobrostanu biopsychospołecznego [1, 2]. Komponentami HRQOL jest zdrowie fizyczne, psychiczne, sprawność ruchowa, a także aspekty społecznoekonomiczne i somatyczne [3]. Na współczesnym poziomie medycyny uważa się, że dbałość o dobrą jakość życia chorych, w tym pacjentów leczonych przeciwnowotworowo, jest integralną częścią leczenia [2, 4].

W literaturze coraz częściej podkreśla się znaczenie badań nad jakością życia uwarunkowaną stanem zdrowia

(HRQOL) u pacjentów ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową. Ze względu na długotrwałe, ciężkie i zazwyczaj okaleczające leczenie, niejednokrotnie dochodzi do znacznych zmian w funkcjonowaniu w sferze fizycznej, emocjonalnej oraz społecznej chorego. Zmiany te związane są w szczególności z obniżeniem poziomu własnych oczekiwań oraz świadomą adaptacją zaistniałej sytuacji poprzez wypracowanie strategii radzenia sobie z postępującą i przewlekłą chorobą. Zaobserwowano, iż poziom zaawansowania choroby oraz zastosowane leczenie wpływają na subiektywną ocenę jakości życia [5]. Wydaje się, iż oceniana i porównywana jakość życia w zakresie funkcjonowania pacjenta przed i po zastosowanym leczeniu stanowi istotną informację przede wszystkim u chorych, u których choroba nowotworowa prowadzi do znacznej dysfunkcji narządu lub też konieczności radykalnego jego usunięcia. Wyniki badań w zakresie HRQOL mogą być podstawą do oceny korzyści uzyskiwanych przez chorego w wyniku leczenia i stanowić niezbędne źródło do wprowadzania zmian w zakresie poprawy opieki nad pacjentem chorym przewlekle.

Niedochodową organizacją badawczą zajmującą się między innymi badaniem jakości życia pacjentów leczonych z powodu chorób nowotworowych jest Europejska Organizacja Badania i Leczenia Raka (EORTC) z siedzibą w Belgii. Kwestionariusze udostępnione przez grupę EORTC stanowią podstawowe międzynarodowe narzędzia pomiarowe wykorzystywane do analizy jakości życia pacjentów leczonych przeciwnowotworowo [6]. Kwestionariusz EORTC QLQ C30 jest przeznaczony do pomiaru jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia niezależnie od lokalizacji i stopnia zaawansowania procesu nowotworowego. Do dokładniejszej oceny jakości życia wśród pacjentów ze stwierdzonym rakiem jelita grubego przeznaczony jest moduł QLQ CR29, natomiast u pacjentów ze zdiagnozowanym rakiem pęcherza moczowego – moduł QLQ BLM30 lub QLQ NMIBC24 [7]. Ponadto wykorzystywanymi przez wielu autorów instrumentami służącymi do oceny jakości życia w przebiegu raka pęcherza moczowego są kwestionariusze takie jak: FACT-G wraz z modułem FACT-Bl, BCI oraz Short Form-36 [8]. Należy zaznaczyć, iż w 2001 roku został opracowany kwestionariusz Stoma QOL, który uznawany jest za istotne narzędzie do pomiaru HRQOL u osób z wyłonioną stomią, m.in. w wyniku operacyjnego leczenia choroby nowotworowej [9].

Cel

Celem niniejszej pracy była ocena jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (HRQOL) u pacjentów poddanych chirurgicznemu leczeniu wybranych nowotworów układu pokarmowego oraz moczowego, u których w wyniku przeprowadzonego zabiegu zaistniała konieczność wyłonienia stomii.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono, posługując się metodą analizy piśmiennictwa. Dokonano przeglądu dostępnych publikacji zamieszczonych w internetowych, medycznych bazach danych.

Rozwinięcie

Zachorowalność na nowotwory złośliwe w Polsce na przełomie ostatnich 30 lat wzrosła blisko dwukrotnie [10]. Na podstawie prognoz zachorowalności do 2025 roku szacuje się, iż obserwowany będzie dalszy, systematyczny wzrost nowych zachorowań zarówno u mężczyzn, jak i kobiet [11]. Zgodnie z danymi opublikowanymi przez Krajowy Rejestr Nowotworów rak jelita grubego jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym przewodu pokarmowego. Pod względem częstości występowania nowotworów złośliwych na świecie wśród mężczyzn zajmuje trzecie miejsce, wśród kobiet drugie. Z kolei rak pęcherza moczowego jest drugim co do częstości występowania nowotworem złośliwym układu moczowego u mężczyzn. Szacuje się, iż nowotwory złośliwe pęcherza moczowego stanowią 7% zachorowań u mężczyzn i 2% u kobiet [12]. Szczególnie niepokojący jest fakt, iż zarówno współczynniki zachorowalności i umieralności na raka jelita grubego, jak i raka pęcherza moczowego wykazują tendencję wzrostową [11, 13].

Leczenie omawianych chorób nowotworowych jest leczeniem skojarzonym. W chorobach nowotworowych układu pokarmowego (rak jelita grubego) oraz układu moczowego (rak pęcherza moczowego) leczenie chirurgiczne często wiąże się z koniecznością wyłonienia stomii [14, 15].

Słowo stomia wywodzi się z nomenklatury greckiej i dosłownie oznacza „otwór". W rezultacie jest to zespolenie narządu wewnętrznego ze skórą przedniej powierzchni brzucha. Stomie można podzielić na dwa główne typy: stomie odżywcze oraz odbarczajace. Stomie odżywcze wykorzystuje się do podaży pokarmu w przypadku, gdy pacjent z różnych przyczyn nie jest w stanie przyjmować jedzenia w sposób fizjologiczny. Stomie obarczające wyłaniane są celem ewakuacji treści pokarmowej, moczowej lub kałowej w sposób inny niż fizjologiczny. W zależności od lokalizacji wyłonienia stomii jelitowej wyróżnia się ileostomię (na jelicie cienkim) oraz kolostomię (na jelicie grubym). Stomie wyłonione w obrębie jelita grubego również dzielą się w zależności od lokalizacji na coecostomię – na kątnicy, transversostomię – na poprzecznicy i sigmostomię

– na esicy. Treść worka stomijnego w przypadku ileostomii i kolostomii jest różna. Kolostomia z wyjątkiem coecostomii zawiera treść kałową, ileostomia treść płynną, nieprzypominającą uformowanego kału [16]. W przypadku układu moczowego wyłoniona zostaje urostomia. Najczęstszym wskazaniem do wyłonienia stałej urostomii jest radykalne leczenie raka pęcherza moczowego [17]. Zabieg radykalnej cystektomii składa się z dwóch etapów. Pierwszy polega na wycięciu pęcherza moczowego wraz ze sterczem, pęcherzykami nasiennymi i węzłami chłonnymi u mężczyzn oraz macicą, przydatkami i węzłami chłonnymi u kobiet [18]. Celem drugiego etapu jest rekonstrukcja dróg moczowych dla zapewnienia prawidłowego odpływu moczu z organizmu, poprzez połączenie wytworzone między drogami moczowymi a skórą. Rekonstrukcja dróg moczowych może zostać wykonana poprzez metody: zapewniające trzymanie moczu (*continent reconstructions*) oraz niezapewniające trzymania moczu (*incontinent reconstructions*). Niemniej jednak w praktyce klinicznej, drogi moczowe najczęściej zrekonstruowane zostają poprzez techniki niezapewniające trzymania moczu, co skutkuje koniecznością stałego utrzymywania i pielęgnowania urostomii. Wśród niekontynentnych technik wyróżnia się nadpęcherzowowe odprowadzenie moczu, które polega na odtworzeniu ciągłości dróg moczowych z wykorzystaniem odcinka jelita cienkiego. Zabieg polega na wyizolowaniu pętli jelita, do której z jednej strony wszczepione zostają moczowody, z drugiej zaś moczowody zespolone zostają bezpośrednio ze skórą, tzw. metoda Brickera (ureteroileocutaneostomia). Wstawka jelitowa jest najbardziej rozpowszechnioną metodą rekonstrukcji dróg moczowych wśród pacjentów hospitalizowanych z powodu chirurgicznego leczenia raka pęcherza moczowego. Druga metoda nie narusza ciągłości przewodu pokarmowego i polega na wyłonienieniu moczowodów bezpośrednio do skóry – obustronna przetoka moczowodowo-skórna (ureterocutaneostomia) lub jednostronna przetoka moczowodowo-skórna z wszczepieniem moczowodu przeciwległego do moczowodu wszczepionego do skóry (transuretero-ureterocutaneostomia) [19, 20, 21, 22]. Urostomia ma na celu zbiórkę moczu i niewielkiej ilości śluzu. Mocz zostaje zebrany do specjalnego worka drenującego zabezpieczonego zatyczką, który należy opróżniać od 4 do 6 razy dziennie i wymieniać co 1–2 dni [23].

Konieczność posiadania stomii wśród pacjentów generuje wiele obaw związanych z późniejszym funkcjonowaniem. Zmienioną fizjologię wypróżnień pacjenci często odbierają jako kalectwo, czują się niepełnowartościowi, prezentują obniżoną samoocenę. Chorzy, u których zaistniała konieczność wyłonienia stomii, odczuwają obawy przed powrotem do funkcji i ról pełnionych przed operacją. Problemy z zaakceptowaniem „nowego obrazu własnego ciała" mogą także być przyczyną zaburzonych relacji interpersonalnych oraz niechęci do podjęcia aktywności seksualnej [24]. Wiele doniesień naukowych z ostatnich lat wskazuje, że jednym z późnych powikłań konieczności wyłonienia stomii może być znacznie obniżona jakość życia pacjenta [25–29]. Saunders podkreśla rolę zespołu terapeutycznego w procesie adaptacji do zmienionych warunków fizycznych [30].

Ocena jakości życia jest niezwykle istotna dla zrozumienia perspektywy pacjenta i podejmowania decyzji związanych z dalszym leczeniem, bowiem konieczność wyłonienia stomii wpływa na wiele aspektów życia pacjenta [31]. Ingerencje chirurgiczne w obrębie jamy brzusznej wiążą się z ryzykiem powikłań, w tym ograniczonej wydolności fizycznej. W konsekwencji powoduje to większą zależność od rodziny i personelu medycznego. Badania Nasvall i wsp. porównujące jakość życia 336 pacjentów z wyłonioną stomią jelitową i 117 bez stomii dowiodły gorszego funkcjonowania w wymiarze fizycznym, emocjonalnym i psychicznym w grupie pacjentów stomijnych. W zakresie skal objawowych, zmęczenie oraz brak łaknienia okazały się być bardziej nasilone także wśród chorych ze stomią [31]. Gorszą jakość życia w wymiarze fizycznym i emocjonalnym 'stomików' potwierdzają także doniesienia innych badaczy [25]. Obniżoną jakość życia wśród pacjentów zakwalifikowanych do zabiegu brzuszno-kroczowej resekcji odbytnicy zaobserwowali też inni autorzy [32]. Peng i wsp. przeprowadzając analizę porównawczą wśród 154 pacjentów leczonych z powodu raka jelita grubego z wyłonioną stomią vs. wypróżniających się w sposób fizjologiczny, stwierdzili istotnie statystycznie różnice wyników pomiędzy grupami w zakresie samooceny obrazu własnego ciała z gorszymi wynikami w grupie osób posiadających stomię [33].

Oprócz somatycznych konsekwencji operacji kończącej się wyłonieniem stomii jelitowej doniesienia naukowe wskazują na częste występowanie wśród tych chorych problemów z zaakceptowaniem zmienionych warunków fizycznych związanych z niemożnością wypróżniania się w sposób fizjologiczny [31, 34]. Generuje to problemy natury psychicznej, w tym lęk przed dalszym funkcjonowaniem [31, 34], zatem wszyscy pacjenci już w okresie przedoperacyjnym powinni być poinformowaniu o istnieniu grup wsparcia.

Po leczeniu chirurgicznym, w wyniku którego została wyłoniona stomia jelitowa pacjenci bardzo często ograniczają aktywność społeczną i seksualną. O negatywnym następstwie stomii na jakość życia w zakresie funkcjonowania społecznego wskazują wyniki podłużnych wielo-

ośrodkowych badań autorstwa Herrle i wsp. [35]. Izolacja ta w opinii Symms MR i wsp. spowodowana jest niechęcia do zmienionego obrazu własnego ciała, utratą atrakcyjności oraz obawą przed wyciekiem treści i gazów z worka stomijengo [36]. Z badań White CA i wsp. wynika, że połowa pacjentów po zabiegu wyłonienia stomii nie podejmuje już aktywności seksualnej [37]. Zaburzenia seksualne mogą być jednym z powikłań resekcji raka jelita grubego, powodując u mężczyzn problemy ze wzwodem, natomiast u kobiet dyspareunię. Wszystko to może wpływać na zmniejszoną satysfakcję i zdolność do współżycia [38]. Wyniki badań innych autorów również dostarczają informacji o częstszym występowaniu problemów seksualnych w grupie pacjentów ze stomią [17, 31].

Podobne trudności, jak w przypadku pacjentów ze stomią jelitową, zaobserwowano u pacjentów urostomijnych. Zarówno mężczyźni, jak i kobiety z wyłonioną urostomią napotykają na wiele problemów fizycznych oraz społecznych wynikających z utraty funkcji organizmu. Największymi wyzwaniami dla stomików jest radzenie sobie ze stomią i jej urządzeniami, dysfunkcją organizmu, negatywnymi skutkami psychospołecznymi, wsparciem i edukacją, filozofią radzenia i adaptacji [39, 40]. Chorzy bardzo często postrzegają siebie jako osoby oszpecone. Towarzyszy temu poczucie lęku i bezradności. Niektórzy pacjenci zgłaszają trudności i obawy przed powrotem do aktywności zawodowej, pełnionych funkcji społecznych oraz życia seksualnego [40, 41]. Ponadto chorzy muszą zmagać się nie tylko z wyzwaniem, jakim jest operacja i stomia, ale także z innymi powikłaniami leczenia [9]. Stwierdzono, iż wynik HRQOL wśród osób z urostomią po zabiegu jest niższy niż u osób z kolostomią lub ileostomią [40, 42].

W badaniu Villa i wsp. przeprowadzonym na 23 pacjentach po radykalnym usunięciu pęcherza moczowego, zidentyfikowano i porównano czynniki wpływające na samopoczucie pacjenta stomijnego tj. wpływ chirurgii, oczekiwaną długość życia i lęk przed nawrotem choroby, obraz ciała, codzienne i towarzyskie aktywności życiowe, utrzymywanie stomii w domu i w pracy, wpływ na seksualność, a także wsparcie pielęgniarek oraz rodziny i przyjaciół. Uzyskane wyniki badania wykazały, iż wielu pacjentów przed zabiegiem chirurgicznym obawiało się pogroszenia stanu zdrowia lub rozwoju innego rodzaju nowotworu, co wpłynęło na spadek pewności siebie. Pomimo tego zabieg chirurgiczny dał nowe możliwości przeżycia, jednak z „ciężarem" komplikacji radzenia w nowej sytuacji. Pacjenci zaznaczyli istotny wpływ urostomii na jakość życia, nie tylko w aspekcie wizerunku ciała, ale i nowych warunków życiowych, jakimi są: funkcje seksualne, trzymanie moczu, opieka stomijna, praca i życie społeczne. Wielu z nich uznało, iż wyłoniona stomia zakłóca funkcjonowanie pod względem estetycznym i psychologicznym. Mimo zmienionych warunków fizycznych pacjenci wyrażali wolę wykonywania czynności, w które byli zaangażowani przed zabiegiem. Zaznaczono, iż kłopotem dla pacjentów było zarządzanie stomią z dala od domu ze względu na obawę przed wyciekiem moczu w miejscach publicznych. Zaobserwowano, iż stomia istotnie wpłynęła na fizyczne (zaburzenia erekcji, zmieniona anatomia pochwy) i psychologiczne (brak atrakcyjności) aspekty seksualności [40].

