

Polska Medycyna Rodzinnna

Kwartalnik

Indeksowanie:
Index Copernicus 2,84 pkt.
KBN 2 pkt.

2004

Tom 6

Suplement 1

**I Międzynarodowe Sympozjum
Naukowo-Szkoleniowe
„Człowiek przewlekle chory
i niepełnosprawny
– interdyscyplinarne aspekty opieki”**

Szczecin, 14–15 maja 2004 r.

Komitet Naukowy

Dr hab. med. Jerzy Błaszczuk (Wrocław),
Dr n. med. Stephan Böse-O'Reilly (Monachium, Niemcy),
Prof. dr hab. med. Jerzy Czernik (Wrocław),
Prof. dr hab. Barbara Gąsior-Chrzan (Tromsø, Norwegia),
Prof. dr hab. med. Andrzej Górski (Wrocław),
Dr n. med. Małgorzata Grzemska (WHO, Genewa, Szwajcaria),
Prof. dr hab. med. Antonina Harłodzińska-Szmyrka (Wrocław),
Dr hab. med. Wanda Horst-Sikorska (Poznań),
Prof. dr med. Steinar Hunskaar (Bergen, Norwegia),
Prof. dr hab. med. Andrzej Kiejna (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Jerzy Kołodziej (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Tadeusz Koziolec (Szczecin),
Prof. dr hab. med. Waldemar Kozuschek (Bochum, Niemcy),
Prof. dr hab. med. Piotr Kuna (Łódź),
Dr n. med. Krzysztof Kuszewski (Warszawa),
Prof. dr hab. med. Andrzej Kübler (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Andrzej Lange (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Maciej Latański (Lublin),
Prof. dr hab. med. Jerzy Leppert (Uppsala, Szwecja),
Dr hab. med. Witold Lukas (Katowice),
Prof. dr hab. med. Jerzy Łopatyński (Lublin),
Prof. dr hab. med. Andrzej Mackiewicz (Poznań),
Prof. dr hab. med. Zuzanna Morawska (Wrocław),
Prof. dr hab. med. John Noble (Boston, USA),
Prof. dr hab. med. Leszek Paradowski (Wrocław),
Sir Prof. Denis Pereira-Gray (Londyn, Wielka Brytania),
Prof. dr hab. med. Andrzej Radzikowski (Warszawa),
Prof. dr hab. med. Andrzej Rajewski (Poznań),
Prof. dr hab. med. Zbigniew Rudkowski (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Bolesław Rutkowski (Gdańsk),
Dr hab. med. Janusz Siebert (Gdańsk),
PhD Jaime Correia de Sousa (Matosinhos, Portugalia)
Prof. dr hab. med. Andrzej Steciwko (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Andrzej Szczeklik (Kraków),
Prof. dr hab. med. Zenon Szewczyk (Wrocław),
Dr n. med. Andrzej Szpakow (Grodno, Białoruś),
Prof. dr hab. med. Piotr Szyber (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Barbara Świątek (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Kazimierz Wardyn (Warszawa),
Prof. dr hab. med. Mieczysław Woźniak (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Zygmunt Zdrojewicz (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Irena Zimmermann-Górska (Poznań)

Komitet Redakcyjny

Redaktor Naczelny: prof. dr hab. med. Andrzej Steciwko
Zastępcy Redaktora Naczelnego: dr n. med. Andrzej Staniszewski,
dr n. med. Iwona Pirogowicz
Sekretarz Redakcji: dr n. med. Donata Kurpas
Członkowie Redakcji: lek. Jarosław Drobnik, lek. Bartosz J. Sapilak,
lek. Agnieszka Mastalerz-Migas, dr n. med. Katarzyna Życińska

Adres Redakcji

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Akademia Medyczna we Wrocławiu,
ul. Syrokomli 1, 51-141 Wrocław, tel. (71) 325-51-26, tel./fax (71) 325-43-41
e-mail: pmr@pmr.am.wroc.pl www.pmr.am.wroc.pl

Wydawca

WYDAWNICTWO
Continuo

Biuro i prenumerata: ul. Lelewela 4, pok. 325, 53-505 Wrocław
tel./fax (71) 34-390-18 w. 223, tel. (71) 791-20-30, 0 601 77-47-33

Wszelkie prawa zastrzeżone. Żaden fragment tego wydania, ani w całości,
ani w części, nie może być powielany lub zapisywany w formie odtwarzalnej
bez uzyskania wcześniejszej pisemnej zgody Wydawcy.
Wydawca nie odpowiada za treść zamieszczanych reklam i ogłoszeń

Redaktor Wydawnictwa: Jan Kuźma

Projekt graficzny: Maciej Szłapka

Przygotowanie do druku: Pracownia Składu Komputerowego TYPO-GRAF

Druk: Wrocławska Drukarnia Naukowa PAN im. S. Kulczyńskiego Sp. z o.o.

Spis treści

CHOROBY PRZEWLEKŁE

- 9 Wiesława Ciechaniewicz • Człowiek przewlekle chory podmiotem w pielęgnowaniu
- 13 Mariola Głowacka • Problemy pielęgnacyjne pacjentów przewlekle chorych
- 20 Stanisława Talaga, Bogumiła Lubińska-Żądło, Krystyna Buławska • Samoopieka pacjentów z cukrzycą typu 2 a występowanie powikłań
- 25 Joanna Heropolitańska-Janik, Hanna Kunachowicz, Danuta Zawadzka • Ocena akceptacji diety przez chorych na cukrzycę – uwarunkowania medyczne i społeczne
- 30 Anna Kucharska, Hanna Trzcinska, Agata Pawlik, Anna Rozwadowska • Epidemiologia chorób alergicznych w Polsce i na świecie w świetle współczesnych badań
- 36 Ewa Barczykowska, Zbigniew Bartuzi • Ekspozycja na infekcje we wczesnym dzieciństwie a ryzyko wystąpienia chorób alergicznych
- 42 Dorota Talarska • Jakość życia dzieci z padaczką w oparciu o kwestionariusz Quality of Life in Childhood Epilepsy (QOLCE)
- 45 Anna Słowik-Gabryelska, Grażyna Kowalewska • Badanie relacji stanu odżywienia z jakością życia chorych na zaawansowanego raka płuca
- 50 Jarosław Kuriata, Daniel Kruchlik, Agnieszka Brodowska, Andrzej Starczewski, Iwona Szydłowska, Andrzej Puchalski, Jacek Brodowski • Niepłodność jako jedna z chorób społecznych
- 53 Bernadeta Cegła, Zbigniew Bartuzi • Wpływ wybranych czynników na jakość życia pacjentów zainfekowanych *Helicobacter pylori*
- 58 Kamila Faleńczyk, Zbigniew Bartuzi • Wpływ czynników środowiskowych na występowanie chorób atopowych
- 63 Anna Słowik-Gabryelska, Grażyna Kowalewska • Wpływ zakażeń na jakość życia chorych z zaawansowanym rakiem płuca
- 69 Anita Orzeł-Nowak, Elżbieta Walewska • Nowe zawody pomocy społecznej i pracy socjalnej na terenie województwa małopolskiego

OPIEKA PALIATYWNA

- 77 Roman Hawro, Beata Hawro, Izabella Uchmanowicz, Dominik Krzyżanowski • Obrzęk limfatyczny jako następstwo leczenia choroby nowotworowej – aspekty rehabilitacyjno-pielęgnacyjne
- 85 Dominik Krzyżanowski, Izabella Uchmanowicz, Alicja Chybicka, Eleonora Mess, Roman Hawro, Beata Hawro • Ocena nasilenia bólu, jego charakteru i stresu bólowego oraz prawdopodobieństwo wystąpienia depresji u pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej

ETYKA

- 93 Grażyna Dębska, Grażyna Cepuch • Uwarunkowania zespołu wypalenia zawodowego u pielęgniarek
- 97 Grażyna Dębska, Grażyna Cepuch • Porównanie niektórych uwarunkowań zespołu wypalenia zawodowego u nauczycieli i pielęgniarek
- 103 Maria Zięba, Wioletta Ławska, Maria Łyżnicka • Postawy społeczne wobec psychicznie chorych

- 109** Lucyna Sochocka • Aspekty kształcenia przed- i podyplomowego pielęgniarek w zakresie pielęgnowania i rehabilitacji osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych
- 114** Alina Kędzia, Irena Szymanowska, Małgorzata Wiśniewska, Elżbieta Grochans, Violetta Łuczyńska • Kultura pracy pielęgniarki w oczach pacjenta
- 118** Marzena Drozd-Dąbrowska • Jakość życia a stan cywilny pacjentów w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej
- 124** Bernadeta Cegła, Zbigniew Bartuzi • Badania jakości życia w naukach medycznych
- 129** Jolanta Górajek-Jóźwik, Sylwia Mierzwińska • Istota obserwacji w naukach społecznych i opiekuńczych

STAROŚĆ

- 133** Katarzyna Szczerbińska, Beata Piórecka, Izabela Ćwiertnia, Alicja Hubalewska-Hoła • Dostępność zabiegów pielęgniarskich dla osób starszych
- 142** Beata Piórecka, Katarzyna Szczerbińska, Małgorzata Schlegel-Zawadzka • Realizacja zaleceń żywieniowych dla osób starszych na przykładzie pensjonariuszy wybranych domów pomocy społecznej w powiecie tarnowskim
- 147** Ewa Borowiak, Krystyna Bogus, Tomasz Kostka • Analiza świadczeń medycznych realizowanych przez pielęgniarki oraz oczekiwania starszych mieszkańców Łodzi na ten rodzaj usług
- 155** Elwira Berezowska, Alicja Walczak, Zbigniew Szych • Badanie dostępności leków wśród osób w wieku 60 i więcej lat – mieszkańców regionu zachodniopomorskiego
- 159** Urszula Kwapisz, Monika Matecka • Psychospołeczne aspekty funkcjonowania osób starszych i niepełnosprawnych a samoocena zdrowia

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

- 163** Anna Błaszczuk-Tyszka, Urszula Kozioł, Barbara Kubik • Trudności komunikacyjne w pracy z pacjentem niepełnosprawnym – próba diagnozy
- 167** Danuta Umiaszowska • Znaczenie ruchu w postępowaniu z niepełnosprawnymi dziećmi w opiniach rodziców i nauczycieli
- 172** Karolina Gerreth, Agnieszka Lewicka • Problemy opieki stomatologicznej nad dziećmi niepełnosprawnymi
- 177** Iwona Rotter, Beata Karakiewicz, Jacek Brodowski • Wpływ aktywności zawodowej na jakość życia po udarze niedokrwiennym mózgu
- 181** Aneta Klimberg • Wpływ hipoterapii na sferę psychiczną i społeczną rehabilitowanych dzieci – uwagi własne

Contents

PROTRACTED ILLNESSES

- 9 Wiesława Ciechaniewicz • Chronically ill person being the subject in nursing care
- 13 Mariola Głowacka • Nursing problems in the case of chronically ill patients
- 20 Stanisława Talaga, Bogumiła Lubińska-Żądło, Krystyna Buławska • Self-care of patients with diabetes of the type 2 and occurrence of the complications
- 25 Joanna Heropolitańska-Janik, Hanna Kunachowicz, Danuta Zawadzka • Acceptance diabetic diet by sick on diabetes – medical and social conditionings
- 30 Anna Kucharska, Hanna Trzcinska, Agata Pawlik, Anna Rozwadowska • Epidemiology of allergic diseases in Poland and in the world in the light of the contemporary research
- 36 Ewa Barczykowska, Zbigniew Bartuzi • Exposition on infections in early childhood and risk pronouncement of allergic diseases
- 42 Dorota Talarska • The quality of life in children with epilepsy based on Quality of Life in Childhood Epilepsy (QOLCE) questionnaire
- 45 Anna Słowik-Gabryelska, Grażyna Kowalewska • The nutrition and quality of life in advanced lung cancer patients
- 50 Jarosław Kuriata, Daniel Kruchlik, Agnieszka Brodowska, Andrzej Starczewski, Iwona Szydłowska, Andrzej Puchalski, Jacek Brodowski • The infertility as a chronic disease
- 53 Bernadeta Cegła, Zbigniew Bartuzi • Influence of chosen factors on quality of life of patients infected with *Helicobacter pylori*
- 58 Kamila Faleńczyk, Zbigniew Bartuzi • Influence of environmental factors on prevalence of atopic diseases
- 63 Anna Słowik-Gabryelska, Grażyna Kowalewska • The influence of infections on quality of life in advanced lung cancer patients
- 69 Anita Orzeł-Nowak, Elżbieta Walewska • New professions in social care in Malopolska Province

PALLIATIVE CARE

- 77 Roman Hawro, Beata Hawro, Izabella Uchmanowicz, Dominik Krzyżanowski • Lymphedema as a complication of breast cancer treatment – rehabilitation and nursing aspects of care
- 85 Dominik Krzyżanowski, Izabella Uchmanowicz, Alicja Chybicka, Eleonora Mess, Roman Hawro, Beata Hawro • Assessment of pain and its character in patients in the terminal stage of life

ETHICS

- 93 Grażyna Dębska, Grażyna Cepuch • Conditions of nurses' syndrome of occupational burn-out
- 97 Grażyna Dębska, Grażyna Cepuch • Comparison of same conditions of the syndrome of occupational burn-out of teachers and nurses
- 103 Maria Zięba, Wioletta Ławska, Maria Łyżnicka • The social attitudes towards the mentally sick

- 109** Lucyna Sochocka • Aspects of under- and postgraduating education of the nurses in the scope of nursing and rehabilitation of people with protracted illnesses and disabled people
- 114** Alina Kędzia, Irena Szymanowska, Małgorzata Wiśniewska, Elżbieta Grochans, Violetta Łuczyńska • The culture of nurse's work in the patient's point of view
- 118** Marzena Drozd-Dąbrowska • The quality of life and the marital status of patients in advanced stage of cancer
- 124** Bernadeta Cegła, Zbigniew Bartuzi • Quality of life studies in medical sciences
- 129** Jolanta Górajek-Jóźwik, Sylwia Mierzwińska • The essence of observation in social and caring sciences

SENILITY

- 133** Katarzyna Szczerbińska, Beata Piórecka, Izabela Ćwiertnia, Alicja Hubalewska-Hoła • The availability of nursing procedures for the elderly
- 142** Beata Piórecka, Katarzyna Szczerbińska, Małgorzata Schlegel-Zawadzka • Realization of the nutrition recommendations for the elderly on the basis of residents, of the select social nursing home in Tarnów Region
- 147** Ewa Borowiak, Krystyna Bogus, Tomasz Kostka • Analysis of medical services realized by nurses and expectations of elderly inhabitants of Lodz concerning this sort of care
- 155** Elwira Berezowska, Alicja Walczak, Zbigniew Szych • The research on accessibility of medicines to the sixty-year-old and the older owellers of the West-Pomeranian Region
- 159** Urszula Kwapisz, Monika Matecka • Psychosocial aspect of functioning elderly and disabled patients VRS health self-esteem

DISABILITY

- 163** Anna Błaszczyk-Tyszka, Urszula Kozioł, Barbara Kubik • Communication difficulties in the work with a disabled patient – diagnosis attempt
- 167** Danuta Umiastowska • Importance of movement in approach to disabled children in their parents' and teachers' opinions
- 172** Karolina Gerreth, Agnieszka Lewicka • Dental health care and disabled children
- 177** Iwona Rotter, Beata Karakiewicz, Jacek Brodowski • Influence of employment on the quality of life after stroke
- 181** Aneta Klimberg • Influence of horse-therapy on psychicaland social sphere of rehabilitated children

Słowo wstępne

Z wielką przyjemnością przekazuję w Państwa ręce materiały I Międzynarodowego Sympozjum Naukowo-Szkoleniowego „Człowiek przewlekle chory i niepełnosprawny – interdyscyplinarne aspekty opieki”. Ze względu na wzrastającą liczbę osób niepełnosprawnych w naszym środowisku, wynikającą z większej wypadkowości, starzenia się społeczeństwa oraz postępu medycyny, lekarze mają coraz częstszy kontakt z pacjentami z wieloma problemami zdrowotnymi. Niejednokrotnie kontakt tych ludzi z personelem medycznym jest jedynym kontaktem ze środowiskiem zewnętrznym, przez co oczekują oni kompleksowej wiedzy związanej ze swoim schorzeniem.

Organizowane Sympozjum jest próbą odpowiedzi na oczekiwania środowiska osób niepełnosprawnych, zaś jego celem – przekazanie kadrze medycznej kompendium problemów towarzyszących chorobie przewlekłej i niepełnosprawności w różnych okresach życia osobniczego.

W potocznym języku, jakiego używamy na co dzień, niepełnosprawność jest pojęciem doskonale zrozumiałym, świadczy to o tym, że „problemy osób niepełnosprawnych” nie są w gruncie rzeczy naszymi problemami; że istnienie społecznego dystansu jest wystarczającym powodem do tego, by pewne grupy osób, mimo że są one zupełnie niejednorodne, upodobnić do siebie i określić wspólną nazwą. Zwraca przy tym uwagę szczególnie „medykalizacja” niepełnosprawności. Mam tu przede wszystkim na myśli fakt, że zaliczanie danej osoby do kategorii niepełnosprawnych następuje głównie na podstawie niespełniania wymogów „bycia osobą zdrową”. Coś w organizmie szwankuje, coś, co powoduje odstępstwa od normalnego, pełnego, niczym nie zakłóconego funkcjonowania. Działania na rzecz osób o ograniczonej sprawności nie mogą zawężyć się do świadczeń rehabilitacyjnych, opiekuńczych, leczniczych czy socjalnych, lecz powinny dążyć do stworzenia im warunków do pełnego uczestnictwa w życiu gospodarczym i społecznym.

Musimy odpowiedzieć na pytanie, czy obecne „zinstytucjonalizowane zdrowie”, które zdominowało współczesną kulturę, zapewnia w dostatecznym stopniu subiektywne poczucie sprawności psychicznej w sferze intelektualnej i emocjonalnej oraz poczucie sprawności fizycznej i społecznej? Niewątpliwie medycynie potrzeba tzw. „psychologii życia”, która nadawałaby logiczny kształt kulturze medycznej, niosąc ludziom w darze wyłącznie zwiększenie potencjału zdrowia. Jest to szczególnie ważne „tu i teraz”, gdy problemy ekonomiczne przesłaniają inne ważniejsze problemy pacjentów. Wydaje się, że jednym z oczekiwanych rozwiązań jest zwrot w kierunku wzajemnego pomagania sobie.

Mam nadzieję, że w gronie wybitnych specjalistów zostanie rozwiązanych wiele problemów dotyczących osób chorych i niepełnosprawnych, a gościnna stolica Pomorza Zachodniego stanie się miejscem nawiązania nowych znajomości, przyjaźni i umocnienia kontaktów zawodowych.

Życzę Państwu owocnych obrad.

Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego
dr n. med. Beata Karakiewicz

Człowiek przewlekle chory podmiotem w pielęgnowaniu

Chronically ill person being the subject in nursing care

WIEŚŁAWA CIECHANIEWICZ

Zakład Teorii Pielęgniarstwa, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu,
Akademia Medyczna im. F. Skubiszewskiego w Lublinie
Kierownik: dr n. med. Jolanta Górajek-Jóźwik

Streszczenie Pielęgnowanie zawodowe rozumiane jest w znaczeniu pomagania człowiekowi (zdrowemu, choremu, niepełnosprawnemu) w potęgowaniu zdrowia, poprawie stanu lub powrocie do zdrowia. Istotnym celem opieki, realizowanym w odniesieniu do człowieka z rozpoznaniem choroby przewlekłej, oprócz wyżej wymienionych, powinno być przygotowanie do życia z chorobą lub niesprawnością przez kształtowanie umiejętności samoopiekuńczych. Zakres i charakter udziału pielęgniarki w osiąganiu powyższego celu uwarunkowany jest stanem pacjenta i miejscem, w którym opieka jest świadczona. Podstawowym założeniem współczesnego systemu opieki zdrowotnej jest podmiotowe traktowanie pacjenta. W praktyce oznacza to respektowanie praw pacjenta w relacji do jego obowiązków wynikających z odpowiedzialności za własne zdrowie. Celem pracy jest omówienie wyznaczników podmiotowego postrzegania pacjenta w relacjach opiekuńczych pielęgniarka–pacjent, przy założeniu realizowania pielęgnowania jako jednego z elementów interdyscyplinarnej opieki świadczonej przez wielozawodowy zespół profesjonalistów. Przedmiot analizy stanowiły prawa pacjenta, problemy opiekuńcze przewlekle chorych, założenia zindywidualizowanego pielęgnowania i podstawowe zasady współdziałania wielozawodowego zespołu opiekuńczego. Wnioski mają charakter praktyczny, dotyczą organizacji procesu pielęgnowania i kierunku doskonalenia umiejętności zawodowych pielęgniarek.

Słowa kluczowe: choroba przewlekła, pielęgnowanie.

Summary A professional nursing care is conceived as offering help to a person (healthy, ill, disabled) in strengthening her/his health, improving her/his condition or recovery. The important aim of the nursing care with regard to the diagnosed chronically disease, besides the above, should be preparation for living with the disease or the disability by developing self-caring skills. The scope and character of a nurse's involvement in achieving the above aim is conditioned by the patient's health condition and the setting in which the care is performed. The basic assumption of the contemporary system of health care is subjective treatment of the patient. In practice that means respecting of the patient's rights with relation to his duties resulting from the responsibility for one's own health. The purpose of the study was to discuss the markers of the subjective treatment of a patient in the relationship patient-nurse, with the assumption of realization of nursing care as one of the elements of interdisciplinary care performed by multiprofessional team of professionals. There were the following subjects of the analysis: the patient's rights, the problems of care for chronically ill patients, the assumptions of individualized nursing and the basic principles of collaboration of multiprofessional nursing team. The conclusions are of practical character and concern the organization of nursing care and the direction of perfection of practical skills of nurses.

Key words: protracted illnesses, nursing care.

Wstęp

Człowiek, u którego rozpoznano schorzenie określone jako przewlekła choroba najczęściej na dłuższy czas (czasami do końca życia) staje się odbiorcą świadczeń różnych instytucji funkcjonujących w systemie opieki zdrowotnej (poradni lekarza rodzinnego, pracowni diagnostycznych, oddziałów szpitala, sanatorium, ośrodków reha-

bilitacyjnych). Zakres i częstotliwość pomocy oczekiwanej i poszukiwanej przez pacjenta u różnych profesjonalistów (np. lekarza, rehabilitanta, pielęgniarki, dietetyka) uwarunkowany jest przede wszystkim stanem zdrowia i sytuacją społeczną pacjenta. Podstawowym problemem, często powtarzającym się wśród pacjentów przewlekle chorych (niezależnie od schorzenia, wieku, wykształcenia, statusu materialnego) jest opano-

wanie umiejętności życia z chorobą. Pomaganie pacjentowi w radzeniu sobie z tym problemem jest jednym z celów profesjonalnego pielęgowania [5]. Czynnikiem warunkującym osiągnięcie celów pielęgnowania, szczególnie tych ukierunkowanych na uczenie i kształcenie podopiecznego z zamiarem przygotowania do samoopieki i samopielęgnowania, jest partnerstwo w relacjach pielęgniarka–pacjent. Taki układ jest możliwy jedynie wówczas, gdy w praktyce opiekuńczej pacjent traktowany jest podmiotowo. Wyrazem partnerskiego udziału pacjenta w procesie opieki jest postawa wyrażająca się tym, iż jest on świadomy stanu własnego zdrowia i możliwości wpływania na ten stan, przygotowany do podejmowania samodzielnych decyzji dotyczących zdrowia, zainteresowany nabywaniem wiedzy i umiejętności niezbędnych w działaniach samoopiekuńczych i prowadzenia stylu życia korzystnie wpływającego na zdrowie.

Cel pracy

Celem pracy jest omówienie wyznaczników podmiotowego postrzegania pacjenta w relacjach opiekuńczych pielęgniarka–pacjent, przy założeniu, iż pielęgnowanie jest jednym z elementów opieki realizowanej na rzecz człowieka przewlekle chorego.

Podmiot opieki

Podmiotowość definiowana jest w różnych znaczeniach. W medycynie odróżnia się objawy podmiotowe, tzn. te które spostrzega, odczuwa i sygnalizuje pacjent, od objawów przedmiotowych obiektywnie stwierdzonych w oparciu o badania fizykalne. Taki podział wynika z założenia, że wszystkie zjawiska psychiczne są podmiotowe w odróżnieniu od zjawisk fizycznych – przedmiotowych. Wyjaśniając pojęcie „podmiot opieki”, należałoby posłużyć się jednak językiem filozofii, w którym słowo „podmiot” oznacza osobę poznającą, przeżywającą, działającą, ale też taką, która posiada określony zakres praw i obowiązków [7]. Przez podmiotowość rozumiemy „świat wewnętrzny” człowieka, odbierany, odczuwany i wyrażany tylko przez tę osobę. Wyrazem podmiotowości człowieka jest tkwiąca w nim i otaczająca go rzeczywistość, ale dostrzegana subiektywnie i ujmowana od strony jego własnych przeżyć.

Człowiek jest indywidualnością, ponieważ subiektywnie, w sposób tylko właściwy dla siebie, odczuwa każdy stan i sytuację, w jakiej się znajduje. Ludzi różnią oczywiście dostrzegalne cechy zewnętrzne (wzrost, typ sylwetki, kolor skóry,

sposób poruszania się, ubiór, język używany w komunikowaniu się), ale to, co związane jest z istotą podmiotowości dotyczy niepowtarzalnego i subiektywnego dostrzegania rzeczywistości, spostrzegania i interpretowania zdarzeń. Wpływa to w konsekwencji na zachowanie człowieka, ponieważ każdy ma właściwy tylko dla siebie sposób myślenia, uznawany system wartości i norm. Człowiek tworzy i kreuje obraz samego siebie, własne miejsce w otaczającym środowisku i świecie. Ten obraz samego siebie i znaczenia własnej osoby, poczucia ważności ról, które pełni, wpływają na odczuwanie komfortu i dobrostanu. To natomiast rzutuje na prowadzony przez człowieka styl życia, sposób zachowania, relacje międzyludzkie, organizowanie i tworzenie warunków życia codziennego, modelu rodziny, wybór pracy i form wypoczynku, czyli tych wszystkich czynników, które w decydujący sposób wpływają na stan zdrowia.

W świadomości każdej osoby poczucie, że jestem podmiotem, jestem traktowany podmiotowo odzwierciedla się w subiektywnym doznaniu, że jestem „kimś”, innym od wszystkich ludzi, człowiekiem o własnej tożsamości. Z perspektywy subiektywnych odczuć podmiotowość rozumiana jest przez człowieka jako: możliwość kierowania swoim życiem i kontroli nad nim, przewidywania przyszłych zdarzeń i wpływania na te zdarzenia, a więc dostrzeganie związku między osobistymi decyzjami a konsekwencjami odczuwanymi w doznaniach codziennego życia.

Pacjent podmiotem w pielęgnowaniu

Pielęgniarstwo jest integralną częścią systemu opieki zdrowotnej i odpowiedzialne jest za pielęgnowanie, tzn. pomaganie człowiekowi w wykonywaniu czynności znaczących dla utrzymania zdrowia lub jego odzyskania, za kształtowanie umiejętności do samoopieki i samopielęgnowania celem utrzymania przez zainteresowanego człowieka komfortu życia codziennego w zdrowiu, ale i w chorobie oraz w cierpieniu. Obok tych podstawowych zadań zawodowych pielęgniarki współuczestniczą w procesie diagnozowania, leczenia, usprawniania pacjenta, a także w działaniach profilaktycznych i na rzecz promowania zdrowia.

Pacjent przewlekle chory w procesie opieki ma kontakt z wieloma pracownikami służby zdrowia. Pielęgniarka towarzyszy pacjentowi na różnych etapach chorowania (diagnozowania, leczenia, usprawniania) i w różnych miejscach (szpitalu, przychodni, sanatorium). Pacjent kierowany jest często na wiele specjalistycznych badań wykonywanych przez różnych specjalistów,

w okresach zaostrzeń wymaga przede wszystkim intensywnego leczenia oraz pielęgnowania, a w okresach remisji wspierania i motywowania do podejmowania racjonalnych działań samoopiekuńczych.

Karta praw pacjenta obowiązująca w polskim systemie opieki określa, iż pacjent ma prawo do ochrony zdrowia, informacji o stanie zdrowia i proponowanych metodach leczenia, podejmowania decyzji w sprawach własnego zdrowia, poszanowania godności osobistej i prywatności, przekonań religijnych niezależnie od różnic społecznych, kulturowych i majątkowych. Oprócz przysługujących praw, pacjent ma obowiązki. Przede wszystkim każdy odpowiada za własne zdrowie i powinien dążyć do osiągnięcia jak najlepszego stanu. W sytuacji zagrożenia chorobą lub w chorobie powinien stosować się do wskazanych zaleceń dotyczących leczenia, pielęgnowania, rehabilitacji, profilaktyki [4]. To, co zapisano w przepisach prawa powinno stać się codzienną praktyką pracowników służby zdrowia.

Wyrazem podmiotowego traktowania pacjenta przez pielęgniarkę jest realizowanie opieki zgodnie z założeniami i zasadami procesu pielęgnowania. Możliwe jest wówczas indywidualizowanie pielęgnowania, a w konsekwencji dawanie prawa pacjentowi do poczucia osobistej odrębności, reagowania w swoisty dla siebie sposób w różnych sytuacjach opiekuńczych, w tym na bodźce płynące z wnętrza organizmu i ze środowiska. W praktyce oznacza to, że pielęgniarka pracując z pacjentem:

- dostrzega i akceptuje jego indywidualność i inność,
- umacnia w nim poczucie własnej wartości, dba o szanowanie jego godności,
- respektuje prawo do subiektywnego odczuwania stanu (np. poczucia zdrowia, choroby, bólu, lęku, niepokoju, komfortu, dobrostanu) i uwzględnia te dane w formułowaniu diagnozy pielęgniarskiej,
- wspólnie z pacjentem określa cele pielęgnowania i ocenia wyniki,
- w planowaniu pielęgnowania uwzględnia jego możliwości samoopiekuńcze, preferencje w zakresie potrzebnych świadczeń opieki nieprofesjonalnej,
- umożliwia dokonywanie wyboru i podejmowania decyzji dotyczących oczekiwanej

przez pacjenta pomocy, co daje prawo do bycia samodzielnym w ponoszeniu odpowiedzialności za zdrowie.

W działaniach opiekuńczych pielęgniarki spotykają się również z osobami, które nie chcą lub nie mogą przejąć w pełni odpowiedzialności za własne zdrowie, życie i sytuację, w jakiej się znajdują, a także z takimi, które odpowiedzialnością za własne zdrowie obarczyłyby chętnie innych (rodziców, współmałżonka, lekarza). Nie zmienia to faktu, że takie osoby również należy traktować podmiotowo.

W relacjach opiekuńczych pielęgniarka–pacjent wyznaczniki podmiotowego traktowania pacjenta odnoszą się nie tylko do indywidualnego człowieka, ale również do rodziny. Należy podkreślić, że w sytuacji człowieka przewlekle chorego w procesie chorowania uczestniczy niejednokrotnie cała rodzina [1, 6]. Każda rodzina, tak jak każda społeczność i wspólnota, charakteryzuje się własną tożsamością, żyje zgodnie z określonymi wzorami, normami, wartościami i tworzy tylko właściwy dla siebie styl życia [3]. Skuteczna pomoc człowiekowi przewlekle choremu nie jest możliwa bez uwzględnienia aspektów jego życia w rodzinie [2].

Uzasadnione staje się przypomnienie, że podmiotowe traktowanie pacjenta powinno być podstawową zasadą pracy nie tylko pielęgniarek, ale całego zespołu opiekuńczego współdziałającego na rzecz zdrowia pacjenta. Natomiast pielęgniarka powinna umieć współpracować w takim wielozawodowym zespole, negocjując zakres i charakter pielęgnowania z pozycji rzecznika praw pacjenta.

Wnioski

1. Każdy pacjent ma prawo do podmiotowego traktowania w relacjach opiekuńczych.
2. Podmiotowe postrzeganie pacjenta jest podstawowym założeniem zindywidualizowanego pielęgnowania możliwego do zrealizowania jako proces, a nie w formie wykonywania kolejnych zleceń ustalonych przez zespół terapeutyczny.
3. W procesie pielęgnowania przewlekle chorych ważne jest podmiotowe postrzeganie nie tylko pacjenta, ale również jego rodziny i osób bliskich.

Piśmiennictwo

1. Dolińska-Zygmunt G (red.). *Elementy psychologii zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego; 1996.
2. Gordon T. *Pacjent jako partner*. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX; 1999.
3. Kowalczyk S. Człowiek w kręgu społeczności. *Pielęgniarstwo 2000* 1998: 1(36).

4. *Prawa pacjenta a etyka zawodowa pielęgniarki i położnej*. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych. Warszawa; 1998.
5. Salvage J (red.). *Pielęgniarstwo w działaniu*. Publikacje regionalne ŚOZ. Seria Europejska nr 48, Warszawa; 1998.
6. Sheridan Ch, Radmacher SA. *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia; 1998.
7. Szymczak M (red.). *Słownik języka polskiego*. T. II. Warszawa: PWN; 1979.

Adres Autora:

Zakład Teorii Pielęgniarstwa, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu

AM w Lublinie

ul. Chodźki 6

20-093 Lublin

Problemy pielęgnacyjne pacjentów przewlekle chorych

Nursing problems in the case of chronically ill patients

MARIOLA GŁOWACKA

Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej, Akademia Medyczna w Bydgoszczy
Kierownik: vacat

Streszczenie Celem pracy jest ukazanie priorytetowych problemów pielęgnacyjnych pacjentów przewlekle chorych przebywających w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym oraz wskazanie zasadności zastosowania teorii D. Orem i V. Henderson w pracy pielęgniarek z tą grupą pacjentów. Badaniami objęto 106 pacjentów przebywających w latach 2001–2003 w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Płocku. Dokonano analizy pakietów dokumentacji medycznej 106 pacjentów. Każdy pakiet zawierał: historię choroby, pielęgnowania, indywidualną kartę pielęgnowania, kartę gorączkową, zleceń lekarskich, wizyt lekarskich i zapytań do lekarza, kartę informacyjną, wywiad pielęgniarki rodzinnej/środowiskowej, zaświadczenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, decyzję i skierowanie do ZPO, kartę zgód na zabiegi i procedury ewentualnie kartę monitorowania wklucia, kartę kontroli podawania i zużycia antybiotyku, kartę zakażenia szpitalnego oraz kartę leczenia odleżyn. Z roku na rok wzrasta zainteresowanie stacjonarną opieką długoterminową. Liczba osób korzystających z tej formy usług wynosiła odpowiednio w 2001 r. – 26, w 2002 r. – 29, a w 2003 r. – 51. Średni czas pobytu w ZPO wynosił 143 dni, przy czym był najdłuższy w roku 2002 r. (166 dni) i najkrótszy w 2003 r. (103 dni). Największą grupę stanowili pacjenci w przedziale wiekowym 80–89 r.ż., a nieco mniejszą 90-latkowie i starsi, ze szczególną dominacją kobiet. Były to przede wszystkim osoby zamieszkujące w mieście, pozostające w stanie wdowieństwa i bezdzietne lub posiadające dzieci w wieku starszym obciążone problemami chorobowymi. Przeważająca liczba pacjentów w momencie przyjmowania do Zakładu wymagała kompleksowej intensywnej opieki pielęgnarskiej jako zakwalifikowana do grupy C. Swoistą cechą tej populacji była wielochorobowość i wielorakie problemy pielęgnacyjne. Szczególnie często występowały ograniczenie ruchomości, fragmentacja snu, suchość skóry, brak akceptacji siebie, lęk przed śmiercią, poczucie osamotnienia, zdeformowana sylwetka, niska samoocena, bezwiedne oddawanie moczu i/lub stolca, zaburzenia nastroju, niechęć do przyjmowania posiłków, zaburzenia pamięci, trudności w połykaniu, zaparcia, utrudniony kontakt słowny itp.

Słowa kluczowe: problemy pielęgnacyjne, choroby przewlekle.

Summary The main goal of this document is to show priority nursing problems with chronically ill patients at nursing units and to prove the legitimacy of putting the theories of D. Orem and V. Henderson into practice of nurses' work with such patients. The research was done on 106 patients from 2001 to 2003 at the Nursing Unit at SPZOZ Płock. An analysis of medical documentation of 106 patients was done. Each set of documents included: the history of the illness, doctors' orders form, doctors' visit record, enquiry record, information chart, family nurse's interview, GP's certificate, decision and referral to Nursing Unit, agreement to procedures record, injection monitoring record, antibiotics treatment and use record, hospital infection record, bedsore treatment record. Each year the interest in stationary long-term nursing grew. The number of people being treated that way was respectively: in 2001 – 26, 2002 – 29, 2003 – 51. The average time spent at the Nursing Unit was 143 days (the longest average time was in 2002 – 166 days and the shortest in 2003 – 103 days). The biggest group were patients aged 80–89 and a bit smaller group were patients aged 90 or more. Significantly dominant sex group were women. Most of the patients lived in towns and cities, widows and widowers, with no or adult children, with health problems. The majority of patients, at the time of admission required complex and intense nursing help and as they were qualified to group C. An interesting feature of this group was suffering from many diseases and different nursing problems. The most frequent problems were: movement limitations, fragmentation of sleep, skin dryness, lack of self-acceptance, fear of death, loneliness, deformed posture, low self-esteem, enuresis, mood disorders, reluctance to eating, memory disorders, difficulty at swallowing, constipation, limited verbal contact, etc.

Key words: nursing problems, protracted illnesses.

Wstęp

Starość jest naturalną fazą w życiu człowieka, która nadchodzi powoli i rozwija się stopniowo. W ujęciu ogólnospołecznym traktowana jest jednak jako okres małej aktywności, nieatrakcyjności, konsumowania wcześniejszych zdobyczy i osiągnięć, okres osamotnienia, symbol nieodwracalnego końca, okres oczekiwania na śmierć. Kojarzona jest z niedołężnością, chorobami, słabością, uzależnieniem od innych osób [5]. Niewątpliwie wydłużanie się średniej życia prowadzi do zwiększania się liczebności populacji osób starych i przewlekle chorych.

Konieczność podejmowania badań w zakresie opieki nad człowiekiem starym i niepełnosprawnym wynika z regresywnego charakteru społecznej struktury świata. Postępujący proces starzenia się społeczeństw niesie za sobą zmianę proporcji poszczególnych zakresów świadczeń zdrowotnych na rzecz opieki długoterminowej. Obserwuje się wzrost liczby podmiotów świadczących usługi tego typu, zwiększa się liczba łóżek w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych, rozwija się opieka długoterminowa domowa oraz zwiększa się liczba ubezpieczonych oczekujących na miejsca w wyżej wymienionych formach opieki [8–13].

Opieka długoterminowa może mieć charakter stacjonarny, tj. może być realizowana w ramach zakładu opiekuńczo-leczniczego lub zakładu pielęgnacyjno-opiekuńskiego lub może być realizowana w formie opieki domowej przez zakłady długoterminowej opieki domowej lub praktyki grupowe długoterminowej opieki domowej.

Zgodnie z materiałami opracowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia, „do opieki długoterminowej kwalifikują się osoby z chorobą przewlekłą, skutkującą pogłębiającą się niepełnosprawnością, u których wystąpiły bądź mogą wystąpić powikłania związane z długotrwałym unieruchomieniem. Są to chorzy z dużymi deficytami w samoopiece i samopielęgnacji, którzy nie kwalifikują się do leczenia szpitalnego, ale wymagają stałej profesjonalnej pielęgnacji, rehabilitacji i opieki” [9, 13]. Podstawą prawną umożliwiającą tworzenie zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych jest ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 91, poz. 408, z późn. zm.).

Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy udziela całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację, opiekę i rehabilitację osób niewymagających hospitalizacji oraz zapewnia im kontynuację leczenia farmakologicznego, pomieszczenie i żywienie odpowiednie do stanu zdrowia, a także prowadzi edukację zdrowotną tych osób i członków ich rodzin.

Celem zakładu pielęgnacyjno-opiekuńskiego jest: zapewnienie okresowej intensywnej opieki pielęgniarzkiej rekonwalescentom, umożliwiającej im powrót do środowiska zamieszkania i w miarę możliwości samodzielne funkcjonowanie, oraz osobom przewlekle chorym, które ze względu na stan zdrowia wymagają stacjonarnej pielęgnacji i rehabilitacji [8–13].

Narodowy Fundusz Zdrowia w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych finansuje jedynie świadczenia zdrowotne, nie ponosi natomiast kosztów wyżywienia i zakwaterowania, których finansowanie określa rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1998 r. w sprawie sposobu i trybu kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach (Dz.U. nr 166 z 1998 r., poz. 1265).

Dla ujednoczenia kryteriów przyjęcia pacjenta do pielęgniarzkiej opieki domowej lub zakładów opieki długoterminowej wprowadzono ocenę zdolności pacjentów do samoopieki według międzynarodowej skali Barthel. Od 2003 r. finansowane są jedynie pobyty pacjentów, którzy sklasyfikowani zostali w skali Barthel na poziomie od 0 do 40 punktów. Zasada ta nie dotyczy finansowania pobytów pacjentów przebywających w zakładach dla dzieci. W przypadku uzyskania większej wartości punktowej zakwalifikowanie pacjenta do opieki w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym wymaga indywidualnej zgody NFZ [9, 13].

Standardowy pakiet świadczeń w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych obejmuje świadczenia pielęgniarzkie, świadczenia lekarskie (nie mniej niż 2 razy w tygodniu wizyta lekarska oraz na wezwanie w razie potrzeby), rehabilitację zgodnie z zaleceniem lekarza, badania i terapię psychologiczną, terapię zajęciową, leczenie farmakologiczne, leczenie dietetyczne, zabezpieczenie w leki i materiały medyczne zlecone przez lekarza zakładu, zapewnienie konsultacji specjalistycznych, zapewnienie podstawowych badań, edukację i poradnictwo zdrowotne, zapewnienie zleconego transportu, pomoc w zaopatrywaniu w przedmioty ortopedyczne i lecznicze środki techniczne, zaopatrywanie w środki pomocnicze oraz materiały medyczne.

Wniosek o skierowanie do zakładu opiekuńczo-leczniczego wystawia lekarz podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarz prowadzący pacjenta z oddziału szpitalnego w ciągu 1 miesiąca po zakończonym procesie leczenia w warunkach szpitalnych [8, 9].

Sposób i tryb kierowania osób do publicznego zakładu opiekuńczo-leczniczego oraz zasady ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach określa rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1998 r. w sprawie

sposobu i trybu kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach (Dz.U. nr 166 z 1998 r., poz. 1265).

W zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym chory może przebywać czasowo – średni czas pobytu pacjenta wynosi 3–6 miesięcy lub w uzasadnionych przypadkach także na stałe, po uzyskaniu zgody płatnika [9, 13].

W myśl holistycznej teorii, człowiek jest istotą funkcjonującą w trzech płaszczyznach: biologicznej, psychicznej i społecznej. W sytuacji pełnej wydolności samoopiekuńczej jest samowystarczalny w zakresie utrzymania zdrowia, zaspokajania potrzeb i rozwiązywania ewentualnych problemów pielęgnacyjnych. Jedyne niedobory mogą występować w zakresie wiedzy i umiejętności koniecznych dla wzmacniania i potęgowania zdrowia. Dopiero w przypadku deficytu samoopieki człowiek wymaga interwencji ze strony innych osób, które będą kompensowały te niedobory. Zgodnie z teorią D. Orem, kompensacja może mieć charakter całkowity, częściowy lub wspierająco-edukacyjny. Pierwsza odnosi się do pacjentów całkowicie uzależnionych od osób drugich, np. pielęgniarki, członka rodziny. Wydolność samopielęgnacyjna tych pacjentów jest praktycznie zerowa. Kompensacja częściowa polega na realizacji za pacjenta tych czynności, których sam nie może dokonać ze względu na jego aktualny stan zdrowia oraz na mobilizowaniu jego działań w zakresach posiadanych zdolności i aktywności. Kompensacja wspierająco-edukacyjna prowadzi do wyposażenia pacjenta w wiedzę i umiejętności, które pozwolą mu na utrzymanie lub wzmacnianie zdrowia, zapobieganie chorobom, zapobieganie rozwojowi choroby, łagodzenie skutków stanów patologicznych ewentualnie na życie z chorobą [3, 6].

Bardzo ważnym ogniwem w sprawowaniu opieki nad drugim człowiekiem jest nie tylko rozwiązywanie problemów pielęgnacyjnych, ale również zaspokajanie jego potrzeb. Punktem wyjścia do działań zmierzających w tym kierunku winno być sporządzenie hierarchii potrzeb danego pacjenta. Hierarchizacja może być dokonywana zgodnie z piramidą potrzeb A. Maslowa, teorią V. Henderson lub innych. Z punktu widzenia praktyki pielęgniarstwa bardziej efektywne jest stosowanie teorii Henderson, która z jednej strony klasyfikuje potrzeby człowieka i wskazuje stany patologiczne wymagające intensywnej interwencji i opieki pielęgniarstwa, z drugiej natomiast określa obszary, w których świadczenia może realizować pielęgniarka [3].

Udział pielęgniarki w opiece nad pacjentem reguluje jego stopień wydolności samoopiekuńczej i samopielęgnacyjnej według powyżej wspo-

mnianej teorii D. Orem. Zarówno w działaniach kompensacyjnych, jak i ukierunkowanych na zaspokajanie potrzeb niezbędne do osiągnięcia zamierzonych celów jest nawiązanie i utrzymanie właściwego kontaktu interpersonalnego z pacjentem. H. Peplau podkreśla, że kontakt ten winien mieć charakter psychoedukacyjny [3].

Zastosowanie powyższych teorii i zapewnienie pacjentowi kompleksowej opieki jest możliwe tylko dzięki pracy metodą procesu pielęgnowania. Jest to jedyna metoda pracy pielęgniarki pozwalająca na całościowe podejście do pacjenta, rozpoznanie jego stanu we wszystkich sferach funkcjonowania, określenie obszarów niedoborów samoopiekuńczych i zakresów wydolności samopielęgnacyjnej, rozpoznanie i zhierarchizowanie potrzeb, sprecyzowanie celów opieki i ocenę ewaluacji tych celów w konsekwencji zaplanowanych i zrealizowanych działań pielęgniarstwa, aktywną i efektywną współpracę w zespole terapeutycznym, pełnienie roli nauczyciela, kierownika, osoby dobrze zorientowanej, środka zastępczego, prakseologa, anioła dobroci, powiernika, naukowca itp. [3]. Model procesu pielęgnowania ma szczególne znaczenie w opiece nad pacjentem przewlekle chorym.

Osoby przewlekle chore należą do populacji posiadającej duże braki w zakresie samoopieki i samopielęgnacji, czego konsekwencją jest ograniczenie samodzielności i pogorszenie stanu zdrowia. Niewątpliwie do przyczyn tego stanu należą: zniedołężnienie starcze, niepełnosprawność fizyczna i/lub psychiczna, ograniczona świadomość, przebyte schorzenia wymagające długotrwałej rekonwalescencji i usprawniania.

Cel pracy

Celem głównym pracy jest ukazanie priorytetowych problemów pielęgnacyjnych pacjentów przewlekle chorych przebywających w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym oraz wskazanie zasadności zastosowania teorii D. Orem i V. Henderson w pracy pielęgniarstwa z tą grupą pacjentów.

Materiał i metody

Badaniami objęto 106 pacjentów przebywających w latach 2001–2003 w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Płocku. Dokonano analizy pakietów dokumentacji medycznej tej populacji. Każdy pakiet zawierał: historię choroby, pielęgnowania, indywidualną kartę pielęgnowania, karty gorączkową, zleceń lekarskich, wizyt lekarskich i zapytań do lekarza, kartę informacyjną, wywiad pielęgniarki rodzin-

nej/środowiskowej, zaświadczenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, decyzję i skierowanie do ZPO, kartę zgód na zabiegi i procedury ewentualnie karty monitorowania wklucia, kontroli podawania i zużycia antybiotyku, zakażenia szpitalnego, leczenia odleżyn.

Historia choroby zawierała wszystkie dane personalne, łącznie ze wskazaniem płatnika, wstępne rozpoznanie lekarskie, rozpoznanie końcowe kliniczne, wywiad wstępny i ocenę stanu przy przyjęciu do Zakładu, wyniki badania przedmiotowego, plan diagnostyczno-terapeutyczny, ocenę stanu pacjenta przez lekarza w trakcie każdej jego wizyty w ZPO, opis przebiegu leczenia.

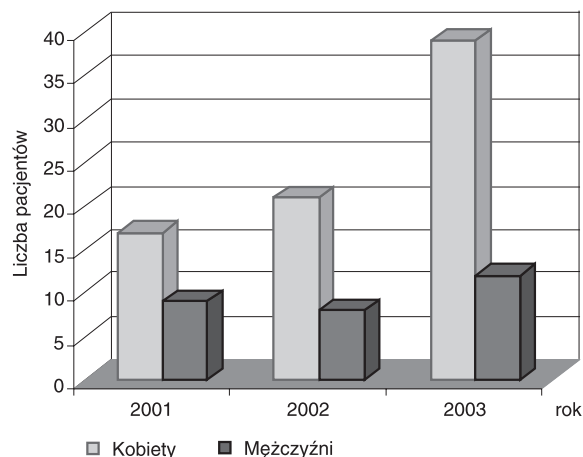
Historia pielęgnowania zawierała afiliacje chorego, tryb przyjęcia, choroby współistniejące, główne dolegliwości, przebyte choroby, pobyty w szpitalu, przywycieczania, sprzęt pomocniczy, czynniki ryzyka, ocenę stopnia sprawności pacjenta przy przyjęciu i przy wypisie, diagnozę biopsychospołeczną, indywidualną kartę pielęgnowania i ocenę działań pielęgniarstwa, ocenę stanu pacjenta na każdym dyżurze.

Środowiskowy wywiad pielęgniarstwa określał strukturę rodziny, sytuację mieszkaniową, wydolność opiekuńczą rodziny i zakres wymaganej przez pacjenta opieki.

Zaświadczenie wystawione przez lekarza POZ uwzględniało dane osobowe chorego, wydolność poszczególnych narządów i układów oraz zakres wymaganej opieki.

Wyniki badań

W latach 2001–2003 w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym SZPZOZ w Płocku przebywało 106 pacjentów. Zakład zapewniał jednocześnie opiekę 23 pacjentom. Liczba ta uległa zwiększeniu w II połowie 2003 r. do 25. Z roku na rok wzrastało zainteresowanie stacjonarną opieką długoterminową. Liczba osób korzystających z tej formy usług wynosiła odpowiednio w 2001 r. – 26, w 2002 r. – 29, a w 2003 r. – 51. Średni czas pobytu w ZPO wynosił 143 dni, przy czym był najdłuższy w 2002 r. (166 dni), nieco krótszy w 2001 r. (161 dni) i najkrótszy w 2003 r. (103 dni). Największą grupę stanowili pacjenci w przedziale wiekowym 80–89 r.ż., a nieco mniejszą 90-latkowie i starsi, ze szczególną dominacją kobiet (72,6%). Były to przede wszystkim osoby mieszkające w mieście (kobiety – 59,7%, mężczyźni – 52,2%) oraz pozostające w stanie wdowieństwa (kobiety – 63,6%, mężczyźni – 44,8%), bezdzietne 31,1% lub posiadające dzieci w wieku starszym (50–59 lat – 33,1%, 60–69 lat – 45,3%, 70 lat i więcej – 21,6%), obciążone problemami chorobowymi (82,1%).



Ryc. 1. Liczba pacjentów przebywających w ZPO w latach 2001–2003

Do ZPO kierowano pacjentów, których wydolność rodziny w zakresie warunków mieszkaniowych była zła (42,5%) lub zadowalająca (48,0%), przy jednoczesnym braku opieki nad potrzebującym członkiem rodziny ze strony najbliższych i pełnej zależności od osób obcych (69,8%). Przeważająca liczba pacjentów w momencie przyjmowania do Zakładu wymagała kompleksowej intensywnej opieki pielęgniarstwa. Swoistą cechą tej populacji była wielochorobowość. Najczęściej współwystępowało 5–6 schorzeń u kobiet (42,9%) i 3–4 choroby u mężczyzn (44,8%). Najrzadziej stwierdzano współistnienie 1–2 chorób (kobiety – 7,8%, mężczyźni – 6,9%). W zakresie stanów patologicznych dominowały: stany ołepienne średniego i znacznego stopnia (73,6%), niedowłady (40,6%), stany po udarze mózgu (37,7%), choroby układu krążenia, przede wszystkim choroba niedokrwienna mięśnia sercowego (31,1%) i nadciśnienie tętnicze (31,1%), niedowidzenie (30,2%), miażdżycy uogólniona (29,3%), cukrzyca (25,5%) itp. Średnio u jednego pacjenta stwierdzano pięć schorzeń współistniejących. Stany te dodatkowo wiktowały pojawiające się w trakcie pobytu w ZPO odparzenia (38,7%), okresowo podwyższona temperatura ciała (37,7%), zakażenia wewnątrzszpitalne (36,8%), odleżyny (33,3%), zejścia śmiertelne (31,1%). Liczba zgonów była jednakowa w roku 2001 i 2003 (po 12) i nieco mniejsza w roku 2002 (9 zgonów). Pogorszenie stanu pacjentów obserwowano najczęściej w 10–19 dni od momentu przyjęcia do Zakładu.

U pacjentów przebywających w ZPO identyfikowano wiele i wielokrotnie problemy pielęgnacyjne. Szczególnie często występowało ograniczenie ruchomości (100%), fragmentacja snu (89,6%), suchość skóry (82,1%), brak akceptacji siebie (70,8%), lęk przed śmiercią (70,8%), poczucie osamotnienia (68,9%), zdeformowana sylwetka (68,9%), niska samoocena (58,5%), bez-

Tabela 1. Problemy pielęgnacyjne pacjentów w ZPO

Problem	Pacjenci	
	n	%
Ograniczona ruchomość	106	100
Zdeformowana sylwetka	73	68,9
Fragmentacja snu	95	89,6
Lęk przed śmiercią	75	70,5
Poczucie osamotnienia	73	68,9
Brak akceptacji siebie	62	58,5
Niska samoocena	62	58,5
Niedosłuch	60	56,6
Bezwiedne oddawanie moczu i/ lub stolca	57	53,8
Zaparcia	37	34,9
Odleżyny	35	33,0
Odparzenia	41	38,7
Niechęć do przyjmowania pokarmów	45	42,5
Trudności w połykaniu	39	36,8
Trudności w oddychaniu	33	31,1
Utrudniony kontakt słowny	37	34,9
Zaburzenia pamięci	41	38,7
Stany podgorączkowe/gorączka	40	37,7
Suchość skóry	87	82,1
Zaburzenia nastroju	57	53,8

wiedne oddawanie moczu i/lub stolca (53,8%), zaburzenia nastroju (53,8%), niechęć do przyjmowania posiłków (42,5%), zaburzenia pamięci, trudności w połykaniu (36,8%), zaparcia (34,9%), utrudniony kontakt słowny (34,9%) itp.

Powyższe stany wymagały ze strony pielęgniarek kompensacji całkowitej, częściowej i wspierająco-edukacyjnej. Kompensacja całkowita najczęściej dotyczyła zmiany pampersów/wkładek (47,2%) lub toalety częściowej (67,9%), profilaktyki przeciwoleżynowej (87,7%), stosowania zaleceń lekarskich (89,6%), monitorowania parametrów życiowych (100%) itp. Kompensacja częściowa dokonywana była przez pielęgniarki głównie w zakresie ubierania i rozbierania (51,9%), czesania (45,3%), sadzania (44,3%), pojenia (30,2%), karmienia (25,5%), pionizowania (32,1%) oraz chodzenia (31,1%). Wsparcie edukacyjne stosowano w większości działań mających na celu zaspokojenie potrzeb, rozwiązanie problemów pielęgnacyjnych i poprawę stanu pacjenta.

W momencie przyjęcia pacjentów do Zakładu ich sprawność w poszczególnych zakresach była zależna (Z), rzadko ograniczona (O), a sporadycznie samodzielna (S). Mała sprawność dotyczyła głównie wydalania (Z – 88,6%, O – 9,4%, S – 1,9%), mycia i czesania (Z – 83,0%, O – 14,2%, S – 2,3%), organizacji czasu wolnego (Z – 74,5%, O – 25,5%, S – 0%), jedzenia i picia (Z – 58,5%, O – 39,6%, S – 1,9%) oraz poruszania się (Z – 54,7%, O – 40,6%, S – 4,7%). W chwili wypisu sprawność ta była większa i miała najczęściej charakter ograniczonej, np. organizacja cza-

su wolnego (Z – 24,5%, O – 70,8%, S – 4,7%), poruszanie się (Z – 26,4%, O – 65,1%, S – 8,5%), mycie i czesanie (Z – 31,0%, O – 58,5%, S – 10,4%), wydalanie (Z – 34,9%, O – 55,7%, S – 9,4%).

Omówienie wyników

Zjawisko starzenia się społeczeństwa polskiego oraz wydłużanie średniej życia prowadzi do zwiększania się liczebności populacji wymagającej kompleksowej i intensywnej opieki pielęgniarstwa. Opieka ta w zależności od wydolności opiekuńczej rodziny, jej struktury i warunków materialno-mieszkaniowych może być realizowana przez pielęgniarki w środowisku domowym lub w zakładach stacjonarnych: pielęgnacyjno-opiekuńczym lub opiekuńczo-leczniczym. Stwierdzenie przez pielęgniarkę środowiskową/rodzinną złych warunków mieszkaniowych, niepełnej lub braku wydolności opiekuńczej rodziny oraz zakwalifikowanie pacjenta do kategorii osób wymagających kompleksowej i intensywnej opieki pielęgniarstwa jest priorytetowym kryterium w kwalifikowaniu do zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego.

Wielochorobowość i wikłające stany patologiczne stanowią podłoże wielorakich problemów pielęgnacyjnych. Rozwiązanie tych problemów wymaga holistycznego podejścia do pacjenta, począwszy od postawienia diagnozy pielęgniarstwa, aż do zakończenia procesu pielęgnowania. Praca tą metodą pozwala na ścisłą integrację i wzajemne uzupełnianie się działań pielęgniarek, lekarzy, rehabilitantów, psychologów, dietetyków, terapeutów zajęciowych, duchownych, chorych i ich rodzin. Odzwierciedleniem tej współpracy jest interdyscyplinarny plan opieki i wynikające z niego dalsze działania osób świadczących usługi na rzecz danego pacjenta.

Kompletna, czytelna, datowana i autoryzowana dokumentacja medyczna pozwala na retrospektywną ocenę przebiegu opieki na pacjentem, a opisy jego stanu podczas każdego dyżuru przedstawiają ewolucję tego stanu i ewaluację celów opieki. Każdy pracownik odnotowując wykonane świadczenia w dokumentacji potwierdza rzeczywiście wykonaną przez siebie pracę. Każdy wpis jest datowany i autoryzowany czytelnym podpisem lub parafowany i potwierdzany pieczęcią co umożliwia ewentualną identyfikację autora wykonanych procedur.

Ocena stanu pacjenta na koniec każdego dyżuru przez pielęgniarkę i w czasie każdej wizyty lekarza w Zakładzie oraz wyniki wszystkich wykonanych badań i konsultacji oddają rzeczywisty stan pacjenta i rozwój tego stanu od momentu przyjęcia aż do wypisu ewentualnie zgonu.

Tabela 2. Ewolucja stanu pacjenta

Zakres sprawności	SPRAWNOŚĆ											
	przyjęcie						wypis					
	S		O		Z		S		O		Z	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Poruszanie się	5	4,7	43	40,6	58	54,7	9	8,5	69	65,1	28	26,4
Mycie, czesanie	3	2,8	15	14,2	88	83	11	10,4	62	58,5	33	31,1
Golenie	0	0	4	3,8	25	23,6	2	1,9	17	16	9	8,5
Jedzenie i picie	2	1,9	42	39,6	62	58,5	15	14,2	56	52,8	35	33
Wydalenie	2	1,9	10	9,4	94	88,6	10	9,4	59	55,7	37	34,9
Organizacja czasu wolnego	0	0	27	25,5	79	74,5	5	4,7	75	70,8	26	24,5

S – samodzielna, O – ograniczona, Z – zależna.

Wielorakość problemów pielęgnacyjnych wymaga kompleksowej opieki pielęgniarskiej, która może być realizowana w oparciu o połączone teorie V. Henderson, D. Orem i H. Peplau. Ograniczenie ruchomości, fragmentacja snu, suchość skóry, brak akceptacji siebie, lęk przed śmiercią, poczucie osamotnienia, zdeformowana sylwetka, niska samoocena, bezwiedne oddawanie moczu i/lub stolca, zaburzenia nastroju, niechęć do przyjmowania posiłków, zaburzenia pamięci, trudności w połykaniu, zaparcia, utrudniony kontakt słowny wyznaczają obszary instrumentalnych działań pielęgniarskich, do których punktem wyjścia jest nawiązanie kontaktu interpersonalnego z pacjentem i jego rodziną. Pielęgniarka w tym kontakcie pełni rolę nieznanego (faza wzajemnej orientacji), osoby dobrze zorientowanej (faza identyfikacji), partnera, środka zastępczego, pomocnika, kierownika, nauczyciela i instruktora, doradcy (faza realizacji) aż do uwolnienia się ze wzajemnego związku. Główne problemy pielęgnacyjne pacjentów w ZPO dotyczą wszystkich sfer ich funkcjonowania. W sferze biologicznej dominują: ograniczenie ruchomości i zdeformowana sylwetka, suchość skóry, bezwiedne oddawanie moczu i/lub stolca, niechęć do przyjmowania posiłków, trudności w połykaniu oraz zaparcia. W sferze psychicznej najczęściej występują fragmentacja snu, brak akceptacji siebie, lęk przed śmiercią, niska samoocena, zaburzenia nastroju oraz zaburzenia pamięci. W sferze społecznej priorytetowymi są: poczucie osamotnienia, bezdzietność lub brak ewentualnie znacznie ograniczona wydolność opiekuńcza rodziny, mała częstotliwość odwiedzin, szczególnie dzieci, utrudniony kontakt słowny, poczucie bezradności i bezużyteczności społecznej, bardzo często dodatkowy lęk o zdrowie i los własnych dzieci, współmałżonka lub innych krewnych. Powoduje to pogorszenie stanu zdrowia średnio po około 2–3 tygodniach od momentu przyjęcia do zakładu. Przyczynia się do tego niewątpliwie przebywanie w obcym środowisku, brak wsparcia ze

strony najbliższych lub tylko okazjonalne odwiedziny, uzależnienie od pomocy obcych osób, ciągły kontakt z innymi niepełnosprawnymi i przewlekle chorymi, monotonia itd. Niewątpliwie jest to również czynnikiem przyczyniającym się do obniżenia odporności, zwiększenia podatności na infekcje zakładowe oraz okresowe wzrosty temperatury ciała. Dlatego bardzo ważne w opiece nad pacjentami przebywającymi w ZPO jest nie tylko zaspokajanie ich potrzeb i troska o stan zdrowia, ale również rozwiązywanie ich problemów biologicznych, psychicznych i społecznych. Wymaga to praktycznie ciągłego kontaktu pielęgniarki z pacjentem, zaangażowania psychologa, terapeuty zajęciowego, duchownego i rodziny.

Wdrożenie rodziny do opieki nad chorym pozwala na wzmocnienie ich więzi i niweluje poczucie osamotnienia oraz przygotowuje rodzinę do opieki nad pacjentem po wypisaniu z zakładu. Istotne jest również maksymalne przygotowanie pacjenta do samoopieki i samopielęgnacji w środowisku domowym i wdrożenie rodziny do kompensowania braków pacjenta w tym zakresie. Potwierdza to zasadność pracy pielęgniarek w oparciu o powyższe wspomniane teorie: V. Henderson, D. Orem, H. Peplau metodą procesu pielęgnowania.

Aktywizacja pacjentów powoduje, że ich duża zależność w momencie przyjęcia do zakładu zmniejsza się do ograniczonej przy wypisie, co jest możliwe dzięki zespołowej pracy wszystkich profesjonalistów zatrudnionych w ZPO. W chwili wypisu większa sprawność pacjentów o charakterze ograniczonej dotyczy przede wszystkim organizacji czasu wolnego, poruszania się, mycia i czesania oraz załatwiania potrzeb fizjologicznych.

Wnioski

1. W zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym przebywają najczęściej osoby po 80 r.ż. z wieloma stanami patologicznymi oraz licznymi i wielorakimi problemami pielęgnacyjnymi.

2. Wielość i wielorakość problemów pacjentów wymaga kompleksowej opieki i ścisłej współpracy pielęgniarek, lekarzy, rehabilitantów, dietetyków, terapeutów zajęciowych, psychologów, duchownych, pacjentów i ich rodzin. Realizacja tak szerokiego zakresu świadczeń jest możliwa dzięki pracy metodą procesu pielęgnowania w oparciu o teorię V. Henderson, D. Orem i H. Peplau.
3. Osiągnięta poprawa wydolności samoopiekuńczych i samopielęgnacyjnych oraz ewentualne wdrożenie rodziny do kompensowania braków pacjentów w tych zakresach wymagają kontynuowania, po wypisaniu z ZPO, w ramach opieki długoterminowej domowej. Wiek i stan zdrowia członków rodziny utrudnia często zapewnienie tej kontynuacji.

Piśmiennictwo

1. Mayerscough PR, Ford M. *Jak rozmawiać z pacjentem*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2001.
2. Piątek A. *Standardy opieki pielęgniarstwa w praktyce*. III Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych. Warszawa: NRPiP; 1999.
3. Płoszewska-Żywko L. *Wybrane modele pielęgniarstwa*. Kraków: Wydawnictwo UJ; 2001.
4. Salvage J (oprac.). *Pielęgniarstwo w działaniu*. Kopenhaga: ŚOZ. Europejskie Biuro Regionalne; 1993.
5. Woźnicka E (red.). *Gerontologia – ludzie starsi jako jednostkowe siły społeczne*. Zesz *Nauk Wyż Szkoły Hum-Ekonom w Łodzi*, 2002; 7.
6. Wrońska I. *Rola społeczno-zawodowa pielęgniarki*. Warszawa: CEM; 1997.
7. Szczerbińska K. Wybrane modele opieki geriatrycznej na świecie. *Służba Zdr* 2000; nr 61–64.
8. Szałkiewicz E, Kwadrans E. *Opieka długoterminowa. Standardy i założenia do funkcjonowania*. Warszawa: Zarząd Główny Stowarzyszenia na Rzecz Chorych Długotrwale Unieruchomionych „Niebieski Parasol”; 1999.
9. Materiały Informacyjne Narodowego Funduszu Zdrowia. Warszawa: NFZ Centrala; 2003.
10. *Przewodnik dla pielęgniarek. Zeszyt I: Organizacja systemu ochrony zdrowia i pomocy społecznej w aspekcie opieki długoterminowej*. Warszawa: CKPPIP; 2000.
11. *Przewodnik dla pielęgniarek. Zeszyt II: Pielęgnowanie przewlekle chorych oraz osób w stanie terminalnym*. Warszawa: CKPPIP; 2000.
12. *Przewodnik dla pielęgniarek. Zeszyt III: Pielęgnowanie osób starszych*. Warszawa: CKPPIP; 2000.
13. *Szczegółowe warunki zawierania umów na świadczenia zdrowotne z NFZ*. Warszawa: NFZ Centrala; 2003.

Adres Autorki:

Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej
AM w Bydgoszczy
ul. Techników 3
85-801 Bydgoszcz

Samoopieka pacjentów z cukrzycą typu 2 a występowanie powikłań

Self-care of patients with diabetes of the type 2 and occurrence of the complications

STANISŁAWA TALAGA, BOGUMIŁA LUBIŃSKA-ŻĄDŁO, KRYSZYNA BUŁAWSKA

Institut Pielęgniarstwa, Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Targu
Kierownik Instytutu: prof. dr hab. n. med. Janusz Hałuszka

Streszczenie **Cel pracy:** Określenie zależności między samoopieką pacjentów a występowaniem powikłań cukrzycowych. **Materiał i metody:** Badania przeprowadzono wśród chorych na cukrzycę typu 2 zgłaszających się do Poradni Diabetologicznej w latach 2001–2003. Badaniem objęto 366 chorych. Zastosowano metodę analizy dokumentacji medycznej, metodę sondażu diagnostycznego, z wykorzystaniem techniki ankietowej. Analizie poddano wyniki badań: glikemii, hemoglobiny glikowanej, ciśnienia tętniczego krwi, wagi ciała. Aktywności pacjenta w zakresie samoopieki poszukiwano m.in. w: znajomości metod badań i ich wyników, samodzielnym ich wykonywaniu, udziale w leczeniu farmakologicznym i leczeniu dietetycznym, aktywności fizycznej. **Wyniki badań:** Większość respondentów z długoletnim przebiegiem cukrzycy pomimo posiadania wiedzy w zakresie zapobiegania powikłaniami nie podjęła systematycznej samoopieki. W tej grupie badanych cukrzyca w znacznym stopniu wpłynęła negatywnie na jakość życia, prowadząc do niesprawności fizycznej. W grupie respondentów, którzy systematycznie monitorowali przebieg choroby i podejmowali samoopiekę, stwierdzono pożądane wartości parametrów. **Wnioski:** 1. Stwierdzono ścisłą zależność między samoopieką a występowaniem powikłań cukrzycowych. 2. Samoopieka umożliwia uzyskanie lepszych wyników leczenia cukrzycy i opóźnia powstanie powikłań cukrzycowych.

Słowa kluczowe: samoopieka, cukrzyca, zapobieganie powikłaniom.

Summary **The objectives:** To determine dependence between self-care of patients and occurrence of the complications. **The data and methods:** The research was carried out amongst the diabetics of the type 2 seeking advice in the outpatient diabetic clinic in the years 2001–2003. The examination included 366 patients. The methods which were made use of included: analysis of documentation and diagnostic poll making use of questionnaire technique. The analysis was conducted on the basis of examination results of: glycaemia, glycolysed haemoglobin, arterial blood pressure and body weight. Activity of patient was considered mainly on the basis of their: knowledge of examination methods and the results, self-examination, participation in pharmacological and dietary treatment, and physical activity. **The results:** Most respondents with long-lasting diabetes did not get involved in systematic self-care, despite having knowledge of the complication prevention. Within that group the diabetes has had a negative impact upon the life quality leading up to physical disability (or ill-ability). On the other hand, within the group of respondents who did get involved in self-care and were monitoring their course of disease, the desirable parameter value was reported. **The conclusions:** 1. There is the close dependence between patient's self-care and occurrence of the diabetary complications. 2. Self-care enables patient to obtain better results of diabetary treatment and delay of the complications.

Key words: self-care of patients, diabetes, occurrence of the complications.

Wstęp

Cukrzyca jest jednym z głównych problemów zdrowotnych współczesnego świata. Według Światowej Organizacji Zdrowia, znajduje się w pierwszej dziesiątce głównych zabójców ludzi. Wskaźnik zapadalności na cukrzycę, zwłaszcza

cukrzycę typu 2, alarmująco się zwiększa. Prognoza WHO mówi o podwojeniu do roku 2025 liczby osób chorujących na cukrzycę. Ten wzrastający trend można określić jako epidemię cukrzycy, która dotyczy także Polski. W naszym kraju na cukrzycę choruje około 2 mln osób, w tym połowę tej liczby stanowią przypadki nierozpo-

znane. Nie tylko częstość występowania cukrzycy typu 2 jest groźna dla zdrowia publicznego, ale przede wszystkim powikłania narządowe, jakie powoduje. Pojawiają się one u wielu chorych na cukrzycę o długotrwałym przebiegu i są przyczyną kalectwa. Wśród przewlekłych powikłań cukrzycy największe praktyczne znaczenie mają powikłania oczne, nerkowe, zwiększona zapadalność i umieralność na choroby sercowo-naczyniowe i udary mózgu, zgorzel stopy i związane z tym często amputacje, neuropatie w ośrodkowym, obwodowym i autonomicznym układzie nerwowym. Wysoka jest również śmiertelność w tej chorobie [1].

Jak wynika z badań [2, 3] ryzyko dla życia i zdrowia z powodu tych zaburzeń może być bardzo znacznie zmniejszone za pomocą opieki udzielonej we właściwym czasie. Ścisła współpraca zespołu leczącego (lekarz, pielęgniarka, dietetyk, psycholog, rehabilitant) oraz pacjent może zagwarantować osiągnięcie i utrzymanie korzystnych efektów leczenia. Każdy dobry wynik to sukces i im częściej się powtarza, tym mniejsze jest ryzyko poważnych powikłań choroby w przyszłości.

Osiągnięcie celów leczniczych musi być oceniane obiektywnie, a to zapewnić może tylko systematyczna, wieloletnia samoopieka w zakresie samokontroli glikemii, ciężaru ciała, ciśnienia tętniczego krwi. Okresowo chory na cukrzycę powinien umieć ocenić na podstawie wyników badań poziom hemoglobiny glikowanej, cholesterolu i triglicerydów we krwi, mikroalbuminurii, glikozurii i acetonurii – w moczu [4–6].

Podczas wizyty u lekarza chory musi mieć zeszyt lub dzienniczek samokontroli z wpisanymi uwagami co do przypuszczalnej przyczyny destabilizacji (hipoglikemii i hiperglikemii). Samokontrola jest podstawowym składnikiem samoopieki. Samodzielne oznaczenie poziomu cukru we krwi i w moczu ma sens tylko wtedy, gdy następuje po nim analiza wyniku i wpływu okoliczności towarzyszących (jakość, wielkość, czas posiłku, wysiłek fizyczny, ewentualny stres bądź dodatkowa choroba), a następnie podjęcie działań zmierzających do uzyskania właściwych poziomów cukru we krwi. W ramach samokontroli pacjent powinien prawidłowo pod względem kaloryczności i składników odżywczych układać swoją dietę oraz na podstawie wielokrotnych pomiarów cukru w ciągu doby, dni i tygodni wypracować stosowanie właściwych dla zróżnicowanych posiłków, wykonywanej pracy oraz odpoczynku, dawek insuliny lub doustnych leków przeciwcukrzycowych. Samoopieka obejmuje również dbałość o higienę ciała, ze szczególnym zwróceniem uwagi na stan stóp [4].

Cel badań

Celem badań było ustalenie związku pomiędzy wybranymi działaniami chorych na cukrzycę typu 2 w zakresie samoopieki a występowaniem powikłań cukrzycowych.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w latach 2001–2003 wśród 366 chorych na cukrzycę typu 2 zgłaszających się do poradni diabetologicznej. Kryterium doboru badanej grupy to: czas trwania cukrzycy, tj. 10–15 lat i brak powikłań w okresie rozpoznania choroby. Spośród 366 chorych wybrano grupę 163 chorych.

Zastosowano metodę analizy dokumentacji medycznej i sondażu diagnostycznego, z wykorzystaniem ankiety własnej konstrukcji. Ankieta zawierała pytania dotyczące podejmowanych czynności w zakresie samopielęgnacji oraz powikłań, jakie wystąpiły w czasie trwania choroby. Analizowano wyniki badań laboratoryjnych: glikemii, hemoglobiny glikowanej, oraz pomiary: ciśnienia tętniczego krwi, wagi ciała.

Wyniki badań

Charakterystyka badanej grupy

Najliczniejszą grupę stanowili chorzy w wieku powyżej 65 lat (64,4%). Przewagę stanowiły kobiety (57,7%). Wśród badanych najliczniejszą grupą byli chorzy z wykształceniem podstawowym (36,8%) oraz mieszkańcy wsi (66,3%). Zdecydowana większość chorych mieszkała z rodzinami (98,1%).

Analizując sposób leczenia cukrzycy, stwierdzono: 68 chorych (41,7%) leczonych było leka-

Tabela 1. Szczegółowa charakterystyka badanej grupy

Badana cecha		N	%
Wiek	44–64 lata	58	5,6
	65 lat i więcej	105	4,4
Płeć	kobiety	94	7,7
	mężczyźni	69	2,3
Wykształcenie	podstawowe	60	6,8
	zawodowe	49	30
	średnie	43	6,4
	wyższe	11	6,7
Miejsce zamieszkania	wieś	108	6,3
	miasto	55	3,7
Zamieszkanie	sam	3	1,9
	z rodziną	160	8,1

Tabela 2. Zależność pomiędzy pomiarami glukozy we krwi a hemoglobiny glikowanej

Częstość pomiarów	W normie	Podwyższony	Do ponownej analizy przez lekarza
regularnie	90	2	8
regularnie i w razie potrzeby	25	25	50
przypadkowo i przy złym samopoczuciu	19	31	50
nie wykonuje	20	23	28
Razem	44	23	33

$p = 0,000$. Zależność jest wysoce istotna statystycznie ($p = 0,000$).

Tabela 3. Częstość samodzielnych pomiarów stężenia glukozy we krwi w zależności od poziomu wykształcenia

Wykształcenie	Regularnie	Regularnie i w razie potrzeby	Przypadkowo i przy złym samopoczuciu	Nie wykonuje
podstawowe	28	3	17	52
zawodowe	18	14	16	51
średnie	37	7	23	33
wyższe	55	0	36	9
Razem	29	7	20	44

$p = 0,027$.

mi doustnymi, natomiast 95 chorych (58,3%) leczonych było insuliną.

Analizie statystycznej poddano zależność pomiędzy samodzielnymi pomiarami glukozy we krwi a wynikami hemoglobiny glikowanej.

Poziom wykształcenia u badanej grupy chorych ma znaczny wpływ na regularność wykonywanych pomiarów poziomu glukozy we krwi (poziom istotności $p = 0,027$).

Kolejnym badanym zagadnieniem był pomiar ciśnienia tętniczego krwi i częstość badań lekarskich.

Zdecydowana większość regularnie wykonuje pomiar ciśnienia tętniczego krwi.

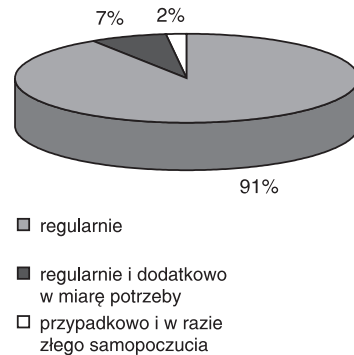
24% osób regularnie się bada, natomiast przeważająca większość 76% bada się przypadkowo.

Istotnym zagadnieniem w ocenie działań związanych z samoopieką jest prowadzenie przez chorych zeszytu samokontroli. W badanej grupie systematycznie prowadzi zeszyt samokontroli 39 chorych (23,9%), sporadycznie 45 chorych (27,6%), natomiast nie prowadzi 79 chorych (48,5%).

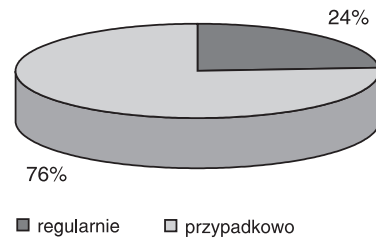
Ćwiczenia fizyczne są ważnym aspektem w leczeniu cukrzycy typu 2. 134 badanych (82,2%) nie ćwiczy regularnie, natomiast tylko 29 badanych (17,8%) ćwiczy regularnie.

Utrzymanie należytej wagi ciała jest jednym z elementów leczenia cukrzycy typu 2. 88 badanych (54%) oceniło swoją masę ciała jako prawidłową, 45 badanych (27,6%) jako nadwagę, pozostałych 30 badanych (18,4%) jako otyłość.

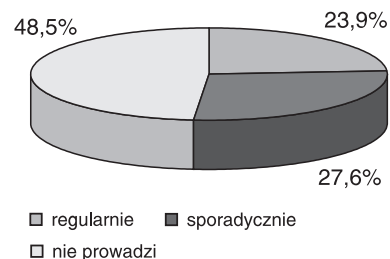
Wśród czynników zwiększających ryzyko powstawania powikłań cukrzycowych, istotną rolę odgrywają m.in. nieprzestrzeganie zaleceń diety cukrzycowej oraz palenie tytoniu [7].



Ryc. 1. Częstość pomiaru ciśnienia tętniczego krwi (w domu chorego)



Ryc. 2. Częstość badań lekarskich



Ryc. 3. Prowadzenie zeszytu samokontroli

Tylko 1/3 badanych stosuje się do zaleceń diety, natomiast ponad połowa badanych nie przestrzega zaleceń diety cukrzycowej.

Papierosy pali 31 badanych, pozostali w liczbie 132 badanych nie pali.

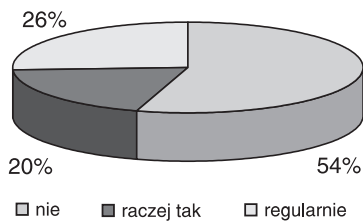
Zapytano badanych, czy mają motywację do samoopieki. Zdecydowana większość badanych, tj. 115 (70,5%), udzieliła odpowiedzi negatywnej, 48 (29,5%) pozytywnej.

Znaczącym problemem dla chorych na cukrzycę są choroby współistniejące i powikłania w jej przebiegu.

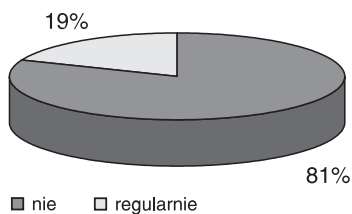
Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż badani podawali kilka chorób.

Nadciśnienie tętnicze jest najczęściej wymienianą chorobą przez badanych, natomiast najrzadziej występują choroby układu pokarmowego.

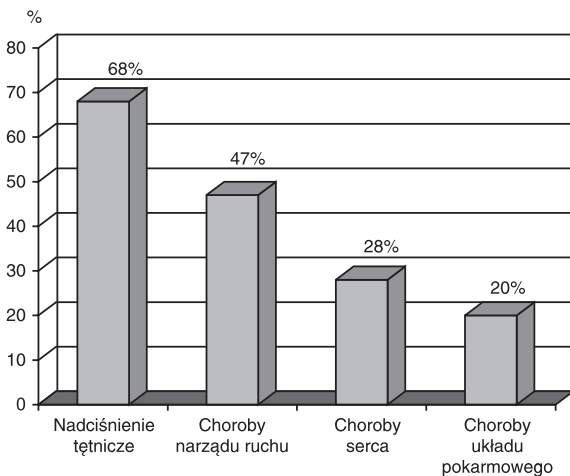
Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż u badanych występuje kilka powikłań. Najczęściej podawanym przez badanych powikłaniem jest choroba niedokrwienna serca.



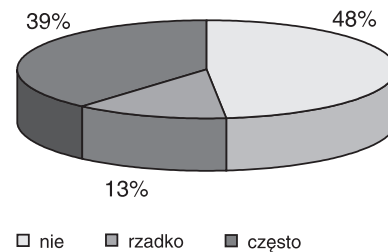
Ryc. 4. Przestrzeganie diety cukrzycowej



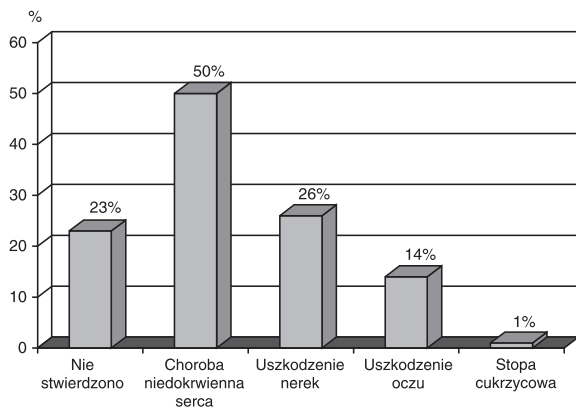
Ryc. 5. Palenie papierosów



Ryc. 6. Choroby współistniejące z cukrzycą



Ryc. 7. Występowanie stanów niedocukrzenia



Ryc. 8. Powikłania cukrzycy

Dyskusja

Jak podaje literatura przedmiotu [1, 2, 8], kontrolowanie glikemii ma podstawowe znaczenie w leczeniu cukrzycy. Jest udowodnione, że wyrównanie glikemii wiąże się z mniejszym ryzykiem występowania retinopatii, nefropatii i neuropatii, a badania epidemiologiczne wskazują, że intensywna kontrola glikemii może zmniejszać częstość występowania chorób sercowo-naczyniowych.

W wyniku przeprowadzonych badań i analizy statystycznej potwierdzono istnienie ścisłego związku między regularną samokontrolą glikemii a prawidłowym poziomem hemoglobiny glikowanej (poziom istotności $p = 0,000$). Zależność pomiędzy wykształceniem badanych a częstością wykonywanych pomiarów glikemii jest na poziomie istotności $p = 0,027$. Samokontrola ciśnienia tętniczego krwi wśród badanych chorych nie wpłynęła na uzyskanie pożądaných wyników.

Kontakt z lekarzem chorych na cukrzycę nie jest zjawiskiem rzadkim. Jednocześnie wielu pacjentów pomimo pozostawania w wieloletnim leczeniu z powodu cukrzycy, przejawia znaczne braki dotyczące wiedzy i podstawowych praktycznych umiejętności. Jak wynika z badań własnych, zdecydowana większość nie przestrzega terminów badań lekarskich (lekarza rodzinnego lub diabetologa), co należy wiązać z brakiem prowadzonego zeszytu samokontroli. Brak motywacji

badanych do prowadzenia zeszytu samokontroli (ponad połowa badanych nie prowadzi zeszytu) należy wiązać z brakiem motywacji do samoopieki – 70,5% badanych podaje brak motywacji.

Kolejną ważną kwestią mającą wpływ zarówno na przebieg choroby, jak i odczuwaną przez pacjentów jakość życia jest ich styl życia. W omawianych badaniach analizowano takie elementy stylu życia, jak: ćwiczenia fizyczne, przestrzeganie diety i palenie tytoniu. Okazało się, że zdecydowana większość badanych nie ćwiczy, co można powiązać z brakiem motywacji do ćwiczeń w tym wieku.

Według literatury istnieje korelacja między otyłością a cukrzycą typu 2. Aż 80% chorych na cukrzycę ma nadwagę lub otyłość. Otyłość i cukrzyca wykazują wzajemną współzależność nie tylko ze względu na predyspozycję genetyczną, lecz także z powodu wielu innych mechanizmów działających u osób z nadwagą [6]. Z zebranego materiału wynika, że 27,6% badanych podaje nadwagę, natomiast u ponad 18% otyłość.

Jak podaje Tatoń [6], 20% chorych prawidłowo stosuje zalecenia dietetyczne, przy czym świadome lub nieświadome błędy dotyczą zarówno ilości, jakości posiłków, jak i pory ich spożywania. Podobnie kształtują się wyniki w badanej grupie: około 26% badanych regularnie przestrzega zaleceń diety, niepokojący jest fakt, iż aż ponad połowa nie przestrzega diety. Co można powiązać z nadwagą i otyłością w badanej grupie? Literatura

przedmiotu wykazuje, że palenie tytoniu w istotny sposób zwiększa ryzyko powstania powikłań – w naszej grupie 19% badanych pali papierosy.

Większość respondentów z długoletnim przebiegiem cukrzycy nie podjęła systematycznej samoopieki. W tej grupie badanych cukrzyca w znacznym stopniu wpłynęła negatywnie na jakość życia, prowadząc do występowania choroby niedokrwiennej serca, uszkodzenia nerek, oczu oraz wystąpienia stopy cukrzycowej.

W grupie respondentów, którzy systematycznie monitorowali przebieg choroby i podejmowali samoopiekę, stwierdzono pożądane wartości parametrów.

Przeprowadzone badania wskazują na konieczność wykształcenia silnych mechanizmów motywacyjnych do codziennej realizacji zadań wynikających z samoopieki, które są warunkiem skuteczności leczenia, a tym samym mogą przyczynić się do poprawy jakości życia chorych na cukrzycę.

Wnioski

1. Stwierdzono ścisłą zależność między samoopieką chorych a występowaniem powikłań cukrzycowych.
2. Samoopieka umożliwia uzyskanie lepszych wyników leczenia cukrzycy i opóźnia powstanie powikłań cukrzycowych.

Piśmiennictwo

1. Płaczkiewicz E. Standardy opieki medycznej nad chorymi na cukrzycę. *Med Prakt* 2002; 4(134): 47–91.
2. Tatoń J. *Cukrzyca. Nauczanie samoopieki*. Warszawa: PWN; 1995.
3. Tatoń J, Bernas M. Pedagogika zdrowotna w cukrzycy. *Med Metabol* 2002; VI, 3: 25–34.
4. Tatoń J. *Cukrzyca typu II (nie wymagająca wstrzyknięć insuliny)*. Warszawa: PZWL; 1998.
5. Skłodowska Z. *Życie z cukrzycą*. Warszawa 2002.
6. Tatoń J, Czech A. *Diabetologia*. T. I. Warszawa: PZWL; 2002.
7. Spanheimer R. Ograniczenie czynników ryzyka chorób układu krążenia u chorych na cukrzycę. *Medycyna po Dyplomie* 2002; 1: 107–124.
8. Tatoń J, Czech A. *Diabetologia*. T. II. Warszawa: PZWL; 2002.

Adres Autorek:

Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa
ul. Kokoszków 71
34-700 Nowy Targ

Ocena akceptacji diety przez chorych na cukrzycę – uwarunkowania medyczne i społeczne

Acceptance diabetic diet by sick on diabetes – medical and social conditionings

JOANNA HEROPOLITAŃSKA-JANIK¹, HANNA KUNACHOWICZ¹, DANUTA ZAWADZKA²

¹ Zakład Żywienia Człowieka, Wydział Nauki o Zdrowiu, Akademia Medyczna w Warszawie
Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Bruno Szczygieł

² Klinika Chorób Wewnętrznych i Diabetologii, Akademia Medyczna w Warszawie
Kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Anna Czech

Streszczenie Choroby przewlekłe, takie jak cukrzyca, stanowią wyraźne utrudnienie w życiu codziennym [4, 14, 15]. Leczenie cukrzycy jest procesem kompleksowym, obejmującym stosowanie odpowiedniej diety, insulinoterapię, regularną i umiarkowaną aktywność fizyczną, przyjmowanie leków oraz wymaga ciągłej edukacji żywieniowej [1, 4–7, 11, 19, 21]. Dieta jest głównym elementem sprawiającym największe problemy chorym [4, 5, 21]. Pacjenci nie potrafią wykorzystać w praktyce zdobywanych wiadomości, podczas najczęściej jednorazowego i początkowego instruktażu [5, 21]. Dodatkowo stosowanie diety wymaga zmiany stylu życia chorego, co bardzo często wiąże się z wieloma wyrzeczeniami i z licznymi niepowodzeniami [4, 10, 15, 20]. Szostak i Cybulska [17] podkreślają, że stawianie pacjentowi zbyt rygorystycznych wymagań niejednokrotnie powoduje nieprzestrzeganie zaleceń. Celem niniejszego badania była ocena stopnia akceptacji choroby i zalecanej diety przez chorych na cukrzycę. Jako narzędzie badawcze wykorzystano kwestionariusz. Zawarte w nim pytania dotyczyły stopnia akceptacji stylu życia warunkowanego chorobą oraz oceny, w jakim stopniu chory radzi sobie z problemami związanymi z zaleceniami dotyczącymi zmian w aktualnym sposobie odżywiania. Analiza materiału empirycznego wykazała, że respondenci byli zmęczeni chorobą, która utrudniała im życie zawodowe oraz prywatne. Stosowaną przez badanych dietę charakteryzowały zbyt mała liczba spożywanych posiłków w ciągu dnia, monotoność oraz brak urozmaicenia. Zaobserwowano niski udział warzyw, owoców oraz mleka i jego przetworów w diecie. Dodatkowo badani mieli poczucie wyizolowania ze społeczeństwa przez spożywanie odmiennych produktów, pomimo że wszyscy mogliby jadać to samo. Badania wykazały konieczność edukacji żywieniowej charakteryzującej się nie tylko przekazywaniem wiedzy, ale przede wszystkim wytworzeniem motywacji do wykorzystywania informacji w życiu codziennym oraz pomoc w zaakceptowaniu choroby, przez co pacjent miałby bezpośredni wpływ na chorobę.

Słowa kluczowe: dieta, cukrzyca, akceptacja.

Summary Chronic diseases, such how diabetes, they make up in everyday life clear difficulty [4, 14, 15]. Treatment diabetes is complex process, embracing usage suitable diet, insulintherapy, regular and reasonable physical activity, reception medicines as well as it requires continuous nutritional education [1, 4–7, 11, 19, 21]. Diet is main element inflicting the largest problems sick [4, 5, 21]. Patients it be not able to use in practice of won messages during, the most often single and initial, instruction [5, 21]. The realization of traveling allowance requires the changes of lifestyle, what very often additionally it assimilates from many renouncements and with numerous failures [4, 10, 15, 20]. Szostak and Cybulska [17] underline, that stringing causes the patient of too rigorous requirements more than once it inobservance recommendations. The opinion of degree of acceptance disease was the aim of present audit and recommended traveling allowance by sick on diabetes. Questionnaire in audit as investigative tool was used. Contained in him questions concerned the degree of acceptance of lifestyle conditioned with disease as well as opinion in what degree sick advises me with bounded with relating in current way changes recommendations problems nourishing. The analysis of empirical material has shown that disease which made difficult them professional life respondents had be tired how and private. Practical by studied the traveling allowance they characterized the too low quantity the consumed meals in draught of day, the monotony as well as lack of variety. It vegetables' low shares, fruit as well as milk was observed was and his preparations in traveling allowance. Additionally studied they had the feeling of isolating from society across consumption different products, in spite that all would can eat the same. Audits show the necessity of nutrition-

al education be characterizing transfer knowledge not only, but first of all producing justification to using in everyday life information as well as help in accepting disease, where through patient would have on disease direct influence.

Key words: diet, diabetes, acceptance.

Wstęp

W ciągu ostatnich dziesięciu lat obserwowany jest gwałtowny wzrost liczby zachorowań na cukrzycę [6, 11]. Zdaniem Tatonia zjawisko to można określić mianem epidemii [19]. Szacuje się, że w 2010 r. liczba chorych na świecie wyniesie 215 mln. W Polsce w 2002 r. zarejestrowano 1719 tysięcy osób chorych i także w latach następnych przewiduje się wzrost zachorowań [3, 11].

Choroby przewlekłe, takie jak m.in.: cukrzyca, stanowią wyraźne utrudnienie w życiu codziennym [4, 15, 16]. Mogą one spowodować pojawienie się depresji objawiającej się zmniejszeniem energii prowadzącej do ograniczenia aktywności, zmianami w długości snu czy łaknienia, odizolowaniem się od środowiska, jak i niską samooceną. W ciężkich postaciach pojawiają się nawracające myśli o śmierci i samobójstwie. Zdaniem Pużyńskiego depresje u chorych na cukrzycę występują częściej niż w populacji ogólnej (10–28%). U około 20% chorych depresja ma charakter przewlekły [16].

Leczenie cukrzycy jest procesem kompleksowym. Obejmuje ono stosowanie odpowiedniej diety, insulinoterapię, regularną i umiarkowaną aktywność fizyczną, przyjmowanie leków oraz wymaga ciągłej edukacji żywieniowej [1, 4–7, 11, 19, 21].

Głównym celem edukacji terapeutycznej jest wyrównanie metaboliczne cukrzycy oraz zapobieganie powikłaniom choroby [1, 7, 19, 21]. Wielu autorów podkreśla konieczność aktywnego uczestnictwa pacjenta w procesie leczenia, a nie tylko biernego odbioru informacji [10, 20, 21]. W procesie edukacyjnym powinno się dążyć do zamiany roli pacjenta z biernego wykonawcy zaleceń lekarskich w aktywnego partnera współodpowiedzialnego i współuczestniczącego w procesie terapii, który z czasem staje się bardziej niezależny [13, 20, 21]. Edukacja konieczna jest przede wszystkim do zapewnienia choremu najwyższej jakości życia [1, 21] oraz powinna doprowadzić do zaakceptowania choroby [13, 20]. Dodatkowo w procesie nauczania należy wykształcić u chorych umiejętności radzenia sobie w różnych sytuacjach życiowych oraz dostarczyć im wsparcia społecznego i emocjonalnego [1, 8, 13, 18, 20]. Przekazywane informacje powinny wyrobić przekonanie, że kontrolowana cukrzyca pozwala na normalne życie, którego jakość nie odbiega od życia pozostałych członków społeczeństwa [1, 10,

14, 20]. Tracz i Otto Buczkowska [20], Tatoń, Lastowiecki i Czech [18] podkreślają, że w procesie edukacyjnym powinni uczestniczyć również członkowie rodzin osoby chorej.

Leczenie dietą jest integralną częścią leczenia cukrzycy, podobnie jak i edukacji pacjentów [1, 2, 7, 8]. Pod pojęciem odpowiedniej diety rozumiane jest zapewnienie odpowiedniej wartości energetycznej i odżywczej posiłków, w zależności od masy ciała, wieku, płci oraz aktywności fizycznej. Dieta powinna być skomponowana z różnorodnych i atrakcyjnych posiłków w liczbie pięciu lub sześciu. Z diety należy wyeliminować cukry proste, ograniczyć spożycie tłuszczów nasyconych oraz zmniejszyć spożycie soli kuchennej. Należy zwiększyć spożycie węglowodanów złożonych i błonnika, a także wielonienasyconych kwasów tłuszczowych [5, 7, 10, 11]. Założeniem jest, aby dieta była zbilansowana, urozmaicona i zrównoważona, powinna odpowiadać powszechnie zalecanym zasadom racjonalnego żywienia [12, 21].

Zdaniem Buczek i Jabłońskiego [5], Wierusz-Wysockiej i Wilczyńskiej [21], a także Buse'a [4], dieta jest głównym elementem sprawiającym największe problemy chorym. Pacjenci nie potrafią wykorzystać w praktyce zdobywanych wiadomości, podczas najczęściej jednorazowego i początkowego instruktażu [5, 21]. Dodatkowo realizacja diety wymaga zmiany stylu życia chorego, co bardzo często wiąże się z wieloma wyrzeczeniami, ograniczeniem spontaniczności i bardzo często z licznymi niepowodzeniami [4, 10, 14, 20]. Szostak i Cybulska [17] podkreślają, że stawianie pacjentowi zbyt rygorystycznych wymagań niejednokrotnie powoduje nieprzestrzeganie zaleceń i dlatego konieczna jest liberalizacja zasad żywienia, co potwierdzają obserwacje Kozłowskiej-Wojciechowskiej [12] i Hirsch'a [10]. Zdaniem Czech liberalizacja diety jest możliwa wyłącznie wówczas, gdy pacjenta charakteryzuje wysoki poziom wiedzy na temat diety, umiejętności kulinarne oraz umiejętności sporządzania posiłków [7].

Celem niniejszego badania była ocena stopnia akceptacji choroby i zalecanej diety przez chorych na cukrzycę.

Materiał i metody

W badaniu jako narzędzie badawcze wykorzystano kwestionariusz. Zawarte w nim pytania dotyczyły stopnia akceptacji stylu życia warunko-

wanego chorobą oraz oceny, w jakim stopniu chory radzi sobie z problemami związanymi z zaleceniami dotyczącymi zmian w aktualnym sposobie odżywiania.

Uczestnikami badania były osoby chore hospitalizowane w Szpitalu Bródnowskim, na Oddziale Diabetologicznym w Warszawie, w okresie od grudnia 2002 do maja 2003 r. W populacji badanej przeważały kobiety, osoby legitymujące się wykształceniem średnim oraz chorujące na cukrzycę krócej niż 10 lat. Respondentów na ogół charakteryzowała nadwaga, wyliczona na podstawie wskaźnika masy ciała BMI, co przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Charakterystyka populacji			
Cecha		Liczba osób N = 36	Procent populacji [%]
Płeć	kobieta	21	58,3
	mężczyzna	15	41,7
Wiek	do 29 lat	7	19,4
	30–50	9	25,0
	powyżej 51 lat	20	55,6
Wykształcenie	średnie	30	83,3
	wyższe	6	16,7
Cukrzyca	typ 1	14	38,9
	typ 2	22	61,1
Wartość wskaźnika masy ciała BMI	18,0–24,9 (norma)	12	33,3
	powyżej 25,0	24	66,7

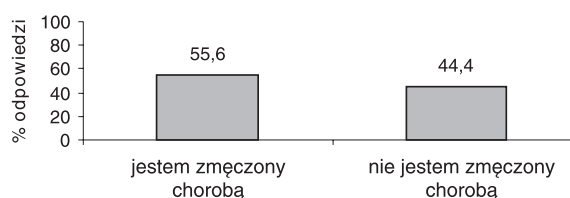
Wyniki i dyskusja

W przeprowadzonych badaniach potwierdzono wcześniejsze obserwacje, że większość respondentów w wieku produkcyjnym było rencistami (75,0%). Choroba stanowi istotną barierę emocjonalną i psychomotoryczną wśród chorych [1, 2, 10, 14, 20]. Bardzo często uniemożliwia im to kontakty towarzyskie, a szczególnie pełną wydajność w wykonywaniu określonych zadań w pracy zawodowej [4, 15, 16].

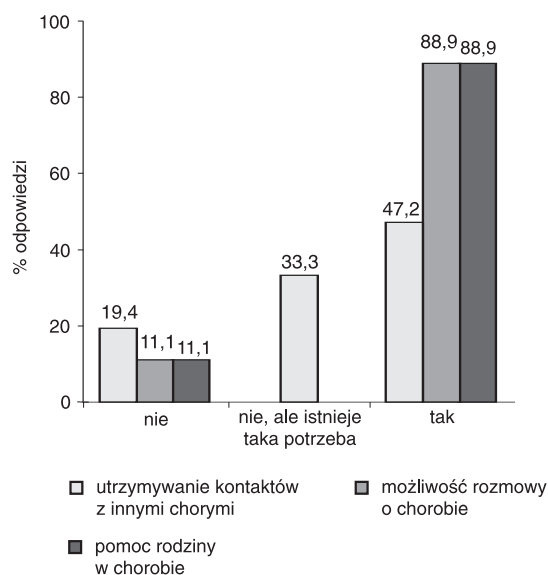
Badania wykazały istnienie wśród pacjentów objawów zmęczenia chorobą, czy niechęci do utrzymywania kontaktów z innymi chorymi, co wskazuje na ewentualne stany depresyjne (ryc. 1).

W populacji osób zmęczonych chorobą przeważały kobiety (67,0%) oraz osoby chore na cukrzycę typu 1 (79,0%).

Większość respondentów (99,4%) nie wstydziała się swojej choroby. Taka postawa mogła być warunkowana pomocą rodzin oraz możliwością rozmowy o chorobie, a także utrzymywaniem kontaktów z innymi chorymi (ryc. 2).



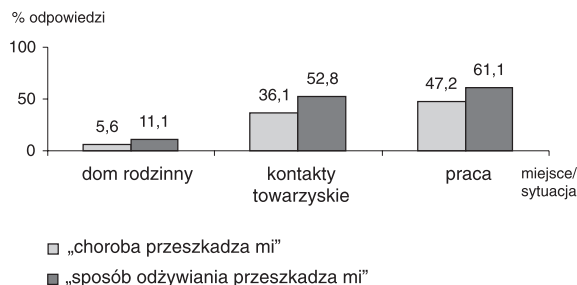
Ryc. 1. Stopień zmęczenia chorobą w opinii respondentów



Ryc. 2. Ocena kontaktu z innymi chorymi oraz możliwości rozmowy o chorobie opinii respondentów

Analiza materiału empirycznego wykazała, że mężczyźni (57,0%) oraz osoby chore na cukrzycę typu 1 (71,0%) zadeklarowały częstszy kontakt z innymi chorymi niż pozostali. Osoby, dla których wartość wskaźnika masy ciała BMI przekraczała 25, najczęściej wskazywały na brak chęci utrzymywania takich kontaktów (29,0%). Kobietom i osobom chorym na cukrzycę typu 2 najbardziej zależało na współpracy z innymi chorymi (odpowiednio 38,0 i 45,0%). O ważności kontaktów chorego z innymi chorymi podkreśla Czech [7], Tatoń [19]. Tatoń, Lastowiecki i Czech [18] oraz Tracz i Otto Buczkowska [20] podkreślały istotny wpływ rodziny na przebieg choroby.

Buczek i Jabłoński [5], Wierusz-Wysocka i Wilczyńska [21], a także Buse [4] stwierdzili, że dieta jest głównym elementem sprawiającym największe problemy chorym. Pacjenci nie potrafią wykorzystać w praktyce zdobywanych wiadomości [5, 21]. Dodatkowo realizacja diety wymaga zmiany stylu życia chorego, co bardzo często wiąże się z wieloma wyrzeczeniami, ograniczeniem spontaniczności i bardzo często z licznymi niepowodzeniami [4, 10, 15, 20]. W opinii respondentów choroba, jak i sposób odżywiania z nią związany, sprawiały problemy w życiu codziennym (ryc. 3).



Ryc. 3. Wpływ choroby na życie w opinii respondentów

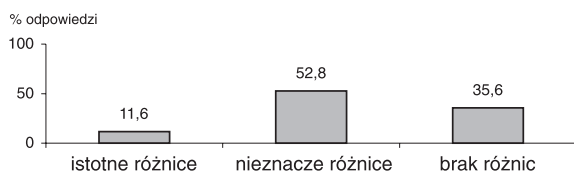
Badani częściej podkreślali obecność niedogodności w pracy i w kontaktach towarzyskich niż w domu rodzinnym.

Leczenie dietą jest integralną częścią leczenia cukrzycy, jak i edukacji pacjentów [1, 7, 8]. Głównym celem edukacyjnym jest wyrównanie metaboliczne cukrzycy i zapobieganie jej powikłaniom [1, 7, 19, 21]. Założeniem jest, aby dieta była zbilansowana, urozmaicona i równoważna z powszechnie zalecanymi zasadami racjonalnego żywienia [12, 21]. Zdaniem co trzeciego badanego (35,6%) brak jest różnicy w sposobie odżywiania osoby chorej na cukrzycę a zaleceniami na temat racjonalnego sposobu odżywiania zalecanego między innymi przez Instytut Żywności i Żywienia (ryc. 4).

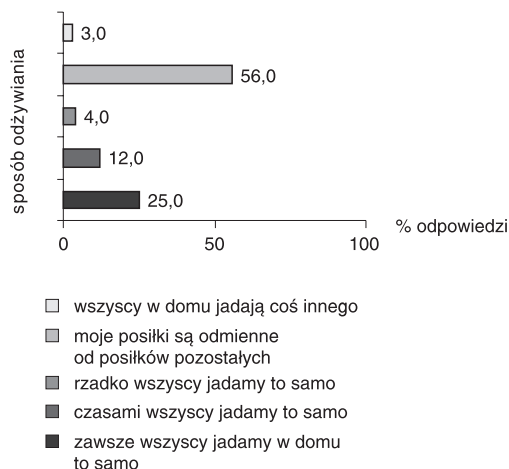
Wśród nieznacznych różnic respondenci wymienili: ograniczoną podaż kalorii i cukrów prostych ogółem (5,0%), eliminację nadmiaru tłuszczów nasyconych oraz zwiększenie spożycia wielonienasyconych kwasów tłuszczowych (5,0%), a także wzrost podaży błonnika z warzyw (1,6%). O istnieniu nieznacznych różnic pomiędzy racjonalnym sposobem odżywiania a zalecanym żywnością w cukrzycy najczęściej deklaruwali mężczyźni (53,0%) oraz osoby chore na cukrzycę typu 1 (67,0%).

Mimo że, zdaniem większości respondentów (86,4%), sposób odżywiania zalecany dla nich nieznacznie różni się od ogólnych wytycznych, to ponad połowa badanych (56,0%) spożywała posiłki inne niż pozostali członkowie rodziny (ryc. 5).

Dodatkowo analiza jadłospisów respondentów wykazała liczne błędy w zachowaniach żywieniowych. Badani zadeklarowali spożycie trzech (70%) lub pięciu posiłków (30%) w ciągu dnia, pomimo zalecanej liczby pięciu lub sześciu [5, 7, 10, 11].



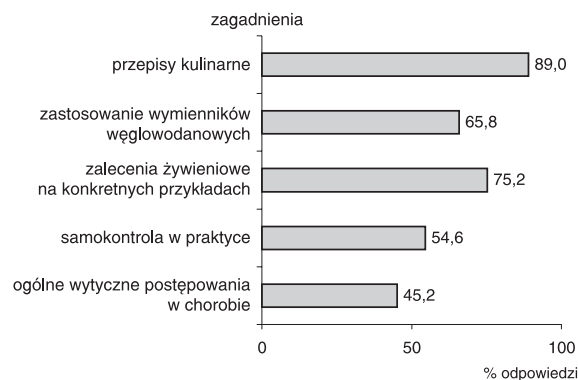
Ryc. 4. Istnienie różnic w sposobie odżywiania osoby zdrowej i osoby chorej w opinii badanych



Ryc. 5. Spożywane posiłki przez respondentów

Jadłospisy charakteryzowała monotoność poprzez identyczny zestaw potraw na pierwsze śniadanie i kolację. Dietę można określić jako nisko urozmaiconą. W skład obiadu najczęściej wchodziły ziemniaki, mięso i jedna surówka. Rzadko występowały produkty takie, jak kasza czy ryż (10%). Potrawy mięsne przygotowywane były z kurczaka (60%) lub cielęciny (15%) i poddawane gotowaniu. W całodziennym jadłospisie zaobserwowano niski udział warzyw, najczęściej jedynie jako surówka do obiadu, jak i owoców, co znacznie odbiega od zaleceń spożycia porcji od 400 do 800 g dziennie. Jedynie trzech na trzydziestu sześciu respondentów zadeklarowało spożycie mleka lub produktów mlecznych w ciągu dnia. Pozytywnym zjawiskiem było spożycie pieczywa razowego (40%) lub pełnoziarnistego (30%). Żaden respondent nie wskazał też spożycia produktów, takich jak słodycze czy napoje. Podobne wyniki uzyskali Buczek i Jabłoński [5] oraz Piróg [16].

Badani zadeklarowali chęć uczestnictwa w kursach szkoleniowych, na których w szczególności zainteresowani byłiby konkretnymi zaleceniami żywieniowymi i przepisami, tak aby ich sposób odżywiania nie różnił się od posiłków innych członków rodziny (ryc. 6).



Ryc. 6. Zainteresowania osób chorych podczas programów edukacyjnych

Zdaniem większości badanych istnieje konieczność edukacji żywieniowej w celu zapewnienia „normalnego” życia i dostosowania diety osoby chorej do pozostałych członków gospodarstwa domowego. Przez to duża liczba badanych określiła stan swojej wiedzy jako niewystarczający. Podobne wyniki uzyskali Piróg [15] i Pużyński [16].

Wnioski

Z analizy materiału empirycznego wynikają następujące wnioski:

1. Respondenci byli zmęczeni chorobą, która szczególnie utrudniała im życie zawodowe i prywatne.
2. Stosowaną dietę charakteryzowały zbyt mała

liczba spożywanych posiłków w ciągu dnia, monotonność oraz brak urozmaicenia. Zaobserwowano mały udział warzyw, owoców oraz mleka i jego przetworów w diecie. Dodatkowo badani mieli poczucie wyizolowania ze społeczeństwa przez spożywanie odmiennych produktów, pomimo że wszyscy mogliby jadać to samo.

3. Istnieje konieczność edukacji żywieniowej charakteryzującej się nie tylko przekazywaniem wiedzy, ale przede wszystkim wytworzeniem motywacji do wykorzystywania informacji w życiu codziennym oraz pomoc w zaakceptowaniu choroby, przez co pacjent miałby bezpośredni wpływ na chorobę, a jakość jego życia nie odbiegałaby od życia pozostałych członków społeczeństwa.

Piśmiennictwo

1. Aktualne zalecenia opieki nad chorymi na cukrzycę: podsumowanie najnowszych standardów American Diabetes Association. *Medycyna po Dyplomie* 2003; IV (wydanie specjalne): 8–29.
2. American Diabetes Association: Evidence-based nutrition principles and recommendations for the treatment and prevention of diabetes and related complications (Position Statement). *Diab Care* 2003; 26(Suppl. 1): 51–61.
3. Amons A i wsp. The rising global burden of diabetes and its complications: estimates and projections to the year 2010. *Diab Medicine* 1997; 14: 1–85.
4. Bruse JB. Ewolucja w standardach opieki American Diabetes Association. *Medycyna po Dyplomie* 2003; IV (wydanie specjalne): 5–7.
5. Buczek S, Jabłoński E. Analiza żywienia kobiet chorych na cukrzycę typu 2 stosujących diety redukcyjne sporządzone dwoma różnymi sposobami. *Med Metabol* 2003; VII, 3: 10–16.
6. Colberg S, Swain D. Wpływ ćwiczeń fizycznych na wyrównanie cukrzycy. *Medycyna po Dyplomie* 2001; 10, 6: 98–111.
7. Czech A. Komentarz do aktualnych zaleceń opieki nad chorymi na cukrzycę: podsumowanie najnowszych standardów American Diabetes Association. *Medycyna po Dyplomie* 2003; IV (wydanie specjalne): 30–37.
8. Franz MJ i wsp. Evidence-based nutrition principles and recommendations for the treatment and prevention of diabetes and related complications (Technical Review). *Diab Care* 2002; 25: 148–198.
9. Heropolitańska-Janik J. Składnik poznawczy i emocjonalny w pedagogice terapeutycznej chorych na cukrzycę. *Med Metabol* 2002; VI, 2: 54–58.
10. Hirsch A. Czy dieta ma sens? *Insulin-Club* 1997, 2(9): 25–27.
11. Janeczko D, Janeczko-Sosnowska E. Leczenie chorych na cukrzycę typu 2. *Terapia* 2001; 4: 3–19.
12. Kozłowska-Wojciechowska M. Leczenie dietetyczne cukrzycy insulinoniezależnej. *Nowa Med* 1996; 21: 23–24.
13. Krajeńska-Siuda E i wsp. Edukacja zdrowotna w opinii młodzieży chorej na cukrzycę typu 1. *Diabetol Pol* 2000; 7, 4: 228–231.
14. Kulzer B. Ciesz się życiem cukrzyku. *Insulin-Club* 1997; 2(9): 15–16.
15. Piróg I. Poziom wiedzy żywieniowej u pacjentów z rozpoznaną cukrzycą typu 2. *Kwart Biul Pol Tow Dietetyki* 2001; 3/4 (24/25): 19–24.
16. Pużyński S (red.). *Zaburzenia depresyjne w praktyce lekarza rodzinnego*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.
17. Szostak W, Cybulska B. Zmiany w żywieniu chorych na cukrzycę na przestrzeni dziejów. *Kwart Biul Pol Tow Dietetyki* 2000; 18: 38–44.
18. Tatoń J, Lastowiecki P, Czech A. Knowledge and motivation in constructing an effective education programme. *Diabetologia. Giornale Italiano Di* 1993; 13(Suppl.): 55–60.
19. Tatoń J. Opieka diabetologiczna w Europie i w Polsce: doświadczenia i przyszłość. *Diabetol Pol* 2001; 8, 1: 27–31.
20. Tracz M, Otto-Buczkowska E. *Wskazówki dotyczące edukacji chorych na cukrzycę typu 2*. Program Edukacyjny Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. *Via Media* 2002; 1: 8–14.
21. Wierusz-Wysocka B, Wilczyńska M. Edukacja chorych na cukrzycę. *Medycyna po Dyplomie* 2002; 11, 10: 125–136.

Adres I Autora:

Zakład Żywienia Człowieka, Wydział Nauki o Zdrowiu,
AM w Warszawie
ul. Ciołka 27
01-445 Warszawa

Epidemiologia chorób alergicznych w Polsce i na świecie w świetle współczesnych badań

Epidemiology of allergic diseases in Poland and in the world in the light of the contemporary research

ANNA KUCHARSKA¹, HANNA TRZCINSKA², AGATA PAWLIK³, ANNA ROZWADOWSKA⁴

^{1,3,4} Studenckie Koło Naukowe Pedagogiki i Dydaktyki Medycznej przy Katedrze i Zakładzie Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej, Akademia Medyczna w Bydgoszczy

² Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej, Akademia Medyczna w Bydgoszczy
Kierownik: vacat

Streszczenie Na podstawie analizy literatury przedmiotu przedstawiono wzrost częstości występowania chorób alergicznych w Polsce i na świecie. Dane epidemiologiczne wskazują, że w ostatnich 20–30 latach nastąpił gwałtowny wzrost zapadalności na choroby alergiczne. Szacuje się, że na alergię choruje nawet 35% populacji ogólnej. Najwyższe wskaźniki chorobowości zaobserwowano w krajach wysoko rozwiniętych (Europa, Stany Zjednoczone).
Słowa kluczowe: choroby alergiczne, badania epidemiologiczne, populacja.

Summary Epidemiology data indicate that in the last 20–30 years we are observing rapid growth in the morbidity on allergy illness. It has been estimating that even 35% of the total population suffer from allergy. The highest morbidity rates have been observed in the developing countries (Europe, United States). Analysing the literature subject the authors present an increase in the frequency of occurring allergy diseases in Poland and in the whole world.
Key words: allergic diseases, epidemiological study, population.

Wstęp

Choroby alergiczne stanowią obecnie w wielu krajach poważny problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny. Od kilkudziesięciu lat obserwuje się znaczny wzrost częstości ich występowania. Szacuje się, że objawy alergii występują nawet u 35% populacji ogólnej oraz 10–30% Europejczyków. Chociaż alergię bardzo rzadko są bezpośrednią przyczyną śmierci, ich przewlekły charakter i uciążliwość objawów w dużej mierze obniżają jakość życia, wpływają na aktywność zawodową chorych, przyczyniając się niejednokrotnie do spadku wydajności pracy czy częstej absencji chorobowej (Kupryś I, Kuna P, 2003a; Płusa T, 2002a; Płusa T, 1999a; Kupryś I, 2001a).

Astma oskrzelowa, atopowe zapalenie skóry oraz alergiczny nieżyt nosa należą do chorób, których częstość występowania gwałtownie wzrosła w ciągu ostatnich 20 lat (Kupryś I, 2001b; Bocheńska-Marciniak M, 2000a). Wspólną cechą tych chorób jest nadmierne wytwarzanie prze-

ciwciał klasy IgE, skierowanych przeciwko substancjom naturalnie występujących w środowisku, takich jak: roztocza kurzu domowego, pyłki traw, drzew, zbóż, zarodniki grzybów pleśniowych czy pokarmów. U osób chorych, poza podwyższonym poziomem swoistych IgE we krwi, stwierdza się dodatnie testy skórne z alergenami, w stosunku do których powstają przeciwciała IgE (Bocheńska-Marciniak M, 2000b).

Choroby alergiczne na świecie

Epidemiologia astmy oskrzelowej

Astma oskrzelowa jest przewlekłym schorzeniem zapalnym błony śluzowej dróg oddechowych. Zapalenie to, z udziałem różnych komórek, m.in. komórek tucznych (mastocytów), granulocytów kwasochłonnych (eozynofili) i limfocytów T, powoduje nadreaktywność oskrzeli na wiele czynników. U osób podatnych w wyniku

kontakty z alergenami, na które jest uczulony chory, lub na skutek działania różnego rodzaju nieswoistych czynników, jak: wysiłek fizyczny, zimne powietrze, dym tytoniowy, dochodzi do napadów kaszlu, duszności, świszczącego oddechu. Objawy te związane są z rozległą obturacją oskrzeli, odwracalną spontanicznie lub pod wpływem leczenia.

Ze wszystkich chorób alergicznych astma jest najczęstszą przyczyną:

- absencji chorobowej,
- hospitalizacji,
- inwalidztwa,
- zgonów.

Szacunkowe dane mówią o 155 mln ludzi na całym świecie chorujących na astmę (Kupryś I, Kuna P, 2003b; Kupryś I, 2001c). Przeprowadzone w ostatnim czasie badania dostarczyły wielu danych na temat sytuacji epidemiologicznej w zakresie występowania astmy oskrzelowej. Pierwsze z nich to międzynarodowe badanie nad występowaniem chorób alergicznych u dzieci ISAAC (International Study of Astma and Allergies in Childhood). Badanie prowadzone było na podstawie kwestionariuszy chorobowych w ponad 100 ośrodkach z 56 krajów, w dwóch grupach wiekowych: u dzieci młodszych (6–7 lat) oraz u młodzieży w wieku 13–14 lat. Badania te wykazują nawet 15-krotne różnice w częstości występowania astmy w poszczególnych krajach (Kupryś I, Kuna P, 2003c; Bocheńska-Marciniak M, 2000c; Lis G, Bręborowicz, 2003a; Pisiewicz K, Doniec Z, 2003a; Bukowczan Z, Kurzawa R, 2002a).

Największe występowanie astmy oskrzelowej w grupie dzieci starszych (13–14 lat), sięgające nawet 29,1–32,2%, obserwuje się w Australii, Nowej Zelandii, Irlandii, Wielkiej Brytanii (Kupryś I, Kuna P, 2003d; Bocheńska-Marciniak M, 2000d; Bukowczan Z, Kurzawa R 2002b). Najrzadziej (2,1–4,4%) astma występuje u dzieci z Albanii, Chin, Grecji, Indonezji, Rumunii, Rosji (Kupryś I, Kuna P, 2003e; Bocheńska-Marciniak M, 2000e; Bukowczan Z, Kurzawa R, 2002c). W grupie dzieci młodszych (6–7 lat) astmę najczęściej rozpoznawano w Australii, Brazylii, Nowej Zelandii, na Korsyce, w Panamie, a współczynnik zachorowalności dochodził do 32,1%. Najrzadziej w tej samej grupie wiekowej objawy astmy występują w Indiach, Indonezji oraz Malezji – ok. 4% (Kupryś I, Kuna P, 2003f; Bocheńska-Marciniak M, 2000f; Bukowczan Z, Kurzawa R, 2002d).

Drugie badanie ECRHS (European Community Respiratory Health Survey), przeprowadzone również na podstawie kwestionariusza, dotyczyło osób dorosłych. Wykazało ono m.in., że występowanie astmy sięga od 2% populacji w Atenach (Grecja), Tartu (Estonia) do 8,4% w Cambridge (Wielka Brytania). Największą zachorowalność obserwuje się kolejno w Wielkiej Brytanii, Szwecji,

Irlandii, Szwajcarii, Holandii, Francji i Hiszpanii (Kupryś I, Kuna P, 2003g; Bocheńska-Marciniak M, 2000g).

Jeszcze innym źródłem dostarczającym wiedzy na temat występowania astmy oskrzelowej w Europie są dane opublikowane w 1997 r. w „Białej Księdze Alergii” – europejskiego raportu dotyczącego problemów chorób alergicznych w Europie. Dane te wskazują na duże zróżnicowanie częstości występowania astmy między poszczególnymi krajami: od 2,5% w Finlandii, 13,1% w Wielkiej Brytanii do 15% w Portugalii (Płusa T, 2002b; Płusa T, 1999b; Bukowczan Z, Kurzawa R, 2002e) (tab.1).

Tabela 1. Występowanie astmy w Europie

Kraj	Okres badania	Występowanie (%)	Autor
Finlandia	1989–1990	2,5	Varjonen
Francja	1993–1994	10–18	Annesi
Wielka Brytania	1992	13,1	Strchan
Niemcy	1989–1990	7,6	Dold
Polska	1998	1,3–4,1	Małolepszy
Portugalia	1996	15	Almeida
Rosja	1999	1,2	Khaitow
Hiszpania	1991	6,4	Munoz-Lopez
Szwecja	1992	5,6	Aberg

Źródło: Płusa T, 2002.

Epidemiologia alergicznego nieżytu nosa

Alergiczny nieżyt nosa (ANN) jest obecnie najczęstszą postacią alergicznych schorzeń górnych dróg oddechowych. Charakterystycznymi objawami ANN są:

- napady kichania,
- wodnisty wyciek z nosa,
- obrzęk błony śluzowej powodujący jego niedrożność (uczucie blokady).

Objawom tym często towarzyszy zapalenie spojówek (Kupryś I, Kuna P, 2003g; Bocheńska-Marciniak, 2000g; Bukowczan Z, Kurzawa R, 2002e).

W zależności od czasu występowania objawów, ANN możemy podzielić na:

- a) sezonowy (w przypadku uczulenia na pyłki traw, drzew),
- b) całoroczny,
- c) zawodowy.

Badania prowadzone przez te same zespoły w różnych odstępach czasu wykazały znaczny

wzrost zachorowań na przestrzeni lat (Bukowczan Z, Kurzawa R, 2002f) (tab. 2).

Okres badania	Badanie 1 (%)	Badanie 2 (%)	Autorzy
1964–1989	3,2	11,9	Nian i wsp.
1974–1979	4,6	5,7	Eaton i wsp.
1971–1981	10,5	19,7	Fleming i wsp.
1971–1981	4,9	8,4	Varonier i wsp.

Źródło: Bukowczan Z, Kurzawa R, 2002.

Szacuje się, że częstość występowania ANN w populacji wynosi 10–20% na terenie Europy (ok. 47 mln ludzi) i do 25% w USA (Kupryś I, Kuna P, 2003). Międzynarodowe badanie ISAAC dowiodło, że częstość występowania alergicznego nieżytu nosa wynosiła:

- 0,8–14,9% w grupie dzieci młodszych (6–7 lat),
- 1,4–39,7% wśród młodzieży (13–14 lat).

Najwyższy wskaźnik zachorowań w grupie dzieci młodszych odnotowano w: Argentynie, Australii, Brazylii, Finlandii, Francji, Hiszpanii, Hongkongu, Kanadzie, na Korsyce, Nowej Zelandii, Południowej Korei, Polsce, Portugalii, na Tajwanie, Tajlandii.

W starszej grupie wiekowej ANN najczęściej obserwowano w: Argentynie, Australii, Brazylii, Finlandii, Francji, Hiszpanii, Kanadzie, Malcie, Portugalii, Peru, Wielkiej Brytanii, Stanach Zjednoczonych (Kupryś I, Kuna P, 2002h). Najrzadziej ANN występował wśród dzieci z Indii, Indonezji, Iranu, Malezji (Kupryś I, Kuna P, 2003i).

Częstość występowania alergicznego nieżytu nosa u dzieci i młodzieży w Europie, oceniana w oparciu o kwestionariusz chorobowy, wynosi od 4,9% wśród dzieci w Hiszpanii, 11,9% w Wielkiej Brytanii, do 14 w Finlandii (dla porównania w grupie dorosłych zamieszkujących Wielką Brytanię częstość występowania wynosi – 16,5%) (Bocheńska-Marciniak M, 2000h; Bukowczan Z, Kurzawa R, 2002g) (tab. 3).

Rozszerzenie badań o testy skórne, badania lekarskie oraz określenie poziomu swoistych

przeciwciał potwierdziło te dane i wskazało, że ANN może dotyczyć od 3% (badania we Francji) do 19,6% populacji (badania w Niemczech) (Bocheńska-Marciniak M, 2000h).

Epidemiologia atopowego zapalenia skóry (AZS)

Atopowe zapalenie skóry jest przewlekłą i nawrotową dermatozą zapalną, zaliczaną do chorób o nieznannej etiologii i nie do końca poznany patomechanizm (Bukowczan Z, Kurzawa R, 2002g).

Wśród czynników determinujących wystąpienie atopowego zapalenia skóry wymienia się: czynniki genetyczne, zanieczyszczenie powietrza, alergeny (roztoczy, kurzu domowego, sierści zwierząt) oraz czynniki psychiczne. AZS według definicji zaproponowanej przez Hanifina i Rajka charakteryzuje się (Płusa T, 2002c; Płusa T, 1999c; Bukowczan Z, Kurzawa R, 2002g):

- wystąpieniem uporczywego świądu,
- typowym rozmieszczeniem zmian skórnych,
- częstym współistnieniem z astmą lub ANN.

Na podstawie wielu badań i analiz epidemiologicznych oceniających występowanie atopowego zapalenia skóry stwierdzono znaczny wzrost częstości AZS na przełomie ostatnich 30 lat; z 3% w latach 60. do 12% w latach 90. (Bukowczan Z, Kurzawa R, 2002h).

Najbardziej znane są publikacje szwajcarskiego dermatologa i alergologa B. Wutricha, który przeanalizował dane 25 000 dzieci z 5 krajów Europy. Badania te dowodzą, że (Płusa T, 2002d; Płusa T, 1999d; Bukowczan Z, Kurzawa R, 2002i):

- obserwuje się wzrost częstości AZS u dzieci przed ukończeniem 7 r.ż.,
- rozpowszechnienie AZS ocenia się na 10–12%,
- po okresie dojrzewania AZS utrzymuje się u 10–15% badanej populacji,
- u 10–20% dzieci z AZS rozwija się astma oskrzelowa.

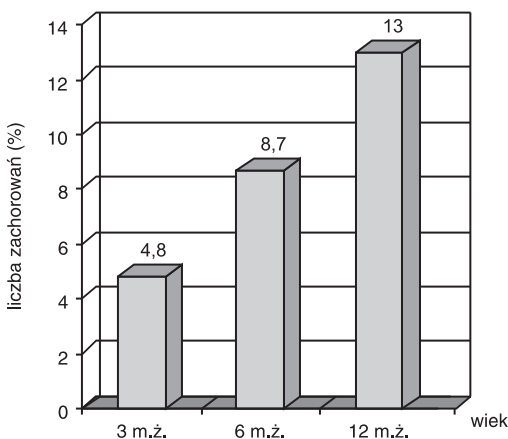
Wieloletnie badania prospektywne przeprowadzone w Liverpoolu wśród dzieci z cechami AZS wykazują, że zmiany skórne występują u 90% chorych. W badaniach przeprowadzo-

Kraj	Okres badania	Występowanie (%)	Populacja	Autorzy
Szwajcaria	1981	6,1	15 lat	Varonier
Finlandia	1989–1990	14	15–16 lat	Varjonen
Wielka Brytania	1989	11,9	8–13 lat	Nian
Szwecja	1981	8,4	18–22 lat	Aberg
Hiszpania	1991	4,9	dzieci szkolne	Munoz Lopez
Niemcy	1990	9,5	9–11 lat	Dold

Źródło: Bukowczan Z, Kurzawa R, 2002.

nych w Sztokholmie zapalenie skóry utrzymywało się u 40% chorych leczonych ambulatoryjnie i u 62% hospitalizowanych (Kupryś I, Kuna P, 2003j; Kupryś I, 2001d).

Atopowe zapalenie skóry ściśle wiąże się z takimi chorobami alergicznymi, jak astma i alergiczny nieżyt nosa (klasyczna triada chorób alergicznych). Jest jednak chorobą, która w życiu osobniczym pojawia się najwcześniej (Kupryś I, Kuna P, 2003k; Kupryś I, 2001f; Bocheńska-Marciniak M, 2000g). Z badań Bergmana i wsp. wynika, że częstość występowania AZS w pierwszych 2 latach życia wynosi 20,1% (Bocheńska-Marciniak M, 2000h) (ryc. 1).



Ryc. 1. Występowanie atopowego zapalenia skóry w pierwszym roku życia

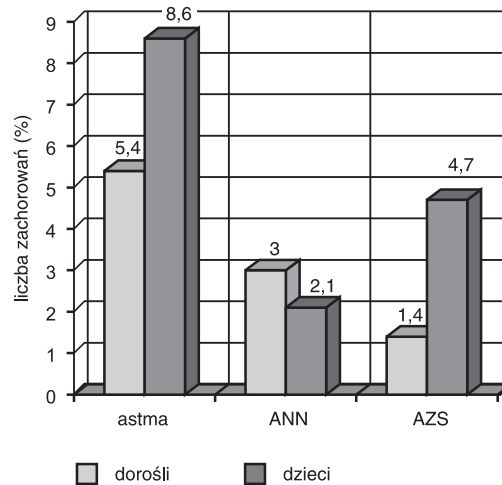
Zdaniem alergologów na podłożu AZS u 80% dzieci rozwijają się w późniejszym wieku inne choroby alergiczne. Ryzyko pojawienia się alergii układu oddechowego u dzieci z AZS oszacowano na 40–60%, pyłkowicy na 41,5%, całorocznego nieżyty nosa i astmy oskrzelowej na 25% (Kupryś I, Kuna P, 2003l; Kupryś I, 2001g).

Choroby alergiczne w Polsce

Polska należy do krajów, gdzie choroby alergiczne stają się poważnym problemem zdrowotnym. Ogólnopolskie badania epidemiologiczne przeprowadzone w latach 1998–1999 pod patronatem Polskiego Towarzystwa Alergologicznego dowiodły, że występowanie chorób alergicznych u dorosłych w Polsce wynosi 18,5%, natomiast u dzieci może sięgać nawet 24,3% (Kupryś I, Kuna P, 2003l; Kupryś I, 2001h) (ryc. 2).

Epidemiologia astmy oskrzelowej

Wyniki badań ISAAC przeprowadzonych wśród dzieci z Krakowa i Poznania w wieku



Ryc. 2. Występowanie chorób alergicznych w Polsce

13–14 lat wskazują na to, że częstość występowania astmy w Polsce należy do najniższych (2,4%) i jest zbliżona do takich państw, jak: Łotwa – 4,3%, Estonia – 2,5%, Rumunia – 3,7%, Rosja – 2,4% (Lis G i wsp., 2003b; Pisiewicz K, Doniec Z, 2002b).

Wielu cennych informacji o chorobowości z powodu astmy wśród dzieci i młodzieży w Polsce dostarczyło badanie prowadzone pod patronatem Polskiego Towarzystwa Alergologicznego. W badaniu, w którym objęto 2988 dzieci i młodzieży (3–16 lat) z jedenastu regionów Polski częstość występowania astmy wynosiła 8,6%. Zaobserwowano jednocześnie występowanie znacznych różnic regionalnych. Najwyższy współczynnik chorobowości stwierdzono w regionie gdańskim (13%), najrzadziej astmę rozpoznawano w regionie białostockim (2,8%) (Pisiewicz K, Doniec Z, 2002c) (tab. 4).

Opierając się na danych GUS za rok 2002 oraz przyjmując 8,6-procentowy wskaźnik zachorowań dla tej grupy wiekowej, można szacować, że wśród 7 mln dzieci w Polsce w wieku 0–14 lat na astmę choruje ponad 600 tys. W grupie wiekowej 15–19 lat liczba chorych sięga 290 tys. (Pisiewicz K, Doniec Z, 2002d).

Epidemiologia alergicznego nieżyty nosa (ANN)

Ze względu na dużą powszechność diagnostyka epidemiologiczna alergicznego nieżyty nosa jest bardzo trudna. Jest to objaw, który często umyka uwagi respondentów, a diagnostyka różnicowa w warunkach badania terenowego jest znacznie utrudniona.

Cytowane wcześniej badania Polskiego Towarzystwa Alergologicznego wykazują, że sezonowy alergiczny nieżyt nosa występuje u 8,9% dzieci z grupy 3–16 lat. Chorobę tę częściej rozpoznawano u chłopców – 10,3% niż u dziewczy-

nek – 7,5%. Istnieją również różnice lokalne i regionalne. Najczęściej chorowały dzieci z regionu gdańskiego – 13,3%, najrzadziej w regionie poznańskim – 5,1% (Pisiewicz K, Doniec Z, 2002e) (tab. 4).

Epidemiologia alergicznego zapalenia skóry (AZS)

Wielu autorów opisywało wyniki swoich badań dotyczących występowania AZS z dużą dowolnością, od zmian skórnych, poprzez wyprysk dziecięcy, po atopowe zapalenie skóry. Dlatego, aby przedstawić rzeczywisty zakres problemu, badanie epidemiologiczne wymaga przyjęcia dokładnie określonych kryteriów, na których będzie się opierać rozpoznanie.

Badanie PTA przeprowadzone według jednolitych zasad na terenie całego kraju dowiodło, że występowanie AZS w wieku 3–16 lat wynosi 4,7%. Najwyższą zachorowalność zaobserwowano wśród dzieci z regionu łódzkiego – 9,1%, najniższą – 1,7% w regionie wrocławskim (Pisiewicz K, Doniec Z, 2002f) (tab. 4).

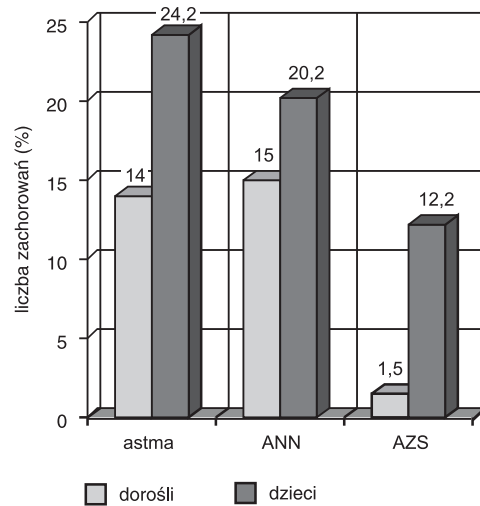
Różnice w występowaniu chorób alergicznych w rejonie uprzemysłowionym i wiejskim

Przyczyn gwałtownego wzrostu zapadalności na choroby alergiczne, jaki obserwujemy od kilkudziesięciu lat na całym świecie, naukowcy doszukują się w narastającym zanieczyszczeniu środowiska naturalnego. Wykazano bowiem, że najwyższe wskaźniki chorobowości odnotowano w krajach wysoko rozwiniętych: w Europie, Japonii i Stanach Zjednoczonych.

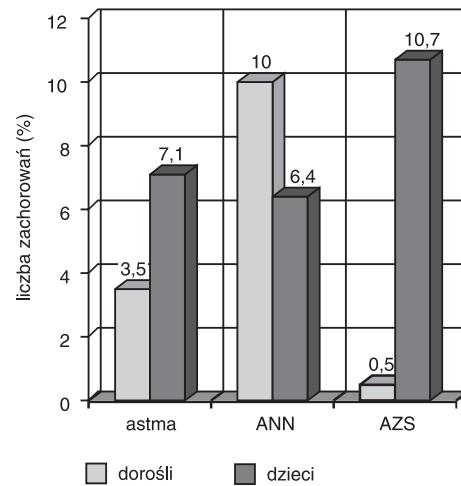
Wśród czynników odpowiedzialnych za to zjawisko wymienia się: zmiany w środowisku naturalnym spowodowane szybką urbanizacją i industrializacją, zwiększenie emisji zanieczyszczeń powietrza, zmiany warunków i stylu życia oraz wzrost higieny (Kupryś I, Kuna P, 2003m; Kupryś I, 2001i).

Potwierdzeniem tej teorii są wyniki badań przeprowadzone w Japonii, które wskazują na częstsze występowanie alergicznego nieżytu nosa na terenach miejskich niż wiejskich, co wynika prawdopodobnie z większego zanieczyszczenia powietrza spalinami samochodowymi w mieście.

Potwierdzają to również badania prowadzone w Klinice Pneumonologii i Alergologii Akademii Medycznej w Łodzi. Na podstawie tych badań stwierdzono, że:



Ryc. 3. Występowanie chorób alergicznych w mieście



Ryc. 4. Występowanie chorób alergicznych na wsi

Tabela 4. Występowanie chorób alergicznych wśród dzieci w Polsce na podstawie wyników badań Polskiego Towarzystwa Alergologicznego

	Chłopcy (%)	Dziewczynki (%)	Region o najniższym współczynniku zachorowalności	Region o najwyższym współczynniku zachorowalności	Ogółem (%)
Astma	9,4	7,8	białostocki (2,8)	gdański (13,0)	8,6
AZS	4,9	4,6	wrocławski (1,7)	łódzki (9,1)	4,7
ANN	10,3	7,5	poznański (5,1)	gdański (13,3)	8,9

Źródło: Pisiewicz K, Doniec Z, 2002.

1. ANN występuje u 15% dorosłych i 20,2% dzieci mieszkających w centrum miasta oraz 10% dorosłych i 6,4% dzieci mieszkających na wsi (ryc. 3, 4).
2. Astma występuje u 14% dorosłych i 24% dzieci mieszkających w centrum Łodzi oraz 3,5% i 7,1% dzieci zamieszkujących wieś (ryc. 3, 4).
3. AZS występuje u 1,5% dorosłych i 12,2% dzieci mieszkających w centrum miasta oraz 0,5% dorosłych i 10,7% dzieci mieszkających na wsi (Bocheńska-Marciniak M, 2000i) (ryc. 3, 4).

Piśmiennictwo

1. Kupryś I, Kuna P. Epidemia chorób alergicznych – nowy problem zdrowotny współczesnego świata. *Pol Merk Lek* 2003; 14(83): 453–455.
2. Płusa T. Allergic diseases over the world. *Int Rev Allergol Clin Immunol* 2002; 8(2): 55–60.
3. Płusa T. Epidemiology of allergic diseases. *Int Rev Allergol Clin Immunol* 1999; 5(3): 101–103.
4. Kupryś I. Alergia jako problem zdrowotny, społeczny, ekonomiczny współczesnego świata. *Terapia* 2001; 9 (12): 3–4.
5. Bocheńska-Marciniak. Epidemiologia chorób alergicznych. *Terapia* 2000; 8 (4) z. 1: 8–10.
6. Lis G i wsp. Wzrost zachorowań na choroby alergiczne w Polsce – wyniki badania ISAAC. *Alergia* 2003; 3: 16, 57.
7. Pisiewicz K, Doniec Z, Wanat-Krzak M. Epidemiologia chorób alergicznych w Polsce. *Stand Med Lek Pediatry* 2003; 5(7/8): 1174, 1176–1182.
8. Bukowczan Z, Kurzawa R, Bukowczan M. Epidemiologia schorzeń atopowych oraz wpływ czynników środowiskowych na ich występowanie. *Klin Pediatr* 2002; 10 (2): 204–211.

Adres II Autorki:

Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej

AM w Bydgoszczy

ul. Techników 3

85-801 Bydgoszcz

I Międzynarodowe Sympozjum Naukowo-Szkoleniowe
„Człowiek przewlekle chory i niepełnosprawny
– interdyscyplinarne aspekty opieki”, Szczecin, 14–15 maja 2004

CHOROBY PRZEWLEKŁE • PROTRACTED ILLNESSES

Ekspozycja na infekcje we wczesnym dzieciństwie a ryzyko wystąpienia chorób alergicznych

Exposition on infections in early childhood
and risk pronouncement of allergic diseases

EWA BARCZYKOWSKA¹, ZBIGNIEW BARTUZI²

¹ Zakład Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Akademia Medyczna im. L. Rydygiera w Bydgoszczy
Kierownik: dr n. med. Andrzej Kurylak

² Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego Akademia Medyczna im. L. Rydygiera w Bydgoszczy
Kierownik: dr hab. n. med., prof. nadzw. AM Zbigniew Bartuzi

Streszczenie Na całym świecie, także w Polsce, obserwuje się stałą tendencję do wzrostu zachorowań na choroby alergiczne. Wielu autorów uważa, że główną przyczyną tego zjawiska jest m.in. poprawa warunków bytowych i higienicznych społeczeństwa, zmniejszenie liczebności rodziny oraz spadek zachorowań na choroby zakaźne. Celem pracy było określenie częstości występowania alergii wśród dzieci i młodzieży w odniesieniu do wielkości rodziny oraz infekcji przebytych w dzieciństwie. Badanie przeprowadzono w grupie 255 dzieci (3–18 lat) z Bydgoszczy i okolic. Wykazano istotną zależność występowania astmy od takich czynników, jak: wiek, płeć i pobyt w placówkach opiekuńczo-wychowawczych; występowania kataru siennego od wieku, atopowego wywiadu rodzinnego i pobytu w placówkach opiekuńczo-wychowawczych; występowania atopowego zapalenia skóry od wieku, płci, obciążającego wywiadu rodzinnego oraz posiadania rodzeństwa. Nie stwierdzono zależności od odry, świnki i ospy wietrznej. W bieżących badaniach nie zaobserwowano stałej tendencji popierającej hipotezę infekcyjną, ale być może potrzebne są dalsze prace do wykrycia efektu ochronnego dużych rodzin lub infekcji.

Słowa kluczowe: choroby alergiczne, „hipoteza higieniczna”, infekcje w dzieciństwie, wielkość rodziny, dzieci.

Summary All over the world, also in Poland, observes one self constant tendency to height of fallings ill on allergic diseases. Many authors attends, that main reason this occurrences is among others things improvement of conditions vital and hygienic societies, decrease of number of family and fall of fallings ill on infectious diseases. The aim of composition was qualification of frequency of occurrence of allergy among children and of young people with reference to magnitude of family and of infection passed through in childhood. Research one effected in group 255 of children (3–18 of years) from Bydgoszcz and of regions. One showed essential dependence of occurrence of asthma for such factors as: age, sex and stay in agencies social welfare; occurrences of hay fever for age, burdening of interview family – and of stay in agencies social welfare; occurrences atopical inflammation of skin forage, of sex, burdening of interview family – and possessions of brother and sister. One did not ascertain dependence of occurrence of allergic diseases for general infectious diseases childish age: measles, mumps and of smallpox. One did not observe of solid trend in running researches promoting hypothesis infectious, but possible is, that necessary are greater compositions to detections of protective effect of large families or of infection.

Key words: allergic diseases, „hygienic hypothesis”, childhood infections, family size, children.

Wstęp

W czasie ostatnich dziesięcioleci, szczególnie w krajach rozwiniętych, wzrasta występowanie chorób alergicznych. Rozpowszechnienie chorób alergicznych wśród dzieci jest zróżnicowane w zależności m.in. od rejonu świata i charakteru badanej populacji (Zychowicz C, 1996a). Wielu autorów uważa, że główną przyczyną wzrostu często-

ści chorób alergicznych w krajach rozwiniętych są: poprawa warunków bytowych i higienicznych społeczeństwa, opanowanie groźnych chorób infekcyjnych (poprzez antybiotyki i szczepienia), zmniejszenie liczebności rodziny, zmniejszenie zbiorowego narażenia populacji dziecięcej na mikrobiologiczną stymulację dojrzewania układu immunologicznego (Bodner C, Anderson WJ, 2000a; Holt PG, 1995a). Strachan wysunął hipotezę, kolo-

kwalnie nazwaną „hipotezą higieniczną”, że do-
rastanie wśród starszego rodzeństwa pogarsza wa-
runki higieniczne i sprzyja szerzeniu się infekcji,
które prowadzą do zmniejszenia ryzyka rozwoju
alergii (Jarvis D, Chinn S, 1997a). Teoretyczne wy-
jaśnienie tego zjawiska polega na tym, że bakterie
i wirusy stymulują różnicowanie limfocytów T-hel-
per w kierunku podklasy Th1, co prowadzi do wy-
tworzenia interferonu gamma, powodując jedno-
cześnie supresję podklasy Th2 i zahamowanie pro-
dukcji IgE (Bodner C, Anderson WJ, 2000b; Holt
PG, 1995b; Jarvis D, Chinn S, 1997b; Strachan DP,
2000a; Svanes C, Jarvis D, 1999a; Carewicz R,
Chciałowski A, 2002a).

W związku z tym podjęto badanie, którego
celem było określenie częstości występowania
alergii wśród dzieci i młodzieży w odniesieniu do
liczebności rodzin oraz narażenia na infekcje we
wczesnym dzieciństwie.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono w grupie 255 pa-
cjentów będących pod opieką poradni dziecię-
cych w Bydgoszczy i w Białych Błotach. Bada-
niem objęto dzieci i młodzież w wieku od 3 do
18 lat; 91 dziewczynek i 164 chłopców.

Badania prowadzone były od lutego do gru-
dnia 2003 r. W badaniach posłużono się kwestio-
nariuszem ankiety skierowanym do rodziców
dzieci, zawierającym szeroki zakres pytań doty-
czących struktury rodziny oraz narażenia dziecka
na wczesne infekcje.

Proporcje zliczeń zawartych w danych ankie-
towych porównywano testem niezależności χ^2 .
Zależności istotne statystycznie podane w tabe-
lach zaznaczono gwiazdkami: *($p \leq 0,05$)
**($p \leq 0,01$). Za pomocą regresji logistycznej obli-
czono ilorazy szans związane ze wzrostem za-
chorowania na alergię w zależności od poszcze-
gólnych czynników ryzyka. W modelu liniowym
uwzględniono te czynniki ryzyka, które znalazły
statystyczne potwierdzenie poprzez zastosowany
uprzednio χ^2 .

Na prowadzenie badań uzyskano zgodę Ko-
misji Bioetycznej przy AM w Bydgoszczy.

Wyniki

W tabeli 1 zestawiono charakterystyczne cechy
badanej populacji, takie jak: wiek, płeć, miejsce za-
mieszkania i wywiad rodzinny w kierunku alergii
dla astmy oskrzelowej, kataru siennego i alergii
skórnej. U dzieci ze stwierdzoną astmą oskrzelową
wykazano istotne zależności dla wieku oraz płci.
Astmę stwierdzono trzykrotnie częściej w gru-
pie wiekowej 7–12 lat (OR = 3,5, 95% CI:

1,1–10,8) oraz dwukrotnie częściej w grupie
wiekowej 13–18 lat (OR = 2,5, 95% CI: 1,4–14,4)
w porównaniu z dziećmi 3–6-letnimi oraz dwukro-
tnie częściej u chłopców (OR = 2,5, 95% CI:
1,4–4,5). Znamienne częściej katar sienny wystę-
pował w grupie wiekowej 7–12 lat i 13–18 lat: od-
powiednio (OR = 1,4, 95% CI: 0,4–4,3), (OR = 3,4,
95% CI: 1,0–11,0) oraz u dzieci z obciążającym
wywiadem rodzinnym: ze strony ojca (OR = 2,9,
95% CI: 1,1–7,6), matki (OR = 2,8, 95% CI:
1,4–5,7) i obojga rodziców (OR = 2,7, 95% CI:
1,0–7,2). Istotnie statystycznie różnice występowały
również dla alergii skórnych w zestawieniu z gru-
pami wiekowymi, płcią oraz wywiadem w kierun-
ku alergii. Wraz z wiekiem odpowiednio mniej
stwierdzono alergii skórnych; w grupie wiekowej
od 7 do 12 lat (OR = 0,9, 95% CI: 0,2–3,1) oraz
13–18 lat (OR = 0,4, 95% CI: 0,1–1,5). Znamienne
mniejszą grupę stanowili chłopcy (OR = 0,4, 95%
CI: 0,2–0,9). Alergia stwierdzona u ojca ponad
czterokrotnie (OR = 4,2, 95% CI: 1,4–12,4) zwięk-
szała ryzyko wystąpienia alergii skórnej u dziecka,
u matki ponad dwukrotnie (OR = 2,2, 95% CI:
0,9–5,1), natomiast alergia obojga rodziców ponad
dwukrotnie (OR = 2,6, 95% CI: 0,8–7,8).

Ocena miejsca zamieszkania dziecka wykaza-
ła nieistotne statystycznie zależności dla wystę-
powania chorób alergicznych.

W tabeli 2 przedstawiono analizę związku
między ekspozycją dziecka na czynniki infekcyj-
ne a występowaniem chorób alergicznych. Zna-
miennie częściej alergii skórnej występowały
wśród dzieci będących jedynakami. Prawie o po-
łowę zmniejszyło się ryzyko alergii skórnych
u dzieci urodzonych jako pierwsze (OR = 0,4,
95% CI: 0,2–1,1) oraz ponad połowę jako kolej-
ne (OR = 0,6, 95% CI: 0,3–1,9).

Istotne różnice występowały również w ocenie
pobytu dziecka w placówkach opiekuńczych. Ry-
zyko wystąpienia astmy oskrzelowej zmniejszyło
się, gdy dziecko uczęszczało do żłobka, przed-
szkola i żłobki: odpowiednio (OR = 0,2, 95% CI:
0,1–1,4), (OR = 0,3, 95% CI: 0,1–1,2), (OR = 0,9,
95% CI: 0,2–3,1). Ryzyko zachorowania na katar
sienny zmniejszyło się, gdy dziecko uczęszczało
do żłobka (OR = 0,2, 95% CI: 0,03–2,0) i do ż-
łobki (OR = 1,0, 95% CI: 0,2–4,6), natomiast
uczęszczanie do przedszkola wskazało na ten-
dencję przeciwną (OR = 1,6, 95% CI: 0,4–6,6).

Ocena przebytych w dzieciństwie infekcji:
ospy wietrznej, odry oraz świnki wykazała nie-
istotne statystycznie zależności dla występowania
chorób alergicznych.

Omówienie

Wyniki naszych badań wykazały związek
między zgłaszaną w wywiadzie alergią rodziców

Tabela 1. Czynniki infekcyjne a choroby alergiczne

Cecha	Asthma oskrzelowa (a.o.)				Katar sienny (k.s.)				Alergie skórne (a.s.)			
	dzieci z a.o.	dzieci wolne od a.o.	wynik testu χ^2	OR (95% CI)	dzieci z k.s.	dzieci wolne od k.s.	wynik testu χ^2	OR (95% CI)	dzieci z a.s.	dzieci wolne od a.s.	wynik testu χ^2	OR (95% CI)
Wiek												
3–6 lat	12,28	24,82	6,560*	1,0	12,50	22,29	11,26**	1,0	31,37	16,18	8,345*	1,0
7–12 lat	42,98	39,01		3,5 (1,1–10,8)	32,50	44,57		1,4 (0,4–4,3)	43,14	40,20		0,9 (0,2–3,1)
13–18 lat	44,74	36,17		2,5 (1,4–4,4)	55,00	33,14		3,4 (1,0–11,0)	25,49	43,62		0,4 (0,1–1,5)
Płeć												
dziewczęta	25,44	74,56	9,434*	1,0	32,50	37,14	0,516	–	49,02	32,35	4,938*	1,0
chłopcy	43,97	56,03		2,5 (1,4–4,5)	67,50	62,86			50,98	67,65		0,4 (0,2–0,9)
Miejsce zamieszkania												
wieś i miasto	55,26	51,77	0,309	–	47,50	56,00	1,594	–	62,75	50,98	2,269	–
<100 tys.												
miasto >100 tys. (Bydgoszcz)	44,74	48,23			52,50	44,00			37,25	49,02		
Wywiad rodzinny w kierunku alergii												
ujemny	45,21	56,74	2,201	–	40,00	65,14	15,67**	1,0	41,18	61,27	8,391*	1,0
ojciec	56,00	7,80			16,25	6,96		2,9 (1,1–7,6)	17,65	7,84		4,2 (1,4–12,4)
matka	42,37	24,11			32,50	18,86		2,8 (1,4–5,7)	27,45	22,06		2,2 (0,9–5,1)
oboje	36,00	11,35			11,25	9,14		2,7 (1,0–7,2)	13,72	8,82		2,6 (0,8–7,8)

Tabela 2. Charakterystyka badanej populacji

Czynnik	Asthma oskrzelowa (a.o.)			Katar sienny (k.s.)			Alergie skórne (a.s.)					
	dzieci z a.o.	dzieci wolne od a.o.	wynik testu χ^2	OR (95% CI)	dzieci z k.s.	dzieci wolne od k.s.	wynik testu χ^2	OR (95% CI)	dzieci z a.s.	dzieci wolne od a.s.	wynik testu χ^2	OR (95% CI)
Dziecko w rodzinie												
jedynak pierwsze kolejne	15,79 33,33 50,88	17,02 36,88 46,10	0,581	-	20,00 41,25 38,75	14,86 32,57 52,57	4,2276	-	27,45 35,29 37,25	13,73 35,29 50,98	6,260*	1,0 0,6 (0,3-1,9) 0,4 (0,2-1,1)
Przebyte infekcje												
ospa wietrzna	61,40 38,60	63,83 36,17	0,159	-	63,75 36,25	62,29 37,71	0,050	-	52,94 47,06	65,20 34,80	2,621	-
odra	3,51 96,49	4,96 95,04	0,3236	-	2,50 97,50	5,14 94,86	0,9290	-	5,88 94,12	3,92 96,08	0,3800	-
świnka	41,23 58,77	37,59 62,41	0,350	-	41,25 58,75	38,29 61,71	0,2024	-	37,25 62,75	39,71 60,29	0,103	-
Pobyt w placówkach opiekuńczo-wychowawczych												
brak żłobek przedszkole zerówka	10,53 43,86 41,23 4,39	12,06 58,87 19,15 9,93	16,04**	1,0 0,2 (0,1-1,4) 0,3 (0,1-1,2) 0,9 (0,2-3,1)	6,25 63,75 27,50 2,50	13,71 46,86 29,71 9,71	9,621*	1,0 0,2 (0,03-2,0) 1,6 (0,4-6,6) 1,0 (0,2-4,6)	23,53 39,22 27,45 9,80	8,33 55,39 29,41 6,86	10,86	-

a katarzem siennym i alergią skórą dzieci, natomiast nie stwierdzono wpływu na astmę oskrzelową. Zychowicz podaje, że gdy jedno z rodziców cierpi na jedną z chorób alergicznych, to szansa przekazania predyspozycji chorobowej u dzieci wynosi około 32%, gdy obydwój rodzice chorują, to szansa zwiększa się do 40–50%, a gdy obydwój rodzice cierpią na tę samą chorobę, to możliwość predyspozycji sięga aż 72–80% (Zychowicz C, 1996b).

W naszych badaniach istotne zależności stwierdzono dla posiadania rodzeństwa i występowania alergii skórnych, ale nie dla astmy oskrzelowej i kataru siennego. Natomiast Ponsonby i wsp. wykazali, że efekt ochronny rosnącej liczby rodzeństwa występuje w astmie i katarze siennym, ale nie w wyprysku kontaktowym. Wpływ starszego rodzeństwa wydaje się ważniejszy od młodszego. Posiadanie dwóch raczej niż jednego rodzeństwa znamienne obniżyło iloraz szans dla astmy i kataru siennego, a krótki okres międzyurodzeniem był związany z niższą zapadalnością na katar sienny. Autorzy ci wykazali, że mimo istnienia związku między liczbą rodzeństwa a astmą lub katarzem siennym efekt „przyczyna–skutek” nie był stały, a dla 3 lub więcej rodzeństwa nie znaleziono większego efektu protekcyjnego (Ponsonby AL, 1998). Svanes i wsp. wskazali na fakt, że liczba braci była silniej związana z uczuleniem atopowym niż liczba siostr, a populacja męska odgrywa istotną rolę w protekcyjnym tzw. efekcie wielkości rodziny na rozwój alergii. Sugeruje się możliwe wytłumaczenie tego zjawiska cięższymi infekcjami krzyżowymi u rodzeństwa przeciwnej płci (Svanes C, Jarvis D, 1999b). W badaniu Haby udowodniono, że posiadanie przynajmniej trójki starszego rodzeństwa znacznie zmniejsza ryzyko wczesnej astmy (Haby MM, Peat JK, 2001a). Przesiewowe badania dzieci w wieku 10–14 lat z Aberdeen w 1964 r. wykazały, że wielkość rodziny była odwrotnie związana z chorobą atopową, natomiast wywiad zebrany od rodziców na temat liczby infekcji przed 3 rokiem życia dziecka wskazywał związek z wyższym ryzykiem wystąpienia astmy. Badania te dostarczyły sprzecznych informacji na temat związku pomiędzy wczesną infekcją i astmą (Bodner C, 2000c). Badania Jarvisa i wsp. u dzieci wykazały odwrotny związek pomiędzy katarzem siennym a wielkością rodziny i kolejnością urodzenia. Nie opisano spójnego związku między wielkością rodziny a astmą u dzieci (Jarvis D, Chinn S, 1997c).

Piśmiennictwo

1. Zychowicz C. Epidemiologia i przyczyny ciągłego wzrostu liczby chorób alergicznych w ostatnim dwudziestoleciu. *Nowa Klinika* 1996; 1: 3–5.
2. Bodner C, Anderson WJ, Reid TS. Childhood exposure to infection and risk of adult onset wheeze and atopy. *Thorax* 2000; May 55(5): 383–387.

Nasze badania nie wskazują na związek między przebytymi chorobami zakaźnymi a występowaniem chorób alergicznych u dzieci. Bodner podaje, że z wyjątkiem odry nie było protekcyjnego związku między infekcjami w dzieciństwie a alergią. Jest to zgodne z wcześniejszymi obserwacjami autorów, dokonanymi na całej populacji w wieku 10–14 lat, w której dzieci miały pospolite choroby infekcyjne, włącznie z różyczką, krztuścem, świnką i ospą wietrzną. Wyniki tych badań są zgodne z obserwacjami w populacji dzieci niemieckich, gdzie powszechne infekcje w pierwszym miesiącu życia nie były związane ze wzrostem ryzyka atopii w wieku szkolnym (Bodner C, Anderson WJ, 2000d).

Żłobki są potencjalnym i rzeczywistym miejscem ekspozycji na liczne czynniki infekcyjne i zostało to potwierdzone w bardzo wielu krajach, w tym Norwegii i USA. Znamienne niższe ryzyko zaburzeń atopowych u dzieci uczęszczających do żłobków potwierdzają obserwacje pochodzące z USA i Niemiec Wschodnich (Infante-Rivard C, Amre D, 2001). Svanes i wsp. wskazali, że uczęszczanie do żłobka, które zwiększa wczesne infekcje, nie było związane z atopią u dorosłych (Svanes C, Jarvis D, 1999c).

Większość badań oceniających związek między uczęszczaniem do żłobka a astmą wykazała, że ryzyko rośnie przy uczęszczaniu. Ponsonby i wsp. w swoich opracowaniach stwierdzili, że uczęszczanie do żłobka/przedszkola w każdym z pierwszych 5 lat życia związane było z wyższym ryzykiem astmy (Ponsonby AL, 1998b). Haby i wsp. wykryli, że ciężkie infekcje dróg oddechowych znamienne zwiększają ryzyko wczesnej astmy (Haby MM, Peat JK, 2001b). Zakładając, że dzieci uczęszczające mają wyższe ryzyko infekcji, obserwacja nie jest zgodna z teorią, że infekcje wirusowe i bakteryjne w ciągu wczesnego życia mogą działać protekcyjnie na rozwój alergii.

Podsumowanie

Możliwe, że wczesne infekcje mogą przyczyniać się zarówno do prewencji, jak i do promocji nadwrażliwości typu alergicznego, zależnie od typu infekcji, drogi obciążenia infekcją lub warunkami gospodarza. Konieczne są dalsze badania wyjaśniające mechanizmy tych związków.

3. Holt PG. Environmental factors and primary T-cell sensitisation to inhalant allergens in infancy, reappraisal of the role of infections and air pollution. *Pediatr Allergy Immunol* 1995; 6–10.
4. Jarvis D, Chinn S, Luczynska C. The association of family size with atopy and atopic disease. *Clin Exp Allergy* 1997; Mar. 27(3): 240–245.
5. Strachan DP. Family size, infection and atopy: the first decade of the “hygiene hypothesis”. *Thorax* 2000; Aug. 55(Suppl. 1): 52–60.
6. Svanes C, Jarvis D, Chinn S. Childhood environment and adult atopy: Results from the European Community Respiratory Health Survey: *J Allergy Clin Immunol* 1999; Mar. 103 (3Pt,1): 415–420.
7. Carewicz R, Chciałowski A. Bacteria and viruses in allergic diseases. *Int Rev Clin Immunol* 2002; Vol. 8, No. 2.
8. Ponsonby AL, Couper D, Dwyer T. Cross sectional study of the relation between sibling number and asthma, hay fever, and eczema. *Arch Dis Child* 1998; Oct. 79(4): 328–333.
9. Haby MM, Peat JK, Marks GB. Asthma in preschool children: prevalence and risk factors. *Thorax* 2001; Aug. 56(8): 589–595.
10. Infante-Rivard C, Amre D, Gautrin D. Family size, day-care attendance, and breastfeeding in relation to the incidence of childhood asthma. *Am J Epidemiol* 2001; Apr. 1, 153(7): 653–658.

Adres I Autorki:

Zakład Pielęgniarstwa Pediatrycznego

AM w Bydgoszczy

ul. Techników 3

85-801 Bydgoszcz

Jakość życia dzieci z padaczką w oparciu o kwestionariusz Quality of Life in Childhood Epilepsy (QOLCE)

The quality of life in children with epilepsy based on Quality of Life in Childhood Epilepsy (QOLCE) questionnaire

DOROTA TALARSKA

Katedra Profilaktyki Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Medyczna

im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Kierownik: prof. dr hab. Jacek Wysoki

Streszczenie Wiek dorastania to czas wielu przemian w funkcjonowaniu biopsychospołecznym młodzieży. Analiza poszczególnych sfer umożliwia ocenę ich jakości życia. Celem pracy było poznanie jakości życia dzieci z padaczką. **Materiał i metoda:** Badaniem objęto 90 dzieci z padaczką leczone w Klinice i Katedrze Neurologii Wzrostu i Rozwoju AM w Poznaniu oraz ich rodziców. Narzędziem badawczym był kwestionariusz Quality of Life in Childhood Epilepsy (QOLCE), przeznaczony dla rodziców dzieci chorych na padaczkę. Do oceny statystycznej zastosowano test U Manna-Whitneya. **Wyniki:** W badanej grupie (8–18 lat) przeważały dzieci w wieku 10 (14,1%) i 16 lat (12,7%). Dominowali chłopcy (54,5%). Napady częściowe występowały u 47 (52,2%) dzieci, uogólnione u 35 (38,9%) i inne u 8 (8,9%). Za pomocą kwestionariusza analizowano aktywność fizyczną, nastrój, procesy poznawcze, aktywność społeczną, zachowanie dziecka. Spośród analizowanej grupy 68,2% dzieci według rodziców bawiło się swobodnie z rówieśnikami poza domem, natomiast 32,2% wymagało nadzoru. 43,4% było przekonanych, że nikt ich nie rozumie, a 44,1%, że nie są w niczym dobrzy. Problemy z dłuższym koncentrowaniem się na jakimś zadaniu zaobserwowali rodzice u 66,7% dzieci, natomiast w zapamiętywaniu u 51,7%. Trudności w pisaniu występowały u 46,2% grupy, u 21,3% zostały określone jako dysleksja lub dysgrafia. Rodzice 1/4 grupy małą aktywność społeczną dzieci wiązali z padaczką. 17,8% opiekunów sygnalizowało, że ich dzieci są odrzucane przez rówieśników. **Wnioski:** 1. Rodzice najniżej ocenili w jakości życia dzieci z padaczką obszar dotyczący procesów poznawczych i aktywności społecznej. 2. Pomimo znacznego rozpowszechnienia choroby, jest ona nadal mało akceptowana w środowisku szkolnym.

Słowa kluczowe: padaczka, dzieci, jakość życia.

Summary The adolescence is a time of many changes in the biopsychosocial functioning of children. The analysis of individual spheres enables the evaluation of the quality of life. The goal of this study was to learn about the quality of life of children with epilepsy. **Material and method:** The research was conducted on 90 children with epilepsy treated in the Clinic and Institute of Development Age Neurology at the University of Medical Sciences in Poznań and on their parents. The research tool was Quality of Life in Childhood Epilepsy Questionnaire (QOLCE) for parents of children with epilepsy. For the statistical evaluation the U Mann-Whitney test were used. **Results:** In the tested group (ages 8–18) prevailed children at the age of 10 (14.1%) and 16 (12.7%) years. The were more boys (54.5%) than girls. Partial seizures appeared in 47 (52.2%) children, general seizures in 35 (38.9%) children and other types in 8 (8.9%) children. With the help of the questionnaire the following variables were analyzed: physical activity, mood, cognitive processes, social activity and child's behaviour. Among the analyzed group according to the parents 68.2% of children played freely with their peers outside the house, whereas 32.2% needed supervision. 43.4% of them were convinced that noone understood them and 44.1% thought they were not good at anything. The problems with concentrating for a longer period of time on a given task were observed the parents in 66.7% of the children and problems with remembering in 51.7% of them. 46.2% of the children had difficulty with writing, 21.3% of them were described as having dyslexy or dysgraphia. The parents of 1/4 of the group thought that epilepsy was the reason for social activity of their children. 17.8% of the guardians signaled that their children are being rejected by their peers. **Conclusions:** 1. The parents judged the lowest in the quality of life of children with epilepsy the areas of cognitive processes and social activity. 2. Despite the fact that the disease is widespread, it is still not accepted by the school environment.

Key words: epilepsy, children, quality of life.

Wstęp

Pojęcie jakości życia obejmuje różne obszary funkcjonowania człowieka. Zgodnie z definicją Wilkeninga, jakość życia jest związana ze sposobem, w jakim on funkcjonuje w naturalnym i społecznym środowisku. Dlatego związki jednostki ze środowiskiem są równie ważne jak stan jego dobrobytu. Aktywność dzieci i młodzieży rozwija się w trzech podstawowych środowiskach: rodzinie, szkole i grupie rówieśniczej (Tyszkowa M, 1997). Nastolatki zaczynają ponownie kształtować swoje relacje z otoczeniem. Znaczenia nabiera umiejętność zawierania przyjaźni i działania poza środowiskiem rodzinnym. Bliski kontakt z przyjacielem często zastępuje dotychczasowy związek z rodzicami (Bradley J, 2000).

Z trudniejszą sytuacją spotykają się dzieci i młodzież chore na padaczkę. Kontakty z rówieśnikami w dużej mierze uzależnione są od przebiegu procesu chorobowego: częstości napadów, osiągnięć w nauce, akceptacji w środowisku szkolnym i miejscu zamieszkania, współtowarzyszących objawów (Henriksen O, 1990; Owczarek K, Jędrzejczak J, 2000).

Celem pracy było poznanie jakości życia dzieci i młodzieży z padaczką w oparciu o opinię ich rodziców.

Materiał i metoda

Badaniem objęto 90 dzieci w wieku 8–18 lat, leczone w Poradni Kliniki i Katedry Neurologii Wieku Rozwojowego Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz ich rodziców. Narzędziem badawczym był kwestionariusz QOLCE, przeznaczony dla rodziców dzieci z padaczką. Analizowano następujące obszary: aktywność fizyczną, nastrój, procesy poznawcze, aktywność społeczną, zachowanie dziecka i ogólną ocenę stanu zdrowia. Do weryfikacji zebranych danych zastosowano test U Manna-Whitneya.

Wyniki

W badanej grupie dominowali chłopcy (54,5%). Najwięcej dzieci było w wieku 10 (14,1%) i 16 (12,7%) lat. Napady częściowe występowały u 47 (52,2%) dzieci, uogólnione u 35 (38,9%) i inne u 8 (8,9%). Napady występowały w ostatnich dwóch tygodniach u 8 (9,2%) dzieci, w ostatnich 6 miesiącach u 30 (33,3%), ostatni napad wystąpił ponad 1 rok temu u 52 (57,8%). Wszystkie dzieci uczęszczały do szkoły powszechnej: do szkoły podstawowej 48 (53,3%), gimnazjum 42 (46,7%) i ponadpodstawowej 15 (16,7%).

Rodzice oceniając aktywność fizyczną dzieci stwierdzili, że 86,7% dzieci wykonywało ćwiczenia fizyczne takie same, jak ich rówieśnicy, 68,2% bawiło się swobodnie z rówieśnikami poza domem, natomiast 32,2% wymagało nadzoru. Oceniając stan emocjonalny, zwrócili uwagę, że 44,1% dzieci było przekonanych, że nie są w niczym dobrzy, a 43,4%, że nikt ich nie rozumie. Uczucie wyobcowania towarzyszyło 28,9% badanej grupy. Pomimo tych negatywnych emocji, wszystkie dzieci w opinii rodziców były szczęśliwe.

Najwięcej negatywnych odpowiedzi rodzice udzielili w obszarze procesów poznawczych. Trudności w podejmowaniu decyzji rodzice zaobserwowali u 78,2% dzieci, problemy z dłuższym koncentrowaniem się na jakimś zadaniu u 66,7%, natomiast z zapamiętywaniem u 51,7%. Zaburzenia grafomotoryki występowały u 46,2% grupy, u 21,3% zostały określone jako dysleksja lub dysgrafia. Rodzice 1/4 badanej grupy małą ich aktywność społeczną (odwiedzanie przyjaciół, rodziny, nawiązywanie przyjaźni) wiązali z chorobą – padaczką. Częstość napadów, ospałość lub nadpobudliwość, spowolnienie ruchowe i umysłowe przyczyniały się do odrzucenia przez rówieśników (17,8%).

Trudności wychowawcze w dużej mierze wynikały z zachowania się dzieci. Rodzice sygnalizowali, że 30% grupy mówiło lub zachowywało się w sposób nie aprobowany społecznie. 83,9% badanych dzieci łatwo się złościło, co mogło być podstawą konfliktów w grupie rówieśniczej lub rodzinie.

Za pomocą testu U Manna-Whitneya nie stwierdzono różnic statystycznych w ocenie jakości życia formułowanej przez rodziców w zależności od płci dziecka ($p = 0,6519$), wieku dziecka ($p = 0,1934$), wieku rodziców ($p = 0,1566$). Różnice występowały w ocenie w zależności od osiągnięć dziecka w szkole ($p < 0,0437$) i konieczności sprawowania nadzoru ($p < 0,002$).

Wnioski

1. Rodzice najniżej ocenili w jakości życia obszar dotyczący procesów poznawczych i aktywności społecznej.
2. Wpływ na formułowane oceny miały przede wszystkim osiągnięcia dziecka w szkole oraz konieczność sprawowania ciągłego nadzoru.
3. Pomimo znacznego rozpowszechnienia choroby w opinii rodziców, dzieci ze środowiska szkolnego i miejsca zamieszkania wykazywały małą akceptację w stosunku do dzieci z padaczką.

Podsumowanie

W rozwoju dziecka ważnym elementem jest funkcjonowanie zarówno w środowisku rodzinnym, szkolnym, jak i rówieśniczym. Aktywność ta powinna przybierać postać formalnych, jak też nieformalnych kontaktów (Tyszkowa M, 1990).

Dzieci z padaczką mają utrudnione zadanie. Niski poziom wiedzy na temat specyfiki choroby wśród dorosłych i dzieci jest często powodem izolowania dzieci z padaczką (Owczarek K, Jędrzejczak J, 2000; Wakamoto H i wsp., 2000). Zaburzenia pamięci i koncentracji uwagi stanowią podstawę problemów w nauce, zwłaszcza matematyki, chemii i fizyki. Mniejsza sprawność i koordynacja ruchów uzewnętrznia się podczas ćwiczeń fizycznych oraz przyjmuje postać niedbałego lub nieczytelnego pisma (Henriksen O, 1990; Wakamoto H i wsp., 2000; Mcewan MJ i wsp., 2004). Samoocena kształtuje się u dzieci poprzez pryzmat postaw przyjmowanych przez najbliższe środowisko. Uczucie odrzucenia przez rówieśników, częstość napadów, trudności w nauce powodują, że dziecko stara się zwrócić na siebie uwagę, przyjmując agresywne zachowania lub wycofuje się i przebywa w większości w to-

warzystwie rodziców. Różnice w funkcjonowaniu, a zwłaszcza niepowodzenia szkolne, dostrzegają rówieśnicy i na tej podstawie odrzucają towarzystwo dzieci z padaczką (Artemowicz B i wsp. 2003; Owczarek K, Jędrzejczak J, 2000). Czynnikiem, który ma istotny wpływ na ocenę jakości życia, jak podkreśla również wielu autorów, jest częstość napadów (Sabaz M i wsp., 2000; Wakamoto H i wsp., 2000). Osiągnięcia farmakoterapii umożliwiają zmniejszenie czy nawet całkowite zniesienie napadów, co wpływa korzystnie na funkcjonowanie dziecka oraz plany dotyczące jego przyszłości. Negatywne odpowiedzi rodziców wynikały w dużej mierze z obawy o przyszłość dziecka oraz zmęczenia wynikającego ze stałego nadzoru i sprawowania opieki. Artemowicz i wsp. (2003), Owczarek K, Jędrzejczak J (2000) oraz Mcewan MJ i wsp. (2004) zwracają uwagę na konieczność prowadzenia edukacji wśród dzieci i dorosłych na temat padaczki, która przygotowałaby społeczeństwo do współpracy z dzieckiem i osobą dorosłą chorą na padaczkę, zwłaszcza w aspekcie towarzysza do zabawy, nauki, relacji z: rówieśnikami, nauczycielami, rodziną, pracodawcą, przyszłym małżonkiem.

Piśmiennictwo

1. Tyszkowa M. *Zdolności, osobowość i działalność uczniów*. Warszawa: PWN; 1990: 101–113.
2. Bradley J i wsp. *Nastolatka*. Warszawa: Bertelsmann Media Sp. z o.o., Diogenes; 2000: 38–126.
3. Henriksen O. Education and epilepsy: assessment and remediation. *Epilepsja* 1990; 31: 21–25.
4. Owczarek K, Jędrzejczak J. Znaczenie jakości życia w padaczce. *Przeegl Neurol* 2000; 1, 4: 1–8.
5. Wakamoto H i wsp. Long-term medical, educational, and social prognoses of childhood-onset epilepsy: a population-based study in rural district of Japan. *Brain & Development* 2000; 22: 246–255.
6. Mcewan MJ i wsp. Quality of life and psychosocial development in adolescents with epilepsy: a qualitative investigation using focus group methods. *Seizure* 2004; 13: 15–31.
7. Artemowicz B i wsp. Wyniki badania jakości życia dzieci z padaczką. *Neurol Dziecięca* 2003; 23, 12: 21–27.
8. Sabaz M i wsp. Validation of a New Quality of Life Measure for Children with Epilepsy. *Epilepsia* 2000; 41,6: 765–774.

Adres Autorki:

Wydział Nauk o Zdrowiu
AM w Poznaniu
ul. M. Smoluchowskiego 11
60-179 Poznań

Badanie relacji stanu odżywienia z jakością życia chorych na zaawansowanego raka płuca

The nutrition and quality of life in advanced lung cancer patients

ANNA SŁOWIK-GABRYELSKA¹, GRAŻYNA KOWALEWSKA²

¹ Zakład Promocji Zdrowia i Edukacji Zdrowotnej Instytutu Kultury Fizycznej, Wydział Nauk Przyrodniczych Uniwersytetu Szczecińskiego
Kierownik: dr hab. med. prof. US i AM Anna Słowik-Gabryelska

² Oddział Pulmonologiczny Szpitala Wojewódzkiego we Włocławku
Kierownik: dr n. med. Grażyna Kowalewska

Streszczenie Biorąc pod uwagę fakt, że u chorych na zaawansowanego raka płuca występuje niedożywienie i dramatyczne objawy związane z rozwijającym się nowotworem przy małej skuteczności leczenia, poprawa jakości życia staje się priorytetem. U 100 chorych z zaawansowanym rakiem płuca, zakwalifikowanych do leczenia paliatywnego, badano korelację stanu odżywienia z jakością życia. Materiał do badań stanowiły obserwacje kliniczne i testy laboratoryjne tej grupy chorych. 57 osób otrzymało paliatywną chemioterapię, pozostali leczenie objawowe. U wszystkich chorych dokonano oceny stanu ogólnej sprawności, nasilenia objawów rozwijającego się raka i oceny stanu odżywienia. Ustalono, że zaburzenia łaknienia pozostają w korelacji z upośledzeniem odżywienia i nasileniem objawów raka. Leczenie objawowe nie wpływało istotnie na te dolegliwości. Natomiast chemioterapia zmniejszała liczbę i nasilenie objawów raka, ale tylko u osób pozytywnie reagujących na leczenie. Pozytywna odpowiedź na leczenie była zależna od stanu odżywienia. Powyższe pozwala na wniosek, że żywienie powinno być istotnym składnikiem leczenia. Wyrównanie niedoborów ilościowych, jakościowych oraz suplementacja niektórych substancji, poprawiając funkcję narządów, wpływa pozytywnie na jakość życia.

Słowa kluczowe: stan odżywienia, jakość życia, rak płuca.

Summary In advanced lung cancer patients the severe symptoms of neoplasm growth and malnutrition were seen. This, and ineffective therapy make us to concentrate our action to improve the quality of life in that group of persons. The aim of these examinations was to establish the correlation of the nutrition and quality of life in 100 advanced lung cancer patients, qualified to palliative treatment. The material to analysis were clinical observations and laboratory tests. In all patients; the performance status, the intensity of tumor related symptoms and body weight were evaluated. 57 patients received palliative chemotherapy and in 43 the symptomatic treatment was applied it was established, that the appetite disorders were in correlation to severity of malnutrition and intensity of lung cancer symptoms. Chemotherapy decreased the quantity and intensity of these symptoms, but in responders only. The response to treatment was in dependence of nutrition. The results of these studies suggest, that alimentation would be one of the basic factor in lung cancer treatment. The proper nutrition may normalize the the body weight and quit the deficit of all important substances. It may improve the function of organs, and next to improve the quality of life.

Key words: nutrition, quality of life, lung cancer.

Rak płuca rozwija się w wyniku przewlekłej ekspozycji na zewnątrzpochodne czynniki toksyczne, w tym rakotwórcze. Mimo, że etiopatogeneza tego nowotworu nie jest w pełni poznana, to główną rolę przypisuje się nałogowemu paleniu papierosów [2, 3, 5, 9, 16, 17, 25].

Wynika to z faktu, że u ponad 95% chorych na raka płuca można udokumentować czynne, rzadziej bierne narażenie na toksyczne składniki dy-

mu tytoniowego [18, 23, 24, 26]. Wśród czynników degradujących narządy istotne znaczenie odgrywa nikotyna. Między innymi obniża ona łaknienie i zaburza preferencje żywieniowe [2, 4, 6, 23]. Palacze tytoniu spożywają więcej tłuszczów, a 6 razy mniej warzyw i owoców [6, 11–13, 27]. Powoduje to przewlekły deficyt niezbędnych substancji odżywczych, energetycznych, budulcowych i funkcjonalnych, w tym hamujących inicja-

cję i rozwój nowotworu [1, 2, 4, 6, 10, 19, 20–22]. Rozwijający się nowotwór pogłębia upośledzenie odżywienia [20–22], podczas gdy długotrwałe regresje nowotworu uzyskuje się tylko u osób w dobrym stanie odżywienia. W niektórych ośrodkach stan odżywienia jest traktowany jak czynnik prognostyczny. Uważa się, że szybka utrata masy ciała w czasie terapii nie rokuje dobrych wyników leczenia. W zaawansowanym raku płuca, dramatyczne objawy związane z rozrastającym się nowotworem, przy małej skuteczności leczenia [7, 20], wymuszają koncentrację dotyczącą poprawy jakości życia chorych.

W tej sytuacji celowe jest podejmowanie badań zmierzających do ustalenia zależności między stanem odżywienia a jakością życia chorych na zaawansowanego raka płuca.

Materiał i metoda

Materiał do badań stanowiły obserwacje kliniczne i wyniki testów laboratoryjnych 100 chorych na zaawansowanego raka płuca, leczonych na Oddziale Chorób Płuc Wojewódzkiego Szpitala we Włocławku (32/100 – 32% rak anaplastyczny drobнокomórkowy, 68/100 – 68% rak niedrobнокomórkowy). Wszyscy ci chorzy byli zakwalifikowani do leczenia paliatywnego. 57 chorym podano przez trzy dni chemioterapię paliatywną w skojarzeniu: Cisplatyna 30 mg/m² i Etoposid 120 mg/m². Liczba kursów była uzależniona od tolerancji terapii i wynosiła 1–3 cykli. Pozostali 43/100 – 43% chorzy otrzymali leczenie objawowe.

Wszyscy chorzy byli objęci typowym monitorowaniem klinicznym i laboratoryjnym.

Oceny stanu ogólnej sprawności dokonano według metody Zubroda [8]. Oceny nasilenia objawów uszkodzenia narządów, przez rozrastający się nowotwór, dokonano w oparciu o 5-stopnio-

wą skalę opracowaną przez Hollena [14, 15]. Oceny stanu odżywienia dokonano w oparciu o pomiary antropometryczne: wzrost i masa ciała. Za prawidłową masę ciała przyjmowano: masa ciała = wzrost (cm) – 105 +/- 5%. Niedożywienie rozpatrywano w arbitralnie ustalonych grupach: 1° masa ciała niższa od 10 do 15% od należnej, 2° masa ciała niższa niż 15% należnej.

Oceny statystycznej dokonano w Zakładzie Teorii Prawdopodobieństwa i Statystyki Matematycznej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika. Oceniano nasilenie objawów uszkodzenia narządów wewnętrznych u chorych leczonych objawowo i chemioterapią. Badania istotności różnicy zmiennych jakościowych w tych dwóch grupach były przeprowadzone przy użyciu testów χ^2 .

Wyniki badań

Wśród chorych na zaawansowanego raka płuca, zaburzenia apetytu występowały u prawie 80% obserwowanych. Nie stwierdzono zależności od wieku. Chemioterapia u części chorych, niezależnie od wieku, poprawiała apetyt. Grupa chorych, u których uzyskano poprawę apetytu w stosunku do wszystkich badanych, była statystycznie znamienne. Test χ^2 dla wszystkich x = 6,11, p = 0,8590.

Badaniem zależności zaburzeń łaknienia od typu komórkowego i rodzaju leczenia zaawansowanego raka płuca ustalono, że chemioterapia u części chorych poprawiała łaknienie. Poprawę apetytu uzyskiwano u chorych z obu porównywanych grup. Nie stwierdzono istotnych różnic między grupami. Test χ^2 w odniesieniu do wszystkich leczonych objawowo x = 0,76, p = 0,9987, u chorych po chemioterapii wszyscy x = 3,08, p = 0,9407.

W grupie chorych, którzy otrzymali paliatywną chemioterapię cytoredukcyjną, liczba osób

Tabela 1. Zależność nasilenia zaburzeń łaknienia u chorych na zaawansowanego raka płuca

Grupa wiekowa	Liczba chorych	Nasilenie zaburzeń łaknienia (odsetek chorych)				
		0°	1°	2°	3°	4°
Leczeni objawowo						
30–40	3	–	–	33,3	–	66,6
46–55	6	–	–	16,6	33,3	50,0
56–70	26	–	3,8	19,2	42,3	34,6
> 70	8	–	–	25,0	12,5	62,5
Razem	43	–	2,3	20,9	32,5	44,1
Chemiczne leczenie cytoredukcyjne						
30–40	3			66,6	33,3	
46–55	14		7,1	21,4	43,8	28,5
56–70	35	5,7	14,1	34,2	22,8	22,8
> 70	5			40,0		60,0
Razem	57	3,5	10,5	33,3	26,3	26,3

z wybitnie nasilonymi objawami rozwijającego się raka była niższa niż w grupie leczonych objawowo. Wyniki tych badań nie były jednak statystycznie znamienne. Test χ^2 dla całości $x = 30,32$, $p = 0,0480$.

U 86/100 – 86% chorych na zaawansowanego raka płuca stwierdzono niedożywienie. W tej grupie u prawie 60% osób występowało wyniszczenie. Niedobór masy ciała znamienne rzutował na wyniki leczenia. Im bardziej obniżony, tym rzadziej uzyskiwano pozytywną odpowiedź na leczenie.

W badanej grupie chorych, nie stwierdzono zależności między stężeniem białka w surowicy

krwi a wynikami paliatywnego leczenia. Nie stwierdzono też przypadku spadku poziomu białka poniżej 6 g%. U żadnego chorego poziom albumin w surowicy nie przekraczał 4 g%, u 36/100 – 36% badanych mieścił się w przedziale 3–4 g%, a u 64/100 – 64% był niższy od 3 g%. Stwierdzono istnienie istotnej korelacji między stężeniem albumin w surowicy a wynikami leczenia. U osób z prawidłowym stężeniem albumin pozytywną odpowiedź na leczenie uzyskano u 35% leczonych, podczas gdy u chorych z obniżonym stężeniem tylko u 2%.