Podobne wyniki badania uzyskała Walewska i wsp. Przeprowadzone badanie dowiodło, iż u 98% ankietowanych pacjentów, u których mocz odprowadzono sposobem Bricker'a, przetoka utrudniła funkcjonowanie zarówno w życiu rodzinnym, towarzyskim, zawodowym, jak i sferze osobistej i intymnej. Ponadto aż 95% respondentów stwierdziło, iż największa trudność wynikała z nieszczelności worka stomijnego. W konsekwencji u ponad 37% z nich skutkowało to poczuciem braku bezpieczeństwa w codziennym życiu. Problemy pacjentów urostomijnych wynikały także z przyczyn edukacyjnych, które nie zostały zrealizowane na etapie szpitalnym. Dotyczyły one głównie aspektów związanych z brakiem możliwości zapoznania się ze sprzętem urostomijnym przed zabiegiem (65,7%) oraz samodzielnym zaopatrzeniem przetoki (63%) [43].

Wpływ urostomii na jakość życia wykazali również Pazar i wsp. w przekrojowym badaniu przeprowadzonym na grupie 24 pacjentów, w tym 95,8% z powodu raka pęcherza moczowego. Uzyskane wyniki dowiodły, iż większość pacjentów urostomijnych wskazywała, iż wygląda „brzydko" i niatrakcyjnie oraz inaczej niż inni ludzie. Skutkowało to potrzebą ukrycia obecności stomii w niektórych środowiskach oraz poczuciem smutku spowodowanym zmianami w ciele. Największe obawy spowodowane były nieszczelnością i nieprzyjemnym zapachem stomii. Czynniki te przyczyniły się do zmian zachodzących w relacjach z partnerami, m.in. poprzez niechęć pokazywania ciała. Uczestnicy badania jednogłośnie stwierdzili, iż mają problemy z seksualnością. Autorzy badania podkreślili, iż są to wyniki w okresie 4 miesięcy po zabiegu, a skutki operacji mogą utrzymywać się nawet do 18 miesięcy [44].

Nie bez znaczenia pozostaje wpływ jakości snu na jakość życia pacjenta urostomijnego, który zbadali zarówno Cavadar i wsp., jak i Furukawa i wsp. Badania wykazały, iż jakość życia i sen ulegają pogorszeniu u osób z wyłonioną stomią, w tym w odniesieniu do dorosłych w populacji ogólnej [45, 46].

Gomez i wsp. w badaniu dotyczącym jakości życia u pacjentów z urostomią podkreślili istotną rolę pielęgniarki w zakresie podejemowania interwencji medycznych

mających na celu utrzymanie najwyżej możliwej HRQOL [9]. Natomiast Jensen i wsp. dowiedli skuteczności przedoperacyjnej edukacji stomijnej na zdolność jednostki do samodzielnej obsługi urządzenia stomijnego, która stanowi bazę do rehabilitacji pooperacyjnej [47].

Zgodnie z powyższym w procesie zdrowienia niezwykle ważne jest przekazanie wiedzy i nauka umiejętności właściwej pielęgnacji stomii. Potwierdzają to badania, w których stwierdzono związek pomiędzy satysfakcjonującym dla pacjenta przygotowaniem do samopielęgnacji w środowisku domowym, a lepszą jakością życia w wielu wymiarach codziennego funkcjonowania [48]. Glińska podkreśla przede wszystkim rolę edukacyjną pielęgniarki stomijnej sprawującej opiekę nad tą grupą pacjentów. Doniesienia naukowe zwracają uwagę na istnienie newralgicznej grupy pacjentów, którą należy objąć szczególną pomocą edukacyjną. Należą do nich chorzy z niskim wykształceniem [49], osoby w wieku podeszłym [50], pacjenci ze współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi, chorzy z niekorzystnymi prognozami na przyszłość [51] oraz pacjenci z wyłonioną kolostomią [52]. Badania wskazują, że wraz z wiekiem obniża się jakość życia w sferze środowiskowej i socjalnej [49]. Niebagatelne znaczenie w niwelowaniu lęku przed powrotem do normalnego życia ma fakt przekazania informacji o placówkach medycznych, np. poradnie stomijne, w których pacjent w każdej chwili może uzyskać pomoc. Finlay B. i wsp. zwracają uwagę na fakt, że dobra opieka medyczna realizowana na wszystkich etapach zdrowienia może przyczynić się do poprawy jakości życia chorych, u których zaistniała konieczność wyłonienia stomii jelitowej [53]. W literaturze podkreśla się również związek pomiędzy edukacją dotyczącą wykorzystania akcesoriów stomijnych i aspektów samopielęgnacji sztucznego odbytu, a subiektywną oceną jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia [54]. Nie bez znaczenia jest również koszt związany z zakupem niezbędnych akcesoriów do pielęgnacji. Świadczą o tym wyniki badań Suppamas Maneesin i wsp., w których niższe wydatki przeznaczane na sprzęt stomijny wiązały się z wyższymi wynikami HRQOL [55]. Kluczowe ogniwo opieki ambulatoryjnej stanowią poradnie stomijne, oferujące chorym i ich rodzinom profesjonalne wsparcie oraz pomoc w czynnościach pielęgnacyjnych [56]. Literatura wskazuje, że czynnikami poprawiającymi satysfakcję z życia pacjenta może być udział w rehabilitacji [57] oraz upływający czas od zabiegu [58, 59]. Ławnik A. podkreśla, konieczność objęcia kompleksową i długotrwałą rehabilitacją pacjentów z wyłonioną stomią na różnych etapach zdrowienia. Zdaniem autorki usprawnianie należy realizować nie tylko w sferze fizycznej, ale również biopsychospołecznej [57].

Na długotrwałe obniżenie jakości życia wśród pacjentów operowanych z powodu raka jelita grubego, nawet po upływie 5 lat od zakończenia leczenia wskazują badania van Heinsbergen M. i wsp. [60]. Obniżenie jakości życia niezależnie od rodzaju wyłonionej stomii (czasowa/stała) potwierdzają także badania innych autorów [61]. Zespół terapeutyczny, planując sposób leczenia pacjenta, powinien uwzględnić także jego preferencje. Wrenn i wsp. w badaniu przekrojowym oceniali, jakie aspekty opieki okołooperacyjnej najbardziej cenią pacjenci. Okazało się, że dla chorych najważniejsza była świadomość „pozbycia się" raka (76%), brak powikłań (74%) oraz brak na stałe wyłonionej stomii (78%). Co ciekawe, dla pacjentów nie było ważne, jaką metodą zostaną operowani, nie liczył się wygląd blizny oraz długość pobytu w szpitalu [62].

Zakończenie

Badania Kozak G. wskazują, że jakość życia pacjentów leczonych przeciwnowotworowo w dużej mierze zależna jest od rodzaju i lokalizacji nowotworu złośliwego [63]. Doniesienia naukowe wskazują, że dobry wynik leczenia choroby nowotworowej nie może być odzwierciedlony jedynie we wskaźnikach zachorowalności i umieralności, ale również w samoocenie stanu zdrowia i satysfakcji z życia pacjenta [64]. Kimura i wsp. podkreślają konieczność objęcia holistyczną opieką pacjentów stomijnych, ukierunkowaną na skuteczną rehabilitację, poprawę jakości życia oraz udzielenie wsparcia emocjonalnego [65]. Niezwykle ważnym elementem w procesie zdrowienia jest objęcie chorych z wyłonioną stomią interdyscyplinarną opieką świadczoną przez wszystkich członków zespołu terapeutycznego. Świadczą o tym wnioski płynące z opracowania Kapeli i wsp. [28]. Podejmowanie badań dotyczących aspektów jakości życia umożliwia poznanie problemów zdrowotnych determinowanych czynnikami biopsychospołecznymi.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Tomalska J, Trytko A, Ogarek D, Schmidt J, Bibro M, Łaczek-Wójtowicz M, Wódka K. Ocena jakości życia kobiet po chirurgicznym leczeniu raka piersi zrzeszonych w klubach amazonek. Pielęgniarstwo XXI wieku; 2012, 4 (41), 85–89.
2. Brunault P, Toledano A, Aguerre C, Suzanne I, Garaud P, Trzepidur-Edom M, Calais G, Camus V. Impact of late treatment-related radiotherapy toxicity, depression, and anxiety

on quality of life in long-term breast cancer survivors. Bulletin Du Cancer, 2012, 589–598.
3. Trzebiatowski J. Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych. Hygeia Public Health 2011, 46(1): 25–31.
4. De Walden Gałuszko K, Majkowicz M. Jakość życia w chorobie nowotworowej. UG, Gdańsk 1994.
5. Radecka B. Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia – znaczenie i sposoby oceny u chorych na nowotwory. Curr Gynecol Oncol, 2015, 13 (3), p. 172–179.
6. Zawisza K, Tobiasz-Adamczyk B, Nowak W, Kulig J, Jędrys J. Trafność i rzetelność oceny kwestionariusza oceny jakości życia EORTC QLQ C30 oraz jego modułu dotyczącego pacjentek z nowotworami piersi EORTC QLQ BR23. Ginekologia Polska. 2010, 81, 262–267.
7. http://groups.eortc.be/qol/eortc-qlq-c30, data dostępu 11.07.2018 r., godz. 22;33.
8. Witjes JA, Compérat E, Cowan NC, De Santis M, Gakis G, James N, Lebret T, Sherif A, Van der Heijden AG, Ribal MJ. Guidelines on Muscle-invasive and Metastatic Bladder Cancer. European Association of Urology, 2015; 36–37.
9. Gomez A, Barbera S, Lombraña M, Izquierdo L, Baños C. Health-related quality of life in patients with urostomies. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2014 May-Jun;41(3):254–6.
10. http://onkologia.org.pl/nowotwory-zlosliwe-jelita-grubego-c18-21/, data dostępu 10.07.2018r., godz. 22:36.
11. Didkowska J, Wojciechowska U, Zatoński W. Prognozy zachorowalności i umieralności na nowotwory w Polsce do 2025 roku. Krajowy Rejestr Nowotworów, Warszawa 2009, 11–12; 23; 87.
12. http://onkologia.org.pl/nowotwory-zlosliwe-pecherza-moczowego-c67/, data dostępu 10.07.2018r., godz. 22:36.
13. Potemski P. Epidemiologia, badania przesiewowe i klasyfikacja zaawansowania klinicznego raka jelita grubego. Onkol. Prak. Klin. 2010, 6 (6), 283–289.
14. Nowacki MP, Bujko K. Współczesne poglądy i zasady leczenia chorych na raka dolnej części odbytnicy ; Polski Przegląd Chirurgiczny, 1999, 3;310–317.
15. Rutkowski A, Nowicki MP. Chirurgiczne leczenie raka jelita grubego zlokalizowanego w odbytnicy. [w:] Deptała A, Wojtkiewicz MZ (red.). Rak jelita grubego. Wydawnictwo Medyczne Termedia. Poznań 2012, 137–149.
16. Szczęsny W, Siewkowska M, Dąbrowiecki S, Szmytkowski J. Stomia jelitowa – podział i powikłania. Nursing Topics. 2013, 21 (2), 260–265.
17. Golicki D, Styczeń P, Szczepkowski M. Jakość życia ze stomią w Polsce: wieloośrodkowe badanie przekrojowe z wykorzystaniem kwestionariusza WHOQOL-BREF. Przegl Epidemiol. 2013, 67:589–593.
18. Antoniewicz A, Zapała Ł. Cystektomia radykalna – standard operacji we współczesnej uroonkologii. Przegląd Urologiczny 2011, 2 (66).
19. Gajewska D. Odprowadzenie moczu po cystektomii radykalnej u chorych na raka pęcherza moczowego: rodzaje, kandydaci, wyniki. Przegląd Urologiczny 2015, 2 (90).
20. Antoniewicz A. Analiza przydatności klinicznej własnej metody rekonstrukcji jelitowej pęcherza moczowego u chorych poddanych radykalnemu wycięciu pęcherza z powodu raka. Wydawnictwo Media-Press Sp. z o.o., Warszawa 2013, s. 36–37.
21. Pypno W. Rak pęcherza moczowego. Postępy Nauk Medycznych s1/2014, s. 56–58.
22. Morrison CD, Kielb SJ. Use of Bowel in Reconstructive Urology: What a Colorectal Surgeon Should Know. Clin Colon Rectal Surg. 2017, Jul;30(3):207–214.
23. Burch J. Preoperative care of patients undergoing stoma formation: what the nurse needs to know. Nurs Stand. 2017, May 3; 31(36):40–43.
24. Salomé GM, de Lima JA, de Cássia Muniz K, Faria EC, Masako Ferreira L. Health locus of control, body image and self-esteem in individuals with intestinal stoma. j coloproctol (rio j). 2017, 3 7(3):216–224.
25. Monastyrska E, Hagner W, Jankowski M, G1owacka I, Zegarska B, Zegarski W. Prospective assessment of the quality of life in patients treated surgically for rectal cancer with lower anterior resection and abdominoperineal resection. EJSO 42 (2016) 1647–1653.
26. Maćkowska B, Kiełb E, Zegarski W. Opieka w terapii nowotworów przewodu pokarmowego. [w:] Koper A. (red.): Pielęgniarstwo onkologiczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 2011, 137–140.
27. Szymańska-Pomorska G, Felińczak A, Misiak K, Kuriata-Kowalska K, Śliwińska M, Pytel A. Wybrane aspekty jakości życia pacjentów po wyłonieniu kolostomii. Piel. Zdr. Pul. 2015, 5 (1), 25–31.
28. Kapela I, Bąk E, Krzemińska S, Foltyn A. Ocena poziomu akceptacji choroby i satysfakcji z życia u chorych na raka jelita grubego leczonych chemioterapią. Piel. Zdr. Publ. 2017, 26 (1), 53–61.
29. Plata K, Majewski W. Jakość życia pacjentów po operacji na jelicie grubym z wytworzeniem stomii. Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie. 2008, 54 (2), 77–85.
30. Saunders RN, Hemingway D. Intestinal stomas, SURGERY 26:8, 347–351.
31. Näsvall P, Dahlstrand U, Löwenmark T, Rutegård J, Gunnarsson U, Strigård K. Quality of life in patients with a permanent stoma after rectal cancer surgery. Qual Life Res. 2017 Jan;26(1):55–64.
32. Kasparek MS, Hassan I, Cima RR et al. Quality of life after coloanal anastomosis and abdominoperineal resection for distal cancers: sphincter preservation vs quality of life. 2010. Colorectal Dis 2011;13:872–7.
33. Peng J, Shi D, Goodman K, Goldstein D, Xiao Ch, Guan Z, Cai S. Early results of quality of life for curatively treated rectal cancers in Chinese patients with EORTC QLQ-CR29. Radiation Oncology 2011; 6: 93.
34. Sharpe L, Patel D, Clarke S. The relationship between body image disturbance and distress in colorectal cancer patients with and without stomas. J Psychosomatic Res 2011, 70:395–402.
35. Herrle F, Sandra-Petrescu F, Weiss C, Post S, Runkel N, Kienle P. Quality of Life and Timing of Stoma Closure in Patients With Rectal Cancer Undergoing Low Anterior Resection With Diverting Stoma: A Multicenter Longitudinal Observational Study. Dis Colon Rectum. 2016, 59(4):281–90.
36. Symms MR, Rawl SM, Grant M, Wendel CS, Coons SJ, Hickey S et al. Sexual health and quality of life among male veterans with intestinal ostomies. Clin Nurse Spec. 2008; 22:30–40.
37. White CA, Hunt JC. Psychological factors in postoperative adjustment to stoma surgery. Ann R CollSurg Engl. 1997; 79:3–7.
38. Kili E TO, Belli AK OM. The Effect of permanent ostomy on body Image, self-esteem, marital adjustment, and sexual functioning. Turk PsikiyatriDerg. 2007, 18:302–10.
39. McMullen CK, Hornbrook MC, Grant M, Baldwin CM, Wendel CS, Mohler MJ, Altschuler A, Ramirez M, Krouse RS. The greatest challenges reported by long-term colorectal cancer survivors with stomas. J Support Oncol. 2008, Apr;6(4):175–82.
40. Villa G, Manara DF, Brancato T, Rocco G, Stievano A, Vellone E, Alvaro R. Life with a urostomy: A phenomenological study. ApplNurs Res. 2018, Feb;39:46–52.