W obserwowanej grupie chorych na zaawansowanego raka płuca u prawie 100 osób wystę-

Tabela 2. Nasilenie zaburzeń łaknienia chorych na zaawansowanego raka płuca w zależności od typu histopatologicznego nowotworu

Typ komórkowy raka i leczenie	Liczba badanych	Nasilenie zaburzeń łaknienia				
		0°	1°	2°	3°	4°
Drobnokomórkowy Objawowe	9	11,1	11,1	33,3	33,3	44,4
Niedrobnokomórkowy Objawowe	34	–	23,5	32,3	32,3	44,1
Drobnokomórkowy Chemioterapia	23	17,3	26,0	21,7	21,7	30,4
Niedrobnokomórkowy Chemioterapia	34	5,9	38,2	29,4	29,4	23,5

Tabela 3. Nasilenie objawów związanych z rozwijającym się rakiem

Dolegliwości wpływające na jakość życia	Liczba chorych	Przed chemioterapią nasilenie zmian (stopień)		Liczba chorych	Po chemioterapii nasilenie zmian (stopień)	
		1–2	3–4		1–2	3–4
Nasilenie objawów związanych z rozwojem raka w grupie leczonych paliatywnie cytostatykami						
Niepokój	57	21,0	45,6	57	17,5	59,5
Osłabienie		49,1	14,0		19,2	77,1
Apetyt		33,3	24,5		33,3	59,5
Duszność		28,0	21,0		10,5	64,8
Kaszel		19,2	8,7		43,8	19,2
Bóle		10,5	36,8		40,0	47,3
Stan ogólnej sprawności		43,8	19,2		8,7	84,1
Zespół żyły głównej górnej		12,2	10,5		73,6	10,1
Zakażenia		7,0	5,2		57,8	31,4
Krwiopłucie		10,5	12,2		63,1	6,9
Nasilenie objawów związanych z rozwojem raka w grupie leczonych objawowo						
Niepokój	43	18,6	72,0	43	11,6	76,7
Osłabienie		32,5	25,5		6,9	92,9
Apetyt		53,4	20,9		20,9	78,9
Duszność		27,9	16,2		25,5	62,7
Kaszel		23,2	6,9		53,4	44,8
Bóle		11,6	32,5		67,4	30,2
Stan ogólnej sprawności		44,1	20,2		9,3	90,6
Zespół żyły głównej górnej		0	0		88,3	11,5
Zakażenia		0	0		76,7	16,2
Krwiopłucie		2,3	6,9		72,2	16,2

Tabela 4. Stan odżywienia 100 chorych na zaawansowanego raka płuca

Rodzaj badania	Wyniki badania	Odsetek chorych (%)	Pozytywne wyniki leczenia (%)
Ciężar ciała	norma \pm 5%	14	15
	deficyt 10–15%	27	10
	deficyt > 15%	59	2
Stężenie białka ogólnego w surowicy	> 7 g%	54	15
	6–7%	31	12
	< 6 g	14	
Stężenie albumin w surowicy	> 40 μ g	36	35
	20–39 μ g		
	< 20 μ g	64	2

Tabela 5. Zależność nasilenia objawów zaawansowanego raka płuca od wyników leczenia

Objawy zaawansowanego raka	Liczba leczonych	3–4 stopień nasilenia objawów raka u odsetka chorych		
		leczonych objawowo	po chemioterapii	
			skutecznej	nieskutecznej
Niepokój	100	74,4	43,7	57,8
Oslabienie		95,3	78,9	81,5
Apetyt		76,7	21,0	68,4
Duszność		69,7	42,1	63,1
Kaszel		16,2	10,5	13,1
Bóle		60,4	47,3	68,4
Stan ogólnej sprawności		97,6	63,0	97,0
Zespół żyły głównej górnej		0	5,2	10,5
Zakażenia		2,3	0	13,1
Krwioplucie		6,9	0	5,2

powąły dolegliwości. Najczęściej występowało osłabienie, obniżenie stanu ogólnej sprawności, jadłowstręt, duszność, niepokój. U znacznej liczby osób, u których chemicznym leczeniem cytostatycznym uzyskano remisję, zmniejszyły się: ból, osłabienie, duszność, kaszel, zakażenia, krwioplucie, poprawiał się apetyt i stan ogólnej sprawności. U osób, u których nie uzyskano regresji nowotworu, w stosunku do leczonych objawowo zmniejszył się niepokój, osłabienie i jadłowstręt, ale wzrastały bóle, zespół żyły głównej górnej, liczba zakażeń. Test χ^2 $y = 1,34$, $p = 0,2466$, $\gamma = 0,06$, $p = 0,7991$.

Omówienie wyników

Z przeprowadzonych badań wynika, że u większości chorych, niezależnie od wieku i typu raka komórkowego, ciężkie zaburzenia łaknienia występowały przed leczeniem. Leczenie objawowe nie zmniejszało jadłowstrętu. Zaburzenia łaknienia pozostawały w korelacji z upośledzeniem stanu odżywienia i objawami rozwi-

jającego się raka. Potwierdzono też doniesienia tych autorów, którzy stwierdzali duży deficyt masy ciała u prawie wszystkich chorych na raka płuca już w momencie wykrycia choroby i zależność wyników leczenia od stopnia niedożywienia [20–22]. Wśród obserwowanych chorych odsetek pozytywnych odpowiedzi na paliatywną chemioterapię zmniejszył się wraz ze wzrostem upośledzenia odżywienia. Paliatywna chemioterapia zmniejszała liczbę ciężkich zaburzeń łaknienia, zwłaszcza w przypadkach pozytywnej odpowiedzi na leczenie. Pozytywna odpowiedź na paliatywną chemioterapię zmniejszała też niepokój, duszność, bóle i podnosiła stan ogólnej sprawności.

Powyższe obserwacje pozwalają na stwierdzenie, że stan odżywienia w istotny sposób wpływa na jakość życia chorych z zaawansowanym rakiem płuca. W tej sytuacji żywienie zdaje się być istotnym elementem leczenia. Wyrównanie niedoborów ilościowych i jakościowych oraz suplementacja niektórych składników odżywczych może poprawić funkcjonowanie narządów wewnętrznych, współdecydujących o jakości życia.

Piśmiennictwo

1. Agteresch HJ, Reitveld T i wsp. Beneficial effects of adenosin triphosphate on nutritional status in advanced lung cancer patients; a randomized clinical trial. *J Clin Oncol* 2002; 20, 2: 371–378.
2. Alberg AJ, Samet JM. Epidemiology of lung cancer. *Chest* 2003; 123(Suppl. 1): S21–S49.
3. Andersen A, Barlow L, Engeland A, Kjaerheim K, Lynge E, Pakula E. Work related cancer in Nordic Countries. *Scan J Work Envir Health* 1999; 25(Suppl. 2): S1–S116.
4. Ames NE, Gold LS. The prevention of cancer. *Drug Nat Rev* 1998; 20: 2.
5. Baffeta P, Pershagen G, Jokel KH, Forasticke F, Gaborieu V i wsp. Cigar and pipe smoking and lung cancer risk; a multicentre study from Europe. *J Cancer Inst* 1999; 91, 8: 697–701.
6. Birket NJ. Intake of fruits and vegetables in smokers. *Public Health* 1999; 2, 2: 217–222.
7. Chojnacka-Kowalewska G. *Jakość życia chorych na pierwotnego raka płuca w fazie progresji nowotworu*. Praca doktorska. Bydgoszcz, AM, 2000.
8. Depierre A. *Cancers bronchiques*. Paris: Arnette Blacwell SA; 1996: 6.
9. Dresler CM. Is it more impact to quit smoking than which chemotherapy is used? *Lung Cancer* 2003; 39, 2: 119–124.
10. Epstein KR. The role of carotenoids on the risk of lung cancer. *Sem Oncol* 2003; 30, 1: 86–93.
11. Ferguson LR. Prospects for cancer prevention. *Nut Res* 1999; 428, 1: 329–338.
12. Goodman GE. Lung cancer prevention of lung cancer. *Thorax* 2002; 57, 11: 994–999.
13. Harnack L, Nicodemus K, Jacobs DR, Folsom AR. An evaluation of the dietary guide lines for Americans in relation to cancer occurrence. *Am J Clin Nutr* 2001; 76, 4: 889–896.
14. Hollen PJ. Quality of life assessment in individuals with lung cancer. Testing the Lung Cancer Scale (LCSS). *Eur J Cancer* 1993; 29A (Suppl. 1): S51–S58.
15. Hollen PJ. Measurement of quality of life in patients with lung cancer. *Cancer* 1994; 73, 8: 2087–2098.
16. Kreuzer M, Boffeta P, Whitley E, Ahrens W i wsp. Gender diferences in lung cancer risk by smoking, a multicentre case control study in Germany and Italy. *Br J Cancer* 2000; 82, 1: 227–233.
17. Kreuzer M, Krauss M, Kreinenbrock L, Jockel NH, Wichman HE. Environmental tobacco smoke and lung cancer; a case control study of epidemiology. *Am J Epidemiol* 2000; 151, 3: 241–250.
18. Leffondre K, Abramowicz M i wsp. Modeling smoking history; a comparison of different approaches. *Am J Epidemiol* 2002; 1, 156(9): 813–823.
19. Reid ME, Duffield-Lillico AJ i wsp. Selenium supplementation and lung cancer incidence; on update of nutritional prevention of cancer trial. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2002; 11: 1285–1291.
20. Słowik-Gabryelska A. *Kompleksowe badanie czynników o potencjalnym wpływie na skuteczność leczenia raka płuca*. Praca habilitacyjna. Poznań, AM; 1991.
21. Słowik-Gabryelska A. Assessment of nutritional status in lung cancer patients. *Med Sc Monitor* 1996; 2, 5: 606–612.
22. Słowik-Gabryelska A. Influence of serum vitamin A deficit on the effectiveness of treatment in lung cancer patients. *Med Sc Monitor* 1996; 2, 5: 599–605.
23. Słowik-Gabryelska A. Analiza warunków rozwoju przewlekłego zapalenia oskrzeli u chorych leczonych w Klinice w latach 1993–1996. *Pol Merk Lek* 1998; 5, 30: 321–325.
24. Słowik-Gabryelska A, Sokołowski J. Badania epidemiologiczne chorych na raka płuca leczonych w latach 1985–1994 w województwie wrocławskim. *Onkol Pol* 2000; 3, 1: 1–7.
25. Słowik-Gabryelska A, Sokołowski J. Prewencja jako podstawa walki z rakiem płuca. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Lublin. Polonia*. 2003; 58(supl. 13): 124–129.
26. Słowik-Gabryelska A, Sokołowski J. Analiza czynników socjalno-środowiskowych chorych na raka płuca. *Współ Onkol* 2003; 7, 2: 127–133.
27. Van Zandwijk N, Pastorino U. Chemoprevention of lung cancer; soon daily practice? *Exp Rev Anticancer Threat* 2003; 3, 1: 91–98.

Adres I Autorki:

Zakład Promocji Zdrowia i Edukacji Zdrowotnej IKF
Wydział Nauk Przyrodniczych Uniwersytetu Szczecińskiego
ul. Piastów 40B
71-065 Szczecin

Niepłodność jako jedna z chorób społecznych

The infertility as a chronic disease

JAROSŁAW KURIATA, DANIEL KRUCHLIK, AGNIESZKA BRODOWSKA,
ANDRZEJ STARCZEWSKI, IWONA SZYDŁOWSKA, ANDRZEJ PUCHALSKI,
JACEK BRODOWSKI*

Klinika Rozrodczości i Ginekologii, Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie

Kierownik Kliniki: dr hab. n. med. Andrzej Starczewski

* Samodzielna Pracownia Pielęgniarstwa Rodzinnego, Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie

Kierownik Pracowni: dr n. med. Beata Karakiewicz

Streszczenie Niepłodność należy obecnie do chorób społecznych. Częstość jej występowania ocenia się w Polsce na około 15–20% par, a czas leczenia niepłodności zakończony urodzeniem zdrowego dziecka waha się od 2 do 5 lat. W połowie przypadków przyczyną niepłodności jest czynnik męski, w połowie czynnik żeński, a w 15% przyczyna leży po stronie obojga partnerów. **Cel pracy:** Celem pracy była ocena czasu leczenia i przyczyn niepłodności oraz jakości życia kobiet dotkniętych tym schorzeniem. **Materiał i metody:** Przeanalizowano 40 losowo wybranych historii chorób pacjentek w wieku od 26 do 34 lat, leczonych z powodu niepłodności w Klinice Rozrodczości i Ginekologii PAM w Szczecinie w 2003 r., które wypełniły kwestionariusz jakości życia. **Wyniki:** Badane pacjentki leczyły się z powodu niepłodności od 1 do 7 lat (śr. 5,4 lat). Najczęstszą przyczyną przerw w leczeniu były zbyt wysokie jego koszty. Z przeprowadzonego kwestionariusza wynika, że połowa ankietowanych nie posiada dostatecznej wiedzy na temat niepłodności, dla wszystkich pacjentek leczenie niepłodności jest zbyt kosztowne. W miarę trwania leczenia nasilają się u badanych objawy psychiczne: częste zmiany nastroju, depresja, drażliwość, bezsenność, 3 kobiety zgłaszają występowanie myśli samobójczych będących powodem leczenia psychiatrycznego. Tylko 2,5% ankietowanych uważa swój związek małżeński za udany, mimo niepłodności, 12,5% badanych ograniczyła swoje kontakty ze znajomymi z tego powodu, a 65% obserwuje negatywny wpływ choroby na pracę zawodową. **Wnioski:** 1. Zbyt wysoki koszt leczenia niepłodności w Polsce powoduje, że leczenie trwa zbyt długo. 2. Niepłodność stanowi poważną przyczynę zaburzeń psychicznych, izolacji środowiskowych i nieudanych związków małżeńskich.

Słowa kluczowe: niepłodność, choroba społeczna.

Summary Infertility is currently a social problem. The frequency of this disease in Poland is estimated for about 15–20% couples and average treatment time, finished with delivery of healthy child, is about 2–5 years. The male factor is cause of half of cases of infertility, similarly as a female factor and in 15% of cases fault is on the side of both partners. The aim of study was the assessment of infertility causes, average treatment time and the quality of life in women with this problem. **Material and methods:** There were analyzed the histories of 40 patients treated because of infertility in Department of Reproduction and Gynecology of Pomeranian Medical University during the 2003 year. The patients also fulfilled the questionnaire of life quality. **Results:** The length of infertility treatment in analyzed group was 1 to 7 years (mean 5.4). The most frequent cause of breaks in therapy were high costs of it. From the questionnaire appears that the half of patients has insufficient knowledge about infertility and for every of them treatment costs were too much. With the length of therapy the mental symptoms increase. That are: humor changes, depression, irritability and sleeplessness. Three of women reported suicidal thoughts what was the cause of their psychiatric therapy. Only 2.5% of couples think their connection as successful despite of infertility, 12.5% limited their contacts with friends because of this and in 65% it has negative influence on the work. **Conclusions:** 1. Too much costs of infertility treatment cause the prolongation of the therapy. 2. Infertility is the serious cause of mental disorders, social isolation and unsuccessful marriages.

Key words: infertility, chronic disease.

Wstęp

Szacuje się, że w Polsce około 15–20% par leczy się z powodu niepłodności, czyli około 2,4 mln Polaków [4]. Niepłodnością określa się brak ciąży w związku partnerskim, niestosującym żadnych metod jej zapobiegania po 12 miesięcznym okresie regularnego współżycia płciowego [3]. Kierując się definicją WHO, określającą zdrowie jako stan pełnej wydolności fizycznej i psychicznej, niepłodność należy traktować jako chorobę; biorąc pod uwagę skalę tego problemu – jako chorobę społeczną [1]. Wśród przyczyn niepłodności wyróżnia się zarówno czynnik męski, jak i żeński. Niepłodność kobieca spowodowana może być zaburzeniami hormonalnymi, powodującymi brak jajczkowania, oraz zmianami anatomicznymi w obrębie macicy i jajowodów [4]. Niepłodność męska to najczęściej nieprawidłowe parametry nasienia z powodu narażenia na szkodliwe działanie czynników środowiskowych (palenia papierosów, ekspozycja na substancje chemiczne związane z wykonywaną pracą), czynniki infekcyjne m.in. przebyta świnka oraz zaburzenia genetyczne (delecja chromosomu Y). W 10–20% przypadków przyczyna niepłodności pozostaje nieznana.

Czas leczenia zakończony urodzeniem zdrowego dziecka waha się od 2 do 5 lat. Niemożność posiadania potomstwa jest dla prawie każdej kobiety wielkim problemem psychicznym i społecznym, choć skala tego problemu bywa różna w każdym przypadku. Prowadzi to często do przewlekłego stresu, a w konsekwencji do zmian w hierarchii uznawanych wartości, potrzeb, postaw i przekonań dotyczących własnej osoby [2].

Cel pracy

Celem pracy była ocena czasu leczenia i przyczyn niepłodności oraz jakości życia kobiet dotkniętych tym schorzeniem.

Materiał i metody

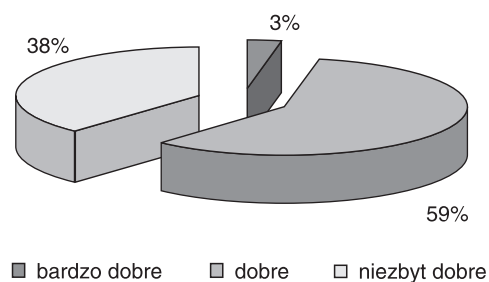
Praca powstała w wyniku analizy 40 losowo wybranych historii chorób pacjentek leczonych z powodu niepłodności w Klinice Rozrodczości i Ginekologii Pomorskiej Akademii Medycznej w roku 2003, które wypełniły kwestionariusz jakości życia. Wiek ankietowanych zamykał się w przedziale od 26 do 34 lat. Najwięcej kobiet legitymowało się wykształceniem wyższym – 42,5%, w dalszej kolejności średnim – 35%, a najmniej zawodowym – 22,5%. Na wsi mieszkało 10% kobiet, w małym mieście (do 50 000

mieszkańców) 45%, a w dużym (powyżej 50 000 mieszkańców) 45%. Mężatki stanowiły znaczną większość ankietowanych (95%).

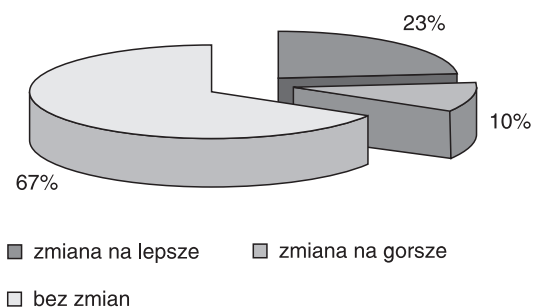
Wyniki

Połowa ankietowanych kobiet uznała zakres posiadanej przez siebie wiedzy na temat niepłodności za niedostateczny (8 na 16 pacjentek z wykształceniem wyższym; 5 na 14 ze średnim oraz 7 na 9 z zawodowym). Czas, po jakim kobiety zgłaszały się z tym problemem do lekarza (do roku – 75,5%; 1–2 lata – 17,5%; powyżej 2 lat – 7,5%), nie zależał ani od wykształcenia, ani od miejsca zamieszkania (wieś, małe/duże miasto). Czas leczenia zamykał się w przedziale od 1 roku do 7 lat (średnio 5,4 roku). Dla wszystkich pacjentek leczenie stanowiło poważne obciążenie finansowe. Było to najczęstszą przyczyną przerw w terapii.

Ocenę jakości życia ankietowanych kobiet przedstawia rycina 1. Badane zauważyły u siebie: częste zmiany nastroju (70%), większą drażliwość (80%), chęć odizolowania się od otoczenia (37,5%) oraz problemy ze snem (27,5%). Prawie połowa kobiet uznała, że niemożność posiadania potomstwa czyni je niepełnowartościowymi. Jedna trzecia ma poczucie winy z tego powodu, a prawie 60% czuje się skrzywdzona przez los. Zdaniem 42,5% badanych brak potomstwa odbiera życiu sens. Trzy kobiety miały z tego powodu myśli samobójcze!



Ryc. 1. Ocena samopoczucia wśród ankietowanych kobiet



Ryc. 2. Relacje z partnerem od chwili pojawienia się problemów z płodnością

Wpływ niepłodności na relacje z partnerem oceniany przez ankietowane kobiety przedstawia rycina 2. Jedynie 2,5% badanych kobiet uznało swój związek za nieudany. Większość ankietowanych nie zauważyła zmiany w stosunkach z partnerem od chwili pojawienia się problemów z płodnością. Około jedna piąta badanych odczuła negatywny wpływ niemożności zajścia w ciążę na życie seksualne (10% nie odczuwa już takiej satysfakcji, jak wcześniej, a dla 7,5% seks stał się uciążliwym obowiązkiem). Liczba odbywanych stosunków w większości przypadków pozostała bez zmian (w 17,5% wzrosła, 17,5% zmalała). Ponad 20% pacjentek obawia się, iż może być porzucona przez partnera. Ewentualną decyzję o adopcji dziecka 20% kobiet uzależnia wyłącznie od decyzji partnera.

Spośród badanych małżeństw 12,5% ograniczyła z powodu niepłodności kontakty z rodziną. Chęć ukrycia faktu leczenia niepłodności przed własną rodziną zadeklarowało 20% kobiet, natomiast 45% kryje ten fakt przed znajomymi. Negatywny wpływ niepłodności na pracę zawodową zauważyło 65% ankietowanych (w tym 35% ma problemy z koncentracją, a 17,5% kobiet utraciło chęć do pracy). W 35% praca pomaga im zapomnieć o tym problemie. Jedynie 5% pacjentek odczuwa w tej sytuacji większą potrzebę samorealizacji zawodowej.

Dyskusja

Zdolność do posiadania potomstwa uważana jest za zjawisko oczywiste i naturalne. Tylko w części przypadków partnerzy zawierając zwią-

zek małżeński zastanawiają się, czy są zdolni do poczęcia dziecka [2]. Pojawienie się problemu niepłodności stanowi zazwyczaj źródło silnego stresu dla obojga partnerów. Przedstawione badania wykazały, że u części kobiet zaistniała sytuacja pogorszyła ich samopoczucie. Prawie u połowy kobiet stwierdzono obniżenie poczucia własnej wartości. Znalazło to negatywne odbicie w ich życiu codziennym oraz funkcjonowaniu w społeczeństwie. Podobne spostrzeżenia dotyczące jakości życia kobiet w małżeństwie bezdzietnym, ich samooceny i samoakceptacji oraz czerpania satysfakcji z życia poczynili także inni autorzy. Kobiety zawiedzione niespełnionym macierzyństwem starają się ukryć swój problem, bojąc się odrzucenia przez społeczeństwo. Wszystkie pacjentki uznały, że leczenie niepłodności w Polsce jest za drogie, co stanowi główną przyczynę wydłużenia jego czasu. Wysokie koszty czynią tę terapię niedostępną dla wielu cierpiących kobiet. Uznając niepłodność za chorobę społeczną, należy podkreślić, że ma ona duży wpływ na funkcjonowanie kobiety w społeczeństwie i może być przyczyną poważnych zaburzeń psychicznych. Stanowi więc poważny problem leczniczy.

Wnioski

1. Zbyt wysoki koszt leczenia niepłodności w Polsce powoduje, że leczenie trwa zbyt długo.
2. Niepłodność stanowi poważną przyczynę zaburzeń psychicznych, izolacji środowiskowych i nieudanych związków małżeńskich.

Piśmiennictwo

1. Holas P, Radziwoń M, Wójtowicz M. Niepłodność a zaburzenia psychiczne. *Psychiatr Pol* 2002; 36: 557–566.
2. Łepecka-Klusek C. Pozycja kobiety w małżeństwie bezdzietnym. *Ginek Pol* 1997; 68(supl.): 204–208.
3. Mishell D, Brenner P. *Management of common problems in obstetrics and gynecology*. Oxford: Blackwell Science Limited; 1994.
4. Pisaski T, Szamatowicz M. *Niepłodność*. Warszawa: PZWL; 1997.

Adres I Autora:
Klinika Ginekologii i Rozrodczości
PAM w Szczecinie
ul. Unii Lubelskiej 1
71-252 Szczecin

Wpływ wybranych czynników na jakość życia pacjentów zainfekowanych *Helicobacter pylori*

Influence of chosen factors on quality of life of patients infected with *Helicobacter pylori*

BERNADETA CEGŁA, ZBIGNIEW BARTUZI

Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Katedra Pielęgniarstw Klinicznych,
Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Medyczna w Bydgoszczy
Kierownik Katedry: dr hab. n. med., prof. nadzw. AM Zbigniew Bartuzi

Streszczenie Jakość życia zależna od zdrowia (Health Related Quality of Life – HRQL) badana jest najczęściej pod kątem skutków, jakie wywołuje choroba. Oceniane są zmiany dokonujące się w funkcjonowaniu chorego w różnych sferach jego życia. Nie tylko jednak sam fakt wystąpienia schorzenia jest istotnym czynnikiem wywierającym wpływ na satysfakcję i zadowolenie z życia człowieka. Celem badań było określenie, czy na jakość życia pacjentów zainfekowanych *Helicobacter pylori* mają wpływ: natężenie schorzenia wywołanego przez infekcję, wiek i płeć badanych oraz palenie tytoniu. Grupę badawczą stanowiły 53 dorosłe osoby. Narzędziem badawczym był Kwestionariusz Jakości Życia dla Funkcjonalnych Zaburzeń Trawiennych. Na podstawie uzyskanych danych stwierdzono, że przyrost jakości życia (PJŻ) pacjentów zainfekowanych *H. pylori* nie jest zależny od płci badanych oraz od ich wieku. Nie jest też zależny od palenia tytoniu przez chorych. Analiza uzyskanych wyników wykazała statystycznie istotną zależność między jakością życia pacjentów (JŻ) oraz przyrostem jakości życia (PJŻ) a natężeniem bólu żołądka.

Słowa kluczowe: palenie tytoniu, ból, jakość życia, infekcja *Helicobacter pylori*.

Summary The quality of life related to health (Health Related Quality of Life – HRQL) has been most often studied regarding its consequences caused by the disease. Changes, which occur in the patient's functioning in various aspects of life, are assessed. However, not only the fact of disease's occurrence is a crucial factor influencing satisfaction and wellness of people. The purpose of studies was to answer if quality of life of patients infected with *Helicobacter pylori* is influenced by: severity of disease caused by infection, age and sex of subjects and smoking habit. The researched group comprised 53 adults. The investigational tool was the Quality of Life Questionnaire – for Functional Digestive Disorders. On the basis of obtained results, the authors have stated that the rise in life quality (PJŻ) of patients infected with *Helicobacter pylori* does not depend on their sex or age. It also does not depend on smoking habit of patients. Analysis of the results showed that the dependency of patients' life quality (JŻ) and the rise of life quality (PJŻ) on ventricular pain intensity are statistically significant.

Key words: smoking, pain, quality of life, *Helicobacter pylori* infection.

Wstęp

Jakość życia jest pojęciem szerokim i wielowymiarowym. Opiera się ono na definicji zdrowia przyjętej przez WHO, stwierdzającej, że jest ono „pełnią dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brakiem choroby”. Badania medyczne skupiają się na badaniu jakości życia związanej ze zdrowiem (HRQL), tzn. jego zmianami z powodu wystąpienia choroby. HRQL odnosi się więc do wpływu stanu zdrowia na funkcjonowanie człowieka. Mi-

mo różnych poglądów na jakość życia, jej badacze są zgodni, co do tego, iż:

- dotyka ona trzech głównych sfer aktywności człowieka: fizycznej, psychicznej oraz społecznej,
- ma dwa aspekty: subiektywny i obiektywny,
- decydującą rolę w wyznaczaniu jej poziomu odgrywa subiektywna ocena jednostki,
- ulega zmianom w czasie oraz wpływom czynników zewnętrznych (Dziurowicz-Kozłowska A, 2002).

Nie bez znaczenia jest również aspekt spo-

leczy oraz ogólna satysfakcja z życia wyrażana w najprostszych czynnościach chorego, a także indywidualny sposób percepcji oddziałujących czynników (Stelcer B, 2001). Za szczególnie ważne kryterium i wskaźnik jakości życia przyjmuje się subiektywną ocenę różnych elementów danej sytuacji, która wyraża się w określonych stanach emocjonalnych i przekonaniach (Dziurawicz-Kozłowska A, 2002a).

Zadowolenie i samopoczucie nie są jednak stałe i zmieniają się z dnia na dzień, z okazji na okazję. Poziom zadowolenia z życia zależy od rozmaitych okoliczności i czynników, niekiedy tylko częściowo związanych z medycyną czy stanem zdrowia. Są nimi np. cechy osobowości, styl życia, nastroj, zasoby finansowe (Sidorowicz S, 2001). Te ogólne determinanty mają znaczenie w odczuwaniu przez człowieka zadowolenia. W sytuacji wystąpienia choroby mogą one w istotny sposób podnosić, jak i obniżać poziom satysfakcji i subiektywnie odczuwanej jakości życia. Jak widać, wszystkie przedstawione „elementy zdrowotne” i czynniki socjoekonomiczne wzajemnie na siebie oddziałują, a wypadkową tych oddziaływań jest prezentowana przez pacjentów satysfakcja lub zadowolenie. Niekiedy z przyczyn chorobowych nawet obiektywnie pozytywne warunki i stan pacjenta nie poprawiają jakości życia lub odwrotnie. Na przykład osoby z depresją mają skłonności do ekspozowania niepowodzeń, trudności przystosowawczych, negatywnych doświadczeń, niezadowolenia z pełnionych ról, osamotnienia i rozpacz. Natomiast chorzy ze zmianami afektu, brakiem krytycyzmu, znajdując się nawet w bardzo niekorzystnej sytuacji, niekiedy zawyżają jakość życia (Sidorowicz S, 2001a).

Celem niniejszych badań było stwierdzenie, czy na jakość życia pacjentów zainfekowanych *H. pylori* ma wpływ palenie tytoniu oraz czy jest ona zależna od płci badanych, ich wieku oraz stopnia natężenia głównego objawu chorobowego spowodowanego infekcją.

Materiał i metoda

Badania prowadzono na terenie miasta Bydgoszczy w 2003 r. Grupę badawczą stanowili pacjenci zainfekowani *H. pylori* i poddawani eradykacji. Objęto nimi 53 dorosłe osoby. Charakterystykę badanych według wieku i wykształcenia przedstawiają tabele 1 i 2.

Badania miały charakter ankietowy. Narzędziem badawczym był standaryzowany Kwestionariusz Jakości Życia dla Funkcjonalnych Zaburzeń Trawiennych. Składał się on z 43 pytań dotyczących samopoczucia pacjenta, jego aktywności oraz reakcji na wystąpienie choroby. Badanie pacjenta przeprowadzono dwukrotnie. Pierwsze po stwierdzeniu infekcji i zaleceniu terapii, drugie po eradykacji, około 2 tygodnie od zakończenia przyjmowania leków.

Wyniki badań

Uzyskane z badań dane poddano analizie statystycznej. Na tej podstawie stwierdzono, że jakość życia (JŻ) pacjentów zainfekowanych *H. pylori* nie jest zależna od płci badanych. Test *t*-studenta nie wykrył istotnej różnicy między średnimi wartościami PJŻ w podgrupach mężczyzn i kobiet. Wyniki przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 1. Wiek badanych

18–39		40–59		> 60	
l.	%	l.	%	l.	%
16	30,19	24	45,28	13	24,53

Tabela 2. Wykształcenie badanych

Podstawowe		Zawodowe		Średnie		Wyższe	
l.	%	l.	%	l.	%	l.	%
4	7,55	18	33,96	22	41,51	9	16,98

Tabela 3. Przyrost jakości życia w grupie mężczyzn i kobiet

	N	Średnia	Odch. stand.	<i>t</i> – stat.	<i>p</i> – value
Kobiety	29	21,1	13,0	0,63	0,53 (NS)
Mężczyźni	24	19,0	10,1		

Wyniki badań nie wykazują zależności korelacyjnej pomiędzy wiekiem badanych a przyrostem jakości życia (PJŻ) chorych. Obliczony współczynnik korelacji liniowej $R_{xy} = -0,13$ jest nieistotny statystycznie (NS). Brak zależności przedstawia rycina 1.

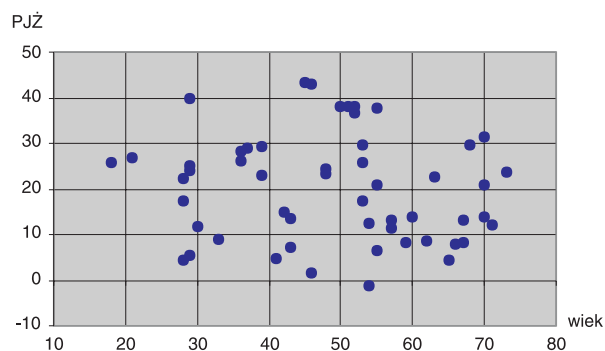
Analiza wyników badań pozwala stwierdzić, że JŻ pacjentów zainfekowanych bakterią *H. pylori* przed leczeniem infekcji i jej poprawa po zakończonej eradykacji nie są zależne od palenia tytoniu przez badanych. Za pomocą testu *t*-studenta porównano średnie wartości JŻ przed leczeniem i średnie wartości PJŻ po leczeniu w grupie palących i niepalących. Mimo, iż średni poziom JŻ w grupie niepalących jest liczbowo większy, test nie wykrył istotnej różnicy w porównywalnych grupach $-1,08 = |t| < t_{kr} = 2,01$ (obszar krytyczny dwustronny). Wyniki podano w tabeli 4.

Wyniki badań wskazują, że JŻ przed leczeniem i PJŻ po leczeniu nie są zależne od tego, którą ze sfer życia infekcja *H. pylori* zaburzyła najbardziej. Porównane zostały średnie wartości JŻ przed leczeniem i PJŻ po leczeniu w dwóch grupach pacjentów. Były nimi grupy pacjentów, którzy sami określili, jaka ze sfer ich życia zaburzona została najbardziej przez infekcję – fizyczna czy psychiczna. Wyniki przedstawia tabela 5.

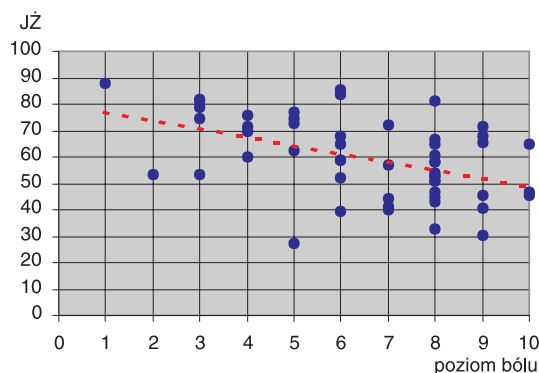
Na podstawie wyników badań można stwierdzić, że wpływ natężenia głównego objawu, jaki wywołała infekcja *H. pylori* na JŻ jest statystycznie istotny. Analiza danych wykazała związek między poziomem dokuczliwości bólu a JŻ chorych zainfekowanych *H. pylori*. Rycina 2 wykazuje, że ze wzrostem natężenia najbardziej dokuczliwego objawu, jakim jest ból, JŻ pacjentów generalnie maleje. Obliczony współczynnik korelacji liniowej Pearsona jest istotny ($t = 3,80$, $p < 0,001$) i wynosi $-0,47$. Została więc ustalona ujemna korela-

cja liniowa między natężeniem bólu a JŻ przed leczeniem. Wyniki ilustruje rycina 2.

Zbadano również związek PJŻ po leczeniu a natężeniem najbardziej dokuczliwego objawu w chorobie. Wyniki wykazują, że PJŻ jest wyższy u osób z większym natężeniem bólu jako najbardziej dokuczliwym objawem. Wartość współczynnika regresji liniowej Pearsona wynosi $0,46$ i jest istotna ($t = 3,70$, $p < 0,001$). Istnieje, więc



Ryc. 1. Zależność PJŻ od wieku



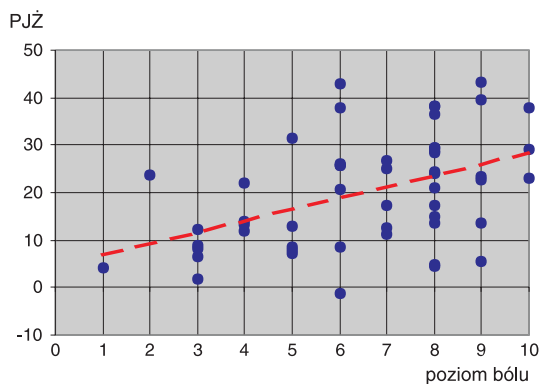
Ryc. 2. Zależność JŻ od poziomu bólu

Tabela 4. JŻ przed leczeniem i PJŻ po leczeniu u palących i niepalących

		N	Średnia	Odch. stand.	t – stat.	p – value
JŻ przed leczeniem	palący	20	57,0	12,0	-1,08	0,28 (NS)
	niepalący	33	61,3	14,9		
PJŻ	palący	20	20,9	12,0	0,38	0,70 (NS)
	niepalący	33	19,6	11,6		

Tabela 5. JŻ przed leczeniem i PJŻ u osób z zaburzoną sferą psychiczną i fizyczną

	Zaburzona sfera	N	Średnia	Odch. stand.	t – stat.	p – value
JŻ przed leczeniem	psychiczna	28	57,5	14,8	-0,33	0,74 (NS)
	fizyczna	20	58,9	13,4		
PJŻ	psychiczna	28	19,7	10,7	0,89	0,38 (NS)
	fizyczna	20	22,6	11,8		
	niepalący	33	19,6	11,6		



Ryc. 3. Zależność PŻ od poziomu bólu

korelacja dodatnia między natężeniem bólu a PŻ po leczeniu. Wyniki ilustruje rycina 3.

Dyskusja

Jakość życia związana ze zdrowiem nie jest zależna wyłącznie od samego faktu wystąpienia choroby, a jej poprawa lub pogorszenie bezwzględnie związane z ustąpieniem lub nasileniem objawów. Na satysfakcję i zadowolenie z życia osób chorych ma wpływ stan psychiczny pacjentów, czynniki socjoekonomiczne (np. stan finansowy, wykształcenie, warunki mieszkalne), jak również ich własne doświadczenie czy też więzi emocjonalne istniejące w rodzinach. Jeśli dochody pacjenta pozwalają mu na osiągnięcie dobrego stanu odczuwania radości z życia w społeczeństwie, prawdopodobna jest jego satysfakcja z pracy i życia (Glise H i wsp., 1995). Także płeć chorych może mieć wpływ na jakość życia w chorobie. Glise i wsp. opisują badania, które stwierdziły, że kobiety miały ogólny wynik dobrego samopoczucia w chorobie niższy niż mężczyźni. W badaniach autorów niniejszego artykułu nie stwierdzono takiej zależności. Płeć badanych nie miała istotnego wpływu na jakość życia pacjentów zainfekowanych *H. pylori*. Badania te nie wykazały także zależności jakości życia od wieku badanych. Cytowani wcześniej Glise i wsp. opisują badania, które wykazały, że osobnicy w średnim wieku mają niższe wartości jakości życia niż optymistyczni młodzi lub starsi pacjenci. W sytuacji choroby nie tylko sam fakt wystąpienia jest istotny. Nasilenie choroby i skutki przez nią wywołane mogą istotnie zmieniać satysfakcję i zadowolenie z życia chorego. Choroba i pewien stopień upośledzenia przez nią wywołany powodują degenerację socjoekonomiczną, co często wiąże się z utratą pracy, przyjaciół i automatycznie obniża jakość życia. W innych przypadkach pomoc przyjaciół, wsparcie sąsiadów w tej samej chorobie może podnieść ocenę jakości życia w niepozytywnej sytuacji. Może to stanowić wy tłumacze-

nie, dlaczego niekiedy badania ciężkich stanów klinicznych wykazują czasami mniej pogorszoną jakość życia niż w innych, mniej poważnych lub wręcz błahych stanach. Na przykład w badaniach pacjentów z łuszczycą stwierdzono, że satysfakcja i zadowolenie z życia nie są wyłącznie uzależnione od występowania zmian i ciężkości schorzenia, lecz także, w dużej mierze, od sposobu funkcjonowania w społeczeństwie (Jankowiak B, 2003). Badania subiektywnej oceny stanu zdrowia pacjentów z dusznicą bolesną wykazały, że jakość życia tychże pacjentów nie wiąże się z nasileniem objawów choroby wieńcowej, którą potwierdzono w ocenie angiograficznej (Skrzypek M, Widomska-Czekajska T, 2002). Badania autorów wykazują jednak wyraźnie, że jakość życia pacjentów zainfekowanych *H. pylori* zależna jest od intensywności schorzenia przez nią wywołanego. Stwierdzono bowiem istnienie korelacji między natężeniem głównego objawu chorobowego a jakością życia chorych. Czynniki stylu życia, takie jak palenie tytoniu i konsumpcja alkoholu, uważane są za istotnie wpływające na jego jakość. Są one czynnikiem wywołującym zaburzenia przewodu pokarmowego. Ogólny jednak ich wpływ na objawy dyspeptyczne wydaje się niewielki (Moayyedi R, 2000). Na jakość życia w chorobie ma także wpływ emocjonalny stan pacjenta, jego oczekiwania i nadzieje na poprawę stanu zdrowia i ustąpienie schorzenia. Nie tylko dolegliwości fizyczne czy stan psychiczny determinują odczucia i zadowolenie pacjenta, ale także zwrótnie mogą nasilać objawy somatyczne (Kosińska-Dec K, Jelonkiewicz I, 2002). Badania Miniszewskiej i wsp. wskazują, że konstruktywne strategie radzenia sobie z chorobą sprzyjają lepszej jakości życia odnoszonej zarówno do poziomu funkcjonowania pacjenta, jak i objawów choroby.

Wnioski

Na podstawie analizy danych otrzymanych z badań sformułowano następujące wnioski:

1. przyrost jakości życia (PJŻ) pacjentów zainfekowanych *H. pylori* nie jest zależny od płci badanych oraz od ich wieku,
2. jakość życia (JŻ) pacjentów zainfekowanych bakterią *H. pylori* przed leczeniem infekcji i jej poprawa po zakończonej eradykacji nie są zależne od palenia tytoniu przez badanych,
3. jakość życia pacjentów (JŻ) oraz przyrost jakości życia (PJŻ) są zależne od natężenia bólu żołądka, najbardziej dokuczliwego objawu choroby związanej z infekcją,
4. jakość życia pacjentów (JŻ) oraz przyrost jakości życia (PJŻ) nie są zależne od tego, którą ze sfer życia infekcja *H. pylori* zaburzyła najbardziej.

Piśmiennictwo

1. Dziurawicz-Kozłowska A. *Wokół pojęcia jakości życia*. [w:] *Psychologia jakości życia*. Warszawa: Zakład Psychologii Medycznej AM; 2002; 1(2): 77–79.
2. Stelcer B. Jakość życia jako pojęcie subiektywne i wielowymiarowe. *Pielęgn Pol* 2001; 2(12): 227–233.
3. Sidorowicz S. Kilka uwag na temat pojęcia jakości życia. *Wiad Psychiatr* 2001; 4(4): 293–296.
4. Glise H i wsp. Quality of Life Assessments in the Evaluation of Gastroesophageal Reflux and Peptic Ulcer Disease before, during and after Treatment. *Skand J Gastroenterol* 1995; 30(Suppl. 208): 133–135.
5. Jankowiak B i wsp. Wybrane parametry oceny jakości życia pacjentów z łuszczycą. *Derm Klin* 2003; 5(1): 21–27.
6. Skrzypek M, Widomska-Czekajka T. Subiektywnie oceniony stan zdrowia a nasilenie zmian w naczyniach wieńcowych u pacjentów z dusznicą bolesną. *Pol Prz Kardiol* 2002; 4(4): 343–348.
7. Moayyedi R i wsp. Effect of population screening and treatment for *Helicobacter pylori* on dyspepsia and quality of life in the community: a randomised controlled trial. *Lancet* 2000; 355(13): 1665–1669.
8. Kosińska-Dec K, Jelonkiewicz I. Funkcjonowanie rodziny a poczucie dobrostanu u młodzieży warszawskiej. *Sztuka Leczenia* 2002; 8(3): 83–90.
9. Miniszewska J i wsp. Strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową a jakość życia. *Psychoonkologia* 2002; 6(4): 89–94.

Adres Autorów:

Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego

Katedra Pielęgniarstw Klinicznych

Wydział Nauk o Zdrowiu

AM w Bydgoszczy

ul. Techników 3

85-801 Bydgoszcz

Wpływ czynników środowiskowych na występowanie chorób atopowych

Influence of environmental factors on prevalence of atopic diseases

KAMILA FALEŃCZYK, ZBIGNIEW BARTUZI

Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Medyczna w Bydgoszczy
Kierownik Katedry: dr hab. n. med., prof. nadzw. AM Zbigniew Bartuzi

Streszczenie Od kilkudziesięciu lat odnotowuje się systematyczny wzrost zachorowań na schorzenia o podłożu atopowym. W powstawaniu tych chorób znaczącą rolę odgrywa genetyczna predyspozycja do rozwoju atopii. Badania epidemiologiczne dowodzą, że coraz częściej choroby alergiczne są promowane przez czynniki związane z zanieczyszczeniem środowiska zewnątrz- i wewnątrzdomowego. Celem pracy było zbadanie, czy istnieje związek między określonymi czynnikami środowiskowymi a występowaniem chorób alergicznych. Do zebrania materiału badawczego został wykorzystany kwestionariusz ECRHS (The European Community Respiratory Health Survey). Badaniem objęto 196 mieszkańców regionu kujawsko-pomorskiego. Przy zastosowaniu regresji logistycznej stwierdzono, iż mieszkanie na terenach miejskich, obecność w mieszkaniu zagrzybienia oraz zwierząt, a także bierne palenie tytoniu w okresie dzieciństwa zwiększa ryzyko zachorowania na choroby alergiczne. Nie stwierdzono natomiast związku między zagęszczeniem mieszkania oraz rodzajem ogrzewania a występowaniem chorób alergicznych.

Słowa kluczowe: atopia, choroby alergiczne, czynniki środowiskowe.

Summary From several decades a systematic increase in morbidity of atopy background has been reported. A significant role in forming these diseases plays genetic predisposition to atopy development. However, epidemiological research proved that more often allergic diseases are promoted by factors related with pollution of the inside and outside home environment. The aim of our work was to examine whether there exists a link between defined environmental factors and allergic diseases prevalence. ECRHS questionnaire (The European Community Respiratory Health Survey) was used for gathering the research material. The research comprised 196 residents of the Cuiavia-Pomeranian province. While using logistic regression it has been stated that living in urban areas, presence of domestic fungi and animals, as well as passive smoking during childhood increase the risk of morbidity of allergic diseases. It has not been stated, however that there is a relation between the size of domestic household (density in the apartment), the sort of heating and atopic diseases prevalence.

Key words: atopy, allergic diseases, environmental factors.

Wstęp

Od kilku dziesięcioleci obserwuje się gwałtowny wzrost zachorowań na astmę oskrzelową, atopowe zapalenie skóry, alergiczne zapalenie nosa i spojówek, alergię pokarmową oraz niektóre postaci pokrzywek. Według różnych źródeł objawy tych chorób występują u 20–30%, a nawet 35% populacji na całym świecie (Kowalski LM, 2000; Romański B, 1998). Z wielu badań epidemiologicznych przeprowadzonych w Europie Zachodniej, USA, Australii i Azji wynika, iż co 10–15 lat podwaja się liczba schorzeń alergicznych, w szczególności astmy i alergicznego nie-

żyty nosa (Bocheńska-Marciniak M, 2000; Bukowczan Z, Kurzawa R, 1999). To szczególne zjawisko „epidemii” chorób atopowych obserwuje się zwłaszcza w krajach szybko rozwijających się, o wysokim standardzie życia, a więc przyczyną tego stanu upatruje się w utracie przez organizm zdolności adaptacji w szybko zmieniającym się otoczeniu. W związku z tym w patogenezie chorób atopowych oprócz uwarunkowań genetycznych coraz większą rolę odgrywają czynniki środowiskowe. Wzrost uprzemysłowienia i urbanizacji, rozwój nowych technik budowlanych oraz wprowadzenie środków ochrony roślin powodują, iż zanieczyszczenie środowiska ze-

wnątrz- i wewnątrzdomowego stało się jednym z głównych czynników odpowiedzialnych za wzrost zachorowań na choroby alergiczne.

W Polsce badania wpływu czynników środowiskowych na występowanie chorób atopowych dotyczą głównie populacji dzieci, natomiast niewiele jest w literaturze polskiej doniesień opisujących te zależności u osób dorosłych. Zasadne było więc podjęcie działań, których celem jest ocena związku między występowaniem chorób alergicznych u dorosłych a określonymi czynnikami środowiskowymi.

Materiał i metoda badawcza

Badaniem objęto 196 mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego w wieku od 18 do 55 lat. Wśród badanych wyodrębniono dwie grupy: 127 przypadków stanowiących osoby ze schorzeniami atopowymi oraz 69 kontroli, czyli osób bez cech atopii i ujemnym rodzinnym wywiadem atopowym. Obydwie grupy badawcze były podobne pod względem wieku i płci. Średnia wieku w grupie chorych wynosiła 33,2 lata, a 34,1 lata w grupie kontrolnej. Wśród ankietowanych przeważającą część stanowiły kobiety (66,1% w grupie osób z atopią oraz 62,3% w grupie kontrolnej). Dane osób chorych analizowano pod kątem występujących w tej grupie schorzeń atopowych oraz obecności tych schorzeń w poprzednich pokoleniach.

W grupie badanej największy odsetek stanowili chorzy z alergicznym nieżytem nosa (ANN), atopowym zapaleniem skóry (AZS) oraz astmą oskrze-

lową. Należy zaznaczyć, iż znaczna liczba chorych zgłaszała obecność dwóch lub więcej schorzeń atopowych. Analizując u badanych rodzinne obciążenie atopią, stwierdzono, iż więcej chorób o podłożu alergicznym występuje w linii żeńskiej. Do zebrania materiału badawczego został wykorzystany kwestionariusz ECRHS (The European Community Respiratory Health Survey). ECRHS jest narzędziem badawczym stosowanym w wielu krajach Europy Zachodniej w celu identyfikacji czynników ryzyka chorób alergicznych. Pytania dotyczyły występowania chorób atopowych, obecności cech atopii w najbliższej rodzinie oraz informacji o występowaniu zewnątrzdomowych oraz wewnątrzdomowych czynników mogących sprzyjać rozwojowi schorzeń o podłożu atopowym. W pierwszym etapie za pomocą testu χ^2 badano istotne zależności pomiędzy określonymi czynnikami ryzyka a występowaniem chorób alergicznych. Następnie przy zastosowaniu regresji logistycznej oszacowano kierunek i siłę zmian związanych z działaniem wyżej wymienionych czynników na występowanie lub niewystępowanie alergii oraz obliczano iloraz szans (OR) wraz z 95% przedziałem ufności (CI). Analiza statystyczna została dokonana za pomocą programu Statistica 6.0.

Wyniki

W tabeli 3 przedstawiono zależności pomiędzy występowaniem schorzeń alergicznych a wybranymi czynnikami środowiskowymi. Przeprowadzona analiza wskazuje na istotną zależność statystyczną między miejscem zamieszkania a wystąpieniem chorób alergicznych. W porównaniu z mieszkańcami wsi u osób mieszkających w miastach do 100 tys. ryzyko zachorowania na schorzenia alergiczne wzrosło ponad dwuipółkrotnie (OR = 2,6; CI: 0,87–7,54), a w mieście do 500 tys. mieszkańców wzrosło prawie pięciokrotnie (OR = 4,9; CI: 1,73–14,02). Natomiast niewielkie ryzyko zachorowania wiązało się z mieszkaniem w pobliżu ruchliwych traktów komunikacyjnych (OR = 1,1; CI: 0,52–2,19).

Następnie analizie poddano czynniki związane ze środowiskiem domowym, z której wynika, iż ryzyko wystąpienia choroby atopowej spadało wraz ze spadkiem zagęszczenia mieszkania. Przy 20 m² i więcej przypadających na jedną osobę ryzyko zmniejszyło się o połowę (OR = 0,5; CI: 0,16–1,69). Natomiast obecność zagrzybienia na ścianach zwiększyło szansę zachorowania ponad półtora razy (OR = 1,6; CI: 0,63–3,99). Nie stwierdzono wzrostu częstości zachorowań u osób mieszkających w domach ogrzewanych indywidualnie piecami węglowymi, gazowymi czy elektrycznymi. Analizując rodzaj pieca do gotowania, okazało się, iż w po-

Tabela 1. Występujące choroby atopowe w grupie przypadków (n = 127)

Choroba	n	%
astma oskrzelowa	49	38,6
alergiczny nieżyt nosa	97	76,4
atopowe zapalenie skóry	65	51,2
alergia pokarmowa	40	31,5
alergia na leki	38	29,9
alergia na jad owadów	27	21,3

Tabela 2. Rodzinne obciążenie atopią w grupie przypadków (n = 127)

Stopień pokrewieństwa	n	%
atopia u matki	32	25,4
atopia u ojca	12	9,9
atopia u siostry	26	20,5
atopia u brata	17	13,4
atopia u dziadków, rodzeństwa, rodziców	33	28,9

Tabela 3. Wybrane czynniki środowiskowe a występowanie chorób alergicznych

Badany czynnik	Odsetek przypadków	Odsetek kontroli	Wynik testu χ^2	OR (95% CI)
Miejsce zamieszkania: wieś miasto do 100 tys. miasto do 500 tys.	19,7 25,2 55,1	34,8 30,4 34,8	8,385*	1 2,6 (0,87–7,54) 4,9 (1,73–14,02)
Mieszkanie przy ruchliwej ulicy: nie tak	61,4 38,6	66,7 33,3	0,530	1 1,1 (0,52–2,19)
Zagęszczenie mieszkania (m ² /os): do 10 m ² /osobę 11–20 m ² /osobę powyżej 20 m ² /osobę	27,6 48,0 24,4	14,5 52,2 33,3	4,772	1 0,7 (0,27–1,83) 0,5 (0,16–1,69)
Rodzaj ogrzewania: centralne z sieci miejskiej indywidualne węglowe indywidualne inne: (gazowe, elektryczne)	54,3 9,5 36,2	55,1 8,7 36,2	0,032	1 0,6 (0,09–4,10) 0,5 (0,08–3,64)
Rodzaj pieca do gotowania: na opał stały gazowy elektryczny	8,7 85,8 5,5	4,4 85,5 10,1	2,510	1 0,7 (0,14–3,16) 0,3 (0,04–2,11)
Wyposażenie sypialni: dywan lub wykładzina: nie tak zasłony: nie tak	12,6 87,4 18,9 81,1	8,7 91,3 40,6 59,4	0,683 10,783**	1 0,2 (0,06–0,78) 1 2,8 (1,26–6,30)
Obecność zagrzybienia: nie tak	74,8 25,2	84,1 15,9	2,236	1 1,6 (0,63–3,99)
Palenie przez rodziców w dzieciństwie badanego: żadne z rodziców nie paliło tylko matka paliła tylko ojciec palił oboje rodziców paliło	26,0 7,1 37,0 29,9	33,3 1,5 36,2 29,0	3,650	1 5,7 (0,67–48,7) 1,2 (0,56–2,45) 1,3 (0,59–2,77)
Obecność zwierząt w domu: nie tak	27,6 72,4	43,5 56,5	5,112*	1 2,0 (1,07–3,74)

* $p \leq 0,05$,** $p \leq 0,01$.

równaniu z piecami węglowymi korzystanie z kuchenek gazowych i elektrycznych zmniejsza szanse zachorowania. Rozpatrując natomiast wyposażenie sypialni uwagę zwraca istotna zależność statystyczna między obecnością zasłon a częstością występowania alergii. U osób posiadających zasłony zwiększa się ryzyko prawie trzykrotnie (OR = 2,8; CI: 1,26–6,30). Narażenie na bierne palenie w okresie dzieciństwa wiązało się ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia choroby atopowej. Szczególnie negatywny wpływ

miały palące matki. Palenie matki w okresie dzieciństwa badanego zwiększało jego szanse zachorowania prawie o sześć razy (OR = 5,7; CI: 0,67–48,7). Natomiast palenie papierosów przez ankietowanych w życiu dorosłym nie miało znaczenia w promowaniu alergii. Czynnikiem istotnie związanym z występowaniem chorób alergicznych była obecność zwierząt w domu. Styczność ze zwierzętami wiązała się z dwukrotnie większym ryzykiem rozwoju choroby alergicznej (OR = 2,0; CI: 1,07–3,74).

Omówienie

Przeprowadzone badania wykazały wzrost ryzyka zachorowania u mieszkańców miast w porównaniu z osobami mieszkającymi na wsi. Również inne badania dowodzą, iż choroby alergiczne, a w szczególności alergiczny nieżyt nosa, częściej występują na terenach miejskich niż wiejskich (Bocheńska-Marciniak M, 2000; Kilpeleinen M, Terho EO, 2000). Zależność ta wynika z większej ekspozycji mieszkańców na zanieczyszczenia pochodzące z przemysłu i spalin samochodowych. Substancje zawarte w tych zanieczyszczeniach powodują uszkodzenie mechanizmów obronnych organizmu, podrażnienie błony śluzowej układu oddechowego, przewodu pokarmowego oraz skóry, przez co zwiększają ryzyko rozwoju chorób alergicznych. W niniejszym badaniu autorzy stwierdzili niewielki wpływ mieszkania przy ruchliwej ulicy, ale wiele badań udowodniło, że osoby mieszkające blisko autostrad i ruchliwych ulic częściej zapadają na schorzenia atopowe (Doniec Z, Wroński MA, 2002; Piesiewicz K, Doniec Z, 2002; Wojtyniak B, Goryński P, 1995). Wśród wielu związków chemicznych występujących w atmosferze największą rolę w powstawaniu chorób atopowych odgrywają poliwęglowodory aromatyczne spalin silników Diesla. Związki te ułatwiają alergizację błon śluzowych na najbardziej rozpowszechnione alergeny wziewne, m.in. na pyłki roślin, roztocza czy pleśnie (Zawisza E, 2000).

Kolejnym analizowanym czynnikiem był wpływ zagęszczenia mieszkania na występowanie chorób alergicznych. Większość badań (Ponsonby AL, Couper D, 1998; Ponsonby AL, Couper D, 1999; Harris JM, Cullinan P, 2001) potwierdza hipotezę higieniczną, która zakłada, iż duże zagęszczenie sprzyja infekcjom, a tym samym zmniejsza szanse zachorowania. Jednak wyniki autorów nie potwierdziły tej tezy, gdyż w grupie badawczej ryzyko rozwoju alergii spadało wraz ze spadkiem zagęszczenia domu.

W ostatnich latach pojawił się nowy problem związany ze zmianą warunków mieszkaniowych. Wprowadzenie nowych energooszczędnych technik budowlanych oraz szczelne okna powodują, iż mieszkania mają złą wentylację, nadmierną wilgotność oraz dużo alergenów i zanieczyszczeń. Do głównych zanieczyszczeń wewnątrzdomowych zalicza się: formaldehyd, produkty spalania (tlenek węgla, azotu, siarki), włókna mineralne, radon oraz substancje biologiczne – drobnoustroje, alergeny (Bukowczan Z, Kurzawa R, 1999). Źródłem tych związków jest m.in. gotowanie na gazie lub na piecach węglowych, ogrzewanie mieszkania gazem, węglem, drewnem, nowe elementy wyposażenia mieszkań oraz

dym tytoniowy. Badania dotyczące wpływu produktów spalania węgla wytwarzanych podczas ogrzewania i gotowania są niespójne, gdyż najprawdopodobniej oddziaływanie tych związków na układ oddechowy jest uzależniony od rodzaju pieca, jego umiejscowienia oraz wentylacji pomieszczeń. W wielu doniesieniach (Piesiewicz K, Doniec Z, 2002; Doniec Z, Wroński MA, 2002) udowodniono, iż wykorzystywanie do gotowania i ogrzewania pomieszczeń pieców węglowych czy gazowych zwiększa szanse zachorowania na schorzenia o podłożu atopowym. Badanie własne potwierdziło protekcyjny wpływ gotowania na kuchenkach elektrycznych, ale nie wykazało dodatniego związku między ogrzewaniem mieszkania piecami węglowymi czy gazowymi a występowaniem chorób alergicznych. Wyniki innych autorów (Wojtyniak B, Goryński P, 1995; Nowak D, Heinrich J, 1996) również nie stwierdzają istotnego związku między rodzajem pieców a częstością zachorowań na alergię.

Innym czynnikiem alergizującym jest dym tytoniowy. Stanowi on zagrożenie zarówno dla osób palących, jak i dla biernych palaczy. Wdychanie dymu tytoniowego upośledza aparat rzęskowy oraz funkcję makrofagów, zwiększa syntezę IgE i eozynofilię, a także powoduje wzrost nieswoistej reaktywności oskrzeli. Zarówno badania własne, jak i innych autorów (Czarnobilska E, Klimaszewska-Rembisz M, 2002; Piesiewicz K, Doniec Z, 2002; Wojtyniak B, Goryński P, 1995) potwierdzają częstsze występowanie alergii u osób narażonych na wdychanie dymu tytoniowego.

Badanie przeprowadzone przez autorów wykazało zwiększone ryzyko zachorowania na choroby atopowe u posiadaczy zwierząt domowych. Jednakże wiele doniesień (Kilpeleinen M, Terho EO, 2000; Piesiewicz K, Doniec Z, 2002; Kowalski ML, 2002) nie potwierdza związku między stycznością ze zwierzętami a występowaniem chorób alergicznych. Badania te mogą sugerować, iż posiadanie zwierząt nie zwiększa, a wręcz zmniejsza ryzyko zachorowania. Przypuszcza się, że obecność w domu zwierzęcia wiąże się z większym narażeniem na bakterie i endotoksyny, które poprzez stymulację odpowiedzi Th-1-zależnej hamują proces alergizacji. Jednak jest to hipoteza, która wymaga potwierdzenia (Kowalski ML, 2002; Kurek M, 2002).

Wnioski

Przeprowadzone badania własne sugerują, iż mieszkanie na terenach miejskich, obecność w mieszkaniu zagrzybienia oraz zwierząt, a także bierne palenie w okresie dzieciństwa zwiększa ryzyko zachorowania na schorzenia alergiczne. Wyniki nie potwierdziły związku między zage-

szczeniem mieszkania oraz rodzajem ogrzewania a występowaniem chorób alergicznych. Ze względu na duże przedziały ufności wskazane

jest kontynuowanie badań nad czynnikami odpowiedzialnymi za wzrost chorób alergicznych na poszerzonej grupie badawczej.

Piśmiennictwo

1. Kowalski ML. Alergia atopowa – epidemia XX wieku? *Służba Zdr* 2000; 65–68: 2958–2961.
2. Romański B. Choroby atopowe na przełomie wieków – epidemiologia, profilaktyka, leczenie. *Alergia, Astma, Immunologia* 1998; 3(1): 12–16.
3. Bocheńska-Marciniak M. Epidemiologia chorób alergicznych. *Terapia* 2000; 4(1): 8–10.
4. Bukowczan Z, Kurzawa R. Przyczyny wzrostu częstości występowania chorób alergicznych. Czy można im zapobiegać? *Acta Pneumonol Allergol Pediatrica* 1999; 2(2): 20–26.
5. Kilpeleinen M, Terho EO, Helenius H. Farm environment in childhood prevents the development of allergies. *Clin Exp Allergy* 2000; 30: 2001–2008.
6. Doniec Z, Wroński MA. Atopia i jej czynniki ryzyka u dzieci szkolnych z Krakowa. *Przegl Lek* 2002; 59(6): 417–420.
7. Piesiewicz K, Doniec Z, Kurzawa R. Występowanie chorób alergicznych u dzieci w rejonie nowosądeckim. *Acta Pneumonol Allergol Pediatrica* 2002; 5(1): 9–14.
8. Wojtyński B, Goryński P, Roszkowska H. Czynniki środowiska domowego a występowanie objawów ze strony układu oddechowego u dzieci. *Przegl Epidemiol* 1995; 49(4): 417–424.
9. Zawisza E. Atopia. *Nowa Med* 2000; 7(2): 2–10.
10. Ponsonby AL, Couper D, Dwyer T. Cross sectional study of the relation between sibling number and asthma, hay fever and eczema. *Arch Dis Child* 1998; 79: 328–333.
11. Ponsonby AL, Couper D, Dwyer T. Relationship between early life respiratory illness, family size over time, and the development of asthma and hay fever: a seven year follow up study. *Thorax* 1999; 54: 664–669.
12. Harris JM, Cullinan P, Williams HC. Environmental assassination with eczema in early life. *Br J Dermatol* 2001; 144: 795–802.
13. Nowak D, Heinrich J, Wassmer G. Występowanie objawów oddechowych, nadwrażliwość oskrzeli i atopia u dorosłych: Wschodnie i Zachodnie Niemcy. *Eur Respir J* 1996; 9: 2541–2552.
14. Czarnobilska E, Klimaszewska-Rembisz M, Gawęł B. Występowanie chorób alergicznych u dzieci w szkołach podstawowych Krakowa i okolic – próba określenia głównych czynników ryzyka. *Przegl Lek* 2002; 59(6): 422–426.
15. Kowalski ML. Alergologia. *Med Prakt* 2002; 1–2: 131–140.
16. Kurek M. Dzieci powinny mieć kota w domu – przeciw. *Alergia, Astma, Immunologia* 2002; 7(supl. 2): 51–52.

Adres Autorów:

Katedra Pielęgniarstw Klinicznych

Wydział Nauk o Zdrowiu

AM w Bydgoszczy

ul. Techników 3

85-801 Bydgoszcz

Wpływ zakażeń na jakość życia chorych z zaawansowanym rakiem płuca

The influence of infections on quality of life in advanced lung cancer patients

ANNA SŁOWIK-GABRYELSKA¹, GRAŻYNA KOWALEWSKA²

¹ Zakład Promocji Zdrowia i Edukacji Zdrowotnej Instytutu Kultury Fizycznej, Wydział Nauk Przyrodniczych Uniwersytetu Szczecińskiego
Kierownik: dr hab. med. prof. US i AM Anna Słowik-Gabryelska

² Oddział Pulmonologiczny Szpitala Wojewódzkiego we Włocławku
Kierownik: dr n. med. Grażyna Kowalewska

Streszczenie U ponad 95% chorych na raka płuca nowotwór rozwija się w czasie przewlekłego zapalenia oskrzeli. Progresja nowotworu, poprzez ułatwienie zakażeń, zmiany te nasila. Również każde leczenie przeciwnowotworowe zwiększa ryzyko zakażeń, tak że u chorych na raka płuca infekcje są najczęstszą przyczyną niepowodzeń terapii. Powyższe uzasadnia podejmowanie badań, których celem jest ustalenie wpływu zakażeń na jakość życia chorych na raka płuca. Materiał do badań stanowiły obserwacje kliniczne i wyniki testów laboratoryjnych 100 chorych z zaawansowanym rakiem płuca, zakwalifikowanych do paliatywnego leczenia. 57 osób otrzymało paliatywną chemioterapię, pozostali leczenie objawowe. U wszystkich chorych oprócz badań rutynowych dokonano: oceny stanu ogólnej sprawności, nasilenia objawów rozwijającego się raka i oceny nasilenia toksyczności chemioterapii. Ustalono, że u chorych z zaawansowanym rakiem płuca w miarę progresji nowotworu wzrastała liczba i ciężkość zakażeń. Pozostawało to w korelacji z ciężkimi objawami rozwijającego się raka. Chemioterapia paliatywna zwiększała liczbę i ciężkość zakażeń. Jednakże po skutecznym leczeniu zakażenia i inne objawy związane z rozwijającym się rakiem występowały znacznie rzadziej. Powyższe pozwala na sugestię, że immunopotencjalizacja może pozytywnie wpłynąć na jakość życia.

Słowa kluczowe: zakażenia, jakość życia, rak płuca.

Summary Mostly, lung cancer is developing in chronic bronchitis patients. The tumour progression makes the infections more frequent and severe. Additionally, anticancer therapy increases the risk of severe infections. Infections causes the most failures of therapy. The frequent infections injure the organs. It can worsen the quality of life. The aim of these examinations was to establish the influence of infections on quality of life in advanced lung cancer patients. The material to analysis were clinical observations and laboratory tests of 100 advanced lung cancer patients, qualified to paliative treatment. 57 patients received paliative chemotherapy and in 43 persons the symptomatic treatment was applied. In all patients; the performance status, the intensity of tumour related symptoms, the toxicity of chemotherapy was assessed. It was established, that during cancer growth; the number and severity of infections was growing. It was in correlation with other lung cancer symptoms, and it worsened the quality of life. But after effective therapy, the infections were rare and performance status better. It suggests, that immunotherapy should be applied as the additional treatment more widely.

Key words: infections, quality of life, lung cancer.

Pierwotny rak płuca, najczęściej rozwija się w przebiegu przewlekłego zapalenia oskrzeli [124, 25]. Istotą tego procesu zapalnego są uporczywe, powtarzające się zakażenia błony śluzowej oskrzeli [13, 18, 30, 31]. Podatność na zakażenia wynika z uszkodzenia przez czynniki toksyczne dymu tytoniowego zarówno błony

śluzowej oskrzeli, jak i układu odporności [7, 18, 20, 22].

Rozwijający się nowotwór pogłębia te uszkodzenia.

U przeważającej liczby chorych, już w początkowej fazie rozwoju raka, stwierdzono poważne zaburzenia immunologiczne [3, 13, 14,

18, 26–29]. Dotyczyły one głównie makrofagów i limfocytów [8, 9, 14–16, 25]. Zaburzenia polegały na zmniejszeniu ogólnej liczby i aktywności tych komórek.

Kolejnym czynnikiem zwiększającym podatność na zakażenia jest cytotoksyczne leczenie przeciwnowotworowe [1, 12, 26, 27, 29]. Wraz z młodymi, rozwijającymi się komórkami nowotworowymi niszczone są także komórki układu odporności. Degradacja układu odporności, prowadząca do ciężkich chorób infekcyjnych jest najczęstszą przyczyną niepowodzeń leczenia przeciwnowotworowego [2, 5, 13, 19, 21].

Tak duży wpływ zakażeń na przebieg choroby nowotworowej uzasadnia podejmowanie badań mających na celu ocenę związku infekcji z jakością życia chorych na raka płuca.

Materiał i metoda

Materiał do badań stanowiły obserwacje kliniczne i testy laboratoryjne 100 chorych z zaawansowanym rakiem płuca, którzy zostali zakwalifikowani do terapii paliatywnej na Oddziale Chorób Płuc Wojewódzkiego Szpitala we Włocławku.

W badanej grupie u 68 osób na 100 – 68% rozpoznano raka niedrobnokomórkowego, a u 32/100 – 32% raka drobnokomórkowego.

57/100 – 57% chorych otrzymało paliatywną chemioterapię (23 osoby z rakiem drobnokomórkowym i 34 z rakiem niedrobnokomórkowym), pozostali otrzymali leczenie objawowe.

Chemiczne leki cytostatyczne były podawane przez trzy dni, w skojarzeniu Cisplatyna 30 mg/dobę. Vepesid 120 mg/dobę. Cykle były powtarzane co 21 dni. Liczba cykli 24 – w zależności od tolerancji.

U wszystkich chorych, oprócz badań rutynowych prowadzonych przed i w trakcie leczenia dokonano oceny:

- stanu ogólnej sprawności według metody Zubroda [32],
- nasilenia objawów raka płuca, w pięciostopniowej skali „Lung Cancer Symptom Scale” LCSS według metody Hollena [10, 11],
- nasilenia toksyczności leczenia w pięciostopniowej skali wg wytycznych WHO [33].

Oceny statystycznej dokonano w Zakładzie Teorii Prawdopodobieństwa i Statystyki Matematycznej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.

Oceniano nasilenie objawów uszkodzenia narządów wewnętrznych u chorych leczonych objawowo i chemioterapią. Badania istotności różnicy zmiennych jakościowych w tych dwóch grupach były przeprowadzone przy użyciu testów χ^2 .

Wyniki badań

Analiza stanu ogólnej sprawności badanej grupy chorych pozwoliła ustalić, że u chorych na zaawansowanego raka płuca nie było związku stanu sprawności z typem histopatologicznym raka. Chemioterapia zmniejszała liczbę osób z bardzo ciężkimi zaburzeniami ogólnej sprawności (tab. 1).

W obserwowanej grupie chorych leczonych objawowo nie stwierdzono różnicy w częstości występowania zakażeń między poszczególnymi typami histopatologicznymi raka. Natomiast, zarówno u chorych na raka drobnokomórkowego, jak i niedrobnokomórkowego po chemioterapii częściej występowały zakażenia. Jednak nie stwierdzono tu cech statystycznej znamienności (tab. 2). Test χ^2 objawowe: chemioterapia:

0 v = 1,10 p = 0,2933 0 x = 0,090 p = 0,341
 1 y = 0,07 p = 0,7916 1 v = 0,01 p = 0,9175
 2 y = 0,00 p = 1,000 2 y = 0,90 p = 0,3425
 3 y = 0,52 p = 0,4697 3 y = 0,04 p = 0,8427
 4 y = 0,00 p = 1,000 4 y = 0,01 p = 0,9041
 całość: x = 1,15, p = 0,9985, x = 1,52, p = 0,9923

Badaniem ciężkości zakażeń w zależności od wieku i sposobu leczenia chorych na zaawansowa-

Tabela 1. Stan ogólnej sprawności a sposób leczenia i typ komórkowy raka

Typ raka	Liczba badanych	Stan sprawności (odsetek chorych %)				
		0°	1°	2°	3°	4°
Drobnokomórkowy Objawowe	9				22,2	77,7
Niedrobnokomórkowy Objawowe	34			2,9	23,5	73,5
Drobnokomórkowy Chemioterapia	23			13,0	60,8	26,0
Niedrobnokomórkowy Chemioterapia	34		2,9	11,7	38,2	47,0

Tabela 2. Ciężkość zakażeń a sposób leczenia i typ komórkowy raka

Typ raka	Liczba badanych	Ciężkość zakażenia (odsetek chorych %)				
		0°	1°	2°	3°	4°
Drobnokomórkowy Objawowe	9	66,6	22,2	0	11,1	0
Niedrobnokomórkowy Objawowe	34	88,2	11,7	0	0	0
Drobnokomórkowy Chemioterapia	23	52,1	21,7	17,3	4,3	4,3
Niedrobnokomórkowy Chemioterapia	34	64,7	20,5	5,8	0	8,8

Tabela 3. Ciężkość zakażeń a wiek chorych na raka płuca

Grupa wiekowa	Liczba chorych	Ciężkość zakażeń (odsetek chorych %)				
		0°	1°	2°	3°	4°
Leczeni objawowo						
30–45	3	100				
46–55	6	100				
56–70	26	73,0	23,0		3,8	
> 70	8	100				
Razem	43	83,7	13,9		2,3	
Chemiczne leczenie cytoredukcyjne						
30–45	3	33,3	33,3			33,3
46–55	14	57,1	28,5	7,1	7,1	
56–70	35	62,8	17,1	14,2		5,7
> 70	5	60,0	20,0			20,0
Razem	57	59,6	21,0	10,5	1,7	7,0

nego raka płuca ustalono, że u chorych leczonych objawowo nie było związku między liczbą i ciężkością zakażeń a wiekiem. Wśród chorych leczonych cytostatykami częściej występowały ciężkie zakażenia. Nie pozostawały one w związku z wiekiem. Wzrost częstości ciężkich zakażeń po chemioterapii nie był statystycznie znamienne (tab. 3).
 Test χ^2 30–45 lat, $f = 0,20$, $p = 0,500$
 46–55 lat $f = 0,02$ $p = 0,7000$
 56–70 lat $f = 0,13$ $p = 0,7900$
 > 70 lat $f = 0,13$ $p = 0,3846$
 razem $y = 0,84$, $p = 0,3583$

Z porównania nasilenia objawów związanych z rozwijającym się rakiem płuca między chorymi leczonymi objawowo i tymi, którzy otrzymali chemioterapię wynika, że mimo progresji nowotworu po leczeniu cytoredukcyjnym rzadziej występuje niepokój, osłabienie, jadłowstręt, duszność, krwioplucie i poprawia się stan ogólnej sprawności.

Statystyczną znamienność stwierdzono tylko w odniesieniu do liczby osób z ciężkim niepokojem i jadłowstrętem. W grupie leczonej cytostatykami częściej występował zespół żyły głównej

górnej, bóle i zakażenia. Różnice te nie były statystycznie istotne.

Test χ^2 1. $X = 4,22$, $p = 0,040$, 2. $y = 3,41$, $p = 0,0635$

3. $X = 6,11$ $p = 0,0134$ 4. $v = 1,95$ $p = 0,1646$

5. $V = 0,32$ $p = 0,5703$ 6. $x = 0,01$ $p = 0,9241$

7. $y = 1,54$ $p = 0,2142$ 8. $y = 2,34$ $p = 0,1262$

9. $y = 0,84$ $p = 0,3583$ 10. $y = 0,11$ $p = 0,7457$

całość: $x = 11,62$, $p = 0,9010$

W obserwowanej grupie chorych na zaawansowanego raka płuca u prawie 100 osób występowały dolegliwości. Najczęściej występowało osłabienie, obniżenie stanu ogólnej sprawności, jadłowstręt, duszność i niepokój. U znacznej liczby osób, u których chemicznym leczeniem cytostatycznym uzyskano remisję zmniejszył się niepokój, osłabienie, jadłowstręt, duszność, kaszel, zakażenia, krwioplucie, poprawił się stan ogólnej sprawności, zmniejszyły bóle. U osób, u których nie uzyskano regresji nowotworu w stosunku do leczonych objawowo obserwowano zmniejszenie niepokoju, osłabienia i jadłowstrętu, ale zwiększyła się liczba osób z ciężkimi bólami, ze-

Tabela 4. Zależność nasilenia objawów zaawansowanego raka płuca od sposobu i wyników leczenia

Objawy raka	Liczba chorych	3–4 stopień nasilenia objawów raka u chorych leczonych;			
		objawowo	po chemioterapii paliatywnej		
			razem	remisja	progresja
Niepokój	100	74,4	54,3	43,7	57,8
Oslabienie		96,3	80,7	78,9	81,5
Apetyt		76,7	52,6	21,0	68,4
Duszność		69,7	56,1	42,1	63,1
Kaszel		16,2	12,1	10,5	13,1
Bóle		60,4	61,4	47,3	68,4
Stan ogólnej sprawności		97,6	85,9	63,0	97,0
Zespół żyły głównej górnej		0	8,7	5,2	10,5
Zakażenia		2,3	8,7	0	13,1
Krwioplucie		6,9	3,5	0	5,2

społem żyły głównej górnej, a zwłaszcza z długotrwałymi, opornymi na leki zakażeniami (tab. 4).

Test χ^2 1. $X = 0,56$, $p = 0,4560$, 2. $Y = 0,01$, $p = 0,09054$

3. $y = 9,58$ $p = 0,0020$ 4. $V = 2,24$ $p = 0,1345$

5. $y = 0,02$ $p = 0,8865$ 6. $V = 2,33$ $p = 0,1271$

7. $y = 9,62$ $p = 0,0019$ 8. $Y = 0,03$ $p = 0,8685$

9. $y = 1,34$ $p = 0,2466$ 10. $Y = 0,06$ $p = 0,7991$

Badanie wykładników uszkodzenia narządów, decydujących o jakości życia pozwoliło ustalić, że u osób po przebytej chemioterapii zmniejszały się skargi na osłabienie i duszność. Wyniki tych badań były statystycznie istotne tylko w odniesieniu do nasilenia dolegliwości i osłabienia. U osób wcześniej leczonych cytostatykami pogorszeniu uległ stan hematologiczny, stan neurologiczny, stan kardiologiczny, a u części chorych utrzymywała się leukopenia. Wyniki te nie były statystycznie znamienne.

Test χ^2 1. $X = 4,60$, $p = 0,0320$, 2. $Y = 5,18$, $p = 0,0229$

3. $x = 0,45$ $p = 0,5032$ 4. $Y = 0,88$ $p = 0,3496$

5. $y = 0,27$ $p = 0,6035$ 6. $Y = 0,05$ $p = 0,8206$

7. $y = 3,37$ $p = 0,0665$ 8. $Y = 0,27$ $p = 0,6035$

9. $y = 0,85$ $p = 0,3558$ 10. $Y = 0,27$ $p = 0,6035$

całość: $x = 19,43$, $p = 0,4294$

Z analizy wyników badania zmian narządowych, wpływających na jakość życia wynika, że leczenie cytostatykami niezależnie od uzyskanych efektów zmniejszało skargi i osłabienie. Natomiast wzrastała liczba chorych z miokardiopatią, leukopenią, gorączką, uszkodzeniem nerwów obwodowych i centralnego układu nerwowego, anemią oraz zakażeniami. Szczególnie duży wzrost liczby ciężkich i długotrwałych zakażeń występował w grupie chorych bez pozytywnej odpowiedzi na leczenie. Wyniki tych badań nie były statystycznie istotne (tab. 5).

Test χ^2 1. $V = 2,21$, $p = 0,1374$, 2. $Y = 0,69$, $p = 0,4062$

3. $v = 0,32$ $p = 0,5752$ 4. $Y = 0,40$ $p = 0,5293$

5. $y = 0,06$ $p = 0,7991$ 6. $Y = 0,40$ $p = 0,5293$

Tabela 5. Zależność nasilenia objawów uszkodzenia narządów od wyników i sposobu leczenia

Objawy uszkodzenia narządów	Liczba chorych	3–4 stopień nasilenia toksyczności leków po leczeniu			
		objawowym	po chemioterapii paliatywnej		
			razem	remisja	progresja
Skargi/dolegliwości	100	72,0	50,8	36,8	57,0
Oslabienie		97,6	80,7	89,4	96,3
Wydolność oddechowa		62,7	57,0	52,6	60,0
Stan hematologiczny		0	52,6	10,6	12,6
Stan neurologiczny OUN		0	3,5	0	5,2
Nerwy obwodowe		2,3	5,2	10,5	12,6
Stan kardiologiczny		0	3,5	0	5,2
Płytki krwi		4,6	0	0	0
Krwinki białe		0	3,5	0	5,2
Zakażenia		2,3	8,7	0	13,1
Gorączka		9,3	15,7	13,0	21,0

7. $y = 0,15$ $p = 0,0700$ 8. $Y = 0,06$ $p = 0,7991$
 9. $y = 0,00$ $p = 1,000$ 10. $Y = 0,06$ $p = 0,7991$
 całość: $x = 12,57$, $p = 0,8598$

Omówienie

Z przeprowadzonych badań wynika, że u wszystkich chorych z zaawansowanym rakiem płuca stan ogólnej sprawności był zły i pogarszał się w trakcie obserwacji. Stosowane paliatywne leczenie nie hamowało wzrostu upośledzenia stanu sprawności.

Paliatywna chemioterapia powodowała przejściową poprawę stanu sprawności, zwłaszcza u osób, u których uzyskano zmniejszenie nowotworu. Nieskuteczne leczenie, zwiększało dolegliwości związane z rozwojem nowotworu i uszkodzeniem narządów.

Szczególnie spektakularne były tu wyniki badań dotyczących zakażeń. Chemioterapia przeciwnowotworowa, niezależnie od wieku leczonych zwiększała liczbę i nasilenie zakażeń, głównie w grupie chorych bez pozytywnej odpowiedzi na terapię.

Podobne obserwacje uzyskali inni autorzy [4,

17, 23, 32]. Niektórzy z nich sugerowali, że może to mieć związek z upośledzeniem odżywienia.

Argument, że upośledzenie odżywienia, zwłaszcza jakościowe, może pogłębiać dysfunkcję narządów decydujących o stanie sprawności chorych, a w konsekwencji o jakości ich życia, wydaje się być słuszny, ale tylko częściowo. Innym bowiem ważnym czynnikiem wpływającym w istotny sposób na jakość życia chorych na raka płuca są zakażenia.

Choć ich częstotliwość, uporczywość i ciężkość pozostaje w związku z niedoborami pokarmowymi, to nie są one jedyną przyczyną ich rozwoju. Większe znaczenie wydaje się tu odgrywać uszkodzenie układu odpornościowego przez czynniki toksyczne. Świadczy o tym wzrost liczby ciężkich zakażeń po chemioterapii, zwłaszcza nieskutecznej, kiedy to sumuje się toksyczność leków cytostatycznych i rozrastającego się nowotworu.

W tej sytuacji immunopotencjalizacja ustroju staje się warunkiem koniecznym do uzyskania poprawy jakości życia chorych na zaawansowanego raka płuca. Jednak nadal pozostaje kwestią otwartą metoda immunostymulacji, aby była łatwa, tania i skuteczna.

Piśmiennictwo

1. Antoniou KM, Ferdoutsis E, Bouros D. Interferons and their applications in the diseases of the lung. *Chest* 2003; 123, 1: 209–216.
2. Bergmans T, Sculier JP, Klastersky J. A perspective study of infections in lung cancer patients. *Chest* 2003; 124, 1: 114–120.
3. Cadranel J, Bouvry D, Wislez M. Respiratory manifestations of common variable immunodeficiency in adults. *Revue des Maladies Respiratoires* 2003; 20, 1: 126–133.
4. Chojnacka-Kowalewska G. *Jakość życia chorych na pierwotnego raka płuca w fazie progresji nowotworu*. Praca doktorska. AM Bydgoszcz; 2000.
5. Ciesielska A, Słowik-Gabryelska A. *The influence of infections on the effectiveness of treatment and the course of lung cancer*. Konferencja Nauk. Pol. Tow. Onkologicznego „4th Central Europe Lung Cancer Conference”, Gdańsk, 26–29.09.1996, streszczenia s. 104.
6. *Classification OMS des grades de toxicite*. [In:] Depierre P. *Cancer bronchiques*. Paris: Anette Blacwel; 1996: 17–18.
7. Di Stefano A, Turato G, Maestrelli P, Mapp CE i wsp. Airflow limitation in chronic bronchitis is associated with T-lymphocyte and macrophage infiltration of bronchial mucosa. *Am J Resp Crit Care Med* 1996; 153, 2: 629–632.
8. Górny M, Jeżewska E, Skrzypczak A, Słowik-Gabryelska A, Żeromski J. Wykładniki zaburzeń syntezy immunoglobulin przez limfocyty chorych na raka płuca. *Immunol Pol* 1986; 3, 4: 263.
9. Górny M, Jeżewska E, Skrzypczak A, Słowik-Gabryelska A, Żeromski J. Immunoregulatory effect of T cell subsets on PWM induced IGG synthesis by blood lymphocytes in lung cancer. *Arch Immunol Therap Exper* 1991; 39: 243–252.
10. Hollen PJ. Quality of life assessment in individuals with lung cancer. Testing the Lung Cancer Scale (LCSS). *Eur J Cancer* 1993; 29A(Suppl. 1): S51–S58.
11. Hollen PJ: Measurement of quality of life in patients with lung cancer. *Cancer* 1994; 73, 8: 2087–2098.
12. Inoue A, Kunitoh H, Mori K, Nukiwa T, Fokuoka M. Phase I trial of weekly decetaxel in elderly patients with non-small cell lung cancer. *Lung Cancer* 2002; 38, 2: 205–209.
13. Ioanas M, Angrill J, Baldo X, Arancibia F, Gonzalez J, Bauer T, Canalis E, Torres A. Bronchial bacterial colonization in patients with lung carcinoma. *Eur Resp Jour* 2002; 19, 2: 326–332.
14. Jeżewska E, Bączkowski N, Słowik-Gabryelska A, Żeromski J. *Ocena odporności humoralnej i komórkowej u chorych na raka oskrzela*. I Konferencja Pol. Tow. Immunologicznego „Problemy immunologiczne w przebiegu raka płuca i czerniaka złośliwego”, Poznań, 1979, Pamiętnik Zjazdowy: 88.
15. Jeżewska E, Górny M, Skrzypczak A, Słowik-Gabryelska A, Żeromski J. Assessment of phenotype of blood lymphocyte subsets prior and after PWM stimulation in patients with lung carcinoma. *Arch Geschwulstforsch* 1989; 59: 31.

16. Jeżewska E, Sikora J, Słowik-Gabryelska A, Żeromski J. Evaluation of immunophenotype of lymphoid cells isolated from malignant effusions. *Archiv Immunol Therapie* 1993; 41, 1: 51–56.
17. Lutz ST, Huang DT, Ferguson CL, Kavanagh BD, Tercilla OF, Lu J. A retrospective quality of life analysis using the Lung Cancer Symptom Scale in patients treated with palliative radiotherapy for advanced nonsmall cell lung cancer. *Int J Radiat Oncology Biol Phys* 1997; 37, 1: 117–122.
18. Meloni F, Ballabio P, Bianchi L, Mangiarotti P, Bigamii A, Grassi GG. Bombesin enhances monocyte and macrophage activities; possible role in the modulation of local pulmonary defenses in chronic bronchitis. *Respiration* 1996; 63, 1: 28–34.
19. Mizunoe S, Nasu M. Management of respiratory infections in lung cancer. *Nippon Rinsho* 2002; 60(Suppl. 5): 543–545.
20. Nowicki A. Rola makrofagów w odporności przeciwnowotworowej. *Nowotwory* 1993; 43: 61–67.
21. Opozda K. *Badanie nad występowaniem objawów niepożądanych w przebiegu chemioterapii chorych na raka płuca*. Praca doktorska. AM Bydgoszcz; 1999.
22. Rebow AP, Khudzik LB, Morozowa T. State of antiinfection defence in patients with chronic bronchitis. *Probl Tuberk* 1996; 2: 47–51.
23. Scott HR, McMillan DC, Forrest LM, Brown DJ, McArdle CS, Milroy R. The systemic inflammatory response, weight loss, status and survival in patients with inoperable non-small cell cancer. *Br Jour Cancer* 2002; 29, 87: 264–267.
24. Słowik-Gabryelska A. Palenie tytoniu jako problem medyczny. *Lek Polski* 1997; 2, 31: 8–10.
25. Słowik-Gabryelska A, Sokołowski J. Badania epidemiologiczne chorych na raka płuca, leczonych w ciągu dziesięciu lat w wybranym rejonie województwa kujawsko-pomorskiego. *Onkol Pol* 2000; 3, 1: 1–7.
26. Słowik-Gabryelska A, Krzyśko R, Łukasiewicz M, Giżycka D, Mencil-Czapiewska A. *Zachowanie się odczynów skórnych: DNCB, PPD, SK/SD w pierwotnym raku oskrzela*. II Zjazd Pol. Tow. Immunologicznego, Warszawa; 1977: 119.
27. Słowik-Gabryelska A, Mencil-Czapiewska A. *Zachowanie się wskaźników odporności komórkowej in vivo w pierwotnym raku oskrzela*. I Konferencja Pol. Tow. Immunologicznego „Problemy immunologiczne w przebiegu raka płuca i czerniaka złośliwego”, Poznań; 1979, Pamiętnik Zjazdowy: 88.
28. Słowik-Gabryelska A, Sikora J. *Poziom witaminy A w surowicy krwi chorych na raka a stan immunologiczny*. II Konferencja Nauk. Pol. Tow. Onkologicznego „Nowotwory płuc”. Gdańsk/Sobieszów; 1988: 25.
29. Słowik-Gabryelska A. *The index of immunological reactivity as an indicator of immunologic state of lung cancer patients*. 5th International Congress of Anticancer Chemotherapy. Paryż, 31.01–3.02.1995, streszczenie 671: 274.
30. Słowik-Gabryelska A. Badania świetlno-mikroskopowe nabłonka oskrzelowego w przewlekłym, nieswoistym zapaleniu oskrzeli. *Pneumonol Pol* 1981; 49, 11: 775.
31. Słowik-Gabryelska A. Badania mikroskopowo-elektronowe nabłonka oskrzelowego w przewlekłym, nieswoistym zapaleniu oskrzeli. *Pneumonol Pol* 1981; 49, 11: 782.
32. Słowik-Gabryelska A, Kowalewska G. Badanie relacji stanu odżywienia z jakością życia u chorych na zaawansowanego raka płuca. [w:] I Międzynarodowe Sympozjum Naukowo-Szkoleniowe „Człowiek przewlekle chory i niepełnosprawny – interdyscyplinarne aspekty opieki” Szczecin, 14–15 maja 2004. *Pol Med Rodz* 2004; 6, Supplement 1.
33. *WHO classification of performans status*. [In:] Depierre P. *Cancer bronchiques*. Paris; Anette Blacwel; 1996: 6.

Adres I Autorki:

Zakład Promocji Zdrowia i Edukacji Zdrowotnej IKF

Wydział Nauk Przyrodniczych Uniwersytetu Szczecińskiego

ul. Piastów 40B

71-065 Szczecin

Nowe zawody pomocy społecznej i pracy socjalnej na terenie województwa małopolskiego

New professions in social care in Malopolska Province

ANITA ORZEŁ-NOWAK, ELŻBIETA WALEWSKA

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa, Wydział Ochrony Zdrowia CM UJ
Kierownik: dr n. hum. Ewa Wilczek-Różyczka

Streszczenie Transformacja ustrojowa w Polsce spowodowała i nadal powoduje radykalne przeobrażenia w życiu jednostek, rodzin, grup społecznych. Coraz więcej osób potrzebuje wsparcia i pomocy ze strony instytucji opiekuńczych oraz zatrudnionych w nich specjalistów. Społeczne potrzeby w dziedzinie opiekuńczości ciągle wzrastają, a współczesna rodzina nie może w pełni zaspokoić potrzeb i rozwiązać problemów osób, np. starych, niepełnosprawnych, przewlekle chorych. Według danych GUS za 2002 r. co siódmy mieszkaniec Polski był osobą niepełnosprawną. Liczba ta w okresie między spisami 1988 i 2002 r. wzrosła o 46,1%, a co się z tym wiąże – zwiększa się społeczne zapotrzebowanie na profesjonalistów mających odpowiednią wiedzę i umiejętności. Na wniosek ministra pracy wprowadzone zostały trzy nowe zawody w dziedzinie pomocy społecznej, w których kształcenie było możliwe od roku szkolnego 2001/2002. Celem naszej pracy było poznanie sylwetki uczniów kształcących się w zawodach: asystent osoby niepełnosprawnej oraz opiekun w Domu Pomocy Społecznej. Badania przeprowadzono na terenie Szkoły Policealnej Pracowników Służb Społecznych w Krakowie oraz Medycznego Studium Zawodowego w Bochni. Przy użyciu metody sondażu diagnostycznego, stosując technikę ankiety, badaniami objęto 102 osoby. Uzupełniającą techniką był wywiad. Wśród badanych przeważali uczniowie kształcący się w zawodzie opiekun w DPS (3:2). Kobiety stanowiły 84% respondentów. Głównym źródłem wiedzy o nowych zawodach dla badanych byli znajomi. Motywacją wyboru zawodu podawaną przez badanych na pierwszym miejscu była „chęć niesienia pomocy innym”. Wśród postaw, jakie powinien prezentować opiekun w DPS, ankietowani wymieniali na I miejscu kulturę osobistą i poszanowanie godności drugiego człowieka, zaś asystent osoby niepełnosprawnej powinien charakteryzować się zainteresowaniem drugim człowiekiem. Dla badanych najważniejszymi wartościami były miłość i uczciwość. Żadna z badanych osób jako wartości nie wymieniła życia, a tylko 8,8% badanych podało zdrowie.

Słowa kluczowe: pomoc społeczna, nowe zawody, praca socjalna.

Summary Political transformations caused and have still been causing radical changes in lives of individuals, families and social groups in Poland. More and more people require support and help from welfare institutions and specialists working there. Social needs concerning welfare are increasing and contemporary family is not able to support needs and solve problems of their members like old, crippled and chronically ill people. According to Main Statistical Department (GUS) data for 2002 every seventh inhabitant of Poland was handicapped. Between 1988 and 2002 that number grew by a value of 46.1%. The consequences are obvious: needs for professionals possessing proper knowledge and abilities are increasing. The minister of work has introduced three new professions in social care. It was possible to study those professions in school years 2001/2002. The aim of this work was to learn about profiles of students receiving education in two new professions: Assistant of handicapped person and Carer in Social Care House. Two schools took part in this project: Postgraduate School for Social Workers in Cracow and Medical Professional College in Bochnia. 102 students were surveyed using diagnostic survey method. Interview was used as support technique. Students of Carer in Social Care House major were majority of all included in examination (3:2). 84% of respondents were women. Main source of information about new professions was friends of participants. Participants stated that main motivation to choose that profession was desire to “help others”. Among behaviours, which a carer should present, participants named following: 1st – personal culture and respect for other’s dignity, and assistant of a handicapped person should display interest in others. The most important values stated by students were love and honesty. Non of participants named life as a value.