41. Recalla S, English K, Nazarali R, Mayo S, Miller D, Gray M. Ostomy care and management: a systematic review. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2013, Sep-Oct;40(5):489–500.
42. Furukawa C, Sasaki Y, Matsui K, Morioka I. Health-related quality of life and its relevant factors in Japanese patients with a urostomy. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2013, Mar-Apr;40(2):165–70.
43. Walewska E, Nowak A, Ścisło L, Orzeł-Nowak A, Szczepanik AM, Czupryna A. Przygotowanie chorego do samoopieki po radykalnym usunięciu pęcherza moczowego. Via Medica, Problemy Pielęgniarstwa 2013, 21 (1):72–78.
44. Pazar B, Yava A, Başal Ş. Health-related quality of life in persons living with a urostomy.J Wound Ostomy Continence Nurs. 2015, May-Jun;42(3):264–70.
45. Cavdar I, Temiz Z, Ozbas A, Can G, Tarhan F, Findik UY, Kutlu FY, Akyuz N. Sleep and quality of life in people with ileal conduit. Scand J Urol. 2016, Dec;50(6):472–476.
46. Furukawa C, Morioka I. Health-Related Quality of Life and Sleep Disorders in Patients With a Urostomy: Is There a Relationship? J Wound Ostomy Continence Nurs. 2017, Jul/Aug;44(4):358–362.
47. Jensen BT, Kiesbye B, Soendergaard I, Jensen JB, Kristensen SA. Efficacy of preoperative uro-stoma education on self-efficacy after Radical Cystectomy; secondary outcome of a prospective randomized controlled trial. Eur J Oncol Nurs. 2017, Jun;28:41–46.
48. Glińska J, Hebda A, Dziki A. Impact of nursing care on the quality of life of patients with an enteric stoma. Proktologia. 2005, 6 (3), 232–242.
49. Cierzniakowska K, Kozłowska E, Szewczyk M. Analiza deficytu samoopieki u chorych w oparciu o teorię pielęgniarstwa Dorothy Orem. Piel. Chir. Angiol. 2007, 1, 16–22.
50. Bączyk G, Głowacka A, Kozłowska K, Niewiadomska E. Ocena stopnia samodzielności chorych z przetoką jelitową. Pielęg Pol. 2016, 61 (3), 360–366.
51. Sobczak U. Edukacja pacjenta. [w:] Banasiewicz T, Krokowicz P, Szczepkowski M. (red.). Stomia. Prawidłowe postępowanie chirurgiczne i pielęgnacja. Wydawnictwo Medyczne Termedia. Poznań 2017, 43–46.
52. Cierzniakowska K, Kozłowska E, Szewczyk MT, Banaszkiewicz Z, Szymańska H. Jakość życia pacjentów z wyłonioną stomią jelitową. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2013, 4: 142–147.
53. Finlay B, Sexton H, McDonald C. Care of patients with stomas in general practice. Aust J Gen Pract. 2018, Jun;47(6):362–365.
54. Danielsen AK, Rosenberg J. Health related quality of life may increase when patients with a stoma attend patient education--a case-control study. PLoS One. 2014, Mar 7;9(3):e90354.
55. Maneesin S, Sampatanukul P, Lertmaharit S, Nagara Ch, Prasopsanti K. Health-related quality of life of patient living with ostomy in Thailand and cost implications. Asian Biomedicine, Vol 6, No. 2 2012, 235–243.
56. Magistri P, Scordamaglia MR, Giulitti D, Papaspyropoulos V, Eleuteri E, Coppola M. Patients' quality of life and role of the ambulatory in after-surgery stoma care. A single center experience. Ann Ital Chir. 2014, Mar-Apr;85(2):105–8.
57. Ławnik A. Rehabilitacja pacjentów ze stomią jelitową. Med Og. Nauk. Zdr.2015, 21 (1), 84–87.
58. Glińska J, Jaros A, Lewandowska M, Dziki Ł, Dziki A, Brosowska B. Ocena stopnia satysfakcji z życia u osób ze stomią jelitową w zależności od wybranych czynników demograficznych. Pielęg. Chir. Angiol. 2014, 3, 128–132.
59. Podgórska-Kowalczyk D. Ocena jakości życia chorego ze sztucznym odbytem brzusznym na podstawie wybranych czynników obiektywnych i subiektywnych. Zdr. Publ. 2005, 115(2), 151–154.
60. vanHeinsbergen M, Janssen-Heijnen ML, Leijtens JW, Slooter GD, Konsten JL. Bowel dysfunction after sigmoid resection underestimated: Multicentre study on quality of life after surgery for carcinoma of the rectum and sigmoid. Eur J Surg Oncol. 2018, pii: S0748-7983(18)31053–9.
61. BeaubrunEnFamilleDiant L, Sordes F, Chaubard T. Psychological impact of ostomy on the quality of life of colorectal cancer patients: Role of body image, self-esteem and anxiety. Bull Cancer. 2018, Jun;105(6):573–580.
62. Wrenn SM, Cepeda-Benito A, Ramos-Valadez DI, Cataldo PA. Patient Perceptions and Quality of Life After Colon and Rectal Surgery: What Do Patients Really Want? Dis Colon Rectum. 2018, Aug;61(8):971–978.
63. Kozak G. Zróżnicowanie strategii radzenia sobie z nowotworem chorych w przebiegu wybranych nowotworów złośliwych. AnestRatow. 2012, 6:162–170.
64. O'Boyle CA. Assessment of quality of life in surgery. Br J Surg 1992, 79: 395–8.
65. Kimura CA, Kamad I, Bellezi Guilhem D. Quality of life in stomized oncological patients: an approach of integrality from Brazilian Unified Health System, j coloproctol (rio j). 2016;36(1):34–39.

Zaakceptowano do edycji: 20.08.19
Zaakceptowano do publikacji: 26.09.19

Adres do korespondencji:
Agata Gastecka
Katedra Urologii
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum
im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy
ul. M.Curie-Skłodowskiej 9
85-094 Bydgoszcz
tel. 52 585 60 80
e-mail: agata.gastecka@gmail.com

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA POGLĄDOWA

RODZAJE SYSTEMÓW RATOWNICTWA W POLSCE – HISTORIA I TERAŹNIEJSZOŚĆ

TYPES OF RESCUE SYSTEMS IN POLAND – HISTORY AND PRESENT

Ewelina Kimszal, Justyna Sarosiek

student studiów doktoranckich, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2019.33

STRESZCZENIE

Rozwój komunikacji samochodowej, kolejowej i lotniczej, wprowadzanie nowych technik przemysłowych i budowlanych, pojawiające się napięcia w stosunkach międzynarodowych, globalne zagrożenie atakami terroru, narastające zagrożenie katastrofami wywoływanymi przez siły natury powodowane przez ludzi stawiają coraz wyższe wymagania systemom i służbom ratowniczym na całym świecie. Dokładne poznanie historii i metod pomocy poszkodowanym pozwoli lepiej poznać poszczególne systemy ratownictwa.

Słowa kluczowe: ratownictwo, rodzaje ratownictwa, pomoc, poszkodowani.

ABSTRACT

The development of car, rail and air transport, the introduction of new industrial and construction techniques, emerging tensions in international relations, the global threat of terror attacks, the growing threat of disasters caused by forces of nature or caused by people put higher and higher demands on rescue systems and services around the world. A thorough knowledge of the history and methods of assistance to the victims will allow us to better understand the individual rescue systems.

Keywords: rescue, types of rescue, help, injured.

Wstęp

W związku z rosnącym tempem życia i ekspansją człowieka na różne dziedziny wzrasta zagrożenie życia ludzi. Potrzeba pomagania poszkodowanym spowodowała powstanie wielu służb ratowniczych. Działalność ratownicza została obwarowana przepisami prawnymi regulującymi wyposażenie służb oraz sposób ich działania. Wszystkie systemy ratownictwa mają na celu ratowanie życia ludzkiego i niesienie pomocy w warunkach zagrożenia, a także ratowanie lub zabezpieczanie sprzętu i pomieszczeń.

Polskie ratownictwo górskie

Historia ratownictwa górskiego w Polsce sięga czasów wcześniejszych niż data założenia pierwszej polskiej organizacji ratowniczej, istniejącej do dziś: Tatrzańskiego Ochotniczego Pogotowia Ratunkowego. Sześćdziesiąt lat przed oficjalnym rozpoczęciem działalności TOPR istniały już zapiski o śmierci ludzi, którzy zostali zasypani przez lawinę, lub odnalezieni nieżywi w górach, a takie wypadki musiały zdarzać się jeszcze wcześniej. Pierwszą znaną ofiarą, jaką pochłonęły Tatry, był poszukiwacz skarbów, który nazywał się Papirus. Ciało jego odnaleziono w roku 1771 [1]. Opowieści, przekazywane były później ku przestrodze następnym pokoleniom zakopiańskich górali, którzy zajmowali się wypasem bydła na halach. Ze względu na strach przed śmiercią zimą górale nie wchodzili w wyższe partie gór. Z czasem zaczął wykształcać się zawód przewodnika, który polegał na przeprowadzeniu latem turystów w wysokie części Tatr. Najczęściej rekrutowali się do tego zajęcia koziarze i świszczarze, którzy polowali (w niedostępnych dla zdecydowanej większości ówczesnych turystów) wysokich partiach gór na kozice i świstaki [2].

Koniec dziewiętnastego wieku to szybki rozwój turystyki i taternictwa po obu stronach Tatr: po polskiej i spiskiej. Górale, którzy stali się przewodnikami, byli poważanymi osobami wśród turystów. To właśnie oni mieli niezbędną wiedzę o topografii terenu, potrafili zwinnie poruszać się wśród skał, a możliwość zarobku dzięki turystom napływającym w strony górskie z nizin traktowali bardzo poważnie. Opieka nad przybyszami sprawowana była profesjonalnie i niezwykle odpowiedzialnie – przewodnik taki zabawiał, nosił jedzenie i nierzadko ciężki ekwipunek, a nieraz pomagał poszkodowanym wydostać się ze szczelin lub chronił przed spadającym głazem [3].

W 1877 r. Towarzystwo Tatrzańskie wprowadziło podział na trzy klasy zawodowe przewodników, którzy mogli prowadzić turystów na wyznaczone szczyty [4]. Górale

szybko wypromowani weszli w nową rolę społeczną. Początkowo przewodnictwo było dla niech tylko elementem w dotychczasowym sposobie życia, jednak z czasem stało się dla wielu pasjonującą pracą. Wykształciła się specyficzna „etyka zawodowa" górali, którzy stali się przewodnikami, którzy podchodzili rzetelnie do swojej pracy. Odwaga, męstwo, dbałość o bezpieczeństwo gości, wytrwałość i wielki spokój, z którymi podchodzili do trudności pokonywanych tras budzą do dnia dzisiejszego podziw wielu ludzi. Obraz dawnych czasów maluje na kartach swej książki Mariusz Zaruski. Gotowość do poświęcenia własnego zdrowia oraz życia wymagała od przewodników podporządkowania się ważnej idei: być ofiarnym wobec drugiego człowieka, z którym nie łączą żadne więzi rodowe.

Zakopane z czasem stawało się coraz popularniejszym uzdrowiskiem i letniskiem dla wielu osób. Górale mieli coraz większy kontakt z nowymi osobami, które były chętne do wypraw w góry. Coraz odważniejsze wspinaczki wymagały doskonałej kondycji fizycznej, umiejętności przewidywania i szybkiego odnalezienia się w roli gospodarzy. Niepisane zasady przekazywane z ust do ust i realizowane każdego dnia. Znalazły pochwałę również w lokalnej prasie [5]. *Przegląd Zakopiański* publikował również informacje na temat przewodników także, kiedy informował o wypadkach w górach. Gazeta ta zresztą często na bieżąco poruszała kwestie społeczne i publikowała głosy w sprawie przyszłości turystyki tatrzańskiej [6].

Koniec XIX i pierwsze dziesięciolecie XX wieku związane były nie tylko z zaborami, ale także z rozwojem alpinizmu, a wielu taterników wracało w tym czasie zza granicy. W Alpach spotkali się z zimowymi wyjściami w góry na nartach, co w Polsce w tamtym czasie nie było w ogóle znaną dyscypliną – zimą góry stawały się dla naszych rodaków niedostępne, a wyprawy groziły utratą życia. Wszyscy taternicy i przewodnicy natomiast doskonale radzili już sobie z letnimi wycieczkami pieszymi. Jednak życie na pograniczu epok związane było z ciągłym dostosowywaniem. Środowisko górali zakopiańskich było w tamtych czasach dość zamknięte. Tworzenie się nowej grupy zawodowej związane było ze strukturami rodowymi: epoka przednowoczesna współistniała ze strukturą nowoczesną. Tradycje i silne więzi wewnątrzgrupowe sprawiły, że jednostki wywodzące się stamtąd miały wielką siłę woli, ambicję i przywiązanie do obyczajów ludowych. Wstęp do genealogii rodu Bachledów w Zakopanem przedstawia wprost tę sytuację na przykładzie dwóch rodów.

Gąsieniców można scharakteryzować jako dojrzałą wspólnotę rodową z aspiracjami przywódczymi, zaś Bachledowie szczycą się ludźmi ambitni, umiejącymi wybić się na przeróżnych płaszczyznach życia społecznego [7]. Najlepsi przewodnicy tamtych czasów po polskiej stronie są to osoby wzorowo wypełniające swoje obowiązki: w większości byli to członkowie góralskich rodów. Wymienia się tutaj: Józefa Wawrytkę, Szymona Tatara, Macieja Sieczkę, Jędrzeja Walę, Wojciecha Roja, Klimeka Bachledę, Wojciecha Tylka Suleję. Pod ich czujną opieką zdobywali szczyty inni znamienici ludzie, tacy jak ksiądz Józef Stolarczyk – pierwszy polski zdobywca Gierlachu; dr Tytus Chałubiński i jego syn Ludwik Chałubiński, Janusz Chmielowski – pierwszy zdobywca wielu tatrzańskich szczytów, w tym Gierlacha w warunkach zimowych.

Pomiędzy przewodnikiem a „klientem" musiało być wielkie zaufanie: budowało trwały kapitał społeczny i tworzyło przestrzeń do wymiany poglądów. Również wymiany nauki i „socjalizacji" przyjezdnych do warunków górskich. Zaufanie powstawało na podstawie kontaktów społecznych turystów z innymi ludźmi, którzy korzystali z usług przewodników oraz polecali kolejnym najlepszych opiekunów. W ten sposób utworzyła się zgrana sieć społecznych interakcji, obejmująca z z roku na rok większe grono jednostek oraz całych grup społecznych – środowisko zakopiańskich górali, taterników oraz grupy koleżeńskie i zawodowe. Utworzyły się silne więzi między współpracownikami, często na całe życie i sięgały nieraz one kolejnych pokoleń. Najsilniejsze jednostki korzystały z rosnącego kapitału społecznego, rozwijając swoją działalność górską, przy czym wybierali partnerów wśród najlepszych przewodników, a późniejszych ratowników pierwszego pogotowia górskiego w Polsce [7].

Połączenie kapitału społecznego (kontaktów, więzi, znajomości) z kapitałem ekonomicznym i kulturowym (tradycja góralska, specyficzny charakter, jaki mieli górale oraz zamiłowanie do wolności) pozwoliło wykształcić jednostki gotowe często do wielkich poświęceń. Dlatego nie dziwi „góralomania" obecna w Polsce aż do II wojny światowej, opisana przez państwa Paryskich w Wielkiej Encyklopedii Tatrzańskiej. Powszechne mniemanie, że Górale mają wyłącznie cechy dodatnie, potęgowane było przez licznie publikowane dzieła Tytusa Chałubińskiego, a potwierdzane w książkach Bronisława Rajchmana i Stanisława Witkiewicza. Często kosztowne wyprawy „bez programu" organizowane przez Tytusa Chałubińskiego z udziałem jego najlepszych przyjaciół i znakomitych przewodników w romantycznym duchu, zawsze z muzyką i śpiewami góralskimi odbijały się echem w całym kraju. Choć wycieczki te nie miały wtedy żadnego wpływu na rozwój taternictwa, a często były nawet ostro krytykowane i wyśmiewane przez część ówczesnych taterników, pozwoliły one na zmianę na lepszy wizerunku Zakopanego w oczach odwiedzających letników [1].