Key words: social care, new professions, social work.

Transformacja ustrojowa w Polsce spowodowała i nadal powoduje radykalne przeobrażenia w życiu jednostek, rodzin, grup społecznych. Każdy człowiek w ciągu całego swojego życia uwikłany jest w różnorodne relacje społeczne i reguły. Żyjąc w społeczeństwie coraz bardziej czuje się zagubiony, bezradny. Dodatkowo w przypadku osób niepełnosprawnych zmniejszenie sprawności fizycznej, intelektualnej, psychicznej ograniczającej zdolności adaptacyjne wzmacniają tę bezradność i samotność.

Zachodzące przemiany polityczne, ekonomiczne i ograniczenie funkcji opiekuńczej państwa sprawiły, że coraz więcej osób przy rozwiązywaniu życiowych problemów korzysta ze wsparcia specjalistów zatrudnionych w różnych instytucjach lub organizacjach.

Społeczne potrzeby w dziedzinie opiekuńczości ciągle wzrastają, a współczesna rodzina nie może w pełni zaspokoić potrzeb i rozwiązać problemów osób starych, niepełnosprawnych lub przewlekle chorych.

W każdym społeczeństwie istnieje pewien procent osób, które z przyczyn dziedzicznych, wrodzonych, w wyniku chorób, wypadków czy też nieprawidłowych warunków życia nie mają pełnej sprawności fizycznej lub psychicznej. Osoby te określa się najczęściej terminem „ludzie niepełnosprawni”, rozumiejąc niepełnosprawność jako czasowe lub trwałe obniżenie sprawności psychofizycznych funkcji organizmu [1].

W 2002 r. liczba osób niepełnosprawnych wynosiła 5456,7 tys., co stanowiło 14,3% ogółu ludności kraju. Oznacza to, że co siódmy mieszkaniec Polski był osobą niepełnosprawną. Liczba osób niepełnosprawnych w okresie między Narodowymi Spisami Powszechnymi (NSP) 1988 i 2002 r. wzrosła o 1721,2 tys. (tj. o 46,1%). Prognozy przewidują, że w 2010 r. liczba ta wzrośnie do 6 mln osób [2].

W gospodarstwach domowych mieszkało 5348,2 tys. osób niepełnosprawnych, tj. 98,0% populacji osób niepełnosprawnych (w 1988 r. 97,5%). W gospodarstwach zbiorowych przebywało 108,5 tys. osób niepełnosprawnych, ale częstość występowania zjawiska niepełnosprawności w obiektach zbiorowego zagospodarowania była wyższa niż w przypadku gospodarstw domowych.

Ze względu na zmianę podziału administracyjnego kraju niemożliwe jest dokonanie analizy zróżnicowania terytorialnego w okresach pomiędzy poszczególnymi NSP. Analizując zróżnicowanie terytorialne na podstawie wyników NSP 2002, zauważa się, że największe natężenie zjawiska niepełnosprawności występowało w województwach lubelskim i małopolskim – ponad 180 osób na 1000 mieszkańców [2].

Dane te świadczą, że zjawisko niepełnosprawności poszerza się, co stanowić będzie co-

raz poważniejszy problem w globalnej i lokalnej polityce społecznej tych osób.

Wzrasta więc społeczne zapotrzebowanie na profesjonalistów mających wiedzę i umiejętności, którzy mogą wspomagać aktywne uczestniczenie osób niepełnosprawnych, starszych w życiu społecznym.

Na wniosek ministra pracy wprowadzone zostały trzy nowe zawody w dziedzinie pomocy społecznej, które rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 29 marca 2001 r. zostały wprowadzone do grupy zawodów oznaczonych symbolem 346 – Pracownicy pomocy społecznej i pracy socjalnej: Asystent Osoby Niepełnosprawnej, Opiekunka Środowiskowa, Opiekun w Domu Pomocy Społecznej [3].

Zatwierdzenie przez Ministra Edukacji Narodowej i Sportu podstaw programowych oraz opracowanie programów nauczania pozwoliło na wprowadzenie wszystkich nowych zawodów do szkół policealnych zainteresowanych tego typu kształceniem począwszy od roku szkolnego 2001/2002.

Podstawowym celem rocznego kształcenia opiekunek środowiskowych jest przygotowanie ich do udzielania pomocy i świadczenia usług opiekuńczych w odniesieniu do osób przewlekle chorych, samotnych i niesamodzielnych, które nie mają dostatecznego wsparcia ze strony rodziny lub innych osób z otoczenia. Odpowiednie przygotowanie opiekunek środowiskowych i świadczone we właściwy sposób usługi opiekuńcze mają bezpośredni wpływ na sprawne działanie systemu pomocy środowiskowej, a dzięki temu wpływają na ograniczenie liczby podejmowanych decyzji o skierowaniu do domu pomocy społecznej [4].

Nauka w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej realizowana jest w szkołach policealnych w rocznym cyklu kształcenia. Do zadań asystenta osoby niepełnosprawnej należy m.in. współtworzenie programów rehabilitacji i pomocy osobie niepełnosprawnej, doradzanie w zakresie usług medycznych, rehabilitacyjnych, zawodowego przekwalifikowania, kontaktów społecznych, usług kulturalnych, rekreacji i integracji ze środowiskiem, diagnozowanie warunków życia i dążenie do usuwania wszelkiego typu barier (psychologicznych, społecznych, architektonicznych, komunikacyjnych itp.), współpraca z mediami ułatwiająca poszukiwanie sponsorów i sojuszników w działaniach na rzecz osób niepełnosprawnych [5].

Nauka w zawodzie opiekun w Domu Pomocy Społecznej trwa 2 lata. Ma za zadanie przygotować profesjonalną kadrę specjalistów zatrudnionych w domach pomocy społecznej, którzy – jako pracownicy pierwszego kontaktu – towarzyszą cały czas mieszkańcom, udzielając doraźnego wspar-

Tabela 1. Nowe zawody w pomocy społecznej i pracy socjalnej – nabór na terenie województwa małopolskiego

	Opiekun w DPS		Asystent osoby niepełnosprawnej		Opiekunka środowiskowa	
	2002/03	2003/04	2002/03	2003/04	2002/03	2003/04
Zespół Szkół Ponadgimnazjalnych w Myślenicach	–	–	–	brak chętnych	–	dokonano rekrutacji
MSZ w Nowym Sączu	–	dokonano rekrutacji	–	–	brak kandydatów	–
MSZ w Gorlicach	–	–	–	–	brak kandydatów	brak kandydatów
MSZ w Bochni	–	dokonano rekrutacji	dokonano rekrutacji	dokonano rekrutacji	dokonano rekrutacji	dokonano rekrutacji
MSZ w Miechowie	–	dokonano rekrutacji	–	–	–	brak kandydatów
Szkoła Policealna Pracowników Służb Społecznych w Krakowie (zaoczny)	brak kandydatów	brak kandydatów	brak kandydatów	brak kandydatów	brak kandydatów	brak kandydatów
	dokonano rekrutacji	dokonano rekrutacji	dokonano rekrutacji	dokonano rekrutacji	brak kandydatów	brak kandydatów

cia oraz podejmują różnorodne działania ukierunkowane na stymulację rozwoju podopiecznych przebywających w placówkach opiekuńczych.

Do zadań w ramach zawodu opiekuna w Domu Pomocy Społecznej należy m.in. pomoc i towarzyszenie człowiekowi w codziennych czynnościach z zakresu samoobsługi i higieny osobistej (mycie, kąpanie, ubieranie, czesanie, golenie, pomoc w sianiu łóżka, zmianie bielizny pościelowej, udział w ćwiczeniach rehabilitacyjnych), aktywizowanie podopiecznego do zwiększenia jego samodzielności życiowej, mobilizowanie podopiecznego do aktywnego spędzania czasu wolnego oraz rozwijanie jego zainteresowań, udzielanie pierwszej pomocy w sytuacjach zagrożenia zdrowia lub życia podopiecznego [6].

Na terenie województwa małopolskiego kształcenie w tych zawodach rozpoczęło się od roku szkolnego 2002/2003 w Szkole Policealnej Pracowników Służb Społecznych w Krakowie oraz w Medycznym Studium Zawodowym w Bochni. Z trzech wprowadzonych nowych zawodów najmniejszym zainteresowaniem cieszyło się kształcenie w zawodzie opiekunka środowiskowa. Podobnie sytuacja rekrutacji wyglądała w roku szkolnym 2003/2004.

Z uwagi na powyższe badaniami objęto osoby kształcące się w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej oraz w zawodzie opiekun w Domu Pomocy Społecznej.

Celem naszej pracy było poznanie sylwetki uczniów kształcących się w zawodach asystent osoby niepełnosprawnej oraz opiekun w Domu Pomocy Społecznej.

Badania przeprowadzono na terenie Szkoły Policealnej Pracowników Służb Społecznych

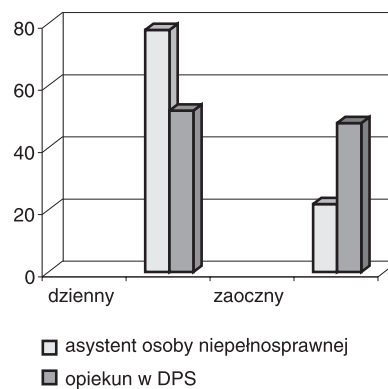
w Krakowie oraz Medycznego Studium Zawodowego w Bochni. Wybór szkół podyktowany był faktem, iż to w nich pierwszych na terenie Małopolski rozpoczęto kształcenie w powyższych zawodach począwszy od roku 2002/2003.

Przy użyciu metody sondażu diagnostycznego, stosując technikę ankiety, badaniami objęto 102 osoby. Uzupełniającą techniką był wywiad.

W Szkole Policealnej Pracowników Służb Społecznych kształcenie jest realizowane w formie stacjonarnej i zaocznej, a w MSZ w Bochni tylko w formie stacjonarnej (ryc. 1).

W grupie badanych stosunek liczbowy osób kształcących się w zawodzie opiekun w DPS do liczby osób, które wybrały zawód asystent osoby niepełnosprawnej wynosił 3:2.

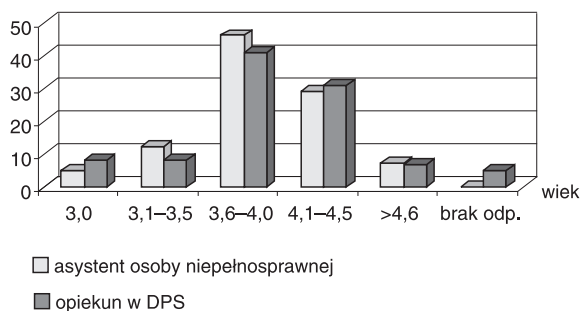
W badanej populacji znacznie przeważały kobiety, stanowiąc 84,3% wszystkich respondentów. Szczegółowo rozkład płci w badanej populacji, jak i kierunki kształcenia przedstawia tabela 2.



Ryc. 1. Badana populacja – podział ze względu na formę kształcenia (%)

Tabela 2. Rozkład płci w badanej populacji

	Asystent osoby niepełnosprawnej		Opiekun w Domu Pomocy Społecznej		Razem	
	N	%	N	%	N	%
kobieta	36	88	50	82	86	84,3
mężczyzna	5	12	11	18	16	15,6
razem	41	40,2	61	59,8	102	99,9



Ryc. 2. Wiek badanej populacji

Najliczniejszą grupę wiekową stanowiły osoby mające po 20 lat – 22,5%, kolejno osoby w wieku 21 lat oraz mieszczące się w przedziale wiekowym 23–30 lat stanowiące po 16,7% badanej populacji. Stosunkowo dużą grupę 10,8% badanych stanowiły osoby mające 40 i więcej lat (ryc. 2). Wśród tych respondentów znacznie przeważały osoby z kierunku opiekun w DPS. Uzupełniając tę informację o dane z wywiadu należy dodać, że ostatnią z wymienionych grup wiekowych, tj. osoby powyżej 40 lat, stanowili pracownicy DPS.

Połowa badanych przyszłych opiekunów w DPS była mieszkańcami wsi, zaś przyszli asystenci osoby niepełnosprawnej najczęściej (82,9%) mieszkali w mieście powiatowym.

W badanej populacji przeważały osoby pochodzące z miejscowości, w których nie było DPS ani też nie była zlokalizowana szkoła, do której obecnie uczęszczają.

Kształcenie w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej i w zawodzie opiekun w DPS jest realizowane w szkołach policealnych. Wśród badanych 87,2% respondentów legitymowało się świadectwem dojrzałości. Najliczniejsza grupa z badanych – 43,1% posiadało średnią ocen w klasie maturalnej w przedziale 3,6–4,0. Tylko 6,9% miało średnią ocen powyżej 4,6 i tyle samo 3,0.

Ponad połowa (52,9%) respondentów posiadała już zawód wyuczony, np. handlowiec, sprzedawca, stolarz, mechanik samochodowy, technolog żywienia. Mniej niż połowa, tj. 44,4%, z tych osób w chwili prowadzenia badań pracowała zawodowo. Zaś z grupy pracujących zawodowo 2/3 było aktualnie zatrudnionych w DPS lub innej tego typu placówce.

Pytania dotyczące motywów wyboru zawodu,

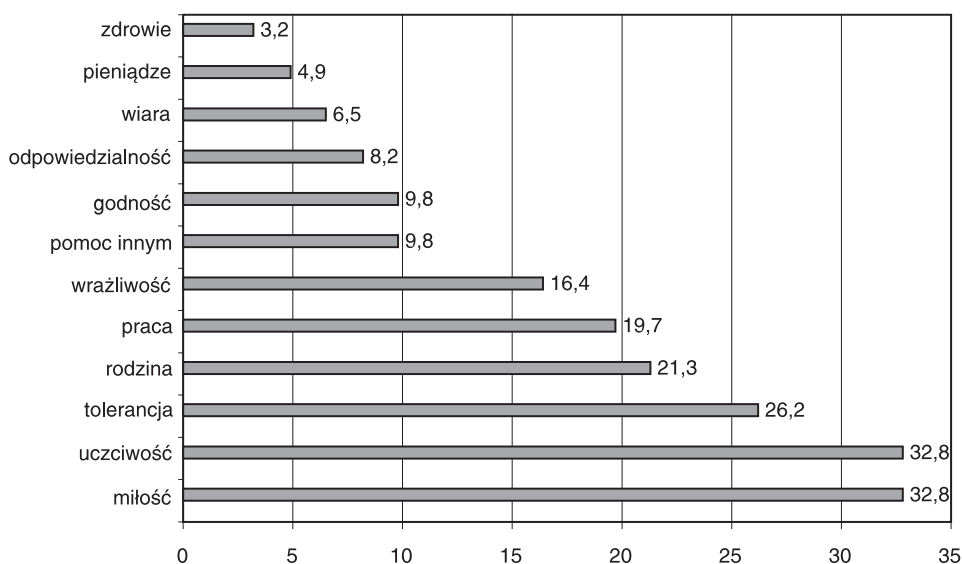
cech psychofizycznych przyszłych pracowników pomocy społecznej oraz postaw opracowane zostały w formie prośby o zakwalifikowanie ich zgodnie z hierarchią ważności respondenta.

Jako motyw wyboru zawodu związanego z pomocą społeczną respondenci na pierwszym i drugim miejscu (69,6%) klasyfikowali „chęć niesienia pomocy innym”, a na trzecim wśród asystentów osoby niepełnosprawnej „chęć zdobycia konkretnego zawodu” (19,5%) i „chęć sprawdzenia siebie”. Podobnie trzecim w skali ważności motywem wyboru zawodu opiekuna w DPS, dla największej liczby ankietowanych, była „chęć sprawdzenia siebie” (18%) oraz „niezależność i samodzielność w pracy” (13,1%).

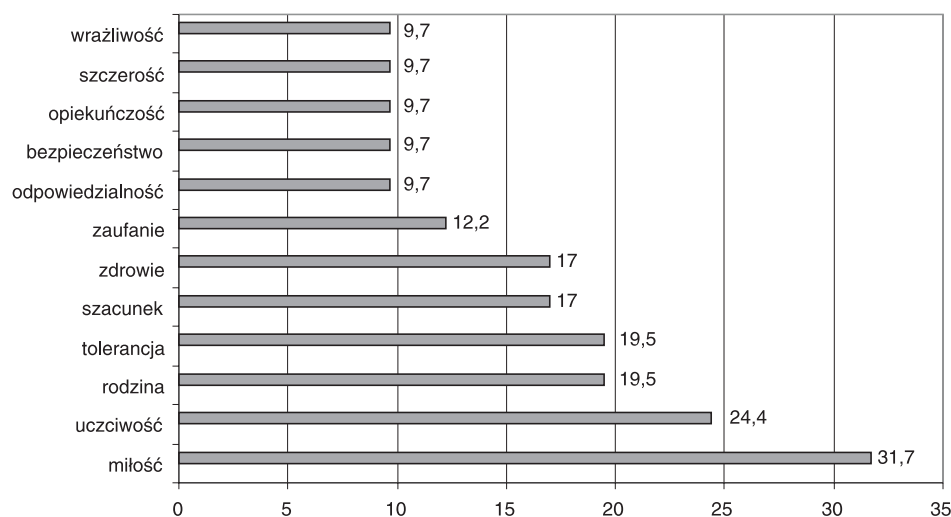
Najważniejszymi wartościami dla respondentów, niezależnie od zawodu, jaki wybrali, były miłość, uczciwość, tolerancja i rodzina. Niezmiernie ważny jest fakt, iż żadna z badanych osób jako wartości nie wymieniła życia. Tylko dla 8,8% badanych wartość stanowiło zdrowie, w tej grupie przeważały osoby kształcące się w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej. Szczegółowo najważniejsze wartości życiowe badanych przedstawiają ryciny 3 i 4.

Aby realizować zadania związane z wyborem zawodu asystenta osoby niepełnosprawnej lub opiekuna w DPS, osoby wykonujące tą pracę muszą posiadać pewne cechy psychofizyczne związane z pracą socjalną i pomocą społeczną.

Wśród cech psychofizycznych, jakie powinien posiadać opiekun w DPS, należy wymienić m.in. umiejętność nawiązywania kontaktów z ludźmi, dojrzałość emocjonalną, odporność na sytuacje trudne i stres, umiejętność pokonywania przeszkód i ograniczeń w działaniu, odpowiedzialność, zdyscyplinowanie i systematyczność. W opinii badanych opiekun w DPS powinien być przede wszystkim „życzliwy, wrażliwy i empatyczny w stosunku do innych ludzi, tolerancyjny i szanować godność drugiego człowieka”. Szczegółowo, jako drugą cechę najczęściej wymieniano „umiejętność nawiązywania kontaktów z innymi ludźmi” a jako 3 – „odporność na sytuacje trudne i stres”. Najrzadziej – już niezależnie od stopnia ważności – badani zaznaczali „odpowiedzialność, zdyscyplinowanie i systematyczność” – łącznie na jednym z 3 pierwszych miejsc wymieniło je 21,3% badanych przyszłych opiekunów w DPS.



Ryc. 3. Najważniejsze wartości życiowe w opinii przyszłych opiekunów w Domu Pomocy Społecznej (%)



Ryc. 4. Najważniejsze wartości życiowe w opinii przyszłych asystentów osób niepełnosprawnych (%)

Asystent osoby niepełnosprawnej aktywnie współpracując z rodziną osoby niepełnosprawnej oraz instytucjami społecznymi przyczynia się do tworzenia optymalnych warunków rozwoju osoby niepełnosprawnej, prowadzi także rehabilitację w naturalnym środowisku społecznym.

W opinii badanych osoba wykonująca ten zawód powinna charakteryzować się „*umiejętnością nawiązywania kontaktów*”, co najczęściej podawano jako 1 i 2 cechę według hierarchii ważności. Na trzecim miejscu respondenci stawiali „*umiejętność pokonywania przeszkód i ograniczeń*”. Najrzadziej zaś była wymieniana „*spostrzegawczość*”, którą wśród 3 cech psychofizycznych zaznaczyło 24,4% przyszłych asystentów osób niepełnosprawnych oraz „*podzielność uwagi i łatwość jej koncentracji*” – 19,5% badanych z tej grupy.

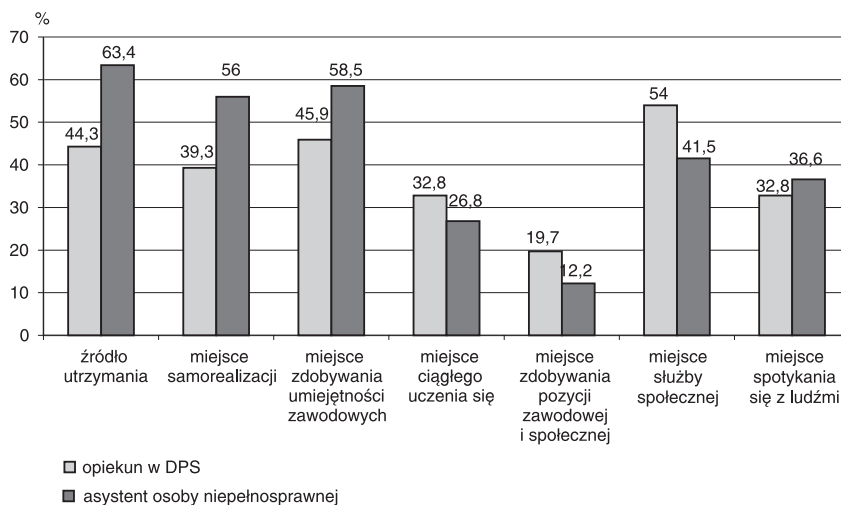
Uwzględniając zawarte w podstawie programowej postawy, jakie powinien prezentować opiekun w DPS, na pierwszym miejscu respondenci najczęściej wymieniali „*kulturę osobistą*

i poszanowanie godności oraz odmienności drugiego człowieka”, na drugim miejscu „*wrażliwość i empatię w kontaktach międzyludzkich*”, a na trzecim najczęściej „*cierpliwość i wytrwałość*”.

Respondenci kształcący się w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej na pierwszym miejscu najczęściej stawiali „*zainteresowanie drugim człowiekiem*”, jako drugą postawę najczęściej osób wymieniło „*tolerancja i szacunek dla drugiego człowieka, poszanowanie jego praw, postaw, przekonań*”, a jako trzecią najczęściej podawali „*gotowość niesienia pomocy w zakresie potrzeb życiowych człowieka*”.

Dla przyszłych asystentów osób niepełnosprawnych wybrany przez nich zawód to głównie źródło utrzymania (63,4%). Osoby kształcące się w zawodzie opiekun w DPS wybrany przez siebie zawód postrzegają głównie (54%) jako miejsce służby społecznej. Szczegółowo rolę wybranego zawodu w opinii badanych ilustruje rycina 5.

Asystent osoby niepełnosprawnej współpracuje z wieloma osobami w celu zabezpieczenia po-



Ryc. 5. Rola zawodu asystent osoby niepełnosprawnej i opiekun w DPS w opinii badanych

trzeb zdrowotnych, psychicznych, zawodowych, społecznych i kulturalnych osoby niepełnosprawnej. Zaletą jego pracy jest to, iż osoby niepełnosprawne pozostają w swoim środowisku rodzinnym, wśród przyjaciół i znajomych. Zatem miejscem pracy asystenta osoby niepełnosprawnej będzie środowisko domowe i najbliższe otoczenie osoby niepełnosprawnej.

Absolwenci ze specjalnością opiekun w DPS mogą pracować w domach pomocy społecznej dla dzieci, dorosłych, ludzi starszych i niepełnosprawnych, zakładach opiekuńczo-leczniczych i innych instytucjach opiekuńczych.

Po skończeniu nauki w kierunku wybranego przez siebie zawodu 48% badanych chciałoby podjąć pracę w DPS. Przyszli pracownicy pomocy społecznej i pracy socjalnej chcieliby też pracować w szpitalach, domach dziecka, hospicjach. Łącznie 10,8% respondentów miejsce swojej przyszłej pracy określiło jako „zagranica”. Tylko 0,9% = 1 osoba (przyszły asystent osoby niepełnosprawnej) chciałaby pracować w opiece społecznej. Opiekę w domu prywatnym chciałoby sprawować 3,9% badanych. Odpowiedzi „nie wiem” udzieliło 2,9% badanych, a aż 10,8 nie podało żadnej odpowiedzi, co pozwala sądzić, że nie mają jeszcze sprecyzowanych planów co do przyszłego miejsca pracy.

Wyobrażenia o przyszłym zawodzie, miejscu pracy kształtuje m.in. rodzina, znajomi, media. Badani w 15,7% przypadków mieli w rodzinie lub wśród bliskich znajomych osoby pracujące w DPS. Największa liczba respondentów (40,2%) właśnie od znajomych i rodziny dowiedziała się o możliwości kształcenia w wybranym zawodzie. Szczegółowo źródła informacji dotyczącej wybranego zawodu/szkoły prezentuje tabela 3.

Ponad połowa (55,9%) respondentów jest „zdecydowanie” zadowolona z wyboru szkoły, a 42% badanych uważa, że wybór szkoły był „raczej” słuszny. Osoby niezadowolone z dokonanego wyboru stanowiły 1,9% wszystkich bada-

nych i byli to respondenci kształcący się w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej.

Wyobrażenia o nauce w wybranej szkole w kierunku określonego zawodu potwierdziły się w wypadku 63,7% badanych, w tym „zdecydowanie tak” w przypadku 15,7%. Wyobrażenia o wybranej szkole „nie potwierdziły się” w przypadku 28,4% badanych.

Wśród osób kształcących się w zawodzie opiekun w DPS najliczniejszą grupę (55,7%) stanowili uczniowie, których wyobrażenia o nauce potwierdziły się. W grupie przyszłych asystentów osoby niepełnosprawnej najwięcej osób (41,5%) w chwili badania nie miało jeszcze zdania.

W tej ostatniej grupie badanych (19,5%) chciałoby zmienić swoje plany życiowe związane z wyborem zawodu, a 39% nie planuje zmian w tym zakresie i tyle samo jeszcze nie podjęło ostatecznej decyzji. W grupie osób, które wybrały zawód opiekuna w DPS, 57,4% nie planuje zmian związanych z wyborem zawodu. Warto tu podkreślić, że ponad połowa badanych posiadała już jakiś zawód wyuczony, a wśród nich 17,5% było już zatrudnionych w DPS.

Niemniej gdyby była możliwość zdobycia jeszcze innego zawodu, zdecydowana większość

Tabela 3. Źródła informacji na temat wybranego zawodu (szkoły)

	Asystent osoby niepełnosprawnej		Opiekun w DPS	
	N	%	N	%
z informatora	11	26,8	16	26
od znajomych	14	34	17	28
od rodziny	1	2,4	9	15
z ogłoszenia	14	34	7	11
inne	1	2,4	11	18
brak odpowiedzi	0	0	1	2
razem	41	99,6	61	100

respondentów byłaby zainteresowana takimi zawodami, jak: fizjoterapeuta (20,6%), pielęgniarka (10,8%), pedagog/nauczyciel (9,8%), terapeuta zajęciowy (3,9%), psycholog (3,9%), pracownik socjalny (3,9%), ratownik medyczny i opiekunka dziecięca (po 1,9%).

Tylko 11,8% badanych nie było zainteresowanych żadnym innym zawodem.

Wnioski

- Ponad połowa (52,9%) badanych posiadała już zawód wyuczony, a w grupie aktywnych zawodowo 2/3 stanowili pracownicy DPS lub innej tego typu placówki.
- Wśród badanych 87,2% respondentów legitymowało się świadectwem dojrzałości.
- Głównym motywem wyboru zawodu socjalnego była „chęć niesienia pomocy innym”.
- Najważniejsze wartości życiowe dla respondentów to: miłość, uczciwość, tolerancja i rodzina. Nikt z badanych osób jako wartości nie wymienił życia.
- W opinii badanych opiekun w DPS powinien być przede wszystkim „życzliwy, wrażliwy i empatyczny w stosunku do innych ludzi, tolerancyjny i szanować godność drugiego czło-

wieka”, a asystent osoby niepełnosprawnej powinien charakteryzować się „umiejętnością nawiązywania kontaktów”.

- Opiekun w DPS powinien, w opinii badanych, charakteryzować się „kulturą osobistą i poszanowaniem godności oraz odmienności drugiego człowieka”, a asystent osoby niepełnosprawnej powinien przede wszystkim wykazywać „zainteresowanie drugim człowiekiem”.
- Dla przyszłych asystentów osób niepełnosprawnych wybrany przez nich zawód to głównie źródło utrzymania, a dla opiekunów w DPS – miejsce służby społecznej.
- Po skończeniu nauki 48% badanych chciałoby podjąć pracę w DPS.
- Źródłem informacji o możliwości kształcenia w wybranym zawodzie pomocy społecznej i pracy socjalnej była dla ankietowanych rodzina i znajomi.
- Zdecydowana większość badanych jest zadowolona z wyboru szkoły, aczkolwiek wyobrażenia o niej zdecydowanie potwierdziły się tylko w 15,7% przypadków.
- Większość badanych nie planuje zmian związanych z wyborem zawodu, niemniej prawie wszyscy chcieliby równocześnie kształcić się w kierunku innych zawodów, np. fizjoterapeuta, pielęgniarka.

Piśmiennictwo

1. Opióła D. *Promocja osób niepełnosprawnych na rynku pracy*. http://republika.pl/forestap/niepelnospraw-nosc.htm#_ftn1
2. Dane Głównego Urzędu Statystycznego. <http://www.stat.gov.pl/>
3. Rozporządzenie MENiS z 18.04.2002 r. w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego (Dz.U. z dnia 23 maja 2002 r.)
4. Podstawa programowa dla zawodu opiekunka środowiskowa 346 [03].
5. Podstawa programowa dla zawodu asystent osoby niepełnosprawnej 346 [02].
6. Podstawa programowa dla zawodu opiekun w Domu Pomocy Społecznej 346 [04].

Adres Autorów:

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego IP
Wydział Ochrony Zdrowia CM UJ w Krakowie
ul. Kopernika 25
31-501 Kraków

Obrzęk limfatyczny jako następstwo leczenia choroby nowotworowej – aspekty rehabilitacyjno-pielęgnacyjne

Lymphedema as a complication of breast cancer treatment – rehabilitation and nursing aspects of care

ROMAN HAWRO^{1,2}, BEATA HAWRO³, IZABELLA UCHMANOWICZ⁴,
DOMINIK KRZYŻANOWSKI⁴

¹ Dział Rehabilitacji Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu
Kierownik: mgr Roman Hawro

² Katedra Fizjoterapii w Medycynie Zachowawczej i Chirurgii
Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. Marek Woźniewski

³ Oddział Radioterapii II Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu
Ordynator: dr n. med. Maria Jagas

⁴ Zakład Pielęgniarskiej Opieki Paliatywnej Wydziału Zdrowia Publicznego AM
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
Kierownik: dr n. med. Eleonora Mess

Streszczenie Do kompleksowego leczenia raka, oprócz chirurgii, radioterapii, chemioterapii i hormonoterapii, wprowadza się rehabilitację i pielęgnację, które obejmują działania wpływające korzystnie na stan psychiczny i fizyczny chorych. W onkologii, w następstwie zabiegów ratujących życie powstają szkody, które nie objęte w odpowiednim czasie rehabilitacją leczniczą i odpowiednią pielęgnacją mogą prowadzić do kalectwa fizycznego i psychicznego. Jednym z następstw leczenia choroby nowotworowej jest obrzęk limfatyczny. Obrzęk chłonny kończyny i przyległej części tułowia może pojawić się w przebiegu leczenia raka sutka, szyjki macicy, pęcherza moczowego, gruczołu krokowego, jądra oraz czerniaka jako następstwo zabiegu operacyjnego, naświetlań lub przerzutów nowotworowych do węzłów chłonnych. Ponieważ nie znamy skutecznego leczenia obrzęku limfatycznego, a postępowanie w przypadkach znacznego jego nasilenia jest trudne, należy opracować długofalowy plan zapobiegawczy. Jego celem powinno być utrzymanie kontroli nad wytwarzaniem chłonki i zapewnieniem odpowiedniego jej przepływu. Celem pracy jest próba przesłania możliwości rehabilitacyjno-pielęgnacyjnych w zapobieganiu lub znacznym ograniczeniu rozwoju obrzęku limfatycznego w przebiegu leczenia onkologicznego. Rehabilitację i zabiegi pielęgnacyjne chorych z obrzękiem limfatycznym cechuje specyfika wynikająca z istoty upośledzenia fizycznego i psychicznego. W trudnym i długotrwałym leczeniu obrzęku chłonnego stosuje się metody zachowawcze i chirurgiczne. Zachowawcze leczenie obrzęku chłonnego polega na łącznym stosowaniu różnych metod fizjoterapeutycznych i odpowiednim postępowaniu pielęgnacyjnym. Obrzęk chłonny w przebiegu leczenia onkologicznego jest procesem o różnej dynamice rozwoju, na ogół postępującym oraz najbardziej uciążliwym dla chorych i trudnym do leczenia, co wymaga wielokierunkowej współpracy całego personelu medycznego oraz dużej dyscypliny w postaci „reżimu przeciwoobrzękowego” ze strony samego pacjenta. **Słowa kluczowe:** obrzęk limfatyczny pierwotny i wtórny, leczenie zachowawcze obrzęku chłonnego, rehabilitacja i pielęgnacja w obrzęku limfatycznym, drenaż limfatyczny.

Summary Although most of the disorders of the female breast are benign, the breast is the one of female organs that is most frequently the primary site of cancer. A major goal of the health professionals is to spread sound advice about the prevention of illness and the detection of disease in its early stages. Every woman should be alerted to the early signs of breast disease and should be well informed on what to do about the suspicious changes. Management of breast cancer is combined into surgery, hormonal therapy, and chemotherapy and radiation therapy. This treatment may cause all kind of damages into the lymphatic channels and may cause a lymphedema. In this study we have tried to show all rehabilitation and nursing methods in the treatment of lymphedema.

Key words: primary and secondary lymphedema, prevention of lymphedema, rehabilitation and care in lymphedema, lymphatic drainage.

Wstęp

Nowotworem nazywamy nieprawidłową tkankę rozrastającą się w nadmiarze i w sposób nieskoordynowany z pozostałymi tkankami, przy czym nadmierna proliferacja utrzymuje się mimo wyeliminowania czynnika, który ją wywołał. Nowotwory charakteryzują się patologicznym wzrastaniem i rozsiewem komórek – jest to wspólna charakterystyczna cecha wielu różnych chorób nowotworowych. Każda choroba nowotworowa różni się objawami, przebiegiem klinicznym i podatnością na różne metody leczenia.

W walce z nowotworami i skutkami ich leczenia biorą udział rzesze takich pracowników, jak: fizycy, chemicy, wirusolodzy, epidemiolodzy, technicy laboratoryjni, psychologowie, socjolodzy, lekarze, pielęgniarki i rehabilitanci.

Do kompleksowego leczenia raka, oprócz chirurgii, radioterapii, chemioterapii i hormonoterapii, wprowadza się rehabilitację i pielęgnację, które obejmują działania wpływające korzystnie na stan psychiczny i fizyczny chorych.

W onkologii, w następstwie zabiegów ratujących życie, powstają szkody, które nieobjęte w odpowiednim czasie rehabilitacją leczniczą i odpowiednią pielęgnacją mogą prowadzić do kalectwa fizycznego i psychicznego. Jednym z powikłań leczenia choroby nowotworowej jest obrzęk limfatyczny. Obrzęk chłonny kończyny i przyległej części tułowia może pojawić się w przebiegu leczenia raka sutka, szyjki macicy, pęcherza moczowego, gruczołu krokowego, jądra oraz czerniaka jako następstwo zabiegu operacyjnego, naświetlań lub przerzutów nowotworowych do regionalnych węzłów chłonnych.

Celem pracy jest próba przesłedzenia możliwości rehabilitacyjno-pielęgnacyjnych w zapobieganiu lub znacznym ograniczeniu rozwoju obrzęku limfatycznego w przebiegu leczenia onkologicznego.

Podstawy anatomiczne i patofizjologiczne warunkujące przepływ chłonki

Chłonka „płynie z krwi do krwi”, to jest z przestrzeni międzykomórkowych, w których powstaje jako przesącz osocza krwi, do naczyń żylnych. Nie wszystkie zagadnienia związane z krążeniem chłonki zostały dotychczas poznane. Za istotne czynniki mające wpływ na prawidłowy przepływ chłonki w warunkach fizjologicznych należy uznać:

- prawidłowe przechodzenie płynu i białka z przestrzeni tkankowej do włosniczek,
- samoistną kurczliwość naczyń,

- stały dośrodkowy przepływ chłonki zależny od nieustannego filtrowania części osocza do przestrzeni międzykomórkowych, a stąd do naczyń chłonnych włosowatych,
- ruchy poszczególnych części ciała (tkanek), a zwłaszcza kończyn, zwane pompą tkankową (mięśniową),
- ruchy oddechowe klatki piersiowej i związane z nimi jej działania ssące na naczynia chłonne i żyłne,
- czynność ssącą serca i tętnienie naczyń tętniczych (wpływ pulsującej fali tętna),
- ruchy bierne i czynne narządów, jak np. ruchy wahadłowe i perystaltyczne jelit,
- działanie tłoczni brzusznej,
- czynność przepony powodującą wypieranie chłonki ze zbiornika mleczu wskutek uciskania go przez odnogi części lędźwiowej przepony w czasie jej skurczów (tzw. serce chłonne bierne),
- rytmiczne skurcze ściany dużych naczyń chłonnych, powodujące przesuwanie się chłonki w kierunku dośrodkowym i jednocześnie opróżnianie początkowych naczyń chłonnych, do których wpływa płyn tkankowy, co nosi nazwę pompy chłonnej,
- stopień intensywności przemiany wewnątrzkomórkowej,
- wpływ niektórych związków chemicznych (np. adrenaliny),
- korzystne ułożenie ciała (powodowane w tym przypadku siłą ciężenia) [7, 8, 12].

Rozwój krążenia obocznego chłonki może występować w stanach chorobowych (zapalenia, nowotwory złośliwe) lub w przypadku usunięcia węzłów i naczyń chłonnych. Na całym przebiegu układu chłonnego istnieją liczne połączenia chłonno-żyłne, przez które przy niedrożności naczyń chłonnych odpływa chłonka. Odpływ chłonki do układu żylnego staje się wtedy możliwy dzięki uruchomieniu istniejących, lecz nie wykorzystanych naczyń chłonnych, regeneracji uszkodzonych lub zniszczonych naczyń i węzłów chłonnych oraz tworzeniu nowych naczyń chłonnych zespalających poszczególne części układu chłonnego [8, 12].

Obrzęk chłonny jako następstwo leczenia choroby nowotworowej

Obrzęk chłonny jest to nadmierne patologiczne nagromadzenie się płynu w przestrzeni międzykomórkowej (w tkance podskórnej) wskutek utrudnionego odpływu przez głębokie naczynia limfatyczne, w następstwie ich uszkodzenia lub gdy naczynia chłonne w danym obszarze ulegają zamknięciu. Uszkodzenie lub zamknięcie może dotyczyć naczyń chłonnych włosowatych, na-

czyń chłonnych, zatok węzłów chłonnych, pni lub przewodów chłonnych. Upośledzone jest wówczas nie tylko usuwanie fizjologicznego nadmiaru przesącza w tkankach, ale co ważniejsze w przestrzeni zewnątrznaczyniowej zaczyna wzrastać stężenie albumin nie odprowadzanych z chłonką do krwi. Stężenie albumin w tej przestrzeni może zrównać się ze stężeniem albumin w osoczu (zniknie wówczas całkowicie efektywne ciśnienie onkotyczne, stanowiące niezbędną warunek reabsorpcji płynu tkankowego do naczyń włosowatych). Przewagę uzyska wtedy filtracja i objętość przestrzeni zewnątrznaczyniowej będzie coraz bardziej wzrastać, powiększając obrzęk [10, 12].

Stosowane zależnie od stopnia rozwoju choroby nowotworowej sposoby leczenia operacyjnego, radioterapeutycznego, chemioterapeutycznego, a zwłaszcza zabiegi doszczętne powodują poważne ograniczenie sprawności kończyny po stronie operowanej, niekorzystne zmiany w postawie ciała oraz w usposobieniu chorych [2, 6, 7].

Ponieważ nie znamy skutecznego leczenia obrzęku limfatycznego, a postępowanie w przypadkach znacznego jego nasilenia jest trudne, należy opracować długofalowy rehabilitacyjno-pielęgnacyjny plan zapobiegawczy. Jego celem powinno być utrzymanie kontroli nad wytwarzaniem chłonki i zapewnieniem odpowiedniego jej przepływu.

Obrzęk chłonny dzieli się na pierwotny i wtórny. Przyczyny pierwotnego obrzęku – *lymphoedema primarium* – są nieznane. Jest on rozpoznawany wtedy, gdy nie został spowodowany przez żaden z czynników wywołujących obrzęk wtórny, a w badaniu klinicznym radiologicznym lub histologicznym stwierdza się jego objawy. Obrzęki pierwotne uwarunkowane są wrodzonymi anomaliami naczyń limfatycznych, pojawiają się najpierw na grzbiecie stopy, rozszerzając się stopniowo na wyżej położone partie kończyn.

Wtórny obrzęk chłonny – *lymphoedema secundarium* – powstaje w następstwie zastoju wywołanego wycięciem naczyń i węzłów chłonnych, urazem mechanicznym lub przecięciem naczyń chłonnych, ich uszkodzeniem przez zakażenie i przewlekły proces zapalny lub naświetlania promieniami jonizującymi. Do obrzęków wtórnych zalicza się także obrzęki rozwijające się w kończynach przewlekle unieruchomionych lub porażonych, chociaż w tych przypadkach na ich tworzenie się ma pewien wpływ zastój żylny. Obrzęki limfatyczne wtórne obejmują najpierw przysymalną, a następnie dystalną część ciała.

Wyróżnia się 3 okresy w rozwoju obrzęków limfatycznych:

I okres – odwracalnego obrzęku limfatycznego,

II okres – nieodwracalnego obrzęku limfatycznego,

III okres – słoniowacizny (*elephantiasis*) [1, 5, 12].

Obrzęk limfatyczny obejmuje obszar odpływu chłonki dystalnie od uszkodzonych naczyń i węzłów chłonnych. Początkowo jest niewielki, ustępujący po uniesieniu kończyny. Później nie ustępuje po podniesieniu, choć ustępuje przy ucisku palcem. Nieleczony staje się coraz twardszy i po ucisku nie tworzą się już zagłębienia. Z czasem skóra i tkanki podskórne ulegają zwłóknieniu, dochodzi do rogowacenia skóry, a także do zwyrodnienia pozostałych, dotychczas czynnych przewodów chłonnych. Objętość kończyny ulega powiększeniu i niekiedy znacznemu zmniejszeniu. Staje się ona coraz cięższa, co powoduje ograniczenie ruchomości w stawach, przykurcze mięśniowe, zaburzenia krążenia krwi i powikłania neurologiczne [5].

Zadaniem sprawnego układu limfatycznego jest odprowadzanie produktów przemiany materii oraz usuwanie nadmiaru płynów tkankowych. Według Herperta 75% obrzęków w onkologii stanowią tzw. obrzęki wtórne, których przyczyn należy szukać między innymi:

- w naruszeniu i przerwaniu ciągłości większości dróg limfatycznych wynikających z zabiegu operacyjnego (wycięcie, uszkodzenie lub zamknięcie drogi odpływu chłonki),
- utracie elastyczności naczyń chłonnych (np. po radioterapii w postaci popromiennego zwłóknienia tkanek),
- urazach i zaniedbaniach powstałych niejednokrotnie z winy samych pacjentów.

Obrzęki te rzadko cofają się samoistnie, przechodząc w fazę obrzęku przewlekłego. Rozpoznanie stopnia zaawansowania obrzęku ułatwia klasyfikacja według Földi:

Stopień I – stadium odwracalne, obrzęk jest nieznaczny i ciastowaty, ustępuje pod naciskiem palca, zostawiając zagłębienie znikające powoli, po uniesieniu kończyny obrzęk się zmniejsza.

Stopień II – obrzęk nie zmniejsza się samoistnie, występuje zwłóknienie tkanek, powłoki tracą elastyczność i stają się twarde, ucisk nie wywołuje zagłębienia, po uniesieniu kończyny obrzęk nie zmniejsza się.

Stopień III – postępujące zwiększanie się objętości kończyny, głównie ku obwodowi, kończyna jest twarda, nieelastyczna.

Długotrwały obrzęk chłonny znacznych rozmiarów sprzyja ograniczeniu zakresu ruchów i zmianom przeciążeniowo-zwyrodnieniowym w dużych stawach kończyn po stronie poddanej zabiegowi oraz może nawet powodować uszkodzenie okolicznych nerwów. Nieleczony może być przyczyną groźnych dla zdrowia i życia następstw:

- nowotworów złośliwych, takich jak rozwój źle rokującego naczyniakomięsaka limfatycznego,

- możliwość rozpoczęcia reakcji obronnych (szybkość odpływu chłonki ma wpływ na usuwanie obcych antygenów),
- przerwanie dróg chłonnych zatrzymuje recyrkulację limfocytów, które biorą udział w procesie miejscowej odporności,
- nawet niewielki uraz może prowadzić do rozwoju poważnego stanu zapalnego, który z kolei powoduje obliterację naczyń chłonnych i zwiększenie się obrzęku [8, 12].

Wtórny obrzęk chłonny kończyny górnej jako powikłanie leczenia onkologicznego najczęściej rozwija się po doszczętnym leczeniu raka sutka. Usunięcie węzłów i naczyń chłonnych pachowych bezpośrednio po operacji powoduje względną limfatyczną niewydolność w kończynie tzw. obrzęk przejściowy, który jest zazwyczaj nieznaczny i ustępuje w wyniku leczenia i zabiegów rehabilitacyjno-pielęgnacyjnych. Może się pojawić 7–10 dni po zabiegu jako przejaw urazu operacyjnego lub w 2–3 tygodnie później, wtórnie do stanu zapalnego lub przedłużonego gojenia się rany. Dzięki regeneracji układu chłonnego (zazwyczaj po 4–6 tygodniach po operacji) wzrastają nowe naczynia i sieci chłonne i odtwarza się drenaż chłonki w dole pachowym), pozostałym po operacji naczyniom chłonnym, uruchomieniu niewykorzystanych dotychczas, jak również rozwojowi krążenia obocznego u 60% chorych, jest z reguły w dostateczny sposób zapewniona równowaga odpływu chłonki w ciągu 6 miesięcy po operacji. Obrzęk utrzymuje się tak długo, dopóki limfa nie wytworzy sobie sama nowych kanałów przez okolicę pachową do węzłów chłonnych podobojczykowych, a jeśli i te zostały usunięte – do przewodu piersiowego lub prawego przewodu limfatycznego [12, 13].

Metody rehabilitacyjno- pielęgnacyjne w leczeniu obrzęku chłonnego

Rehabilitację i pielęgnację chorych z obrzękiem limfatycznym cechuje specyfika wynikająca z istoty upośledzenia fizycznego i psychicznego.

W całokształcie procesu rehabilitacji i pielęgnacji chorych z obrzękiem chłonnym wyróżnić można podstawowe kierunki działania, a mianowicie:

- systematyczne prowadzenie metodycznie uzasadnionych ćwiczeń ruchowych,
- przestrzeganie odpowiedniego postępowania w życiu codziennym, popartego przekonaniem o jego celowości,
- oddziaływanie na psychikę chorych, mające na celu przekonanie o ich możliwości przystosowania się w zmienionych warunkach do normalnego życia w społeczeństwie, w stanie sprawności fizycznej bez widocznych oznak kalectwa,

- stosowanie w zależności od wskazań metod fizykoterapeutycznych wspomagających proces rehabilitacji i pielęgnacji.

Cele rehabilitacji i pielęgnacji w tym zakresie można określić następująco:

- zwiększenie zakresu ruchów,
- zwiększenie siły mięśniowej kończyny strony operowanej,
- zapobieganie zastojowi chłonki w kończynie i okolicy zabiegu operacyjnego oraz oddziaływanie mające na celu wytworzenie krążenia obocznego,
- zwalczanie obrzęku przez stosowanie specjalnych ćwiczeń i zabiegów fizykalnych,
- korygowanie zmian postawy ciała, występujących w następstwie leczenia onkologicznego (jako następstwo m.in. obrzęku limfatycznego – większego ciężaru kończyny, która może zaburzać zrównoważenie stron ciała),
- oddziaływanie na psychikę chorych w celu uzyskania optymalnej adaptacji (pełnego przystosowania społecznego i zawodowego, bez oznak upośledzenia fizycznego) do zmienionych warunków życia.

W leczeniu obrzęku chłonnego, które jest trudne i długotrwałe, stosuje się metody zachowawcze i chirurgiczne.

Zachowawcze leczenie obrzęku chłonnego polega na łącznym stosowaniu różnych metod rehabilitacyjno-pielęgnacyjnych, które zostaną omówione szczegółowo w dalszej części pracy.

Mają one między innymi na celu:

- przywrócenie równowagi odpływu chłonki,
- odprowadzenie nadmiaru chłonki,
- zmniejszenie rozmiarów obrzęku.

Do metod rehabilitacyjno-pielęgnacyjnych stosowanych w leczeniu zachowawczym obrzęku chłonnego kończyny (górnej lub dolnej) po stronie operowanej lub zastosowanej radioterapii należy zaliczyć przede wszystkim:

- odpowiednie postępowanie z obrzękniętą kończyną,
- pozycje ułożeniowe,
- ćwiczenia lecznicze,
- automasaż,
- stosowanie elastycznych rękawów oraz pończoch,
- bandażowanie,
- ręczny drenaż chłonny,
- przerywaną kompresję pneumatyczną [7, 11–13].

Chorym należy zalecać unikanie czynników sprzyjających rozwojowi obrzęku, a mianowicie:

- nadmiernego wysiłku,
- podnoszenia i noszenia ciężkich przedmiotów,
- długiego noszenia nawet lekkich przedmiotów,
- gwałtownych ruchów i długiego powtarzania tych samych ruchów przy opuszczonych kończynach górnych,

- jakiegokolwiek linijnego, okrężnego rodzaju ucisku (spowodowanego przez zegarek, biżuterię, ubranie),
- spania na obrzękniętej kończynie,
- krzyżowania nóg podczas siedzenia,
- długiego siedzenia z nogami opuszczonymi w dół oraz stania przez dłuższy czas,
- gorących kąpeli, okładów, sauny, solarium i intensywnego opalania się oraz zbyt długiego przebywania na słońcu,
- urazów obrzękniętej kończyny (zadrapań, skaleczeń, oparzeń),
- stanów zapalnych obrzękniętej kończyny,
- długiego powtarzania tych samych ruchów,
- mierzenia ciśnienia tętniczego krwi, robienia zastrzyków i wlewów kroplowych oraz pobierania krwi w obrębie obrzękniętej kończyny,
- długiego moczenia kończyny (np. przy praniu),
- używania detergentów,
- nadmiernej wilgoci [7, 10, 12].

W razie uszkodzenia naskórka należy szybko to miejsce zdezynfekować (nawet małe skaleczenia). Jakiegokolwiek przerwanie ciągłości skóry, nawet niewielkie, może być źródłem infekcji. Profilaktyka powinna obejmować edukację pacjenta na temat, jak zapobiegać przerwaniam ciągłości skóry i jak zmniejszać ryzyko infekcji. W przypadku wystąpienia infekcji (zaczerwienienie, podwyższenie temperatury), zapalenia skóry konieczna jest natychmiastowa konsultacja lekarza specjalisty i rozpoczęcie farmakoterapii.

Chorych obowiązuje także zakaz:

- zabiegów akupunktury i wykonywania masażu klasycznego na kończynie po stronie operowanej,
- siadania zbyt blisko bezpośredniego źródła ciepła (np. kominek, ognisko),
- wykonywania prac domowych i ogrodowych bez użycia rękawic ochronnych (np. należy nosić napastrzek podczas szycia),
- stosowania parafiny, borowiny, ultradźwięków i zabiegów głębokiego przegrzewania (istnieje możliwość przyspieszenia rozwoju przerzutów),
- używania sauny,
- kąpeli leczniczych w temperaturze wyższej niż 33–34°C.

Należy także zachować dużą ostrożność z zabiegami operacyjnymi wykonywanymi po stronie obrzękniętego ramienia.

Następnie należy z pacjentem omówić problem pielęgnacji skóry. Powinna być ona prowadzona szczególnie dokładnie celem niedopuszczenia do powikłań (zwłaszcza zapalnych). Zajętą kończynę należy możliwie codziennie myć wodą z łagodnym mydłem (bezzapachowym i hipoaergicznym), po czym dokładnie osuszać (szczególnie pomiędzy palcami). Następnie skórę należy natłuścić, najlepiej nawilżającym obojęt-

nym kremem lub oliwką kosmetyczną, dokładnie wcierając, tak aby doszło do wchłonięcia środka przed nałożeniem bielizny elastycznej, której zastosowanie w leczeniu obrzęku limfatycznego zostało omówione w dalszej części pracy [5, 10].

Oprócz tego należy chorym zalecić noszenie w ciągu dnia elastycznego rękawa lub pończochy oraz odpoczynek z uniesioną i odciążoną (podpartą na poduszce lub specjalnym klinie) obrzękniętą kończyną górną lub dolną. Chorzy powinni w ten sposób przez około 15–20 minut odpoczywać kilkakrotnie w ciągu dnia, a zwłaszcza po większych wysiłkach [12].

Ucisk powierzchniowy kończyny jest niezbędnym elementem właściwego leczenia obrzęku limfatycznego kończyny, bez którego inne metody są mało skuteczne.

Ucisk powierzchniowy ułatwia odpływ chłonki przez niezmienny układ naczyń limfatycznych powierzchniowych. Powinien on być największy na obwodzie i zmniejszać się w kierunku części proksymalnych kończyny.

Ucisk powierzchniowy może być prowadzony przy użyciu takich metod, jak: bielizna uciskowa, bandażowanie uciskowe i ucisk pneumatyczny [1, 7, 10].

Rękaw z odpowiedniej elastycznej dzianiny zwiększa ciśnienie hydrostatyczne tkanek kończyny, zapobiegając gromadzeniu się płynu w przestrzeniach międzykomórkowych. Ma on znaczenie uzupełniające cały program rehabilitacyjno-pielęgnacyjny. Stanowi także ważny element zapobiegania oraz nasilania się obrzęku chłonnego. Pończochy i rękawy uciskowe powinny być noszone cały dzień, a zdejmowane na noc, kiedy pacjent leży i odpoczywa. Natomiast w przypadku podróży (zwłaszcza samolotem) należy nosić produkty uciskowe przez cały czas podróży i kilka godzin po niej [5, 11, 12].

Inną metodą stosowania ucisku powierzchniowego jest bandażowanie uciskowe. Jest ono intensywnym leczeniem uciskowym wskazanym w następujących stanach:

- obrzęk limfatyczny znacznego stopnia lub długo trwający,
- głębokie fałdy skórne,
- obrzęk palców,
- przesączanie limfy (*lymphorrhoea*),
- uszkodzenie lub nadmierna wrażliwość skóry.

Zwykle po 2–3 tygodniach prowadzonego w ten sposób leczenia uzyskuje się ustąpienie objawów będących wskazaniem do bandażowania, co umożliwi ograniczenie się do stosowania bielizny elastycznej. Bandażowanie powinno być wykonane po masażach. Pod bandaż zakłada się rękaw bawełniany, a nierówności obwodu kończyny wyrównuje się sprasowaną gąbką i watą. Bandaż obejmuje zawsze całą kończynę. Bandażuje się zmniejszając dośrodkowo siłę ucisku

i dbając o zachowanie ruchomości w stawach. Zaleca się noszenie bandaża przez całą dobę.

Przy długotrwałym, nasilonym obrzęku limfatycznym, w trakcie którego doszło już do zwłóknienia śródmiąższowego w tkance podskórnej, jest wskazane zastosowanie ucisku pneumatycznego. Do takiego leczenia potrzebny jest specjalny sprzęt składający się z pompy pneumatycznej i mankietów. Stosowanie tej metody nie jest niezbędne do skutecznego leczenia obrzęku limfatycznego mimo jej dużej skuteczności [1, 5].

Przerywana kompresja pneumatyczna (rytmiczny masaż pneumatyczny) polega na stosowaniu ucisku obrzękniętej kończyny za pomocą gumowego rękawa, który jest cyklicznie napętniany powietrzem i opróżniany przez odpowiednie urządzenie.

Metoda ta wspomaga naturalną pompę mięśniową i powoduje wzrost ciśnienia hydrostatycznego w tkankach kończyny. Ma ona na celu szybkie usunięcie chłonki z zajętej kończyny. Uczynnia dotychczas niedrożne i zapadnięte naczynia chłonne, rozrywając zrosty tkanki łącznej, zapobiega ich włóknieniu i być może także przyspiesza ich odnowę. Ułatwia to powstanie krążenia obocznego i regenerację układu chłonnego. Wynikiem tego jest przywrócenie równowagi odpływu chłonki z kończyny.

Przy stosowaniu tej metody wysokość ciśnienia oraz czas trwania ucisku, jak również czas przerwy są ustawiane zależnie od rodzaju obrzęku, możliwości chorego, a także doświadczeń rehabilitanta i pielęgniarki. Z reguły czas ucisku jest kilkakrotnie dłuższy od czasu przerwy, a ciśnienie nie przekracza rozkurczowego ciśnienia krwi chorego. Im obrzęk jest twardszy, tym czas ucisku krótszy, a ciśnienie niższe. Stosuje się jedno lub wielokomorowe rękawy generujące zmienne ciśnienie do około 40–60 mm Hg. Stosunek kompresji do relaksacji rękawa wynosi najczęściej jeden do trzech. Przed masażem kończyna ochraniająca jest rękawem bawełnianym. W przypadku zajęcia przez obrzęk dłoni i palców, dodatkowo bandażuje się palce. Masaż może trwać od jednej do czterech godzin dziennie [1, 5, 7, 12, 13].

Postępowanie rehabilitacyjno-pielęgnacyjne u chorych z obrzękiem limfatycznym powinno zawierać elementy oddziaływania statycznego oraz statyczno-dynamicznego na usprawnianą kończynę. Oddziaływanie to polega na wprowadzeniu do takiego postępowania obowiązku przestrzegania biernych i czynnych ułożeń kończyny. Dzięki bowiem wysokiemu ułożeniu kończyny, w czasie snu i wypoczynku, powstają warunki fizyczne, w których ciśnienie hydrostatyczne słupa krwi i chłonki ułatwia ich grawitacyjny (zgodny z siłą ciężkości) odpływ, a tym samym zapobiega powstawaniu lub powiększaniu się obrzęku [7, 12].

W rehabilitacji i pielęgnacji chorych z obrzękiem limfatycznym ma szerokie zastosowanie ręczny drenaż chłonny (masaż limfatyczny). Zabieg ten powinno wykonywać się bez użycia środków poślizgowych. Specjalistyczny masaż to manual lymphatic drainage (MLD) – jest bardzo delikatny i pobudza odpływ chłonki w odpowiednim kierunku. Simple lymphatic drainage (SLD) jest zmodyfikowaną formą MLD i może być wykonywany w ograniczonej formie jako automasaż przez pacjenta. MLD jest masażem specjalistycznym i może być wykonywany tylko przez przeszkolonego rehabilitanta lub pielęgniarkę. Istnieją różne sposoby wykonania tego rodzaju masażu według różnych szkół drenażu limfatycznego (tj. według Voddera, Földi, Leduca i Casley-Smitha’a). Masaż ten ma za zadanie rozbić zbiorników chłonki, udroźnienie istniejących naczyń chłonnych, pobudzenie czynności układu chłonnego oraz doprowadzenie do skurczu powierzchownych naczyń limfatycznych, co w przypadku prawidłowego jego wykonywania wzmacnia przepływ i odprowadzenie nadmiaru chłonki z obszarów obrzękniętych do niezajętych obrzękiem. Najczęściej stosuje się go w połączeniu z innymi metodami, a czasami jako samodzielną metodę [5, 12].

Drenaż limfatyczny wykonujemy od obwodu w kierunku ujść żylnych. Stwierdzenie to wymaga dodatkowego omówienia. Ustalony tu kierunek drenażu jest słuszny, jednak musimy rozpoznać go od węzłów i naczyń limfatycznych znajdujących się jak najbliżej części (ujść) żylnych i stopniowo zachowując ten kierunek opracowywać części dalsze [14].

Formą masażu, którą mogą wykonywać sami chorzy, jest automasaż. Głównym celem tego sposobu masażu jest usprawnienie przepływu chłonki i krążenia żylnego. Automasaż polepszając trofikę, wpływa korzystnie na wszystkie tkanki kończyny i jest szczególnie przydatny w profilaktyce i zwalczaniu obrzęku chłonnego w przebiegu leczenia choroby nowotworowej. Poprawne wykonanie zależy od dokładnego przeszkolenia osoby wykonującej automasaż.

Aby wzmocnić efekt odpływu chłonki w wyżej wymienionych sposobach masażu limfatycznego, można zastosować podczas jego wykonywania ćwiczenia czynne w obrębie kończyn. Zabieg masażu należy zakończyć krótkimi ćwiczeniami oddechowymi. Ma to pomóc w lepszym oczyszczeniu głębokich naczyń limfatycznych z zalegającej limfy (pomagają stymulować jej odpływ) [5, 7, 10].

Nieodzownym elementem usprawniania chorych z obrzękami chłonnymi są ćwiczenia lecznicze (kinezyterapia). Ruchy czynne w połączeniu z powierzchownym uciskiem kończyny ułatwiają odpływ limfy naczyniami powierzchownymi.

Ćwiczenia zmniejszają objętość zalegającego płynu śródmiąższowego, zwiększając powrót żylny i poprawiając funkcjonowanie naczyń limfatycznych zbiorczych oraz funkcjonowanie początkowych naczyń chłonnych, które tętnią pod wpływem ruchów mięśni. Ćwiczenia zapobiegają ponadto usztywnieniu stawów. Niewskazane są jedynie forsowne ćwiczenia, które mogą powodować rozszerzenie naczyń włosowatych i zwiększenie produkcji limfy (obrzęk powysiłkowy). Przy niemożności ruchów czynnych wskazane są ćwiczenia bierne, przynajmniej dwa razy dziennie. Ćwiczenia powinny być wykonywane zawsze w rękawie lub pończosze uciskowej. Powinny być wykonywane do granicy bólu i należy je dostosować do możliwości pacjenta [5, 12].

Bardzo ważnym elementem podczas ćwiczeń jest dobranie odpowiedniej pozycji wyjściowej z uwzględnieniem szerokiego wykorzystania w ćwiczeniach kończyny objętej obrzękiem siły grawitacji do wspomaganie odpływu chłonki. Najczęściej jest to leżenie tyłem, z lekkim uniesieniem kończyny górnej lub dolnej. W tym celu także dobiera się specjalne wysokie pozycje wyjściowe i odpowiednie sektory ruchu, w których siła grawitacji wspomaga pompę mięśniową ułatwiającą odpływ chłonki z kończyny i okolic sąsiadujących z miejscem zabiegu operacyjnego lub obszaru poddanego działaniu promieniowania jonizującego. Należy unikać stania oraz siedzenia z nogami opuszczonymi w dół, gdyż powoduje to odpływ płynu do dystalnych części kończyn. Delikatne ruchy pozwalają na odpływ płynu do wszystkich przestrzeni ciała, co zapobiega gromadzeniu się limfy [5, 7].

Duże znaczenie w trakcie prowadzenia terapii przeciwobrzękowej mają zajęcia psychoterapeutyczne w formie relaksacji lub choreoterapii, pozwalające pacjentom na pokonanie przygnębienia i frustracji narastającej wraz ze zwiększaniem się i utrwalaniem obrzęku.

Metoda kompleksowej fizycznej terapii udrażniającej (KPE – Komplexer Physikalischer Ent-stuungstherapie) stanowi dalszy bardzo skuteczny oręż w walce z obrzękami chłonnymi w onkologii.

Metoda ta składa się z czterech elementów:

- pielęgnacji skóry,
- masażu limfatycznego (ML),
- kompresji (bandażowania),
- gimnastyki udrażniającej.

Oprócz ćwiczeń z terapeutą zaleca się pacjentce wykonywanie ćwiczeń w domu [3, 4, 7, 9, 11, 12].

Podsumowanie

Stosowane w onkologii metody leczenia mają niekorzystny wpływ na sprawność i wyrażają się ograniczeniem zakresu ruchów, osłabieniem siły mięśni i rozwojem obrzęku chłonnego po stronie lezonej.

Obrzęk chłonny w przebiegu leczenia onkologicznego jest procesem o różnej dynamice rozwoju, na ogół postępującym oraz najbardziej uciążliwym dla chorych i trudnym do leczenia.

Nawrót obrzęku u niektórych chorych w kilka lat po zakończeniu usprawniania świadczy o niecałkowitym przywróceniu równowagi odpływu chłonki z kończyny. Nawet całkowite ustąpienie obrzęku nie jest bowiem równoznaczne z jego wyleczeniem, gdyż może dojść do utajonej fazy obrzęku, w której nie ma objawów klinicznych, ale są radiologiczne.

Przedstawione w pracy metody fizjoterapii chorych z obrzękiem chłonnym w przebiegu leczenia z powodu zmian nowotworowych wspomagają naturalne czynniki odpływu chłonki (pompę mięśniową, ujemne ciśnienie w klatce piersiowej oraz siłę grawitacji) i stosowane kompleksowo mogą przynieść poprawę w postaci usunięcia obrzęku limfatycznego z kończyny i przyległej części tułowia lub ograniczeniu dalszego jego narastania.

Podsumowaniem niniejszej pracy powinny być słowa prof. Wiktora Degi: „Nowoczesne leczenie byłoby okrucieństwem, gdyby usiłowało tylko ratować życie, a nie chciało zająć się kalectwem, przed którym nie potrafiło uchronić człowieka”.

Piśmiennictwo

1. Badger C, Twycross R. *Management of lymphoedema*. Oxford: Sir Michael Sobell House; 1988.
2. Brennan MJ, DePompolo RW, Garden FH. Obrzęk limfatyczny po mastektomii. *Rehab Med* 1997; 1, 3: 41–48.
3. Carati J i wsp. Obrzęk limfatyczny po mastektomii: leczenie laserem może być skuteczne w niektórych przypadkach. *Nowości Onkol* 2003; 1, 3: 6–7.
4. Doś J, Woźniowski M, Górka-Doś M. *Podstawowe zasady kompleksowej fizycznej terapii udrażniającej w leczeniu obrzęków limfatycznych kończyn*. [w:] *Biospołeczne skutki mastektomii*. Materiały II Krajowej Konferencji. Poznań: Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu; 2001: 59–68.
5. *Guidelines for the use of Manual Lymphatic Drainage (MLD) and Simple Lymphatic Drainage (SLD)*. British Lymphology Society, 2001.
6. Jassem J. *Rak sutka*. Warszawa: Springer PWN; 1998.
7. Mika K. *Po odjęciu piersi*. Warszawa: PZWL, 1991.

8. Paroń M. Budowa i funkcje układu chłonnego a warunki wykonania masażu leczniczego. *Fizjoterapia* 1995; 3, 1: 40–44.
9. Pawlicki M (red.). *Rak piersi – nowe nadzieje i możliwości leczenia*. Bielsko-Biała: α-medica press; 2002.
10. Regnard C, Badger C, Mortimer P. *Lymphoedema. Advice on treatment*. Beaconsfield: Publishers LTD, England; 1991.
11. Woźniewski M. Rola i metody fizjoterapii w leczeniu chorych z obrzękami chłonnymi kończyn. *Fizjoterapia* 1995; 3, 2: 10–14.
12. Woźniewski M. *Wczesne i odległe wyniki kompleksowego usprawniania chorych z wtórnym obrzękiem chłonnym kończyny górnej*. Studia i Monografie AWF we Wrocławiu. Z. 24. Wrocław: Wydawnictwo AWF; 1991.
13. Woźniewski M. *Własna metoda fizjoterapii chorych z wtórnym obrzękiem chłonnym kończyny górnej*. Materiały X Jubileuszowego Kongresu Fizjoterapii. Wrocław; 1991: 168–172.
14. Zborowski A. *Drenaż limfatyczny*. Kraków: Wydawnictwo AZ; 1995.

Adres I Autora:

Dział Rehabilitacji

Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu

pl. Hirszfelda 12

53-413 Wrocław

I Międzynarodowe Sympozjum Naukowo-Szkoleniowe
„Człowiek przewlekle chory i niepełnosprawny
– interdyscyplinarne aspekty opieki”, Szczecin, 14–15 maja 2004

OPIEKA PALIATYWNA • PALLIATIVE CARE

PL ISSN 1508-2121

Ocena nasilenia bólu, jego charakteru i stresu bólowego oraz prawdopodobieństwo wystąpienia depresji u pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej

Assessment of pain and its character in patients in the terminal stage of life

DOMINIK KRZYŻANOWSKI¹, IZABELLA UCHMANOWICZ¹, ALICJA CHYBICKA², ELEONORA MESS¹, ROMAN HAWRO³, BEATA HAWRO⁴

¹ Zakład Pielęgniarskiej Opieki Paliatywnej, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: dr n. med. Eleonora Mess

² Katedra i Klinika Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej, Akademia Medyczna we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Alicja Chybicka

³ Dział Rehabilitacji Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu
Kierownik: mgr Roman Hawro

⁴ Oddział Radioterapii II Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu
Ordynator: dr. n. med. Maria Jagas

Streszczenie **Cel pracy:** Celem badań jest ukazanie nasilenia i charakteru bólu, stresu bólowego oraz prawdopodobieństwo wystąpienia depresji u pacjentów w terminalnym okresie choroby nowotworowej. **Materiał:** Przebadano 33 pacjentów w terminalnym okresie choroby nowotworowej znajdujących się w chwili badania w dwóch hospicjach stacjonarnych. Założono, że aby zbadać zmianę jakości życia (badanie podłużne), badanie będzie przeprowadzone u każdego pacjenta 3 razy: w pierwszym tygodniu po przyjęciu do hospicjum, w tydzień po pierwszym badaniu i w miesiąc po poprzednim badaniu. W badaniu uczestniczyło 18 kobiet i 15 mężczyzn hospitalizowanych od listopada 2001 do sierpnia 2002 r. W pierwszym badaniu wzięło udział 100% (33 osoby) populacji osób badanych, w drugim wzięło udział osób 28 (5 osób biorących udział w badaniu pierwszym zmarło), w trzecim zaś jedynie 22 osoby (od pierwszego do trzeciego badania zmarło 11 osób). Wiek osób badanych znajdował się w przedziale od 31 do 95 lat. Największą grupę osób badanych stanowiły osoby w wieku pomiędzy 71 a 75 r.ż., było to 7 osób (22%), następnie w równym odsetku po 5 osób (15%) były osoby w wieku pomiędzy 61 a 65 r.ż. oraz pomiędzy 76 a 80 r.ż. **Narzędzia:** Skala Zunga – Samoopisowa Skala do Badania Depresji, VAS (*Visual Analogue Scale*) – Wzrokowo-Analogowa Skala Natężenia Bólu, PDS (*Pain Distres Scale*) – Skala Stresu Bólowego, Zmodyfikowany Arkusz Oceny Bólu wg Szatanika. **Wnioski:** 1. Dużym problemem medycznym w opiece nad pacjentami w terminalnym okresie choroby jest percepcja bólu. Wśród zbadanej populacji podczas I badania aż 27 osób (96%) odczuwa ból o nasileniu „średnim” lub „mocnym”, zaś podczas III badania o takim nasileniu bólu informowało 17 (77%) pacjentów. 2. Stwierdzona odmiennność częstości wyborów w Zmodyfikowanym Arkuszu Oceny Bólu pomiędzy kategoriami sensorycznymi i emocjonalnymi u badanych pacjentów (często odczuwających ból totalny) ukazuje różnorodność przyczyn i patomechanizmów narządowych i czynnościowych. Duża liczba wskazań na ból o natężeniu: „silnym”, „bardzo silnym”, „tak silnym jak można sobie wyobrazić” w aspekcie emocjonalnym (od 16 (48%) do 25 (78%) osób w badaniu I, od 12 (43%) do 18 (64%) osób w badaniu II i od 7 (32%) do 10 (45%) pacjentów podczas badania III) potwierdza duże potrzeby pacjentów w zakresie pozamedycznych oddziaływań na poprawę ich stanu. 3. W ocenie bólu w aspekcie komponenty emocjonalnej występował raczej ból o natężeniu „silnym”, „bardzo silnym”, „tak silnym jak można sobie wyobrazić”. 4. Badani chorzy znacznie rzadziej od pozostałych kategorii wybierali ból „mdlący”, „duszący”, „oślepiający”, „porażający”, „zimny”, co może potwierdzać spostrzeżenia o występowaniu depresji z somatyzacją i ekspresją zachowań bólowych. 5. Z percepcją bólu związane jest odczuwanie wysokiego stresu, co na pewno obniża komfort życia. W badanej populacji osób odczuwających „średni” lub „silny stres bólowy” w I badaniu było aż 26 osób (79%). Takich osób w badaniu II było 71%, zaś w badaniu III było ich 16 (73%). Tak duża liczba osób odczuwających stres o „średnim” i „silnym” nasileniu świadczy o dużym zapotrzebowaniu pacjentów na wsparcie

emocjonalne i psychiczne ze strony zespołu terapeutycznego. 6. Niepokojące są dane uzyskane w Samoopisowej Skali do Badania Depresji. W I badaniu aż 32 osoby (97% osób badanych) i w badaniu II 21 osób (95%) oraz 28 pacjentów (100%) podczas badania III uzyskało wyniki świadczące z dużym prawdopodobieństwem o występowaniu u nich depresji. Oprócz oddziaływań diagnostycznych i farmakoterapeutycznych wydaje się zasadne profesjonalne oddziaływanie psychoterapeutyczne, a to wymaga wykwalifikowanego psychologa i psychoterapeuty do udzielania tej formy opieki.

Słowa kluczowe: ból, depresja, choroba nowotworowa.

Summary Pain and cancer are often called synonymous because 2/3 of all patients with cancer are suffering from pain. From the point of view of epidemiology, pain is present in 70–80% of patients in the terminal stage of life.

Aim of the study: The purpose of this study is to assess the level of pain, its character, pain stress and appearance of depression during the terminal stage of life. **Materials and methods:** There were 33 patients (18 women and 15 men) in the study group. All patients were hospitalized at the Wrocław Hospice in Poland from November 2001 to August 2002. We used the following scales for pain and mental state assessment: VAS, PDS, Zung scale. The study was conducted as a longitudinal research. 1st appraisal was done in the first week, second assessment was performed one week after the 1st assessment and the third evaluation was done in the third week of patients' hospitalization. **Results:** All patients when asked about pain defined it as "average" or "very strong". However, when asked about emotional aspects of pain, they defined pain as strong, very strong, and as strong as you can imagine. During the study most of the patients have shown the presence of depression.

Key words: pain, depression, cancer.

Cel pracy

Celem badań jest ukazanie nasilenia i charakteru bólu, stresu bólowego oraz prawdopodobieństwo wystąpienia depresji u pacjentów w terminalnym okresie choroby nowotworowej.

Materiał

Przebadano 33 pacjentów w terminalnym okresie choroby nowotworowej znajdujących się w chwili badania w 2 hospicjach stacjonarnych. Założono, że aby zbadać zmianę jakości życia (badanie podłużne) badanie będzie przeprowadzone u każdego pacjenta 3 razy: w pierwszym tygodniu po przyjęciu do hospicjum, w tydzień po pierwszym badaniu i w miesiąc po poprzednim badaniu.

W badaniu uczestniczyło 18 kobiet i 15 mężczyzn hospitalizowanych od listopada 2001 do sierpnia 2002 roku.

W analizowaniu wyników badań ciekawym aspektem jest przyczyna umieszczenia w hospicjum (rozpoznanie) oraz czas przeżycia od pierwszego badania. Przedstawia je tabela 1 i 2 oraz rycina 1 i 2.

W pierwszym badaniu wzięło udział 100% (33 osoby) populacji osób badanych, w badaniu drugim wzięło udział osób 28 (5 osób biorących udział w badaniu pierwszym zmarło), w trzecim zaś jedynie 22 osoby (od pierwszego do trzeciego badania zmarło 11 osób).

Największą liczbę pacjentów stanowili chorzy z nowotworem wątroby (8 osób, w tym 5 kobiet i 3 mężczyzn) oraz z nowotworem kości (8 osób, w tym 4 mężczyzn i 4 kobiety). Następnie byli to chorzy z nowotworem płuca (7 osób), mózgu

(6 osób), odbytnicy (5 osób) i w równym odsetku (po 4 osoby) z nowotworem gruczołu piersiowego, nerki i kręgosłupa. Po 3 pacjentów chorowało na nowotwór skóry, żołądka, macicy i prostaty.

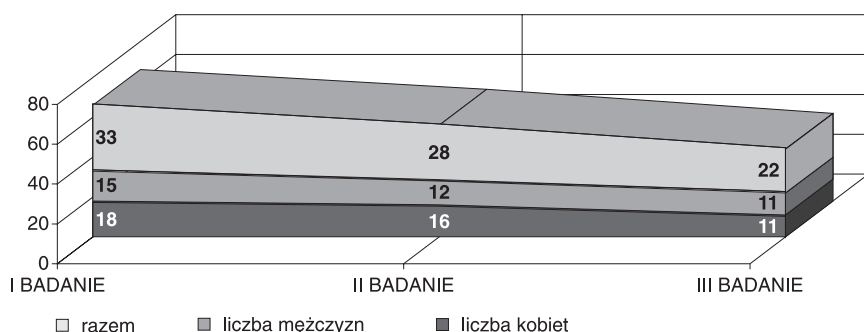
Wiek osób badanych znajdował się w przedziale od 31 do 95 lat. Największą grupę osób

Tabela 1. Liczba osób uczestniczących w I, II i III badaniu

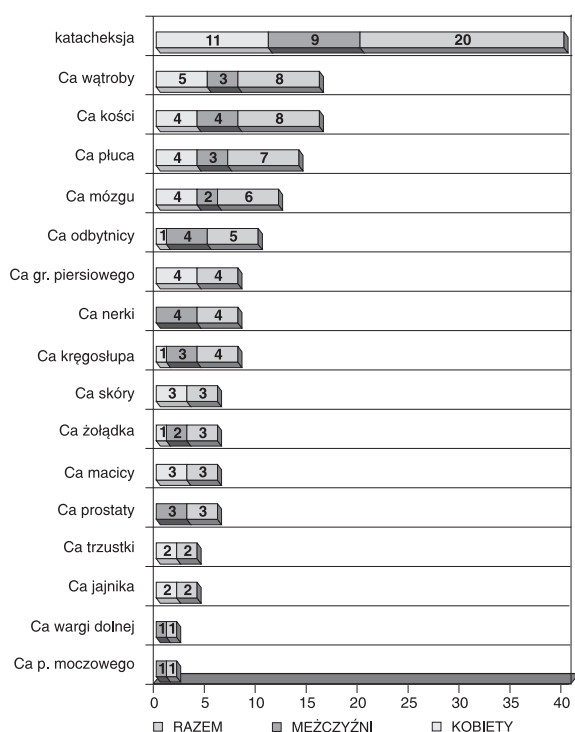
Liczba	Liczba kobiet	Ogółem mężczyzn	
I badanie	18	15	33
II badanie	16	12	28
III badanie	11	11	22

Tabela 2. Zdiagnozowane umiejscowienie nowotworów u badanych pacjentów

Rozpoznanie	Kobiety	Mężczyźni	Razem
katacheksja	11	9	20
Ca wątroby	5	3	8
Ca kości	4	4	8
Ca płuca	4	3	7
Ca mózgu	4	2	6
Ca odbytnicy	1	4	5
Ca gr. piersiowego	4	0	4
Ca nerki	0	4	4
Ca kręgosłupa	1	3	4
Ca skóry	3	0	3
Ca żołądka	1	2	3
Ca macicy	3	0	3
Ca prostaty	0	3	3
Ca trzustki	2	0	2
Ca jajnika	2	0	2
Ca wargi dolnej	0	1	1
Ca p. moczowego	0	1	1



Ryc. 1. Liczba osób w populacji podczas I, II i III badania



Ryc. 2. Zdiagnozowane umiejscowienie nowotworów w populacji badanych osób

badanych stanowiły osoby w wieku pomiędzy 71 a 75 rokiem życia, było to 7 osób (22%), następnie w równym odsetku po 5 osób (15%) były osoby w wieku pomiędzy 61 a 65 rokiem życia oraz pomiędzy 76 a 80 rokiem życia.

Wydaje się, że ważną cechą pacjentów jest ich stan cywilny i tak na 33 ogółem tylko 13 osób pozostaje w związkach małżeńskich (7 mężczyzn jest żonaty, a 6 kobiet zamężnych). Pozostali pacjenci są stanu wolnego (7 wdów i 6 wdowców, 2 kawalerów i 4 panny oraz 1 osoba rozwiedziona). Zdecydowanie więcej wśród osób badanych było mieszkańców miasta (26 osoby) niż wsi (7 osób).

Charakterystykę badanej grupy pod względem płci, wieku i wykształcenia przedstawia tabela 3.

Ogółem osób badanych		Lp	%
		33	100
Płeć	M	15	48
	K	18	52
Wiek (lata)	31–35	1	3
	36–40	0	0
	41–45	2	6
	46–50	1	3
	51–55	3	9
	56–60	2	6
	61–65	5	15
	66–70	1	3
	71–75	7	22
Wykształcenie	76–80	5	15
	81–85	3	9
	86–90	1	3
	91–95	2	6
	podstawowe	2	6
	zawodowe	12	36
	średnie	13	40
	wyższe	6	18

Narzędzia badawcze

Skala Zung – Samoopisowa Skala do Badania Depresji (Zung Self-Rating Depression Scale)

Jest jedną ze skal samoopisowych służących do oceny zaburzeń depresyjnych [50]. Skala ta składa się z 20 twierdzeń (10 itemów w znaczeniu pozytywnym opisującym odczucia badanego i 10 pozycji przedstawiających negatywne odczucia), które pacjent wybiera zaznaczając odpowiedzi w 4-punktowej skali typu Likerta dla każdego twierdzenia. Wyniki surowe oblicza się za pomocą przypisywania wartości liczbowych każdej kolumnie, które są przeznaczone do oceny zakresu czasu występowania objawu opisywanego przez dane twierdzenie. Kolumny te szereguje się od pierwszej lewej do czwartej, przypisując im następujące wartości: 1 punkt = rzadko (wyjątkowo), 2 punkty = czasem, 3 punkty = często, 4 punkty = prawie stale (prawie zawsze). W twierdzeniach 1, 3, 4, 7–10, 13, 15, 19 punkty przyznaje się na wskroś tak, że 1 punkt odpowiada znaczeniu – prawie stale. Maksymalnie badany

może uzyskać 80 punktów, co wskazuje na depresję o ostrym przebiegu, a uzyskanie ponad 50% punktów (40 punktów) może sugerować w większości odsetków o wystąpieniu depresji [2, 11].

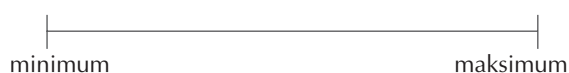
Visual Analogue Scale (VAS) – Wzrokowo-Analogowa Skala Natężenia Bólu

Jest to skala numeryczna z graficznym odcinkiem o długości 10 cm, na którym pacjent zaznacza wielkość natężenia bólu, który aktualnie odczuwa. Na dwóch końcach odcinka dziesięciocentymetrowego znajdują się pozycje skrajne w ocenie bólu: punkt „0” oznacza – nie ma bólu (brak odczucia bólu), punkt „10” – ból maksymalny (ból tak silny, jak tylko jest to możliwe). Wzdłuż tej linii mogą znajdować się słowne określenia natężenia bólu (ból lekki, średni, silny) [1, 3, 7] (schemat 1).



Schemat 1. Skala VAS (wg [1, 3, 7])

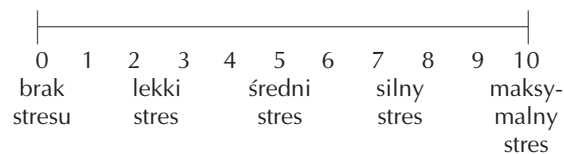
Innym rodzajem skali VAS jest odcinek o określonej długości (najczęściej dziesięciocentymetrowy) z oznaczeniami tylko jego początku i końca (minimum i maksimum odczuwania bólu). Odcinek ten przedstawiony jako pozioma linia, na której pacjent zaznacza punkt odpowiadający natężeniu odczuwanego bólu. Wynik ten jest przedstawiony w milimetrach (odległość punktu od lewego skraju odcinka) lub w procentach natężenia określonego bólu [1, 3, 7] (schemat 2).



Schemat 2. Skala VAS (wg [1, 3, 7])

Pain Distres Scale (PDS) – Skala Stresu Bólowego

Johnson wprowadził dwie skale do określenia sensorycznych bólu: skalę bólu (*Pain Sensation Scale*) i skalę stresu bólowego. Skala PDS jest także skalą numeryczną z graficznym odcinkiem o określonej długości, na którym chory zaznacza nasilenie stresu związanego z odczuwaniem bólu. Na dwóch końcach tego odcinka znajdują się skrajne opisy odczuwanego stresu: „0” oznacza brak stresu, a „10” stres maksymalnie odczuwany. Wzdłuż poziomej linii znajdują się słowne określenia natężenia stresu (lekki stres, średni, silny) [3, 7] (schemat 3).



Schemat 3. Skala PDS (wg [3, 7])

Zmodyfikowany Arkusz Oceny Bólu według Szatanika

Wielowymiarowa struktura percepcji bólu jest uwzględniana w kwestionariuszach pomiaru bólu. Są one popularnymi metodami, często konstruowanymi empirycznie. W 1975 r. Melzack i Torgerson wprowadzili pomiar percepcji bólu znany pod nazwą Kwestionariusza Melzacka (MPQ – *Melzack Pain Questionnaire*). Narzędzie to umożliwia pomiar natężenia bólu w oparciu o słowa wybrane przez badanego jako najlepiej obrazujące aktualne odczucie. Umożliwia on pomiar ilościowy i jakościowy oceny doznań bólowych badanego, biorąc pod uwagę ich aspekt emocjonalny, poznawczy i sensoryczny. Sedlak jako pierwszy przełożył test MPQ na język polski, nazywając go polską wersją kwestionariusza McGill-Melzacka. Kwestionariusz ten określa jakość bólu, uwzględniając jego komponentę sensoryczną (siłę, jakość i dynamikę), emocjonalną i ogólną (mieszaną). Natomiast pierwszą polską wersję kwestionariusza do oceny bólu opracował Szczudlik. W 1984 r. Szatanik opracował uproszczoną wersję kwestionariusza bólu McGill-Melzacka i nazwał ją Arkuszem Oceny Bólu. Ta wersja kwestionariuszowej techniki badania bólu przystosowana jest do semantyki języka polskiego. Arkusz Oceny Bólu składa się z 43 słów podzielonych na 20 grup uwzględniających dwie kategorie: pozycje 1–15 – kategoria sensoryczna, pozycje 16–20 – kategoria emocjonalna [4].

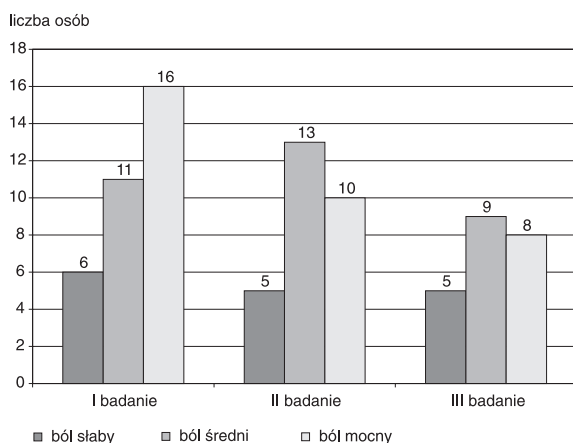
Wyniki badań

Jednym z bardziej interesujących aspektów badania jakości życia w opiece paliatywnej jest zagadnienie badania bólu. W badaniach posłużono się kilkoma narzędziami badającymi ten objaw. Jednymi z najprostszych i najmniej pracochłonnych metod do stosowania w badaniu pacjentów w terminalnym okresie ich choroby są skala VAS i PDS. Dane uzyskane dzięki skali VAS, informujące o nasileniu bólu podczas trzech badań w całej populacji, umieszczone zostały w tabeli 4 i na rycinie 3.

W I badaniu w największej liczbie 16 osób był zgłaszany ból określany jako „mocny”. Następnie był to „ból średni” (11 osób) i „ból słaby” (6 osób). W II badaniu osoby badane w pierwszej

Tabela 4. Nasilenie bólu w całej populacji osób badanych według skali VAS

Nasilenie bólu	Ból słaby	Ból średni	Ból mocny
I badanie	6	11	16
II badanie	5	13	10
III badanie	5	9	8

**Ryc. 3.** Nasilenie bólu wg skali VAS w całej zbadanej populacji

kolejności (11 osób) wskazały na występowanie aktualnie „bólu średniego”, następnie 10 osób wskazało na „ból mocny” i 5 tak samo jak w badaniu III na „ból słaby”.

Nasilenie bólu w populacji zbadanych mężczyzn wg skali VAS obrazuje tabela 5 i rycina 4.

W największym odsetku osoby badane w I, II i III badaniu zgłaszały „ból średni”: w I badaniu takich osób było 6, w badaniu II – 9, a w badaniu III o „bólu mocnym” informowało 7 mężczyzn. „Ból mocny” w I badaniu zgłaszało 5 badanych, a w badaniu III – 2 pacjentów.

O nasileniu bólu w populacji kobiet informuje nas tabela 6 i rycina 5.

Największa liczba kobiet w trzech badaniach odczuwa „ból mocny” i tak w badaniu I takich kobiet było 11, w badaniu II – 10, zaś w badaniu III „ból mocny” odczuwało 6 pacjentek. O „bólu średnim” w I badaniu informowało 5 chorych, w II badaniu „ból średni” zgłaszały 4 pacjentki, a w badaniu III takich pacjentek było 2.

Nierozzerwalnie z sytuacją odczuwania bólu wiąże się jego aspekt emocjonalny i stres, który jest przez niego wywoływany. Stres ten, zwany stresem bólowym, został zbadany także w prostej i niemęczącej pacjenta Skali Stresu Bólowego – *Pain Distres Scale* (PDS). Dane po opracowaniu przedstawiono w tabelach i obrazujących je rycinach. Nasilenie stresu bólowego dla całej zbadanej populacji ilustruje tabela 7 i rycina 6.

Najczęściej odczuwanym stresem spowod-

Tabela 5. Nasilenie bólu u mężczyzn w zbadanej populacji według skali VAS

Nasilenie bólu	Ból słaby	Ból średni	Ból mocny
I badanie	4	6	5
II badanie	3	9	0
III badanie	2	7	2

**Ryc. 4.** Nasilenie bólu wg skali VAS w populacji zbadanych mężczyzn

wanym reakcją bólową podczas trzech badań był „stres o średnim nasileniu”. W I badaniu odczuwało go 14 osób, w II – 10 osób, a w III takich osób było 9. Silny stres w I badaniu był wskazywany przez 12 osób badanych, w badaniu II takich osób było 10, a w badaniu III o tym rodzaju stresu informowało 7 osób.

Tabela 6. Nasilenie bólu u kobiet w zbadanej populacji według skali VAS

Nasilenie bólu	Ból słaby	Ból średni	Ból mocny
I badanie	2	5	11
II badanie	2	4	10
III badanie	3	2	6

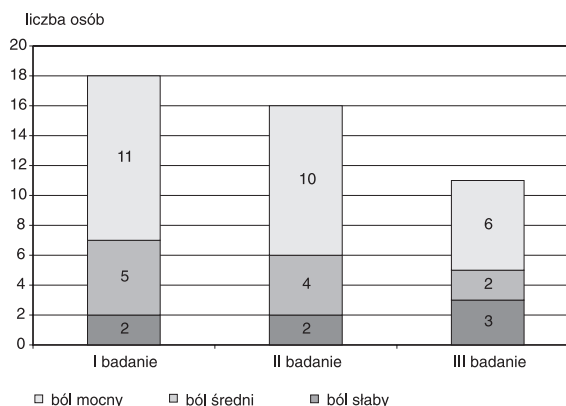
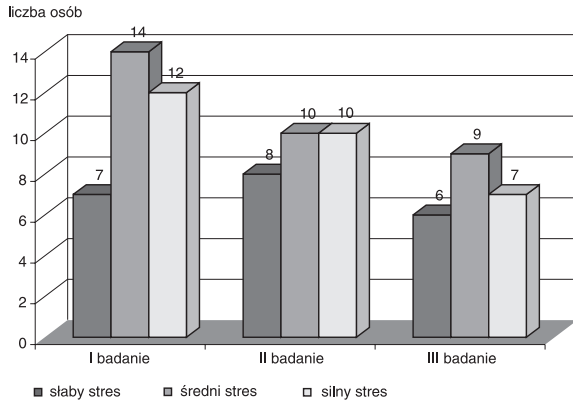
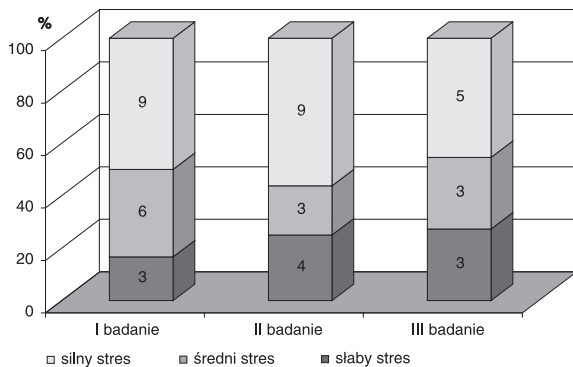
**Ryc. 5.** Nasilenie bólu wg skali VAS w populacji zbadanych kobiet

Tabela 7. Nasilenie stresu bólowego w całej populacji osób badanych według skali PDS

Nasilenie stresu	Słaby stres	Średni stres	Silny stres
I badanie	7	14	12
II badanie	8	10	10
III badanie	6	9	7

**Ryc. 6.** Nasilenie stresu bólowego wg skali PDS w całej populacji przebadanych osób**Tabela 8. Nasilenie stresu bólowego w populacji badanych kobiet według skali PDS**

Nasilenie stresu	Słaby stres	Średni stres	Silny stres
I badanie	3	6	9
II badanie	4	3	9
III badanie	3	3	5

**Ryc. 7.** Nasilenie stresu bólowego wg skali PDS w populacji zbadanych kobiet

Wśród populacji przebadanych kobiet nasilenie stresu bólowego przedstawia tabela 8 i rycina 7.

Analiza badań skalą PDS w populacji kobiet wykazała, że we wszystkich badaniach „stres o silnym natężeniu” był najczęstszym rodzajem odczuwanego stresu. W I i II badaniu takich ko-

biet było w równym odsetku po 9, zaś w badaniu III było ich 5. Na „stres o średnim nasileniu” w I badaniu wskazało 6 pacjentek, a w następnych badaniach w równym odsetku po 3 badane.

W populacji badanych mężczyzn nasilenie stresu wg skali PDS zostało przedstawione w tabeli 9 i na rycinie 8.

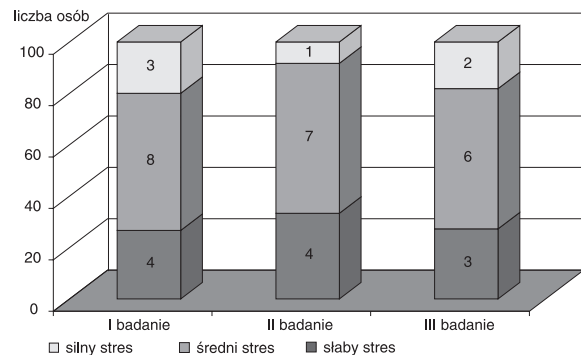
Badani mężczyźni podawali, że najczęściej odczuwanym przez nich stresem podczas trzech badań był „stres o średnim nasileniu”. W I badaniu na taki stres wskazywało 8 mężczyzn, w badaniu II o takim stresie informowało 7 pacjentów, zaś w badaniu III takich badanych było 6.

Odczuwanie bólu jest zagadnieniem złożonym, na odczucie bólu składa się jego komponenta sensoryczna i emocjonalna. Te zagadnienia w odczuwaniu bólu u pacjentów bada Zmodyfikowany Arkuszk Oceny Bólu według Szatanika. Ten kwestionariusz jako następstwo Kwestionariusza bólu McGilla (MPQ) ma dużą wartość kliniczną, umożliwiającą całościowe podejście do chorego, z uwzględnieniem czynników społeczno-psychologicznych warunkujących percepcję bólu. Dla każdej z 20 grup, w których umieszczone są przymiotniki opisujące różnorodne właściwości odczuwania bólu, stworzono tabele i wykresy je opisujące podczas trzech badań. Ze względu na dużą ilość uzyskanych danych opisy do tabel i rycin (wg autora najbardziej znaczące dla podnoszenia jakości życia) zostaną zamieszczone w postaci wniosków.

W badaniu jakości życia pacjentów w ogóle, a w szczególności pacjentów w terminalnym okresie ich choroby, ważnym aspektem jest ich stan psychiczny. Jedną z prostych metod kwestio-

Tabela 9. Nasilenie stresu bólowego w populacji badanych mężczyzn według skali PDS

Nasilenie stresu	Słaby stres	Średni stres	Silny stres
I badanie	4	8	3
II badanie	4	7	1
III badanie	3	6	2

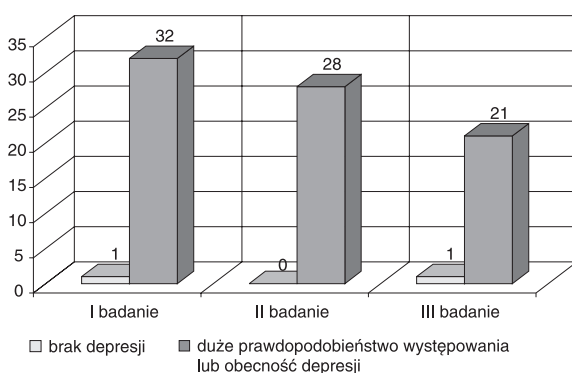
**Ryc. 8.** Nasilenie stresu bólowego wg skali PDS w populacji zbadanych mężczyzn

nariuszowych jest Samoopisowa Skala do Badania Depresji Zunga. Po przetransformowaniu wyników surowych na przeliczone otrzymano wyniki, które są zawarte w tabeli 10 i na rycinie 9.

Otrzymane dane świadczą, że prawdopodobnie prawie 100% zbadanej populacji podczas przebywania w hospicjum w ostatnim etapie swojej choroby doświadcza depresji. Tylko jedna osoba (mężczyzna przebywający w hospicjum ze względów socjalnych, ale z widocznym progresem choroby) w dwóch badaniach według tej skali nie zdradzał objawów depresji.

Tabela 10. Duże prawdopodobieństwo wystąpienia depresji lub jej obecność w całej zbadanej populacji według skali Samooceny Depresji Zunga

	Brak depresji	Duże prawdopodobieństwo występowania lub obecność depresji
I badanie	1	32
II badanie	0	28
III badanie	1	21



Ryc. 9. Nasilenie depresji w badanej populacji wg skali Zunga

Wnioski

1. Dużym problemem medycznym w opiece nad pacjentami w terminalnym okresie choroby jest percepcja bólu. Wśród zbadanej populacji podczas I badania aż 27 osób (96%) odczuwało ból o nasileniu „średnim” lub „mocnym”, zaś podczas III badania o takim nasileniu bólu informowało 17 (77%) pacjentów.

Piśmiennictwo

1. Dobrogowski J, Kuś M (red.). *Ból i jego leczenie*. Warszawa: Springer: PWN; 1996.
2. Kaplan H, Sadock B. *Żaloba i śmierć*. [w:] *Psychiatria kliniczna*. Wrocław: Urban & Partner; 1995.
3. Łuczak J (red.). *Opieka paliatywna w zaawansowanym okresie choroby nowotworowej. Materiały do nauczania medycyny paliatywnej*. Poznań: Klinika Opieki Paliatywnej, Anestezjologii i Intensywnej Terapii Onkologicznej Akademii Medycznej w Poznaniu; 2000.
4. Pyszkowska J. Możliwości oceny bólu przewlekłego. Próba obiektywizacji oceny bólu za pomocą zmodyfikowanego arkusza oceny bólu. *Psychoonkologia* 1999; 4.

2. Stwierdzona odmiennność częstości wyborów w Zmodyfikowanym Arkuszu Oceny Bólu pomiędzy kategoriami sensorycznymi i emocjonalnymi u badanych pacjentów (często odczuwających ból totalny) ukazuje różnorodność przyczyn i patomechanizmów narządowych i czynnościowych. Duża liczba wskazań na ból o natężeniu: „silnym”, „bardzo silnym”, „tak silnym, jak można sobie wyobrazić” w aspekcie emocjonalnym (od 16 (48%) do 25 (78%) osób w badaniu I, od 12 (43%) do 18 (64%) osób w badaniu II i od 7 (32%) do 10 (45%) pacjentów podczas badania III) potwierdza duże potrzeby pacjentów w zakresie pozamedycznych oddziaływań na poprawę ich stanu [8–10].
3. W ocenie bólu w aspekcie komponenty emocjonalnej występował raczej ból o natężeniu „silnym”, „bardzo silnym”, „tak silnym, jak można sobie wyobrazić”.
4. Badani chorzy znacznie rzadziej od pozostałych kategorii wybierali ból „mdlący”, „duszący”, „oślepiający”, „porażający”, „zimny”, co może potwierdzać spostrzeżenia o występowaniu depresji z somatyzacją i ekspresją zachowań bólowych.
5. Z percepcją bólu związane jest odczuwanie wysokiego stresu, co na pewno obniża komfort życia. W badanej populacji osób odczuwających „średni” lub „silny stres bólowy” w I badaniu było aż 26 (79%). Takich osób w badaniu II było 71%, zaś w badaniu III było ich 16 (73%). Tak duża liczba osób odczuwających stres o „średnim” i „silnym” nasileniu świadczy o dużym zapotrzebowaniu pacjentów na wsparcie emocjonalne i psychiczne ze strony zespołu terapeutycznego [3, 8–10].
6. Niepokojące są dane uzyskane w Samoopisowej Skali do Badania Depresji. W I badaniu aż 32 osoby (97% osób badanych) i w badaniu II 21 osób (95%) oraz 28 pacjentów (100%) podczas badania III uzyskało wyniki świadczące z dużym prawdopodobieństwem o występowaniu u nich depresji. Oprócz oddziaływań diagnostycznych i farmakoterapeutycznych wydaje się zasadne profesjonalne oddziaływanie psychoterapeutyczne, a to wymaga wykwalifikowanego psychologa i psychoterapeuty do udzielania tej formy opieki [2, 8, 9].

5. de Walden-Gałuszko K, Majkovicz M (red.). *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego; 1994.
6. de Walden-Gałuszko K, Majkovicz M. *Model oceny jakości opieki paliatywnej realizowanej w warunkach ambulatoryjnych*. Gdańsk: Akademia Medyczna; 2000.
7. de Walden-Gałuszko K, Majkovicz M (red.). *Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce*. Gdańsk: Akademia Medyczna, Zakład Medycyny Paliatywnej; 2000.
8. de Walden-Gałuszko K. Psychologiczne następstwa leczenia chorych na nowotwory. *Onkol Pol* 1998; 3–4.
9. de Walden-Gałuszko K (red.). *Psychoonkologia*, Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków; 2000.
10. Wirsching M. *Wokół raka. Pacjent, rodzina, opieka medyczna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 1994.
11. Zung W. A Self-Rating Depression Scale. *Arch General Psych* 1965; 12.

Adres I Autora:

Zakład Pielęgniarskiej Opieki Paliatywnej

Wydział Zdrowia Publicznego AM we Wrocławiu

ul. Bartla 5

53-618 Wrocław

Uwarunkowania zespołu wypalenia zawodowego u pielęgniarek

Conditions of nurses' syndrome of occupational burn-out

GRAŻYNA DĘBSKA¹, GRAŻYNA CEPUCH²

¹ Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Targu
Kierownik: dr n. med. Jerzy Żebrak

² Instytut Pielęgniarstwa, Wydział Ochrony Zdrowia, CM UJ w Krakowie
Dyrektor: doc. dr hab. Tomasz Brzostek

Streszczenie Dla różnych zawodów można wyodrębnić różnorodne uwarunkowania zjawiska wypalenia zawodowego. Są one charakterystyczne dla danej grupy zawodowej, a nawet specjalności. Koncentrują się one wokół dwóch głównych przyczyn: czynników środowiskowych (tj. stres zawodowy) oraz cech podmiotu (mechanizmy zmagania się ze stresem). Głównym mediatorem tych mechanizmów jest poczucie własnej skuteczności zawodowej, a brak jej wywołuje mechanizmy obronne w postaci wypalenia zawodowego. Celem artykułu jest przedstawienie występujących u pielęgniarek (w grupie wysokiego ryzyka) niektórych uwarunkowań wypalenia zawodowego poprzez analizę literatury. W rzeczywistości żadne z nich nie można przeceniać ani bagatelizować. Warto je natomiast rozpoznać, aby poczucie winy, niekompetencji, braku zaangażowania u pielęgniarek i odbiorców ich usług zminimalizować.

Słowa kluczowe: wypalenie zawodowe, stres zawodowy.

Summary Different reasons for professional burning out can be given for various professions. They are characteristic for a concrete professional group and even speciality. They are concentrated around two main reasons: environmental factors (professional stress) and subject trait (stress fighting mechanisms). The main mediator for those mechanisms is the sense of self-effectiveness and its lack leads to protection mechanism meaning professional burning out. The aim of this work is to show some reasons for professional burning out through literature review concerning teachers in a high-risk group and teachers among nurses. As a matter of fact none of them can be overestimated or underestimated. It's worth to recognise them in order to minimize the sense of guilt, incompetence, lack of engagement in nursing and their service receivers.

Key words: professional burning, professional stress.

Wstęp

Wypalenie zawodowe dotyczy ludzi, którzy oddali się służeniu innym, poświęcają się im, wspierają, doradzają, wychowują, prowadzą terapię, opiekują się nimi, uczą, pielęgnują. W tej grupie znajdują się też pielęgniarki, które nie wstydzą się mówić otwarcie o zawodowych deformacjach różnych obszarów osobowości, doprowadzających do rozwoju syndromu wypalenia zawodowego. Tu nie chodzi o to, żeby usprawiedliwiać się ze swoich niedomagań zawodowych, lecz żeby spojrzeć na nie konstruktywnie w kierunku oddziaływań profilaktyczno-edukacyjnych mających na celu minimalizację

tego zjawiska. Tym bardziej, że „Wypalenie jest bolesnym uświadomieniem sobie [przez osoby pomagające], że nie są w stanie pomóc tym ludziom, że nie mogą dać im więcej i całkowicie zużyli swoje siły...” (Aronson i wsp. 1985, s. 25 za [2]).

Uwarunkowania zespołu wypalenia zawodowego mają swoje źródło w teorii Ch. Maslach 1986 (za H. Sęk i wsp. 1996), określającej koncepcję wielowymiarowego modelu wypalenia, na który składają się powiązane ze sobą trzy wymiary: **wyczerpanie emocjonalne, psychofizyczne – depersonalizacja i obniżona satysfakcja zawodowa** (wg Ch. Maslach za [9]). W każdym z nich pielęgniarka przyjmuje pewną postawę i zachowania.

Istnieje wiele objawów i sygnałów, które wspólnie tworzą syndrom „wypalenia się”. Są to (wg [13]):

1. **wyczerpanie fizyczne** – chroniczne zmęczenie bez widocznej przyczyny; widoczna może być utrata wagi i apetytu,
2. **bezsenność**,
3. **napięcie mięśniowe** – różnorodne bóle bez wyraźnej przyczyny,
4. **migrenowe bóle głowy**,
5. **zamartwianie się** – zaabsorbowanie pracą, branie pracy do domu, co powoduje stopniowe zagarnianie życia,
6. **niezdolność do podejmowania decyzji** – podjęcie najprostszej decyzji wymaga coraz większego wysiłku,
7. **poczucie winy za wyniki swojej pracy** – obwinianie siebie za stresujący charakter pracy,
8. **zawalenie pracą** – niemożność poradzenia sobie z ilością pracy i spokojnego przemyślenia jej jakości,
9. **utrata entuzjazmu** – mechaniczne reagowanie na zadania; często pojawia się nuda, przy czym nudzenie się może być pozorne,
10. **oskarżenia innych za niepowodzenia** – niezależnie od tego, czy niepowodzenie jest prawdziwe wini się za nie wszystkich – system, dyrektora, pacjentów, rodzinę,
11. **niecierpliwość i wybuchy irytacji**,
12. **utrata zainteresowania** – oznaki depersonalizacji: pacjenci są traktowani stereotypowo, często pozytywne uczucia ulegają tłumieniu,
13. **nieprzyswajanie nowych idei** – postawa typu „wszystko już było i okazało się bezsensowne”,
14. **uzależnienie** – przyjmowanie nadmiernych ilości środków uspokajających, alkoholu, nikotyny,
15. **cynizm**,
16. **inercja** – pojawiają się problemy ze zrobieniem czegokolwiek, normalnie niewielki wysiłek okazuje się ponad siły,
17. **narzucona sobie izolacja** – normalnie towarzyskie osoby.

Lista ta powinna być traktowana jako zbiór potencjalnych dzwonek ostrzegawczych [13], przy czym fakt, że ktoś cierpi na któreś z tych objawów nie oznacza automatycznie, że jest on narażony na niebezpieczeństwo wypalenia się.

Dla różnych zawodów można wyodrębnić różne stresory i obszary obciążeń zawodowych oraz obiektywne warunki wykonywania zawodu (płeć, wiek, staż, organizacja pracy) [9]. W badaniach T. Pasikowskiego wyodrębniono kategorie uciążliwości spostrzegane przez pielęgniarki [10]:

1. wymagania wynikające ze specyfiki zawodu,
2. przeciążenia związane z poczuciem odpowiedzialności,
3. brak warunków leczenia,
4. niskie zarobki,
5. niski status społeczny,

6. zła współpraca zespołu leczącego,
7. zła współpraca z pacjentem i jego rodziną.

Wśród czynników wpływających obciążająco na wykonywanie pracy przez pielęgniarki są stosunki międzyludzkie (u 56,7% badanych), niejasno określony zakres kompetencji (u 36,7% badanych), przeciążenie obowiązkami, zmęczenie (31,7%), obciążający system wynagrodzeń i bezradność z ograniczoną możliwością pomocy niektórym podopiecznym – na podstawie badań analizy obciążeń emocjonalnych i psychospołecznych 60-osobowej grupy pielęgniarek w domach pomocy społecznej [7].

Szczegółowa analiza zespołu wypalenia zawodowego u pielęgniarek na podstawie literatury dokonana przez C. Noworola [6] pozwala wyróżnić podstawowe stresory, tj.: **poczucie braku kontroli, niepewność, niespełnienie oczekiwań, stres pracy zmianowej**, które wyczerpują charakterystykę przyczyn wypalenia zawodowego u pielęgniarek. Są to:

1. **Poczucie braku kontroli** jest podstawowym czynnikiem prowadzącym do wyczerpania emocjonalnego. W codziennej pracy wyraża się to w tym, iż pielęgniarka ma ograniczony wpływ na powrót do zdrowia, współpracę z pacjentami. Dodatkowym obciążeniem są zmienne decyzyjne: decyzje lekarskie, administracyjne, co w konsekwencji rodzi konflikty.
2. **Niepewność** związana z wykonywaniem zawodu. Wynika ona z poczucia wątpliwości dotyczących własnych umiejętności, szczególnie w sytuacjach wielu trudnych problemów.
3. **Poczucie niespełnienia oczekiwań**. Szczególnie widoczne jest to w dysproporcji pomiędzy tym, co inwestują w pacjentów, a tym, co otrzymują.
4. **Stres pracy zmianowej** wynika głównie z zaburzenia rytmu okołodobowego i wymaganiami stałej gotowości, wysokiego profesjonalizmu niezależnie od pory dnia.
5. **Inne stresory to:** konflikty z koleżankami, przełożonymi, brak autonomii, przeciążenie pracą, trudności organizacyjne i ekonomiczne, specyfika pewnych specjalności, hierarchiczny układ zależności zawodowej, konieczność kontaktu z różnymi osobami zaangażowanymi w ten sam problem, niski status zawodowy, niskie zarobki, duże obciążenie psychiczne, zła współpraca z pacjentem i jego rodziną [1].

Badania prowadzone przez J. Iskra-Golec, S. Folkard, T. Marek, C. Noworol [6] wykazały, że pielęgniarki pracujące w systemie 12-godzinny na oddziałach intensywnej terapii wykazały większe zmęczenie chroniczne, zaburzenia snu. W efekcie szybciej prowadzi to do wypalenia za-

wodowego z nasileniem symptomów wyczerpania emocjonalnego w porównaniu z pielęgniarkami pracującymi w systemie 8-godzinny. Inne badania przytaczane przez C. Noworola wskazują, że najsilniejszym czynnikiem stresogennym w pracy pielęgniarki jest praca zmianowa w oddziałach bezpośredniego zagrożenia życia, krótki czas pracy, małe doświadczenie zawodowe [9].

W rzeczywistości rodzaj obciążenia psychicznego jest inny dla różnych specjalności pielęgniarskich. Potwierdzają to badania przeprowadzone przez M. Beisert [1]. Wysoki poziom wypalenia występuje u pielęgniarek pediatrycznych, onkologicznych, psychiatrycznych, a niski u przełożonych, położnych i pielęgniarek internistycznych. W tych samych badaniach skoncentrowano się na podkreśleniu zmiennych podmiotowych biorących udział w mechanizmach zmagania się ze stresem. Zaobserwowano fakt, iż obciążenie współdziała z mechanizmem kontroli, jakim jest unikanie (porzucenie zawodu, niepodejmowanie obciążeń), zwiększając tym samym ryzyko wypalenia. Natomiast poziom wypalenia obniża się wraz z tendencją do traktowania przez badane obowiązków pielęgniarskich bardziej w kategoriach wyzwania niż w kategoriach zagrożenia i straty. Drugim mechanizmem w powstaniu wypalenia u pielęgniarek, obok obciążenia psychicznego, jest poczucie własnej skuteczności zawodowej. Natomiast badania M. Beisert nie potwierdziły wpływu na poziom wypalenia u pielęgniarek: preferowanie takich wartości, jak: mistrzostwo w zawodzie, dążenie do uznania społecznego i równowagi wysiłku z otrzymaną za niego gratyfikacją [1].

Cherniss w 1993 r. (za [10]) wyróżnił trzy obszary, do których można odnieść poczucie skuteczności (w pracy pielęgniarki). Są to:

- **sytuacje zadaniowe**, np. wykonywanie iniekcji przez pielęgniarkę,
- **sytuacje interpersonalne** (podtrzymywanie pacjenta odczuwającego silny ból),
- **organizacyjne** (np. organizacja oddziału) [10].

Dopiero niski poziom skuteczności zawodowej wyzwała objawy wypalenia. Natomiast współdecydowanie, samodzielność w pracy przeciwdziała wypaleniu. Pielęgniarki przełożone, położne mające w tym zakresie większe uprawnienia są mniej wypalone od koleżanek będących na innych stanowiskach.

W pracach nad powiązaniem wypalenia zawodowego z poczuciem własnej skuteczności podnosi się problem przekonań o normach zawodowych. Można przypuszczać, że zawody społeczne wybierają osoby typu „idealiści”, którzy charakteryzują się stosunkowo wysokim poziomem perfekcjonizmu, niską autonomią, niską tolerancją, brakiem równowagi pomiędzy zaangażowaniem a dystansem. Może to powodować

pojawienie się irracjonalnych przekonań o tym, że:

- trzeba być lubianym i szanowanym,
- powinno się być maksymalnie kompetentnym,
- ludzie są niedoskonalymi, słabi i źli,
- nieakceptowanie tego, że rzeczywistość nie zgadza się z oczekiwaniami,
- nieakceptowanie tego, że nie ma doskonałego sposobu rozwiązania wszystkich trudności,
- powinno się silnie przeżywać problemy innych,
- lepiej jest unikać trudności niż zmierzyć się z nimi.

Postępując według tych przekonań w zawodzie pielęgniarki doznaje się negatywnych odczuć, które są przyczyną zespołu wypalenia zawodowego.

Sposoby radzenia sobie z syndromem wypalenia zawodowego

Ciekawe sposoby radzenia sobie ze stresem proponuje A. Jedynek [4]. Mają one uniwersalne zastosowanie i można je stosować w profilaktyce minimalizowania skutków wypalenia zawodowego u pielęgniarek. Są to:

- 1. Ustalenie realistycznych celów.** Cele idealne powinny być uzupełnione celami cząstkowymi, możliwymi do osiągnięcia. W praktyce przydatne staje się ustalenie listy zamierzeń na każdy dzień tygodnia, miesiąca, roku.
- 2. Robienie tych samych rzeczy w inny sposób.** Związane to jest z przełamaniem rutyny, która jest konieczna, wtedy osoba pomagająca czuje się bezsilna, otacza ją pustka emocjonalna. W przełamaniu rutyny ważne są te działania, które są zależne od nas samych.
- 3. Robienie przerwy w pracy.** Powinny być krótkie lub dłuższe przerwy odpoczynku oraz zmiana wykonywanej czynności.
- 4. Traktowanie spraw mniej osobiście.**
- 5. Podkreślanie pozytywnych stron.** Wiąże się to z podkreśleniem tego, co dobre i co przynosi satysfakcję, radość, z bilansem dziennym pozytywnych spraw, poczuciem humoru, przebywaniem z ludźmi, którzy są szczęśliwi.
- 6. Poznanie siebie.** Powinno się ono rozpocząć od samoobserwacji objawów fizycznych, czasu ich występowania, okoliczności, rodzaju uczuć, myśli, działań, które im towarzyszą.
- 7. Stosowanie odpoczynku i relaksu.**
- 8. Pamiętaj o dekompresji.** Sport, ćwiczenia fizyczne, ciepła kąpiel są efektywnymi sposobami dekompresji, pozwalającymi na obniżenie napięcia emocjonalnego po powrocie z pracy do domu [4].

Istotne znaczenie dla obniżenia poziomu wypalenia ma wsparcie społeczne (emocjonalne, instrumentalne, rzeczowe, informacyjne) udzielane

przez profesjonalistów (współpracowników, przełożonych). W badaniach T. Pasikowskiego (1996) wyodrębniono 12 kategorii źródeł wsparcia społecznego, z którego korzystają pielęgniarki w przezwyciężaniu trudności. Były to: własna rodzina, rodziny pacjentów, pacjenci, współpracownicy – pielęgniarki, koledzy – znajomi z poza pracy, przyjaciele, związki zawodowe, ordynator, przełożeni, psycholog, lekarze i inni [9].

Podsumowując, nasuwa się wniosek, iż nie ma szybkich i łatwych rozwiązań, jeśli chodzi o zespół wypalenia. Każde rozwiązanie powinno uwzględnić specyfikę pracy, sytuację domową, jego indywidualne predyspozycje i preferencje, jak również angażować tych, którzy decydują o warunkach i rozwiązaniach organizacyjnych pracy.

Podsumowanie

Dzięki tej analizie wyraźnie widać, że zjawisko to jest nieuchronną konsekwencją destrukcji zachodzącej w psychice osób nadmiernie eksploatujących się w dawaniu siebie innym. Jest to choroba „nadmiernego zaangażowania się” [8]. Główną przyczyną wypalenia zawodowego są: czynniki środowiskowe (tj. stres zawodowy oraz

cechy podmiotu i mechanizmy zmagania się ze stresem). Natomiast struktura wypalenia, psychologiczne mechanizmy kontroli i samokontroli, strategie radzenia sobie ze stresem, kompetencje zaradcze, czynniki podmiotowe, przekonania zawodowe, rodzaj wsparcia społecznego są specyficzne dla danego zawodu, a nawet specjalności. Potwierdzają to badania dotyczące specyfiki wypalenia zawodowego u pielęgniarek (M. Beisert, H. Sęk: 1996). Aby uniknąć wypalenia, trzeba czuć, że jest się skutecznym w osiąganiu ważnych celów zawodowych oraz unikać „irracjonalnych, idealistycznych” przekonań.

Najbardziej niezawodnym sposobem zapobiegania wypalenia zawodowego jest odpowiedni styl życia, którego naczelnym hasłem powinno być – ZWOLNIJ, PORUSZASZ SIĘ ZBYT SZYBKO. Najskuteczniejszym sposobem na szczęśliwe życie jest optymizm i humor. Tego też można się nauczyć.

Zaprezentowana analiza nie wyczerpuje w całości tego zagadnienia, bowiem różnice w różnych specjalnościach pielęgniarskich tkwią nie tylko w wewnętrznej strukturze samego wypalenia, ale także w zależności zmiennych istotnych dla wypalenia oraz komponentów osobowościowych.

Piśmiennictwo

1. Beisert M. *Specyfika wypalenia u pielęgniarek*. [w:] Sęk H (red.). *Wypalenie zawodowe – psychologiczne mechanizmy i uwarunkowania*. Poznań: Zakład Wydawniczy K. Domke; 1966: 99–125.
2. Fengler J. (przekł. K. Pietruszewski). *Pomaganie mężczy – wypalenie w pracy zawodowej*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2000.
3. Golińska L, Świętochowski W. Temperamentalne i osobowościowe determinanty wypalenia zawodowego u nauczycieli. *Psychol Wych* 1998; 5: 396–398.
4. Jedynak A. Jak radzić sobie z syndromem wypalenia. *Gestalt* 1992; 5: 26–28.
5. Kliś M, Kossewska J. Cechy osobowości nauczycieli a syndrom wypalenia zawodowego. *Psychol Wych* 1998; 2.
6. Noworol C. *Zespół wypalenia zawodowego u pielęgniarek pracujących na zmiany*. [w:] Iskra-Golec J, Costa G, Folk Marek T, Pokorski J, Smith L (red.). *Stres pracy zmianowej*. Kraków: Universitas; 1998.
7. Płotka A, Wąsąg A, Derlatka A. *Analiza obciążeń emocjonalnych i psychospołecznych w pracy personelu w domach pomocy społecznej a syndrom burnout*. Międzynarodowa konferencja – *Model zdrowego stylu życia jako zadanie interdyscyplinarne*. Lublin: Universitatis M. Curie-Skłodowska Lublin; 2003; 43(Supl. 13) (198): 526–536.
8. Sęk H. *Wypalenie zawodowe u nauczycieli, społeczne i podmiotowe uwarunkowania*. [w:] Brzeziński J, Witkowski L (red.). *Edukacja wobec zmiany społecznej*. Poznań–Toruń; 1994.
9. Sęk H, Beisert M, Pasikowski T, Ścigąła I. *Mechanizmy stresu i wypalenia zawodowego w modelu poznawczo-kompetencyjnym*. [w:] *Kolokwia psychologiczne. Psychologia Poznawcza w Polsce*. Warszawa: Instytut Psychologii PAN; 1997.
10. Sęk H. *Wypalenie zawodowe – psychologiczne mechanizmy i uwarunkowania*. Poznań: Zakład Wydawniczy K. Domke; 1996.
11. Śmiejkowska-Jasińska A. (2003): *Czynniki stresogenne w pracy nauczyciela jako skutek wypalenia zawodowego*. Międzynarodowa konferencja – *Model zdrowego stylu życia jako zadanie interdyscyplinarne*. Lublin: Universitatis M. Curie-Skłodowska Lublin; 2003; 43(Supl. 13) (260): 325–330.
12. Strelau J (red.). *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2000.
13. Referat Boba Brewstera w Pakiecie Szkoleniowym „Nadzór i zarządzanie w pracy socjalnej”.

Adres I Autorki:

Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa
ul. Kokoszków 71
34-700 Nowy Targ

Porównanie niektórych uwarunkowań zespołu wypalenia zawodowego u nauczycieli i pielęgniarek

Comparison of some conditions of the syndrome of occupational burn-out of teachers and nurses

GRAŻYNA DĘBSKA¹, GRAŻYNA CEPUCH²

¹ Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Targu
Kierownik: dr n. med. Jerzy Żebrak

² Instytut Pielęgniarstwa, Wydział Ochrony Zdrowia, CM UJ w Krakowie
Dyrektor: doc. dr hab. Tomasz Brzostek

Streszczenie Zespół wypalenia zawodowego jest charakterystyczny dla zawodów związanych z pomaganiem. Do nich należy zawód pielęgniarki, nauczyciela. Analiza uwarunkowań zespołu wypalenia zawodowego u pielęgniarek i nauczycieli pozwoliła zwrócić uwagę na komponenty, przyczyny wypalenia, koncentrując się na różnych zależnościach związanych ze specyfiką zawodową. Wśród tych uwarunkowań na uwagę zasługują: podstawowe stresory towarzyszące pracy pielęgniarki i nauczyciela, tj.: poczucie braku osiągnięć, niepewność, niespełnienie oczekiwań, wyczerpanie emocjonalne, znaczne obciążenie zmianami życiowymi, małe umiejętności obrony przed stresem. Badana grupa nauczycieli i pielęgniarek pod tym względem jest w znaczących aspektach jednorodna. Zarówno pielęgniarki, jak i nauczyciele nie doświadczają syndromu wypalenia zawodowego w pełnych wymiarach. Świadczy o tym stosunkowo wysoki poziom poczucia własnej wartości w pracy, średni poziom wyczerpania emocjonalnego oraz niski poziom depersonalizacji. W celu analizy uwarunkowań zespołu wypalenia zawodowego wykorzystano następujące metody badań: zestawienie danych socjodemograficznych (w opracowaniu własnym), Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego MBI, Kwestionariusz do Badania Kryzysu w Wartościowaniu (KKW), Skala „Sposoby Radzenia Sobie” (SRS.T), Kwestionariusz Zmian Życiowych (KZZ). Grupa badawcza to pielęgniarki (n = 35) i nauczycielki (n = 30) o przybliżonej średniej wieku, zamieszkujące wieś i małe miasteczko na południu małopolski. Praca ta nie wyczerpuje w całości zagadnienia, porusza niektóre aspekty. Może być inspiracją do dalszych badań, które będą służyć tym, którzy doświadczają wypalenia zawodowego, i tym, którzy korzystają z pomocy (uczniom wychowankom, pacjentom, klientom).

Słowa kluczowe: zespół wypalenia zawodowego, stresory.

Summary The syndrome of occupational burn-out is characteristic of professions connected with aid – here belong such jobs as nurses and teachers. The analysis of the conditions of teachers and nurses' syndrome of occupational burn-out made it possible to pay attention to the components and reasons for the burn-out, concentrating on various dependence which is peculiar to these jobs. Among these factors: basic stress factors accompanying the profession of a teacher and a nurse, that is: feeling of lack of achievement, uncertainty, non-fulfillment of expectations, emotional exhaustion, considerable burden of life changes and insufficient skill of protection against stress are worthy of notice. The investigated group of teacher and nurses in this respect is in significant aspects homogeneous. In order to analyse the conditions of occupational burn-out the following methods of research have been used: specification of socio-demographic data, Questionnaire Burn-out the occupational – MBI, Crisis of evaluation-surveys – KKW, Ways of Coping Scall – SRS.T, Recent Life Changes Questionnaire. The survey group is made of nurses (n = 35) and teachers (n = 30) with approximate average age, living in a village or a small town in the south of Małopolska. This research does not exhaust this problem, is only touches some aspect. It can be an inspiration for further researches, that will serve those who undergo occupational burn-out and who take advantage of the aid (students, patients and clients).

Key words: syndrome of occupational burn-out, stress factors.

Wstęp

Wypalenie zawodowe jest konsekwencją długotrwałe działającego stresu i skutkiem załamania się różnych sposobów radzenia sobie ze stresem oraz przeciążeń zawodowych. Charakterystyczne jest dla zawodów związanych z pomaganiem, dlatego określenie „pomaganie męczy” jest właściwe [3]. Między innymi dużym ryzykiem wypalenia zawodowego związany jest zawód nauczyciela, pielęgniarki. Obydwa te zawody wykonywane są w sytuacji obciążenia problemami uczniów, stanem pacjenta, nawiązywaniem bliskich relacji interpersonalnych, poczuciem odpowiedzialności, rosnącymi wymaganiami społecznymi, coraz większą kontrolą społeczną. Nie bez znaczenia dla rozwoju wypalenia zawodowego są problemy organizacyjne, braki materialne, niepewność dotycząca stabilności w pracy czy też niedowartościowanie społeczne związane z niskim prestiżem zawodu. Wszystko to może doprowadzać do wyczerpania emocjonalnego, dystansowania się od swoich podopiecznych i obniżenia poczucia własnej wartości, co składa się na syndrom wypalenia zawodowego [6, 8–10].

Wiedza na temat syndromu wypalenia zawodowego zwanego burn-out jest ustabilizowana, ponieważ w świecie ma już ponad dwudziestoletnią tradycję. W Polsce tym problemem zajęto się od 1990 r., pod wpływem dyskusji na europejskiej konferencji, która odbyła się w Krakowie. Publikacje na ten temat, autorstwa H. Sęk i jej współpracowników (1992, 1994, 1996), wyjaśniają to zjawisko, wychodząc z dynamiki transakcyjnej modelu stresu Lazarusa, Folkmana [8]. W podejściu tym zakłada się, iż objawy wypalenia występują u osób pracujących w warunkach przewlekłego stresu społecznego, który jest rozumiany jako dynamiczna sekwencja powiązanych procesów interpretacji i wartościowania stresorów (ocena pierwotna), oceny własnych kompetencji i zasobów (ocena wtórna) oraz oceny skuteczności zmagania się (własna aktywność zaradcza). W tej koncepcji widać, że mechanizm wypalenia zawodowego działa na zasadzie błędnego koła przyczyn i skutków (symptomy wypalenia są przyczyną i skutkiem) [12].

Przyczyny, symptomy i przebieg wypalenia zawodowego jest bardzo różnorodny i uwzględnia rodzaj wykonywanych zadań zawodowych [1, 9].

Zarówno u pielęgniarek, jak i nauczycieli syndrom wypalenia zawodowego pojawia się skrycie, składają się na niego trzy podstawowe komponenty (wg Ch. Maslach za [9]):

- **wyczerpanie emocjonalne i psychofizyczne** – objawia się to bezsilnością, brakiem energii, osłabieniem, zmęczeniem, drażliwością, konfliktowością,
- **depersonalizacja** – co oznacza etykietowanie,

uprzedmiotawianie, dystansowanie się w kontaktach z innymi, cynizm, obojętność, rutyna. Traktowanie pacjenta jako kolejnego przypadku, a ucznia jako intruza,

- **obniżona satysfakcja zawodowa** – co prowadzi do postrzegania siebie jako osoby nieefektywnej, niekompetentnej z poczuciem braku osiągnięć i sukcesów.

Kiedy objawy trwają dłużej, zespół przybiera postać chroniczną. Pojawiają się objawy fizyczne, psychiczne, psychosomatyczne, takie jak: wrzody żołądka, nadciśnienie, depresja, uczucie osamotnienia i alienacji. Pojawiają się również kryzysy niezwiązane z pracą: rodzinne, małżeńskie, przyjacielskie. Pomoc na tym etapie wymaga pomocy profesjonalisty: lekarza, psychologa, a w niektórych przypadkach może pociągać za sobą konieczność zmiany pracy [1, 6, 12].

Cel pracy

Celem pracy jest porównanie niektórych warunkowań wypalenia zawodowego u pielęgniarek i nauczycieli poprzez poszukiwanie odpowiedzi na następujące problemy badawcze:

1. Czy nauczyciele i pielęgniarki wykazują znaczny poziom wypalenia zawodowego?
2. Czy wypalenie zawodowe powiązane jest z obciążeniem zmianami życiowymi?
3. Czy wypalenie zawodowe wiąże się ze stosowaniem nieefektywnych sposobów radzenia sobie ze stresem?
4. Czy zespół wypalenia zawodowego wiąże się ze stanem kryzysu w wartościowaniu?

Charakterystyka metod i badanej grupy

Badania przeprowadzono wśród grupy 30 nauczycieli i 35 pielęgniarek [2, 4]. Dobór badanej grupy miał charakter losowy, a udział w badaniach był dobrowolny, anonimowy. Grupa badana to nauczycielki nauczania zintegrowanego, szkół podstawowych oraz gimnazjum piętnastotysięcznego miasta na południu Polski. Druga grupa to 35 pielęgniarek, uczestniczek kursu kwalifikacyjnego z pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego. Miejsce pracy tej grupy badanych to przede wszystkim podstawowa opieka zdrowotna na wsi 29 badanych (77%), a miejsce zamieszkania wieś (74%) i 25% piętnastotysięczne miasteczko. Średni wiek dla grupy nauczycieli wynosił 40 lat, a dla pielęgniarek 37,2 lata.

Przed podjęciem badań grupy były zapoznane z całą procedurą badawczą. W badaniach stosowano metody psychologiczne, respektując wszy-

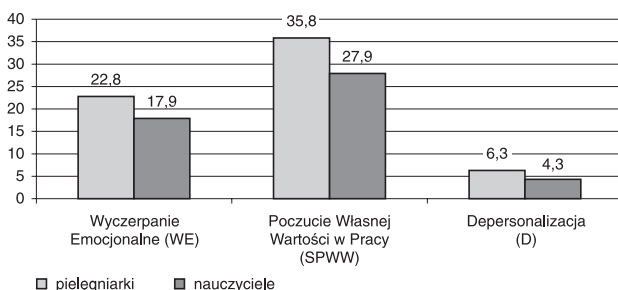
stkie zastrzeżenia autorów i osób uprawnionych do stosowania metod.

W celu analizy problemów badawczych w części teoretycznej wykorzystano następujące metody badań:

- Zestawienie danych socjodemograficznych (w opracowaniu własnym),
- Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego MBI Ch. Maslach w polskiej adaptacji C. Noworola i Z. Łącały [6],
- Kwestionariusz do Badania Kryzysu w Wartościowaniu (KKW) P. Olesia [7],
- Skala „Sposoby Radzenia Sobie” (SRS.T) Lazarausa i Folkmana w przekładzie W. Łosiaka [5],
- Kwestionariusz Zmian Życiowych (KZŻ) „Recent Life Changes Questionnaire” (RLCQ) R.H. Rahe’a w polskiej adaptacji A. Sobolewskiego, J. Strelaua, B. Zawadzkiego [11].

Wyniki badań

Analiza wyników uzyskanych w kwestionariuszu MBI w badanej grupie nauczycieli i pielęgniarek nie potwierdza jednoznacznie istnienie zespołu wypalenia zawodowego (ryc. 1). Rozkład poszczególnych komponentów syndromu wypalenia zawodowego generalnie odbiega od tych zamieszczonych w pracach Maslach i H. Sękowej na początku lat 90. [1, 10].



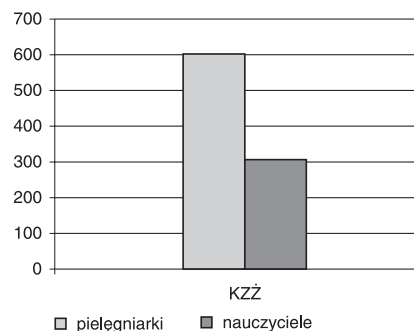
Ryc. 1. Średnia wyników poziomu wypalenia zawodowego u nauczycieli (N) i pielęgniarek (P) oceniona za pomocą kwestionariusza MBI

Rozkład średnich wartości wyników w Kwestionariuszu Wypalenia Zawodowego MBI jest najwyższy dla skali – poczucia własnej wartości w pracy „osobiste osiągnięcia” (średnia SPWW dla pielęgniarek jest wyższa niż dla nauczycieli i wynosi 35,8, a dla nauczycieli śr. 27,9). Jeśli chodzi o cechę depersonalizacji, to uzyskane wyniki świadczą o fakcie, że u badanych nauczycieli i pielęgniarek w niewielkim stopniu nastąpiło wypalenie w tym wymiarze (śr. dla pielęgniarek 6,3, a dla nauczycieli 4,3). Świadczy to o poprawnym kontakcie pielęgniarka–pacjent, podopieczny, nauczyciel–uczeń, wychowanek. Śre-

dnia wyników w zakresie emocjonalnego wyczerpania (dla nauczycieli wynosi 17,9, a dla pielęgniarek 22,8) potwierdza tezę o kluczowym znaczeniu tego wymiaru dla syndromu wypalenia. Analizując wyczerpanie emocjonalne w tych dwóch grupach zawodowych, u pielęgniarek jest ono dotkliwiej oceniane, przemawia za tym wyższa średnia uzyskanych wyników. Są to koszty emocjonalne związane z pracą zawodową, wypowiadając swoje odczucia w kwestionariuszu MBI „praca moja sprawia, że czuję się emocjonalnie wyczerpany” lub „pod koniec dnia pracy czuję się wykończona” itp. W pracy nie obliczono wskaźnika ogólnego poziomu wypalenia, tylko oddzielnie dla każdego wymiaru.

Można by przypuszczać, że wysoki poziom wyczerpania emocjonalnego ma swoją przyczynę w obciążeniu zmianami życiowymi. Okazało się, że grupa pielęgniarek jest bardziej obciążona życiowo niż badani nauczyciele, co zostało potwierdzone wyższą wartością średnią wyników mierzonych Kwestionariuszem Zmian Życiowych (KZŻ). Kwestionariusz ten bada liczbę zmian życiowych, których doświadczyła osoba badana w ciągu ostatniego roku, oraz wagi, jakie jednostka przypisuje tym zmianom w skali od 1 do 100 (ryc. 2).

Średnia wartość wyników mierzonych skalą KZŻ (Kwestionariuszem Zmian Życiowych) dla



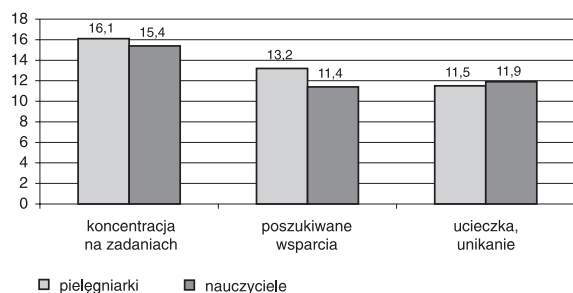
Ryc. 2. Średnia wartości wyników obciążenia zmianami życiowymi w ciągu ostatniego roku ocenione za pomocą KZŻ – Kwestionariusza Zmian Życiowych

pielęgniarek jest dwa razy wyższa i wynosi 602,2, a dla nauczycieli wynosi 306,7 (ryc. 2). W badaniach uwzględniano ogólny wynik obciążenia życiowego jako sumę punktów dla badanej grupy.

Istotny jest również fakt, że tylko w grupie badanych pielęgniarek analiza statystyczna potwierdziła związek (dodatnią korelację) pomiędzy zmiennymi: wyczerpanie emocjonalne WE (kwestionariusz MBI) a liczbą zmian życiowych (kwestionariusz KZŻ), dla których współczynnik korelacji jest statystycznie istotny ($p = 0,012$) i wynosi 0,47. Należy zwrócić uwagę, że badana grupa

pielęgniarek deklaruje się jako obciążona życiowo, szczególnie dotkliwie odczuwając obciążenia związane z reformą służby zdrowia (spostrzeżenia te poczyniono w bezpośrednim kontakcie w czasie badania).

W celu oceny sposobów radzenia sobie w sytuacjach trudnych (u pielęgniarek i nauczycieli) zastosowano skalę SRS.T, która jest zmodyfikowaną wersją skali „Sposoby Radzenia Sobie” przygotowaną przez Lazarusa i Folkmana [5] (ryc. 3).



Ryc. 3. Średnie wartości wyników sposobów radzenia sobie ze stresem oceniane za pomocą skali SRS.T – Sposoby Radzenia Sobie

Pielęgniarki, nauczyciele stosują różnorodne i jak się wydaje efektywne sposoby radzenia sobie ze stresem. Dlatego nie znaleziono jednoznacznej odpowiedzi na postawiony problem badawczy, „czy wypalenie zawodowe wiąże się ze stosowaniem nieefektywnych sposobów radzenia sobie w sytuacji stresu”? Najczęściej stosowaną strategią jest koncentracja na zadaniu (KNZ), której średnia wyniku dla pielęgniarek wynosi 16,1, a dla nauczycieli 15,4 oraz poszukiwanie wsparcia (PW) – średnia odpowiednio 13,2 i 11,4. Ta strategia jest konstruktywna i znamienna dla ludzi dojrzałych, a poszukiwanie wsparcia ma istotne znaczenie w łagodzeniu napięć, frustracji i stresu, tym bardziej w zawodzie, w którym interakcja społeczna pełni podstawową funkcję. Natomiast druga strategia – ucieczka, unikanie (średnia dla obydwu grup około 12) – tylko potocznie może być destrukcyjna, wyzwalać bierność w odpowiedzi na stres. Dla nauczycieli ucieczka, unikanie jest strategią funkcjonalną, gdyż biorąc pod uwagę znaczną stabilność zespołów nauczycielskich i stosunkową długą kadencję dyrektorów szkół część problemów jest „nie do rozwiązania”. W przypadku pielęgniarek strategia ucieczki, unikania jest konieczna w sytuacji występowania uczuć beznadziejności, bezsilności wobec zjawiska śmierci, cierpienia, choroby. Pozostałe strategie radzenia sobie ze stresem: dystansowanie, akceptacja odpowiedzialności, odreagowanie, mobilizacja, modyfikacja działania, nie analizowano, ponieważ średnie wartości wyników były niskie. Zwraca uwa-

gę jedynie niski wynik w strategii mobilizacja oraz małe rozproszenie wyników we wszystkich strategiach, co mogłoby wskazywać na małe umiejętności obrony przed stresem w grupie procesów zaradczych skupionych na własnej osobie.

W celu głębszej analizy oznaczono współczynnik korelacji r Spearmana pomiędzy parami zmiennych sposobów radzenia sobie ze stresem w grupie pielęgniarek i nauczycieli (tab. 1, 2).

Dla grupy pielęgniarek współczynnik korelacji dla pary zmiennych poszukiwanie wsparcia (PW) i modyfikacja działania (MD) jest statystycznie istotny ($p = 0,010$) i wynosi 0,48. Natomiast współczynnik korelacji dla zmiennej modyfikacja działania (MD) i koncentracja na zadaniu (KNZ) jest statystycznie istotny ($p = 0,000$) i wynosi 0,64. Również ucieczka–unikanie (UU) dodatnio koreluje z odreagowaniem (O), a współczynnik korelacji wynosi 0,51.

W grupie nauczycieli zaobserwowano zależności istotne statystycznie dla $p < 0,05$ pomiędzy parami zmiennych sposobów radzenia sobie ze stresem, akceptacją odpowiedzialności (AO) a poszukiwaniem wsparcia (PW) oraz ucieczką, unikaniem (UU) a akceptacją odpowiedzialności (tab. 2).

Tabela 1. Zależności istotne statystycznie $p < 0,05$ pomiędzy parami zmiennych (sposobów radzenia sobie ze stresem) w grupie pielęgniarek

Pary zmiennych	Współczynnik korelacji r Spearmana
MD & PW	0,48 $p = 0,01$
MD & KNZ	0,64 $p = 0,000$
UU & O	0,51 $p = 0,005$

MD – modyfikacja działania,
PW – poszukiwanie wsparcia,
KNZ – koncentracja na zadaniu,
UU – ucieczka, unikanie,
O – odreagowanie.

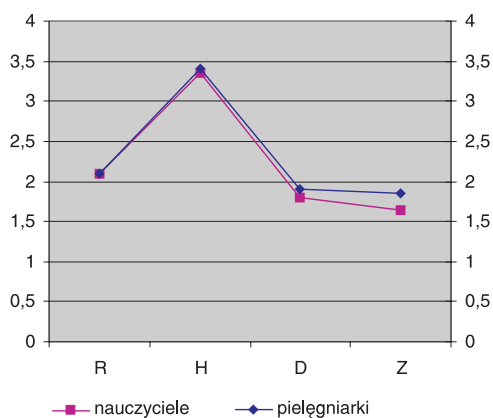
Tabela 2. Zależności istotne statystycznie $p < 0,05$ pomiędzy parami zmiennych (sposobów radzenia sobie ze stresem) w grupie nauczycieli

Pary zmiennych	Współczynnik korelacji r Spearmana
AO & PW	0,52 $p = 0,007$
UU & AO	0,47 $p = 0,015$

AO – akceptacja odpowiedzialności,
UU – ucieczka, unikanie,
PW – poszukiwanie wsparcia.

Stosowana strategia radzenia sobie ze stresem – poszukiwanie wsparcia jest preferowana w tych grupach badanych. W wielu badaniach stwierdzono, że właśnie wsparcie społeczne, w którym dochodzi do wymiany emocji i informacji, pełni istotną rolę w sytuacjach stresu [1, 10].

W celu zaanalizowania problemu badawczego, iż zespół wypalenia zawodowego wiąże się ze stanem kryzysu w wartościowaniu, obliczono średnie wartości wyników w poszczególnych podskalach: poczucie niezrealizowania wartości (R), trudność w uporządkowaniu systemu wartości w hierarchię (H), dezintegracja wartościowania (D), poczucie zagubienia wartości (Z). Uzyskane wyniki w grupie pielęgniarek i nauczycieli przedstawia rycina 4.



Ryc. 4. Wykres średnich przedstawiający, jak poszczególne grupy różniły się w KKW (Kwestionariusz do Badań Kryzysu w Wartościowaniu)?
R – poczucie niezrealizowania wartości,
H – trudności w uporządkowaniu systemu wartości w hierarchię,
D – dezintegracja wartościowania,
Z – poczucie zagubienia wartości.

Interpretacja wyników Kwestionariusza do Badań Kryzysu w Wartościowaniu (KKW) w grupie pielęgniarek, nauczycieli wskazuje na ogólnie niski wynik. Średnie wartości dla podskali R (poczucia niezrealizowania wartości), z (poczucia zagubienia wartości) są na tym samym poziomie i wynoszą około 2. Może to świadczyć o braku trudności w procesie wartościowania. Natomiast średnia wyniku dla podskali H (trudność w uporządkowaniu systemu wartości) jest najwyższa w porównaniu z poszczególnymi podskalami i wynosi około 3,4. Może to wskazywać na to, że badana grupa pielęgniarek i nauczycielek nie uświadamia sobie systemu wartości, chociaż się nimi posługuje. Wyniki uzyskane za pomocą kwestionariusza KKW są trudne do zinterpretowania, gdyż analizowany był wynik surowy oraz brak jest oceny jakościowej.

Natomiast warto zwrócić uwagę w grupie pie-

lęgniarek na zmienną R (poczucia niezrealizowania wartości w kwestionariuszu KKW), która ujemnie koreluje z doksztalcaniem (współczynnik korelacji wynosi $-0,38$, przy poziomie istotności $p = 0,024$). To pozwala wyciągnąć wniosek, iż doksztalcenie jest sposobem na podnoszenie poczucia wartości. Może być to istotne zważywszy na fakt, że badane pielęgniarki to uczestniczki kursu doksztalającego, podnoszącego kwalifikacje.

Podsumowanie

Badania empiryczne analizujące komponenty, przyczyny wypalenia zawodowego, pod kątem porównania, wśród nauczycieli i pielęgniarek pozwoliły na sformułowanie następujących wniosków:

- Badana grupa nauczycieli, pielęgniarek pod względem analizowania przyczyn, komponentów wypalenia zawodowego jest w znaczących aspektach jednorodna.
- Badana grupa nauczycieli, pielęgniarek nie doświadcza wypalenia zawodowego, ponieważ występuje u nich stosunkowo wysoki poziom poczucia własnej wartości w pracy, średni poziom wyczerpania emocjonalnego oraz niski poziom depersonalizacji.
- Koszty emocjonalne w związku z wykonywaniem zadań ponoszą same pielęgniarki, nauczyciele, co jest widoczne w podwyższonym poziomie wyczerpania emocjonalnego (WE) w skali MBI.
- Badana grupa pielęgniarek jest bardziej obciążona zmianami życiowymi w porównaniu z nauczycielami, co miałyby swoją przyczynę w wyższym poziomie wyczerpania emocjonalnego w tej grupie.
- Niski poziom wypalenia zawodowego należałoby przypisać stabilnemu środowisku małych miast i wsi, w których badane osoby znajdują silne oparcie w więzach pokoleniowych oraz wysoki poziom kontroli społecznej. Znalazło to potwierdzenie w badaniu, gdzie istotne znaczenie w utwierdzeniu poczucia własnej wartości ma wsparcie społeczne.
- W grupie pielęgniarek doksztalcenie jest istotnym sposobem podnoszącym poczucie wartości w pracy.
- W sytuacji stresowej osoby badane najczęściej stosują konstruktywne strategie: koncentracja na zadaniu, poszukiwanie wsparcia. Jednakże ogólnie niskie średnie wyników skali SRS.T mogą wynikać z braku umiejętności radzenia sobie ze stresem.
- Badane grupy to w dużej większości osoby dojrzałe i ukształtowane pod względem systemu wartości. Jednakże ustalenie zależności między zjawiskiem wypalenia zawodowego

a stanem kryzysu wartości jest trudne ze względu na brak oceny jakościowej wyników. Temat ten dla zawodów związanych z pomaganiem powinien być wyzwaniem i poszukiwaniem odpowiedzi, co mam zrobić, aby uniknąć wypalenia zawodowego? Z drugiej strony rozpoznanie zespołu wypalenia zawodowego lub podwyższenie poziomu któregoś ze symptomów nie jest wytłumaczeniem dla niskiego poziomu

usług. Jest to bardzo ważne w okresie przemian cywilizacyjnych, w dehumanizacji zawodów, w kształtowaniu się nowych wymagań w realiach Unii Europejskiej. Tym bardziej, iż osoba niewypalona zawodowo ma znacznie większą szansę, by dać z siebie więcej. Ma poczucie samorealizacji, a swoje zadania zawodowe traktuje bardziej profesjonalnie i staje się osobą poszukiwaną na rynku usług.

Piśmiennictwo

1. Beisert M. *Specyfika wypalenia u pielęgniarek*. [w:] Sęk H (red.). *Wypalenie zawodowe – psychologiczne mechanizmy i uwarunkowania*. Poznań: Zakład Wydawniczy K. Domke; 1966: 99–125.
2. Dębska G. *Zespół wypalenia zawodowego u pielęgniarek i jego niektóre uwarunkowania*. Praca dyplomowa niepublikowana, napisana pod kierunkiem A. Tokarz. Kraków: Instytut Psychologii. Akademia Pedagogiczna; 2001.
3. Fengler J (przekł. K. Pietruszewski). *Pomaganie mężczy – wypalenie w pracy zawodowej*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2000.
4. Jurek M. *Syndrom wypalenia zawodowego nauczycieli małej miejscowości*. Praca dyplomowa niepublikowana, napisana pod kierunkiem A. Tokarz. Kraków: Instytut Psychologii. Akademia Pedagogiczna; 2001.
5. Łosiak W. Procesy radzenia sobie, ocena sytuacji i zaangażowanie wartości. *Przeł Psychol* 1992; 1: 486–495.
6. Noworol C. *Zespół wypalenia zawodowego u pielęgniarek pracujących na zmiany*. [w:] Iskra-Golec J, Costa G, Folk Marek T, Pokorski J, Smith L (red.). *Stres pracy zmianowej*. Kraków: Universitas; 1998.
7. Oleś P. *Kwestionariusz do Badania Kryzysu w Wartościowaniu (KKW)*. Warszawa 1998.
8. Sęk H. *Wypalenie zawodowe u nauczycieli, społeczne i podmiotowe uwarunkowania*. [w:] Brzeziński J, Witkowski L (red.). *Edukacja wobec zmiany społecznej*. Poznań–Toruń; 1994.
9. Sęk H, Beisert M, Pasikowski T, Ścigąła I. *Mechanizmy stresu i wypalenia zawodowego w modelu poznawczo-kompetencyjnym*. [w:] *Kolokwia psychologiczne. Psychologia poznawcza w Polsce*. Warszawa: Instytut Psychologii PAN; 1997.
10. Sęk H. *Wypalenie zawodowe – psychologiczne mechanizmy i uwarunkowania*. Poznań: Zakład Wydawniczy K. Domke; 1996.
11. Sobolewski A, Strelau J, Zawadzki B. Kwestionariusz Zmian Życiowych (KZZ): polska adaptacja kwestionariusza „Recent Life Changes Questionnaire” (RLCQ) R.H. Rahe’a. *Przeł Psychol* 1999; 42, 3: 27–49.
12. Strelau J (red.). *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2000.

Adres I Autorki:
Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa
ul. Kokoszków 71
34-700 Nowy Targ

Postawy społeczne wobec psychicznie chorych

The social attitudes towards the mentally sick

MARIA ZIĘBA, WIOLETTA ŁAWSKA, MARIA ŁYŻNICKA

Instytut Pielęgniarstwa, Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Targu
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Janusz Hałuszka

Streszczenie Jednym z najtrudniejszych wyzwań w psychiatrii jest przyjęcie właściwej postawy wobec chorego. Leczenie i pielęgnowanie chorego psychicznie jest znacznie skuteczniejsze, jeśli odbywa się przy współpracy rodziny. Dla optymalizacji procesu terapii i rehabilitacji społecznej i zawodowej tych chorych, a co za tym idzie jakości ich życia, niezbędne jest istnienie akceptującego, dającego wsparcie środowiska społecznego. Stosunek społeczeństwa do tej kategorii chorych opierać się powinien na pewnej znajomości problematyki chorób psychicznych oraz na poszanowaniu godności i praw człowieka. Celem pracy było rozpoznanie postaw społecznych wobec człowieka chorego psychicznie. Praca składa się z części teoretycznej, zawierającej wprowadzenie do poruszanego tematu, oraz części badawczej, zawierającej wyniki sondażu diagnostycznego i wnioski. Badaniem objęto 100 losowo wybranych respondentów w różnym wieku, przy zastosowaniu autorskiego kwestionariusza ankiety. Z analizy zebranych danych wynika, że na postawy wobec chorych psychicznie rzutuje niski poziom wiedzy na temat chorób psychicznych, lęk w kontaktach z chorymi i obawa o własne bezpieczeństwo. W badaniach wykazano występowanie negatywnych postaw oraz zjawisko piętnowania chorych objętych leczeniem psychiatrycznym.

Słowa kluczowe: choroba psychiczna, postawy społeczne.

Summary One of the most demanding challenge in psychiatry is working out the right attitudes towards a diseased person. Treatment and care of the mentally sick are more efficient in cooperation with family. To get the optimum conditions in therapy, social and professional rehabilitation then consequently to lift the quality of life, it is necessary to create the acceptable social environment that gives the support to people in need. The relationship between the society and people suffering from mental illness should be based on the elementary knowledge about the mental diseases as well as the respect of dignity and recognition of the human rights. The examination work was intended as a study of different feelings about the sick. The project consists of two parts. The first chapter, in a certain manner, includes introducing of considering matter whereas the second one shows results of a diagnostic survey collected during the searching and conclusion. This investigation has covered a hundred respondents at different age who answered the author's survey questionnaire. The analysis reveals the fact that ill-disposed opinions are related to a lack of enough learning about psychiatric disorders. The prejudice is influenced by fear of contact with ill people and anxiety about own safety. The searching proves the negative attitudes and condemnation of people who are under psychiatric treatment.

Key words: the mental illness, the social attitudes.

Wprowadzenie

Choroba kogoś bliskiego zawsze nas porusza: martwimy się, staramy o jak najlepszą opiekę, pielęgnujemy. Gdy u kogoś bliskiego pojawiają się objawy choroby psychicznej, stajemy się bezradni. Psychoza – niezależnie czy nazwiemy ją załamaniem nerwowym, czy kryzysem psychicznym – jest, jak wyczuwamy, czymś innym. Dotyka myślenia, przeżywania, uczuć wyższych, a więc tego, co jest indywidualne, co określa człowieka. W do-

datku leczenie psychiatryczne jest w naszym społeczeństwie obarczone piętnem: chorować psychicznie to coś, czego często sam chory i jego rodzina wstydzą się przed innymi. W sytuacji, gdy ktoś bliski traci równowagę psychiczną i wymaga opieki psychiatrycznej, odczuwamy lęk, niepokój, często irytację, rozpacz i osamotnienie [1].

Istnieje ogromny obszar problematyki moralnej odnoszącej się do kontaktów z osobą chorą lub zaburzoną psychicznie. Ogólną i uniwersalną normą etyczną jest poszanowanie godności czło-

wieka, które przejawia się w przeciwdziałaniu trzem zjawiskom: dyskryminacji, lękowi i ignorancji. Dyskryminacja chorych psychicznie to poniżanie, dyskwalifikowanie, odrzucenie, opuszczenie, brak zrozumienia.

Lęk i ignorancja – rozpowszechnione, aprobowane społecznie, oparte na fałszywych opiniach obiegowych – stanowią jedno ze źródeł dodatkowego cierpienia chorych oraz przeszkadzają integracji chorych psychicznie. Przeciwdziałanie tym zjawiskom stanowi wyzwanie zarówno dla ludzi chorych psychicznie, a przede wszystkim dla społeczeństwa [2].

W zachowaniach ludzkich daje się zauważyć tendencję do oceny innych w kategoriach wartościujących: np. miły–niemiły, dobry–zły. Wartościując zaś napotkanego człowieka z góry, determinuje się własne w stosunku do niego nastawienie emocjonalne, które nieraz bywa krzywdzące i utrudnia wzajemny kontakt. W stosunkach międzyludzkich postawa wartościująca jest jedną z najczęściej używanych. Pacjent z zaburzeniami psychicznymi – jeżeli chodzi o ocenę społeczną – znajduje się w sytuacji odmiennej od pacjentów innych działów medycyny. Nerwica, psychopatia czy psychoza prawie z reguły spotyka się w społeczeństwie z oceną wartościującą. Wynika to z samego charakteru zaburzeń psychicznych, które niezależnie od swoistości obrazu chorobowego zakłócają w mniejszym lub większym stopniu stosunek chorego do otoczenia społecznego. Zrozumiała zatem wydaje się reakcja otoczenia, która zwykle bywa negatywna [3].

W badaniach udowodniono, że ludzie otoczeni liczną, bliską rodziną, posiadający wielu przyjaciół, należący do różnych organizacji, związani ideologią lub wiarą z innymi ludźmi, cieszą się lepszym zdrowiem, łatwiej dają sobie radę w sytuacjach trudnych i ponoszą mniejsze negatywne konsekwencje sytuacji stresowych. Specyficzną formą społecznej interakcji jest wsparcie społeczne.

Osoby o niskim wsparciu społecznym częściej zapadają na wiele chorób fizycznych i psychicznych (np. depresję, zaburzenia zachowania, schizofrenię). Wsparcie społeczne udzielane jest człowiekowi w życiu codziennym, w czasie ciągłych interakcji z innymi ludźmi. Zapotrzebowanie na nie wzrasta gwałtownie w sytuacjach trudnych i łatwiej wtedy obserwować skutki jego działania. Coraz częściej, powszechniej funkcjonuje w świadomości społecznej przekonanie, że życzliwa obecność innych ludzi wywiera dobroczynny wpływ na życie i zdrowie jednostki. Zapotrzebowanie na wsparcie społeczne jest różnicowane ze względu na specyfikę sytuacji trudnej, w której znalazł się człowiek [4].

W przebiegu wielu zaburzeń psychicznych, przede wszystkim w kwestii długości remisji i częstotliwości nawrotów, istotne znaczenie odgrywają kry-

zysy w rodzinie osoby chorej. U pacjentów powracających po leczeniu szpitalnym do domu obserwuje się częstsze nawroty choroby niż u osób mieszkających samodzielnie. Dotyczy to rodzin, których członkowie ujawniają w stosunku do chorego wrogość, wyolbrzymiony lęk, przesadną troskę o jego dobro lub nadmierną opiekuńczość [5].

Większość badaczy zwraca uwagę na uzyskiwanie najlepszych rezultatów rehabilitacji chorych psychicznie w środowisku ludzi zdrowych, ponieważ pacjent może korzystać z technik społecznego uczenia się. Podniesienie kultury stosunków międzyludzkich, walka ze znieczulicą społeczną, brakiem tolerancji wobec niekonwencjonalnego zachowania, traktowanie chorego z taktem, szacunkiem, bez względu na głębokość zaburzeń psychicznych, przyczyniają się do szybszej adaptacji byłego pacjenta w społeczeństwie [6].

Cel pracy

Celem pracy było rozpoznanie postaw społecznych wobec chorych psychicznie, reakcji otoczenia na rozpoznanie choroby, wiedzy na temat praw pacjenta, reakcji emocjonalnych w kontaktach z chorymi psychicznie, stwierdzenie i poznanie przyczyn piętnowania chorych po leczeniu psychiatrycznym.

Materiał i metody badań

Badaniami objęto 100 losowo wybranych osób w wieku 17–72 lata z okolic Rabki, Nowego Targu i Mszany Dolnej. Najliczniejszą grupę badanych stanowiły osoby z wykształceniem średnim (40%), następnie wyższym (23%), zawodowym (20%) i podstawowym (17%). Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety, zawierający pytania, zarówno otwarte, jak i zamknięte, które dotyczyły postrzegania ludzi chorych psychicznie. Tabela 1 przedstawia charakterystykę badanej populacji ze względu na płeć i wiek respondentów.

Jak wynika z tabeli, najwięcej ankietowanych stanowiły kobiety (65%). Najliczniej reprezentowane były osoby w przedziale wiekowym 21–40 lat (53%), 3% badanych osób miało powyżej 60 lat. Osoby w wieku do 20 lat i pomiędzy 41–60 rokiem życia stanowiły po 22% ogółu badanych.

Wyniki i omówienie badań

Respondentom zadano pytanie dotyczące doświadczeń w kontaktach z ludźmi chorymi psychicznie. Odpowiedzi prezentuje tabela 2.

Z uzyskanych odpowiedzi wynika, że 6% badanych spotkało się z chorobą psychiczną w rodzi-

Tabela 1. Płeć i wiek respondentów

Wiek	Kobiety	%	Mężczyźni	%	Ogółem	%
do 20 lat	15	15	7	7	22	
21–40 lat	37	37	16	16	53	
41–60 lat	10	10	12	12	22	
powyżej 60 lat	3	3	0	0	3	
ogółem	65	65	35	35	100	

Tabela 2. Kontakty z chorym psychicznie

Pytanie z ankiety	Tak %	Nie %	Ogółem %
1. Czy ktoś w rodzinie chorował lub choruje na chorobę psychiczną?	6	94	100
2. Czy ktoś ze znajomych chorował lub choruje na chorobę psychiczną?	28	72	100

nie, a 28% badanych w kręgu znajomych. Zgodnie z wiedzą respondentów spośród 34 osób chorujących, 27 (79%) leczyło się bądź nadal się leczy, natomiast 7 (21%) osób nie podejmowało żadnego leczenia. Na pytanie: „Jak w Twoim otoczeniu określa się ludzi, których zachowanie jest odmienne od przyjętego w danej populacji?” uzyskano aż 35 różnych określeń, które przedstawia tabela 3.

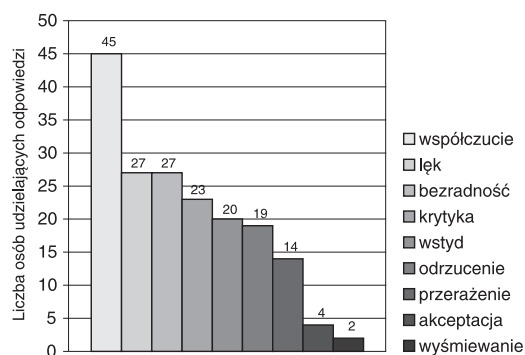
Tabela 3. Określenia używane w stosunku do osób zachowujących się odmiennie

Określenie	Liczba osób udzielających odpowiedzi	%
wariat	25	20
psychol, psychiczny	21	16
upośledzony umysłowo	19	14
nienormalny	18	13
czubek	17	12
głupi, głupek	16	11
nazwy żargonowe	15	10
inne – negatywne	7	2
inne – neutralne	6	1

Jak wynika z analizy danych z tabeli 3, najwięcej respondentów (20%) podaje, że w ich otoczeniu człowieka chorego psychicznie określa się nazwą „wariat”. Kolejno badani podawali następujące określenia: „psychol, psychiczny” (16%), „nienormalny” (13%), „czubek” (12%), „głupi, głupek” (11%). 10% określeń wywodzi się z żargonu, np. świr, oszołom, palant, szajbus, halniak, spec. 14% wymienianych nazw jest nieaktualnym nazewnictwem określającym stopień upo-

śledzenia umysłowego. Na uwagę zasługuje fakt, że określeń tych używają osoby w każdym wieku, niezależnie od wykształcenia. Wśród innych odpowiedzi o negatywnym zabarwieniu (2%) wymieniane są następujące określenia: „odmieniec”, „dziwny”, „psychopata”, „stuknięty”, „upośledzony”, „inny”, „umysłowy”, „ufo”. 1% stanowią odpowiedzi neutralne lub bez negatywnego zabarwienia, np.: „chory psychicznie”, „biedny”, „niepełnosprawny”, „normalny inaczej”, „indywidualista”, „słaby psychicznie”.

Rycina 1 prezentuje reakcję badanych na wiadomość o chorobie psychicznej kogoś ze swego otoczenia.



Ryc. 1. Reakcja otoczenia na rozpoznanie choroby psychicznej

Z analizy ryciny 1 wynika, że prawie połowa badanych (45%) reaguje na wiadomość o rozpoznaniu choroby psychicznej u kogoś ze swego otoczenia współczuciem. 27% ankietowanych odczuwa w takiej sytuacji lęk i bezradność, a nawet przerażenie (14%). Kolejno 23% ankietowanych uważa, że taka osoba spotyka się z krytyką w stosunku do siebie i sytuacji, w jakiej się znajduje. Badani twierdzą, że otoczenie reaguje również wstydem (20%) oraz odrzuceniem osoby chorej (19%). Znikomy odsetek stanowią osoby (4%), które podają, że zaakceptowałyby taką informację i nie zmieniły stosunku do chorego. Na uwagę zasługują wypowiedzi 2% badanych, którzy uważają, że otoczenie „wyśmiewa się” z osoby, u której rozpoznano chorobę psychiczną.

Najwięcej respondentów postrzega chorego psychicznie jako osobę nieobliczalną (47%),

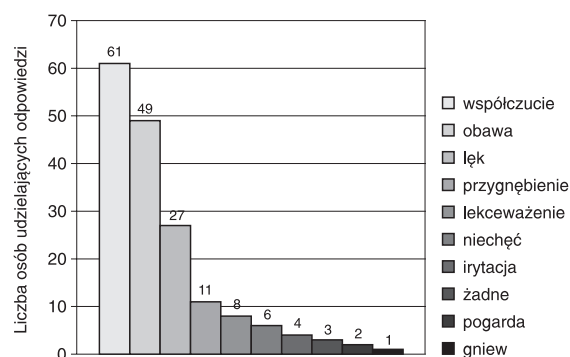
Tabela 4. Z jaką osobą kojarzy Ci się chory psychicznie?		
Chory psychicznie kojarzy mi się z osobą	Liczba osób udzielających odpowiedzi	%
nieobliczalną	53	47
trudną	45	39
niebezpieczną	34	28
nadpobudliwą	28	22
konfliktową	24	18
smutną	23	17
męczącą	19	13
drażliwą	16	10
upartą	16	10
przeróżającą	15	9
obojętną	14	8
opryskliwą	9	3
Inne: złośliwą, lękliwą, chorą	9	3

trudną (39%) i niebezpieczną (28%). Kolejno badani opisują chorych psychicznie jako nadpobudliwych (22%), konfliktowych (18%), smutnych (17%) i męczących dla otoczenia (13%). Niektórym badanym chory psychicznie kojarzy się z osobą drażliwą i upartą (po 10%) i opryskliwą (3%). Na uwagę zasługują odpowiedzi 9% ankietowanych, dla których chory psychicznie jest przerażający. Z innych odpowiedzi, które stanowiły 3%, wynika, że chory psychicznie jest także postrzegany jako: „złośliwy”, „lękliwy”, „chory”.

Następne pytanie dotyczyło pomocy, jakiej należy udzielić osobie znajdującej się w kryzysie psychicznym. Najwięcej, bo 45% respondentów, uważa, że należy przede wszystkim udzielić wsparcia psychicznego poprzez obecność przy chorym i rozmowę z nim. Stosunkowo niewiele badanych (6%) skierowałoby taką osobę do szpitala psychiatrycznego. Sporo osób (41%) widzi konieczność skierowania osoby w kryzysie psychicznym do lekarza psychiatry.

Większość badanych (61%) podaje, że kontakt z chorym psychicznie nie sprawia im trudności, jednakże 39% badanych stwierdza występowanie problemów w komunikowaniu z chorymi. Badani podawali występowanie różnorodnych emocji w kontaktach z chorymi psychicznie, które przedstawia rycina 2.

Jak wynika z powyższych danych w kontakcie z chorym psychicznie dominuje współczucie (61%). Prawie połowa badanych (49%) odczuwa w takiej sytuacji obawę. Spory odsetek stanowią respondenci, którzy reagują na kontakt z osobą zaburzoną psychicznie lękiem (27%) i przygnębieniem (11%). Stwierdzono również występowanie negatywnych emocji, takich jak: lekceważenie (8%), niechęć (6%) i irytację (4%). Były wypowiedzi świadczące o występowaniu pogardy (2%) i gniewu (1%) w przypadku kontaktu z oso-



Ryc. 2. Emocje w kontakcie z chorym psychicznie

bą chorą psychicznie. Spotkanie osoby chorej psychicznie nie budzi żadnych emocji u 3% badanych.

Jedno z pytań ankiety dotyczyło wiedzy respondentów na temat ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Analizując uzyskane odpowiedzi, stwierdzono, że 70% badanych nie posiada żadnej znajomości tejże ustawy, 20% uważa, że dba ona wystarczająco o potrzeby osób chorych psychicznie. 10% badanych wyraziło pogląd, że ustawa nie zabezpiecza w pełni praw chorego, wymieniając następujące powody: nieprzebranie tajemnicy zawodowej przez personel, niezapoznanie chorych z ich prawami, niską wiedzę pacjentów na temat ustawy. Niezależnie jednak od małej świadomości społecznej na temat ustawy regulującej prawa chorego psychicznie aż 58% badanych uważa, że osoba chora mogłaby decydować o metodach swojego leczenia w zależności od swego stanu zdrowia i własnych możliwości decydowania za siebie. Natomiast 34% badanych twierdzi, że może o tym decydować wyłącznie lekarz psychiatra. Z kolei 10% respondentów uważa, że chory powinien sam decydować o swoim leczeniu.

Na pytanie: „czy gdyby u kogoś z rodziny badanych wystąpiły objawy choroby psychicznej, byłiby skłonni umieścić tę osobę w szpitalu psychiatrycznym”, 58% badanych odpowiedziało twierdząco. Natomiast 42% nie wyraziłoby zgody na hospitalizację kogoś bliskiego w zakładzie psychiatrycznym. Powody umieszczenia chorego w szpitalu psychiatrycznym przedstawia tabela 5.

Jak wynika z analizy danych głównym powodem hospitalizacji w szpitalu psychiatrycznym w opinii 49% badanych jest konieczność zapewnienia specjalistycznej opieki osobie chorej. Spora część ankietowanych (19%) podjęłoby decyzję co do hospitalizacji osoby bliskiej, gdyby leczenie ambulatoryjne okazało się nieskuteczne. Niektórzy uzależnili swoją decyzję od oceny, na ile chory psychicznie jest uciążliwy dla swego otoczenia (13%), a także od poczucia dyskomfortu

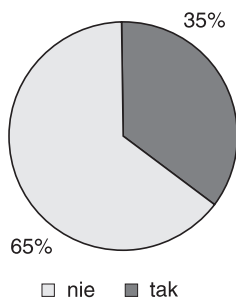
Tabela 5. Przyczyny decyzji o ewentualnym umieszczeniu chorego w szpitalu

Przyczyny decyzji o ewentualnym umieszczeniu chorego w szpitalu	Liczba odpowiedzi	%
Osoba chora potrzebuje specjalistycznej pomocy	54	49
Gdyby lekarz rodzinny lub specjalista nie mógł pomóc	24	19
Osoba z zaburzeniami jest uciążliwa	18	13
Odczuwałbym dyskomfort lub zagrożenie w obecności tej osoby	17	12
Źle czułbym się wśród znajomych, gdyby wiedzieli, że ktoś z mojej rodziny leczy się w szpitalu psychiatrycznym	9	4
To zależałoby od stanu zdrowia	8	3

i zagrożenia w obecności chorego (12%). 4% uważa, że pobyt kogoś bliskiego w szpitalu psychiatrycznym wpłynąłby negatywnie na relacje ze znajomymi. 3% uzależnia swoją decyzję co do hospitalizacji członka rodziny wyłącznie od jego stanu zdrowia.

Większość badanych (64%) sądzi, że przebywanie z osobą chorą psychicznie nie ma żadnego wpływu na osobę zdrową, ale 17% uważa, że spowoduje to zachowanie jak u osoby chorej. Niewielki odsetek (6%) twierdzi, że może to wpłynąć na wystąpienie podobnego schorzenia u osoby zdrowej. Na uwagę zasługują odpowiedzi około 1% ankietowanych, zwracających uwagę na pozytywne aspekty przebywania w obecności chorych psychicznie, takich jak: uwrażliwienie na cierpienia innych ludzi, nowe doświadczenie, lepsze zrozumienie chorych psychicznie.

Poglądy badanych na temat izolowania ze społeczeństwa ludzi chorych psychicznie obrazuje rycina 3.

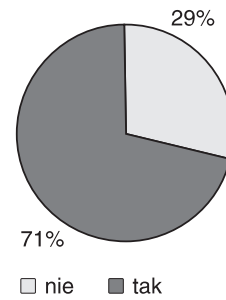


Ryc. 3. Czy osoby chore psychicznie powinny być izolowane ze społeczeństwa?

Z zestawienia wynika, że 65% badanych uważa, że nie powinno się izolować chorych psychicznie, natomiast 35% jest przeciwnego zdania.

Kolejne pytanie dotyczyło kwestii, czy pobyt w szpitalu psychiatrycznym jest powodem napiętnowania chorego. Uzyskane dane prezentuje rycina 4.

Zdecydowana większość, bo aż 71% ankietowanych, uważa, że chory po opuszczeniu zakła-



Ryc. 4. Czy chory po opuszczeniu zakładu psychiatrycznego jest piętnowany?

du jest napiętnowany, że nie ma szans na normalne funkcjonowanie w środowisku. Przyczyny piętnowania chorych przedstawia tabela 6.

Połowa badanych wskazuje, że przyczyną piętnowania chorych psychicznie jest mało rozpowszechniona problematyka chorób psychicznych. Sporo badanych (27%) podaje strach przed niezrozumiałym dla otoczenia zachowaniem się chorych. Na podkreślenie zasługuje fakt, że 20% respondentów sygnalizuje obawę o własne bezpieczeństwo w kontakcie z chorym po opuszczeniu szpitala psychiatrycznego. Wśród innych odpowiedzi (3%) na uwagę zasługują: „nieżyczliwość ludzi”, „trudności w zwykłym traktowaniu chorych ludzi”, „człowiek chory psychicznie nie jest atrakcyjny towarzyszko”.

Tabela 6. Przyczyny piętnowania chorych psychicznie

Przyczyny piętnowania chorych psychicznie	Liczba odpowiedzi	%
mało rozpowszechniona problematyka chorób psychicznych	57	50
strach przed niezrozumiałym zachowaniem osoby	30	27
obawa o własne bezpieczeństwo	22	20
inne	3	3

Wnioski

- Rozpoznanie choroby psychicznej jest przyjmowane przez otoczenie ze współczuciem, ale też z dużą dozą lęku, bezradności, wstydu i przerażenia. Chorzy psychicznie najczęściej są określani negatywnie, uznawani za osoby nieobliczalne, niebezpieczne, trudne i konfliktowe. Źródło takiego podejścia tkwi, jak podają sami ankietowani, w małej znajomości problematyki chorób psychicznych.
- Co trzeci ankietowany uważa, że chorzy psychicznie powinni być izolowani z uwagi na obciążający wpływ na osoby zdrowe. Jednocześnie 40% badanych nie zgodziłoby się na hospitalizację członka rodziny w szpitalu psychiatrycznym. Podawanym powodem hospitalizacji jest nie tylko dobro chorego przez zapewnienie mu profesjonalnej opieki, ale też interes otoczenia mogącego uniknąć uciążliwości ze strony chorego, dyskomfortu i nieracjonalnego poczucia zagrożenia.
- Około 2/3 badanych uważa, że chory po leczeniu psychiatrycznym jest piętnowany przez swoje otoczenie z powodu obawy o własne bezpieczeństwo i braku zrozumienia dla odmiennych zachowań chorego człowieka.

Podsumowanie

Osoby diagnozowane jako chore psychicznie borykają się nie tylko z cierpieniem związanym z chorobą, lecz również ze skutkami społecznej stygmatyzacji, która może powodować nasilenie objawów psychopatologicznych oraz zwiększa izolację społeczną. Zdarza się, że wizyty u psychiatry lub krótki pobyt w szpitalu psychiatrycznym eliminuje pacjenta z życia publicznego, zawodowego i towarzyskiego [6].

Człowiek z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych funkcjonuje nadal w świadomości społecznej jako nieprzewidywalny, zagrażający lub kompromitujący otoczenie. Ten obszar społecznej nietolerancji i niewiedzy wydaje się być niewystarczająco zauważony przez system edukacji, edukacji zdrowotnej, literaturę, media. W przypadku choroby psychicznej konieczne jest wsparcie emocjonalne rodziny i pacjenta nie tylko podczas hospitalizacji, ale także w jego środowisku, aby starało się zaakceptować chorego. Istnieje zatem ogromne zapotrzebowanie na wypracowanie prawidłowych postaw społecznych w odniesieniu do chorych psychicznie poprzez dalsze szerzenie problematyki chorób psychicznych w społeczeństwie, propagowanie tolerancji i poszanowania godności i praw człowieka.

Piśmiennictwo

1. Barbaro B, Ostojka-Zawadzka K. *Możesz pomóc. Poradnik dla rodzin pacjentów chorych na schizofrenię i zespoły schizofrenopodobne*. Warszawa: PZWL; 1992.
2. Osińska K. *Problemy moralne związane z opieką nad chorymi psychicznie i zaburzonymi psychicznie*. [w:] *Materiały z sesji naukowych organizowanych w latach 1993–1995. „By nie zostali sami...”*. Warszawa: Międzyuczelniane Konserwatorium Etyki; 1995.
3. Kępiński A. *Poznanie człowieka*. Warszawa: PZWL; 1989.
4. Kawczyńska-Butrym Z. *Wsparcie społeczne w zdrowiu i chorobie*. Warszawa: CMDNŚSM; 1994.
5. Tomb D. *Psychiatria*. Wrocław: Urban & Partner; 1998.
6. Ugniewska C. *Pielęgniarstwo psychiatryczne i neurologiczne*. Warszawa: PZWL; 1996.

Adres Autorek:
Instytut Pielęgniarstwa
Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa
ul. Kokoszków
34-700 Nowy Targ

Aspekty kształcenia przed- i podyplomowego pielęgniarek w zakresie pielęgnowania i rehabilitacji osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych

Aspects of under- and postgraduating education of the nurses in the scope of nursing and rehabilitation of people with protracted illnesses and disabled people

LUCYNA SOCHOCKA

Instytut Pielęgniarstwa, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
Kierownik: dr n. med. Ryszard Kwieciński
Uniwersytet Opolski (studia doktoranckie)

Streszczenie Osoby niepełnosprawne i problemy związane z niepełnosprawnością to podmiot i przedmiot działań rehabilitacji. Realizacja tych problemów wymaga współpracy wielu specjalistów, którzy stanowią zespół rehabilitacyjny. Członkiem tego zespołu jest również pielęgniarka. Celem pracy jest próba odpowiedzi na pytanie: czy obecny system kształcenia przed- i podyplomowego pielęgniarek w Polsce zakłada realizację treści programowych, których opanowanie pozwoli pielęgniarce brać czynny udział w pracach zespołu rehabilitacyjnego? Na podstawie wniosków uzyskanych z analizy literatury, wśród której znalazły się m.in.: program nauczania przedmiotu – rehabilitacja i pielęgnowanie niepełnosprawnych, realizowanego w ramach studiów licencjackich na kierunku pielęgniarstwo w Państwowej Medycznej Wyższej Szkole Zawodowej w Opolu oraz ramowy program bloku specjalistycznego specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa i opieki długoterminowej dla pielęgniarek opracowany przez CKPPIP można na powyższe pytanie dać odpowiedź twierdzącą.

Słowa kluczowe: kształcenie przed- i podyplomowe pielęgniarek, programy nauczania.

Summary Disable people and the problems connected with disability are the subject and the object of rehabilitation. Realization of the tasks of complex rehabilitation requires cooperation of many specialists. One of the members of rehabilitation team is a nurse. The aim of the paper is an attempt to answer to question: Does present under – and postgraduating educational system in Poland take into account the realization of such programme contents mastering of which allow a nurse to involve actively in the activities of a rehabilitation team? The analysis of the training schedule of the subject entitled: "Rehabilitation and nursing of the disabled" accepted in Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu and framed programme of specialized block in the scope of long – term care for nurses allow tell me YES.

Key words: pre- and postgraduate education of nurses, training schedule.

W literaturze poświęconej rehabilitacji spotykamy wiele definicji osoby niepełnosprawnej. Większość z nich podkreśla zarówno moment uszkodzenia i niepełnosprawności organizmu, jak też upośledzenia. J. Sowa podaje: „osoba niepełnosprawna to taka, u której uszkodzenie i obniżony stan sprawności organizmu spowodował utrudnienie, ograniczenie lub uniemożliwienie wykonywania zadań życiowych i zawodowych oraz wypełniania ról społecznych, biorąc pod uwagę jej wiek, płeć oraz czynniki środowisko-

we, społeczne i kulturowe” [1]. Ze względu na brak jednoznacznego terminu określającego wszystkie dysfunkcje występujące u człowieka, często spotkać się można, zarówno w literaturze, jak i w praktyce, z synonimami: upośledzony ewentualnie z odchyleniami od normy.

W krajach Unii Europejskiej funkcjonuje np. następująca definicja: osoba niepełnosprawna jest to „osoba, która z powodu urazu, choroby lub wady wrodzonej ma poważne trudności albo nie jest zdolna wykonywać czynności, które oso-

ba w tym samym wieku zazwyczaj jest zdolna wykonywać”. W języku angielskim funkcjonują dwa terminy: osoba niepełnosprawna – disabled person – podkreślający wymiar fizyczny i będący raczej określeniem medycznym oraz – handicap person – osoba upośledzona, który podkreśla aspekt społeczny, kładąc jednocześnie nacisk na upośledzenie funkcjonowania. W praktyce oba te terminy są używane zamiennie.

Osoby niepełnosprawne można podzielić według różnych kryteriów, np. według rodzaju niepełnosprawności, okresu życia, w którym ona wystąpiła, czy też stopnia niepełnosprawności. Wyróżnia się następujące rodzaje niesprawności:

- niesprawność układu ruchu (niesprawność fizyczna) – obejmująca np.: złamania, uszkodzenia rdzenia kręgowego, nerwów obwodowych, udary mózgu, stwardnienie rozsiane, zniekształcenia kręgosłupa, wady postawy,
- niesprawność układów wewnętrznych w wyniku przewlekłych chorób narządów wewnętrznych (niesprawność fizyczna) – np.: miażdżyca, cukrzyca, choroba wieńcowa, niewydolność krążenia,
- niesprawność narządów zmysłów (niepełnosprawność sensoryczna) – np.: niedowidzenie, ślepotą, niedosłuch, głuchota,
- niesprawność psychiczna – wskutek chorób psychicznych, niedorozwoju umysłowego, urazów głowy, epilepsji,
- niesprawność społeczna – wyrażająca się niedostosowaniem społecznym w postaci braku akceptacji norm moralnych, prawnych.

Przyjmując za kryterium podziału okres życia, w którym wystąpiła niepełnosprawność, wyróżniamy:

- niepełnosprawność wrodzoną (od urodzenia lub bardzo wczesnego dzieciństwa),
- nabytą w różnych okresach życia (z powodu chorób zawodowych, wypadków przy pracy, pozazawodowych, działań wojennych, zmian spowodowanych starzeniem się organizmu).

W zależności od stopnia zaburzeń wyróżnia się:

- niepełnosprawność 1 stopnia – obejmuje osoby z naruszoną sprawnością, ale możliwy jest powrót do pełnej sprawności,
- niepełnosprawność 2 stopnia – obejmuje osoby z naruszeniem sprawności, ograniczającym aktywność społeczną, zawodową; działalność zawodowa może odbywać się w specjalnych warunkach; utrzymuje się względna samodzielność i niezależność ekonomiczna,
- niepełnosprawność 3 stopnia – obejmuje osoby ze znacznie ograniczoną samodzielnością, aktywnością społeczną i zawodową; osoby te wymagają pomocy w niektórych czynnościach życia codziennego, zaopatrzenia w dodatkowe pomoce techniczne ułatwiające wykonywanie tych czynności,

- niepełnosprawność 4 stopnia – obejmuje osoby z pełną niezdolnością do pracy, nauki, życia społecznego; osoby te wymagają stałej pomocy osób drugich, są w pełni zależne ekonomicznie.

Osoby niepełnosprawne i szeroko pojmowane problemy związane z niepełnosprawnością to podmiot i przedmiot działań rehabilitacji, która jest kompleksowym działaniem, mającym na celu pomoc w przystosowaniu do normalnego życia w społeczeństwie osób, które z różnych przyczyn doznały przemijającej bądź trwałej utraty zdrowia. Obejmuje ona rehabilitację:

- leczniczą (medyczną), której zadaniem jest przywracanie pacjentowi sprawności fizycznej i psychicznej; podstawowymi jej elementami są: kinezyterapia, fizjoterapia, fizykoterapia, psychoterapia, terapia zajęciowa (ergoterapia), nauczanie czynności codziennych, leczenie farmakologiczne, zabiegi rekonstrukcyjne, wyposażenie w sprzęt techniczny,
- zawodową, której celem jest przywracanie sprawności zawodowej przez umożliwienie człowiekowi ze zmienionym i ograniczonym potencjałem do pracy jej kontynuowania lub nauczania nowego zawodu oraz uzyskania niezależności ekonomicznej,
- społeczną, której celem jest przywrócenie zdolności samodzielnego życia w rodzinie i środowisku, w którym pacjent mieszka [2].

Realizacja zadań kompleksowej rehabilitacji wymaga współpracy wielu specjalistów odpowiedzialnych za przebieg procesów profilaktycznych, terapeutycznych, adaptacyjnych i integracyjnych przyczyniających się do zapobiegania kalectwu i jego skutkom. Tworzą oni zespół rehabilitacyjny, którego profesjonalne działania koncentrują się wokół rozwiązywania problemów zdrowotnych i psychospołecznych osoby czasowo lub trwale niepełnosprawnej, a także zagrożonej niepełnosprawnością w jej każdym wymiarze. W skład zespołu rehabilitacyjnego wchodzi: lekarz-specjalista rehabilitacji, lekarz-specjalista dyscypliny klinicznej, fizjoterapeuta, technik zaopatrzenia ortopedycznego, psycholog, ergoterapeuta, instruktor pracy zawodowej, asystent socjalny, pedagog specjalny, pielęgniarka, wolontariusz, duchowny. Członkowie tego zespołu, pracujący w wyspecjalizowanych klinikach, oddziałach, zakładach i ośrodkach rehabilitacji, zazwyczaj raz w tygodniu omawiają przebieg procesu rehabilitacji pacjenta, ewentualnie weryfikują założony plan postępowania. Osoby tworzące ten zespół (a także rodzina lub opiekunowie pacjenta, przedstawiciele zakładu pracy, pielęgniarka środowiskowa, logopeda) wchodzi również w skład komisji socjalno-społecznej, która jeszcze przed wypisaniem pacjenta do domu analizuje plan rehabilitacji środowiskowej. Zadaniem

komisji jest omówienie problemów socjalno-bytowych osoby niepełnosprawnej w środowisku rodzinnym oraz pomoc w ich rozwiązaniu.