Wodne Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe

Wodne Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe jest to specjalistyczne stowarzyszenie o zasięgu ogólnokrajowym, które zajmuje się wykonywaniem zadań związanych z ratownictwem wodnym. Jest ważną organizacją pozarządową z celami statutowymi: organizowanie pomocy oraz ratowanie osób, które uległy wypadkowi lub bezpośrednio narażone są na niebezpieczeństwo utraty życia lub zdrowia na wodzie. Misją przewodnią WOPR jest działanie na obszarze naszego kraju na rzecz pomniejszania liczby osób tonących w wodach polskich [9].

Najstarszy zapis źródłowy znaleziony został w zorganizowanej formie ratownictwa wodnego na ziemiach polskich i pochodzi z 1604 r. Hieronim Gostomski ufundował wówczas w Sandomierzu klasztor i szpitalik. Mieszkający tam zakonnicy musieli między innymi nieść pomocy ofiarom Wisły. W 1775 roku z inicjatywy księdza Adama Czartoryskiego wydano w stolicy pierwszą w języku polskim broszurę o ratowaniu ludzi. Wraz z końcem XVIII wieku powołano w Krakowie Pogotowie Ratunkowe dla Tonących, natomiast w 1820 r. we Lwowie wydano książkę pod tytułem „Nauka i sztuka pływania", w której autor, Karol Hojnic, opisał między innymi metody holowania ratowanych. W 1839 roku na terenie Królestwa Polskiego wydano przepisy, które dopuściły stosowanie resuscytacji [10].

W 1898 roku Zarząd Główny Carskiego Rosyjskiego Towarzystwa Ratowania Tonących w Petersburgu wyraził zgodę na utworzenie Okręgu Kaliskiego, a wraz z początkiem 1908 roku w Warszawie rozpoczęło działalność Petersburskie Towarzystwo Ratowania Tonących. W Polskim Związku Pływackim w 1926 r. powołał Komisję (później referat) do spraw Ratownictwa Wodnego z siedzibą w Siemianowicach. Komisja ta w 1927 roku ogłosiła dzień 29 czerwca Dniem Ratownika Wodnego.

W 1952 roku ratownictwo wodne weszło do programów szkolenia Warszawskiej Wyższej Uczelni Wychowania Fizycznego, a później do programów nauczania wszystkich uczelni wychowania fizycznego w całym kraju. Niezbędne materiały do nauki przedmiotu zebrał i opracował prof. dr hab. Mieczysław Witkowski, który rozpoczął koncepcyjny rozwój ratownictwa wodnego w Polsce. W 1958 roku prof. M. Witkowski rektor Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie rozpoczął publikowanie z zakresu ratownictwa wodnego [11].

W kilkusetletnią tradycję ratownictwa wodnego w Polsce wpisuje się Wodne Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe w latach 1987–90, realizujące misję działania na rzecz pomniejszania liczby osób tonących w narodowych wodach. Towarzystwo to zostało powołane zaraz po wydaniu zarządzenia nr 74 Przewodniczącego Głównego Komitetu Kultury Fizycznej i Turystyki z dnia 11 kwietnia 1962 roku jako specjalistyczne stowarzyszenie o zasięgu ogólnokrajowym, które działa na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej.

Od 1971 roku wodne ochotnicze pogotowie ratunkowe jest członkiem Międzynarodowej Federacji Ratownictwa Wodnego (FIS). Podczas połączonego kongresu Word Life Saving i FIS w 1994 roku, który odbył się w Cardiff, utworzono jedną międzynarodową federację ratownictwa wodnego o nazwie International Life Saving Federation.

Wodne ochotnicze pogotowie ratunkowe posiada w swoich zespołach ponad 75 tysięcy członków, wielu po przeszkoleniu uzyskuje stopnie: młodszego ratownika WOPR, ratownika WOPR oraz ratownika wodnego pływalni, śródlądowego lub morskiego, a następnie starszego ratownika wodnego. Kadra dydaktyczna składa się ze szczebli: młodszego instruktora, instruktora WOPR, instruktora-wykładowcy WOPR. Od wielu lat działa Rada Naukowa WOPR, obecnie z trzydziestoma siedmioma pracownikami naukowymi. W skład wchodził prorektor prof. dr hab. Zbigniew Dziubiński i kierownik Zakładu Pływania i Ratownictwa dr hab. Zdzisław Szwarc oraz z oddziałem AWF w Białej Podlaskiej dr Florian Parnicki. Ważną rolę odgrywa wieloletni kierownik centralnych kursów przygotowujących do egzaminów na stopnie starszych ratowników wodnych dr Paweł Różański i instruktor centralnych szkoleń WOPR dr Piotr Siłakiewicz. Kadra naukowa i dydaktyczna oddziału Akademii Wychowania Fizycznego w Białej Podlaskiej wyszkoliła setki ratowników WOPR.

Od początku powstania stowarzyszenia prowadzi ono akcje profilaktyczne z nauką pływania, organizuje również zawody sportowe nad Bałtykiem oraz w pływalniach, w tym Mistrzostwa Polski i cykl zawodów Grand Prix w Ratownictwie Wodnym. Reprezentanci Polski wielokrotnie zostawali mistrzami świata i Europy w ratownictwie wodnym, a najwybitniejszymi zawodnikami byli Wojciech Blechar oraz Zofia i Jacek Krawczykowie, którzy obecnie są pracownikami dydaktycznymi Akademii Fizycznej w Warszawie.

Główne cele statutowe stowarzyszenia ratowników wodnych realizowane są między innymi poprzez:

- prowadzenie akcji ratowniczych podczas zagrożeń powszechnych, katastrof naturalnych i awarii technicznych, takich jak powodzie i pożary wodne;
- przeprowadzenie profilaktycznej działalności w zakresie bezpieczeństwa osób na wodach;
- wydawanie ekspertyz i opinii z zakresu bezpieczeństwa wodnego;

– organizowanie szkoleń dla służb ratowniczych, z nadawaniem stopni ratownikom wodnym i określaniem ich uprawnień;
– nauczanie pływania dla chętnych [10].

Centrum Powiadamiania Ratunkowego

Formalna nazwa Centrum Powiadamiania Ratunkowego (CPR) pojawiła się w grudniu 1999 roku w nowelizacji rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w sprawie szczegółowej organizacji krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego (KSRG). Za podstawowy element systemu, który przyjmuje informacje o zdarzeniach alarmowych, uznano wówczas stanowiska kierowania w komendach Państwowej Straży Pożarnej. Struktury te miały na celu dokonywać „bieżącej wymiany informacji niezbędnej do prognozowania zagrożeń i prowadzenia działań ratowniczych oraz stanowić centrum powiadamiania ratunkowego sił i środków podmiotów systemu lub wspomagających system" (Dz.U. z 1999 r. Nr 111 poz. 1311).

Zgodnie z założeniami koncepcji do zadań SPR należy między innymi:
– przyjęcie/selekcja zgłoszenia o nagłym zagrożeniu życia, zdrowia, środowiska bądź mienia,
– dysponowanie sił i środków służb ratowniczych i podmiotów z nimi współdziałających,
– wspomaganie kierującego działaniem ratowniczym,
– analizowanie możliwości szpitalnych oddziałów ratunkowych i innych jednostek organizacyjnych szpitali [12].

Obowiązek uruchomienia numeru alarmowego 112 zleciła wszystkim krajom członkowskim Unia Europejska. Dyrektywę Parlamentu Europejskiego z dnia 7 marca 2002 roku wprowadzono, aby „użytkownicy byli w stanie wywołać jeden europejski numer alarmowy 112 oraz wszelkie inne krajowe alarmowe numery telefoniczne, bezpłatnie, z dowolnego telefonu, włączając publiczne automaty telefoniczne, bez korzystania z jakiejkolwiek formy płatności". Zgodnie z wytycznymi wszystkie kraje Unii Europejskiej mają w obowiązku wprowadzić regulacje w życie do lipca 2003 roku, a państwa nowo przyjęte do dnia 1 maja 2004 roku [13].

Zmiany kolejne wprowadziło Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 31 lipca 2009 roku dotyczące organizacji i funkcjonowania Centrów Powiadamiania Ratunkowego i Wojewódzkich Centrów Powiadamiania Ratunkowego (Dz.U. z 2009 r. Nr 130 poz. 1073). Miały one działać zgodnie z dokumentami funkcjonowania Centrów Powiadamiania Ratunkowego i Wojewódzkich Centrów Powiadamiania Ratunkowego. Te dwie struktury wykonywały zadania odnoszące się do systemu powiadamiania ratunkowego, integrując KSRG i system PRM, obejmując zakres bieżącej analizy zasobów ratowniczych oraz kwalifikacji i przyjmowania zgłoszeń alarmowych i obsługi numeru 112, które inicjują procedury reagowania i powiadamiania oddziałów ratunkowych oraz jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych o zdarzeniach szpitalnych.

Tabela 1. Informacje uzyskiwane przez operatora numeru alarmowego z PLI [12]

Rodzaj urządzenia	Uzyskiwanie informacji
Urządzenie zarejestrowane na osobę fizyczną	– numer zakończenia sieci, z którego następuje telefonowanie, – imię i nazwisko osoby dzwoniącej, która podpisała umowę, – adres zakończenia sieci, z którego następuje telefonowanie
Urządzenie zarejestrowane na podmiot gospodarczy	– numer zakończenia sieci, z którego następuje telefonowanie, – nazwę podmiotu gospodarczego, na który została podpisana umowa o świadczenie usługi telekomunikacyjnej, – adres zakończenia sieci, z którego następuje telefonowanie (bez wskazania pomieszczenia lub numeru wewnętrznego)
ogólnie dostępny „aparat publiczny"	– numer zakończenia sieci, z którego następuje telefonowanie, – adres, pod którym znajduje się telefon
ruchomej publicznej sieci telefonicznej lub sieci przedpłaconej	– numer zakończenia sieci, z którego następuje wywołanie, – imię i nazwisko osoby, która podpisała umowę o świadczenie usługi telekomunikacyjnej, – lokalizację geograficzną aparatu komórkowego
Nie zarejestrowane ruchomej publicznej sieci telefonicznej („pre paid" na tzw. kartę)	– numer zakończenia sieci, z którego występuje wywołanie; – lokalizacja geograficzna aparatu komórkowego, z którego występuje wywołanie
Nierozpoznane, bez IMEI lub numer techniczny sieci inicjującej wywołanie karty SIM	– lokalizacja geograficzna aparatu komórkowego, z którego występuje wywołanie

Aktualnie podstawą funkcjonowania SPR w Polsce są przede wszystkim ustawa z dnia 22 listopada 2013 roku o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz.U. z 2013 r. poz. 1635), a także rozporządzenie w sprawach organizacji i funkcjonowania Centrów Powiadamiania Ratunkowego, weszło one w życie z dniem 28 kwietnia 2014 r. (Dz.U. z 2014 r. poz. 574). Pierwszym dokumentem określającym główne zadania oraz zasady działania systemu, źródła tego finansowania, a także organy właściwe w sprawach powiadamiania ratunkowego. Akt wykonawczy opisywał natomiast organizację CPR, także kryteria tworzenia tych oddziałów, sposób jego funkcjonowania i realizację zadań. Określane są procedury obsługi zgłoszeń alarmowych wraz ze wskazaniem liczby operatorów numerów alarmowych wraz ze sposobem jej podziałów na poszczególne centra. Przede wszystkim uregulowany jest tu jednolity sposób obsługi zgłoszenia alarmowego, a także rozmowy ze zgłaszającym [12].

Głównym celem Systemu Powiadamiania Ratunkowego (SPR) jest poprawa bezpieczeństwa obywateli dzięki uzyskaniu szybkiego i skutecznego dostępu do służb, które są odpowiedzialne za niesienie pomocy. Wszystkie zgłoszenia alarmowe obsługiwane są według takich samych standardów. Wykonywane są przez wyszkolonych operatorów, którzy pracują w odpowiednio wyposażonych centrach. Zasięg numeru alarmowego 112 obejmuje w tej chwili obszar całego kraju. Podsumowując rozdział, należy stwierdzić, że obecnie SPR skutecznie i właściwie wywiązuje się z postawionych przed nim zadań [14].

Polski Czerwony Krzyż

Czerwony Krzyż znany jest na świecie, ale również wspaniale w naszym kraju, a zrodził się z idei członków, którzy chcieli nieść pomoc drugiemu człowiekowi. W drugiej połowie XIX wieku zaszło wiele wydarzeń politycznych, wojennych, obfitujących w ogromną liczbą dramatów ludzkich. Największa bitwa w ówczesnej Europie pod Solferino, zakończona klęską armii austriackiej, datowana jest na 24 czerwca 1859 roku. Przesądziła ona o losach wojny austriacko-francuskiej [16, 17].

Obserwatorem opisywanej bitwy był Henry Duant uważany za społecznika i filantropa. Z przerażeniem spoglądał on na konających żołnierzy walczących armii. Uwagę zwrócił on na brak dostatecznej, a również na słabo zorganizowaną opiekę sanitarno-medyczną. H. Duant postanowił więc opisać okrucieństwa, jakie niosła za sobą wojna i zainteresować innych, przede wszystkim elity ówczesnej Europy. W książce pod tytułem „Wspomnienie Solferino" z 1862 roku przedstawił on również możliwości organizacyjne ratowania rannych [18]. Propagował w niej propozycje humanitarnej działalności. Udało mu się uzyskać poparcie jak również aktywną pomoc zwolenników i doprowadzić do powołania Komitetu Pięciu (17 lutego 1863 roku). W jego skład wchodzili: Henry Dufour, Gustaw Moynier, Louis Appia, Theodore Maunior, Henry Dunant.

W głównych ustaleniach, jakie podjął międzynarodowy kongres w Genewie, który odbywał się w dniach 26–29 październik 1863 roku, znalazło się między innymi ustalenie konieczności wspomagania ambulansów, różnego rodzaju szpitali, personelu ochotniczego niosącego pomoc rannym, a ponad wszystko tych, co brali udział w walkach. Po tym przyjęto jedną z głównych zasad neutralności dla uczestników, którzy ratowali innych. Ustalono również jednolity znak ochronny – został nim czerwony krzyż na białym tle. Barwy te, jak mało kto wie, są odwrotnością barw flagi Szwajcarii [16, 17]. W pewnych częściach krajów muzułmańskich zamiast czerwonego krzyża użyto inny, ale pełniący równoznaczne funkcje, znak czerwonego półksiężyca. Unikając kojarzenia znaków z symboliką religijną, zaproponowano w 2005 roku przyjęcie trzeciego znaku o charakterze ochronnym i jest to tak zwany czerwony kryształ [19].

Komitet Pięciu natomiast przyjął inną nazwę: Międzynarodowy Komitet Pomocy Rannym, dnia 9 listopada 1863 roku przekształca się w Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża. Zasady działania MKCK regulują nowe umowy międzynarodowe oraz konwencje (I Humanitarna Konwencja Genewska z 1864 roku., Konwencja Haska z 1899 roku, Konwencja Genewska z 1906 roku. Konwencja Haska z 1907 roku) [20]. Po I i II wojnie światowej ogłoszono dla społeczeństwa dnia 12 sierpnia 1949 powojenne konwencje genewskie.