Jednym z członków zespołu rehabilitacyjnego, jak już wcześniej wspominałam, jest pielęgniarka, której zadania w zespole wynikają z pełnienia określonych ról i funkcji zawodowych. Pielęgniarka wykonuje zlecenia lekarskie w zakresie podawania leków, obserwacji parametrów życiowych, wykonywania opatrunków, asystowania w badaniach diagnostycznych. Pielęgnując pacjentów zgodnie ze standardami pielęgnowania w poszczególnych jednostkach chorobowych, przyczynia się do zapobiegania wtórnej niepełnosprawności wynikającej z hipokinezy, a związanej z: odleżynami, zakrzepami i zatorami żylnymi, ograniczeniem ruchów w stawach, powikłaniami płucnymi oraz niewydolnością ortostatyczną. Na uwagę zasługują tutaj: prawidłowe ułożenie chorego w łóżku, gimnastyka oddechowa, pionizacja bierna i czynna, pomoc w czynnościach samoobsługi. Zaniedbania pielęgnacyjne w okresie leczenia szpitalnego i wczesnej rehabilitacji utrudniają podjęcie specjalistycznych zabiegów usprawniających, a wręcz negatywnie rzutują na końcowy efekt tych zabiegów. Realizując proces pielęgnowania wobec osób poddawanych intensywnej, specjalistycznej rehabilitacji, pielęgniarka włącza się w działania wszystkich członków zespołu rehabilitacyjnego, bądź współpracuje z nimi. To ona, mając ciągły kontakt z pacjentem przebywającym w oddziale szpitalnym, zna zachowania chorego, jego problemy i niepokoje. O swoich spostrzeżeniach, mających wpływ na przebieg procesu rehabilitacji (dotyczących stanu pacjenta, jego zachowania, problemów z wykorzystaniem zleconego zaopatrzenia ortopedycznego), może i powinna informować zespół rehabilitacyjny. Informacje te stanowią często impuls do podjęcia interwencji odpowiedniego specjalisty z zespołu rehabilitacyjnego.

Rola pielęgniarki znacznie wzrasta w sytuacji, kiedy opiekę nad niepełnosprawnym sprawuje niekompletny zespół rehabilitacyjny. Proces pielęgnowania uwzględnia wówczas profilaktykę niepełnosprawności oraz podstawowe zabiegi z zakresu wszechstronnej rehabilitacji. Realizując swoje zadania pełni funkcję instrumentalną i ekspresyjną. Funkcja instrumentalna przewiduje wykonywanie przez pielęgniarkę podstawowych zabiegów usprawniających (m.in. ćwiczeń biernych), których celem jest zapobieganie ograniczeniom ruchów w stawach, zapobieganie niewydolności krążeniowo-oddechowej; udzielenie pomocy w zakresie posługiwania się zaopatrzeniem ortopedycznym, zwłaszcza w okresie przygotowania pacjenta do zaprotezowania przez hartowanie i kształtowanie funkcjonalne kikut,

pomocy w dopasowaniu, używaniu i zrozumieniu obsługi technicznej zaleconych aparatów. Funkcja ekspresyjna polega na podjęciu działań edukacyjnych i informacyjnych pozwalających na intensyfikację koniecznych działań rehabilitacyjnych. Dotyczy to przekonania pacjenta o konieczności konsultacji, np. psychologicznej, pedagogicznej, w zakresie poradnictwa zawodowego. Zadaniem pielęgniarki jest również informowanie niepełnosprawnego pacjenta o przysługującej mu pomocy socjalnej i prawnej; o istniejących w najbliższym środowisku pacjenta organizacjach pozarządowych działających na rzecz osób niepełnosprawnych. W przypadku trudności z samoakceptacją niepełnosprawności oraz z adaptacją w środowisku, nie bez znaczenia jest też udzielanie wsparcia psychicznego niepełnosprawnym i ich rodzinom.

Szczególna rola w zakresie rehabilitacji przypada pielęgniarce środowiskowej – rodzinnej. Zgodnie z wyznaczoną funkcją zawodową włącza się ona we wszelkie działania zapobiegające niepełnosprawności. W przypadku sprawowania środowiskowej opieki pielęgniarskiej nad osobami niepełnosprawnymi, pielęgniarka w podstawowej opiece zdrowotnej powinna sprawdzić, czy chory włączony jest w program rehabilitacji ciągłej.

Jej zadaniem jest również mobilizowanie podopiecznego do kontynuowania zaleconego programu rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych i domowych. To właśnie pielęgniarka rodzinna – środowiskowa jest często tą osobą, która inicjuje działania adaptacyjne zmierzające do wyrównania jej szans życiowych, tj. pomoc w likwidacji barier technicznych, edukacyjnych i społecznych. Szczegółowy zakres świadczeń rehabilitacyjnych, do których uprawniona jest pielęgniarka, precyzuje Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 2 września 1997 r. Według tego rozporządzenia pielęgniarka może samodzielnie prowadzić:

- rehabilitację przyłóżkową, w celu zapobiegania powikłaniom wynikającym z unieruchomienia,
- usprawnianie ruchowe chorego (siadanie, pionizacja, nauka chodzenia i samoobsługi).

Elementy terapii zajęciowej i terapii kreatywnej, trening pęcherza moczowego, hartowanie i kształtowanie kikutu amputowanej kończyny oraz wybrane działania w zakresie pomocy społecznej pielęgniarka może podejmować dopiero po odbyciu kursu specjalistycznego [3].

Mając na uwadze powyższe treści, śmiało można powiedzieć, że pielęgniarka, jako członek zespołu rehabilitacyjnego, pełni w nim bardzo ważną funkcję. Czy jest do tego przygotowana? Czy obecny system kształcenia przed- i podyplomowego pielęgniarzek w Polsce zakłada realizację

treści programowych, których opanowanie pozwoli pielęgniarce brać czynny udział w pracach tego zespołu? Próbuując odpowiedzieć na powyższe pytanie, dokonam analizy programu nauczania przedmiotu: rehabilitacja i pielęgnowanie niepełnosprawnych, przyjętego do realizacji w Państwowej Medycznej Wyższej Szkole Zawodowej w Opolu oraz ramowego programu bloku specjalistycznego specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej dla pielęgniarzek.

Przedmiot: „Rehabilitacja i pielęgnowanie niepełnosprawnych” realizowany jest dla studentów drugiego roku studiów dziennych na kierunku pielęgniarstwo w semestrze trzecim. Wymiar godzinowy przedmiotu zakłada: 50 godzin wykładów oraz 60 godzin ćwiczeń. W ramach realizacji przedmiotu przewidziano również zajęcia praktyczne w wymiarze 80 godzin. Formą zaliczenia jest egzamin. Wśród tematów wykładów znalazły się:

- rehabilitacja kompleksowa,
- rodzaje niepełnosprawności,
- problemy osoby niepełnosprawnej i rodziny,
- współpraca z człowiekiem niepełnosprawnym, jego środowiskiem oraz instytucjami wspierającymi warunki skuteczności procesu rehabilitacji,
- integracja osoby niepełnosprawnej w środowisku zamieszkania, pracy, nauczania i wychowania.

W ramach ćwiczeń realizowane są następujące tematy:

- problemy osoby niepełnosprawnej i rodziny związane z upośledzeniem rozwoju psychomotorycznym wynikającym z rodzaju i stopnia niepełnosprawności,
- udział pielęgniarki w procesie rehabilitacji na przykładzie wybranych chorób (wady postawy, wrodzone i nabyte wady u dzieci; złamania, urazy, amputacje kończyn; choroby geriatryczne, neurologiczne, onkologiczne; zespoły nerwicowe; choroby kardiologiczne, choroby układu oddechowego, stany po zabiegach chirurgicznych, zaburzenia przemiany materii, zaburzenia wzroku i słuchu, pacjenci nieuleczalnie chorzy i umierający),
- podstawowe metody i techniki usprawniania chorych.

Zakłada się, iż w wyniku zorganizowanego procesu kształcenia student powinien umieć:

- wyjaśnić pojęcia: rehabilitacja lecznicza, psychologiczna, społeczna i zawodowa,
- wskazywać cele, środki, warunki realizacji oraz miejsce rehabilitacji w organizacji ochrony zdrowia,
- znać miejsce i rolę pielęgniarki w procesie rehabilitacji i pielęgnowania pacjenta,
- określać znaczenie ruchu w leczeniu podsta-

wowych schorzeń oraz chorób cywilizacyjnych,

- dostosować ćwiczenia i zabiegi pielęgnacyjne do ogólnego stanu zdrowia i kondycji psychofizycznej pacjenta,
- pomóc osobie niepełnosprawnej wrócić do czynnego udziału w życiu społecznym.

Celem zajęć praktycznych, które powinny odbywać się na oddziałach: ortopedyczno-urazowym, neurologicznym, reumatologicznym, ortopedii i neurologii dziecięcej, internistycznym, chirurgii oraz psychiatrii, jest usystematyzowanie i uzupełnienie posiadanej wiedzy praktycznej.

W wyniku realizacji programu nauczania na zajęciach praktycznych student powinien umieć:

- stosować odpowiednie zabiegi higieniczne i pielęgnacyjne w określonym typie i stopniu ciężkości niepełnosprawności,
- decydować o właściwym postępowaniu w sytuacjach trudnych,
- przestrzegać zasady indywidualizacji ze szczególnym uwzględnieniem wskazań wynikających ze stanu zdrowia, wieku oraz jednostki chorobowej,
- stosować metody propagowania higienicznego trybu życia wśród pacjentów.

Wydaje się, iż przedstawiony program nauczania uwzględnia treści niezbędne do realizacji (w przyszłości) zadań pielęgniarki – członka zespołu rehabilitacyjnego. Aby potwierdzić lub obalić powyższą hipotezę, potrzebne będą oczywiście wyniki ewaluacji procesu kształcenia.

Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych (CKPPIP), jako ośrodek koordynujący całość zagadnień związanych z kształceniem podyplomowym pielęgniarzek i położnych, uwzględniał i nadal uwzględnia w swojej ofercie różne formy kształcenia pogłębiające wiedzę i umiejętności pielęgniarzek w zakresie pielęgnacji i opieki nad niepełnosprawnymi [4]. W 2002 r. 16 absolwentów ukończyło szkolenie specjalizacyjne, zdało egzamin praktyczny i uzyskało tytuł specjalisty w nowej dziedzinie, jaką jest pielęgniarstwo przewlekle chorych i niepełnosprawnych. Organizatorem tego kształcenia było Radomskie Towarzystwo Dobroczynności, Regionalny Ośrodek Szkoleniowy w Radomiu. W tym samym roku zrealizowano również 23 edycje kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie – pielęgniarstwo przewlekle chorych i niepełnosprawnych. Kurs ten ukończyło 658 absolwentów. Na przełomie roku 2002/2003 zrealizowano 11 edycji powyższego kursu, w których udział wzięło 260 uczestników [5]. Oferta CKPPIP na rok 2004 zawiera dwie formy kształcenia: kurs specjalistyczny i kurs kwalifikacyjny dla pielęgniarzek, które chcą poszerzyć swoją wiedzę i umiejętności w dziedzinie pielęgnowania niepełnosprawnych. Są to:

- kurs specjalistyczny

1. hartowanie kikuta amputowanej kończyny,
 2. pielęgnowanie w chorobach narządu wzroku,
- kurs kwalifikacyjny

1. opieka długoterminowa [6].

Ramowy program bloku specjalistycznego specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa i opieki długoterminowej dla pielęgniarzek zawiera również treści związane tematycznie z pielęgnowaniem i rehabilitacją osób niepełnosprawnych. W wyniku realizacji treści nauczania ujętych w tym programie pielęgniarka powinna m.in.: współorganizować warunki rehabilitacji oraz koordynować proces rehabilitacji, readaptacji i rewalidacji chorych, niepełnosprawnych; organizować system wsparcia społecznego; prowadzić edukację podopiecznych i ich rodzin w zakresie organizacji samoopieki, samopielęgnacji; kształtować postawy sprzyjające zachowaniu i umacnianiu zdrowia oraz przeciwdziałaniu niepełnosprawności u podopiecznych i ich bliskich.

Plan nauczania powyższej specjalizacji zakłada realizację pięciu modułów, z których moduł I: Problemy zdrowotne, psychologiczne i społeczne osób przewlekle chorych zawiera treści nauczania związane z procesem pielęgnowania i rehabilitacji niepełnosprawnych. Są to:

1. Problemy zdrowotne, psychologiczne i społeczne chorego z cukrzycą – planowanie i sprawowanie opieki.
2. Problemy zdrowotne, psychologiczne i społeczne chorego z amputowaną kończyną.
3. Planowanie i realizacja indywidualnej opieki pielęgniarzkiej nad chorym ze stwardnieniem rozsianym – problemy zdrowotne, psychologiczne i społeczne.
4. Organizacja indywidualnej opieki pielęgniarzkiej nad chorym po przebytych udarze mózgu – problemy zdrowotne, psychologiczne i społeczne.

5. Problemy zdrowotne, psychologiczne i społeczne chorego z chorobą ośrodkowego układu nerwowego na przykładzie uszkodzenia rdzenia kręgowego – planowanie i sprawowanie opieki.

6. Problemy zdrowotne, psychologiczne i społeczne chorego z chorobami narządu ruchu – na przykładzie reumatoidalnego zapalenia stawów – specyfika opieki.

W wyniku realizacji treści nauczania pielęgniarka powinna m.in.:

- racjonalnie planować wysiłek fizyczny chorego,
- prowadzić podstawowe ćwiczenia logopedyczne,
- stosować ćwiczenia usprawniające w celu zapobiegania skutkom wynikającym z długotrwałego unieruchomienia i poprawy koordynacji ruchów,
- prawidłowo posługiwać się specjalistycznym sprzętem medycznym i rehabilitacyjnym,
- podejmować działania w zakresie hartowania i kształtowania kikuta amputowanej kończyny oraz prowadzić instruktaż,
- nauczyć chorego obsługi protezy oraz korzystania z protez,
- nauczyć i wspomagać chorego w korzystaniu z gorsetu ortopedycznego oraz innego pomocniczego zaopatrzenia ortopedycznego [7].

Wnikliwa analiza tego programu pozwala stwierdzić, iż kształcenie na poziomie podyplomowym daje pielęgniarkom możliwość zdobycia wszechstronnej wiedzy i umiejętności niezbędnych do sprawowania opieki nad niepełnosprawnymi.

W odpowiedzi na pytanie postawione wcześniej: Czy obecny system kształcenia przed- i podyplomowego pielęgniarzek w Polsce zakłada realizację treści programowych, których opanowanie pozwoli pielęgniarce brać czynny udział w pracach zespołu rehabilitacyjnego? Odważyć się powiedzieć – Tak.

Piśmiennictwo

1. Sowa J. *Pedagogika specjalna w zarysie*. Rzeszów: Wydawnictwo Oświatowe FOSZE; 1997.
2. Majda A, Zahradniczek K. *Udział pielęgniarki w procesie diagnozowania i leczenia*. [w:] Zahradniczek K (red.). *Wprowadzenie do pielęgniarstwa. Podręcznik dla szkół medycznych*. Warszawa: PZWL; 1999; 285–333.
3. Rutkowska E. *Zespół rehabilitacyjny i zadania jego członków w profilaktyce i terapii niepełnosprawności. Rola pielęgniarki w procesie rehabilitacji*. [w:] Rutkowska. E (red.). *Rehabilitacja i pielęgnowanie osób niepełnosprawnych*. Lublin: Czelej; 2002; 103–114.
4. *Organizacja kształcenia podyplomowego pielęgniarzek i położnych. Poradnik dla organizatorów kształcenia podyplomowego pielęgniarzek i położnych*. Warszawa: CKPPIP; 2000.
5. Olszewska M. *Analiza kształcenia podyplomowego pielęgniarzek i położnych (stan na 31 grudzień 2002). Materiały Konferencyjne. Ogólnopolska Konferencja Informacyjno-Szkoleniowa. Krynica Górská 1–3 października 2003 r.* Warszawa: CKPPIP; 2003.
6. Strona internetowa: www.ckppip.com.pl
7. Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej nr 197. Warszawa, 21 listopada 2003 r.

Adres Autorki:

Instytut Pielęgniarstwa

Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa

ul. Katowicka 68, 45-060 Opole

Kultura pracy pielęgniarki w oczach pacjenta

The culture of nurse's work in the patient's point of view

ALINA KĘDZIA¹, IRENA SZYMANOWSKA¹, MAŁGORZATA WIŚNIEWSKA¹,
ELŻBIETA GROCHANS², VIOLETTA ŁUCZYŃSKA²

¹ Zakład Historii Medycyny i Etyki Lekarskiej, Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie
Kierownik: dr hab. n. med. Aleksandra Kładna

² Zakład Propedeutyki Nauk Pielęgniarskich, Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie
Kierownik: dr n. med. Elżbieta Grochans

Streszczenie Kultura pracy to stopień doskonałości, sprawności w opanowaniu jakiejś specjalności, umiejętności, wysoki poziom czegoś, zwłaszcza rozwoju intelektualnego i moralnego w procesie pracy. Wymagania społeczne w stosunku do kultury pracy pielęgniarek i ich postaw moralnych są bardzo wysokie, dlatego też autorki publikacji, pracownicy Zakładu Historii Medycyny i Etyki Lekarskiej oraz Zakładu Propedeutyki Nauk Pielęgniarskich Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie postanowiły zbadać, czy w ocenie pacjentów postawy i zachowania pielęgniarek utożsamiane są z kulturą zawodową. Badania przeprowadzono w trzech szczecińskich szpitalach w lutym 2004 r. i objęto nimi 250 pacjentów (160 kobiet i 90 mężczyzn). W badaniach wykorzystano specjalnie w tym celu skonstruowany kwestionariusz ankiety własnego autorstwa, który zawierał 13 pytań. Z przeprowadzonych badań wynika, że dla pacjentów najbardziej znaczącym elementem kultury pracy pielęgniarki jest perfekcja w wykonywaniu czynności zawodowych (w 43,2%) oraz stosunek do pacjentów (w 34%). Pacjenci w 64,8% za zachowania sprzeczne z kulturą zawodową uważają głośnie nawoływania pielęgniarek, w 42,2% nie reagowanie na dzwonki – „sygnały” oraz w 30% trzaskanie drzwiami. 54,4% respondentów uważa, że oznaką wyróżniającą pielęgniarki spośród innych pracowników oddziału powinien być czepiek. Na drugim miejscu wymieniany przez 24% jest identyfikator. Ale należy zdać sobie jednak sprawę z tego, że pacjenci doceniając wiedzę i umiejętności zawodowe pielęgniarek oczekują od nich także troski, życzliwości, uśmiechu, serdeczności i zainteresowania.

Słowa kluczowe: pacjent, pielęgniarka, kultura pracy.

Summary The culture of work is a degree of excellence; competence to master some specialisation or ability; high level of something, especially of intellectual and moral development in the process of work. Social requirements towards the nurses' culture of work and their moral attitude are very high. Thus, the authors of this publication, the employees of the Department of History of Medicine and Medical Ethics as well as of the Department of Propaedeutic in Nursing of Pomeranian Medical University in Szczecin, decided to investigate the patients' opinion on the identification of the attitudes and behaviour of the nurses with their work culture.

The research was carried on 250 patients, 160 women and 90 men in three Szczecin's hospitals, held in February 2004. The purposely, self-prepared questionnaire contained thirteen questions. The results were the following. For the 43,2% of surveyed patients the most significant cultural element in the nurses' work was perfection in doing all the work activities and for the 34% of the surveyed, the attitude towards the patients was very important. What is contradictory to the work culture is the loud call of the nurses (opinion of the 64,8% of the surveyed), not reacting to the alarm bells (42,2%) and slamming the door (30%). 54,4% of the responders think that the nurse's cap ought to distinguish the nurses from the rest of the staff or the badge, that was mentioned by the 24% of the surveyed. However, what should be also taken under consideration is the fact that all the patients value knowledge and working skills of the nurses and expect care, solicitude, kindness, endearments as well as smile and interest.

Key words: a patient, a nurse, the work culture.

Wstęp

Badania związane z zagadnieniem kultury pracy pielęgniarek prowadzone były przez jedną

z autorek niniejszego opracowania w roku 1986 [1]. Wynika z nich, że pacjenci oczekują pielęgniarek miłych, uśmiechniętych, życzliwych,

wrażliwych, sumiennych, o dużych umiejętnościach zawodowych, inteligentnych, schludnych i zadbanych. Od badań tych upłynęło wiele lat. Uległy zmianie oczekiwania pacjentów w zakresie świadczonych usług medycznych, zmieniły się także formy kształcenia zawodowego. Obserwując opisane powyżej zmiany, autorki jako pracownicy Zakładu Historii Medycyny i Etyki Lekarskiej oraz Zakładu Propedeutyki Nauk Pielęgniarskich Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie postawiły pytanie, czy zmiany, jakie zaistniały w zawodzie i społeczeństwie w wyniku przemian ostatnich lat, wpłynęły znacząco na zmianę modelu pielęgniarstwa w oczach pacjenta, na ocenę kultury zawodowej i oczekiwania stawiane pielęgniarkom.

„Pielęgniarstwo będące nie tylko zawodem, ale i powołaniem wymagającym wiele cierpliwości i poświęcenia posiada również swe własne normy, wzory, wartości, które kształtują jego etos” [2]. Ossowska podaje, że jest to „styl życia jakiejś społeczności, ogólna orientacja jakiejś kultury, przyjęta przez nią hierarchia wartości, bądź formułowana, bądź dająca się wyczytać z ludzkich zachowań” [3].

Pielęgniarka to pracownik, który powinien posiadać specyficzne cechy osobowe, niekoniecznie wymagane w innych zawodach. Już Florence Nightingale poza wymaganiami zawodowymi stawiała absolwentkom również wymagania moralne. O autonomii zawodu i jego etosie świadczy również fakt funkcjonowania Kodeksu Etyki Zawodowej Polskiej Pielęgniarki i Położnej.

Kultura pracy to stopień doskonałości, sprawności w opanowaniu jakiejś specjalności, umiejętności, wysoki poziom czegoś, zwłaszcza rozwoju intelektualnego i moralnego w procesie pracy [4].

Badania te zostały przygotowane do przedstawienia na Międzynarodowej Konferencji na temat „Człowiek przewlekle chory i niepełnosprawny – interdyscyplinarne aspekty opieki”, gdzie wymagania w zakresie opieki i postaw moralnych wobec tej grupy ludzi są szczególnie wysokie.

Cel pracy

Wymagania społeczne w stosunku do kultury pracy pielęgniarek i ich postaw moralnych są bardzo wysokie, dlatego też celem przeprowadzonych badań jest ocena kultury pracy pielęgniarek w oczach pacjentów.

Materiał i metoda badawcza

Badania przeprowadzono w trzech szpitalach w lutym 2004 r. i objęto nimi 250 pacjentów (160 kobiet i 90 mężczyzn). W badaniach wykorzystano specjalnie w tym celu skon-

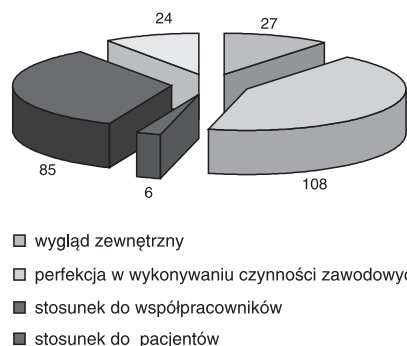
struowany kwestionariusz ankiety własnego autorstwa, który zawierał 13 pytań. Składał się z 4 pytań metryczkowych zawierających podstawowe dane ankietowanych oraz z 8 pytań zamkniętych i 1 otwartego.

Ankiety respondenci otrzymywali od naczelniej pielęgniarki szpitala, w celu wykluczenia wpływu pielęgniarki odcinkowej bądź oddziałowej na ocenę badania. Chcąc uzyskać jak najdalej idącą obiektywność wypowiedzi badanych, po wypełnieniu anonimowego kwestionariusza ankiety pacjenci wrzucali je do urny. Wiek badanych kształtował się w granicach od 15 do 80 lat, jednak grupę najliczniejszą stanowili pacjenci między 41 a 60 rokiem życia. Wśród badanych 69 respondentów było hospitalizowanych po raz pierwszy, 88 od 2 do 3 razy i ponad 3 razy 93 osoby.

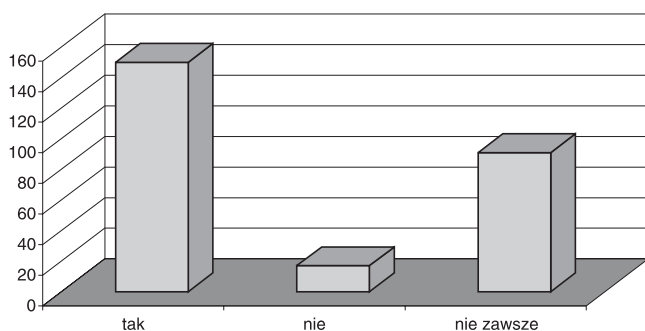
Wyniki

Pojęcie kultury pracy jest rozumiane przez społeczeństwo bardzo różnie, dlatego też jedno z pytań ankiety pozwalało zbadać, co według respondentów wchodzi w zakres pojęcia kultury pracy. W tym celu poproszono ich o uszeregowanie ważności elementów wchodzących w skład kultury pracy pielęgniarki, takich jak: wygląd zewnętrzny, perfekcja w wykonywaniu czynności zawodowych, stosunek do współpracowników, stosunek do pacjenta oraz kultura osobista (ryc. 1).

Za najbardziej znaczący element kultury pracy 108 badanych uważa perfekcję w wykonywaniu czynności zawodowych. Druga co do ważności cecha to właściwy stosunek do pacjenta (85 osób), natomiast za najmniej znaczącą cechę w kulturze pracy uznano stosunek do współpracowników. Być może tak niska ocena tego zachowania jako składowej kultury pracy jest mniej znana i może wynikać z faktu nieuczestniczenia we współpracy zespołu pielęgniarskiego. Również za mało ważną cechę kultury zawodowej badani uważają wygląd zewnętrzny pielęgniarki – na pierwszym miejscu wymienia je tylko 27 osób, natomiast na ostatnim aż 101. Kultura osobista w ocenie badanych to element kultury pra-



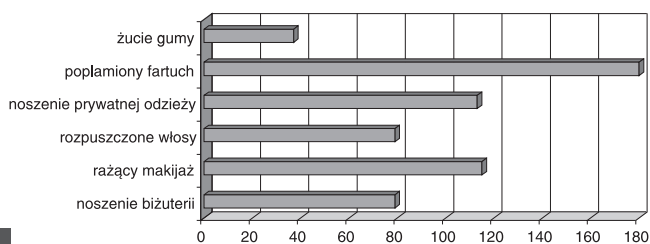
Ryc. 1. Ocena elementów kultury pracy



Ryc. 2. Wygląd zewnętrzny przejawem kultury pracy

cy wymieniany na miejscu drugim i trzecim (50 i 100 osób). Mimo że w odpowiedzi na pytanie dotyczące elementów kultury pracy, wygląd zewnętrzny pielęgniarki tylko 27 pacjentów wymieniło na pierwszym miejscu, to w kolejnym pytaniu – czy jest on przejawem kultury pracy, 142 osoby badane (56,8%) odpowiedziało, że tak, co obrazuje rycina 2, a tylko 17 osób (6,8%), że nie jest, pozostali badani uznali, że nie zawsze wygląd zewnętrzny jest przejawem kultury pracy.

Skoro ponad połowa badanych ocenia wygląd zewnętrzny pielęgniarki jako przejaw jej kultury pracy, autorki dokonały analizy, jakie elementy w wyglądzie pielęgniarki nie są przez pacjenta akceptowane. Należą do nich: poplamiony fartuch (180 odpowiedzi), rażący makijaż (115), noszenie odzieży własnej (113) oraz noszenie biżuterii i rozpuszczonych włosów (po 79 odpowiedzi). Suma odpowiedzi przekracza liczbę badanych, ponieważ respondenci mieli możli-



Ryc. 3. Nieakceptowane przez pacjenta elementy w wyglądzie pielęgniarki

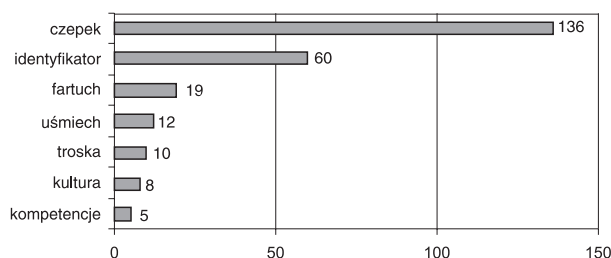
wość zaznaczenia kilku nieakceptowanych elementów (ryc. 3).

Częstość hospitalizacji i jej czas trwania może mieć wpływ na ocenę kultury pracy pielęgniarki. Może wyostreć ocenę lub ją liberalizować. Pacjenci hospitalizowani do 10 dni za zachowania sprzeczne z kulturą zawodową uważają niereagowanie na dzwonki – „sygnały” od pacjentów (105 osób). Reakcja na to zachowanie ulega zmniejszeniu w miarę wydłużania okresu hospitalizacji, tak że pacjenci leżący powyżej 50 dni w szpitalu już na to nie reagowali. Drugim zachowaniem uważanym za sprzeczne z kulturą, również często wymienianym w pierwszym okresie hospitalizacji (do 10 dni), jest trzaskanie drzwiami (76 osób) i również to zachowanie traci na ostrości negatywnej oceny przy dłuższym pobycie w szpitalu. Najdłużej zauważanym negatywnym zachowaniem pielęgniarek są głośne nawoływania. Wymieniane jest ono przez ponad 160 pacjentów. Takie zachowania jak niedotrzymywanie obietnicy czy brak punktualności jako zachowania sprzeczne z kulturą zawodową, ocenia mniejsza liczba badanych (18 osób) (tab. 1).

Pielęgniarstwo jako zawód mający własny etos, element typowy dla tego zawodu i wyróżniający go spośród innych zawodów, powinno mieć swoją „oznakę”. Przez dziesiątki lat elementem identyfikującym pielęgniarkę był czepki pielęgniarski, dążenie i marzenie większości uczennic i słuchaczek, adeptek zawodu, a czarny pasek na czepku był symbolem osiągnięcia pełnych kwalifikacji zawodowych. Wszyscy pacjenci, i ci w stanie ciężkim, i ci źle widzący wiedzieli, że osoba w czepku to pielęgniarka, a zwrot „siostró” oznaczał kogoś, kto zawsze przyjdzie z pomocą. Czepki nie przeszkadzały instrumentariuszkom, które zarzucały na nie maski welonowe, nie straszły dzieci, a dziewczynki na karnawałowe bale przebierały się za pielęgniarki w czepkach. Jednak decyzja I Zjazdu Samorządu Pielęgniarek i Położnych zwolniła pielęgniarki z obowiązku noszenia tego pięknego atrybutu zawodu, zastępując go różnymi formami identyfikatorów i broszek, nie zawsze czytelnych dla pacjentów. Opi-

Tabela 1. Zachowania pielęgniarek uznane jako sprzeczne z kulturą zawodową

Zachowania sprzeczne z kulturą zawodową	Uszeregowanie według dni pobytu					
	1–10	11–20	21–30	31–40	41–50	> 50
Niereagowanie na dzwonki	105	63	42	28	12	–
Trzaskanie drzwiami	76	58	49	35	27	5
Głośna wymiana zdań	59	42	31	45	38	14
Głośne nawoływania	160	52	18	10	8	2
Brak punktualności	18	39	42	29	75	47
Niedotrzymywanie obietnicy	18	46	34	28	40	84



Ryc. 4. Oznaka wyróżniająca pielęgniarki spośród innych pracowników oddziału szpitalnego

nię tę potwierdzają badania – 54,4% respondentów uważa, że oznaką wyróżniającą pielęgniarki spośród innych pracowników oddziału powinien być czepek. Na drugim miejscu, wymieniany przez 24% respondentów, jest identyfikator (niestety nie przez wszystkie pielęgniarki noszony). 7,6% badanych stwierdza, że pielęgniarki powinny wyróżniać charakterystyczny fartuch, zaś pozostali jako oznakę zawodu wymieniają różne formy zachowań i cechy osobowe, takie jak: uśmiech, kompetencje i troskę (ryc. 4).

Przedstawione wyniki z powyższego pytania znajdują potwierdzenie w odpowiedzi na kolejne pytanie – co utrudnia rozpoznanie pielęgniarki spośród innych pracowników oddziału szpitalnego? 116 osób odpowiada – brak czepka, 58 osób – brak identyfikatora, pozostałe 76 osób wymienia mało czytelny identyfikator lub brak jakichkolwiek oznaczeń.

W następnym pytaniu zasugerowano badanym, czy biżuteria na rękach pielęgniarki może zagrażać ich bezpieczeństwu. 81 osób (32,4%) nie widzi takiego zagrożenia, natomiast pozostałe 169 osób (67,6%) zdaje sobie sprawę, że biżuteria noszona na rękach pielęgniarek stwarza dla nich zagrożenie, gdyż utrudnia wykonanie niektórych czynności zawodowych (119 odpowiedzi), ułatwia przenoszenie bakterii (91 odpowiedzi), utrudnia dokładne umycie rąk (89 odpowiedzi) oraz dziurawi rękawiczki (78 odpowiedzi). Suma odpowiedzi jest większa od liczby badanych ze względu na możliwość zaznaczenia przez badanych kilku elementów.

Piśmiennictwo

1. Szymanowska I. Kultura pracy pielęgniarek. *Pielęgniarka i Położna* 1987; 13–14.
2. Jakubiec J. Etos pielęgniarek a etyka zawodowa. *Prob Pielęgniarstwa* 2001; 1–2(200): 292.
3. Ossowska M. *Ethos rycerski i jego odmiany*. Warszawa; 1973; 7.
4. Szymczak M. *Słownik języka polskiego*. Warszawa: PWN; 1978: 1083.

Adres I Autorki:

Zakład Historii Medycyny i Etyki Lekarskiej
PAM w Szczecinie
ul. Rybacka 1
70-204 Szczecin

Ostatnie pytanie kwestionariusza ankiety dotyczyło sposobu zachowania pielęgniarki najbardziej oczekiwanego przez pacjentów. Do najczęściej wymienianych można zaliczyć: troskę o dobro pacjenta, opiekuńczość, życzliwość, fachowość, uśmiech, serdeczność, cierpliwość i zainteresowanie problemami pacjenta.

Wnioski

1. Pomimo dużych, ogólnospołecznych zmian zachodzących w ostatnich latach oczekiwaniami pacjentów w stosunku do postawy pielęgniarek pozostały niezmienione.
2. Z przeprowadzonych badań wynika, że dla 43,2% respondentów najbardziej znaczącym elementem kultury pracy pielęgniarki jest perfekcja w wykonywaniu czynności zawodowych, co potwierdza definicję kultury pracy. Należy zdać sobie jednak sprawę z tego, że pacjenci doceniając wiedzę i umiejętności zawodowe pielęgniarek oczekują także od nich troski, życzliwości, uśmiechu i serdeczności.
3. Za zachowania sprzeczne z kulturą zawodową 64,8% pacjentów uważa głośne nawoływanie oraz niereagowanie na „dzwonki” (w 42%).
4. Badani w 54,4% uznali, że oznaką wyróżniającą pielęgniarkę spośród innych pracowników oddziału szpitalnego powinien być czepek pielęgniarski.
5. 67,6% pacjentów zdaje sobie sprawę z tego, że biżuteria noszona na rękach pielęgniarek stwarza dla nich zagrożenie, ponieważ utrudnia wykonanie czynności zawodowych (47,6%) oraz ułatwia przenoszenie bakterii (36,4%).
6. Po pełnym wdrożeniu nowego systemu kształcenia pielęgniarek należałoby podjąć badania oceniające, na ile kształcenie na poziomie wyższym zawodowym realizuje cele wychowania zawodowego pielęgniarek, przygotowując je do zaspokojenia oczekiwań pacjentów.

Jakość życia a stan cywilny pacjentów w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej

The quality of life and the marital status of patients in advanced stage of cancer

MARZENA DROZD-DĄBROWSKA

Zakład Higieny i Epidemiologii, Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie
Kierownik: dr hab. n. med., prof. PAM Alicja Walczak

Streszczenie Rozpowszechnienie chorób nowotworowych w populacji Polski stale wzrasta. Ze względu na fakt, że obecnie życie pacjentów z chorobą nowotworową jest dłuższe niż wcześniej, powinniśmy znać czynniki determinujące ich jakość życia. Współmałżonek jest często najbliższym opiekunem dla nieuleczalnie chorych pacjentów z powodu choroby nowotworowej lub innych ciężkich, postępujących chorób. Dlatego też postawiono hipotezę, że stan cywilny jest jednym z najważniejszych determinant jakości życia tych pacjentów. Celem tej pracy było zbadanie, czy stan cywilny wpływa na jakość życia pacjentów w paliatywnym okresie różnych typów choroby nowotworowej. W badaniu wzięło udział 95 pacjentów (47 kobiet, 48 mężczyzn). W czasie prowadzenia badań 50 z tych osób (37 kobiet, 13 mężczyzn) było samotnych (stanu wolnego, rozwiedzeni, wdowcy), a 45 (12 kobiet, 33 mężczyzn) pozostawało w związku małżeńskim. Uczestnicy badania wypełniali Rotterdamską Listę Objawów (z ang. RSCL) i kwestionariusz dotyczący danych społeczno-demograficznych oraz aspektów choroby. Użycie RSCL pozwoliło zmierzyć jakość życia w trzech wymiarach: objawów fizycznych, objawów psychicznych i dziennej aktywności chorych. Analiza statystyczna danych nie wykazała istotnej statystycznie zależności między jakością życia pacjentów w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej a ich stanem cywilnym.

Słowa kluczowe: jakość życia, nowotwór, stan cywilny.

Summary The prevalence of cancer among the Polish population is steady increasing. Due to the fact that the life of patients with cancer is nowadays longer than it was earlier we should know the determinants of their life quality. The partner is often the primary provider of care for the terminal ill patient with cancer or other serious progressive illness therefore the hypothesis was formulated that the marital status is one of the most important determinants of quality of life of these patients. The purpose of this study was to investigate if the marital status influences the quality of life of patients in palliative stage of various kinds of cancer. The subject of the study were 95 patients with cancer in palliative stage (47 women, 48 men). 50 of them (37 women, 13 men) lived alone (singles, divorced, widowed) and 45 (12 women, 33 men) were married during the period of conducting this study. The participants have filled The Rotterdam Symptoms Scale (RSCL) and the questionnaire which concerned the social and demographic data and illness aspects. The use of RSCL lets measuring the quality of life in three dimensions: physical symptoms, psychological symptoms and the daily activity of patients. The statistic analysis of data from this study did not show a significant connection between the quality of life of patients with cancer in advanced stage and their marital status.

Key words: quality of life, cancer, marital status.

Wstęp

Zapadalność na choroby nowotworowe w Polsce stale rośnie, co spowodowane jest wzrostem ekspozycji na czynniki kancerogenne w dobie dynamicznego rozwoju cywilizacji oraz faktem starzenia się populacji. Dzięki rozwojowi medycyny poprawiły się efekty leczenia chorób nowotworowych, ale także wydłużył się okres

przeżycia pacjentów w stadium, kiedy choroba jest już nieuleczalna. Dlatego jednym z głównych celów opieki paliatywnej jest poprawa jakości życia pacjentów cierpiących z powodu śmiertelnie ciężkiej choroby poprzez pomoc w fizycznych, psychologicznych, socjalnych czy duchowych trudnościach (Axelsson B, Sjoden PO, 1998; Finlay IG, Dunlop R, 1994).

Określenie „jakość życia” (z ang. quality of li-

fe – QL) pojawiło się w słowniku amerykańskim po II wojnie światowej i przechodziło stopniową ewolucję. Początkowo oznaczało ono „dobre życie” w sensie typowo konsumpcyjnym, wyrażające się zasobnym stanem posiadania. Następnie zostało rozszerzone na obszary „być”, a nie tylko „mieć”, co spowodowało wprowadzenie w rozważaniach nad jakością życia dodatkowych kryteriów: edukacji, wolności, zdrowia i szczęścia (de Walden-Gałaszko K, Majkovicz M, 1994). Pomimo że koncepcja jakości życia była wolno akceptowana przez pracowników służby zdrowia jako główny punkt leczenia i opieki nad pacjentem z chorobą nowotworową, zdobyła już popularność i zaczęła odgrywać kluczową rolę w oszacowaniu wyników leczenia (MacDonald N, 1995). Dotychczas nie uzgodniono jednej, powszechnie akceptowanej definicji jakości życia. Panuje jednak zgodność co do tego, że jakość życia jest zjawiskiem wielowymiarowym i w dużej mierze subiektywnym (Cella DF, 1995). Rekomendowane wymiary jakości życia to: wymiar fizyczny, psychologiczny, społeczny i funkcjonalny (Selby P, Robertson B, 1987).

W metodach oszacowania jakości życia nie ma „złotego standardu”, który byłby ogólnie akceptowany, stosowany i wiarygodny (Finlay IG, Dunlop R, 1994) Większość autorów uważa, że satysfakcjonująca jakość życia jest opinią indywidualną (Selby P, Robertson B, 1987). Często cytowana jest definicja utworzona przez grupę EORTC, zajmującą się jakością życia w ramach WHO, według której jakość życia to indywidualny sposób postrzegania przez jednostkę jej pozycji życiowej w kontekście kulturowym, systemie wartości oraz w odniesieniu do jej zadań, oczekiwań i standardów uwarunkowanych środowiskowo. Jest to kompleksowy sposób oceniania przez jednostkę jej zdrowia fizycznego, stanu emocjonalnego, samodzielności, stopnia niezależności od otoczenia, a także relacji ze środowiskiem oraz osobistych wierzeń i przekonań (Dyga-Konarska M, 2000).

Badania nad jakością życia mają nie tylko charakter poznawczy, ich celem jest również wskazanie na pacjentów najbardziej narażonych na depresję, czy inne równie groźne konsekwencje leczenia, wymagające pomocy (Łaszczewska V, 1999).

W sytuacji ciężkiej, nieuleczalnej choroby często najbliższa rodzina staje się opiekunem chorego. Małżeństwo jest podstawą funkcjonowania rodziny, stąd relacje między chorobą, stanem cywilnym i jakością życia małżeńskiego czy satysfakcją z małżeństwa są główną myślą ostatnich badań. Istnieją badania, w których stwierdzono, że osoby pozostające w związku małżeńskim są zdrowsze (Vebrugge LM, 1989) i żyją dłużej (Goodwin JS, Hunt WC, 1987). Istnieją też

dowody na to, że osoby pozostające w związku małżeńskim i te, które donoszą o wyższych poziomach jakości życia małżeńskiego mają mniejsze trudności z psychologicznym przystosowaniem się do choroby i mniej objawów psychicznych, takich jak lęk czy depresja niż osoby samotne (Fuller S, Swenson Ch, 1992; Hannum JW, Giese-Davis J, 1991). Można tłumaczyć to tym, że partnerzy dają dużo wsparcia osobom chorym, co osłabia szkodliwe skutki stresu, jakim jest sytuacja radzenia sobie z chorobą (Koopman C, Hermanson K, 1998). Dlatego też wysunięto hipotezę, że pacjenci pozostający w związku małżeńskim mogą mieć wyższą jakość życia niż pacjenci samotni.

Materiał i metody

Badaniami objęto pacjentów w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej, wyłączając pacjentów, którzy ze względu na występujące pogorszenie ich stanu ogólnego, ograniczenie sprawności fizycznej czy intelektualnej nie byli w stanie wypełnić kwestionariuszy. Pod pojęciem stadium zaawansowanej choroby nowotworowej rozumiano okres leczenia paliatywnego choroby, niezależnie od typu nowotworu.

Materiał uzyskano w latach 2000–2001 w ramach:

1. Poradni Opieki Paliatywnej i Leczenia Bólu Regionalnego Szpitala Onkologicznego w Szczecinie,
2. Kliniki Chorób Wewnętrznych Pomorskiej Akademii Medycznej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 2 w Szczecinie.

Przebadano 95 osób w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej (47 kobiet i 48 mężczyzn) oraz 45 ich współmałżonków. 50 z badanych osób (37 kobiet i 13 mężczyzn) zaliczono do grupy samotnych, 45 (12 kobiet, 33 mężczyzn) pozostawało w czasie prowadzenia badań w związku małżeńskim. Rozkład wieku badanych chorych przedstawia tabela 1.

Badania obejmowały:

1. Kwestionariusz wywiadu środowiskowego, opracowany przez autorkę, zawierający podstawowe informacje społeczno-demograficzne i niektóre dane na temat choroby.

Tabela 1. Rozkład wieku w grupie badanych chorych

Przedział	n	%
31–40	2	2
41–50	6	6,3
51–60	15	15,8
61–70	40	42,1
71–80	30	31,6
> 80	2,1	2,1
ogółem	95	100

2. The Rotterdam Symptom Checklist – RSCL (Rotterdamska Lista Objawów) skalę skonstruowaną przez de Haes (1990) do pomiaru jakości życia pacjentów z chorobą nowotworową. W oryginalnej wersji RSCL obejmuje cztery obszary:

1. skalę objawów psychicznych,
2. skalę objawów fizycznych,
3. poziom aktywności,
4. ogólną jakość życia.

W skład skali objawów psychicznych wchodzi 7 następujących objawów: drażliwość, martwienie się, depresyjny nastrój, nerwowość, poczucie beznadziejności, napięcie, lęk.

Do skali objawów fizycznych zaliczono 23 objawy: brak apetytu, zmęczenie (znużenie), ból mięśni, brak energii (osłabienie), bóle krzyża (pleców), nudności, trudności ze snem, bóle i zawroty głowy, wymioty, spadek zainteresowania seksem, bóle brzucha, zaparcia, biegunki, zgaga i odbijanie, drżenie, mrowienie rąk i nóg, trudności w koncentracji, zmiany w jamie ustnej i ból przy przełykaniu, utrata włosów, pieczenie/ból oczu, duszność (krótki oddech), suchość w ustach.

Skala poziomu aktywności składa się z 8 pozycji dotyczących różnych obszarów aktywności i funkcjonowania, od zdolności do samoobsługi do zdolności wykonywania pracy: samoobsługa i mycie się, chodzenie po domu, zajmowanie się pracami domowymi, wchodzenie po schodach, dorywcza praca, wychodzenie z domu, robienie zakupów, chodzenie do pracy. Skala nie jest specyficzna dla pacjentów z chorobą nowotworową.

Korzystając z modyfikacji RSCL, do badania chorych w terminalnym okresie choroby, przedstawioną przez autorów jej polskiej adaptacji (de Walden-Gałuszko K, Majkovicz M, 2000), usunięto pozycję 16 ze skali objawów fizycznych, tj. spadek zainteresowania seksem. Współczynniki rzetelności dla RSCL wykazują wysokie wartości: dla skali objawów psychicznych $\alpha = 0,83$, dla skali objawów fizycznych $\alpha = 0,86$, a dla skali aktywności $\alpha = 0,87$. RSCL spełnia najistotniejsze warunki psychometryczne. W większości przygotowane narzędzia badawcze pacjenci wypełniali sami. W niektórych przypadkach poszczególne pytania czytano pacjentom i zapisywano odpowiedzi.

Wyniki

I. Ocena jakości życia pacjentów w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej badanej za pomocą Rotterdamskiej Listy Objawów (RSCL)

1. Skala objawów fizycznych

Rozkład nasilenia objawów fizycznych w skali od 0 do 100 punktów, gdzie 0 oznacza brak ob-

Tabela 2. Rozkład nasilenia objawów fizycznych w badanej grupie

Nasilenie objawów fizycznych	n	%
10,61	4	4,2
12,12	1	1,1
13,64	2	2,1
15,15	6	6,3
16,67	6	6,3
18,18	2	2,1
19,70	6	6,3
22,73	6	6,3
24,24	4	4,2
25,76	8	8,4
27,27	2	2,1
28,79	5	5,3
30,30	4	4,2
31,82	4	4,2
33,33	10	10,5
34,85	4	4,2
36,36	6	6,3
40,91	6	6,3
51,52	2	2,1
53,03	1	1,1
57,58	2	2,1
59,09	2	2,1
63,64	2	2,1
Ogółem	95	100,0

jawów fizycznych, natomiast 100 maksymalne nasilenie tych objawów, przedstawiono w tabeli 2. Jak wynika z danych przedstawionych w tabeli 2 najwięcej osób deklaroowało nasilenie objawów fizycznych w przedziale 30–40 (28 osób, 29,4%), następnie 10–20 (27 osób, 27,4%) i 21–29 (25 osób, 26,3%). Tylko 2 osoby (2,1%) oceniały nasilenie objawów fizycznych powyżej 60. Średnie nasilenie objawów fizycznych dla całej badanej grupy pacjentów z chorobą nowotworową wynosiło 29,1 punktów, przy odchyleniu standardowym 12,3, minimum 10,6 i maksimum 63,6.

2. Skala objawów psychicznych

Nasilenie objawów psychicznych w skali od 0 do 100 punktów, gdzie 0 oznacza brak objawów, natomiast 100 ich maksymalne nasilenie, przedstawia tabela 3. Z danych przedstawionych w tabeli 3 wynika, że najwięcej osób oceniało nasilenie objawów psychicznych w przedziale od 0 do 20 punktów (42 osoby, 44,2%). 12 osób (12,6%) deklaroowało nasilenie objawów psychicznych powyżej 60 punktów. Średnie nasilenie objawów psychicznych dla całej badanej grupy pacjentów z chorobą nowotworową wynosiło 30,7 punktów, przy odchyleniu standardowym 21,2, minimum 0 i maksimum 76,2.

3. Skala aktywności

Rozkład nasilenia aktywności w badanej grupie w skali od 0 do 100 punktów, gdzie 0 ozna-

Tabela 3. Rozkład nasilenia objawów psychicznych w badanej grupie

Nasilenie objawów psychicznych	n	%
0,00	8	8,4
4,76	2	2,1
9,52	9	9,5
14,29	12	12,6
19,05	11	11,6
23,81	4	4,2
28,57	7	7,4
33,33	5	5,3
38,10	8	8,4
42,86	2	2,1
47,62	5	5,3
52,38	6	6,3
57,14	4	4,2
61,90	4	4,2
66,67	4	4,2
71,43	2	2,1
76,19	2	2,1
Ogółem	95	100,0

cza zupełny brak aktywności, natomiast 100 jej maksymalne natężenie, przedstawiono w tabeli 4. Jak wynika z tabeli 4 najwięcej osób oceniało swoją dzienną aktywność w przedziale 70–80 (36 osób, 37,9%), najmniej powyżej 80 (3 osoby, 3,15%). Średnie nasilenie aktywności w całej badanej grupie pacjentów z chorobą nowotworową wynosiło 49,2 punktów, przy odchyleniu standardowym 26,1, minimum 0, maksimum 95,8.

Po zastosowaniu analizy skupień z grupy osób badanych wyłoniły się trzy skupienia, a więc trzy grupy, które charakteryzują się tym, że mają

Tabela 4. Rozkład nasilenia aktywności u badanych chorych

Nasilenie aktywności	n	%
0,00	7	7,4
4,17	2	2,1
12,50	2	2,1
16,57	4	4,2
20,83	2	2,1
25,00	7	7,4
29,17	2	2,1
33,33	2	2,1
37,50	4	4,2
41,67	8	8,4
45,83	6	6,3
50,00	5	5,3
58,33	2	2,1
62,50	4	4,2
70,83	12	12,6
75,00	21	22,1
79,17	2	2,1
87,50	1	1,1
95,83	2	2,1
Ogółem	95	100,0

odmienne profile nasilenia objawów fizycznych, psychicznych i aktywności dziennej.

Opis grupy „skupienie 1”

Skupienie 1 to grupa składająca się z 36 osób, w tym 16 kobiet i 20 mężczyzn. Do tego skupienia zaliczono osoby charakteryzujące się najmniejszą liczbą objawów psychicznych i najniższymi wynikami pod względem aktywności. Oznacza to, że osoby te były w dobrym stanie psychicznym, ale o ograniczonej aktywności życiowej.

Opis grupy „skupienie 2”

Skupienie 2 składało się z 42 osób, w tym 22 kobiet i 20 mężczyzn. Do tego skupienia zaliczono osoby charakteryzujące się najniższymi wynikami pod względem liczby objawów fizycznych i największą aktywnością. Oznacza to, że osoby te były w dobrym stanie fizycznym i wykazywały dużą aktywność życiową.

Opis grupy „skupienie 3”

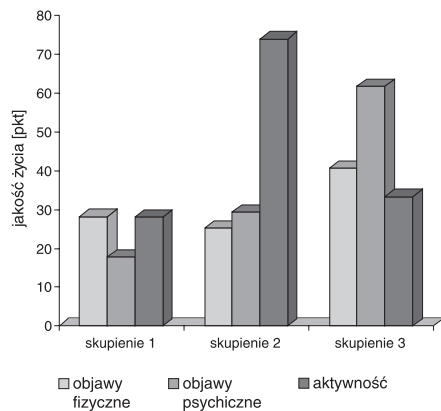
Skupienie 3 składało się z 17 osób, 9 kobiet i 8 mężczyzn. Do tego skupienia zaliczono osoby, u których uzyskane wyniki charakteryzowały się najwyższymi wartościami objawów psychicznych i objawów fizycznych. Oznacza to, że w skupieniu 3 były osoby w gorszym stanie psychicznym i fizycznym niż osoby z pozostałych dwóch skupień.

Średnie wartości objawów fizycznych, objawów psychicznych i aktywności dla poszczególnych skupień zebrano w tabeli 5. Rycina 1 obra-

Tabela 5. Średnie wartości poszczególnych wymiarów jakości życia dla trzech skupień wybranych z grupy badanych osób z chorobą nowotworową

Numer skupienia	Wymiary QL	n	Me	SD	Średnia
1	objawy fizyczne	36	24,2	13,8	28,2
	objawy psychiczne	36	19,0	9,3	17,7
	aktywność	36	29,2	16,6	28,0
2	objawy fizyczne	42	25,8	8,0	25,3
	objawy psychiczne	42	33,3	19,3	29,4
	aktywność	42	75,0	7,1	73,9
3	objawy fizyczne	17	34,8	11,6	40,5
	objawy psychiczne	17	61,9	9,7	61,6
	aktywność	17	37,5	19,8	33,3

Me – mediana,
SD – odchylenie standardowe,
n – liczebność.



Ryc. 1. Porównanie skupień pod względem poszczególnych wymiarów jakości życia

zuje dane przedstawione w tabeli 5, ułatwiając porównanie poszczególnych skupień pod względem objawów fizycznych, objawów psychicznych i aktywności. Najwięcej objawów fizycznych miały osoby ze skupienia 3, najmniej ze skupienia 2. Objawy psychiczne były najbardziej nasilone u osób ze skupienia 3, najmniej u osób ze skupienia 1. Pod względem aktywności najlepsi byli pacjenci ze skupienia 2 w porównaniu do skupienia 1 i 3.

II. Jakość życia a stan cywilny badanych osób

Chorych podzielono na dwie grupy: pozostających w związku małżeńskim (45 osób, co stanowiło 47,4%) i samotnych (50 osób, 52,6%). Do grupy samotnych zaliczono chorych stanu wolnego, rozwiedzionych i owdowiałych.

Rozkład badanych cech nie był zgodny z rozkładem normalnym, co sprawdzono testem Kołmogorowa-Smirnowa dla jednej próby. Porównania międzygrupowe przeprowadzono więc, stosując nieparametryczny test istotności U Manna-Whitney'a przy przyjętym poziomie istotności $p = 0,05$.

Nie stwierdzono różnic dla wymiarów jakości życia w zależności od stanu cywilnego chorych. Osoby samotne i pozostające w związku małżeńskim wykazywały podobny poziom objawów fizycznych, psychicznych i aktywności.

Analizę zależności jakości życia i stanu cywilnego pacjentów dla poszczególnych skupień przeprowadzono, stosując test niezależności χ^2 , nie stwierdzając istotnych statystycznie zależności.

Wnioski

1. Fakt pozostawania w związku małżeńskim pacjentów w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej nie wpływa na podniesienie jakości życia tych osób.

2. Praca ta stanowi wstęp do dalszych, bardziej szczegółowych badań nad wpływem małżeństwa na jakość życia pacjentów w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej, mających na celu poznanie relacji małżeńskich tych osób.

Podsumowanie

Oszacowanie jakości życia w opiece paliatywnej powinno być oparte na instrumentach utworzonych szczególnie dla tej grupy, aby poprawić jakość dostarczanych przez nie informacji (Axelsson B, Sjoden PO, 1998). Rotterdamska Lista Objawów użyta w tym badaniu jest wielowymiarowym testem uznawanym przez wielu badaczy jako jeden z najbardziej odpowiednich do badania jakości życia pacjentów z chorobą nowotworową w okresie paliatywnym (Hardy JR, Edmonds P, 1999). Skala ta ocenia jakość życia pacjentów w trzech wymiarach: nasilenia objawów fizycznych, nasilenia objawów psychicznych, oceny aktywności dziennej chorych oraz jako globalny wynik jakości życia. Wynik globalny określany jest na podstawie bezpośredniego pytania: „Jak oceniasz swoją jakość życia w ostatnim tygodniu?”. W tych badaniach zrezygnowano z wyniku ogólnego jakości życia, przyjmując, że przedstawienie jej w poszczególnych wymiarach jest bardziej adekwatne. Pacjenci mający tę samą wartość wyniku ogólnej jakości życia mogą diametralnie różnić się w poszczególnych jej wymiarach (Skeel RT, 1993).

W powyższym badaniu nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w jakości życia chorych w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej, w zależności od ich stanu cywilnego. Nie potwierdziło to postawionej przed rozpoczęciem badań hipotezy, że związek małżeński pozytywnie wpływa na jakość życia tych osób.

Podobnie de Walden-Gałuszko i wsp. nie stwierdzili różnic w zakresie oceny jakości życia i poszczególnych jego obszarów w zależności od stanu cywilnego badanych osób z chorobą nowotworową. Również w grupie osób zdrowych stanowiących grupę kontrolną nie stwierdzono takiego związku (de Walden-Gałuszko K, Majkowicz M, 1994).

Odmienne wyniki osiągnęli Ganz i wsp., którzy odkryli, że stan cywilny wpływa na jakość życia i czas przeżycia pacjentów z rakiem płuc. Pacjenci pozostający w związku małżeńskim mieli dłuższy czas przeżycia w porównaniu z osobami samotnymi. Związek stanu cywilnego i jakości życia kształtował się na granicy znaczeniowości statystycznej (Ganz PA, Lee JJ, 1991).

Parker i wsp. stwierdzili, iż pacjenci pozostający w związku małżeńskim podają lepszą jakość

życia w wymiarze psychicznym (Parker PA, Baile WF, 2003).

Na uzyskane wyniki w tym badaniu może mieć wpływ wiek i sytuacja rodzinna badanych osób, gdyż w większości były to osoby starsze, posiadające dorosłe dzieci, które dawały im wiele wsparcia i opieki. Jedynie dwóch z badanych pacjentów było naprawdę samotnych, pozostając w Domu Opieki Społecznej. W analizie statystycznej uzyskali oni niższą jakość życia niż pozostali pacjenci, jednak ze względu na tak małą liczbę osób nie można było uogólnić tych wnio-

sków. Być może na wcześniejszych etapach małżeństwa wsparcie uzyskiwane od współmałżonka odgrywa większą rolę.

Jednocześnie bycie w związku małżeńskim to nie tylko otrzymywanie wsparcia od drugiej osoby, to także troska o dalsze losy tej osoby, poczucie winy, że jest się dla tej osoby ciężarem.

Wyniki uzyskane w badaniu mogą stanowić wstęp do dalszej, bardziej szczegółowej analizy, mającej na celu poznanie relacji małżeńskich i ich wpływu na jakość życia pacjentów w zaawansowanym stanie choroby nowotworowej.

Piśmiennictwo

1. Axelsson B, Sjoden PO. Quality of life of cancer patients and their spouses in palliative home care. *Palliat Med* 1998; 12: 29–39.
2. Finlay IG, Dunlop R. Quality of life assessment in palliative care. *Ann Oncol* 1994; 5: 13–18.
3. de Walden-Gałuszko K, Majkowicz M. *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego; 1994.
4. MacDonald N. A proposed matrix for organisational changes to improve quality of life in oncology. *Eur J Cancer* 1995; 31A(Suppl. 6): 18–21.
5. Cella DF. Measuring quality of life in palliative care. *Semin Oncol* 1995; 22(2 Suppl. 3): 73–81.
6. Selby P, Robertson B. Measurement of quality of life in patients with cancer. *Cancer Surv* 1987; 6: 521–543.
7. Dyga-Konarska M. Jakość życia w naukach społecznych i medycznych. *Standardy Medyczne* 2000; 10: 64.
8. Łaszczewska V. Ocena jakości życia pacjentów leczonych z powodu złośliwych nowotworów jądra. *Nowotwory* 1999; 4: 669–676.
9. Vebrugge LM. Marital status and health. *J Marriage Fam* 1989; 4: 267–285.
10. Goodwin JS, Hunt WC, Key CR, Samet JM. The effect of marital status on stage, treatment and survival of cancer patients. *JAMA* 1987; 258: 3125–3130.
11. Fuller S, Swenson Ch. Marital quality and quality of life among cancer patients and their spouses. *J Psychosoc Oncol* 1992; 10: 41–56.
12. Hannum JW, Giese-Davis J, Harding K, Hatfield AK. Effects of individual and marital variables on coping with cancer. *J Psychosoc Oncol* 1991; 9(2): 1–20.
13. Koopman C, Hermanson K, Diamond S, Angell K, Spiegel D. Social support, life stress, pain and emotional adjustment to advanced breast cancer. *Psychooncology* 1998; 7: 101–111.
14. de Walden-Gałuszko K, Majkowicz M. *Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce*. Gdańsk: Akademia Medyczna; 2000.
15. Hardy JR, Edmonds P, Turner R, Rees E, A'Hern R. The use of the Rotterdam Symptom Checklist in palliative care. *J Pain Symptom Manage* 1999; 18: 79–84.
16. Skeel RT. Quality of life dimensions that are most important to cancer patients. *Oncology* 1993; 7: 55–61.
17. Ganz PA, Lee JJ, Siau J. Quality of life assessment. *Cancer* 1991; 67: 3131–3135.
18. Parker PA, Baile WF, de Moor C, Cohen L. Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a sample of cancer patients. *Psychooncology* 2003; 12(2): 183–193.

Adres Autorki:
Zakład Higieny i Epidemiologii
PAM w Szczecinie
ul. Powstańców Wielkopolskich 72
70-111 Szczecin

Badania jakości życia w naukach medycznych

Quality of life studies in medical sciences

BERNADETA CEGŁA, ZBIGNIEW BARTUZI

Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Katedra Pielęgniarstw Klinicznych,
Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Medyczna w Bydgoszczy
Kierownik Katedry: dr hab. n. med., prof. nadzw. AM Zbigniew Bartuzi

Streszczenie Zdrowie jest bardzo istotnym elementem wartościującym jakość życia człowieka. Od niego w dużym stopniu zależy satysfakcja i zadowolenie z przeżywanego doznań oraz samorealizacji w życiu. Brak zdrowia i wystąpienie choroby powodują zaburzenia w funkcjonowaniu we wszystkich sferach jego życia. Subiektywne poczucie zadowolenia i satysfakcji z życia wydatnie się obniża. Schorzenia przewlekłe, nieuleczalne w szczególności pogarszają jakość życia. Występujące w nich objawy mogą w sposób ciągły i trwały zaburzać funkcjonowanie człowieka. Istotą problemów w tych schorzeniach nie zawsze jest bezpośrednia fizyczna niezdolność do wykonywania zadań, lecz destruktywny wpływ na aktywność, chęć i gotowość do pracy, dobre samopoczucie, mobilizację do działania. Brak komfortu fizycznego, konieczność zmiany trybu życia ograniczają chorego i często uniemożliwiają realizację jego celów życiowych. Uzasadnione staje się więc prowadzenie badań nad jakością życia zależną od zdrowia (HRQL). Badania stopnia wpływu schorzenia na satysfakcję z życia oraz określenie czynników determinujących wzrost czy obniżenie poczucia pełni zadowolenia są niezbędnymi elementami całościowej oceny stanu pacjenta. Umożliwiają one zebranie informacji o codziennym funkcjonowaniu chorego, ograniczeniach wynikających z choroby, deficycie samoopieki i jego subiektywnej reakcji na zaistniałą sytuację. Ta ocena pozwala określić kierunki działania zmierzające do poprawy opieki, podnoszenia jakości świadczonych usług oraz zwiększyć ich intensywność w tych sferach, które zostały zaburzone najbardziej. Ocena ta jest konieczna również do pełnego poznania pacjenta oraz skutków prowadzonej terapii i korzyści wynikających z zastosowanego leczenia. Wyniki badań jakości życia są cennym źródłem informacji o efektywności leczenia oraz elementem weryfikacji zastosowanej terapii.

Słowa kluczowe: jakość życia, zdrowie, choroba, satysfakcja i zadowolenie z życia.

Summary The health is an element of crucial value for human quality of life. Satisfaction of life experiences and self-reliance are strongly related to it. Weak health and disease cause disturbances in functioning of all fields of life. Subjective feeling of life satisfaction significantly decreases. In particular, chronic diseases worsen the quality of life. The symptoms which occur can disturb subject's functions in constant and persistent way. The nature of problems in these diseases does not always lie in the direct physical inability to perform duties but in its destructive influence on activity, intention and readiness to work, comfort and mobilization to act. Lack of physical comfort, necessity to change the daily routine, bans on condiments cause limitations for patients and often disable him/her from accomplishment of life goals. Therefore, it seems justified to perform studies on quality of life related to health (HRQOL). The studies on the level of disease influence on life satisfaction or well-being are a part of vital importance for holistic patient's status evaluation. They enable creating a collection of information on daily functions of patient, limitations resulting from the disease, insufficiency of self-care and subjective reaction in response. Moreover, such evaluation enables to define directions of activities for care improvement, increase the quality of rendered services and intensify them in the most disturbed fields. The evaluation is also necessary for full recognition of patient and consequences of ordered therapy and advantages resulting from applied treatment. The results of quality of life are a significant source of information regarding efficiency of treatment and an element of verification for applied therapy.

Key words: quality of life, health, disease, life satisfaction and well-being.

Wstęp

Jakość życia człowieka była przedmiotem zainteresowania od dawna. Już filozofowie zastanawiali się, czym jest życie człowieka, jaką przed-

stawia wartość dla niego i od czego zależy. Odpowiedzi na te pytania miały charakter bardzo subiektywny, indywidualny. Pojęciem, które określało poziom zadowolenia, było szczęście. Trudno je było jednak zdefiniować, oszacować czy

zmierzyć. Trudno też było określić, co ma na nie wpływ, a więc, od czego zależy. Nie dysponowano narzędziami do jego oceny. Różne dziedziny nauki uwzględniając swoje specyficzne zainteresowania w odmienny sposób interpretowały doznawanie szczęścia. Inne były elementy uważane za znaczące w jego odczuwaniu. I tak w ekonomii dominował zasób dóbr materialnych, w socjologii warunki bytu i egzystencji człowieka, w psychologii satysfakcja z prezentowanych postaw czy poziomu zaspokajanych potrzeb psychicznych, np. poszanowanie godności osobistej, szacunku, samorealizacji. Wszystkie te elementy oceniane były oddzielnie. Nie było możliwe dokonanie całościowej oceny poziomu zadowolenia. Badania koncentrowały się na poszukiwaniach elementarnych składników wchodzących w skład ogólnego zadowolenia oraz na odnalezieniu uniwersalnych wyznaczników tego parametru (Wołowicka L, 2001; Farnik-Brodzińska M, Pierzchała W, 1999). W 1972 r. M. Rosser wyodrębniła dwa parametry, które mogłyby stanowić wspólną miarę dla głębokości stanu chorobowego. Sądzono bowiem, że wpływa on znacząco na jakość życia człowieka. Czynniki te to: ograniczona aktywność (mobilność) oraz doświadczane cierpienie. W tym samym czasie A. Campbell prowadził w Stanach Zjednoczonych badania mierzące satysfakcję z własnego życia osób tam zamieszkujących. W 1976 r. skonstruował on proste narzędzie pomiarowe. Sumowało ono oceny dotyczące różnych aspektów funkcjonowania człowieka. Powstała w ten sposób pierwsza skala do pomiaru jakości życia. Skala Campbella składała się z zestawu 15 dziedzin życia, które podlegały ocenie (Wołowicka L, 2001a).

Wieloznaczność pojęcia jakość życia

Termin jakość życia jest ogólnie znany i używany do oceny stanu i funkcjonowania człowieka. Mimo powszechnego zastosowania nie ma jednoznacznej definicji tego pojęcia. Odnosi się ono bowiem do zjawisk indywidualnych. Każdy człowiek ma własną hierarchię ważności. Wartości i doznawane zjawiska ważne dla jednych nie są istotne dla innych. Nie są i nie mogą więc być standardową miarą satysfakcji i zadowolenia z życia dla wszystkich osób. Osiągnięcia czy dążenia ważne dla jednych wcale nie muszą być równie istotne dla innych. Pojęcie jakości życia zaczerpnięte zostało z nauk społecznych, które rozumieją je szeroko, jako stopień zaspokojenia potrzeb materialnych i niematerialnych osób, rodzin i zbiorowości. Określają ją wskaźniki obiektywne (ilościowe i jakościowe, rzeczowe i wartościowe) oraz subiektywne (np. stopień odczuwanego zadowolenia z warunków życiowych).

Fenomen jakości życia polega na tym, iż jest to pojęcie ważne i znaczące dla ludzi, jednak trudne do wyrażenia w kategoriach metodologicznych (Stelcer B, 2001). Pojęciami bliskoznacznymi wobec jakości życia są dobrostan, satysfakcja z jakości życia, zadowolenie, szczęście. Na jakość życia wpływ mają czynniki zewnętrzne działające na jednostkę, jak również sposób indywidualnej ich percepcji. Różne rozumienie jakości życia oraz uznawanie różnych celów za najważniejsze powoduje, że definicje tego pojęcia są nieco odmiennie. Wyznacznikiem różnego interpretowania pojęcia jakości życia może być cecha lub zakres branych pod uwagę i uznawanych za istotne dziedzin życia człowieka.

Wyróżnić możemy definicje globalne i szczegółowe. Pierwsze z nich określają jakość życia w sposób uniwersalny i nie skupiają się na konkretnej dziedzinie życia człowieka. Według Calmana, który swą definicję przedstawił w 1984 r., jakość życia to miara, w której nadzieje i ambicje odpowiadają doświadczeniu człowieka. Ferrans i Powers (1985 r.) opisali jakość życia jako dobre samopoczucie osoby pochodzące z satysfakcji albo niezadowolenia z dziedzin życia, które są ważne dla niej. Grant (1990 r.) stwierdził, że jakość życia to „osobiste stwierdzenie pozytywności albo negatywności cech charakteryzujących życie konkretnej osoby” (Camilleri-Brennan J, 1999).

Pomimo braku uniwersalnej definicji uzgodnionej przez naukowców większość badaczy zgadza się, że jakość życia jest wielowymiarowym, subiektywnym i dynamicznym pojęciem. Wielowymiarowość związana jest z głównymi domenami wpływającymi na człowieka – fizyczną, socjologiczną i psychologiczną. Fizyczna rozumiana jest jako zdolność człowieka do wykonywania czynności i zadań, które wymagają wydatkowania energii. Społeczny aspekt odnosi się do zdolności człowieka umożliwiających mu integrację z rodziną, sąsiadami, współpracownikami i osobami z innych środowisk. Psychologiczny wymiar określa aspekt emocjonalnej i umysłowej pomysłowości. Jakość życia w tym wąskim kontekście mogą charakteryzować takie odczucia, jak: niepokój, strach, gniew, szczęście, spokój czy zadowolenie.

Subiektywizm jest cechą w sposób istotny charakteryzującą jakość życia. Nie jest to wymierny element oceny, lecz jest kluczowym czynnikiem w rozważaniach o jego ocenie. Nikt bowiem oprócz samego badanego nie zmierzy i określi stopnia dobrego samopoczucia czy zadowolenia.

Dynamizm to płynność, zmienność w czasie uwarunkowana przemianami w otoczeniu człowieka, jak i w nim samym. Biorąc pod uwagę ten element w ocenie jakości życia, należy uwzględnić prawidłowość, regularność oraz terminowość pomiarów (Camilleri-Brennan J, 1999a).

Takie ujęcie problemu pozwala na rozpatrywanie życia w perspektywie holistycznej. Dostrzeganie ważności i zrozumienie wpływu doznań ze wszystkich sfer życia na jakość życia umożliwia pełne i rzetelne rozpoznanie stanu człowieka. Jakość życia człowieka może też być wartościowana ze względu na dorobek osobisty jednostki zarówno w sensie zewnętrznym, jak i wewnętrznym. Wszystko, co sprzyja poczuciu szczęścia ma wpływ na subiektywną ocenę jakości. Wpływ na satysfakcję i zadowolenie z życia mają też przeszłe doświadczenia i nadzieje na przyszłość. Ich ważności i znaczenia nie można pomijać zarówno w rozważaniach teoretycznych dotyczących charakterystyki pojęcia, jak i w praktyce badawczej. Definicja WHO określa jakość życia jako indywidualny sposób postrzegania przez jednostki ich pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemie wartości, w którym żyją, oraz w odniesieniu do zadań, oczekiwań i standardów wyznaczonych uwarunkowaniami środowiskowymi. Raeburn i Rootman przyjmują, że istotą jakości życia jest subiektywny stan radości przeżywanej przez człowieka. Odczuwanie tego stanu wyznacza dziewięć czynników. Zaburzenie każdego z nich powoduje zagrożenie czerpania radości z przeżywanego czasu. Utrata zdrowia powoduje zagrożenie bycia w dobrym stanie fizycznym. Ograniczone możliwości rozwojowe zaburzają wymiar stawania się, zaś zagrożenie odrzucenia społecznego wymiar przynależności (Wołowicka L, 2001b). Wpływ poszczególnych czynników na radość i zadowole-

nie człowieka przedstawia graficzny model struktury jakości życia (ryc. 1).

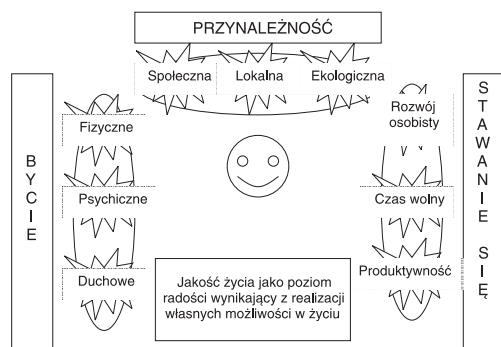
Inny model jakości życia przedstawia Schallock. Według autora spostrzegana przez osobę jakość życia jest ześrodkowaniem zadowolenia płynącego z trzech sfer – zdrowia psychicznego, fizycznego, domu i społeczności lokalnej oraz szkoły lub pracy. Rycina 2 przedstawia graficzny model jakości życia.

O wysokiej jakości życia można mówić wówczas, gdy aspiracje jednostki zostaną zharmonizowane i spełnione przez aktualnie przeżywane doświadczenie. Niska jakość życia pojawia się wszędzie tam, gdzie nadzieje i aspiracje jednostki rozmiągają się z aktualnym doświadczeniem (Tobiasz-Adamczyk B, 1996).

Medyczny aspekt jakości życia

Zdrowie jest tak istotną wartością życia człowieka, że nie sposób pominąć tego wpływu na jego jakość, satysfakcję i zadowolenie z niego. Dostrzeganie i docenianie ważności zdrowia dla jakości życia spowodowało wyodrębnienie w naukach medycznych pojęcia jakości życia zależnej od zdrowia – HRQL (Health Related Quality of Life). Odnosi się ono do wpływu stanu zdrowia na sferę biologiczną, psychiczną i społeczną życia człowieka (Laudański K, Nowak Z, 2002). Początkowo w jej rozumieniu mieściły się takie czynniki, jak: możliwość dłuższego przeżycia lub lata życia bez dolegliwości chorobowych (Farnik-Brodziska M, 1999a). Te parametry stały się jednak niewystarczające. Ważnym czynnikiem stała się kondycja, w jakiej będzie znajdował się chory. Nie tylko więc sam fakt usunięcia choroby czy utrzymywanie życia, ale jego jakość zaczęła być znacząca i stanowiła cel działań terapeutycznych. Ważne stało się nie tylko to, czy i jak długo, ale jak będzie żył człowiek z chorobą. Jakość życia determinowana jest przez wiele czynników. Ich wyodrębnienie i określenie zależności wyłącznie od zdrowia nie jest łatwe.

Czynniki wzajemnie się na siebie nakładają powodując różnorodne zmiany. Mogą też one równoważyć lub zakłócać odczucia człowieka, np. chorobę fizyczną może równoważyć pozytywny stan psychiczny i życzliwość otoczenia, a z kolei problemy emocjonalne sprawiają, że pomimo dobrej sprawności fizycznej człowiek nie odczuwa swojego samopoczucia jako dobrego (Żłobińska A i wsp., 2002). Mimo takich relacji i zależności to jednak zdrowie ma największy wpływ na zadowolenie z życia. Często dostrzegamy to dopiero wtedy, gdy pojawiają się dolegliwości i zaczyna się choroba. Zdrowie jest bowiem atrybutem życia. Dobre zdrowie warunkuje wysoką jego jakość i odczuwanie satysfakcji



Ryc. 1. Model struktury jakości życia według J. Raeburna i I. Rootmana

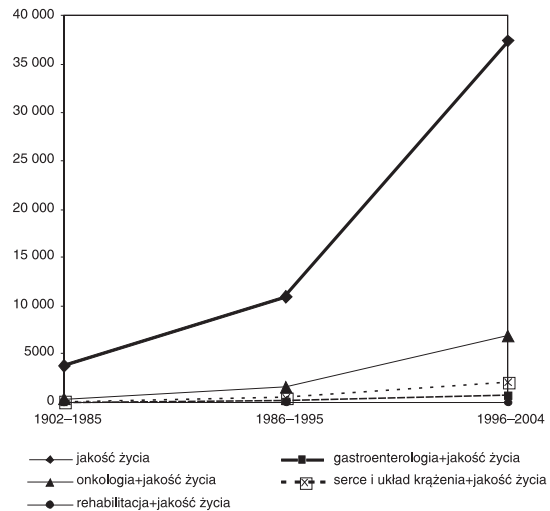


Ryc. 2. Model jakości życia w ujęciu R.I. Schallocka

z jego przeżywania. Choroba zaś obniża jakość życia poprzez negatywny wpływ na wszystkie sfery życia człowieka. Wywołuje ona ból, niesprawność, niedołęstwo. W wymiarze fizycznym następstwem choroby są też skutki jej wystąpienia czy zastosowanej terapii, np. okaleczenie ciała, zmiana jego wyglądu. Występowanie dolegliwości, jak i zmian fizycznej cielesności odgrywają ważną rolę w postrzeganiu choroby jako uciążliwej czy znośnej, a tym samym uznawanie jej małego czy dużego wpływu na jakość życia. Wystąpienie choroby ma też istotny wymiar materialny i społeczny. Chorowanie z reguły pogarsza standard życia i bezpieczeństwa. Obniżanie poziomu życia spowodowane jest ponoszonymi kosztami leczenia. Powoduje ono także niemożność pełnienia ról społecznych. Psychiczny aspekt choroby to wywoływanie silnych emocji. Napięcie, niepokój i lęk sprawiają, że chory traci kontrolę nad sytuacją. Z powodu utraty bezpieczeństwa i lęku u chorego pogarsza się sprawność umysłowa. Odczuwa też on zależność od innych. W konsekwencji choroba doprowadzić może do depresji (Stelcer B, 2001a). Nie tylko jednak sam fakt wystąpienia choroby i jej skutki oddziałują na subiektywnie odczuwaną jakość życia. Czynniki zewnętrzne niezwiązane ze zdrowiem mogą podnosić lub obniżać satysfakcję i zadowolenie z życia. Istotną rolę odgrywają tu osobowość, cechy charakteru, umiejętności radzenia sobie z chorobą, aspiracje życiowe, hobby, sfera finansowa. Wszystkie te elementy mają bezpośredni wpływ na samopoczucie chorego i jakość przeżywanego czasu w chorobie (Stelcer B, 2001b).

Badanie zależności i wpływu choroby oraz czynników socjoekonomicznych na jakość życia ma kapitalne znaczenie dla prawidłowości oceny działań zdrowotnych. Bardzo ważna jest rzetelna ocena działań zdrowotnych. Na końcowy wynik postępowania terapeutycznego ma wpływ wiele elementów towarzyszących niezwiązanych z tym postępowaniem. Istotne jest zbadanie, wyodrębnienie i ocena ich wpływu na zdrowie i życie z chorobą. Poddawanie ocenie wielu zagadnień dotyczących życia osobistego, społecznego i zawodowego w związku z chorobą, szczególnie nieuleczalną i przewlekłą, może być dla lekarzy wyznacznikiem zakresu ograniczeń i możliwości prowadzenia aktywnego i satysfakcjonującego trybu życia chorego, mimo ujemnych i nieusuwalnych następstw procesu chorobowego (Sidorowicz S, 2001). Dokonywanie oceny jakości życia w chorobie umożliwia też wybór rodzaju terapii i sposobów postępowania. Pozwala to na osiągnięcie najlepszych efektów zdrowotnych.

W medycynie badania jakości życia za pomocą typowych narzędzi badawczych pojawiły się w latach siedemdziesiątych ubiegłego wieku. Od początku lat osiemdziesiątych obserwuje się



Ryc. 3. Liczba publikacji dotyczących jakości życia umieszczonych w bazie Medline

gwałtowny wzrost publikacji dotyczących tej tematyki. Liczba prac badawczych ze słowami „jakość życia” w bazie Medline wzrosła wielokrotnie. Nie wszystkie dziedziny wykazują podobne zainteresowanie problemami jakości życia. Najwięcej prac ukazało się z dziedziny onkologii i dotyczyło pacjentów ze schorzeniami nieuleczalnymi i o niepomyślnym rokowaniu. Potwierdza to fakt, że pacjenci ci mają najbardziej zaburzoną jakość życia. Badania prowadzone w tej dziedzinie pomagają wyodrębnić chorych, którzy będą wymagać pomocy psychologa, określić zakres oczekiwań oraz stwierdzić, w których sferach życia należy zintensyfikować opiekę. Dynamikę wzrostu publikacji w bazie Medline dotyczących jakości życia związaną ze zdrowiem ilustruje rycina 3.

Pomiary jakości życia

Rzetelna ocena wyników działań zdrowotnych jest bardzo ważna dla pacjenta. Jest także istotna dla jednostek świadczących opiekę ze względu na poprawność wdrażanych procedur i poniesionych kosztów. Do oceny używa się różnego rodzaju miar efektów zdrowotnych. Są to np. miary ilościowe. Mogą one mieć charakter specyficzny i dotyczyć pewnych badań czy grup chorych. Wskaźniki określać mogą konkretne wyniki, np. spadek poziomu cholesterolu w pewnej grupie pacjentów, obniżenie stężenia glukozy we krwi lub zmniejszenie liczby dni pobytu w szpitalu. Wskaźniki te pomagają ocenić działania terapeutyczne, jednak nie dają pełnego poglądu na efekt tych działań. W ocenie należy uwzględnić subiektywne odczucia pacjenta po zastosowaniu terapii lub innych działań zdrowotnych. Niezbędne jest określenie korzyści wynikających z działania terapeutycznego. Może to być zmniejszenie cierpienia, poprawa wydolności, podniesienie sprawności. Waga i znaczenie tych

elementów są niezaprzeczone. Jednak obecnie coraz więcej uwagi i zainteresowania poświęca się sprawności człowieka i jego zdolności do pełnienia ról społecznych. Mogą one być pełnione tylko wtedy, gdy we własnym odczuciu pacjenci są sprawni, wydolni i odczuwają satysfakcję ze swojego stanu zdrowia i życia. Nie tylko więc choroba czy jej skutki postrzegane przez pryzmat ilościowych wyników badań czy z punktu widzenia wyłącznie lekarza są ważne. Istotne są też w ocenie i pomiarze subiektywne wrażenia pacjenta. Dlatego coraz większą rolę w ocenie wyników interwencji medycznych odgrywa badanie jakości życia (Kocot E, 2002). Jest ono miarą skuteczności i osiagania właściwego i pełnego efektu terapeutycznego we wszystkich sferach życia człowieka.

W badaniach jakości życia stosować można różne metody oceny. Najwięcej informacji można otrzymać z wywiadu. Może on być przeprowadzany przez ankietera lub też badany może wypełniać go samodzielnie. Badania kwestionariuszowe pozwalają na opis ilościowy na podstawie uzyskanego wyniku punktowego na skali. Pozwalają one na objęcie analizą znacznie większej liczby badanych niż w przypadku innego rodzaju badań, np. wieloczynnikowych. Badania za pomocą kwestionariusza należy uzupełniać dodatkowymi informacjami pozwalającymi na prawidłową interpretację jego wyników. Niekiedy jest też konieczne zdobycie informacji o obiektywnym stopniu ciężkości choroby. Kwestionariusze jako narzędzia badawcze powinny spełniać określone wymogi. Muszą one być rzetelne i trafne. Obecnie znanych jest ponad 800 różnych narzędzi badawczych, które służą do pomiaru i oceny jakości życia związanego ze zdrowiem.

Wyróżnia się dwa główne typy narzędzi badawczych: ogólne i sprecyzowane (szczegółowe). Ogólne oparte są na globalnym pojęciu jakości życia i są tak skonstruowane, by badać wiele wymiarów i sfer życia dotyczących zdrowia. Zalicza się do nich „Profile zdrowotne” i „Indeksy

zdrowotne”, np. Kwestionariusz Zdrowia Ogólnego (GHQ – General Health Questionnaire), Kwestionariusz Satysfakcji Ogólnej (GSQ – General Satisfaction Questionnaire), Badanie Wyników Medycznych – Krótki Formularz 36 (SF-36 Short Form- 36), Indeks Jakości Życia (Spitzera). Narzędzia badawcze szczegółowe służą do badania jakości życia w określonym wymiarze. Są to kwestionariusze szczegółowe dotyczące określonych chorób. Bada się nimi pacjentów z nowotworem, cierpiących na depresję, ze stomią, schorzeniami przewodu pokarmowego. Istotne dla prawidłowości otrzymywanych wyników jest właściwe dobranie kwestionariusza. Należy dostosować jego typ i rodzaj do charakteru badania. Jeśli badanie ma być przeprowadzone jednocześnie i dotyczyć tylko określonego momentu, można zastosować kwestionariusz ogólny. Inne narzędzie badawcze dobiera się, jeśli badania mają być wykonywane w dwu różnych okresach, np. przed i po leczeniu, przed i po zastosowaniu różnych terapii lub jako badanie porównujące sposoby i rodzaje przeprowadzonego leczenia. W takim przypadku najstosowniejsze jest użycie kwestionariuszy specyficznych dla choroby. Użycie takich kwestionariuszy umożliwia dokonanie porównania jakości życia przed i po interwencji medycznej, pozwala określić stopień pojawiających się zmian oraz wykazać skuteczność leczenia lub jego brak w walce z chorobą (Camilleri-Brennan J, 2001b).

Podsumowanie

Badanie jakości życia związanej ze zdrowiem jest w obecnym czasie ważnym elementem w całościowej ocenie skutków działania terapeutycznego. Przeżycie stanu krytycznego, zachowanie zdrowia, poprawa parametrów i wyników badań laboratoryjnych lub dłuższe życie uznawane są za niewystarczający sukces działań terapeutycznych. Za pełen efekt uznaje się stan, który pacjent odbiera jako zadowolający i satysfakcjonujący.

Piśmiennictwo

1. Wołowicka L. *Jakość życia w naukach medycznych*. Poznań; 2001.
2. Farnik-Brodzińska M, Pierzchała W. *Badania jakości życia w chorobach układu oddechowego*. Katowice: Śląska Akademia Medyczna; 1999.
3. Stelcer B. Jakość życia jako pojęcie subiektywne i wielowymiarowe. *Pielęgn Pol* 2001; 2(12): 227–233.
4. Camilleri-Brennan J, Steele RJ. Measurement of quality of life in surgery. *J R Coll Surg Edinb*, 1999, 44(4): 252–259.
5. Tobiasz-Adamczyk B. Jakość życia w naukach społecznych i medycynie. *Sztuka Leczenia* 1996; 2(2): 33–40.
6. Laudański K, Nowak Z. Jakość życia chorych dializowanych i metody jej badania. *Pol Merk Lek* 2002; 13, 77: 421–423.
7. Żłobińska A, Ambroszczyk E, Bednarek B, Waryński M, Małecka-Panas E. Ocena jakości życia chorych na cukrzycę i nieswoiste choroby zapalne jelit. *Probl Lek* 2002; 40(5): 297–304.
8. Sidorowicz S. Kilka uwag na temat pojęcia jakości życia chorych. *Wiad Psychiatr* 2001; 4(4): 293–294.
9. Kocot E. Miary efektów zdrowotnych. *Zdrowie i Zarządz* 2002; 4(6): 55–62.

Adres Autorów:

Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego AM w Bydgoszczy, ul. Techników 3, 85-801 Bydgoszcz

Istota obserwacji w naukach społecznych i opiekuńczych

The essence of observation in social and caring sciences

JOLANTA GÓRAJEK-JÓŻWIK, SYLWIA MIERZWIŃSKA

Zakład Teorii Pielęgniarstwa, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu,
Akademia Medyczna w Lublinie
Kierownik: dr n. med. Jolanta Górąjek-Jóźwik

Streszczenie Prawdą jest, że obserwacja jako metoda badawcza przyczyniła się do postępu w różnych dziedzinach nauk, szczególnie tych, które wykorzystują ją do celów własnych. Najczęściej postrzegana jest jako metoda niezbędna na potrzeby gromadzenia danych. Celem pracy jest przedstawienie istoty obserwacji, zarówno w naukach społecznych, jak i opiekuńczych, ze szczególnym zwróceniem uwagi na jej miejsce i rolę w pielęgniarstwie. Dla celów pracy dokonano analizy kilku podstawowych definicji obserwacji w naukach społecznych (pedagogika, psychologia i socjologia). W tych dziedzinach z reguły traktowana jest jako metoda badawcza. W medycynie wykorzystywana jest na potrzeby procesu diagnostycznego. Dla określenia istoty obserwacji w pielęgniarstwie wykorzystano podejście chronologiczne. Ocenie poddano treść definicji opublikowanych w polskojęzycznym piśmiennictwie na przestrzeni prawie 30 lat. Z dokonanej analizy wynika, że początkowo określano i opisywano głównie to, na czym obserwacja polega. Dopiero nieco później zaczęto zwracać uwagę na jej istotę.

Słowa kluczowe: obserwacja, pielęgniarstwo, rola pielęgniarki.

Summary It is generally accepted that observation as the research method contributed to the progress in many scientific disciplines that make use of it for their own purposes. It is most frequently seen as the method necessary for data collection. The purpose of this paper is to present the essence of observation in social and caring sciences focusing on its position and importance in nursing. A few basic definitions of observation have been analysed in pedagogy, psychology and sociology where observation is recognized as a research method. In medicine it is used for the diagnostic procedures. Chronological approach has been used to define the essence of observation in nursing. The definitions published in medical literature in Polish for almost 30 years have been evaluated. The analysis confirms that initially the principles of observation were described and defined. Only later the essence of observation was emphasized.

Key words: observation, nursing, a nurse's role.

Prawdą obiektywną jest to, iż obserwacja jako taka odgrywa ważną rolę w życiu codziennym niemal każdego człowieka, natomiast jako metoda badań, niemal od zawsze obecna była i jest w wielu naukach. Warto odnotować, że początki wszystkich nauk o zjawiskach miały charakter badań obserwacyjnych. Szczególna rola obserwacji stosunkowo wyraźnie objawia się we wstępnej fazie poznania naukowego. Oznacza to, że dla potrzeb postawienia pierwszych hipotez roboczych i konsekwentnie – podjęcia procedury weryfikacyjnej – konieczne jest wcześniejsze obserwowanie zjawisk, zdarzeń, faktów, stanowiących przedmiot zainteresowania naukowego.

Udowodnienie prawdy o wybitnie obserwacyjnym charakterze niektórych nauk nie jest trudne.

Właśnie do takich zalicza się m.in.: astronomię, botanikę, zoologię, meteorologię. Bez zastosowania planowej i ukierunkowanej obserwacji trudno byłoby wyobrazić sobie rozwój fizyki, chemii, biologii. Podobnie jest z naukami zaliczanymi do grupy społecznych (np.: psychologia, pedagogika, socjologia) i opiekuńczych (np.: medycyna, pielęgniarstwo). Uogólniając, można powiedzieć, że zastosowanie metody obserwacji daje wszystkim naukom możliwość rozwoju własnego warsztatu badawczego i systematyczne wzbogacanie go. Natomiast w sferze praktycznej działalności, realizowanej przez przedstawicieli poszczególnych dyscyplin, oparcie się na wiarygodnych wynikach obserwacji daje możliwość racjonalnego inwestowania w jakość tych działań.

Cel i metoda pracy

Celem pracy jest przedstawienie istoty, czyli tego, co jest właściwością, założeniem; jeszcze inaczej – prawdziwym obliczem obserwacji w dwóch wybranych grupach nauk: społecznych i opiekuńczych. W uogólnieniu szczególna uwaga zwrócona zostanie na to, jak obserwacja rozumiana jest w pielęgniarstwie, czym dla niego jest (metodą badań czy techniką badawczą), jaką wartość czy też znaczenie się jej przypisuje.

Szerokie podejście do analizowanego zagadnienia, kreślone najpierw od strony nauk społecznych, a następnie medycznych, w pracy tej posłuży jako punkt odniesienia dla wartościowania istoty obserwacji w pielęgniarstwie. Jest to o tyle ważne, że współczesne pielęgniarstwo to stosunkowo młoda dyscyplina, rozwijająca się na skrzyżowaniu nauk humanistycznych i medycznych. Dla osiągnięcia założonego celu wykorzystano krytyczną analizę polskojęzycznych treści, ukazujących obserwację jako metodę i/lub technikę badawczą.

Obserwacja w naukach społecznych

W tej części pracy szczególna uwaga zostanie skupiona na próbie odpowiedzi na pytanie dotyczące tego, czym obserwacja jest dla pedagogiki, psychologii i socjologii. Przedmiotem zainteresowania będzie to, jak obserwacja jest rozumiana w wymienionych dyscyplinach i dla jakich celów jest wykorzystywana.

W większości opracowań pedagogicznych podaje się, że obserwacja w tej dyscyplinie jest podstawową i najczęściej stosowaną metodą badań. Mówi się o niej również jako o „atrybucie pracy zawodowej każdego nauczyciela”, tym samym odnosi się do praktycznej działalności pedagogicznej, realizowanej w różnych placówkach dydaktyczno-wychowawczych (Łobocki M, 1982, s. 117).

Zakres obserwacji w pedagogice obejmuje wiele zagadnień, przy czym do podstawowych zalicza się: ucznia (uczącego się), organizację i przebieg procesu nauczania – uczenia się, reakcje uczniów na warunki i sytuacje, w których uczestniczą, a także najbliższe otoczenie (środowisko) osoby uczącej się.