Powstanie Międzynarodowego Komitetu Czerwonego Krzyża, a także uchwalenie I Humanitarnej Konwencji Genewskiej znalazło oddźwięk wśród Polaków. Powstały liczne humanitarne organizacje czerwonokrzyskie. Mimo braku jednej, zjednoczonej narodowej organizacji czerwonokrzyskiej doprowadzono do kontaktów z Międzynarodowym Komitetem Czerwonego Krzyża (MKCK) w Genewie. „Samarytanin Polski" był inicjatorem zwołania na dzień 18 stycznia 1919 roku organizacji humanitarnych na naradę. Na owej naradzie której kierownikiem była Helena Paderewska oraz szef Departamentu Sanitarnego Wojska Polskiego gen. Zdzisława Horodyński powołany do Polskiego Towarzystwa Czerwonego Krzyża (PTCK). W dniu 14 lipca 1919 roku MKCK powiadomił o przyjęciu do grona członków międzynarodowej społeczności czerwonokrzyskiej Polskiego Towarzystwa Czerwonego Krzyża [16, 17]. 1 września 1927 roku zmieniono nazwę PTCK na Polski Czerwony Krzyż, zachowując jego dotychczasowe zadania.

Najważniejsze działania PCK to:

- pomoc socjalna,
- krwiodawstwo honorowe,
- promocja zdrowia,
- pierwsza pomoc i ratownictwo,
- udział w międzynarodowych akcjach pomocy Czerwonego Krzyża,
- pomoc cudzoziemcom,
- Biuro Informacji i Poszukiwań,
- upowszechnianie międzynarodowego prawa humanitarnego [21].

Podsumowanie

Każda dziedzina życia niesie ze sobą jakieś zagrożenia. W Polsce jest wiele świetnie wyszkolonych służb ratowniczych, a każdy z działających systemów ciągle opracowuje coraz to nowsze i lepsze systemy pomocy poszkodowanym. Warunkiem dobrej akcji ratunkowej jest odpowiednia organizacja i zgranie zespołu. Należy zawsze również przestrzegać przepisów bezpieczeństwa w celu zapobiegania wypadkom wśród pracowników.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Jagiełło M. Wołanie w górach. Wypadki i akcje ratunkowe w Tatrach. Warszawa 2002, str. 15–68.
2. Hunt James B. Travel Experience in the Formation of Leadership: John QuincyAdams, Frederick Douglass and Jane Addams. Journal of Leadership & Organizational Studies, 2000, 7, str. 92–106.
3. Lois J. Peaks and Valleys: The Gendered Emotional Culture of Edgework. Gender and Society, 1, 15, 3, str. 381–406.
4. GOPR Grupa Beskidzka. Podpisanie Ustawy przez Prezydenta. Grupa Beskidzka GOPR. 2011 [Online] [Zacytowano: 6 czerwca 2018.] http://beskidy.gopr.pl/?podpisanie-ustawy-przez-prezydenta, 359.
5. www.gopr.p l[Online] [Zacytowano: 6 czerwca 2018.]
6. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji [Online] [Zacytowano: 6 czerwca 2018] https://www.mswia.gov.pl/pl/tagi/535,GOPR.html
7. Grupa Krynicka GOPR – rozmowa z Naczelnikiem. Magazyn Turystyki Beskidzkiej Beskidtrek. [Online] [Zacytowano: 7 czerwca 2018.] http://beskidtrek.pl/index.php/ciekawsze-artykuy/turystyka/192-grupa-krynicka-gopr-rozmowa-z-naczelnikiem.
8. Krzeptowska-Jasinek M, Krzeptowski-Jasinek J. Wstęp. Genealogia rodu Bachledów w Zakopanem. Zakopane 1999, Tom 1, str. 20–55.
9. Statut Wodnego Ochotniczego Pogotowia Ratunkowego, Warszawa, dnia 6 grudnia 2003, str. 1–6 .
10. Telak J. Stan obecny i perspektywy współpracy WOPR ze służbami „mundurowymi" Wykład dla studentów kierunku Wychowanie Fizyczne w Służbach Mundurowych na Wydziale Wychowania i Sportu w Białej Podlaskiej Akademii Wychowania Fizycznego J. Piłsudskiego w Warszawie, 30 maj 2011 roku, str. 1–4.
11. www.worp.pl [Online] [Zacytowano: 7 czerwca 2018] http://wopr.pl/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=280&Itemid=27
12. Sikora-Wojtarowicz K, Nienartowicz A. Funkcjonowanie systemu powiadamiania ratunkowego w Polsce. Założenia i praktyka. Rocznik Bezpieczeństwa Międzynarodowego 2015, 9, 2, str. 220–237.
13. Dyrektywa 2002/22/WE Parlamentu Europejskiego z dnia 7 marca 2002 r. w sprawie usługi powszechnej związanych z sieciami i usługami łączności elektronicznej praw użytkowników.
14. Wałek T. System powiadamiania ratunkowego w Polsce. Założenia i praktyka. Security, Economy & Law 2016, 1, str. 187–195.
15. Abramek Z. Powstanie i działalność Polskiego Czerwonego Krzyża 1912–1951. Polski Czerwony Krzyż Zarząd Okręgowy, Warszawa 2001, str. 28–44.
16. Abramek Z (red.). Szkoła Pielęgniarstwa Polskiego Czerwonego Krzyża w Warszawie (1929–1944). Polski Czerwony Krzyż Mazowiecki Zarząd Okręgowy, Warszawa 2003, str. 8–15.
17. Duant H. Wspomnienie Solferino. Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża, 1983, str. 10–15.
18. Przewodnik ochrony znaku czerwonego krzyża 2013, str. 3–12.
19. Cichocka MŁ. Polski Czerwony Krzyż w latach 1919–2004. Szkoła Wyższa im. Pawła Włodkowica, Płock 2006, str. 1–14.
20. Krajowa Rada Młodzieżowa PCK. Historia siedmiu zasad. Ogólnopolski Obóz dla Społecznych Instruktorów Młodzieżowych PCK, Sulejów 2012, str. 1–32.

Zaakceptowano do edycji: 20.08.19
Zaakceptowano do publikacji: 26.09.19

Adres do korespondencji:
Ewelina Kimszal
Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej
ul. Skłodowskiej 7a
15-096 Białystok
tel. 504 476 011
e-mail: ewelinakimszal@gmail.com

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA POGLĄDOWA

RELACJE Z NIEZADOWOLONYM PACJENTEM W PODMIOCIE LECZNICZYM

RELATIONS WITH A UNSATISFIED PATIENT AT HEALTHCARE SERVICES

Maciej Majewski

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Katedra Prawa Medycznego, Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2019.34

STRESZCZENIE

Podmiot leczniczy, jak każda organizacja, funkcjonuje w określonym otoczeniu, w którym najważniejszym elementem są klienci-pacjenci (zarówno aktualni, jak i potencjalni). To od ich decyzji odnośnie wyboru świadczeniodawcy zależy jego sytuacja ekonomiczna (szczególnie w przypadku usług komercyjnych). Na decyzje te ma wpływ w dużej mierze ocena jakości usługi, zarówno bezpośrednia – dokonywana przez pacjenta na podstawie własnych doświadczeń, jak i pośrednia – w oparciu o opinie uzyskane od innych pacjentów. Dlatego ważne jest, aby w przypadku zgłoszenia przez pacjenta skargi czy reklamacji podmiot leczniczy reagował na nie szybko i właściwie.

Słowa kluczowe: relacje, reklamacje, marketing, jakość, marketing relacji.

ABSTRACT

Healthcare unit, like every organization, operates in a specific environment in which clients and patients (both current and potential) are the most important element. The economic situation of the institution depends on their decision regarding the choice of the service provider (especially in the case of commercial services). These decisions are influenced, to a large extent, by the quality of the service, both direct – made by the patient on the basis of their own experience, and indirect – based on the opinions obtained from other patients. Therefore, it is important that if a patient complains or complains, the medical facility responds quickly and appropriately.

Keywords: relations, complaints, marketing, quality, relationship marketing.

Dla podmiotów leczniczych szczególnie przydatną wersją marketingu jest marketing relacji, który definiowany jest jako mobilizacja personelu, prowadząca do tego, aby nabywcę (pacjenta) nie tylko uczynić współwytwórcą produktu (wartości), ale aby również związać go na trwałe z organizacją [1].

Utrzymywanie relacji z klientami i budowanie ich lojalności przynosi im wielorakie korzyści, m.in.:

1. Spadek kosztów jednostkowych każdej kolejnej transakcji – 5x taniej jest zatrzymać dotychczasowego klienta niż zdobyć nowego, a niezadowolony klient powiadamia o swym negatywnych doświadczeniach średnio 9 innych osób.
2. Ograniczenie wydatków na promocję i badania marketingowe.
3. Lepsze, tj. bardziej szczegółowe i przydatne informacje o klientach.
4. Ograniczenie ryzyka/niepewności w związku z wchodzeniem w relacje z nowymi, ale niepewnymi klientami.
5. Określenie standardów obsługi klienta.

Jeden z najistotniejszych przedstawicieli tzw. nordyckiej szkoły marketingu, E. Gummesson, wyodrębnił 30 rodzajów relacji zachodzących pomiędzy organizacją, a jej otoczeniem, które podzielił na 4 grupy [2]:

- relacje klasyczne (typowe relacje transakcyjne z udziałem bądź pominięciem pośredników – diada, triada, sieci dystrybucji),
- relacje rynkowe (najważniejsza dla marketingu relacyjnego grupa, która obejmuje oprócz klasycznej diady także relacje z ukrytymi, nierozpoznawalnymi klientami, relacje między klientami, relacje, w których nabywców traktuje się jak członków należących do organizacji),
- megarelacje (wprawdzie nie można ich nazwać rynkowymi, ale warunkują one powstanie tych ostatnich, a tworzą je relacje z mass mediami, megaalianse oraz tym podobne relacje wyodrębnione i badane przez megamarketing),

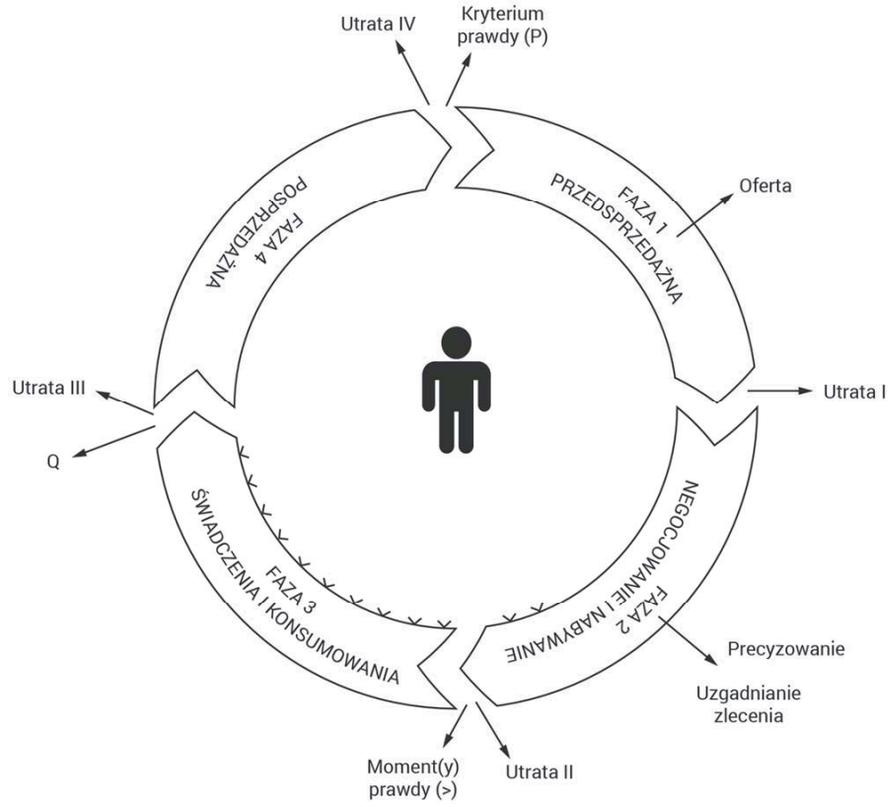
- relacje ułomne (nanorelacje, czyli relacje karłowate, które wyróżniają się tym, że są zorientowane wewnętrznie, i które nie pojawiając się na zewnątrz przedsiębiorstwa, tworzą raczej wsparcie opisanych wcześniej relacji zewnętrznych).

E. Gummesson w swojej klasyfikacji wyróżnił m.in. relacje z niezadowolonymi nabywcami, które – mimo że są bardzo istotne dla każdej organizacji usługowej, w tym dla podmiotów leczniczych – nadal pozostają sferą zaniedbywaną przez wielu usługodawców.

Marketingowa koncepcja jakości

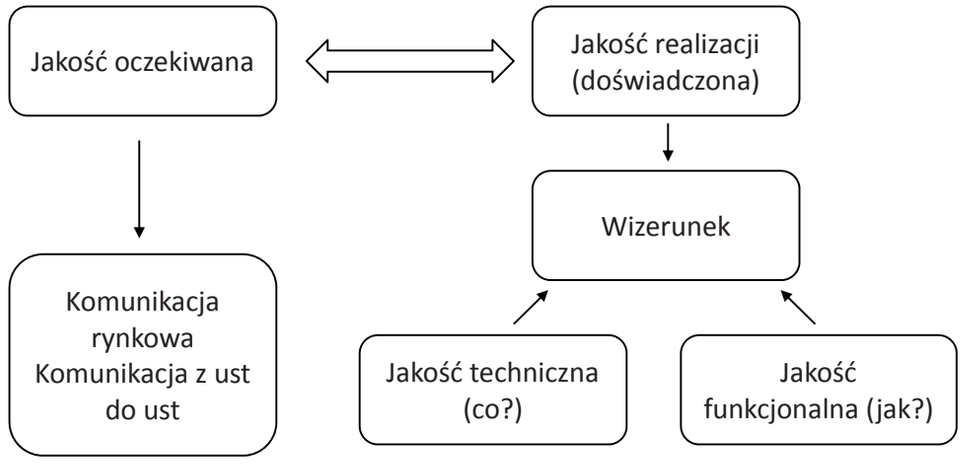
W marketingu relacji możemy wyróżnić różne instrumenty służące jego realizacji, w tym cykl aktywności nabywcy (**Rycina 1**). W modelu tym wskazano m.in., że w trakcie obsługi klienta występują tzw. momenty prawdy. Nie są to zwykłe interakcje – dotyczą tych wszystkich przypadków, gdy nabywca aktywnie i świadomie wchodzi w relacje z reprezentantem usługodawcy [3]. Pojawiają się one wprawdzie już w fazie negocjowania i nabywania, ale szczególnie dużo jest ich w fazie świadczenia i konsumowania. Zostają one finalnie „zsumowane" i decydują o tzw. kryterium prawdy, a ono z kolei w dużej mierze przekłada się na decyzje pacjenta o wejściu w kolejny cykl. Oprócz tego po każdej z czterech faz cyklu (przedsprzedażnej, negocjowania i nabywania, świadczenia i konsumowania oraz posprzedażnej) następują utraty klienta. Utrata, która następuje po fazie świadczenia i konsumowania, jest powiązana z luką pomiędzy jakością realizacji a jakością oczekiwaną.

Jak słusznie zauważa D. Chmielewski [4], „jakość usług zdrowotnych podlega subiektywnej ocenie pacjentów i ich rodzin, dlatego placówki służby zdrowia muszą identyfikować i uwzględniać determinanty jakości usług i postępować tak, aby pacjent był usatysfakcjonowany". Usługa ma w oczach pacjenta odpowiednią jakość, jeśli została wykonana (przynajmniej) zgodnie z jego oczekiwaniami. Takie pojęcie jakości nazywa się jakością realizacji (postrzeganą, faktyczną). Jakość ta jest przez pacjenta zestawiana z jakością oczekiwaną, a relacje pomiędzy nimi doskonale zilustrował w swoim modelu całkowitej uświadomionej jakości Christian Grönroos (**Rycina 2**). Wskazał on, że jakość oczekiwana wynika z komunikacji rynkowej podmiotu (przedstawiana jest w niej jakość deklaratywna) i komunikacji z ust do ust (tzw. marketing szeptany czy *word-of-mouth*), a jakość realizacji z jakości technicznej (co jest zrobione, tj. istota świadczenia) i jakości funkcjonalnej (jak



Rycina 1. Cykl aktywności nabywcy (CLAN)

Źródło: Rogoziński K. „Wprowadzenie do marketingowego zarządzania organizacją świadczącą usługi medyczne" w: Dobska M., Rogoziński K. (red) „Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej", PWN, Warszawa 2008, s. 235



Rycina 2. Całkowita uświadomiona jakość – model C. Grönroosa
Źródło: Rogoziński K. „Marketingowa interpretacja jakości w usługach medycznych" w: Dobska M., Rogoziński K. (red) „Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej", PWN, Warszawa 2008, s.274

ta usługa jest wykonana). W efekcie zestawiana jakości realizacji z jakością oczekiwaną możemy mieć do czynienia z jedną z trzech sytuacji:

- $Q_{realizacji} = Q_{oczekiwana}$ realizacja zyskuje akceptację,
- $Q_{realizacji} < Q_{oczekiwana}$ niezadowolenie, rozczarowanie – złożenie skargi/reklamach,
- $Q_{realizacji} > Q_{oczekiwana}$ pozytywne zaskoczenie, uznanie.