Należy zgodzić się, że szczególne znaczenie obserwacji w badaniach pedagogicznych polega na wykorzystaniu jej na potrzeby ustalenia relacji zachodzących pomiędzy oddziaływaniami i wpływami otoczenia wychowawczego a reakcjami i postawami poszczególnych jednostek poddawanych temu procesowi. Zakłada się, że pełny obraz tych złożonych relacji można uzyskać tylko wówczas, kiedy prowadzi się systematyczną, celową i planową obserwację.

W pedagogice zwraca się uwagę na fakt mówiący o tym, że obserwacja może być postrzegana zarówno jako metoda (Kumowski S, 1987; Łobocki M, 1999; Okoń W, 1995), jak i technika badawcza (Pilch T, 1998), przy czym za czynnik różnicujący przyjmuje się złożoność procedury. I tak np. Wierzchowska-Konera proponuje, aby metodą określać „planowe, systematyczne i selektywne postrzeganie faktów, gromadzenia i interpretacji danych (...)”, zaś o technice mówić wówczas, kiedy występuje „prosta rejestracja zdarzeń (...)” (Wierzchowska-Konera B, 2000, s. 92).

Literatura podpowiada, że psychologowie, którzy zajmowali się problematyką obserwacji zgodni byli co do tego, że jest ona pewnego rodzaju spostrzeganiem, sposobem poznania człowieka i różnych otaczających go zjawisk, prowadzona z określonym zamiarem na podstawie z góry ustalonego planu. Uściślając, o obserwacji mówi się, że jest to „jedna z podstawowych metod badań psychologicznych, która polega na świadomym, planowanym i celowym spostrzeganiu zachowania się człowieka w konkretnej sytuacji. Zakłada ona selektywne i obiektywne rejestrowanie przebiegu zjawisk i zdarzeń zachodzących w polu obserwacji i będących przedmiotem badań” (Klimkowski M, 1996, s. 385). Nietrudno zauważyć, że przywołana definicja punktuje obserwację rozumianą wyłącznie jako metodę badań, co nie oznacza jednak, że prowadzenie obserwacji psychologicznej nie ma, czy też nie może mieć wpływu na bezpośrednią pracę psychologa z człowiekiem, który dla celów diagnostycznych i/lub terapeutycznych wszedł z nim w zawodowy kontakt.

Obserwacja wykorzystywana jest m.in. w trakcie rozmowy psychologicznej z pojedynczym człowiekiem, eksperymentów, rozwiązywania testów psychologicznych. Jej podstawowym celem jest spostrzeganie reakcji, zachowań i działań osoby obserwowanej. Przyjmuje się, że obserwacja dokonana w trakcie pierwszego kontaktu, dostarcza stosunkowo wszechstronnych informacji o obserwowanym (Sęk H, 1993).

Podobnie jak w psychologii, tak i w socjologii dość powszechne jest stwierdzenie, że obserwacja należy do tradycyjnych metod socjologicznych. Ponieważ przedmiotem zainteresowania socjologii jest społeczeństwo, formy życia zbiorowego ludzi, grupy społeczne, a także takie sytuacje i zdarzenia, w które są uwikłani ludzie będący członkami danej zbiorowości oraz ich dążenia i zachowania (w tym np. zdrowotne), to nie może się ona obyć bez celowego wykorzystywania obserwacji jako metody badań wielu zjawisk. I socjologia czyni to ze względów teoretycznych i praktycznych.

Obserwacja w naukach opiekuńczych

Dla celów pracy przedmiotem szczególnego zainteresowania uczyniono dwie dyscypliny: medycynę i pielęgniarstwo. Ciekawe wydaje się to, że analiza dostępnego polskojęzycznego piśmiennictwa nie pozwoliła na uściślenie najbardziej ogólnego pojęcia, za jakie uznano obserwację w medycynie. Znacznie łatwiejsze okazało się ustalenie dotyczące obserwacji lekarskiej. W oparciu o literaturę przyjmuje się, że „jest to szereg różnego rodzaju badań lekarskich wykonywanych w celu śledzenia zmian zachodzących w organizmie obserwowanego w określonym czasie” (Komender J i wsp., 1996, s. 875). Mówi się także o obserwacji klinicznej, przy czym z reguły odnosi się ją do leczenia psychiatrycznego. Celem jej jest poznanie objawów spowodowanych zaburzeniami nerwowymi występującymi u osoby diagnozowanej.

Za szczególną formę obserwacji lekarskiej należy uznać obserwację sądowo-psychiatryczną. Jest to „obserwacja szpitalna przeprowadzona na mocy postanowienia sądu lub prokuratury w celu opracowania ekspertyzy psychiatrycznej” (Perzyński J, 1996, s. 385).

Analiza podanych definicji pozwala dostrzec spore powinowactwo ich treści do działań praktycznych lekarza, a w szczególności wykorzystywania obserwacji lekarskiej na potrzeby gromadzenia danych, i konsekwentnie – postawienia diagnozy lekarskiej.

Dla określenia istoty obserwacji w pielęgniarstwie wykorzystano podejście chronologiczne. Założono, że pozwoli to na uchwycenie dynamiki w definiowaniu pojęcia, tym samym jego rozumienia. Ocenie merytorycznej poddano treści definicji opublikowanych na przestrzeni ostatnich 30 lat, głównie zawarte w encyklopediach opracowanych z myślą o pielęgniarzach.

Warte odnotowania jest, że w pierwszej, wydanej w Polsce, encyklopedii dla pielęgniarzek (z 1976 r.) widnieje tylko bardzo ogólne hasło opisujące znaczenie pojęcia „obserwacja”, jednak z uszczegółowieniem dotyczącym istoty obserwacji psychologiczno-pedagogicznej (Poznańska S, 1976, s. 3001).

Jedna z najstarszych, udokumentowanych definicji pojęcia „obserwacja” mówi, że jest to „sposób obserwacji pielęgniarki, związane z procesem leczenia i stanami zdrowia pacjenta, podstawowa metoda do rozpoznawania potrzeb pielęgnacyjnych oraz skutków świadomości i celowo prowadzonego procesu pielęgnowania” (Poznańska S, 1989, s. 307). Pozostając na poziomie dość ogólnej analizy treści hasła, warto odnotować integralną obecność pojęcia metoda, przy czym przypisanego do jednoznacznie ukierunkowanego procesu diagnostycznego (potrzeby) podejmowanego przez pielęgniarkę.

Kolejna definicja, mimo, że starsza od poprzedniej o kilka lat, nie wychodzi poza ramy poprzedniej, poza koniecznością uwzględnienia w trakcie obserwacji pielęgniarskiej reakcji pacjenta na „własną sytuację zdrowotną” (Poznańska S, 1993, s. 255). Następne zdefiniowanie omawianego pojęcia przypada na połowę lat 90. Została wyartykułowana w nim prawda, że jest to „najstarsza metoda gromadzenia danych o pacjencie i środowisku, jaką posługuje się pielęgniarstwo”. W wyjaśnieniu podano, na czym obserwacja pielęgniarska polega („zamierzonym spostrzeganiem tego, co obserwowany robi, jak się zachowuje, jak reaguje w danej sytuacji zdrowotnej i/lub opiekuńczej”) oraz dla jakich potrzeb może być wykorzystywana („uzupełniania posiadanych już informacji o podmiocie opieki, potwierdzenia tego, co już wiadomo, sprawdzenia rzetelności zgromadzonych danych, a pochodzących np. z wywiadu pielęgniarskiego”) (Górajek-Jóźwik J, 1996, s. 385).

O obserwacji w pielęgniarstwie mówi się głównie jako o jednej z metod wykorzystywanych na potrzeby pozyskiwania danych o podmiocie opieki, przy czym podkreśla się jej pierwotność w stosunku do pozostałych, wyrażone zasadą: nie należy pytać o to, co można wcześniej zaobserwować. Nie wiadomo, czy słusznie, ale zwyczajowo uważa się, że w miarę upływu lat pracy zawodowej pielęgniarka zdobywa coraz większą wiedzę i doświadczenie, co sprawia, że wartość dokonywanych przez nią obserwacji również wzrasta. Dzieje się tak, gdyż obserwowanie nabiera charakteru zawodowego odruchu spostrzegania tego, co dzieje się dookoła, jednak ze szczególnym zwróceniem uwagi na aktualny stan podmiotu opieki. Nie wiadomo jednak, ile z tego, co odnotowuje w swojej świadomości pielęgniarka, jest dokumentowane (metodą tradycyjną i/lub elektroniczną), wykorzystywane dla celów teoretycznych i/lub praktycznych. Są to pytania, na które współczesne pielęgniarstwo powinno szukać odpowiedzi, szczególnie w kontekście szerokiego zainteresowania metodami badań, w tym obserwacją.

Wszystkie informacje, jakie pozyskiwane są z obserwacji pielęgniarskiej, tworzą określoną bazę danych, przy czym ich liczba i charakter zależą od tego, na ile udało się poznać podmiot opieki i jego środowisko. Informacje wyjściowe, czyli uzyskiwane w momencie pierwszego kontaktu, nigdy nie są traktowane jako ostateczne, bowiem są one systematycznie weryfikowane i uzupełniane, co powoduje, że stają się pełniejsze i bogatsze, tym samym bardziej wiarygodne na potrzeby diagnozowania i formułowania diagnozy pielęgniarskiej. W tym miejscu dostrzegalny jest związek pomiędzy gromadzeniem danych z wykorzystaniem obserwacji tak przez lekarza,

jak i pielęgniarkę, przy czym każde z nich czyni to dla własnych celów zawodowych. Pytanie, jakie warto w tym miejscu postawić, dotyczy wpływu medycyny na pielęgniarstwo, a jeszcze dokładniej – istoty obserwacji (w tym podobieństwa i/lub różnice) w tych dwóch dziedzinach, współpracujących ze sobą na rzecz szeroko pojętej opieki.

W praktyce przyjmuje się, że obserwacja pielęgniarstwa prowadzona np. w trakcie wywiadu diagnostycznego pełni funkcję pomocniczą i nie musi być tak drobiazgową i dokładną, jak obserwacja będąca podstawową metodą pozyskiwania danych o podmiocie opieki.

Podsumowanie

Dla celów pracy dokonano merytorycznej analizy pojęcia obserwacja, wykorzystywanego w naukach społecznych (pedagogika, psychologia, socjologia) i opiekuńczych (medycyna, pielęgniarstwo). Jednak szczególną uwagę skupiono na pielęgniarstwie. Na jego potrzeby ocenie merytorycznej poddano treści kilku definicji opublikowanych na przestrzeni prawie 30 lat. Dokonana analiza pozwoliła stwierdzić, że początkowo skupiano się na próbach odpowiedzi na pytanie, czym jest obserwacja pielęgniarstwa. Dopiero znacznie później zaczęto zwracać uwagę na jej istotę. Nie oznacza to jednak, że proces koncep-

tualizacji został już zakończony. Pielęgniarstwo pretendujące do miana samodzielnej dyscypliny musi kontynuować racjonalne inwestowanie w metody badawcze. Jedną z nich, jednocześnie podstawową, jest obserwacja pielęgniarstwa. Ta zaś, jak i wiele innych, wymaga opisanie, z wykorzystaniem niezbędnej argumentacji.

W naukach społecznych obserwacja wykorzystywana jest jako podstawowa metoda badawcza. Służy zarówno celom teoretycznym, jak i praktycznym. W pedagogice dość wyraźnie zwraca się uwagę na to, że obserwacja, w zależności od podejścia, może występować jako metoda i technika badawcza. Takie rozróżnienie wydaje się pomocne pielęgniarstwu praktycznemu, które bazuje głównie na odnotowywaniu wielu różnych faktów, zdarzeń i stanów, z jakimi pielęgniarka sprawująca opiekę się spotyka.

Porównanie obserwacji jako metody badań (a w niektórych sytuacjach także techniki badawczej), wykorzystywanej w innych, pokrewnych pielęgniarstwu dyscyplinach, pozwala mówić o stosunkowo małym jeszcze wkładzie uczynionym na rzecz obserwacji pielęgniarstwa. Wymagane jest merytoryczne uzasadnienie i upowszechnienie przyjętych prawd, a także ukazanie konsekwencji teoretycznych i praktycznych, istotnych dla pielęgniarstwa jako nauki i pielęgniarstwa rozumianego jako działalność praktyczna pielęgniarki.

Piśmiennictwo

1. Górajek-Jóźwik J. *Obserwacja pielęgniarstwa*. [w:] Widomska-Czekajka T, Górajek-Jóźwik J (red.). *Przewodnik encyklopedyczny dla pielęgniarek*. Warszawa: PZWL; 1996.
2. Klimkowski M. *Obserwacja psychologiczna*. [w:] Widomska-Czekajka T, Górajek-Jóźwik J (red.). *Przewodnik encyklopedyczny dla pielęgniarek*. Warszawa: PZWL; 1996.
3. Komender J, Mossakowski MJ, Orłowski T, Ostrowski K, Rudowski W, Trzebski A. *Wielki słownik medyczny*. Warszawa: PZWL; 1996.
4. Kumowski S. *Podstawy współczesnej pedagogiki*. Warszawa: Wyd. Salezjanów; 1987.
5. Łobocki M. *Metody badań pedagogicznych*. Warszawa: PWN; 1982.
6. Łobocki M. *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*. Kraków: Wyd. Impuls; 1999.
7. Okoń W. *Nowy słownik pedagogiczny*. Warszawa: PWN; 1995.
8. Pężyński J. *Obserwacja sądowo-psychiatryczna*. [w:] Widomska-Czekajka T, Górajek-Jóźwik J (red.). *Przewodnik encyklopedyczny dla pielęgniarek*. Warszawa: PZWL; 1996.
9. Pilch T.: *Zasady badań pedagogicznych*. Warszawa: Wyd. Akademickie Żak; 1998.
10. Poznańska S. *Obserwacja*. [w:] Bogusz J (red.). *Encyklopedia pielęgniarstwa*. Warszawa: PZWL; 1976.
11. Poznańska S. *Obserwacja*. [w:] Bogusz J (red.). *Medyczny słownik encyklopedyczny*. Kraków: Oficyna Wyd. Fogra; 1993.
12. Sęk H. *Spółczesna psychologia kliniczna*. Warszawa: Wyd. Naukowe PWN; 1993.
13. Wierzchowska-Kondera B. *Pedagogika jako nauka*. [w:] Ciechaniewicz W (red.).

Adres Autorek:
Zakład Teorii Pielęgniarstwa
Wydział Pielęgniarstwa i Nauki o Zdrowiu
AM w Lublinie
ul. Chodźki 6
20-093 Lublin

Dostępność zabiegów pielęgniarских dla osób starszych

The availability of nursing procedures for the elderly

KATARZYNA SZCZERBIŃSKA¹, BEATA PIÓRECKA², IZABELA ĆWIERTNIA³,
ALICJA HUBALEWSKA-HOŁA⁴ (dla projektu CLESA)

¹ Zakład Promocji Zdrowia, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Ochrony Zdrowia
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego
Kierownik: dr Barbara Bik

² Zakład Żywienia Człowieka, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Ochrony Zdrowia
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego
Kierownik: dr n. farm. Małgorzata Schlegel-Zawadzka

³ Kolegium Pielęgniarek Rodziny – Oddział Małopolski – Przewodnicząca

⁴ Katedra i Klinika Endokrynologii, Wydział Lekarski
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Bohdan Huszno

Streszczenie Przedstawione wyniki pochodzą z dwóch badań: badania przeprowadzonego w ramach projektu KBN DOT MZ Nr 115/2000 oraz projektu CLESA („Cross-National Determinants of Quality of Life and Health Services for the Elderly”, finansowanego przez European Union 5th Frame Program). Celem projektu CLESA była ocena dostępności opieki zdrowotnej dla osób starszych, w tym świadczeń pielęgniarских w oparciu o badania literaturowe i ustalenie wspólnego stanowiska ekspertów z zakresu dziedziny. Celem badania realizowanego ze środków KBN była ocena korzystania i zapotrzebowania osób starszych na świadczenia medyczne, w tym zabiegów pielęgniarских. Badanie przeprowadzono na reprezentatywnej próbie losowej zamieszkałych w Krakowie osób starszych w dwóch kohortach wiekowych: 75–80 lat (258 osób) i 90–95 lat (172 osoby). W badaniu środowiskowym użyto Kwestionariusza Wszechstronnej Oceny Funkcjonalnej OARS MFAQ (Older Americans Resources and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire) w tłumaczeniu i adaptacji polskiej. Analizę danych literaturowych przeprowadzono, korzystając z kwestionariusza MQ (Main Questionnaire) opracowanego w projekcie CLESA. W analizie statystycznej zastosowano testy nieparametryczne dla zmiennych jakościowych (test χ^2 i dokładny test Fishera). Stwierdzono stałe zmniejszanie się liczby pielęgniarek w ciągu ostatnich 10 lat. Jednocześnie wykazano zwiększone zapotrzebowanie osób starszych na świadczenia pielęgniarских w stosunku do rzeczywistego korzystania z tych świadczeń. Ustalono, że osoby długowieczne oraz osoby starsze posiadające niższe wykształcenie istotnie częściej korzystają z zabiegów pielęgniarских i zgłaszają na nie zapotrzebowanie. Najczęściej wymagają one zabiegów wykonywanych doraźnie oraz w sposób długoterminowy. Ciężar realizacji tych zabiegów spoczywa na pielęgniarkach, ponieważ udział rodziny w ich wykonywaniu jest niewielki. **Wnioski:** Należy zwiększyć zatrudnienie pielęgniarek zwłaszcza w opiece środowiskowej i długoterminowej realizowanej w domu pacjenta oraz podejmować działania w kierunku wypracowania modelu wsparcia i edukacji opiekunów rodzinnych.

Słowa kluczowe: osoby starsze, długowieczni, pielęgnacja.

Summary The presented results come from two studies: one performed in the KBN DOT MZ Nr 115/2000 project, another in the frame work of the CLESA project (“Cross-National Determinants of Quality of Life and Health Services for the Elderly” funded by the European Union 5th Frame Program). The goal of CLESA project was to assess the availability of health care services (including nursing services) to the elderly on the base of literature studies and consensus statement of the field experts. The goal of the project funded by KBN was the assessment of needs and use of medical services including nursing procedures by the elderly. The study considered representative, randomized sample of Krakow citizens in two age groups of 75–80 years (258 people) and 90–95 years (172 people). The OARS MFAQ (Older Americans Resources and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire) after translation and adaptation to Polish was used in the community study. The literature studies were done using the MQ (Main Questionnaire) developed in the CLESA project. Nonparametrical tests for qualitative variables (χ^2 test, Fisher exact test) were used in the statistical analysis. The continuous decrease of the number of nurses during last 10 years was established. In the same time the needs for nursing services are higher

than the real use of them by the elderly. It was found that the long-lived elderly and the elderly with lower education level used nursing procedures and reported the need for them significantly more frequently than the others. They usually demand the procedures realized occasionally or in long-term perspective. The majority of nursing procedures have to be delivered by nurses, because family participation in their providing is rather small.

Conclusions: The employment of nurses, who provide the community and long-term care to patients at home, should be increased. The activities leading to development of the model of education and support for family caregivers should be undertaken.

Key words: the elderly, the long-lived, nursing.

Wstęp

W związku ze zwiększonym zapotrzebowaniem na usługi pielęgniarskie, wyrażanym zwłaszcza przez osoby starsze, w wielu krajach europejskich od lat obserwujemy wzrost wskaźnika zatrudnienia pielęgniarek. W Polsce sytuacja jest odwrotna, tj. stale maleje liczba aktywnych zawodowo pielęgniarek, natomiast rośnie liczba osób objętych ich opieką. Obrazują to dane OECD przedstawiające wskaźnik aktywnych zawodowo pielęgniarek na 1000 mieszkańców w wybranych państwach europejskich (OECD, 2003). Potwierdzenie tych informacji znajdujemy także w innych źródłach.

W ramach projektu CLESA („Cross-National Determinants of Quality of Life and Health Services for the Elderly” finansowanego przez European Union 5th Frame Program) w oparciu o analizę danych z lat 1990–2000 przeprowadzono ocenę dostępności opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dla osób starszych w 8 krajach Europy i w Izraelu. W wyniku badań literaturowych zespół ekspertów ustalił, że w Polsce w roku 1990 pracowało w sumie 207 767 pielęgniarek (we wszystkich sektorach opieki) (GUS, 2001; Koronkiewicz A, 1998; COiEZ, 1998, 1998a). Ich liczba zmalała do 189 632 w roku 2000, co w przeliczeniu na ogół ludności dało spadek z 54,0 do 49,1 pielęgniarek na 10 000 osób w populacji ogólnej (tab. 1). W związku ze znacznym przyrostem osób starszych w ostatnim dziesięcioleciu obniżenie wska-

źnika w przeliczeniu na liczbę ludzi powyżej 65 r.ż. jest jeszcze wyraźniejsze (z 53,5 do 40,0 pielęgniarek na 1000 osób starszych).

Należy zaznaczyć, że okres reform nie sprzyjał dokładnej sprawozdawczości. Dzięki temu mamy wiele różniących się danych dotyczących, zwłaszcza nowych podmiotów na rynku. Obserwacja longitudinalna tych danych we wszystkich źródłach wykazała jednak na znaczny ubytek kadry pielęgniarskiej w latach 1990–2000, przy narastających potrzebach osób starszych w zakresie świadczeń medycznych obejmujących również usługi pielęgniarskie. W tym samym okresie w Polsce liczba osób powyżej 65 r.ż. wzrosła z 3 884,2 tys. w 1990 r. do 4 746,1 tys. w 2000 r. (o 22,2%) (GUS, 2001a). Można zatem sądzić, że wzrost zapotrzebowania na świadczenia medyczne jest powiązany ze starzeniem się społeczeństwa.

Jeszcze mniej informacji uzyskano o pielęgniarkach zatrudnionych bezpośrednio w podstawowej opiece zdrowotnej (poz). Według danych z końca 1989 r. w poz pracowało 34 265 pielęgniarek, z tego 22 834 w mieście, a 11 431 na wsi. W tej liczbie 8474 stanowiły pielęgniarki środowiskowe działające na obszarze miejskim oraz 4339 – na terenie wsi. Średnio na jedną pielęgniarkę przypadało w mieście 2800, a na wsi 3400 osób, czyli znacznie powyżej norm założonych w instrukcjach MZiOS (Fetlińska J, 2001; MZiOS, 1985). Z Raportu o Stanie Pielęgniarstwa w Polsce z 1995 r. wydanego przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych wynika, że na koniec

Tabela 1. Zatrudnienie pielęgniarek w opiece zdrowotnej w Polsce w latach 1989–2003

Pielęgniarki	1989	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2003	Zmiana w latach 1997–2001
Pielęgniarki ogółem	197 880	207 767	211 603	215 295	217 190	213 127	197 153	189 632	186 757	bd	-14,0%
Pielęgniarki w poz	34 265	bd	37 227	37 431	37 258	34 507	32 117	27 193	28 532	bd	-23,2%
Pielęgniarki środowiskowe	12 813	bd	13 259	bd	bd	bd	bd	bd	21 471	bd	-61,9%*

Opracowano w oparciu o dane z publikacji GUS i COiEZ.

poz – podstawowa opieka zdrowotna,

bd – brak danych,

* – zmiana w latach 1995–2003.

1994 r. było zatrudnionych w Polsce 13 259 pielęgniarek środowiskowych, w tym 8673 w mieście i 4586 na wsi. Według danych z czerwca 2003 r. liczba pielęgniarek środowiskowych wzrosła do 21 471, co spowodowało znaczną poprawę wskaźnika w przeliczeniu na liczbę osób starszych w tym czasie (z 3,2 w 1989 r. do 4,5 pielęgniarki środowiskowej/1000 osób powyżej 65 r.ż. w 2003 r.)¹, (UMWM, 2002)².

Opracowane wskaźniki pokazują pewne ogólne tendencje, nie pozwalają jednak na precyzyjne oszacowanie liczby świadczeń udzielanych osobom starszym. Na podstawie danych z regionu Małopolski możemy udzielić takich informacji. Okazuje się, że w 2000 r. około 58% wszystkich wizyt pielęgniarek środowiskowych było kierowanych do osób starszych (MRKCH, 2001). W województwie małopolskim pielęgniarki środowiskowe wykonały wówczas 1 364 755 wizyt u pacjentów w wieku powyżej 64 lat, co dało wskaźnik przeciętnie 3,4 wizyt pielęgnarskich na osobę w wieku powyżej 64 lat w ciągu roku (UMWM, 2002).

Powyższe, uzyskane w trakcie projektu CLESA, dane przedstawiają aspekt dostępności usług dla ludzi starszych związany jedynie z ich potencjalną osiągalnością (dzięki np. odpowiedniej liczbie pielęgniarek). W tej sytuacji zasadne było przeprowadzenie badania mierzącego do oceny rzeczywistego korzystania i zapotrzebowania osób starszych na świadczenia pielęgnarskie. W ramach projektu KBN DOT MZ Nr 115/2000, który zasadniczo był poświęcony badaniu jakości życia zamieszkałych w Krakowie ludzi w wieku podeszłym, dokonano oceny korzystania tych osób z szeregu usług medycznych, w tym również ze świadczeń pielęgnarskich.

Materiał i metoda

We wcześniejszych pracach wykazano, że zapotrzebowanie na świadczenia medyczne i opiekuńcze zdecydowanie rośnie po 75 r.ż. (Żakowska-Wachelko, 1992). Z tego względu zdecydowano o przeprowadzeniu badania na reprezentatywnej próbie losowej zamieszkałych w Krakowie osób starszych w dwóch kohortach wiekowych: 75–80 lat i 90–95 lat. Z losowania wykluczono osoby przebywające w domach pomocy społecznej, ponieważ mieszkańcy tych placówek otrzymują pełen zakres świadczeń pielęgnarskich. Z tych samych względów z grupy

osób wylosowanych wykluczono także osoby przebywające w szpitalach i zakładach opiekuńczych w chwili prowadzenia badania. Ostatecznie zbadano 258 osób w wieku 75–80 lat oraz 172 osoby w wieku 90–95 lat. W przypadku osób niebędących w stanie udzielić odpowiedzi, informacji udzielali ich opiekunowie. W obu grupach wiekowych przeważały kobiety, osoby owdowiałe i mieszkające razem z rodziną oraz posiadające niższe wykształcenie (tab. 2).

Badanie miało charakter środowiskowy. Zostało wykonane przez odpowiednio przeszkolonych ankierów przy użyciu Kwestionariusza Wszeczhronnej Oceny Funkcjonalnej OARS MFAQ (Older Americans Resources and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire) – narzędzia o potwierdzonej trafności i rzetelności (Fillenbaum GG, 1981; George LK, 1985). Zadaniem kwestionariusza jest wszechstronna, wieloczynnikowa ocena funkcjonowania osób starszych oraz ich korzystania ze świadczeń medycznych i opiekuńczych. W przedstawionej pracy skupiono się na analizie potrzeb wyłącznie w zakresie świadczeń pielęgnarskich. Czynności pielęgnacyjne, o które pytano badanych, obejmowały podawanie leków na zlecenie lekarza, np. w formie zastrzyków, wlewów kroplowych, opatrunków oraz inne zabiegi pielęgnacyjne wykraczające poza pielęgnację podstawową. Zabiegi te wymagają określonych umiejętności, dlatego zwykle wykonywane są przez wykwalifikowanych pracowników opieki zdrowotnej – najczęściej pielęgniarki.

Zadawano pytania dotyczące:

- korzystania ze świadczeń pielęgnarskich w okresie 6 miesięcy poprzedzających badanie,
- tego, czy badany nadal korzystał z nich w czasie, w którym prowadzone było badanie oraz
- czy uważał, że jego stan zdrowia wymaga tego typu świadczeń.

Ponadto ustalono, które osoby realizowały czynności pielęgnacyjne w stosunku do badanych osób starszych oraz ramy czasowe ich wykonywania.

W analizie statystycznej wykorzystano testy nieparametryczne (test χ^2 oraz dokładny test Fishera) stosowane w ocenie zmiennych jakościowych. Przyjęto poziom $p < 0,05$ dla określenia istotności wyników.

Wyniki

Zapotrzebowanie i korzystanie osób starszych ze świadczeń pielęgnarskich

Osoby długowieczne około 2,5 razy częściej niż ludzie w wieku 75–80 lat korzystały z zabiegów pielęgnacyjnych w ciągu 6 miesięcy poprze-

¹ Dane Regionalnej Izby Pielęgniarek i Położnych.

² Według danych regionalnych w Małopolsce za rok 2002 otrzymujemy zbliżony wynik 4,1 pielęgniarki środowiskowej/1000 osób powyżej 65 r.ż. oraz 5 pielęgniarek środowiskowych/10 000 osób populacji ogólnej w Małopolsce (wg *Raportu UMWM z 2002 r.*).

Tabela 2. Charakterystyka demograficzna badanych osób						
Cechy demograficzne osób badanych	Wiek 75–80 lat		Wiek 90–95 lat		Test	p
	N	%	N	%		
Płeć					χ^2 18,3	p < 0,001
Kobiety	156	60,5	138	80,2		
Mężczyźni	102	39,5	34	19,8		
Ogółem	258	100,0	172	100,0		
Wykształcenie					χ^2 39,9	p < 0,001
0–4 klasy szkoły podstawowej	16	6,2	45	26,3		
5–7 klas szkoły podstawowej	79	30,7	47	27,5		
Szkoła średnia nieukończona	36	14,0	14	8,2		
Szkoła średnia ukończona	74	28,8	36	21,1		
Szkoła pomaturalna	2	0,8	5	2,9		
Studia nieukończone	5	1,9	3	1,8		
Studia ukończone dyplomem	41	16,0	20	11,7		
Studia podyplomowe	4	1,6	1	0,6		
Ogółem	257	100,0	171	100,0		
Stan cywilny					χ^2 54,1	p < 0,001
Wolna/y	21	8,1	15	8,8		
W związku małżeńskim	109	42,2	19	11,1		
Wdowa/wiec	122	47,3	135	78,9		
Rozwiedziona/y	6	2,3	1	0,6		
W separacji	0	0	1	0,6		
Ogółem	258	100,0	171	100,0		
Zamieszkiwanie					Dokładny test Fishera	Ns p < 0,001 p < 0,005 Ns
Samodzielnie	71	27,5	48	28,1		
Tylko z małżonkiem	73	28,3	10	5,8		
Z rodziną	108	41,9	105	61,4		
Tylko z obcymi	6	2,3	8	4,7		
Ogółem	258	100,0	171	100,0		

Tabela 3. Korzystanie i zapotrzebowanie osób starszych na świadczenia pielęgnarskie						
Liczba i odsetek osób, które:	Wiek 75–80 lat		Wiek 90–95 lat		Istotność różnic – dokładny test Fishera	p
	N	%	N	%		
Korzystały ze świadczeń pielęgnarskich w ciągu ostatnich 6 miesięcy	37	14,5	62	36,9	< 0,0001	
Ogółem wszyscy badani	256	100,0	168	100,0		
Nadal korzystają ze świadczeń pielęgnacyjnych	14	5,5	36	21,6	< 0,0001	
Ogółem wszyscy badani	256	100,0	167	100,0		
Nadal korzystają ze świadczeń pielęgnacyjnych	14	37,8	36	58,1	< 0,0001	
Ogółem osoby, które korzystały ze świadczeń	37	100,0	62	100,0		
Zgłaszają potrzebę korzystania ze świadczeń pielęgnarskich	21	8,2	54	32,3	< 0,0001	
Ogółem wszyscy badani	255	100,0	167	100,0		

dzających badanie. Podobnie osoby te prawie 4 razy częściej niż badani z młodszej kohorty zgłaszały zapotrzebowanie na omawiane świadczenia (tab. 3). Wykazano, że osoby starsze posiadające wykształcenie podstawowe lub niższe istotnie częściej zgłaszały zapotrzebowanie na

świadczenia pielęgnarskie w stosunku do ludzi lepiej wykształconych (22,3% vs. 12,9% i 10,6%; χ^2 7,6; p < 0,05). W obu grupach wiekowych nie stwierdzono natomiast wpływu pozostałych analizowanych czynników demograficznych (tj. płeć, stan cywilny, sposób zamieszkiwania) za-

równy na korzystanie ze świadczeń pielęgniarstwa, jak i zgłaszanie na nie zapotrzebowania.

Wyniki przedstawione w tabeli 3 pozornie mogą sugerować, że korzystanie z usług pielęgniarstwa przewyższa potrzeby ludzi starszych w tym zakresie. Tak jednak nie jest, ponieważ tylko nieco ponad połowa długowiecznych i około 1/3 osób w wieku 75–80 lat spośród osób, które korzystały wcześniej z zabiegów pielęgnacyjnych, nadal otrzymywała je w chwili prowadzenia badania. Oznacza to, że potrzeby w zakresie zabiegów pielęgnacyjnych są wyższe w obu grupach wiekowych w stosunku do obecnego ich zabezpieczenia w tym zakresie (8,2% vs. 5,5% osób w wieku 75–80 lat i 32,3% vs. 21,6% osób w wieku 90–95) (tab. 3).

W wyniku szczegółowej analizy wykazano, że spośród badanych osób, które nie korzystały wcześniej z zabiegów pielęgnacyjnych, jedynie 2,8% ludzi w wieku 75–80 lat i 13,3% w wieku 90–95 lat uważało, że potrzebuje takiej opieki. Z kolei w grupie osób, które w ciągu poprzedzającego badanie 6 miesięcy otrzymywały świadczenia pielęgniarstwa, około 40,5% ludzi w wieku 75–80 lat i 64,5% długowiecznych twierdziło, że nadal wymaga realizacji zabiegów przez pielęgniarkę (tab. 4).

Osoby wykonujące czynności pielęgnacyjne w opiece nad ludźmi starszymi

Świadczenia pielęgniarstwa są realizowane rzadziej niż czynności typowo usługowe (Szczerbińska K, Hubalewska-Hoła A, 2003). Jest to wynikiem zlecenia tych świadczeń przede wszystkim pacjentom, którzy cierpią na poważne schorzenia i wymagają, oprócz świadczeń typowo opiekuńczych, trudniejszych zabiegów pielęgnacyjnych, np. zastrzyków, opatrunków itp. (tab. 5). Zasadniczo czynności te są wykonywane przez pielęgniarki. Niektóre z nich mogą być realizowane także przez przyuczonych krewnych, sąsiadów lub inne osoby. W tym sensie rodzina pełni funkcję wspomagającą pielęgniarki w ich zadaniach. Zdarza się też, że osoby wymagające intensywnej pielęgnacji otrzymują pomoc z wielu źródeł jednocześnie.

Osoby długowieczne istotnie częściej niż ludzie w wieku 75–80 lat musiały korzystać z zabiegów wykonywanych przez pielęgniarki lub rodzinę, czasami wydatkując na to pewne środki (tab. 5). Poza wiekiem czynniki demograficzne nie miały wpływu na udział rodziny w realizacji czynności pielęgnacyjnych. Ponadto ustalono, że kobiety długowieczne istotnie częściej niż mężczyźni korzystały z pomocy osób zatrudnionych

Tabela 4. Zapotrzebowanie i korzystanie osób starszych ze świadczeń pielęgniarstwa

Liczba i odsetek osób, które:	Potrzebują teraz opieki pielęgniarstwa		Nie potrzebują teraz opieki pielęgniarstwa		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
	Wiek 75–80 lat					
korzystali z opieki pielęgniarstwa	15	40,5	22	59,5	37	100,0
nie korzystali z opieki pielęgniarstwa	6	2,8	212	97,2	218	100,0
Ogółem korzystali z opieki pielęgniarstwa	21	8,2	234	91,8	255	100,0
Wiek 90–95 lat						
korzystali z opieki pielęgniarstwa	40	64,5	22	35,5	62	100,0
nie korzystali z opieki pielęgniarstwa	14	13,3	91	86,7	105	100,0
Ogółem korzystali z opieki pielęgniarstwa	54	32,3	113	67,7	167	100,0

Tabela 5. Osoby realizujące czynności pielęgnacyjne w opiece nad ludźmi starszymi

Liczba osób, które w ciągu poprzedzającego badanie 6 miesięcy korzystały ze świadczeń pielęgnacyjnych realizowanych przez:	Wiek 75–80 lat N = 258		Wiek 90–95 lat N = 171		Dokładny test Fishera p
	N	%	N	%	
	Rodzinę bezpłatnie	8	3,1	24	14,0
Przyjaciół, sąsiadów bezpłatnie	3	1,2	2	1,2	Ns
Pielęgniarki opieki zdrowotnej bezpłatnie	24	9,3	30	17,5	< 0,01
Pielęgniarki lub inne osoby zatrudnione odpłatnie	6	2,3	13	7,6	< 0,01

Uwaga: Badane osoby uzyskiwały pomoc z wielu źródeł, dlatego wartości w kolumnach nie podlegają sumowaniu. Odsetki są liczone względem liczebności grup wiekowych N. Istotność różnicy pomiędzy kohortami wieku jest podana dla każdego źródła pomocy osobno.

w tym celu odpłatnie (dokładny test Fishera; $p < 0,05$).

Analiza dotycząca tylko tych osób, które korzystały ze świadczeń pielęgnarskich w okresie 6 miesięcy poprzedzających badanie wykazała, że zarówno osoby w wieku 75–80 lat, jak i długowieczne najczęściej korzystały z pielęgnacji realizowanej bezpłatnie przez pielęgniarki zatrudnione w podstawowej opiece zdrowotnej (dokładny test Fishera; $p < 0,001$) (tab. 6). Udział rodziny w realizacji tych świadczeń jest odnotowany, lecz wyraźnie mniejszy. Na uwagę zasługuje również stosunkowo wysoki odsetek osób korzystających z pielęgnacji wykonywanej odpłatnie (tab. 6).

Intensywność realizacji zabiegów pielęgnacyjnych

W obu grupach wiekowych pielęgniarki najczęściej tylko doraźnie realizowały świadczenia (u 39,1% osób w wieku 75–80 lat i 42,6% osób długowiecznych) sporadycznie pojawiając się w czasie nagłej choroby, w celu podania zastrzyków lub zrobienia opatrunków itp. W prawie tak samo licznej grupie osób zabiegi pielęgnacyjne

wykonywano codzienne i wówczas trwały one zwykle ponad godzinę (u 30,4% osób w wieku 75–80 lat i 38,3% osób długowiecznych) (tab. 7).

Najczęściej pielęgnacja prowadzona była doraźnie w czasie krótszym niż miesiąc (prawdopodobnie w czasie nagłego zachorowania). Równie często zdarzało się, że zabiegi pielęgnarskie były wykonywane w sposób ciągły przez okres dłuższy niż 3 miesiące (gdy pacjent był przewlekle chory i wymagał pielęgnacji długoterminowej) (tab. 8).

Stwierdzono, że kobiety w wieku 90–95 lat korzystały z istotnie większej liczby godzin pielęgnacji niż mężczyźni w tym samym wieku (χ^2 16,9; $p < 0,005$). Z kolei długowieczni mężczyźni istotnie częściej niż kobiety w tym samym wieku korzystali z zabiegów pielęgnacyjnych przez okres dłuższy niż 3 miesiące (χ^2 6,6; $p < 0,05$).

Stan cywilny osób w wieku 75–80 miał lat związek z intensywnością pielęgnacji mierzoną liczbą godzin przeznaczonych dziennie na wykonanie zabiegów pielęgnacyjnych. Osoby owdowiałe w wieku 75–80 lat istotnie częściej (63,6%) niż osoby będące w innym stanie cywilnym korzystały z zabiegów pielęgnacyjnych tylko sporadycznie (χ^2 20,9; $p < 0,01$).

Tabela 6. Osoby realizujące czynności pielęgnacyjne w opiece nad ludźmi starszymi

Liczba osób, które korzystały ze świadczeń pielęgnarskich wykonywanych przez:	Wiek			
	75–80 lat N = 37		90–95 lat N = 62	
	N	%	N	%
Rodzinę bezpłatnie	8	21,6	24	38,7
Przyjaciół, sąsiadów bezpłatnie	3	8,1	2	3,2
Pielęgniarki opieki zdrowotnej bezpłatnie	24	64,8	30	48,3
Pielęgniarki lub inne osoby zatrudnione odpłatnie	6	16,2	13	20,9

Uwaga: Badane osoby uzyskiwały pomoc z wielu źródeł, dlatego wartości w kolumnach nie podlegają sumowaniu. Odsetki są liczone względem liczebności grup wiekowych N.

Tabela 7. Czas trwania zabiegów pielęgnacyjnych realizowanych u osób starszych (różnice nieistotne pomiędzy grupami wiekowymi)

Czas trwania zabiegów pielęgnacyjnych:	Wiek			
	75–80 lat N = 23		90–95 lat N = 47	
	N	%	N	%
Sporadycznie	9	39,1	20	42,6
Wizyty tylko w celu podania leku	1	4,3	5	10,6
Mniej niż 0,5 godziny dziennie	3	13,0	1	2,1
0,5 do 1 godziny dziennie	3	13,0	3	6,4
Więcej niż 1 godzina dziennie	7	30,4	18	38,3
Ogółem	23	100,0	47	100,0

Tabela 8. Ciągłość korzystania ze świadczeń pielęgniarstwa udzielanych osobom starszym (różnice nieistotne pomiędzy grupami wiekowymi)

Ciągłość korzystania ze świadczeń pielęgniarstwa	Wiek			
	75–80 lat N = 36		90–95 lat N = 58	
	N	%	N	%
Krócej niż miesiąc	18	50,0	24	41,4
1–3 miesiące	6	16,7	5	8,6
Dłużej niż 3 miesiące	12	33,3	29	50,0
Ogółem	36	100,0	58	100,0

Omówienie

Na podstawie wyników prezentowanego badania ustalono, że długowieczność jest tym czynnikiem, który zwiększa częstość korzystania ze świadczeń pielęgniarstwa oraz potrzeby w tym zakresie. W literaturze jest wiele dowodów świadczących o tym, że osoby starsze zwłaszcza po 80 r.ż. częściej korzystają ze świadczeń medycznych i opiekuńczych (Żakowska-Wachelko B, 1992; Farquhar M i wsp., 1993; Bień B i wsp., 1999). Wielochorobowość i związana z tym konieczność zażywania wielu leków oraz zniedołężnienie osób starszych mogą tłumaczyć wzrost zapotrzebowania tych osób na szereg świadczeń opieki zdrowotnej (Kuciarska-Ciesielska M, 1999; Zajenowska-Kozłowska A, 1999). Osoby z niższym wykształceniem częściej cechują się gorszą sprawnością i złym stanem zdrowia (Kinsella K, Taeuber CM, 1992; Frątczak E, Sobieszak A, 1999; Tobiasz-Adamczyk B, 2000). Gorsza kondycja zdrowotna może zatem tłumaczyć częściej wyrażane przez te osoby zapotrzebowanie na zabiegi pielęgnacyjne. Różnice w tym zakresie wykazane pomiędzy płciami są w mniejszym stopniu wytłumaczalne. Mała liczebność mężczyzn w grupie zbadanych osób długowiecznych może jednak utrudniać właściwą interpretację wyników.

Inaczej niż w przypadku świadczeń typowo usługowych, w badaniu wykazano, że zabiegi pielęgnacyjne są realizowane głównie przez pielęgniarki (Szczerbińska K, 2003). Udział rodziny w wykonywaniu czynności typowo pielęgnacyjnych jest znacznie mniejszy niż pracowników opieki zdrowotnej.

Świadczenia pielęgniarstwa można podzielić na:

- proste czynności pielęgnacyjne wchodzące w zakres pielęgnacji podstawowej oraz
- skomplikowane zabiegi pielęgnacyjne wymagające odpowiednich kwalifikacji zawodowych.

Pierwsze po odpowiednim przyuczeniu mogą być wykonywane przez rodzinę lub innych tzw. nieformalnych opiekunów (np. podawanie leków doustnych, kąpiel, karmienie, zmiana ułożenia).

Natomiast niektóre zabiegi (np. zastrzyki, wlewy kroplowe) mogą być realizowane tylko przez lekarzy lub pielęgniarki, ponieważ jedynie oni posiadają wystarczającą wiedzę i umiejętności, aby je wykonać. Tym można wytłumaczyć większy udział opieki formalnej w zabezpieczeniu potrzeb w tym zakresie. Rodzina spełnia rolę jedynie uzupełniającą działania pielęgniarek zatrudnionych bezpłatnie lub odpłatnie, często współdziałając z nimi w opiece nad przewlekle chorym. Wynika stąd ważne stwierdzenie, że w wielu przypadkach pielęgniarka nie może być zastąpiona w swoich zadaniach przez rodzinę. Jest to spowodowane przede wszystkim brakiem odpowiednich kwalifikacji zawodowych członków rodziny do samodzielnego pełnienia opieki nad człowiekiem niepełnosprawnym i przewlekle chorym.

Należy podkreślić, że w tym kontekście wykazanie ponadto przewagi osób zgłaszających zapotrzebowanie na zabiegi pielęgnacyjne nad liczbą osób, które je otrzymują, ma istotne znaczenie, ponieważ wyraźnie wskazuje na niedobory w zakresie omawianych świadczeń, które są o tyle niebezpieczne, że nie mogą być zlikwidowane przez osoby nie posiadające odpowiedniego wykształcenia.

Przeprowadzona w ramach programu CLESA analiza danych za okres 1990–2000 wskazuje na stopniową redukcję liczby pielęgniarek w Polsce. Diagnoza ta potwierdza zatem obawy o pogłębianie się deficytu w zakresie dostępności opieki pielęgniarstwa dla osób starszych (Dykowska G, 2002).

Jednocześnie zmiany demograficzne polegające na znacznym przyroście liczby osób w wieku powyżej 80 lat, ewolucji modelu rodziny wielopokoleniowej w kierunku rodziny jednopokoleniowej oraz zmniejszaniu się liczby kobiet mogących sprawować opiekę nad osobami starszymi skłaniają do przypuszczenia, że w ciągu najbliższych 20 lat opieka nad ludźmi w wieku podeszłym w większym stopniu niż obecnie będzie musiała być realizowana przez placówki opieki zdrowotnej. Zabezpieczenie świadczeń

opiekuńczych i pielęgnacyjnych dla tej grupy osób będzie stanowić poważne wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia.

W okresie transformacji ustrojowej pojawiły się nowe zjawiska społeczne, takie jak bezrobocie i migracja zarobkowa, które istotnie ograniczyły możliwości rodziny w zakresie sprawowania opieki nad przewlekle chorymi. Obawa przed bezrobociem często nie pozwala krewnym na, chociażby czasową przerwę w pracy w celu pełnienia opieki. W tej sytuacji obserwowana w ostatnim dziesięcioleciu redukcja kadr personelu pielęgniarstwa nie znajduje żadnego uzasadnienia. Należałoby stopniowo zwiększać zatrudnienie pielęgniarzek w podstawowej opiece zdrowotnej, zwłaszcza w długoterminowej opiece domowej, oraz wspierać i przygotowywać członków rodziny do pełnienia opieki w możliwym dla nich zakresie.

Kolejnym ważnym stwierdzeniem jest wykazanie, że świadczenia pielęgniarstwa najczęściej wykonywane są doraźnie (w trakcie nagłej choroby) lub długoterminowo, przez wiele miesięcy w wymiarze więcej niż 1 godziny dziennie w przypadku osób przewlekle chorych. Przedstawione wyniki uzasadniają konieczność wyodrębnienia zespołów opieki długoterminowej, które mają zajmować się osobami przewlekle chorymi, wymagającymi długoterminowej opieki pielęgniarstwa i medycznej. W odróżnieniu od nich pielęgniarki środowiskowo-rodzinne mogą skupić się na realizacji zabiegów u chorych wymagających działań o charakterze doraźnym. Narodowy Fundusz Zdrowia wyszedł naprzeciw temu zapotrzebowaniu i począwszy od 2004 r., na wzór Regionalnych Kas Chorych Śląskiej i Mazowieckiej, zakontaktował świadczenia zespołów opieki długoterminowej.

Piśmiennictwo

1. OECD Health Data 2003, wyd. 3.
2. GUS. *Mały Rocznik Statystyczny z 2001 r.* Warszawa; 2001: tabl. 1(143).
3. Koronkiewicz A. *50 lat służby zdrowia w Polsce.* Warszawa: COiEZ; 1998: tabl. 1.10, s. 54.
4. COiEZ. *Biuletyn Statystyczny MZiOS.* Warszawa; 1998: 103.
5. COiEZ. *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia.* Warszawa; 1998a.
6. GUS, *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej.* Warszawa; 2001a: tabl. 4(119): 100.
7. Fetlińska J. Pielęgniarstwo a instytucja lekarza rodzinnego. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2001; 5: 10–11.
8. MZiOS. *Instrukcja MZiOS dotycząca pielęgniarstwa środowiskowego z 1985 r.* Warszawa; 1985.
9. UMWM. *Raport Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego.* Kraków; 2002: 58.
10. MRKCH. *Podstawowa Opieka Zdrowotna w Małopolsce.* Kraków; 2001: 67.
11. Żakowska-Wachelko B. Zasady racjonalnej opieki nad człowiekiem starym. *Zeszyty Problemowe PTG* 1992; 2: 5–22.
12. Fillenbaum GG, Smyer MA. The development, validity and reliability of the OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire. *Jour Gerontol* 1981; 36: 428–434.
13. George LK, Fillenbaum GG. OARS methodology: A decade of experience in geriatric assessment. *Jour Am Ger Soc* 1985; 33: 607–615.
14. Szczerbińska K, Hubalewska-Hoła A. Korzystanie i zapotrzebowanie osób starszych na świadczenia opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. *Gerontol Pol* 2003; 11, 3: 137–143.
15. Farquhar M, Bowling A, Grundy E, Formby J. Elderly people's use of services: a survey. *Nursing Standard* 1993; 7, 47: 31–36.

Wnioski

Podsumowując, na podstawie przedstawionych wyników, można stwierdzić, że:

1. Osoby długowieczne istotnie częściej niż ludzie w wieku 75–80 lat korzystały ze świadczeń pielęgniarstwa, jak również zgłaszały na nie zapotrzebowanie.
2. Osoby starsze posiadające wykształcenie podstawowe lub niższe częściej zgłaszały zapotrzebowanie na świadczenia pielęgniarstwa w stosunku do osób wyżej wykształconych.
3. Stwierdzono zwiększone zapotrzebowanie na świadczenia pielęgniarstwa w stosunku do rzeczywistego korzystania z nich przez osoby starsze.
4. Zdecydowana większość osób starszych, które wymagały zabiegów pielęgnacyjnych, korzystała z bezpłatnych usług pielęgniarstwa instytucji opieki zdrowotnej, jak również z opieki pielęgniarstwa zatrudnionych w tym celu odpłatnie.
5. Najczęściej zabiegi pielęgnacyjne są realizowane doraźnie w trakcie sporadycznych wizyt lub w sposób przewlekły (wielomiesięczny) w formie codziennych, czasochłonnych, bo trwających zwykle dłużej niż godzinę wizyt pielęgniarki.
6. Udział rodziny w realizacji zabiegów pielęgnacyjnych jest odnotowany, aczkolwiek mniejszy niż pielęgniarstwa pracujących w instytucjach opieki zdrowotnej (realizujących świadczenia bezpłatnie), jak również zatrudnianych odpłatnie. Przyczyny tego zjawiska są złożone i wymagają dalszych badań.

16. Bień B, Wojszel ZB, Wilmańska J, Polityńska B. Epidemiologiczna ocena rozpowszechnienia niesprawności funkcjonalnej u osób w późnej starości a świadczenie opieki. Kwestionariusz EASY-Care jako system oceny ludzi starszych w praktyce leczenia podstawowego (część 2). *Gerontol Pol* 1999; 7, 2: 42–47.
17. Kuciarska-Ciesielska M. *Stan zdrowia somatycznego i psychicznego osób starszych oraz jego uwarunkowania*. [w:] *Seniorzy w polskim społeczeństwie*. Warszawa: GUS; 1999: 59–99.
18. Zajenkowska-Kozłowska A. *Korzystanie z usług medycznych przez osoby starsze*. [w:] *Seniorzy w polskim społeczeństwie*. Warszawa: GUS; 1999: 122–131.
19. Kinsella K, Taeuber CM. *An Aging World II. International Population Reports*, Washington: P95/92-3 US Department of Commerce Economics and Statistics Administration, US Bureau of the Census; 1992.
20. Frączak E, Sobieszak A. *Sytuacja demograficzna osób starszych*. [w:] *Seniorzy w polskim społeczeństwie*. Warszawa: GUS; 1999: 13–25.
21. Tobiasz-Adamczyk B. *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Kraków: Wyd UJ; 2000.
22. Szczerbińska K. Udział rodziny w realizacji opieki nad osobami starszymi. *Zesz Nauk Ochr Zdr. Zdrowie Publ Zarząd* 2003; 1, 1: 77–87.
23. Dykowska G. Zawód wymierający czy emigrujący? *Służba Zdr* 2002; 22: 34–37.

Adres | Autora:

Instytut Zdrowia Publicznego CM UJ w Krakowie
ul. Grzegorzewska 20
31-531 Kraków

I Międzynarodowe Sympozjum Naukowo-Szkoleniowe
„Człowiek przewlekle chory i niepełnosprawny
– interdyscyplinarne aspekty opieki”, Szczecin, 14–15 maja 2004

STAROŚĆ • SENILITY

Realizacja zaleceń żywieniowych dla osób starszych na przykładzie pensjonariuszy wybranych domów pomocy społecznej w powiecie tarnowskim

Realization of the nutrition recommendations for the elderly
on the basis of residents, of the select social nursing home
in Tarnów Region

BEATA PIÓRECKA¹, KATARZYNA SZCZERBIŃSKA², MAŁGORZATA SCHLEGEL-ZAWADZKA¹

¹ Zakład Żywienia Człowieka, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Ochrony Zdrowia
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego
Kierownik: dr n. farm. Małgorzata Schlegel-Zawadzka

² Zakład Promocji Zdrowia, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Ochrony Zdrowia
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego
Kierownik: dr Barbara Bik

Streszczenie Główne problemy żywieniowe osób starszych w Polsce, w tym osób zamieszkałych w domach pomocy społecznej, to nadmierne w stosunku do zaleceń spożycie energii z tłuszczów oraz małe spożycie wybranych witamin i składników mineralnych. Dość często w populacji osób starszych rozpoznawane jest niedożywienie, głównie białkowo-energetyczne, które według różnych autorów występuje u 26–59% pensjonariuszy domów opieki. Celem pracy była prezentacja aktualnych zaleceń żywieniowych oraz metod oceny niedożywienia u osób starszych oraz przedstawienie stanu zdrowia i leczenia dietetycznego stosowanego u pensjonariuszy wybranych Domów Pomocy Społecznej w mieście i powiecie tarnowskim. Analizę dokumentacji przeprowadzono w dwóch wybranych Domach Pomocy Społecznej (DPS 1 i DPS 2) w powiecie tarnowskim oraz w jednym z oddziałów DPS w mieście Tarnowie (DPSO). U pensjonariuszy w ocenianych DPS zaznaczało się współwystępowanie wielu schorzeń charakterystycznych dla wieku starszego. Realizacja leczenia dietetycznego w ocenianych DPS jest prawidłowa, natomiast poprawy wymaga organizacja żywienia. Należy pogłębić badania dotyczące oceny ryzyka niedożywienia u osób starszych, w których aktywnie powinny uczestniczyć pielęgniarki zatrudnione w DPS.

Słowa kluczowe: ludzie starsi, sposób żywienia, dom pomocy społecznej, ryzyko niedożywienia.

Summary The main nutritional problems of the elderly in Poland and the residents of social nursing homes, as well, are the excessive consumption of calories coming from fat and low consumption of the selected vitamins and minerals than it is recommended. The malnutrition, mainly protein and caloric, is quite often diagnosed in population of the elderly. Its prevalence in residents of the social nursing homes is 26–59%, according to different authors. The main goal of the study was presenting the current nutrition recommendations and methods of malnutrition assessment among the elderly and analysis of the health status and dietetic treatment in residents of nursing homes in the city and Tarnów Region. The analysis of the medical documentation in two nursing homes (DPS1 and DPS2) in Tarnów Region and one ward of the DPS in Tarnów city (DPSO) was done. The coincidence of many characteristic for the old age diseases was found in residents of all DPS assessed. The dietetic treatment in analyzed DPS was well provided, but the nutrition organization needs to be improved. The research on malnutrition risk assessment among the elderly have to be deepened and the nurses employed in DPS should participate in active way in it.

Key words: the elderly, dietary practice, nursing home, risk of malnutrition.

Osoby starsze stanowią coraz liczniejszą grupę osób zarówno w Europie, jak i w polskim społeczeństwie. Wyniki Spisu Powszechnego z 20 ma-

ja 2002 r. wskazują na zwiększanie się udziału osób starszych w ogólnej liczbie ludności – odsetek osób powyżej 60 r.ż. w Polsce wynosił 17,0%

(http 1, Wojtyniak B, Goryński P, 2003). W mieście Tarnowie w 2002 r. odsetek osób powyżej 60 r.ż. wynosił 16,8%, natomiast w powiecie tarnowskim 16,4% (Biuletyn MCZP, 2003).

Jedną z form organizacyjnych Domów Pomocy Społecznej w Polsce są domy dla emerytów i osób starszych, które zapewniają swoim podopiecznym opiekę całodobową, w tym usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające, edukacyjne w formach i zakresie wynikającym z indywidualnych potrzeb. W Polsce w 2002 r. liczba mieszkańców Domów Pomocy Społecznej wynosiła ogółem 57 878, a w Małopolsce 6204, co stanowi 10,7% całej populacji osób przebywających w DPS, w tym 2367 mężczyzn (38,2%) i 3837 kobiet (61,8%) (http 1).

Prawidłowe żywienie może łagodzić lub ograniczyć występowanie wielu niekorzystnych objawów charakterystycznych dla starszego wieku. Zasady żywienia osób starszych, w dobrym stanie zdrowia są zbliżone do zaleceń prawidłowego odżywiania się dla osób w wieku średnim (Ziemlański Ś, 2001). Mogą one ulegać modyfikacjom w przypadku nakładających się na proces starzenia chorób przewlekłych, tj. miażdżycy lub cukrzycy typu 2. Zmiany zachodzące w poszczególnych układach i narządach wraz z wiekiem sprzyjają powstawaniu niedoborów pokarmowych i niedożywieniu, natomiast utrwalone błędne nawyki żywieniowe mogą przyczyniać się do powstawania otyłości. Dość często w populacji osób starszych rozpoznawane jest niedożywienie, głównie białkowo-energetyczne, które występuje u 26–59% pensjonariuszy domów opieki. (Kocemba J, Grodzicki T, 2000).

Problemy żywieniowe osób starszych w Polsce to nadmierne w stosunku do zaleceń spożycie energii z tłuszczów oraz niskie spożycie witamin antyoksydacyjnych i składników mineralnych. Nieprawidłowości w zakresie odżywiania osób starszych wiążą się też z brakiem aktywności ruchowej, stosowaniem leków wpływających na pracę przewodu pokarmowego i przemiany metaboliczne składników odżywczych oraz są wynikiem niedostatku i ograniczenia wydatków na żywność, czy długotrwałego stosowania specjalnych diet leczniczych (Hasik J, Gawęcki J, 2000).

Domy pomocy społecznej (DPS) są zobowią-

zane do zapewnienia swoim podopiecznym całodziennego wyżywienia zgodnie ze wskazaniami zamieszczonymi w Załączniku nr 1 do Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 15 września 2000 r. w sprawie domów pomocy społecznej pt. „Standard obowiązujących podstawowych usług świadczonych przez domy pomocy społecznej” (Dz.U. nr 82, poz. 929).

Celem pracy jest prezentacja aktualnych zaleceń żywieniowych dla osób starszych oraz przedstawienie stanu zdrowia i leczenia dietetycznego stosowanego u pensjonariuszy wybranych DPS w mieście i powiecie tarnowskim. W ramach pracy zostaną również przedstawione metody oceny ryzyka wystąpienia niedożywienia u osób starszych.

Materiał i metoda

Podstawą badania była analiza dokumentacji mieszkańców DPS dla emerytów i osób starszych przeprowadzona w 2003 r. oraz przegląd piśmiennictwa w temacie przygotowanej pracy. Ocenę przeprowadzono w dwóch wybranych domach pomocy społecznej (DPS 1 oraz DPS 2) w powiecie tarnowskim oraz w jednym z oddziałów (DPSO), liczącego 255 pensjonariuszy domu pomocy społecznej w mieście Tarnowie. DPS 1 jest placówką małą, przeznaczoną dla 25 mieszkańców (K – 22, M – 3), natomiast w DPS 2 przebywa 100 pensjonariuszy (K – 68, M – 32). W DPS w Tarnowie poddano analizie dokumentację z wybranego oddziału (DPSO) liczącego 42 osoby (K – 13, M – 29). Średnia wieku mieszkańców DPS 1 wynosiła 79 lat, w DPS 2 – 76 lat, natomiast w DPSO średnia wieku pensjonariuszy była najniższa, wynosiła 67,4 lat.

Ze względu na różnice w zapotrzebowaniu na energię oraz specyficzne problemy żywieniowe wynikające z ograniczenia aktywności ruchowej wyróżniono dwie grupy sprawności. Jedną z nich stanowią osoby sprawne ruchowo i samodzielne w wykonywaniu wszystkich czynności, natomiast drugą osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich i/lub obłożnie chorzy. Charakterystykę mieszkańców w ocenianych DPS pod względem sprawności ruchowej podano w tabeli 1.

Tabela 1. Poziom sprawności ruchowej podopiecznych w badanych DPS

Poziom sprawności	DPS 1		DPS 2		DPSO	
	liczba osób	%	liczba osób	%	liczba osób	%
Samodzielni, sprawni ruchowo	16	54	74	74	32	76
Poruszający się na wózkach inwalidzkich i/lub obłożnie chorzy	9	36	26	26	10	24
Razem	25	100	100	100	42	100

Wyniki i ich omówienie

Wraz z wydłużaniem się średniej długości życia i wzrostem liczby osób starszych obserwuje się zwiększenie występowania i nasilenia chorób, zwłaszcza o charakterze przewlekłym, tj. cukrzycy wieku starszego. Wyniki badań epidemiologicznych wskazują, że cukrzyca lub występowanie nietolerancji węglowodanów dotyczy 10–20% osób powyżej 65 r.ż. (Bień B, 1998). Badania wskazują na stały wysoki odsetek śmiertelności z powodu chorób układu krążenia na podłożu zmian miażdżycowych. Częstym problemem jest występowanie tzw. wielochorobowości u osób w wieku starszym (Kocemba J, Grodzicki T, 2000). Współistnienie wielu jednostek chorobowych i związana z tym polipragmazja mogą przyczyniać się do upośledzenia wchłaniania niezbędnych składników odżywczych, dlatego w żywieniu osób starszych konieczny jest wybór produktów spożywczych o wysokiej wartości odżywczej. W oparciu o dokumentację medyczną wykazano, że osoby starsze przebywające w badanych DPS chorowały zwykle na kilka schorzeń. Częstość występowania wybranych chorób u tych osób podano w tabeli 2.

Standard żywienia i organizacja posiłków w DPS powinny zapewniać możliwość otrzymania posiłku dietetycznego, zgodnie ze wskazaniami lekarza. Realizację zaleconego leczenia dietetycznego w ocenianych DPS przedstawia tabela 3. Nazewnictwo diet podano według zapisu w ocenianej dokumentacji.

Podstawę leczenia cukrzycy wieku starszego stanowi postępowanie dietetyczne, w tym zachowanie odpowiedniej częstości i regularności przyjmowania posiłków. Osoby będące na diecie cukrzycowej w badanych DPS otrzymywały zgodnie z założeniami, regularnie 5 posiłków dziennie.

Należy zaznaczyć różnice w nomenklaturze diet pomiędzy przedstawionymi DPS. W DPS 2 stosowane diety wątrobowe i żołądkowe są z założeniami dietami lekkostrawnymi. W wymienionym DPS 2 zatrudniona jest dietetyczka, natomiast w DPS 1 i DPSO nie zatrudniano dietetyczek, a realizacja żywienia dietetycznego opiera się o wymagane modyfikacje diety podstawowej zgodnie z założeniami poszczególnych diet. Podkreślenia wymaga fakt braku aktualnego unormowania nazewnictwa diet w Polsce. Nadal obowiązuje nazewnictwo diet opracowane dla MZiOS przez Komisję Dietetyki PAN w 1969 r., gdzie dieta podstawowa jest równoznaczna z dietą lekkostrawną (Hasik J, 1992). Natomiast w późniejszej publikacji żywienie podstawowe (dieta podstawowa) określa racjonalny sposób żywienia ludzi niewymagających diety, a osobno została wyróżniona dieta łatwostrawna (Ciborowska H, Rudnicka A, 2000).

Organizacja żywienia w badanych DPS

Osobom dorosłym w DPS według Rozporządzenia zapewnia się 3 posiłki dziennie, czas wydawania każdego z posiłków wynosi 2 godziny, w tym ostatni posiłek nie powinien być podany

Tabela 2. Częstość występowania wybranych schorzeń wśród podopiecznych ocenianych DPS

Schorzenia występujące u podopiecznych DPS	DPS 1		DPS 2		DPSO	
	liczba osób	%	liczba osób	%	liczba osób	%
Cukrzyca insulinozależna	1	4	6	6	10	24
Miażdżyca	10	40	17	17	9	21
Otyłość	–	–	27	27	9	21
Nadciśnienie	–	–	35	35	7	17
Inne schorzenia	3	12	15	15	4	10
brak	11	44	41	41	14	33

Tabela 3. Diety wydawane podopiecznym w ocenianych DPS

Nazwy diet wydawanych w ocenianych DPS*	DPS1		DPS2		DPSO	
	liczba osób	%	liczba osób	%	liczba osób	%
Dieta cukrzycowa	1	4	6	6	10	24
Dieta lekkostrawna	15	60	–	–	18	43
Dieta wątrobowe	–	–	35	35	–	–
Dieta wrzodowa	–	–	18	18	–	–
Dieta normalna/podstawowa	9	36	41	41	14	33
Razem	25	100	100	100	42	100

* Nazwy diet podane są zgodnie z zwyczajowym zapisem stosowanym w ocenianych DPS.

wcześniej niż o godzinie 18.00. Podstawowe produkty żywnościowe i napoje powinny być dostępne przez całą dobę. DPS 1 zapewniał swoim podopiecznym, z wykluczeniem osób na diecie cukrzycowej, 4 posiłki w ciągu dnia, natomiast pozostałe DPS – 3 posiłki podstawowe. Wszystkie DPS zapewniały stały dostęp do podstawowych produktów i napojów. W badanych DPS podkreślano pewien udział przynoszonych przez rodzinę lub przyjaciół domowych posiłków i przetworów konsultowanych z personelem.

Szczególną grupę stanowią osoby obłożnie chore oraz poruszające się na wózkach inwalidzkich, które ze względu na unieruchomienie mogą mieć problemy z zaparciami. Ten sam problem dotyczy osób mających braki w uzębieniu, gdyż otrzymują oni podstawowe lekkostrawne posiłki rozdrobnione (dieta lekkostrawna płynna lub półpłynna). Podawanie produktów będących bogatym źródłem błonnika pokarmowego oraz stała opieka stomatologiczna jest ważnym elementem poprawy jakości życia osób starszych.

W związku z upośledzeniem uczucia pragnienia, u osób starszych łatwo dochodzi do odwodnienia organizmu, dlatego obowiązkiem pracowników DPS jest dopilnowanie, by każdy mieszkaniec, zwłaszcza obłożnie chory, przyjął około 2 litry płynu dziennie. W dokumentacji przedstawianych DPS, u chorych obłożnie, zaznaczano ilość przyjętych płynów w ciągu doby.

Żaden z wybranych DPS nie podawał ostatniego posiłku zgodnie z zaleceniami, tj. po godzinie 18.00, co zapewne wynika z organizacji pracy Działu Żywności. Powoduje to jednak zbyt długą przerwę nocną (ok. 14 godz.) pomiędzy kolacją a śniadaniem, które wydawane jest zazwyczaj około godziny 8.00 rano. W badaniach Szczecińskiej i wsp. wyżywienie i organizacja posiłków w badanych DPS spełniały warunki określone wspomnianym rozporządzeniem. W żadnym z 7 DPS badanych w województwie mazowieckim nie zatrudniano wykwalifikowanego dietetyka (Szczecińska A, Jeruszka M, 2003).

Wyniki prac wielu autorów wskazują, że sposób odżywiania osób w wieku podeszłym nie odpowiada zasadom racjonalnego żywienia i może nasilać istniejące schorzenia (Wierzbicka E i wsp., 1997, Chabros E i wsp., 1998). Zalecenia żywieniowe dla osób powyżej 65 r.ż. podkreślają niewielkie zmniejszenie wartości energetycznej dziennej racji pokarmowej do 2100 kcal u mężczyzn i 1800 kcal u kobiet (Hryniewiecki L, 1998). Największy udział w dostarczaniu energii w ciągu doby powinien pochodzić z węglowodanów (55–60%), następnie tłuszczu (25–30%) i z białek (12–15%). Przy zmniejszeniu spożycia energii w starszym wieku trzeba zwracać uwagę na pokrycie zapotrzebowania na białka, witaminy i składniki mineralne. Niektóre badania proponują udział białka w diecie około 1,5

g/kg m.c. na dobę. Według Roszkowskiego, dla ludzi starszych zdrowych należy przyjąć zalecenie spożycia białka w ilości minimum 1 g/kg m.c. na dobę, w tym 50% białka pełnowartościowego (Roszkowski W, 2000). W ramach zaleceń żywieniowych dla ludzi powyżej 65 r.ż. wskazuje się zmniejszenie spożycia cukrów prostych do 50–75 g/dobę oraz wzrost spożycia błonnika pokarmowego do 25–35 g/dobę. W przeglądowym piśmiennictwie potwierdzono niskie spożycie warzyw i owoców w grupie osób starszych. Niskie spożycie warzyw i owoców może wiązać się z ich gorszym trawieniem w postaci surowej, natomiast nie są przeciwwskazane warzywa duszone, soki czy przeciera warzywnoowocowe. W przypadku witamin i składników mineralnych zaleca się zwiększenie dostarczania w diecie wapnia oraz wybranych witamin, głównie antyoksydacyjnych (Kołajtis-Dołowy A i wsp., 2000). Według Hryniewieckiego, niekiedy celowa jest suplementacja 25–50% zapotrzebowania na witaminy w postaci preparatów farmaceutycznych (Hryniewiecki L, 1998).

W żywieniu osób starszych podkreśla się również konieczność uwzględniania indywidualnych preferencji żywieniowych, również w odniesieniu do pensjonariuszy domów opieki społecznej (Chalcarz W, Radzińska-Graczyk M, 2000).

Z przeglądu piśmiennictwa dotyczącego sposobu żywienia osób starszych przebywających w placówkach opiekuńczych problemy żywieniowe dotyczą niedoborów w realizacji norm żywienia na wybrane witaminy i składniki mineralne. W badaniach w Polsce stwierdzono zbyt niskie spożycie w stosunku do norm witaminy C, witamin z grupy B oraz wapnia i żelaza (Wierzbicka E, Brzozowska A, 1997). Wspomniane niedobory mogą przyczyniać się do upośledzenia świadomości, złego gojenia się ran, niedokrwistości, występowania krwawych wybroczyn na skórze oraz mogą zwiększać ogólną podatność na zakażenia (Abrams W, Beers MH, 1999). W starości najczęściej występuje niedożywienie typu mieszanego, gdzie dochodzi do obniżenia wskaźników antropometrycznych, immunologicznych, spadku stężenia białka i albumin oraz wystąpienia zaburzeń wodnoelektrolitowych. Ze względu na poważne konsekwencje ryzyko niedożywienia musi być ujęte w ocenie stanu zdrowia osób starszych. Należy uwzględnić zwiększone ryzyko niedożywienia szczególnie u osób z chorobą alkoholową, stanami depresyjnymi, nowotworami czy innymi jednostkami chorobowymi przebiegającymi ze spadkiem masy ciała. Bardzo istotny jest wpływ stosowanego leczenia, ze względu na często obserwowaną polipragmazję. Pielęgniarki zatrudnione w domach opieki społecznej mogą przeprowadzać, zgodnie z zaleceniami międzynarodowymi, ocenę ryzyka niedożywienia u swoich podopiecznych z wykorzystaniem prostej skali MNA – Mini

Nutritional Assessment, opracowanej przez Guigoz Y, Vellas B i wsp. w 1994 r. (Abrams W, Beers MH, 1999). Skala ta uwzględnia, między innymi, dane antropometryczne, ocenę ogólnego samopoczucia, tj. aktywność ruchową, samoocenę stanu psychicznego, fakt przyjmowania leków, a także pytania związane z oceną diety. Podczas V Europejskiego Kongresu Gerontologii w Barcelonie większość prac, w których oceniano sposób i stan odżywienia, oparto o wyniki skali MNA. Skalę tę porównywano często z wynikami badań biochemicznych krwi oraz wywiadami żywieniowymi (Szczerbińska, Piórecka, 2003). W pracy dotyczącej sposobu żywienia osób starszych zamieszkałych w domach rodzinnych w Krakowie, ocenianej według skali MNA, niedożywienie dotyczyło 24% osób (Piórecka B, Międzobrodzka A, 2002).

Wnioski i zalecenia

U pensjonariuszy ocenianych w DPS w powiecie tarnowskim zaznacza się współwystępowanie wielu schorzeń charakterystycznych dla wieku starszego. Badane DPS zapewniają prawidłową re-

alizację leczenia dietetycznego, wskazane jednak jest zapewnienie spożycia osobom starszym produktów o wysokiej gęstości żywieniowej. Poprawy w ocenianych DPS wymaga organizacja żywienia, w tym skrócenie przerwy nocnej i zaplanowanie dla podopiecznych 5 posiłków w ciągu dnia.

Dla utrzymania prawidłowego stanu odżywienia i niedopuszczenia do wystąpienia niedoborów pokarmowych lub wyrównania istniejącego stanu niedożywienia konieczne jest przestrzeganie zaleceń żywieniowych. W ocenie sposobu żywienia polskie normy dla osób starszych odbiegają nieco od norm przyjętych w krajach Europy Zachodniej, co wskazuje na potrzebę ich aktualizacji oraz ustalenia konsensusu odnośnie do zaleceń żywieniowych dla tej grupy osób.

W Polsce w populacji osób starszych zaobserwowano częstsze występowanie nadwagi i otyłości niż niedowagi, należy jednak pogłębić badania dotyczące oceny ryzyka niedożywienia u osób starszych. W tej ocenie powinny aktywnie uczestniczyć pielęgniarki zatrudnione w DPS, wykorzystując proste i sprawdzone narzędzia pomiaru, np. skala MNA.

Piśmiennictwo

1. <http://www.stat.gov.pl>
2. Wojtyński B, Goryński P. *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*. Warszawa: PZH, Zakład Statystyki Medycznej; 2003.
3. *Biuletyn statystyczno-informacyjny ochrony zdrowia województwa małopolskiego za rok 2002*. Kraków: Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego; 2003, tab. 6.
4. Ziemiański Ś (red.). *Normy żywienia człowieka – fizjologiczne podstawy*. Warszawa: PZWL; 2001.
5. Kocemba J, Grodzicki T (red.). *Zarys gerontologii klinicznej*. Kraków: Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego UJ, 2000.
6. Hasik J, Gawęcki J (red.). *Żywność człowieka zdrowego i chorego*. Warszawa: PWN; 2000.
7. Bień B. Cukrzyca wieku starszego. *Nowa Klinika, Geriatria* 1998; 5: 12: 1239–1244.
8. Hasik J (red.). *Dietetyka*. Warszawa: PZWL; 1992.
9. Ciborowska H, Rudnicka A. *Dietetyka. Żywność człowieka zdrowego i chorego*. Warszawa: PZWL; 2000.
10. Szczerbińska A, Jeruszka M, Kozłowska K, Brzozowska A, Roszkowski W. Charakterystyka wybranych warszawskich DPS z uwzględnieniem funkcjonowania systemu żywienia. *Gerontol Pol* 2003; 11, 3: 144–148.
11. Wierzbicka E, Brzozowska A, Roszkowski W. Sposób żywienia oraz stan odżywienia ludzi starszych w Polsce w świetle danych z piśmiennictwa z lat 1980–1996. *Roczn PZH* 1997; 48, 1: 87–102.
12. Chabros E, Charzewska J, Rogalska-Niedzwiedz M, Lachowicz A, Ziemiański Ś. Zmiany wskaźników antropometrycznych stanu odżywienia osób w wieku podeszłym z Warszawy w czasie 5 lat. *Żyw Człow i Metab* 1998; 25(1): 3.
13. Hryniewiecki L. Żywność ludzi w wieku starczym i podeszłym. *Nowa Klinika, Geriatria* 1998; 5, 12: 1244–1245.
14. Roszkowski W. *Żywność osób starszych*. [w:] Hasik J, Gawęcki J (red.). *Żywność człowieka zdrowego i chorego*. Warszawa: PWN; 2000.
15. Kołajtis-Dołowy A, Roszkowski W, Moranowska I, Brzozowska A. Potrzeby oraz propozycje zmian sposobu żywienia ludzi starszych. *Żyw Człow i Metab* 2000; 27, 1: 92.
16. Chlacz W, Radzińska-Graczyk M, Spochacz E. Ocena preferencji pokarmowych ludzi w wieku podeszłym mieszkających w domach pomocy społecznej. *Now Med – Med w Sporcie* 2000; 12: 108.
17. Abrams W, Beers MH, Berkow R. *MSD. Podręcznik geriatrii*. Merck Research Laboratories; 1995, Pierwsze wydanie polskie 1999: 7–21.
18. Szczerbińska K, Piórecka B. Sprawozdanie z V Europejskiego Kongresu Gerontologii w Barcelonie. *Gerontol Pol* 2003; 11, 3: 150.
19. Piórecka B, Międzobrodzka A. Ocena sposobu żywienia i stanu odżywienia osób starszych zamieszkałych w Krakowie. *Now Lek* 2002; 71, 4–5: 249–255.

Adres I Autorki:

Zakład Żywności Człowieka

Instytut Zdrowia Publicznego WOZ CM UJ w Krakowie

ul. Grzegorzewska 20, 31-531 Kraków

Analiza świadczeń medycznych realizowanych przez pielęgniarki oraz oczekiwania starszych mieszkańców Łodzi na ten rodzaj usług

Analysis of medical services realized by nurses and expectations of elderly inhabitants of Lodz concerning this sort of care

EWA BOROWIAK¹, KRYSZYNA BOGUS², TOMASZ KOSTKA³

¹ Instytut Pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
Dyrektor: dr hab. n. med. J. Kobos

² Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi
Dyrektor: dr H. Janowski

³ Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
Kierownik: prof. dr hab. W. Drygas

Streszczenie **Wstęp:** Celem badania była analiza świadczonej opieki pielęgniarskiej w kontekście poszczególnych elementów oceny geriatrycznej oraz ocena oczekiwań osób starszych na ten rodzaj usług medycznych. **Materiał i metody:** Badaniem objęto 481 mieszkańców Łodzi w wieku powyżej 65 lat zamieszkałych w środowisku domowym (310 kobiet i 171 mężczyzn). **Wyniki:** Wykazano związek pomiędzy poziomem poszczególnych elementów oceny geriatrycznej a sprawowaniem przez pielęgniarki opieki nad osobami starszymi. Częstość korzystania z opieki pielęgniarskiej była związana z wiekiem badanych osób, występowaniem schorzeń układu oddechowego, cukrzycy, przebyciem udaru mózgu, większą liczbą systematycznie przyjmowanych leków, niższą subiektywną oceną jakości życia, gorszym stanem odżywienia, gorszą sprawnością umysłową, większą liczbą objawów świadczących o depresji, niższym poziomem sprawności funkcjonalnej i mniejszą aktywnością ruchową. Zwiększone zainteresowanie świadczeniami medycznymi oferowanymi przez pielęgniarki częściej deklarowały osoby po przebyłym zawałe mięśnia sercowego, z niższym poziomem sprawności umysłowej oraz z mniejszą aktywnością ruchową. **Wnioski:** Wykazano rozbieżność jakościową, a nie tylko ilościową między oczekiwaniami osób starszych na świadczenia medyczne w aspekcie współwystępujących schorzeń a realizacją opieki pielęgniarskiej. Generalnie, częstość realizowanych świadczeń medycznych w zakresie opieki pielęgniarskiej wzrastała z gorszym stanem zdrowia. Osoby po 65 roku życia po przebyłym zawałe mięśnia sercowego, z niższym poziomem sprawności umysłowej oraz z mniejszą aktywnością ruchową, powinny zostać w większym stopniu objęte opieką ze strony pielęgniarek rodzinnych. **Słowa kluczowe:** kwestionariusz, opieka pielęgniarska, starzenie się, współistniejące choroby.

Summary **Aim of the study:** To carry out an analysis of nursing care in the context of specific elements of the geriatric assessment and an estimate of expectations concerning this sort of services in a group of the elderly. **Material and methods:** Research included 481 community-dwelling inhabitants of Lodz above 65 years of age (310 women and 171 men). **Results:** The analysis revealed a connection between several elements of geriatric assessment and nursing care for the elderly. Frequency of using a nursing care was connected with advancing age, incidence of respiratory disease, diabetes, stroke, a number of drugs taken regularly, lower subjective quality of life, worse nutritional state, worse cognitive function, more frequent symptoms characterizing depression, lower functional efficiency and physical activity. A bigger interest in medical services offered by nurses was declared by people who survived heart attack, with lower level of cognitive function and smaller physical activity. **Conclusions:** Not only a quantity discrepancy but also a quality one was shown between expectations of older people concerning medical services in the context of the occurrence of illnesses and realization of the nursing care. Generally, frequency of medical service in the range of nursing care was rising with a worse health of the elderly. People above 65 years of age who survived heart attack, with lower level of cognitive function and smaller physical activity should be more intensively included in a system of nursing care. **Key words:** questionnaire, nursing care, senescence, co-existent diseases.

Wstęp

Postępujący proces starzenia się społeczeństwa od wielu lat obserwowany w krajach Europy Zachodniej jest coraz bardziej zaawansowany również i w Polsce. Prognozy demograficzne przewidują, że w 2020 r. osoby po 60 r.ż. będą stanowiły prawie 25% ogółu społeczeństwa [1]. Wraz z wiekiem pogarsza się sprawność w zakresie wykonywania czynności życia codziennego, mobilności oraz sprawności umysłowej [2]. W grupie osób po 75 r.ż. tylko 20% badanych wykazuje pełną sprawność fizyczną i umysłową. Zależność od pomocy innych osób w zakresie czynności życia codziennego wykazuje 25,6% seniorów. Malejąca samodzielność starszych ludzi wymusza zwiększenie opieki nad tą grupą wiekową naszego społeczeństwa [3]. Opieka nad pacjentem starszym jest jednym z wielu zadań pielęgniarstwa rodzinnego. Świadczenie opieki nad ludźmi w podeszłym wieku powinno być łatwo dostępne, zapewniać możliwość długotrwałej opieki poradnianej i domowej, łączyć w razie potrzeby pomoc medyczną z pomocą socjalną, prowadzić działalność profilaktyczną i oświatową [4]. 99% amerykańskich seniorów wyraża chęć skorzystania z opieki pielęgniarstwa realizowanej w warunkach domowych [5]. Korzystanie ze świadczeń medycznych może być związane z wieloma czynnikami, takimi jak: wiek, płeć, rodzaj schorzenia czy pozostawanie w związku partnerskim [6]. W tym względzie istnieje brak badań porównawczych z terenu naszego kraju.

Dlatego też niniejsza praca miała na celu analizę świadczonej opieki pielęgniarstwa w kontekście poszczególnych elementów oceny geriatrycznej oraz ocenę oczekiwań osób starszych na ten rodzaj usług medycznych.

Materiał i metody

Osoby badane

Badania przeprowadzono na terenie miasta Łodzi w latach 2001–2003 w grupie 481 osób powyżej 65 r.ż. Badania wykonano w grupie osób zamieszkałych w środowisku domowym – 310 kobiet i 171 mężczyzn. 300 osób stanowiło losowo dobraną grupę dzielnicy Łódź-Górna, a 181 zakwalifikowano do badania na podstawie przypadkowego wyboru deklaracji złożonych w dwóch przychodniach rejonowych. Kryterium udziału w badaniu były: wiek, sprawność komunikacji werbalnej, wyrażona zgoda na uczestnictwo.

Procedura, narzędzia badawcze

U każdego z badanych przeprowadzono wywiad w celu pozyskania informacji dotyczących:

rodzaju świadczeń opiekuńczych realizowanych w środowisku domowym, występowania chorób, przyjmowania leków oraz palenia tytoniu.

W celu analizy świadczonej opieki pielęgniarstwa oraz oceny oczekiwań osób starszych na ten rodzaj usług medycznych opracowano w Zakładzie Medycyny Zapobiegawczej UM w Łodzi ankietę zawierającą pytania pogrupowane w kilku częściach. Pierwsza część ankiety zawierała pytania dotyczące danych personalnych respondenta, takich jak: płeć, rok urodzenia, liczba ukończonych lat nauki, waga, wzrost ciała. W następnych punktach pytano o wartości ostatnich wyników badań, np. ciśnienia krwi, glukozy. W odpowiedzi na kolejne pytanie: z kim badany mieszka, respondent wybierał jeden z trzech wariantów: samotnie, z rodziną, z mężem/żoną (partnerem/partnerką). Na następne zagadnienie w ankiecie: kto sprawuje opiekę nad badanym w domu, można było wybrać odpowiedź: rodzina, pielęgniarstwo rodzinne, znajomi, opiekun PCK lub nikt. Natomiast na pytanie, z której formy opieki badany chętnie by skorzystał, respondent mógł wskazać na: rodzinę, pielęgniarstwo rodzinne, gabinet pielęgniarstwa, kontakt telefoniczny z pielęgniarstwem rodzinnym, szpital, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, znajomych, opiekuna PCK lub nikogo. W odpowiedzi na te dwa pytania osoba badana mogła wybrać więcej niż jedną odpowiedź. Ostatnie 3 pytania ankiety dotyczyły schorzeń respondentów, leków systematycznie stosowanych oraz palenia tytoniu.

Do oceny jakości życia zastosowano międzynarodowy kwestionariusz EuroQol 5D [7]. Dokładną metodykę badań za pomocą kwestionariusza oceny stanu zdrowia i jakości życia EuroQol 5D przedstawiono w poprzednich pracach [8]. W skrócie kwestionariusz oceny stanu zdrowia i jakości życia EuroQol (EQ-5D) zawiera sześć pytań [9]. Charakteryzują one możliwość: codziennego poruszania się, sprawowania codziennej opieki nad sobą, wykonywania innych codziennych zadań, występowanie dolegliwości bólowych czy niepokoju oraz subiektywną ocenę stanu zdrowia wyrażoną w skali punktowej [10].

Do oceny stanu odżywienia zastosowano kwestionariusz MNA (Mini Nutritional Assessment). Kwestionariusz MNA ocenia 18 elementów stanu odżywienia, m.in.: utratę masy ciała, wartość wskaźnika BMI, liczbę spożywanych posiłków, obwód ramienia [11].

Przeprowadzono również ocenę: stanu psychicznego poprzez zastosowanie krótkiej skali oceny stanu psychicznego – MMSE [12], geriatrycznej skali oceny depresji – GDS [13], sprawności funkcjonalnej za pomocą skali funkcjonowania codziennego (oceny podstawowych czynności życia codziennego) – ADL [14] oraz skali funkcjonowania instrumentalnego (oceny złożo-

nych czynności życia codziennego) – IADL [15]. Arkusz odpowiedzi skali oceny stanu psychicznego – Mini-Mental State Examination (MMSE) zawiera sześć grup zadań sprawdzających stopień funkcjonowania podstawowych procesów psychicznych [12]. Geriatryczna skala oceny depresji (GDS – wersja skrócona) zawiera 15 pytań charakteryzujących stan samopoczucia osoby badanej [13]. Skala ADL zawiera sześć pytań dotyczących oceny podstawowych czynności życiowych badanego [14]. Skala IADL charakteryzuje osiem elementów funkcjonowania instrumentalnego [15]. Niewielka liczba punktów tych skal określa niezdolność do samodzielnego funkcjonowania w środowisku w zakresie czynności podstawowych (ADL) czy bardziej złożonych (IADL).

W badaniu posługiwano się również oceną aktywności ruchowej za pomocą dwóch kwestionariuszy: Seven-Day Physical Activity Recall Questionnaire (SDPAR) [16] oraz Stanford [17]. Kwestionariusz aktywności ruchowej Seven-Day Physical Activity Recall Questionnaire (SDPAR) zawiera dziesięć pytań dotyczących liczby godzin snu oraz długości trwania wysiłku o umiarkowanej, dużej i bardzo dużej intensywności w ciągu ostatniego tygodnia. Kwestionariusz Stanford poprzez sześć zadanych pytań ocenia wysiłek fizyczny o umiarkowanej intensywności [18].

Analiza statystyczna

Zmienne analizowano za pomocą analizy wariancji (ANOVA), testu χ^2 oraz współczynnika korelacji Pearsona. Zmienne ilościowe przedstawiono jako średnią \pm odchylenie standardowe. Za poziom istotny statystycznie przyjęto wartość $p \leq 0,05$.

Wyniki

Średni wiek dla całej grupy osób badanych wynosił $71,6 \pm 5,38$. Średnie wieku kobiet i mężczyzn były podobne. Znacznie mniejszą część grupy badanych stanowili mężczyźni. Obecność choroby niedokrwiennej serca (ch.n.s.) stwierdzono u 184 osób, przewlekłej choroby płuc u 31 osób, choroby reumatycznej i/lub zmian zwyrodnieniowych układu ruchu u 170 osób, choroby wrzodowej u 22 osób, cukrzycy u 91 osób, nadciśnienia tętniczego u 290 osób, niewydolności krążenia u 132 osób, przebytego udaru mózgu u 30 osób, przebytego zawału mięśnia sercowego u 50 osób, schorzeń okulistycznych u 16 osób. Najczęstsza ilość przyjmowanych regularnie leków to: 3 preparaty – 73 osoby, 2 preparaty – 68 osób, 4 preparaty – 56 osób. Należy podkreślić, że 68 osób

Tabela 1. Charakterystyka respondentów

	Środowisko domowe (n=481)
Wiek	71,6 \pm 5,4
Mężczyźni (%)	35,5
Choroba niedokrwienności serca (%)	38,2
Choroby płuc (%)	6,4
Choroba reumatyczna i/lub zmiany zwyrodnieniowe stawów (%)	35,3
Choroba wrzodowa żołądka i/lub dwunastnicy (%)	4,6
Cukrzyca (%)	18,9
Nadciśnienie tętnicze (%)	60,3
Niewydolność krążenia (%)	27,4
Przebyty udar mózgu (%)	6,2
Przebyty zawał mięśnia sercowego (%)	10,4
Choroby okulistyczne (jaskra, zaćma) (%)	3,3
Liczba regularnie stosowanych leków	3,8 \pm 2,9
Liczba lat nauki	9,3 \pm 3,1
Osoby palące (%)	12,8
BMI (kg·m ⁻²)	27,8 \pm 4,8
Obwód łydki (cm)	36,9 \pm 4,9
Liczba punktów wg MNA	24,27 \pm 3,3
Zadowalający stan odżywienia wg MNA (%)	59,0
MMSE – liczba punktów	26,5 \pm 3,89
GDS – liczba punktów	5,5 \pm 3,3
ADL – liczba punktów	5,7 \pm 1,8
IADL – liczba punktów	7,1 \pm 1,8
Całodobowy wydatek energetyczny (kcal/dobę)	2785,9 \pm 596,45
Wydatek energetyczny na kg masy ciała (kcal/kg m.c./dobę)	38,4 \pm 3,93
Stanford – wysiłek fizyczny o umiarkowanej intensywności (Stanford umiarkowany)	2,1 \pm 1,39

w ogóle nie przyjmowało na stałe leków. W badanej grupie 62 osoby przyznały się do palenia papierosów (tab. 1).

Największa grupa respondentów zamieszkiwała z mężem/żoną ewentualnie z partnerem/partnerką – 208 osób. Z rodziną zamieszkiwało 145 badanych, samotnie – 128.

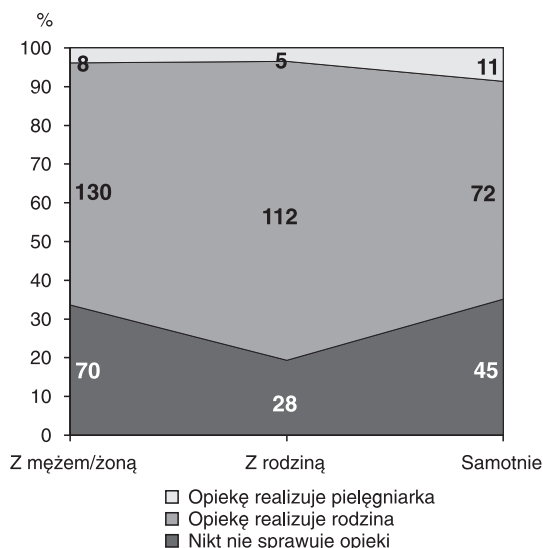
Osoby po 65 r.ż. zamieszkujące we własnych domach wykazywały świadczenie opieki realizowanej przez rodzinę (męża/żonę, partnera, sąsiadów) – 314 osób i przez pielęgniarkę – 24. Wśród respondentów 143 osoby podały, że w ogóle nikt nie sprawuje nad nimi opieki.

Badani mieszkańcy Łodzi wyrazili chęć korzystania z opieki realizowanej przez: rodzinę – 262 osoby, pielęgniarkę – 133 osoby, rodzinę i pielęgniarkę – 78 osób. Należy podkreślić, że 8 osób w ogóle nie oczekiwało pomocy w sprawowaniu

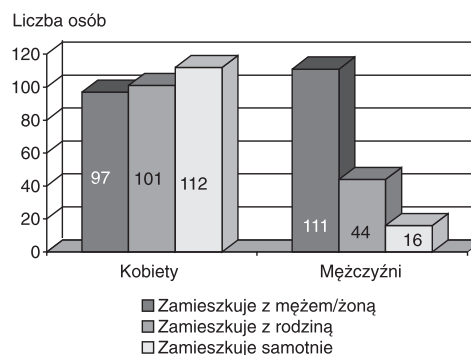
opieki. Z powodu małej liczebności tej grupy w analizach statystycznych została ona pominięta. Najczęstszą oczekiwaną formą realizacji opieki przez pielęgniarki był: kontakt bezpośredni w miejscu zamieszkania – 116 osób, telefoniczny – 75 osób oraz w gabinecie pielęgniarskim – 11 osób. Na uwagę zasługuje wykazana wśród badanych deklarowana chęć korzystania z opieki pielęgniarskiej poprzez pobyt w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym – 25 oraz w szpitalu – 12 osób. Należy podkreślić, że 29 osób oczekiwało na opiekę realizowaną przez sąsiadów, 10 osób przez opiekunów PCK.