V. Zeithmal, A. Parasuraman i L. Berry zidentyfikowali dziesięć kryteriów stosowanych przez konsumentów przy ocenie jakości usług [5].

- wiarygodność (*credibility*), co oznacza zaufanie do uczciwości usługodawcy;
- bezpieczeństwo (*security*) – uwolnienie od niebezpieczeństwa, ryzyka czy wątpliwości;
- dostępność (*access*) – przystępność i łatwość w kontaktach;
- komunikatywność/porozumiewanie się (*communication*) – wsłuchiwanie się w głosy klientów, bieżące ich informowanie;
- zrozumienie klienta (*undestanding the custmer*) – podjęcie wysiłków zmierzających do poznania klienta i jego potrzeb;
- elementy materialne (*tangibles*) – wygląd zewnętrzny placówki, sprzęt, urządzenia, wygląd personelu;
- zdolność reagowania (*responsiveness*) – pragnienie udzielania pomocy klientowi i zapewnienia szybkiej obsługi;
- solidność/niezawodność (*reliability*) – zdolność wykonywania usług w sposób rzetelny i dokładny;
- fachowość (*competence*) – posiadanie wiedzy i kwalifikacji niezbędnych do świadczenia usługi;
- uprzejmość (*courtesy*) – przyjazna postawa wobec klienta, szacunek.

Dokonując analizy zjawiska satysfakcji V. Zeithaml i M. Bittner wyodrębnili trzy typy oczekiwań dotyczących jakości usługi [6]:

- usługa pożądana – poziom usługi, który klient ma nadzieję otrzymać, kompozycja tego co „powinno być" z tym, co „może być";
- usługa adekwatna – poziom reprezentujący minimalne akceptowanie usługi, wynikający z przekonania, że usługa pożądana nie zawsze jest możliwa;
- usługa przewidywana (prorokowana) – poziom, który klient postrzega jako prawdopodobny do uzyskania, skorygowany o obiektywną kalkulację.

Jeśli wynik porównania jakości oczekiwanej z jakością realizacji wypadnie niekorzystnie, mogą nastąpić dwa możliwe warianty. Może dojść do utraty III (zgodnie ze schematem przedstawionym na rycina 1), a wtedy organizacja nie ma żadnych szans na podjęcie działań dających szansę na naprawę nadszarpniętego wizerunku. Pacjent może też – pomimo niezadowolenia – przejść do fazy posprzedażnej, w której działania usługodawcy obejmują m.in. obsługę reklamacji czy formułowanie wniosków i zaleceń dotyczących doskonalenia obsługi klienta.

Za względu na zakres tematyczny, skargi i reklamacje mogą być zakwalifikowane do jednej z czterech grup:

- związane bezpośrednio ze świadczeniem usługi medycznej – dostarczenie rdzennej usługi o nieodpowiedniej jakości lub niedopasowanej do potrzeb zdrowotnych pacjenta;
- związane z zachowaniem personelu medycznego w trakcie świadczenia usługi;

- związane z zachowaniem personelu niemedycznego (głównie rejestracja/recepcja);
- związane z procesami obsługi pacjenta i organizacji pracy jednostki.

Pierwsza z grup związana jest z rdzeniem usługi medycznej, czyli jej częścią, która jest bardzo zbliżona we wszystkich jednostkach medycznych. Z kolei pozostałe grupy – zwłaszcza ostatnia – związane są z tzw. otoczką marketingową usługi, czyli tym, co wyróżnia placówkę na tle innych podmiotów i stanowi jej przewagę konkurencyjną (tzw. USP czyli tzw. *unique sales proposition*).

Reklamacja jako niezgodność

Wiele podmiotów leczniczych posiada wdrożoną normę PN -EN ISO 9001:2015. W aktualnej wersji tej normy stawia się duży nacisk na podejście oparte na ryzyku, PDCA (*plan, do, check, act*, czyli planuj, wykonaj, sprawdź, działaj) i podejście procesowe. Podejście oparte na ryzyku ściśle wiąże się z reklamacjami i skargami, które w normie ISO należy utożsamiać z niezgodnością. Ma to wyraz w szczególności w następujących elementach normy:

- Rozdział 8. „Działania operacyjne" – od organizacji wymaga się, aby zarządzała swoimi procesami operacyjnymi oraz wdrożyła działania odnoszące się do ryzyka. W rozdziale tym znajduje się punkt 8.7 „Nadzór nad niezgodnymi wyjściami" (odpowiadający punktowi 8.3 „Nadzór nad wyrobem niezgodnym" w wersji normy z 2008 r.), w którym na organizację nakłada się obowiązek m.in. prowadzenia zapisów niezgodności i podjętych działań.
- Rozdział 10. „Doskonalenie" – od organizacji wymaga się, aby korygowała, zapobiegała lub ograniczała niepożądane skutki i doskonaliła system zarządzania jakością oraz aktualizowała ryzyka i szanse. W znajdującym się w tym rozdziale punkcie 10.2. „Niezgodność i działania korygujące" wymienia się m.in. dowody charakteru niezgodności i wszelkich podjętych w ich następstwie działań oraz wyniki każdego podjętego działania korygującego, a w punkcie 10.3. mowa jest o ciągłym doskonaleniu, czyli też działaniach zapobiegawczych.

Oznacza to, że organizacje, mając sformalizowany system zarządzania jakością, muszą traktować obsługę reklamacji pacjentów nie tylko jako element kształtowania wizerunku, ale także ważny aspekt procesów zarządzania ryzykiem.

Rola obsługi reklamacji

Rola relacji z niezadowolonym klientem wynika między innymi z faktu, że – jak wspomniano wcześniej – dużo taniej jest utrzymać dotychczasowego klienta/pacjenta (a także rozszerzać wolumen sprzedawanych mu usług) niż pozyskać nowego. Dodatkowo niezadowolony pacjent może mieć negatywny wpływ na wizerunek organizacji, opowiadając o nieodpowiednim potraktowaniu w danym podmiocie leczniczym swojej rodzinie i znajomym, a także – za pośrednictwem Internetu – szerokiemu gronu potencjalnych pacjentów (jak również powszechnie wiadomo, negatywnymi opiniami dzielimy się znacznie chętniej niż pozytywnymi). Od eksplozji popularności mediów społecznościowych, pacjenci bardzo chętnie opisują swoje negatywne doświadczenia z placówkami medycznymi na ich profilach na Facebooku czy wizytówkach w wyszukiwarce Google, a w przypadku konkretnego lekarza – w portalach typu znany lekarz czy ranking lekarzy. Bardzo duży wpływ na innych potencjalnych pacjentów mają też informacje przekazywane na różnych forach czy grupach zrzeszających osoby z tym samym problemem zdrowotnym. Zasięg oddziaływania tego typu rekomendacji jest jeszcze większy, a wiarygodność porównywalna z opiniami przekazywanymi bezpośrednio [7]. Ze względu na wzrost popularności poszukiwania w Internecie w fazie przedsprzedażnej CLAN – pod wypływem bodźca (*stimulus)* – wszelkich opinii i rekomendacji o usłudze, powstał termin „*zero moment of truth*" (ZMOT – zerowy moment prawdy). Przed jego wprowadzeniem, w procesie zakupowym wyróżniano pierwszy moment prawdy (FMTO), który następował dopiero w fazie nabywania i negocjowania oraz drugi moment prawdy (SMTO) – w fazie świadczenia, gdy klient korzystał już z produktu/usługi.

W przypadku pacjenta, w odczuciu którego organizacja i jej personel nie zachował się w sposób, jakiego oczekiwał, sprawność i profesjonalizm reakcji na jego skargę/reklamację może przełożyć się w znacznym stopniu na jego dalsze postępowanie. Może skutkować zarówno kolejnymi negatywnymi opiniami o placówce przekazywanymi dalej („Nie dosyć, że mnie źle obsłużyli, to jeszcze źle mnie potraktowali, gdy złożyłem skargę/W ogóle nie odpowiedzieli na złożoną skargę"), jak i wystąpieniem z formalnymi roszczeniami w stosunku do podmiotu. Niezwykle istotny jest szybki kontakt przedstawiciela jednostki z pacjentem, aby wiedział on, że jego skarga nie trafiła w próżnię i – szczególnie w przypadku „skargi" zamieszczonej w Internecie – nie atakował placówki za brak reakcji. Poza tym taki kontakt jest okazją do zebrania dodatkowych informacji, które pomogą w wyjaśnieniu zaistniałej sytuacji.

Ważne jest również, aby przy rozpatrywaniu skargi/reklamacji odejść od podejścia „pacjent na pewno nie ma racji i jest roszczeniowy", z którym nadal możemy spotkać się w placówkach medycznych. A jeśli popełniliśmy błąd, to

traktujmy pacjenta partnersko: prowadźmy z nim otwartą komunikację, przyznajmy się do ewentualnego błędu i pokażmy, jakie podjęliśmy działania korygujące, by sytuacja nie powtórzyła się w przyszłości (uczenie się na błędach jest w końcu jedną z cech organizacji uczącej się).

Dobrą praktyką przyjętą w wielu placówkach medycznych jest – w przypadku uznania skargi za zasadną – oprócz przeproszenia pacjenta zaoferowanie bezpłatnie kolejnej usługi. Daje to szansę następnej interakcji pomiędzy pacjentem a organizacją, co jest okazją na wykazanie, że sytuacja będąca przedmiotem skargi czy reklamacji była wyjątkiem od reguły, a działania naprawcze są rzeczywiście skuteczne (a nie wymyślone czy pozorowane). Właściwe wykorzystanie tej szansy pozwala na pozostawienie dobrego wrażenia w pamięci pacjenta, a nawet jeszcze trwalsze związanie go z naszą placówką.

Podsumowanie

Dla podmiotu leczniczego „klient i jego opinia powinny być w centrum uwagi, pomimo że jego poglądy nie zawsze muszą być zbieżne z opiniami ekspertów w danej dziedzinie. Z tego względu cały proces zapewnienia jakości powinien być nierozłącznie związany z badaniem i rozumieniem potrzeb klienta" [8]. Dlatego kierownictwo każdej placówki – mającej wdrożony system zarządzania jakością czy też nie – powinno wprowadzić u siebie sformalizowany proces obsługi niezadowolonego pacjenta. Korzyści z tego płynące to m.in.:

- skrócenie czasu obsługi skargi czy reklamacji – warto przy tym określić wskaźnik SLA (*Service Level Agreement*), czyli wskaźnik realizacji usługi/świadczenia w określonym terminie np. 90% skarg i reklamacji rozpatrzonych w terminie do 7 dni, a wszystkie w terminie 14 dni od daty wpływu;
- ujednolicenie postępowania całego personelu w tym zakresie (w przypadku podmiotów leczniczych posiadających wdrożoną normę ISO 9001 przeważnie jest przygotowana instrukcja obsługi skargi i reklamacji);
- pewność zebrania wszystkich koniecznych informacji odnośnie zaistniałej niepożądanej sytuacji;
- zdiagnozowanie wszystkich rzeczywistych przyczyn skargi/reklamacji, dzięki czemu podjęte działania korygujące będą skuteczne;
- ograniczenie kosztów (finansowych i wizerunkowych) związanych ze skargą/reklamacją.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Rogoziński K. Wprowadzenie do marketingowego zarządzania organizacją świadczącą usługi medyczne w: Dobska M, Rogoziński K (red.). Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej, PWN, Warszawa 2008, s. 229.
2. Dobska M, Dobski P. Zarządzanie jakością w podmiotach leczniczych, Wolters Kluwer, Warszawa 2012, s. 106–107.
3. Rogoziński K. Wprowadzenie do marketingowego zarządzania organizacją świadczącą usługi medyczne w: Dobska M, Rogoziński K (red.). Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej, PWN, Warszawa 2008, s. 238.
4. Nowatorska-Romaniuk B. Marketing usług zdrowotnych. Koncepcja i stosowanie, Wolters Kluwer, Warszawa 2008, s. 64.
5. Rogoziński K. Marketingowa interpretacja jakości w usługach medycznych w: Dobska M, Rogoziński K (red.). Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej, PWN, Warszawa 2008, s. 273–274.
6. Rudawska I. Opieka zdrowotna. Aspekty rynkowe i marketingowe, PWN, Warszawa 2007, s. 152–153.
7. Krot K. Jakość i marketing usług zdrowotnych, Wolters Kluwer, Warszawa 2008, s. 111.
8. Dobska M, Dobski P. Zarządzanie jakością w podmiotach leczniczych, Wolters Kluwer, Warszawa 2012, s. 13.

Zaakceptowano do edycji: 20.08.19
Zaakceptowano do publikacji: 26.09.19

Adres do korespondencji:
Maciej Majewski
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu
Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
ul. Przybyszewskiego 39
60-356 Poznań

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA POGLĄDOWA

WYKORZYSTANIE ŚWIATŁA SPOLARYZOWANEGO W LECZENIU OPARZEŃ – OPIS PRZYPADKU

USE OF POLARIZED LIGHT TO TREAT BURNS – CASE STUDY

Martyna Dębska-Maik

mgr, doktorantka, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2019.35

STRESZCZENIE

Terapia światłem spolaryzowanym ma wiele zastosowań. Przede wszystkim powoduje poprawienie mikrocyrkulacji, przyśpiesza gojenie się ran, wspiera system obronny organizmu, pobudza procesy regeneracyjne, zmniejsza ból bądź eliminuje go. Korzystne skutki, jakie niesie ze sobą stosowanie światła spolaryzowanego, sprawiają, że coraz więcej terapeutów wykorzystuje omawianą metodę.
Celem niniejszego artykułu było przedstawienie efektów leczenia 24-letniej pacjentki z oparzeniem przy zastosowaniu światła spolaryzowanego.
Pacjentka została objęta leczeniem z powodu oparzenia II stopnia w okolicy nadgarstka. Oparzenie objawiało się pęcherzem, zwiększoną ciepłotą, częściową martwicą naskórka, obrzękiem (4mm). U pacjentki zastosowano terapię światłem spolaryzowanym Bioptron. Zabiegi przeprowadzono w dwóch seriach, każda po 10 naświetleń. Ostatecznie oparzenie zagoiło się. Proces leczenia trwał 10 dni zabiegowych.

Słowa kluczowe: oparzenie, zdrowie, światło spolaryzowane.

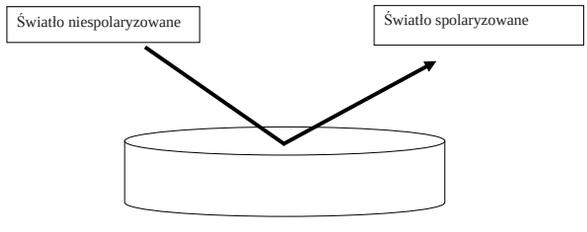
ABSTRACT

Polarized light therapy has many uses. First of all, it improves microcirculation, accelerates healing of wounds, supports the body's defense system, stimulates regenerative processes, reduces pain or eliminates it. The beneficial effects of using polarized light make more and more therapists use this method.
The aim of this article was to present the effects of treatment of a 24-year-old patient with burns using polarized light.
The patient was treated for second degree burns near the wrist. Burns were blistered, increased warmth, partial epidermal necrolysis, edema (4mm). Bioptron polarized light therapy was used in the patient. The treatments were performed in two series, each with 10 exposures. Eventually, burns disappeared. The treatment process lasted 10 days.

Keywords: burn, health, polarized light

Wstęp

Światłolecznictwo jest elementem medycyny fizykalnej. Badania wykazują, że człowiek zmienia energię elektromagnetyczną światła w energię elektrochemiczną, która rozpoczyna łańcuch wewnątrzkomórkowych reakcji biochemicznych, pobudzając przemianę materii oraz aktywność układu immunologicznego [1]. Dzięki temu pobudzony zostaje proces regeneracji tkanek. Pewna część światła słonecznego ulega polaryzacji i to właśnie wspomniany fragment światła odpowiada za właściwości lecznicze [2–3].



Rycina 1. Polaryzacja światła
Źródło: Opracowanie własne

Lampa Bioptron zostaje wykorzystywana w celach leczniczych. Posiada ona cechy biostymulujące [4–6]. Światło powoduje komórkową reakcję łańcuchową, jak również drugorzędne odruchy. Korzysta z połączenia światła widzialnego i spolaryzowanego (więcej niż 95%), które obejmuje widoczny składnik spektrum światła słonecznego oraz bliższej podczerwieni (długość fali 480 nm – 3400 nm) [7]. Fale poruszają się w płaszczyznach równoległych w stosunku do świecenia, w przeciwieństwie od fal słonecznego światła, które roznoszą się w różne kierunki [7]. Światło Bioptron nie posiada szkodliwego promieniowania dla zdrowia człowieka. „Lampa Bioptron emituje światło niespójne, przesunięte w fazie. Energia fali świetlnej Bioptronu jest w każdej jednostce czasu jednakowa" [7]. Światło Bioptron mieści się wyżej niż ultrafioletowa część spektrum i posiada niską gęstość energii [7–9]. Terapia Bioptron wykorzystuje światło spolaryzowane, polichromatyczne, niekoherentne oraz niskoenergetyczne [1–9].

Terapia światłem spolaryzowanym ma wiele zastosowań. Przede wszystkim powoduje poprawienie mikrocyrkulacji, przyśpiesza gojenie się ran, wspiera system obronny organizmu, pobudza procesy regeneracyjne, zmniejsza ból bądź eliminuje go, zmniejsza opuchliznę, poprawia odżywienie tkanek, poprawia samopoczucie, polepsza krążenie w małych naczyniach krwionośnych (**Tabela 1**) [10].

Tabela 1. Zastosowanie terapii światłem Bioptron

Zakres	Przykłady
Gojenie ran	Leczenie ran pourazowych Przeszczepy Oparzenia Leczenie ran pooperacyjnych Odleżyny Żylne owrzodzenia podudzi
Reumatologia	Zwyrodnienie stawów Przewlekle zapalenie stawów Choroba zwyrodnieniowa stawów
Zmniejszenie dolegliwości bólowych	Kręgosłup Kończyny Zespół cieśni nadgarstka Blizny Układ mięśniowo-szkieletowy
Medycyna sportowa	Urazy ścięgien i więzadeł, tkanek miękkich Skurcze mięśni Stłuczenia Skręcenia Zwichnięcia Zapalenia ścięgien Naderwania więzadeł i mięśni
Dermatologia	Łuszczyca Trądzik Atopowe zapalenie skóry Opryszczka, Półpasiec Powierzchniowe infekcje bakteryjne
Pediatria	Egzema endogenna Dolegliwości skórne Zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego, nerwowego Alergiczne choroby dróg oddechowych Infekcje górnych dróg oddechowych

Źródło: Opracowanie własne

Oparzenia oraz sparzenia termiczne są to efekty miejscowego działania na skórę człowieka temperatury powyżej 50^0C [11]. Oparzenia powodują zwiększenie ciepłoty skóry, ból, rumień, denaturacje białek [11]. Oparzenia można podzielić, ze względu na głębokość uszkodzenia, na trzy stopnie [11].

Celem niniejszego artykułu było przedstawienie efektów leczenia przy zastosowaniu światła spolaryzowanego wobec 24-letniej pacjentki z oparzeniem.

Opis przypadku

Pacjentka, w listopadzie 2016 r., została objęta leczeniem z powodu oparzenia II stopnia w okolicy nadgarstka. Oparzenie objawiało się pęcherzem, zwiększoną ciepłotą, częściową martwicą naskórka, obrzękiem (4 mm). U kobiety stwierdzono przeczulicę na dotyk w okolicy rany. Przed rozpoczęciem leczenia kobieta wypełniła skrócony kwestionariusz oceny bólu w dziesięciopunktowej skali wzrokowo-analogowej VAS. Uzyskany wynik (5 pkt.) odpowiadał przeciętnemu nasilaniu dolegliwości bólowych. Rana miała wielkość 15 mm na 24 mm.

U pacjentki zastosowano terapię światłem spolaryzowanym Bioptron o długości fali pomiędzy 480 nm a 3400 nm. Gęstość mocy światła określano na poziomie 40mW/cm^2 przy odległości od skóry ok 10 cm, gęstość energetyczna to średnio 2,4J/cm^2. Czas trwania naświetlenia wynosił 10 min. Zabieg był wykonywany na okolicę rany, metodą bezkontaktową, w odległości ok 10 cm od powierzchni oparzenia. Po każdym naświetlaniu ochronnie aplikowano opatrunek.

Zabiegi przeprowadzono w dwóch seriach, każda po 10 naświetleń (2 razy w ciągu dnia[1]) z przerwą sobotnio-niedzielną. W czasie przebiegu pierwszej serii leczniczej kobieta zgłosiła zmniejszenie dolegliwości bólowych, jednak po 10 naświetleniu (5 dzień zabiegowy) pacjentka skarżyła się na wzmożone swędzenie okolicy oparzenia. Stan po zakończeniu pierwszej sesji naświetleń można zobaczyć na **rycinie 4**.

Po zakończeniu leczenia pacjentka zawiadomiła o kompletnym ustąpieniu bólu, według skali VAS: 0. W trakcie naświetleń obserwowano ziarninę oraz naskórkowanie o intensywnym nasileniu. Ostatecznie oparzenie zagoiło się, zaczerwienienie zmniejszyło się. Stan miejscowy oparzenia po zakończeniu cyklu leczenia (łącznie 20 naświetleń) przedstawiono na **rycinie 6**. Proces leczenia trwał 10 dni zabiegowych.

[1] Pierwszy zabieg był o 8:00, a drugi po 6 godzinach.

Rycina 2. Oparzenie – stan przed naświetlaniem światłem spolaryzowanym
Źródło: Opracowanie własne

Rycina 3. Oparzenie w trakcie naświetlania podczas I sesji zabiegowej
Źródło: Opracowanie własne

Rycina 4. Oparzenie po I sesji zabiegowej
Źródło: Opracowanie własne

Rycina 5. Oparzenie w trakcie naświetlania podczas II sesji zabiegowej
Źródło: Opracowanie własne

Rycina 6. Stan miejscowy po zakończeniu cyklu naświetleń
Źródło: Opracowanie własne

Dyskusja

Światło spolaryzowane stosuje się w fizjoterapii. W prezentowanej pracy autorka omówiła opis przypadku zastosowania światła spolaryzowanego Bioptron w leczeniu oparzenia.

Zdaniem Janosik E. światło spolaryzowane można wykorzystywać w leczeniu oparzeń, odleżyn czy różnego rodzaju ran [13]. Lampa BIOPTRON posiada właściwości niekoherentne oraz niskoenergetyczne [1–13]. „Niekoherentność wiązki sprawia, że natężenia światła nie sumują się, a zatem światło dostarczane jest do tkanki ze stałą, niewielką intensywnością" [13].

Oparzenia II stopnia objawiają się pęcherzykami i częściową martwicą i dotyczą skóry [11]. Oparzenia te są zazwyczaj bolesne i można było to również zaobserwować u pacjentki.

Światło spolaryzowane pomaga w leczeniu oparzeń. Korzystne efekty można było zaobserwować w opisywanym przypadku. Już po 10 dniu zabiegowym rana całkowicie się zagoiła.

Podsumowanie

Korzystne skutki, jakie niesie ze sobą stosowanie światła spolaryzowanego, sprawiają, że coraz więcej terapeutów wykorzystuje omawianą metodę. Ma ona szerokie zastosowanie w medycynie. W przekonaniu autorki terapia z użyciem światła spolaryzowanego jest przydatnym sposobem pomagającym leczenie chorych z oparzeniami.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Pasek J, Cieślar G, Stanek A, Pasek T, Sieroń A. Światło spolaryzowane w leczeniu owrzodzenia goleni o nieznanej etiologii – opis przypadku. Przegląd Flebologiczny 2010; 18: 57–60.
2. Pasek J, Cieślar G, Pasek T, Sieroń A. Leczenie światłem spolaryzowanym – nowe możliwości światłolecznictwa? Balneologia Polska 2008; 50:93–99.
3. Sieroń A, Pasek J, Mucha R. Światło niskoenergetyczne w medycynie i rehabilitacji. Rehabilitacja Praktyczna 2007; 2:25–27.
4. Karu T. Molecular mechanism of therapeutic effect of low-intensity irradiation. Laser Life Sci 1988; 2: 63–71.
5. Karu T. Primary and secondary mechanisms of action of visible to near-IR radiation on cells. J Photochem Photobiol 1999; 49: 1–17.
6. Smith KC. The photobiological basis of low-level laser radiation therapy. Laser Therapy 1991; 3: 19–24.
7. Helbin J, Kolarzyk E. Czynniki fizykalne wykorzystywane w metodach lecznictwa uzdrowiskowego. Problemy Higieny i Epidemiologii 2006; 87: 166–171.
8. Zembaty A. Kinezyterapia T. 1. Zarys podstaw teoretycznych i diagnostyka kinezyterapii. Kasper, Kraków 2002.
9. Mika A, Kasprzak W. Fizykoterapia, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2001.
10. Skoracka J, Torlińska T, Hubert J, Witkowska A. Wpływ światła spolaryzowanego liniowo o różnej długości fali na czynność jednostek ruchowych mięśnia żwacza. Nowiny Lekarskie 2007; 76: 114–120.
11. Kwieciński A. Farmakologia w leczeniu oparzeń. Farmaceutyczny Przegląd Naukowy 2007; 3: 16–19.
12. Janosik E. Światło spolaryzowane i jego zastosowanie w medycynie. Prace Instytutu Elektrotechniki 2006; 228: 317–325.
13. Kużdżał A, Walaszek R. Zastosowanie widzialnego, polichromatycznego światła spolaryzowanego (VIP Light) w rehabilitacji. Część IV: Przydatność światła VIP w leczeniu trudno gojących się ran. Fizjoterapia 2004; 2: 55–63.

Zaakceptowano do edycji: 20.08.19
Zaakceptowano do publikacji: 26.09.19

Adres do korespondencji:
Martyna Dębska-Maik
Zagórze 4
96-200 Rawa Mazowiecka
tel. 603 966 928
e-mail: info.bettersimply@gmail.com

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

ZAKAŻENIA U KOBIET CIĘŻARNYCH

INFECTIONS IN PREGNANT WOMEN

Joanna Sosnowska, Beata Pięta

Zakład Praktycznej Nauki Położnictwa, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2019.36

STRESZCZENIE

Zakażenia w okresie perinatalnym stanowią istotny problem zdrowotny zarówno dla przyszłej matki, jak i jej nienarodzonego dziecka. Infekcje te mogą dotyczyć ponad połowy wszystkich ciężarnych kobiet. Dlatego tak istotnym elementem opieki perinatalnej jest ich wczesna diagnostyka i skuteczne celowane leczenie.

Słowa kluczowe: ciężarna, toksoplazmoza, parvowirus B19, waginoza bakteryjna.

ABSTRACT

Infections during the perinatal period constitute a significant health problem for both the future mother and her unborn child. These infections can affect more than half of all pregnant women. That is why such an important element of perinatal care is their early diagnosis and effective targeted treatment.

Keywords: pregnant, toxoplasmosis, parvovirus B19, bacterial vaginosis.

Zakażenia bakteryjne, wirusowe czy pierwotniakowe są istotnym zagadnieniem w opiece okołoporodowej. Patogeny te wywołują bowiem choroby, które mogą mieć istotny wpływ na zdrowie kobiet w ciąży. Mogą stanowić też zagrożenie dla płodu czy noworodka.

Toksoplazmoza

To choroba odzwierzęca wywołana pierwotniakiem *Toxoplasma gondii*, którego żywicielem ostatecznym są koty, a pośrednim wiele gatunków zwierząt, również człowiek. Do zakażenia w przypadku człowieka dochodzi najczęściej na skutek spożycia zakażonego pokarmu pochodzenia zwierzęcego (niedogotowanego lub surowego mięsa, niepasteryzowanego mleka), skażonej wody czy niedomytych owoców czy warzyw.

Zdecydowanie rzadziej może dojść do zakażenia również drogą oddechową czy krwionośną [1].

Uwalnianie inwazyjnych postaci *T. gondii* z cyst następuje głownie w jelicie cienkim, skąd pasożyt wnika do układu siateczkowo-śródbłonkowego i monocytów i dalej przenosi się między innymi do węzłów chłonnych, mięśni poprzecznie prążkowanych i gładkich, ośrodkowego układu nerwowego układu nerwowego czy gałki ocznej [2].

Wielu autorów zarażenia *T. gondii* zalicza do najbardziej rozpowszechnionych chorób odzwierzęcych w świecie. Stwierdza się je u ok. 1/3 ludności. Największa częstość zakażeń notowana jest w Malezji, Indiach, Chinach, Afryce Centralnej, we Francji, Włoszech, Niemczech i Polsce 42–55% osób zarażonych. Mniejszą zaś w Skandynawii, Wielkiej Brytanii i Stanach Zjednoczonych 7–30%. Częstość zachorowań na *T. gondii* we wszystkich krajach i populacjach wzrasta wraz z wiekiem ludzi [1, 3, 4].

Odsetek zakażonych kobiet ciężarnych jest również uzależniony od regionu świata. Wynosi średnio 20–73%, a największy notuje się we Francji, Afryce Centralnej, Ameryce Środkowej, Malezji i Chinach [1, 4]. W Polsce odsetek dodatnich odczynów w kierunku toksoplazmozy wynosi ok. 40% [1, 5, 6].

U 90% ludzi, w tym kobiet ciężarnych, zakażenie *T. gondii* przebiega bezobjawowo.

U pozostałych po 2–8 tygodniach od zakażenia następują objawy kliniczne: osłabienie, poty, bóle głowy i mięśni, stany podgorączkowe oraz powiększenie węzłów chłonnych, zwykle karku i szyi.

Objawy ze strony narządów wewnętrznych: zapalenie mięśni, mózgu czy siatkówki występują rzadko.

Wyjątkowo dochodzi również do samoistnego sporadycznego poronienia [1, 7].

Parazytemia, czyli obecność pierwotniaków we krwi, związana z możliwością ich przeniknięcia przez łożysko i rozwoju zarażenia matczyno-płodowego, utrzymuje się bardzo krótko (7–10 dni). Zatem infekcja płodu jest możliwa tylko na początku zarażenia matki. Od kiedy we krwi

pojawiają się wykrywane w badaniach serologicznych swoiste przeciwciała *T. gondii*, teoretycznie nie ma możliwości wystąpienia zarażenia wrodzonego.

W rozpoznaniu zakażenia *T. gondii* wykorzystuje się głównie oznaczenia przeciwciał, które wytwarzane są w ustroju:

- przeciwciała IgM (stężenie wzrasta w ciągu 4 tygodni, po czym ulega obniżeniu);
- przeciwciała IgG (stężenie wzrasta od ok. 2–3 tygodnia u nieleczonych osób pozostaje wysokie do 6–8 miesięcy);
- przeciwciała IgA (wytwarzane w pierwszym miesiącu zakażenia, maksymalne stężenie ok. 2–3 miesiąca, po roku niewykrywalne);
- awidność (w zakażeniu ostrym niska, w fazie przewlekłej wysoka) [1].

Na podstawie oznaczania awidności można ustalić, czy przeciwciała zostały wytworzone niedawno, czy w odległej przeszłości. Duża awidność świadczy o dawno przebytym zakażeniu, co w przypadku ciężarnej jest uspokajającą informacją. Występujace w surowicy swoiste przeciwciała początkowo zawsze odznaczają się małą awidnością, chronią przed parazytemią i zapobiegają rozwojowi zakażenia wrodzonego [15].

Toksoplazmowa wrodzona spowodowana jest transmisją od matki, która uległa zakażeniu *T. gondii* przed zajściem w ciążę lub podczas jej trwania. W literaturze opisane są rzadkie przepadki zakażenia płodu przez matkę chorującą na przewlekłą toksoplazmozę. Może być to związane z reinfekcją lub reaktywacją *T.gondii*. Reaktywacja choroby może mieć związek z upośledzoną odpornością ciężarnej, np. w przebiegu zakażenia HIV [8].

Według wielu źródeł ryzyko transmisji toksoplazmozy na płód jest bardzo rzadkie w okresie przedkoncepcyjnym i w I trymestrze ciąży i wynosi od 0–25 %, w II trymestrze 17–50% oraz w II trymestrze od 34–72% [1, 8].

Ryzyko transmisji matka–dziecko zależnie jest również od odporności matki i genotypu pasożyta [1].

Kilku autorów wskazuje również na rolę łożyska w transmisji toksoplazmozy. Zaobserwowano ten związek w przypadku toksoplazmozy wrodzonej w ciąży bliźniaczej. Stan zakażenia oraz przebieg kliniczny był identyczny u bliźniąt monozygotycznych, ale różny w przypadku bliźniąt dwuzygotycznych [1, 9].

Ok. 80–90% dzieci zakażonych prenatalnie toksoplazmozą po urodzeniu nie manifestuje żadnych objawów. U pozostałych dzieci stwierdza się najczęściej gorączkę, wysypkę skórną, opóźnienie wzrastania wewnątrzmacicznego, niedokrwistość, krwawienie, wodogłowie, napady padaczkowe, małogłowie, zapalenie płuc, powiększenie węzłów chłonnych, wątroby śledziony [1].

Zakażenie parvowirusem B19

Parvowirus B19 jest wirusem należącym do rodziny *Parvoviridae* i wywołuje parwowirozę zwaną także „chorobą piątą". W około 30% przypadków infekcja przebiega bezobjawowo. W pozostałych 70% przypadków dominuje wysypka, która pojawia się po ok. 15 dniach od wniknięcia wirusa. W przebiegu infekcji występują bóle, zapalenie stawów oraz objawy grypopodobne. Zmiany skórne przyjmują zwykle postać rumienia zakaźnego.

Pojawia się on najpierw na twarzy i zwykle ma charakterystyczny kształt motyla. Po kilku dniach regularne zmiany zaostrzają się na ramiona, tułów, pośladki i uda. Wirus może również prowadzić do przejściowego zahamowania namnażania się komórek szpiku kostnego. Wiremia pojawia się między 4. a 15. dniem od wniknięcia wirusa. Do zakażenia dochodzi drogą kropelkową lub krwiopochodną [10, 11].

Jako odpowiedź na zakażenie wzrasta miano przeciwciał IgG i IgM.

Wysoki poziom przeciwciał IgM jest wskaźnikiem świeżo przebytej infekcji (może utrzymywać się we krwi nawet 6 miesięcy). Przeciwciała IgG są izolowane do końca życia. Przy braku we krwi przeciwciał IgM świadczy o dawnej immunizacji.

Parwowiroza w ciąży przebiega zwykle bezobjawowo. U około 3% przypadków zakażeń ciężarnych kobiet dochodzi do poronienia, ciężkiej anemii u płodu lub nieimmunologicznego obrzęku uogólnionego [10, 12].

Parwowirus może być również przyczyną stwierdzonych u noworodków nieprawidłowości w obrębie centralnego układu nerwowego, encefalopatii, zapalenia mózgu, opon mózgowych czy mięśnia sercowego.

Jeśli do zakażenia doszło w I trymestrze ciąży (szczególnie między 9 a 16 t.c) ryzyko jej utraty sięga 10% [10, 12].

Rozpoznanie nie może zostać postawione tylko na podstawie objawów, choć są one bardzo charakterystyczne. Niezbędne jest wykrycie we krwi przeciwciał IgM lub przez izolację DNA *parwowirusa B19*.

Rozpoznanie zakażenia wewnątrzmacicznego możliwe jest na podstawie oceny płynu owodniowego, surowicy płodu czy fragmentu łożyska z wykorzystaniem metody PCR. Nie ma przyczynowego skutecznego leczenia parwowrozy. Możliwe jest leczenie objawowe: przeciwzapalne, przeciwgorączkowe i przeciwbólowe. Istotnym wydaje się również profilaktyka zakażeń polegająca na unikaniu kontaktu z osobami chorymi [10].

Waginoza bakteryjna (BV)

Waginoza bakteryjna może dotyczyć ok. 20–30% kobiet w wieku rozrodczym, także ciężarnych. Stanowi najczęstszą postać zakażenia pochwy. Występuje dwukrotnie częściej niż grzybica pochwy i kilkukrotnie częściej niż rzęsistkowica.

Nie musi mieć związku z aktywnością seksualną kobiet, nie jest bowiem chorobą przenoszoną drogą płciową. Przypuszcza się, że w powstawaniu waginozy istotną rolę odgrywają mechanizmy immunologiczne i hormonalne.

W BV najczęściej nie stwierdza się cech stanu zapalnego, ale obecne są zmiany w składzie ilościowym i jakościowym drobnoustrojów pochwy. Dochodzi do nadmiernego rozwoju bakterii beztlenowych: Gardnerella vaginalis (G. vaginalis), Mobiluncus spp., Bacteroides spp., Prevotella spp., Porphyromonas spp., Peptostreptococcus spp., Fusobacterium spp., Atopobium vaginae (A. vaginae), które wytwarzają metabolity hamujące rozwój pałeczek Lactobacillus spp. produkujących głównie aktywne formy tlenu i mających zdolność bakteriobójczą. Gatunki Lactobacillus spp. obecne w BV mają pleomorficzne formy, obniżoną zdolność do rozmnażania i przylegania do nabłonka pochwy.

U 50–75% kobiet BV przebiega bez żadnych objawów. Natomiast objawowa waginoza charakteryzuje się występowaniem obfitej, szaro-białej, homogennej wydzieliny w pochwie, o nieprzyjemnym „rybim zapachu", nasilającym się po stosunku i w czasie miesiączki. Chociaż BV nie obejmuje szyjki macicy, zaburzenie to może być związane z ostrym zapaleniem szyjki macicy. Często szyjka przy dotyku łatwo krwawi albo w ujściu zewnętrznym szyjki znajduje się ropna wydzielina. Obecność takich objawów, jak zaburzenia dyzuryczne, bolesne stosunki, świąd, pieczenie lub zaczerwienienie pochwy sugeruje dołączenie zakażenia innymi patogenami.

Rozpoznanie BV najczęściej opiera się na obecności przynajmniej trzech kryteriów Amsela. Należą do nich: szaro-biała, jednorodna wydzielina pochwowa, odczyn pH $\geq$ 4,5, dodatni test aminowy po dodaniu 10% KOH oraz występowanie clue cells w ilości > 20%.

W przypadku zakażenia u kobiety ciężarnej BV zwiększa ryzyko występowania poronienia, przedwczesnego pęknięcia błon płodowych, porodu przedwczesnego, wewnątrzmacicznej infekcji płodu, niskiej masy urodzeniowej noworodka, zakażeń okołoporodowych zarówno u kobiet, jak i u noworodków oraz zapalenia endometrium.

Przewlekła waginoza u ciężarnej może mieć wpływ na nieprawidłowy rozwój układu nerwowego i oddechowego u płodu, a także mieć związek z rozsianym wykrzepianiem wewnątrznaczyniowym (DIC) [10, 13, 14].

Do odległych powikłań nieleczonej waginozy bakteryjnej należą: zapalenie endometrium, stany zapalne miednicy mniejszej, a także infekcji dróg moczowych. Te ostatnie mogą prowadzić do nietrzymania moczu w wyniku uszkodzenia zwieracza cewki moczowej. BV zwiększa również ryzyko występowania zmian dysplastycznych na szyjce macicy (koinfekcja HPV) [10].

Zakażenia okresu okołoporodowego stanowią istotny problem zdrowotny zarówno dla matki, jak i dziecka. Ogromne znaczenie ma zatem profilaktyka oraz wczesna diagnostyka i podjęcie skutecznego leczenia.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Słomko Z, Drews K, Niemiec T (red:) Profilaktyka w położnictwie, ginekologii i neonatologii. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne 2005; 659–669.
2. Barragan A, Sibley LD 92003). Migration of Toxoplasma gandii across biological barriers Trents microbiol. 11(9): 426–430.
3. Jones JL, Ogumodede F, Scheftel I i wsp. Toxpasmosis related knowledge and practices amang pregnant women in theUnited States Infect Dis Obstet Gynecol. 2003; 11(3): 139–145.
4. Nissapatorn V, Noor Azmi Ma, Cho SM i wsp. Toxoplasmosis; prevalence and risk factors J Obstet Gynaecol. 2003; 23(6): 218–624.
5. Paul M, Petersen E, Szczapa J. Prevalence of congenital Toxoplasma gondii infection amang newborns from the Poznan region of Poland: Validation of a new combined- enzyme immunoassay for toxoplasma gondii specific immunoglobulin-andimmunoglobulin A antibodies J chin Microbiol. 2001; 39: 1912–1916.
6. Nowakowska D, Śląska M, Kostrzewska E i wsp. Stężenie przeciwciał anty- T. gondii w surowicy krwi kobiet ciężarnych w próbie populacji regionu Łódzkiego w roku 1998 Wiadomości Parazytologiczne 2001; 47: 83–89.
7. Paul M. Kryteria wczesnego rozpoznania i leczenia zakażenia Toxoplasma gondii u kobiet ciężarnych i noworodków. Medycyna po dyplomie 2004; 13(6) 30–40.
8. Kodjikian L, Hoigne J, Adam O i wsp. Vertical transmission of toxoplasmosis from a chronically infected immunocompetent woman Pediatr Infect Dis J. 2004; 23 (93): 272–274.
9. Peyron F, Ateba AB, Wallon M i wsp. Congenital toxoplasmosis in twins: a raport of fourteen consective oases and a comparison with ppublished data Pediatr Infet Dis J. 2003; 22(8): 695–704.
10. Sieroszewski P, Bober K, Kłosiński W. Zakażenia podczas ciąży Perinatologia, Neonatologia, Ginekologia 2012; 5 (2):65–84.
11. Ergaz Z, Ornoy A. Parvovnus B19 in pregnancy. Reprod. Toxicol. 2006; 21(4):421–35.
12. GoH M. Parvavinus b19 in pregnancy. I Midwifeny Womens Health 2005; 50 (6): 536–8.

13. Romanik M, Martirosian G. Pregnancy, diagnostic cviteria and pregnant women. Przeg. Epid. 2004; 58 (3): 547–553.
Kamiński K, Wnek M. Ekosystem pochwy ze szczególnym uwzględnieniem BACTERIAL Vaginosis u ciężarnych z zagrażającym poronieniem i porodem przedwczesnym Ginekol. Pol. 2002; 72(12): 1005–109.
15. Kuchar E. Choroby zakaźne u kobiet w ciąży – część I. Medycyna Praktyczna – Ginekologia i Położnictwo, 3/2018, s. 91–98.

Zaakceptowano do edycji: 20.08.19
Zaakceptowano do publikacji: 26.09.19

Adres do korespondencji:
Beata Pięta
Zakład Praktycznej Nauki Położnictwa UMP
ul. Jackowskiego 41
60-512 Poznań
biataid@wp.pl

REGULAMIN ZAMIESZCZANIA PRAC W „POLSKIM PRZEGLĄDZIE NAUK O ZDROWIU"

Redakcja „Polskiego Przeglądu Nauk o Zdrowiu" publikuje prace oryginalne, poglądowe, opracowania kazuistyczne, sprawozdania z uczestnictwa w zjazdach krajowych oraz międzynarodowych z zakresu: medycyny, w tym fizjoterapii i rehabilitacji, zdrowia publicznego, promocji i profilaktyki zdrowia, problematyki zarządzania w ochronie zdrowia, kształcenia kadr w ochronie zdrowia.

Przygotowanie manuskryptu

1. Artykuł powinien być napisany w języku polskim lub angielskim i przesłany do redakcji w dwóch identycznych egzemplarzach w wersji wydrukowanej oraz elektronicznej na nośniku CD/DVD lub przenośnej pamięci USB (pendrive).
2. Przyjmowane będą prace napisane w edytorze tekstu Microsoft Word.

Strona tytułowa manuskryptu

Strona tytułowa artykułu powinna mieć następujący układ:

1. Tytuł (w języku polskim i angielskim).
2. Imiona, nazwiska i tytuły naukowe autorów.
3. Nazwa jednostki, w której praca została wykonana, oraz imię, nazwisko, tytuł kierownika jednostki.
4. Pełny Adres do korespondencji

głównego autora pracy (wraz z numerem telefonu, faksu oraz adresem mailowym).

Streszczenia i słowa kluczowe

Do pracy powinno być dołączone streszczenie w języku polskim i angielskim zawierające nie więcej niż 250 słów oraz od trzech do pięciu słów kluczowych również w języku polskim i angielskim.

W przypadku pracy oryginalnej streszczenie powinno posiadać układ strukturalny: Wstęp, Cel, Materiał i metody, Wyniki, Wnioski (*Introduction, Aim, Material and methods, Results, Conclusions*).

Układ pracy

1. Tekst prac oryginalnych powinien mieć budowę strukturalną i dzielić się na następujące rozdziały: Wstęp, Materiał i metody, Wyniki, Dyskusja, Wnioski, Piśmiennictwo.
2. Objętość prac oryginalnych i poglądowych nie powinna przekraczać 12 stron, kazuistycznych – 5 stron, innych – 2 strony.
3. Prace powinny być napisane na papierze w formacie A4, z zachowaniem 1,5 linii odstępu między wierszami, czcionką 12 punktów (Times New Roman).
4. Materiał źródłowy przytaczany w tekście wg systemu Vancouver (wg kolejności cytowania, oznaczony w nawiasach kwadratowych). Spis piśmiennictwa należy umieścić po tekście pracy.

W przypadku czasopism obowiązuje układ: nazwisko autora/ów, inicjały imion, tytuł pracy, nazwa czasopisma, rok, zeszyt, tom, numery pierwszej i ostatniej strony. W przypadku cytowania rozdziału z książki należy podać: nazwisko autora/ów, inicjały imion, tytuł rozdziału, nazwiska redaktorów książki (jeśli występują), tytuł książki, miejsce wydania, wydawnictwo, rok wydania, numery pierwszej i ostatniej strony rozdziału. Powołując się na fragmenty książek, należy uwzględnić: nazwisko autora/ów, inicjały imion, tytuł książki, nazwiska redaktorów (jeśli występują), miejsce wydania, wydawnictwo, rok wydania, numer strony.

W piśmiennictwie nie można zamieszczać prac niecytowanych w tekście pracy.

Ryciny i tabele

Ryciny i tabele należy wydrukować na oddzielnej stronie. Na odwrocie należy podać numer ryciny lub tabeli, nazwisko autora i tytuł pracy. W tekście należy zaznaczyć miejsce na rycinę lub tabelę, podając jej numer i tytuł.

Wymagania i prawa wydawcy

1. Wraz z pracą należy przesłać oświadczenie wszystkich autorów, że manuskrypt nie był wcześniej publikowany, oraz że nie został zgłoszony do publikacji w innym czasopiśmie krajowym lub zagranicznym.
2. Praca przed przyjęciem do druku podlega recenzji przez dwóch wybranych specjalistów z danej dziedziny.
3. Redakcja może dokonywać zmian, bez uzgadniania z autorem, dotyczących stylistyki, usunięcia powtórzeń oraz przesunięć tabel i rycin.

Adres redakcji:
Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny
Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu
ul. Polna 33, 60-535 Poznań
(Sekretariat Dyrektora)