Wykazano związek istotny statystycznie między sytuacją rodzinną a formą realizowanych świadczeń medycznych w zakresie opieki ($\chi^2 = 17,23$, $p = 0,002$). Osoby mieszkające samotnie częściej korzystały ze świadczeń opiekuńczych realizowanych przez pielęgniarki (ryc. 1). Nie wykazano związku między formą zamieszkiwania a oczekiwaniami na opiekę ($\chi^2 = 1,72$, $p = 0,78$).

Wykazano istotny statystycznie związek między sytuacją rodzinną a wiekiem, płcią, występowaniem niewydolności krążenia oraz liczbą systematycznie stosowanych leków (tab. 2). Średni wiek osób badanych mieszkających: z mężem/żoną wynosił $70,3 \pm 4,58$, z rodziną $72,1 \pm 6,01$. Respondenci zamieszkujący samotnie byli najstarsi (średnia wieku $73,0 \pm 5,38$). Częściej samotnie zamieszkiwały kobiety (87,5% wszystkich osób samotnych) (ryc. 2). Największy odsetek osób z niewydolnością krążenia zawierała grupa respondentów mieszkająca samotnie 34,37% (z rodziną – 29,65, z mężem/żoną – 21,63%).



Ryc. 1. Związek między sytuacją rodzinną a formą realizowanych świadczeń medycznych w zakresie opieki



Ryc. 2. Sytuacja rodzinna kobiet i mężczyzn w podzestym wieku

Tabela 2. Analiza związku sytuacji rodzinnej, formy sprawowanej opieki oraz oczekiwań na ten rodzaj świadczeń z występowaniem najczęstszych schorzeń przewlekłych u osób starszych zamieszkałych w środowisku domowym

	Z kim Pani/Pan zamieszkuje?	Kto sprawuje nad Panią/Panem opiekę w domu?	Z czyjej opieki pragnie Pani/Pan skorzystać?
Wiek	$F = 11,76$, $p < 0,001$	$F = 16,19$, $p < 0,001$	NS
Płeć	$\chi^2 = 60,21$, $p < 0,001$	NS	NS
Choroba niedokrwienność serca	NS	NS	NS
Choroby płuc	NS	$\chi^2 = 14,98$, $p < 0,001$	NS
Choroba reumatyczna	NS	NS	NS
Choroba wrzodowa żołądka i/lub dwunastnicy	NS	NS	NS
Cukrzyca	NS	$\chi^2 = 7,13$, $p = 0,03$	NS
Nadciśnienie tętnicze	NS	NS	NS
Niewydolność krążenia	$\chi^2 = 76,197$, $p = 0,03$	NS	NS
Przebyty udar mózgu	NS	$\chi^2 = 7,68$, $p = 0,02$	NS
Przebyty zawał serca	NS	NS	$\chi^2 = 4,38$, $p = 0,04$
Choroby okulistyczne	NS	NS	NS
Liczba regularnie stosowanych leków	$F = 3,64$, $p = 0,03$	$F = 7,24$, $p < 0,001$	NS

NS – różnice nieistotne statystycznie.

Największą liczbę stosowanych systematycznie leków stwierdzono w grupie osób zamieszkujących samotnie – $4,4 \pm 3,15$ (z rodziną – $3,68 \pm 2,78$, z mężem/żoną – $3,57 \pm 2,79$) (tab. 2).

Stwierdzono istotny statystycznie związek między sytuacją rodzinną a możliwością sprawowania opieki, wykonywania codziennych zadań czy subiektywną oceną stanu zdrowia (tab. 3). Osoby mieszkające samotnie częściej wykazywały problemy z wykonywaniem czynności związanych z opieką – 24,27% osób (z rodziną – 22%, z mężem/żoną – 8,17%). Problemy z wykonywaniem innych codziennych zadań najczęściej wykazywały osoby mieszkające z rodziną – 41,38% (samotnie – 39,8% osób, z mężem/żoną – 25,96%). Najniższą subiektywną ocenę stanu zdrowia wykazywały osoby mieszkające samotnie – $58,08 \pm 19,67$ punktu (z rodziną – $59,07 \pm 19,99$, z mężem/żoną – $64,01 \pm 17,15$ punktu).

Stwierdzono istotny statystycznie związek między sytuacją rodzinną a obwodem łydki czy stanem odżywienia według MNA. Osoby zamieszkujące z rodziną częściej wykazywały mniejszy

obwód łydki – $36,12 \pm 4,80$ (samotnie – $36,54 \pm 5,13$, z mężem/żoną – $37,65 \pm 4,71$) oraz gorszy stan odżywienia – $23,37 \pm 3,77$ (samotnie – $24,08 \pm 3,52$, z mężem/żoną – $25,2 \pm 2,9$) (tab. 4). Podobny związek wykazano między sytuacją rodzinną a poziomem sprawności funkcjonalnej życia codziennego, aktywności ruchowej oraz liczbą objawów świadczących o depresji. Seniorzy zamieszkujący z rodziną częściej wykazywali niższy poziom sprawności funkcjonalnej – $5,56 \pm 0,80$ (samotnie – $5,60 \pm 0,69$, z mężem/żoną – $5,78 \pm 0,54$) oraz mniejszą aktywność ruchową – $1,90 \pm 1,39$ (samotnie – $1,92 \pm 1,43$, z mężem/żoną – $2,29 \pm 1,35$). Osoby mieszkające samotnie wykazywały większą liczbę objawów świadczących o depresji – $6,08 \pm 3,55$ (z rodziną – $5,90 \pm 3,32$, z mężem/żoną – $4,88 \pm 3,15$).

W trakcie analizy wyników przeprowadzonego badania wykazano istotny statystycznie związek pomiędzy wiekiem a formą sprawowanej opieki nad seniorami (tab. 2). Wraz z wiekiem częściej respondenci wykazywali korzystanie z opieki świadczonej przez pielęgniarki. Z opieki

Tabela 3. Analiza związku sytuacji rodzinnej, formy sprawowanej opieki oraz oczekiwań na ten rodzaj świadczeń z subiektywną oceną jakości życia i stanem zdrowia respondentów

	Z kim Pani/Pan zamieszkuje?	Kto sprawuje nad Panią/Panem opiekę w domu?	Z czyjej opieki pragnie Pani/Pan skorzystać?
Zwykle codzienne poruszanie	NS	$ch^2 = 29,38, p < 0,001$	NS
Sprawowanie opieki nad sobą	$ch^2 = 14,98, p < 0,001$	$ch^2 = 41,73, p < 0,001$	NS
Wykonywanie innych codziennych zadań	$ch^2 = 11,39, p = 0,003$	$ch^2 = 28,49, p < 0,001$	NS
Odczuwanie dolegliwości bólowych lub złego samopoczucia	NS	NS	$ch^2 = 23,11, p < 0,001$
Odczuwanie niepokoju lub uczucia lęku	NS	NS	NS
Skala punktowa	$F = 4,82, p = 0,008$	$F = 6,61, p = 0,015$	NS

NS – różnice nieistotne statystycznie.

Tabela 4. Analiza związku sytuacji rodzinnej, formy sprawowanej opieki oraz oczekiwań na ten rodzaj świadczeń z innymi składowymi oceny geriatrycznej

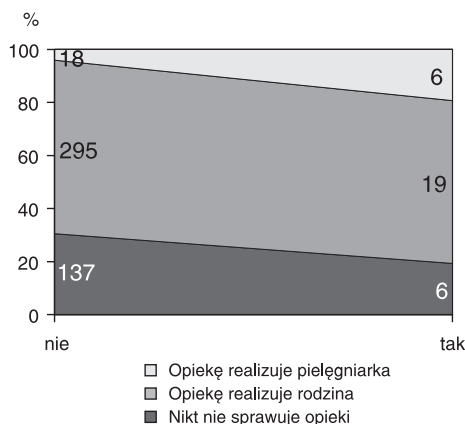
	Z kim Pani/Pan zamieszkuje?	Kto sprawuje nad Panią/Panem opiekę w domu?	Z czyjej opieki pragnie Pani/Pan skorzystać?
Lata nauki	NS	$F = 5,39, p = 0,0049$	NS
Osoby palące	NS	NS	NS
BMI	NS	NS	NS
Obwód łydki	$F = 4,73, p = 0,009$	NS	NS
Stan odżywienia wg MNA	$F = 11,09, p < 0,001$	$F = 9,11, p < 0,001$	NS
MMSE	NS	$F = 10,93, p < 0,001$	$F = 3,9, p = 0,021$
GDS	$F = 6,68, p = 0,001$	$F = 6,93, p = 0,001$	NS
ADL	$F = 5,29, p = 0,005$	$F = 23,78, p < 0,001$	NS
IADL	NS	$F = 41,72, p < 0,001$	NS
Kcal/kg m.c./dobę	NS	NS	$F = 3,72, p = 0,025$
Stanford umiarkowany	$F = 4,49, p = 0,01$	$F = 12,41, p < 0,001$	NS

NS – różnice nieistotne statystycznie.

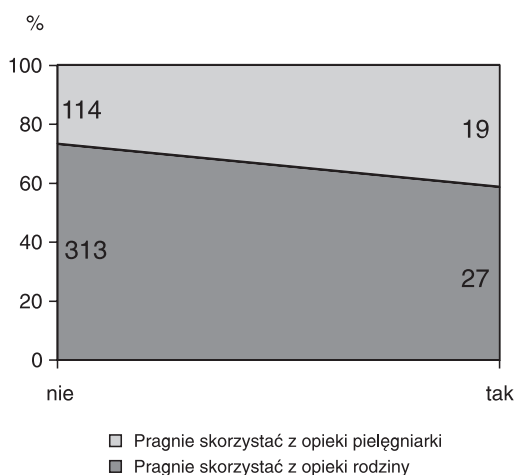
pielęgniarskiej korzystało 5,48% badanych kobiet i 4,09% mężczyzn, ale związek ten nie był istotny statystycznie.

Seniorzy ze schorzeniami układu oddechowego częściej wykazywali fakt korzystania z opieki świadczonej przez pielęgniarki (ryc. 3). Podobny związek statystyczny w grupie respondentów wykazano u seniorów chorujących na cukrzycę, udar mózgu oraz systematycznie stosujących większą liczbę leków.

Wykazano związek między poszczególnymi elementami oceny jakości życia a korzystaniem z opieki w środowisku domowym (tab. 3). Wraz z gorszą możliwością zwykłego poruszania się, sprawowania codziennej opieki, wykonywania innych zadań oraz z gorszą subiektywną oceną stanu zdrowia osoby badane wykazywały częstsze korzystanie ze świadczeń medycznych realizowanych przez pielęgniarki (ryc. 4).



Ryc. 3. Związek pomiędzy rodzajem świadczonej opieki a występowaniem schorzeń układu oddechowego
nie – brak schorzeń układu oddechowego
tak – występowanie schorzeń układu oddechowego



Ryc. 4. Związek pomiędzy oczekiwaniami na opiekę pielęgniarską a przebyciem zawału mięśnia sercowego
nie – brak przebiegu zawału mięśnia sercowego
tak – przebieg zawału mięśnia sercowego

Wykazano istotny statystycznie związek między oceną stanu odżywienia według MNA a korzystaniem z opiekuńczych świadczeń medycznych (tab. 4). Osoby, u których świadczenia opiekuńcze realizowały pielęgniarki, charakteryzowały się gorszym stanem odżywienia. Wykazano istotny statystycznie związek między liczbą punktów skali MMSE, GDS, ADL, IADL a realizacją opieki nad seniorami (tab. 4). Respondenci otrzymujący mniej punktów w skali oceny stanu psychicznego, więcej w skali oceny depresji, wykazujący niższy poziom sprawności funkcjonowania codziennego i instrumentalnego, częściej mieli świadczoną pomoc ze strony pielęgniarek.

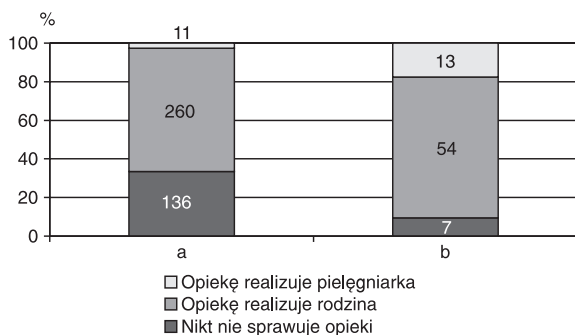
W wyniku analizy danych stwierdzono związek istotny statystycznie między aktywnością ruchową a świadczeniem opieki przez pielęgniarki (tab. 4). Osoby wykazujące niższy poziom aktywności ruchowej częściej wykazywały korzystanie z opieki pielęgniarskiej.

Inaczej przedstawiały się oczekiwania respondentów na usługi medyczne realizowane przez pielęgniarki. Wykazano istotny statystycznie związek między przebyciem zawału mięśnia sercowego a oczekiwaniem na świadczenie opieki. Osoby po przebyciu zawału serca częściej wykazywały potrzebę skorzystania z opieki pielęgniarskiej (ryc. 4). Wykazano związek między większym odczuwaniem dolegliwości bólowych a oczekiwaniem na świadczenie opieki. Seniorzy uskarżający się na dolegliwości bólowe czy złe samopoczucie w większym stopniu oczekiwali na opiekę realizowaną przez rodzinę. Jednocześnie wykazano, iż oczekiwania na opiekę kumulują się wraz z niższą sprawnością umysłową. Sprawniejsi starsi mieszkańcy Łodzi skorzystaliby z opieki realizowanej przez rodzinę, mniej sprawni – z opieki pielęgniarskiej, a osoby z najniższym poziomem funkcjonowania procesów psychicznych – ze świadczeń opiekuńczych realizowanych przez rodzinę i jednocześnie pielęgniarki (ryc. 5).

Omówienie

W niniejszej pracy zastosowano szereg pytań umożliwiających ocenę świadczenia usług opiekuńczych realizowanych w środowisku domowym osób w podeszłym wieku. Postępujący proces starzenia się naszego społeczeństwa jest jednym z ważniejszych czynników determinujących opiekę pielęgniarską rodzinną (środowiskową) [19]. Seniorzy wraz z wiekiem, pogarszającym się poziomem sprawności ruchowej, funkcjonalnej, umysłowej, wykazują zarazem mniejszą sprawność w realizacji opieki nad sobą we własnym środowisku.

W przeprowadzonym badaniu 65,3% respon-

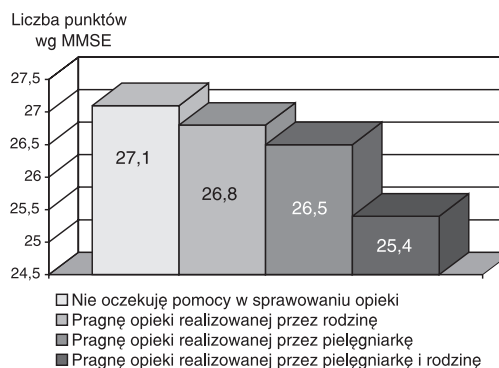


Ryc. 5. Związek między rodzajem świadczonej opieki a możliwością sprawowania zwykłej codziennej opieki

- a) nie mam żadnych problemów z opieką nad samym sobą, np. myciem, ubieraniem się,
b) bywa tak, że mycie i ubieranie się sprawia mi kłopot

dentów wskazywało na członków rodziny jako osoby sprawujące nad nimi opiekę. Z opieki pielęgniarskiej korzystało tylko 5% badanych. Wyniki te są zbieżne z prezentowanymi w aktualnie publikowanych pracach. W grupie starszych mieszkańców Białegostoku 86% osób korzystało ze świadczeń realizowanych przez rodzinę, a tylko 2% przez pielęgniarki rodzinne [2]. Analiza danych otrzymanych w wyniku przeprowadzonego badania potwierdziła częstszą realizację opieki pielęgniarskiej w grupie osób starszych [4], z niższym poziomem sprawności funkcjonalnej, z większą liczbą objawów świadczących o depresji [2], a zarazem wskazała na istnienie większego zapotrzebowania na ten rodzaj usług. Podobnie do publikowanych wyników w jednej z poprzednich prac wykazano związek świadczonych usług opiekuńczych przez pielęgniarki z przebyciem udaru mózgu przez respondentów [2]. Na podkreślenie zasługuje wykazany w tym badaniu związek sprawowania opieki przez pielęgniarki z występowaniem cukrzycy lub większej liczby systematycznie stosowanych leków.

W przeprowadzonym badaniu 54,5% osób w podeszłym wieku oczekiwało na realizację opieki przez członków rodziny. Z opieki pielęgniarskiej skorzystałoby 27,6% badanych. Działania opiekuńcze realizowane jednocześnie przez pielęgniarkę i rodzinę były oczekiwane przez 16,2% seniorów. W Białymstoku 95% respondentów wyrażało chęć skorzystania z opieki pielęgniarskiej [4]. Analizując powyższe czynniki należy uwzględnić, iż w porównywanym badaniu dobór grupy dokonano spośród osób już korzystających z usług lekarza i pielęgniarki. Wyniki przeprowadzonych badań potwierdzają zwiększone oczekiwania osób po 65 r.ż. z mniejszą aktywnością ruchową na świadczenia realizowane przez pielęgniarki w środowisku domowym [2].



Ryc. 6. Związek między oczekiwaniami na opiekę pielęgniarską a poziomem funkcjonowania podstawowych procesów psychicznych

Zwiększenie opieki pielęgniarskiej w grupie osób starszych w ich miejscu zamieszkania zwiększa zadowolenie podopiecznych, a zarazem wpływa na zmniejszenie oczekiwań na usługi opiekuńcze realizowane w placówkach medycznych [5, 20].

Wnioski

1. Wśród respondentów z opieki pielęgniarskiej korzystało tylko 5,48% kobiet i 4,09% mężczyzn.
2. Częstość korzystania z opieki pielęgniarskiej była związana z wiekiem badanych osób, występowaniem schorzeń układu oddechowego, cukrzycy, przebyciem udaru mózgu, większą liczbą systematycznie przyjmowanych leków, niższą subiektywną oceną jakości życia, gorszym stanem odżywienia, gorszą sprawnością umysłową, większą liczbą objawów świadczących o depresji, niższym poziomem sprawności funkcjonalnej i mniejszą aktywnością ruchową.
3. Wykazano rozbieżność zarówno ilościową, jak i jakościową między oczekiwaniami osób starszych na świadczenia medyczne w aspekcie współwystępujących schorzeń a realizacją opieki pielęgniarskiej.
4. Zwiększone zainteresowanie świadczeniami medycznymi oferowanymi przez pielęgniarki częściej deklarowały osoby po przebytym zawałe mięśnia sercowego, z niższym poziomem sprawności umysłowej oraz z mniejszą aktywnością ruchową. Osoby te powinny zostać w większym stopniu objęte opieką ze strony pielęgniarek rodzinnych.

Badanie współfinansowane z tematu prac własnych (502-16-109) Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Piśmiennictwo

1. Szatur-Jaworska B. Starzenie się ludności Polski – wyzwaniem dla polityki społecznej. *Gerontol Pol* 2003; 10(4): 199–206.
2. Doroszkiewicz H, Bień B. Środowiskowa opieka pielęgniarska nad osobami w późnej starości. *Gerontol Pol* 2003; 11(1): 22–26.
3. Błędowski P. Samodzielność osób starszych jako zadanie polityki społecznej. *Gerontol Pol* 1998; 6(3–4): 49–54.
4. Marcinowicz L, Borzuchowska A. Świadczenia lekarzy i pielęgniarek rodzinnych w ocenie starszych podopiecznych. *Gerontol Pol* 2002; 10(1): 42–45.
5. Ratner E, Norlander L, McSteen K. Death at Home Following a Targeted Advance-Care Planning Proces at Home: The Kitchen Table Discussion. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 778–781.
6. Gallo W, Baker M, Bradley E. Factors Associated with Home Versus Institutional Death Among Cancer Patients in Connecticut. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 771–777.
7. Brooks R. with the EuroQol Group. EuroQol: the current state of play. *Health Policy* 1996; 37: 53–72.
8. Borowiak E, Kostka T. *Jakość życia starszych mieszkańców Łodzi*. Materiały z I Kongresu Demograficznego w Polsce nt. Procesu starzenia się ludności – potrzeby i wyzwania. Łódź 2002; 239–248.
9. Kind P, Dolan P, Gudex C, Williams A. Variations in population health status: results from a United Kindom national questionnaire survey. *BMJ* 1998; 316: 736–741.
10. Johnson JA, Coons SJ. Comparison of the EQ-5D and SF-12 in an adult US sample. *Quality of Life Research* 1998; 7: 155–166.
11. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts Res Gerontol* 1994; 2: 15–59.
12. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. “Mini-Mental State”: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12: 189–198.
13. Yesavage JA, Brink T, Lom O. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1983; 17: 37–49.
14. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged: The index of ADL, a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963; 185: 914–919.
15. Lawton M, Brody E. Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale: Original observer-rated version. *Psychopharmacol Bull* 1988; 24: 785–792.
16. Blair SN, Haskell WL, Ho P, et al. Assessment of habitual physical activity by a seven-day recall in a community survey and controlled experiments. *Am J Epidemiol* 1985; 122: 794–804.
17. Sallis J, Haskell W, Wood P. Physical activity assessment methodology in the Five-City Project. *Am Jour Epidemiol* 1985; 121: 91–106.
18. Borowiak E, Kostka T. Aktywność ruchowa starszych mieszkańców Łodzi. *Med Sportowa* 2002; 18(7): 306.
19. Zang S, Allender JA. *Home care of the elderly*. Lippincott; Philadelphia, New York, Baltimore; 1999.
20. Halicka M.: Satysfakcja życiowa ludzi starszych w świetle badań jakościowych. *Gerontol Pol* 2002; 10(3): 144–148.

Adres III Autora:

Zakład Medycyny Zapobiegawczej
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
Plac Hallera 1
90-647 Łódź

Badanie dostępności leków wśród osób w wieku 60 i więcej lat – mieszkańców regionu zachodniopomorskiego

The research on accessibility of medicines to the sixty-year-old and the older owellers of the West-Pomeranian Region

ELWIRA BEREZOWSKA, ALICJA WALCZAK, ZBIGNIEW SZYCH

Zakład Higieny i Epidemiologii, Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie
Kierownik: dr hab. n. med. Alicja Walczak

Streszczenie Współistnienie wielu schorzeń, przewlekłość ich przebiegu, skłonność do powikłań czyni ludzi w podeszłym wieku największymi konsumentami leków. W grudniu 2002 r. przeprowadzono badanie kwestionariuszowe reprezentatywnej próby (n = 179) mieszkańców woj. zachodniopomorskiego w wieku 60 i więcej lat, którego celem była ocena dostępności finansowej do leków. Metodą badawczą była anonimowa ankieta, składająca się z 18 zamkniętych pytań. Otrzymane wyniki poddano analizie statystycznej. W badanej próbie wskaźnik M/K wynosił 24/6; wskaźnik mieszkańców miast/wsi – 88,8/11,2; struktura wieku: 60–64 lata (13%), 65–69 lat (24%), 70–74 lata (28%), 75–79 lat (19%), 80 i więcej lat (16%); struktura chorobowości: układ sercowo-naczyniowy (72%), układ kostny (35,8%), osteoporoza (24,6%), cukrzyca (29%), astma (11,7%), układ oddechowy (10,6%), choroby neurologiczne (25,7%), inne choroby (47%), bez chorób przewlekłych (3,4%); struktura badanych według obciążenia miesięcznych budżetów kosztami systematycznej farmakoterapii: 31–50 zł (7%), 51–100 zł (32%), 101–150 zł (27%), 151–200 zł (13%), ponad 200 zł (9%). Wśród mieszkańców województwa zachodniopomorskiego w wieku 60 i więcej lat oszacowana częstość dostępności do farmakoterapii, ograniczonej z przyczyn finansowych, wynosiła 26,8+/-5,0%. Natomiast deklarowaną częstość niezdolności finansowej do wykupienia leków systematycznie przepisywanych przez lekarzy interpretowano jako brak dostępności finansowej, oszacowano na 8,4+/-5,0% populacji generalnej. Przedstawiona częstość ograniczonej dostępności do farmakoterapii z przyczyn finansowych lub całkowity jej brak została oceniona jako bardzo wysoka. Politykom społecznym winna ona uzmysłowić poziom zagrożenia zdrowotnego tej populacji.

Słowa kluczowe: dostępność finansowa, farmakoterapia, choroby przewlekłe.

Summary Coexistence of different diseases, chronicity of their course, tendency to complications, all these factor forces old people to be the greatest consumers of medicines. In 2002 questionnaire survey on financial availability of pharmacotherapy was done on representative sample (n = 179) of 60+ years old inhabitants of north – west region of Poland. The research method was an anonymous questionnaire consisting of 18 closed questions. The results were statistically evaluated. Characteristics of sample (in %): M/F rate: 24/76; city/village structure: 88,8/11,2; age structure: 60–64 year old (13%), 65–69 year of age (24%), 70–74 year of age (28%), 75–79 year of age (19%), 80 and older (16%). Morbidity structure: cardiovascular system (72%), bone system (35,8%), osteoporosis (24,6%), diabetes (29%), asthma (11,7%), respiratory system (10,6%), neurological diseases (25,7%), other diseases (47%), no chronic diseases (3,4%). Structure of tested group according to the value of pharmacological expenditure affecting household budget: 31–50 PZL (7%), 51–100 PZL (32%), 101–150 PZL (27%), 151– 200 PZL (13%), 200 PZL (9%). The scale of restricted, for financial reasons, medicine availability among people over 60 year living in west-pomeranian area was estimated on level of 26,8+/-5%. Declared inability to buy systematically prescribed medicines was interpreted as a lack of medicine availability and estimated on level of 8,4+/-5% of general population. The results of limited financial medicine availability are surprisingly high. Welfare authorities should be made to realise the level of health insecurity in this age group.

Key words: financial availability, pharmacotherapy, chronic disease.

Wstęp

Obecnie w kraju co szósty Polak skończył 60 lat, a co ósmy jest w wieku 65 lat i więcej. Wraz z wiekiem pogarsza się ogólny stan zdrowia, a dolegliwości stają się coraz poważniejsze. Dane GUS wskazują, że tylko 8,8% ludzi starych nie cierpi z powodu żadnej choroby przewlekłej, 7,8% nie zgłasza żadnej dolegliwości (Auleytner J, 2002). Pogorszeniu się parametrów zdrowia w ostatnich latach życia towarzyszy wzrost rozpowszechnienia zażywania leków przez te osoby. Szacuje się, że ta grupa pacjentów konsumuje 25–30% wszystkich przepisywanych leków (Getzen T, 2000). Jednocześnie na przestrzeni ostatnich 10 lat koszty związane z zakupem leków wzrosły w Polsce aż 17-krotnie. Wzrost kosztów farmaceutyków jest spowodowany coraz większym udziałem w terapii polskich pacjentów nowych, najczęściej zagranicznych leków. Tylko w latach 1996–2000 wydatki na leki z budżetu państwa podwoiły się. Co więcej, udział polskich pacjentów w ponoszeniu kosztów leków na przełomie ostatnich 10 lat wzrósł z 8 do 67%. Skala współfinansowania kosztów leków przez pacjentów jest jedną z najwyższych w świecie i obecnie waha się w granicach 60–65%.

Według WHO progiem dostępności pacjentów do leków jest 40% odpłatność za leki. Jeżeli jest ona wyższa, to znaczy, że kraj nie jest w stanie zapewnić dostępności leków swoim obywatelom (Pilc A, Kawalec P, 2003).

Cel pracy

Celem badania była ocena dostępności leków dla osób w wieku 60 i więcej lat oraz próba ustalenia czy obecne ceny leków oddziałują na aktualny poziom realizacji recept.

Materiał i metoda

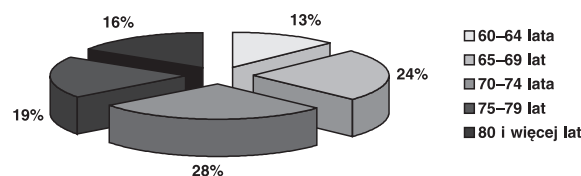
Badania kwestionariuszowe przeprowadzono w grudniu 2002 r. na terenie województwa zachodniopomorskiego. Na pytania anonimowej ankiety, składającej się z 18 zamkniętych pytań, odpowiadali słuchacze Uniwersytetu III Wieku oraz pacjenci kilku praktyk lekarzy rodzinnych. Pytania ankiety obejmowały informacje dotyczące m.in. skali miesięcznych wydatków na leki, systematyczności w przyjmowaniu farmaceutyków, wpływu cen leków na realizację recept przez respondentów, stosowania się do zaleceń lekarza.

Dane zebrano od 179 osób w wieku 60 i więcej lat, reprezentujących 192 987 (11,1%) ogółu ludności w tym regionie. Korzystając z zapisów GUS o danych ludnościowych (wg stanu z 31 grudnia

2001 r.) obliczono minimalną liczebność reprezentatywnej próby mieszkańców (n = 139) województwa, przy przyjętym poziomie ufności wynoszącym 95% i zakładanej częstości chorób przewlekłych, nie niższej niż 90% w populacji generalnej.

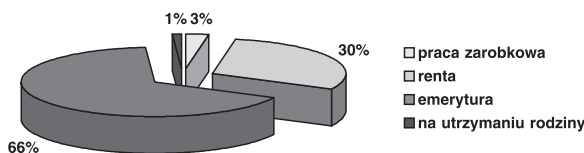
Wyniki

Struktura wiekowa osób (ryc. 1), które odpowiedziały na pytania ankiety (n = 179) była następująca: 23 (13%) osoby były w wieku 60–64 lata, 43 (24%) respondentów miało 65–69 lat, 50 (28%) osób miało 70–74 lata, 34 (19%) osoby były w wieku 75–79 lat, natomiast 29 (16%) osób miało 80 lat i więcej.



Ryc. 1. Struktura wiekowa badanych osób

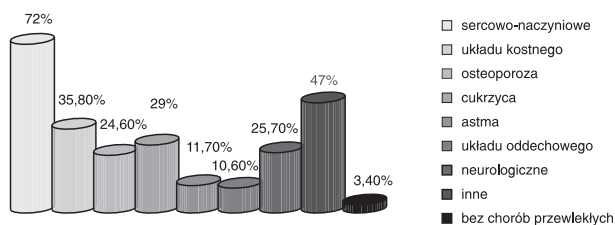
Nasi ankietowani to w większości kobiety – 76%, natomiast mężczyzn było 24%. Mieszkańcy miasta stanowili 88,8%, zaś mieszkańcy obszarów wiejskich 11,2%. Ponad połowę badanych stanowili emeryci (66,5%), natomiast dla 2,8% badanych osób głównym źródłem utrzymania była praca zarobkowa (ryc. 2).



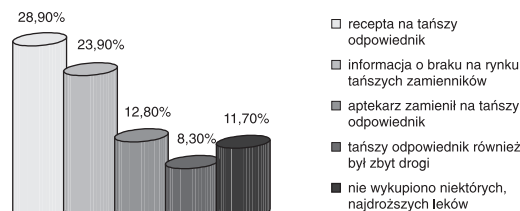
Ryc. 2. Źródło utrzymania badanych osób

Do najczęstszych chorób przewlekłych występujących wśród respondentów należały schorzenia układu sercowo-naczyniowego (72%), następnie układu kostnego, bez osteoporozy (35,8%), cukrzyca (29%), schorzenia neurologiczne (25,7%), osteoporoza (24,6%), astma (11,7%), układu oddechowego (10,6%), inne (47%). Częstość występowania tych chorób przedstawia rycina 3.

Rozpowszechnienie podawanych schorzeń znacznie przekracza 100%, co wskazuje na występowanie u jednej badanej osoby wielu chorób przewlekłych (Synak B, 2003). Jedynie 3,4% badanych osób nie było obciążonych chorobą przewlekłą.



Ryc. 3. Najczęstsze choroby przewlekłe wśród badanych osób



Ryc. 4. Informacje na pytanie o tańsze leki, jakie uzyskały od aptekarzy badane osoby

Trudności finansowe związane z zakupem, jako przyczynę nieregularnego stosowania leków zaleconych przez lekarza, podało 26,8% badanych. Natomiast 47,5% osób stosowało się ściśle do zaleceń lekarza i regularnie przyjmowało leki. Ponadto 9,5% respondentów przyznało, iż przepisane przez lekarza środki zażywali tylko w przypadku dolegliwości albo w mniejszych dawkach. Zwrócono uwagę, że 8,4% badanych osób w wieku 60 i więcej lat wcale nie kupowało leków przepisanych przez lekarza. W związku z powyższym oszacowana skala ograniczonej, z przyczyn finansowych, dostępności do farmakoterapii wynosiła 26,8+/-5%. Natomiast deklarowaną przez badanych niezdolność finansową do wykupienia leków systematycznie przepisywanych przez lekarzy, interpretowano jako brak dostępności finansowej, którą oszacowano na 8,4+/-5% populacji generalnej.

W sytuacji, gdy na rynku dostępny jest nie tylko lek oryginalny, ale także jego odpowiedniki (leki odtwórcze), preparaty te są zwykle tańsze od leku oryginalnego. Oznacza to, że kuracja tym lekiem jest znacznie tańsza i jest on najtańszy dla pacjenta, a dane zebrane od respondentów wykazały, że osoby w wieku 60 i więcej lat stanowią grupę szczególnie zainteresowaną cenami tańszych leków, tj. zamienników leków przepisanych pierwotnie przez lekarza (Nerlewski P, 2003).

O tym, jaki lek będzie przepisany decyduje lekarz. Farmaceuta w aptece ma ustawowy obowiązek poinformowania pacjenta o możliwości nabycia leku tańszego, ale nie może wpływać na decyzję lekarza.

Na pytanie: „Czy lekarz udziela informacji o tańszych lekach mających podobne walory lecznicze?” 38% respondentów odpowiedziało, że lekarz sam proponuje tańsze zamienniki, 22,3% odpowiedziało: „tak, ale na moją prośbę”, a 39,7% badanych odpowiedziało, że lekarz nie udziela takich informacji. Około 62% osób w wieku 60 i więcej lat czynnie interesuje się cenami tańszych leków, pytając o takie w aptece. Strukturę odpowiedzi, jakie uzyskały badane osoby od farmaceutów, przedstawiono na rycinie 4.

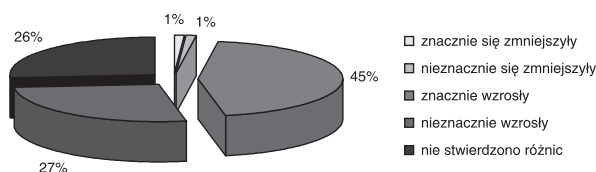
Ogółem 64,4% wszystkich badanych potwier-

dziło, że wyraźnie odczuwa zmiany cen leków w ostatnim okresie.

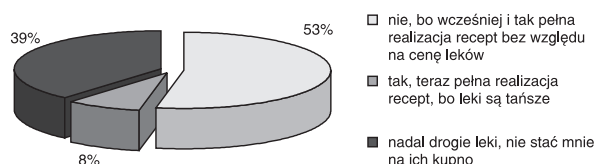
Na pytanie o ceny leków stale przyjmowanych w ostatnim roku, odpowiedzi 3,4% ankietowanych wskazują na nieznaczne ich obniżenie. Natomiast zdecydowanie największy odsetek badanych (59,2%) odnotował wzrost cen leków stale przez nich przyjmowanych w ostatnim roku. Przedstawione wyniki korespondują z odpowiedziami uzyskanymi na temat wydatków na wszystkie stosowane leki w ostatnim okresie, w porównaniu z poprzednim rokiem, a odpowiednie porcje zestawiono na rycinie 5.

Z powyższego zestawienia wynika, że niemal 1/2 osób w wieku 60 i więcej lat w regionie zachodniopomorskim negatywnie ocenia zmiany cen wszystkich leków, stwierdzając, że ich wydatki na ten cel znacząco lub nieznacznie wzrosły. Tylko 2,2% badanych respondentów akceptuje zmiany własnych wydatków na leki w ostatnim okresie.

Na pytanie o wpływ zmiany cen leków w ostatnim czasie na realizację recept, strukturę odpowiedzi respondentów przedstawiono na rycinie 6.



Ryc. 5. Rozkład opinii o wydatkach poniesionych przez respondentów na wszystkie stosowane leki w ostatnim okresie, w porównaniu z poprzednim rokiem



Ryc. 6. Odpowiedzi respondentów (w %) na pytanie: „Czy zmiany cen leków w ostatnim czasie miały wpływ na realizację recept?”

Respondentów ponadto pytano o skalę miesięcznych wydatków na leki. W celu eliminacji potencjalnych czynników zakłócających rozkład takich danych, analizę ograniczono tylko do osób systematycznie, bo co miesiąc wykupujących leki. Stanowili oni 54,7% (n = 98) ogółu badanych. Na pytanie: „Jaką część budżetu Pana/i rodziny stanowi kwota wydana (co miesiąc) na systematyczny zakup leków?” odpowiedzi udzieliło 88 osób i te posłużyły do konstrukcji tabeli 1.

Tabela 1. Odpowiedzi respondentów na pytanie: „Jaką część budżetu rodziny miesięcznie stanowi kwota wydana na systematyczny zakup leków?”

Miesięczna kwota wydana na zakup leków (zł)	Liczba respondentów (n = 88)	Część budżetu na zakup leków $x \pm SD$
31–50	7	5,7 ± 2,8
51–100	32	12,8 ± 9,9
101–150	27	14,7 ± 9,0
151–200	13	25,7 ± 5,5
201 i więcej	9	22,9 ± 12,3

x – średnia arytmetyczna; SD – odchylenie standardowe.

Z powyższej tabeli wynika, że wśród systematycznie kupujących leki największa proporcja (36,4%) respondentów wydawała w grudniu 2002 r., przeciętnie od 51 do 100 złotych, co stanowiło zazwyczaj około 12,8+/-9,9% budżetu ich rodziny. Leki systematycznie kupowane przez osoby w wieku 60 i więcej lat za kwotę od 151 do 200 złotych zadeklarowało 14,8% respondentów, co miało stanowić nawet 25,7% ich miesięcznego budżetu. Z kolei ci, którzy wydawali na leki ponad 200 złotych miesięcznie, tj. około 23% miesięcznego budżetu rodziny, stanowili również liczną grupę, bo 10,2% ogółu systematycznie kupujących leki spośród osób badanych.

Podsumowanie

W obecnej sytuacji ekonomicznej społeczeństwa polskiego zakupy leków stanowią znaczący problemem dla budżetów rodzinnych. Uzyskane dane należy ocenić jako wysoce niepokojące. Wskazują one, iż grupa wiekowa mieszkańców województwa zachodniopomorskiego powyżej 60 roku życia jest tą, gdzie w szczególnie dużej skali występuje niepożądane zjawisko częściowej lub całkowitej rezygnacji z farmakoterapii z powodów finansowych. Tym samym stwierdza się ograniczoną dostępność finansowania leków dla tej kategorii wiekowej naszego społeczeństwa.

Piśmiennictwo

1. Auleytner J. *Polityka społeczna, czyli ujarzmianie chaosu socjalnego*. Warszawa: Wyższa Szkoła Pedagogiczna TWP; 2002.
2. Getzen T. *Ekonomika zdrowia*. Warszawa: PWN; 2000.
3. Pilc A, Kawalec P. Rynek farmaceutyczny w Polsce. *Menedżer Zdrowia* 2003; 1: 45–51.
4. Synak B (red.) *Polska starość*. Gdańsk: Uniwersytet Gdański; 2003.
5. Nerlewska P. Polityka lekowa w wybranych krajach Unii Europejskiej. *Menedżer Zdrowia* 2003; 1: 7–43.

Adres I Autorki:
Zakład Higieny i Epidemiologii
PAM w Szczecinie
ul. Powstańców Wielkopolskich 72
70-111 Szczecin

Psychospołeczne aspekty funkcjonowania osób starszych i niepełnosprawnych a samoocena zdrowia

Psychosocial aspect of functioning elderly and disabled patients VRS health self-esteem

URSZULA KWAPISZ, MONIKA MATECKA

Zakład Organizacji i Zarządzania, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Medyczna
im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Kierownik: dr hab. n. med., prof. AM Maria Głowacka

Streszczenie **Cel pracy:** Ocena stanu zdrowia osób w starszym wieku z niepełnosprawnością w zakresie czynności samoobsługowych (ADL) według skali FIM. **Materiał i metody:** Badaniem objęto 54 pacjentów geriatrycznych w wieku od 64 do 89 r.ż. (21 mężczyzn i 33 kobiety) przebywające na oddziale rehabilitacyjno-pielęgnacyjnym. Do oceny zdrowia zastosowano kwestionariusz Duke – Profil Zdrowia, który składał się z 17 wyznaczników dotyczących obszaru fizycznego i psychospołecznego. Oceniano stan niezależności funkcjonalnej oraz stopień niepełnosprawności pacjentów poprzez zastosowanie skali FIM (wersja skrócona). **Wyniki badań:** Badania wykazały, że większość pacjentów geriatrycznych doświadcza objawów dyskomfortu fizycznego, którego źródłem są zaburzenia snu, dolegliwości bólowe oraz obniżona tolerancja na wysiłek fizyczny. Ponadto u badanych pacjentów występowały problemy psychiczne powodowane przez negatywne emocje oraz niezadowolające relacje z bliższym i dalszym otoczeniem społecznym chorego. Stwierdzony niski poziom samooceny zdrowia może wynikać z trudności adaptacyjnych oraz braku akceptacji u osób w starszym wieku. Wyniki badań stwarzają sposobność oceny stanu pacjentów geriatrycznych z niepełnosprawnością.

Słowa kluczowe: pacjent geriatryczny, niepełnosprawność, samoocena zdrowia.

Summary **Aim:** The assessment of the health of elderly peoples with disability in the field of activities of daily living. **Method:** Samples. The studies included 54 persons, a group between 64 and 89 years of age, 33 females and 21 males. **Measures:** Duke Health Profile consisted of 17-iten relating to different of functioning areas (physical, psychical and social). The FIM-test (short-version) to measure the state of functional independence and degree of disability in elderly. They were tested during treatment in the nursing-rehabilitation facility. **Results:** The most geriatric patients experienced suffering from physical discomfort, which source are: disorder of sleep, pain, and low tolerance for a physical effort. Moreover the study to showed many psychological problems of elderly caused by negative emotions, adaptation problems and dissatisfaction in the social relationship. The results of the study created new solutions for a new possibility regarding to comprehensive geriatric assessment in elderly disabled people.

Key words: geriatric patients, disability, health-self evaluation.

Wprowadzenie

Postęp medycyny i ogólna poprawa warunków bytowych przyczyniają się do wydłużenia życia ludzkiego, a co za tym idzie – do zwiększania się populacji osób w wieku poprodukcyjnym. Jak wynika z badań, co szósty Polak przekroczył 60. rok życia, a prognozy demograficzne wskazują, że niebawem liczba ludzi w starszym wieku wzrośnie powyżej 20% [1, 5, 9].

Na gruncie psychologii starość traktuje się jako kolejny etap ontogenezy, który – podobnie jak etapy poprzednie – wiąże się z realizacją określonych zadań rozwojowych. Według R.J. Havighursta, człowiek stary musi zmierzyć się m.in. z faktem stopniowej utraty siły fizycznej, przystosować do nowego trybu aktywności w związku z przejściem na emeryturę, dokonać zmian w zakresie pełnionych ról społecznych oraz poradzić sobie z tak traumatycznym wydarzeniem, jakim

jest śmierć współmałżonka [6]. Rozwiązanie tych podstawowych problemów rzutuje na dalsze funkcjonowanie człowieka – zwiększając bądź zmniejszając jego szanse powodzenia w podejmowaniu kolejnych wyzwań. Starość to okres, który – częściej niż poprzednie etapy rozwoju – konfrontuje jednostkę z wydarzeniami o charakterze straty. Mowa tu o takich doświadczeniach, jak: 1. utrata zdrowia, kondycji i atrakcyjności fizycznej; 2. utrata osób, z którymi łączy jednostkę więzi emocjonalne; 3. utrata statusu społecznego i ekonomicznego; 4. utrata poczucia przydatności i prestiżu; 5. perspektywa nieuniknionego kresu własnego życia [8].

Starość poprzedza proces starzenia się, w rezultacie którego następuje obniżenie wydolności i odporności organizmu. Proces ten, ciągły i nieodwracalny, jest odpowiedzialny za postępującą utratę zdolności adaptacyjnych organizmu do zmieniających się warunków otoczenia [3, 4]. Samo starzenie się nie prowadzi jednakże do choroby; o jej wystąpieniu decyduje dodatkowy czynnik patogeny, czyli stres. Procesom starzenia się towarzyszy często zjawisko polipatologii geriatrycznej, co z kolei implikuje wzrost zapotrzebowania na świadczenia w dziedzinie ochrony zdrowia [1, 5].

Starzenie się ma charakter indywidualny. Oznacza to, że na jego przebieg wpływają zarówno cechy biologiczne i psychiczne danego człowieka, jak i czynniki związane z jego biografią oraz społecznością, w której funkcjonuje. Założenie o indywidualnym zróżnicowaniu procesu starzenia się wynika m.in. z trudności, jakie związane są z oceną tempa i rodzaju zmian u poszczególnych osób [6].

Wyznaczenie granicy między zdrowiem a chorobą u osób starszych nie jest rzeczą prostą. Zmiany towarzyszące starzeniu się mają zarówno charakter regresywny, jak i progresywny, a ich obecność widoczna jest we wszystkich sferach funkcjonowania: biologicznej, psychologicznej i społecznej. Według Zakowskiej-Wachelko, utrata sprawności jest konsekwencją zachodzących w ustroju procesów inwolucyjnych, choć częściej jako czynnik prowadzący do niepełnosprawności wskazać należałoby choroby przewlekłe, które torują drogę patologii.

Proces starzenia się jest zdeterminowany różnorodnymi czynnikami, wśród których wyłonić można:

- czynniki socjodemograficzne (wiek, rasa, wykształcenie, status materialny),
- czynniki psychospołeczne (wsparcie emocjonalne, zadowolenie z życia, poczucie autonomii i kontroli),
- czynniki zdrowotne (samoocena zdrowia, masa ciała, sprawność fizyczna, ogólny stan zdrowia),

- styl życia (rodzaj aktywności, dieta, stosowanie używek) [2, 4, 10].

Osoby w podeszłym wieku doświadczają nie tylko dolegliwości natury fizycznej, ale również emocjonalnej, psychicznej, społecznej [5, 6]. Wśród najbardziej dotkliwych zjawisk towarzyszących starości wymienia się najczęściej: ograniczenie kontaktów społecznych i wynikające stąd poczucie osamotnienia; nudę i poczucie bezużyteczności; brak uznania ze strony otoczenia społecznego; brak poczucia bezpieczeństwa i pewności jutra [11].

Ocena zdrowia człowieka stanowi główne zadanie badawcze wielu dziedzin naukowych, a pojęcie zdrowia i choroby wciąż ulega zmianom. Zgodnie z definicją WHO, zdrowie to „stan pełnego, dobrego samopoczucia fizycznego i psychospołecznego oraz zdolność przystosowania się do otaczających warunków”. Na subiektywne odczucie zdrowia ma wpływ wiele czynników, m.in. opinie medyczne, schematy poznawcze dotyczące zdrowia i choroby oraz relacje społeczne. Wysoka samoocena zdrowia jest uznawana za wskaźnik dobrej jakości życia i warunek dalszego rozwoju osobistego oraz niezależności.

Uwarunkowania stanu zdrowia osób w starszym wieku są szczególnie złożone i wieloczynnikowe. W badaniach Bień, Pędicha i Wojszel ukazany został wyraźny wpływ stanu psychofizycznego oraz miejsca zamieszkania na subiektywną ocenę zdrowia, która zazwyczaj zgadzała się ze zbiektywizowaną opinią lekarza. Badania przeprowadzone w 2000 r. wykazały pogorszenie się stanu zdrowia Polaków oraz podwyższenie poziomu pesymizmu, co próbowano wyjaśnić odwołując się do zachodzących zmian transformacyjnych [9]. Niestety, jak dotąd, brak badań opartych na ogólnopolskiej reprezentacji pacjentów w starszym wieku; dostępne są jedynie wyniki badań regionalnych [5, 9].

Istotny wpływ na samoocenę zdrowia ma zdolność radzenia sobie z czynnościami życia codziennego (Activity of Daily Living – ADL), które obejmują: samodzielne ubieranie się, toaletę, odżywianie, lokomocję i in. Obecnie w literaturze opisywane są różnorodne skale oceny funkcjonalnej, m.in. według Katz, Barthel, Fleming i in., Easy-Care stosowany w Polsce oraz FIM (Functional Independence Measure) skonstruowany w celu pomiaru niezależności funkcjonalnej i wykorzystywany do oceny czynności samoobsługowych oraz efektów usprawniania [3–5].

Cel pracy

Ocena stanu zdrowia osób w starszym wieku z niepełnosprawnością w zakresie czynności samoobsługowych (ADL) według skali FIM.

Materiał i metody

Badaniem objęto 54 pacjentów geriatrycznych w wieku od 64 do 89 r.ż., w tym 21 mężczyzn i 33 kobiety, przebywających na oddziale rehabilitacyjno-pielęgnacyjnym. Kryterium doboru badanych stanowiło rozpoznanie choroby reumatoidalnej i choroby układu sercowo-naczyniowego w fazie wyrównania z wykluczeniem współistnienia innych chorób, które trwale obniżają sprawność psychiczną.

1. Do oceny stanu zdrowia zastosowano kwestionariusz Duke – Profil Zdrowia (The Duke N.C. USA), forma A, w wersji polskiej, przeznaczony do samodzielnego wypełnienia przez pacjenta i zawierający 17 twierdzeń odnoszących się do następujących aspektów funkcjonowania:
 - a. stan fizyczny – oceniany na podstawie następujących kryteriów: 1. występowanie trudności fizycznych podczas wchodzenia na jedno piętro, 2. występowanie trudności fizycznych po przebyciu 100 m, 3. problemy ze snaniem, 4. bóle, 5. szybkie męczenie się, 6. urazy lub inne problemy zdrowotne wymagające interwencji lekarza, 7. ocena stanu zdrowia;
 - b. stan psychiczny – oceniany na podstawie następujących kryteriów: 1. przeżywanie uczucia przygnębienia lub smutku, 2. doświadczenie stanu zdenerwowania, 3. stosunek do siebie samego, 4. skłonność do rezygnacji, 5. trudności w skupieniu uwagi;
 - c. sytuacja społeczna – opisywana na podstawie następujących kryteriów: 1. zadowolenie ze związków rodzinnych, 2. poczucie komfortu w kontaktach z ludźmi, 3. częstota spotykania się z innymi ludźmi (krewni, przyjaciele), 4. udział w życiu społecznym, aktywność religijna, aktywność sportowa, rekreacja, 5. umiejętność współżycia z ludźmi.
2. Ponadto oceniano stan niezależności funkcjonalnej według skali FIM. Podstawą oceny było określenie, w jakim stopniu badany korzysta z pomocy drugiej osoby. Skalą FIM posłużono się także do oceny stopnia niepełnosprawności; w wersji skróconej 1 stopień – to stan całkowitej niezależności, 2 – umiarkowana niezależność, 3 – umiarkowana zależność, 4 – całkowita zależność.

Wyniki badań i omówienie

Wśród badanych 54 pacjentów stan niezależności samoobsługowej według skróconej skali FIM przedstawiał się następująco:

- I stopień – 6 kobiet, 8 mężczyzn – chorzy sprawni, niezależni,
- II stopień – 9 kobiet, 10 mężczyzn – chorzy umiarkowanie niezależni,
- III stopień – 10 kobiet, 1 mężczyzna – chorzy umiarkowanie zależni (niepełnosprawni),
- IV stopień – 8 kobiet, 2 mężczyzn – chorzy całkowicie zależni (niepełnosprawność).

I stopień w skali FIM oznacza, że chorzy wykonują codzienne czynności życiowe (ADL) z umiarkowanymi trudnościami, natomiast III stopień charakteryzuje chorych, dla których wykonywanie codziennych czynności wiąże się ze znacznymi trudnościami, potrzebna jest zwykle pomoc innej osoby. IV stopień na skali FIM opisuje funkcjonowanie osób całkowicie niepełnosprawnych, uzależnionych od pomocy ze strony otoczenia. Wśród osób zakwalifikowanych do grupy niepełnosprawnych widoczna jest znaczna przewaga kobiet, co zgodne jest z wynikami większości dotychczasowych badań [1, 5, 9]. Zdecydowana większość badanych, szczególnie kobiet, negatywnie ocenia swoje zdrowie. Na uwagę zasługuje fakt, że większość pacjentów (30 osób) nie korzystała z usług placówek ochrony zdrowia. Stan sprawności fizycznej jest dość zróżnicowany w zależności od płci pacjenta; kobiety zgłaszały zdecydowanie więcej trudności – zarówno przy wchodzeniu na jedno piętro, jak i po przebyciu 100 m – niż mężczyźni. Inne najczęściej pojawiające się problemy związane ze zdrowiem fizycznym to u kobiet – szybkie męczenie się, doświadczanie bólu i problemy ze snaniem, u mężczyzn – szybkie męczenie się, problemy ze snaniem, doświadczanie bólu. Ograniczenia sprawności fizycznej i w zakresie wykonywania czynności codziennych mogą utrudniać uczestniczenie w życiu społecznym. Badane osoby, niezależnie od płci, tylko czasami odwiedzają krewnych i przyjaciół lub biorą udział w imprezach, co może być związane m.in. z wycofywaniem się z pełnienia ról społecznych lub wynika z trudności w nawiązywaniu i podtrzymywaniu kontaktu. Większość badanych w sytuacjach społecznych odczuwa ponadto dyskomfort, którego źródłem jest poczucie niepewności. Dość pesymistycznie przedstawia się również sytuacja rodzinna – większość badanych deklaruje, iż nie jest zadowolona ze związków z osobami bliskimi. Przeważająca liczba pacjentów obu płci odczuwa negatywne emocje w postaci smutku, przygnębienia i zdenerwowania, a także ujawnia skłonność do rezygnacji. W zakresie funkcjonowania poznawczego wyraźnie widoczne są trudności ze skupieniem uwagi – uskarża się na nie większość pacjentów, niezależnie od płci. Brak akceptacji własnej osoby deklaruje 27 z 33 przebadanych kobiet oraz więcej niż połowa biorących udział w badaniu mężczyzn. Interesujące wydaje się dotarcie do przy-

czyn tego zjawiska. Brak akceptacji siebie może pozostawać w pewnym związku z funkcjonującym w społeczeństwie stereotypowym wizerunkiem człowieka starego i starości, którą utożsamia się z niemocą oraz obniżeniem sprawności intelektualnej i fizycznej [7].

Wnioski

1. Większość badanych doświadcza dyskomfortu fizycznego, którego źródłem są zaburzenia

snu, dolegliwości bólowe oraz obniżona tolerancja na wysiłek fizyczny.

2. Większość badanych doświadcza dyskomfortu psychicznego, którego źródłem są negatywne emocje, niezadowolające relacje z bliższym i dalszym otoczeniem społecznym.
3. Większość badanych doświadcza trudności związanych z akceptacją własnej osoby.
4. U większości badanych stwierdza się niski poziom samooceny zdrowia, który może wynikać z trudności adaptacyjnych u osób w starszym wieku.

Piśmiennictwo

1. Bień B, Wojszel B, Polityńska B, Wilmańska J. Opieka zdrowotna i społeczna nad ludźmi starszymi w Polsce w okresie reform systemowych. *Gerontol Pol* 1999; 3–4.
2. Covinsky KE, Justice GE et al. The importance of functional status. *J Gen Intern Med* 1997; 12: 203–208.
3. Dods T, Martin D et al. A validation of the functional independence measure and its performance among rehabilitation inpatients. *Arch Phys Med Rehabil* 1993; 74: 531–536.
4. Hansen K, Mahoney J, Palta M. Risk factors for lack of recovery of ADL independence after hospital discharge hospital. *J Amer Geriatr Soc* 1999; 47: 360–365.
5. Halicka M, Pędich W. Obiektywne i subiektywne korelaty satysfakcji życiowej w starości. *Gerontol Pol* 1999; 7, 3–4.
6. Kielar-Turska M. *Rozwój człowieka w pełnym cyklu życia*. [w:] *Psychologia*. Strelau J (red.). Warszawa: GWP; 2000; t. 1: 325.
7. Nelson TD. *Upředzenia i stereotypy wiekowe*. [w:] *Psychologia upředzeń*. Warszawa: GWP; 2003: 221–254.
8. Straś-Romanowska M. *Późna dorosłość. Wiek starzenia się*. [w:] Harwas-Napierała B., Trempała J. (red.). *Psychologia rozwoju człowieka*. Warszawa: GWP; 2001: 266–268.
9. Synak B (red.). *Ludzie starzy w nowej rzeczywistości*. [w:] *Polska starość*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego; 2003.
10. Twardowska-Rajewska J. *Propedeutyka gerontologii*. [w:] *Profile starości*. Poznań: Wydawnictwo Miejskie; 2000: 22.
11. Zych AA. *Wiek upragniony*. [w:] *Człowiek wobec starości*. Katowice: Biblioteka Pracownika Socjalnego; 1999: 63–68.

Adres Autorek:
Zakład Organizacji i Zarządzania
AM w Poznaniu
ul. Smoluchowskiego 11
60-179 Poznań

Trudności komunikacyjne w pracy z pacjentem niepełnosprawnym – próba diagnozy

Communication difficulties in the work with a disabled patient – diagnosis attempt

ANNA BŁASZCZYK-TYSZKA, URSZULA KOZIOŁ, BARBARA KUBIK

Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie
Kierownik: dr n. hum. Maria Lipińska

Streszczenie Celem pracy jest próba diagnozy trudności komunikacyjnych, na które napotyka pielęgniarka w swojej codziennej pracy z pacjentem niepełnosprawnym w oddziale szpitalnym i ustalenie z czego one wynikają. Choroba, niepełnosprawność, inwalidztwo wpływają na jakość i sposób komunikowania się między pacjentem a pielęgniarką. Niewłaściwe odczytanie intencji z jednej strony, zawoalowane oczekiwania z drugiej, oto trudności, których doświadcza niemal każdy z nas w codziennych rozmowach z naszymi pacjentami. Czy personel pielęgniarski jest dobrze przygotowany do komunikowania się z osobami sprawnymi inaczej, czy napotyka na jakieś trudności w tych relacjach. Takie pytania sobie postawiliśmy. Badaniem ankietowym objęto 66 pielęgniarek pracujących przy łóżku chorego na Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, Oddziale Chirurgii Urazowej i Ortopedii, Oddziale Urologii, Oddziale Neurologii i Oddziale Neurochirurgii. Wyniki badań wskazują, że 48,49% ankietowanych pielęgniarek ma trudności w komunikowaniu się z pacjentem niepełnosprawnym. Najczęstszymi przyczynami trudności komunikacyjnych według ankietowanych są: lęk i stres przeżywane przez pacjenta (47,54%) oraz brak zaufania ze strony pacjenta (33,61%). Badanie to pozwoliło ustalić, że w komunikacji z osobą niepełnosprawną pielęgniarki najczęściej starają się rozpoznawać i zaspokajać ludzkie potrzeby (50,41%) oraz kształtować relacje międzyludzkie (35,5%). Wychodząc naprzeciw niepełnosprawności, najczęściej wykazują empatię w stosunku do niepełnosprawnych (51,95%) oraz szukają informacji na ten temat w literaturze i Internecie. Podsumowując, należałoby nauczyć personel pielęgniarski skutecznych metod niwelowania lęku i stresu przeżywanego przez pacjenta oraz metod pozyskiwania zaufania, co poprawiłoby w znacznym stopniu jakość komunikacji pielęgniarka–pacjent. Pozytywną rolę w tym względzie odegrać by mógł zespół terapeutyczny, w skład którego wchodziłby obok innych specjalistów psycholog kliniczny, którego niestety brak na każdym z badanych oddziałów.

Słowa kluczowe: trudności komunikacyjne, pacjent niepełnosprawny, pielęgniarka.

Summary The aim of this thesis is to diagnose communication difficulties that are faced by nurses in their daily work with the disabled patient in the hospital department and determine the reasons thereof. Illness, disability, being crippled have an impact on the quality and a way of communication between the patient and the nurse. Improper perception of the intentions of one party, veiled expectations of the other party these are the difficulties faced by almost everyone during the daily talks with our patients. Is the nursing personnel well prepared to communicate with the disabled, are the nurses facing difficulties in the said relations. There are the questions we asked ourselves. The questionnaire was answered by 66 nurses working with the sick at the Department of General and Vessel Surgery, Department of Trauma Surgery and Orthopaedics, Department of Urology, Department of Neurology and Neurosurgery. The results of researches show that 48.49% of the questioned nurses have the difficulties in communicating with the disabled patient. According to the questioned nurses, the most frequent reasons of difficulties in communication are the following: fear and stress suffered by the patient (47.54%) and no trust on the part of the patient (33.61%). The said research made it possible to determine that in case of communication with the disabled person the nurses most often try to identify and satisfy human needs (50.41%) and establish interpersonal relationships (35.5%). Facing disability they most often show empathy towards the disabled (51.95%) and they look for the information thereon in literature and internet. Summing up, the nursing personnel should be trained in efficient methods of elevating the fear and stress suffered by the patients and methods of winning the patient's confidence, which would improve significantly the quality of the communication between the nurse and the patient. Therapeutic team could play a positive role in this respect. Such a team should consist of various specialists including clinical psychologist who – unfortunately – is missing at each department that was under research.

Key words: communication difficulties, a disabled patient, a nurse.

Wstęp

Przyjmuje się, że na świecie żyje około 500 milionów osób niepełnosprawnych. Według ocen szacunkowych w Polsce ludzie niepełnosprawni stanowią około 14% ogółu ludności. Obserwuje się wzrost liczby osób niepełnosprawnych. Niepełnosprawność doprowadza do ograniczeń fizycznych, psychicznych, społecznych i ekonomicznych.

Pielęgniarka wpływa bezpośrednio na kształtowanie pozytywnych postaw wobec niepełnosprawnych przez kontakt z członkami rodziny, przyjaciółmi i kolegami tych osób oraz wpływa na prawidłową postawę osoby niepełnosprawnej wobec własnej niesprawności.

By mogła prawidłowo realizować swoje zadania zawodowe wobec osób niepełnosprawnych, musi znać wszelkie sposoby i trudności komunikacyjne.

Celem pracy jest zdiagnozowanie trudności komunikacyjnych, na jakie napotyka pielęgniarka w kontakcie z pacjentem niepełnosprawnym.

Badaniem ankietowym objęto 65 pielęgniarek i 1 pielęgniarskiego zatrudnionych na Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej (21 osób), Chirurgii Urazowej i Ortopedii (13 osób), Urologii (10 osób), Neurologii (14 osób) i Neurochirurgii (8 osób). Średnia wieku zatrudnionych wynosi 33,5 lata. Największa liczba spośród ankietowanych (39,39%) legitymuje się stażem pracy między 10–15 lat (26 osób). Powyżej 15 lat pracuje 31,82% (21 osób). Mamy więc do czynienia z doświadczonym personelem pielęgniarskim. 61 osób posiada wykształcenie średnie (95,4%) oraz 5 osób wykształcenie wyższe (tab. 1). 7 osób spośród ankietowanych ma dodatkowe kwalifikacje do pracy z niepełnosprawnymi, a mianowicie: 1 osoba ukończyła studium pracownik socjalny – specjalność niepełnosprawność i rehabilitacja, 2 osoby kurs komunikacji, 1 osoba kurs masażu, 2 osoby studium pedagogiczne, 1 osoba kurs rehabilitacji I i II stopnia.

W swojej codziennej pracy najczęściej ankietowani spotykają się z I modelem niepełnosprawności według Winga (53,47%) – niepełnosprawność wewnętrzna, lub pierwotna, czyli oznaki i symptomy powstałe bezpośrednio po wypadku lub chorobie, które są związane z zaburzeniami

motoryki, koordynacji, funkcjami sensorycznymi, myśleniem i językiem, i on też najwięcej sprawia im trudności (66,67%).

Znane jest ankietowanym pojęcie komunikacji interpersonalnej. Wskazują oni, że w pracy z osobą niepełnosprawną można wykorzystać m.in. komunikację werbalną (rozmowę, rozmowę terapeutyczną) i pozawerbalną (dotyk, gest, mimika, mowa ciała, pismo, inne formy wizualne, umiejętność słuchania, radosny sposób bycia, język migowy, tańiec, piktogramy, zaspokajanie potrzeb i inne).

Za najważniejsze aspekty komunikowania się z osobą niepełnosprawną lub przewlekle chorą ankietowani uważają (ryc. 1):



Ryc. 1. Aspekty komunikowania się z osobą niepełnosprawną, chorą przewlekle

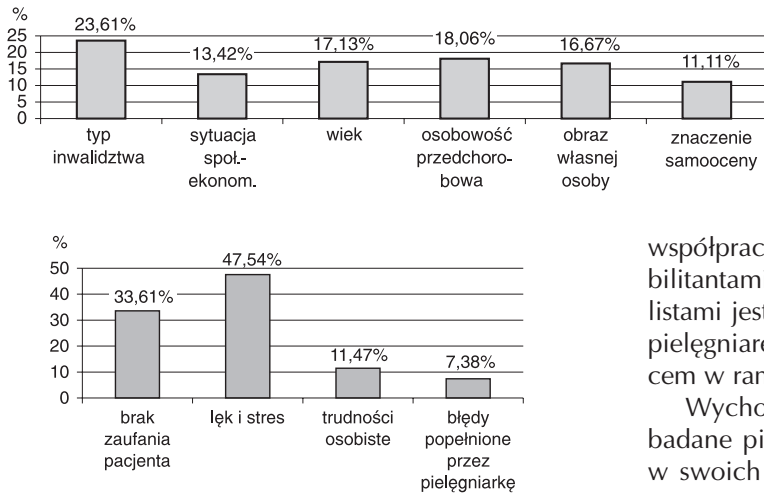
- rozpoznanie i zaspokajanie ludzkich potrzeb (50,41%),
- kształtowanie relacji międzyludzkich (35,77%).

Wśród czynników, które w największym stopniu wpływają na zmianę osobowości osób niepełnosprawnych, a przez to utrudniają komunikację interpersonalną pytani wskazują (ryc. 2):

- typ inwalidztwa (nagłe, stopniowe, od urodzenia) – 23,61%,
- osobowość przedchorobową – 18,06%,
- wiek osoby dotkniętej inwalidztwem – 17,13%,
- obraz własnej osoby – 16,67%,
- sytuację społeczną i ekonomiczną danej jednostki 13,42%,
- znaczenie samooceny 11,11%.

Tabela 1.

Płeć	Kobieta – 65 osób		Mężczyzna – 1 osoba	
Wiek	średnia – 33,5 lat			
Staż pracy	do 5 lat – 7,58%	5–10 lat – 21,21%	10–15 lat – 39,39%	powyżej 15 lat – 31,82%
Wykształcenie	średnie – 61 osób		wyższe – 5 osób	



Ryc. 3. Przyczyny trudności w nawiązywaniu kontaktów

Na pytanie, jakie są najczęstsze przyczyny trudności w nawiązaniu kontaktu z chorym niepełnosprawnym ankietowani odpowiedzieli (ryc. 3):

- lęk i stres przeżywane przez pacjenta – 47,54%,
- brak zaufania ze strony pacjenta – 33,61%,
- różne trudności osobiste – 11,47%,
- błędy popełnione przez pielęgniarkę – 7,38%.

Nieznaczna większość pytaných odpowiada, że nie ma trudności w komunikowaniu się z pacjentem niepełnosprawnym (51,51%).

Osoby, które mają takie trudności (48,49% – 32 osoby) wskazują na ich przyczynę w:

- chorobie umysłowej,
- trudnościach osobistych,
- złym postrzeganiu pielęgniarki przez pacjenta,
- braku fachowości ze strony pielęgniarki,
- trudnościach w przekazywaniu przez pacjenta informacji na temat swoich potrzeb (3 osoby),
- krótkim czasie poświęconym pacjentowi, braku lub skąpych rozmowach, szczątkowych odpowiedziach (7 osób),
- systemie pracy, w którym widuje się pacjenta 2–3 razy w tygodniu, braku zespołów terapeutycznych,
- braku zaufania ze strony pacjenta (2 osoby),
- małym doświadczeniu zawodowym,
- za dużo obowiązków, braku udogodnień w pracy, braku zaangażowania rodzin chorych,
- złych doświadczeniach pacjenta ze służbą zdrowia,
- przyjmowanych lekach,
- złym stanie psychicznym pacjenta, ogólnej niechęci do otoczenia,
- afazji, „nielogicznym pacjencie”,
- agresji pacjenta wobec personelu,
- niechęci do współpracy z personelem,
- strachu i bólu spowodowanym chorobą (5 osób),
- stresie (2 osoby).

Ankietowani odpowiadają, że w zasadzie

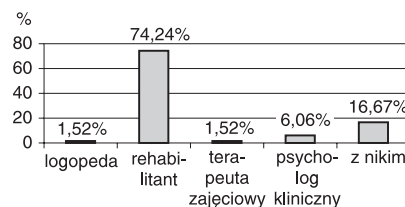
Ryc. 2. Czynniki wpływające na zmianę osobowości

współpracują na swoich oddziałach tylko z rehabilitantami (74,24%), współpraca z innymi specjalistami jest marginalna, a 16,67% ankietowanych pielęgniarek nie współpracuje z żadnym fachowcem w ramach zespołu terapeutycznego (ryc. 4).

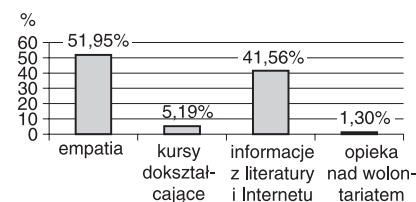
Wychodząc naprzeciw niepełnosprawności badane pielęgniarki przede wszystkim wykazują w swoich kontaktach z niepełnosprawnymi empatię – 51,95% oraz szukają informacji na ten temat w literaturze i Internecie (ryc. 5).

Bagaż doświadczeń życiowych i zawodowych dla 96,97% ankietowanych stanowi pomoc w sposobie komunikowania się z osobami sprawnymi inaczej (ryc. 6). Spośród ankietowanych 34,85% ma w najbliższej rodzinie lub rodzinie przyjaciół osobę niepełnosprawną, z którą utrzymuje bliskie kontakty. Aż 100% ankietowanych uważa, że „mowa ciała” odgrywa dużą rolę w komunikacji interpersonalnej z osobami sprawnymi inaczej.

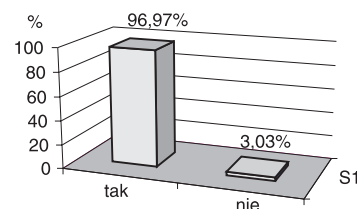
Ostatnie 5 pytań ankiety dotyczyło odczytywania tzw. mowy ciała. Średnio 74,5% ankietowanych prawidłowo odczytuje mowę ciała swoich podopiecznych.



Ryc. 4. Współpraca w zespole terapeutycznym



Ryc. 5. Wychodzenie naprzeciw niepełnosprawności



Ryc. 6. Bagaż doświadczeń życiowych i zawodowych jako pomoc w sposobie komunikowania się z osobami niepełnosprawnymi

Wnioski

1. Komunikacja interpersonalna odgrywa ogromną rolę w relacjach pielęgniarka–pacjent niepełnosprawny.
2. Ankietowani posługują się w swoich kontaktach z pacjentami niepełnosprawnymi zarówno komunikacją werbalną, jak i pozawerbalną.
3. W swojej codziennej pracy pielęgniarki napotykały trudności komunikacyjne w relacjach z pacjentami sprawnymi inaczej.
4. Trudności komunikacyjne wynikają przede wszystkim z lęku i stresu przeżywanego przez pacjenta oraz braku zaufania ze strony pacjenta, systemu pracy pielęgniarek i braku czasu dla indywidualnego pacjenta.
5. Na badanych oddziałach brak jest specjalistów, którzy wspomagaliby pielęgniarki w codziennej pracy z pacjentami sprawnymi inaczej, chociażby psychologa klinicznego.
6. Należałoby nauczyć pielęgniarki skutecznych sposobów niwelowania lęku i strachu pacjenta hospitalizowanego oraz pozyskiwania jego zaufania.

Piśmiennictwo

1. Adamczyk K, Turowski K. *Wybrane szczegółowe standardy pielęgniarskiej opieki klinicznej*. Lublin: AM; 1996.
2. Adamczyk K. *Pielęgniarstwo neurologiczne*. Lublin: Wyd. Czelej; 2000.
3. Aleksandrowicz JW. *Psychoterapia medyczna*. Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL; 1994.
4. Andy C. *Język ciała gestów i zachowań*. Warszawa: KDC; 2003.
5. Gałkowski T, Jastrzębowska G (red.). *Logopedia – pytania i odpowiedzi*. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego; 2001.
6. Górska T (red.). *Mózg a zachowanie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1997.
7. Hale G (red.). *Poradnik dla niepełnosprawnych*. Warszawa: Wyd. MUZA; 1996.
8. Jakimiec-Kimak K. *Poznaj samego siebie. Skrypt dla studentów pielęgniarstwa*. Lublin: Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego i Rehabilitacji; 1995.
9. Kępiński A. *Poznanie chorego*. Warszawa: PZWL; 1978.
10. Kępiński A. *Rytm życia*. Kraków: Wydawnictwo Literackie; 1972.
11. Klimkowski M, Herzyk A (red.). *Neuropsychologia kliniczna. Wybrane zagadnienia*. Lublin: Wydawnictwo UMCS; 1994.
12. Kwiatkowska A, Krajewska-Kułak E, Panka W. *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*. Lublin: Wyd. Czelej; 2003.
13. Laidler P. *Rehabilitacja po udarze mózgu*. Warszawa: Wydawnictwo PZWL; 2000.
14. Larkowa H. *Człowiek niepełnosprawny. Problemy psychologiczne*. Warszawa: PWN; 1987.
15. Pąchalska M. *Afazjologia*. Warszawa–Kraków: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1999.
16. Rutkowska E. *Rehabilitacja i pielęgnowanie osób niepełnosprawnych. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa studiów licencjackich*. Lublin: Wyd. Czelej; 2002.

Adres Autorek:
 Zakład Pielęgniarstwa
 Instytut Ochrony Zdrowia
 Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa
 ul. Mickiewicza 8
 33-100 Tarnów

I Międzynarodowe Sympozjum Naukowo-Szkoleniowe
„Człowiek przewlekle chory i niepełnosprawny
– interdyscyplinarne aspekty opieki”, Szczecin, 14–15 maja 2004

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ • DISABILITY

Znaczenie ruchu w postępowaniu z niepełnosprawnymi dziećmi w opiniach rodziców i nauczycieli

Importance of movement in approach to disabled children
in their parents' and teachers' opinions

DANUTA UMIASTOWSKA

Instytut Kultury Fizycznej, Uniwersytet Szczeciński
Kierownik: dr Maria Makris

Streszczenie Spontaniczna aktywność ruchowa jest potrzebą każdego organizmu, zarówno dziecka sprawnego, jak i niepełnosprawnego. Ten najważniejszy przejaw życia wynika z praw ontogenezy i zasobów energii, którą posiada każdy człowiek. Umiejętne stymulowanie ruchem może stać się w przypadku pracy z niepełnosprawnymi doskonałym środkiem terapeutycznym i wychowawczym. Badania przeprowadzono wśród rodziców dzieci niepełnosprawnych (126 osób) i nauczycieli (178 osób). Badania oparto na metodzie sondażu diagnostycznego za pomocą anonimowego kwestionariusza ankietowego. Zdecydowana większość dzieci lubi brać udział w zajęciach ruchowych. Zajęcia ruchowe poprzedzają dość często pewne zmiany w zachowaniu dziecka: cieszy się, że będzie ćwiczyć, cieszy się na spotkanie z innymi dziećmi, jest pobudzone i rozkojarzone, jest zdenerwowane, jest płaczące, stara się uniknąć ćwiczeń. Zarówno rodzice, jak i nauczyciele uważają, że zajęcia ruchowe przynoszą wyraźny efekt w odniesieniu do niesprawności dziecka. Rodzice powinni czynnie uczestniczyć w zajęciach ruchowych dziecka, ponieważ ich obecność wpływa mobilizująco na ćwiczącego. Zwiększająca się populacja dzieci niepełnosprawnych spowodowała, że wzrosło zainteresowanie ich funkcjonowaniem w społeczeństwie. Świadczyć o tym może organizowanie placówek integracyjnych na wszystkich etapach edukacji. Bardzo powoli otaczający niepełnosprawnego świat zaczyna dostosowywać się do jego potrzeb. Ciągle brakuje nam jeszcze bezkolizyjnych podjazdów, szerokich drzwi, obniżonych stopni przy wejściach do instytucji publicznych. Lecz wyraźnie widać nasilające się prace w tym kierunku. Jedną z takich form jest oferta zajęć ruchowych. Świadczy to o uznaniu ruchu jako znakomitego środka terapeutycznego.

Słowa kluczowe: niepełnosprawne dzieci, aktywność fizyczna, ruch.

Summary Spontaneous physical activity is a natural need of the body to function optimally for both healthy and disabled children. Activity is one of the most important manifestations of life and is a result of ontogenesis's principles and sources of energy acquired by individual. Practised and skilled stimulation to physical activity could be a perfect therapeutic and educational approach to handicapped children. The study has been conducted on disabled children's parents (126 individuals) and their teachers' of physical education (178 individuals). Studies were based on diagnostic probe with the use of anonymous questionnaire titled. Most of the children like their physical exercises. Physical exercise routine is often preceded by certain changes in the children's behaviour: child is really pleased that will be exercising, child is really pleased that will be with other children, child is over excited and absentminded, child is nervous, child is weepy, child tries to avoid exercising. Both parents and teachers consider that the physical exercises classes are extremely beneficial for disabled children. Parents should take active part in the physical exercise practises because their presence stimulates child to do the routine properly. Increasing population of disabled children contributed to growing awareness of their functioning in society. Established integrating schools other and educational institutions on all levels of education confirm the recognition. Environment surrounding the disabled is changing although very slowly to meet their needs. There is still scarcity of non-collision wheelchair ways, wide doors and low steps at doorways to public buildings. But it is obvious that initiatives in the direction are under way. One of them is growing number of possibilities for disabled people to participate in physical exercise classes. It confirms importance of movement as exceptional rehabilitation method.

Key words: disabled children, physical activity, movement.

Wstęp

Spontaniczna aktywność ruchowa jest potrzebą każdego organizmu, zarówno dziecka sprawnego, jak i niepełnosprawnego. Ten najważniejszy przejaw życia wynika z praw ontogenezy i zapasów energii, którą posiada każdy człowiek. Umiejętne stymulowanie ruchem może stać się w przypadku pracy z niepełnosprawnymi doskonałym środkiem terapeutycznym i wychowawczym. Zdaniem W. Brzezińskiego „*rozbudzona aktywność ruchowa dziecka uszkodzonego staje się źródłem radości i ożywienia, wzmacnia wiarę we własne siły, redukuje lęk, niepewność, daje szansę szczególnych doznań, zmniejsza zaburzenia lokomocyjne, podnosi sprawność manualną, «wyrywa» dziecko z izolacji*” (Brzeziński 1999, s. 23).

Bardzo istotnymi elementami w poprawnym postępowaniu wychowawczym jest akceptacja dziecka przez nauczyciela i traktowanie go na równi ze wszystkimi innymi osobami. Wychowawca z jednej strony powinien eksponować możliwości wychowanka, a z drugiej – aktywnie wskazywać jego ograniczenia. Stosowanie wobec ucznia pewnych przywilejów właściwe jest tylko wówczas, gdy ze względu na odchylenie jest to konieczne (Maciarz, 1984).

Brak jednoznacznej definicji **niepełnosprawności** powoduje, że zamiennie używane są terminy inwalidztwo, kalectwo, upośledzenie czy ułomność. Stąd też najczęściej używanymi są pojęcia:

1. przyjęte za Komitetem Rehabilitacji i Readaptacji Człowieka Polskiej Akademii Nauk – osoba niepełnosprawna ma naruszoną sprawność psychofizyczną, co powoduje ograniczenie sprawności i aktywności życiowej oraz utrudnia pełnienie ról społecznych,
2. według Światowej Organizacji Zdrowia – niepełnosprawne jest dziecko, które jest niezdolne do uczestnictwa w grupie prawidłowo rozwiniętych rówieśników bez pomocy z zewnątrz (Borkowska, 1997).

Ze względu na różny stopień zaburzeń Światowa Organizacja Zdrowia wyróżnia w niej jeszcze trzy podgrupy:

- **uszkodzenia** – nieprawidłowości w budowie oraz wyglądzie ciała lub czynności narządów i układów organizmu, którym nie zawsze towarzyszy obniżenie sprawności ogólnej;
- **niepełnosprawność pierwotną**, wywołowaną przez chorobę lub uraz, i **wtórnią**, kiedy pogarsza się sytuacja bio-psycho społeczna jednostki;
- **upośledzenie** to niekorzystna sytuacja społeczna, która wynika z uszkodzenia lub niepełności i ogranicza interakcje z otoczeniem (Borkowska, 1997).

W literaturze przedmiotu istnieje wiele prac oceniających poziom rozwoju somatycznego i motorycznego niepełnosprawnych, ich udziału w turystyce i rekreacji czy uczestnictwa w zawodach sportowych (np. badania polskie J. Dziedzica, T. Maszczaka, J. Pańczyka, W. Skowrońskiego, Z. Szota, J. Ślężyńskiego; badania zagraniczne G. D. Broadheada, F. Van Roy, J.-C. de Pottera). Natomiast niewielu badaczy podjęło próbę znalezienia odpowiedzi na pytania: *Jaką rolę zdaniem rodziców i nauczycieli odgrywa ruch w postępowaniu z niepełnosprawnymi dziećmi? Jaki jest stosunek dzieci do zajęć ruchowych? Jak zachowują się dzieci po zajęciach ruchowych?*

Materiał i metoda badań

Badania przeprowadzono wśród rodziców dzieci niepełnosprawnych (126 osób) i nauczycieli (178 osób). Dzieci uczęszczały do szcześcińskich integracyjnych Szkół Podstawowych (nr 21, 41, 54), integracyjnego Gimnazjum nr 18, Ośrodka Szkolno-Wychowawczego dla Dzieci Kalekich w Policach oraz brały udział w zajęciach usprawniających, prowadzonych w Ośrodku Polskiego Stowarzyszenia na rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym „Koło” w Szczecinie. Nauczyciele prowadzili z uczniami zajęcia z różnych przedmiotów objętych programem nauczania w danej szkole.

Badania oparto na metodzie sondażu diagnostycznego za pomocą anonimowego kwestionariusza ankietowego pt. „Znaczenie ruchu w postępowaniu z niepełnosprawnymi dziećmi w opiniach rodziców i nauczycieli”, zawierającym pytania zamknięte o charakterze dysjunktywnym lub alternatywnym.

Wyniki badań

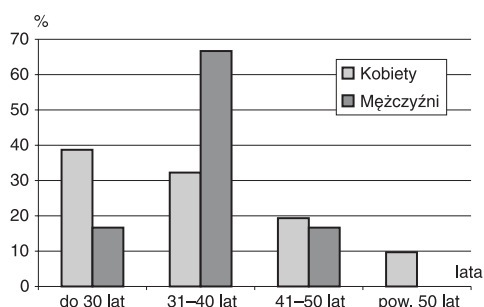
Przedział wieku badanych dzieci zamykał się w granicach od 7 do 22 lat. W grupie było 66 dziewcząt i 60 chłopców. Przyczyną niesprawności było u 52,11% uczniów dziecięce porażenie mózgowie. Zebrane odpowiedzi pochodziły od 104 matek oraz 22 ojców w różnym wieku i o różnym poziomie wykształcenia (tab. 1).

Prawie wszyscy nauczyciele mieli wyższe wykształcenie (98,22%). Były to najczęściej kobiety z przedziału wieku 31–40 lat (ryc. 1).

Najliczniejsza grupa badanych dzieci uczestniczyła w dodatkowych zajęciach usprawniających (78,87%). Nauczyciele wykazali się dobrą orientacją o udziale wychowanków w zajęciach organizowanych w szkole (77,94%), a nieco mniejszą w zakresie zajęć dodatkowych (tab. 2). Zajęcia ruchowe dzieci realizowane są w sali gim-

Tabela 1. Poziom wykształcenia i wiek rodziców dzieci niepełnosprawnych (%)

Rodzice					
	wykształcenie				
	podstawowe	zawodowe	średnie	wyższe	razem
matka	5,08	38,98	32,20	23,73	100,00
ojciec	8,33	50,00	16,67	25,00	100,00
	wiek				
	do 30 lat	31–40 lat	41–50 lat	powyżej 50 lat	razem
matka	6,78	49,15	38,98	5,08	100,00
ojciec	0,00	33,33	50,00	16,67	100,00



Ryc. 1. Wiek nauczycieli pracujących z dziećmi niepełnosprawnymi

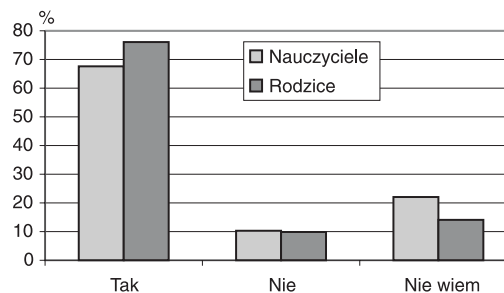
nastycznej (73,24%), w sali ćwiczeń korekcyjnych (32,39%), na pływalni (33,90%) i w ośrodku rehabilitacyjnym poza szkołą (59,15%). Niewielka liczba rodziców deklaruje systematyczną pracę z dzieckiem w domu (40,85%).

Zdecydowana większość dzieci lubi brać udział w zajęciach ruchowych (76,06% w opinii rodziców i 63,24% w opinii nauczycieli). Rodzice dzieci, które nie lubią ćwiczyć, tłumaczyli to następująco: „sprawiają ból” – 11,27%, „muszą wykonywać ściśle polecenia nauczyciela” – 8,45% i „widzą, że są mniej sprawne od innych” – 8,45%, natomiast 14,71% nauczycieli uzasadniło niechęć do ćwiczeń koniecznością podporządkowania się ścisłym poleceniom prowadzącego zajęcia.

Zajęcia ruchowe poprzedzają dość często pewne zmiany w zachowaniu dziecka:

- cieszy się, że będzie ćwiczyć (rodzice 64,79%, nauczyciele 47,06%),
- cieszy się na spotkanie z innymi dziećmi (rodzice 46,48%, nauczyciele 36,76%),
- jest pobudzone i rozkojarzone (rodzice 16,90%, nauczyciele 20,59%),
- jest zdenerwowane (rodzice 7,04%, nauczyciele 19,12%),
- jest płaczliwe (rodzice 12,68%, nauczyciele 10,29%),
- stara się uniknąć ćwiczeń (rodzice 14,08%, nauczyciele 17,65%).

Zarówno rodzice, jak i nauczyciele uważają, że zajęcia ruchowe przynoszą wyraźny efekt w odniesieniu do niesprawności dziecka, choć są i inne opinie (ryc. 2).



Ryc. 2. Efekty przynieszone przez zajęcia ruchowe z dziećmi niepełnosprawnymi w opinii rodziców i nauczycieli

Tabela 2. Uczestnictwo dzieci niepełnosprawnych w różnych zajęciach ruchowych w opinii rodziców i nauczycieli (%)

Badana grupa	Nauczyciele			Rodzice		
	WF	GK	ZD	WF	GK	ZD
Tak	77,94	36,76	69,12	66,20	39,44	78,87
Nie	22,06	60,29	27,94	33,80	59,15	19,72
Nie wiem	0	2,94	2,94	0	1,41	1,41
Razem	100	100	100	100	100	100

WF – wychowanie fizyczne, GK – gimnastyka korekcyjna, ZD – dodatkowe zajęcia usprawniające.

Respondenci widzą też wpływ ćwiczeń ruchowych na inne zajęcia. W opinii 52,11% rodziców i 29,41% nauczycieli uczeń po ćwiczeniach ruchowych chętniej wykonuje inne zadania, np. uczy się, czyta, rysuje. Kategorię „nie wiem” wybrało więcej nauczycieli niż rodziców (tab. 3). Różne opinie mają rodzice i nauczyciele na temat wpływu zmęczenia dzieci na podejmowanie innych zajęć. Częściej nauczyciele nie widzieli wpływu ruchu na aktywność dziecka.

Podobne są opinie rodziców i nauczycieli na temat udziału placówek opiekuńczo-wychowawczych w organizacji zajęć ruchowych. Obie grupy uważają, że w jednakowym stopniu partycypować powinny placówki i rodzice:

- obowiązek organizowania zajęć spoczywa wyłącznie na rodzicach – 11,27% rodziców i 4,41% nauczycieli,
- obowiązek organizowania zajęć spoczywa wyłącznie na szkole – 15,49% rodziców i 11,76% nauczycieli.

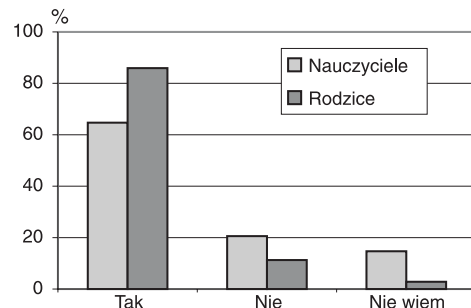
Rodzice powinni czynnie uczestniczyć w zajęciach ruchowych dziecka, ponieważ ich obecność wpływa mobilizująco na ćwiczącego. Rzadziej respondenci uważali, że obecność rodzica na zajęciach przeszkadza dziecku, rozprasza je i powoduje, że próbuje „wymigać się” od ćwiczeń (tab. 4).

Także większość badanych (64,71% nauczycieli i 85,91% rodziców) uważa, że udział dzieci niepełnosprawnych w zajęciach z dziećmi pełnosprawnymi sprzyja integracji i lepszemu rozwojowi (ryc. 3).

Refleksje końcowe i wnioski

Zwiększająca się populacja dzieci niepełnosprawnych spowodowała, że wzrosło zainteresowanie ich funkcjonowaniem w społeczeństwie. Świadczyć o tym może organizowanie placówek integracyjnych na wszystkich etapach edukacji. Bardzo powoli otaczający niepełnosprawnego świat zaczyna dostosowywać się do jego potrzeb. Ciągłe brakuje nam jeszcze bezkolizyjnych podjazdów, szerokich drzwi, obniżonych stopni przy wejściach do instytucji publicznych. Lecz wyraźnie widać nasilające się prace w tym kierunku. Jedną z takich form jest oferta zajęć ruchowych. Świadczy to o uznaniu ruchu jako znakomitego środka terapeutycznego.

Obserwacja środowiska dzieci niepełnosprawnych, przeprowadzone badania i literatura przedmiotu pozwoliły na sformułowanie pewnych spostrzeżeń:



Ryc. 3. Opinie rodziców i nauczycieli na temat wspólnych zajęć ruchowych na aktywność dzieci niepełnosprawnych i pełnosprawnych

Tabela 3. Zachowanie dzieci niepełnosprawnych po zajęciach ruchowych w opinii rodziców i nauczycieli (%)

Zachowanie	Jest aktywniejsze		Jest mniej aktywne	
	nauczyciele	rodzice	nauczyciele	rodzice
Tak	29,41	52,11	27,94	28,17
Nie	35,29	21,13	51,47	50,70
Nie wiem	35,29	26,76	20,59	21,13
Razem	100,00	100,00	100,00	100,00

Tabela 4. Wpływ udziału rodziców w zajęciach ruchowych na aktywność dzieci niepełnosprawnych w opinii rodziców i nauczycieli (%)

Badana grupa	Wskazany		Przeszkadza		Mobilizuje	
	nauczyciele	rodzice	nauczyciele	rodzice	nauczyciele	rodzice
Tak	69,12	84,51	33,82	33,80	26,47	40,85
Nie	16,18	7,04	42,65	43,66	41,18	35,21
Nie wiem	14,70	8,45	23,53	22,54	32,35	23,94
Razem	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

1. Dzieci chętnie uczestniczą w zajęciach ruchowych i są po nich aktywniejsze w innych dziedzinach nauki.
2. Obecność rodzica w czasie zajęć ruchowych wpływa korzystnie na aktywną postawę dziecka i mobilizuje je do pracy.
3. Częściej zajęcia ruchowe prowadzone są w zorganizowanej formie w różnych placówkach niż samodzielnie przez rodzica w domu.
4. Ruch sprawia dzieciom przyjemność, bo większość z nich „cieszy się, że będzie ćwiczyć” – co może także świadczyć o profesjonalizmie osób je prowadzących.

Piśmiennictwo

1. Borkowska M (red.). *Dziecko niepełnosprawne ruchowo*. Cz. 2. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, 1997.
2. Brzeziński W, Jędruch E. *Wychowanie fizyczne specjalne. Rewalidacja dzieci i młodzieży niepełnosprawnej*. Cz. III, Rozprawy i Studia. T. CCCLXXIV, Szczecin: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego; 1999.
3. Maciarz A. *Wybrane zagadnienia rewalidacji dzieci*. Zielona Góra: Wyższa Szkoła Pedagogiczna; 1984.

Adres Autorki:
Instytut Kultury Fizycznej
Uniwersytet Szczeciński
al. Piastów 40B, blok 6
71-065 Szczecin

I Międzynarodowe Sympozjum Naukowo-Szkoleniowe
„Człowiek przewlekle chory i niepełnosprawny
– interdyscyplinarne aspekty opieki”, Szczecin, 14–15 maja 2004

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ • DISABILITY

Problemy opieki stomatologicznej nad dziećmi niepełnosprawnymi

Dental health care and disabled children

KAROLINA GERRETH¹, AGNIESZKA LEWICKA²

¹ Studium doktoranckie, Katedra i Klinika Stomatologii Dziecięcej
Akademia Medyczna im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: prof. dr hab. Maria Borysewicz-Lewicka

² Studium doktoranckie, Zakład Organizacji i Zarządzania
Akademia Medyczna im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: dr hab., prof. AM Maria Danuta Głowacka

Streszczenie Problem leczenia stomatologicznego dzieci niepełnosprawnych nie uzyskał dotychczas w Polsce systemowego rozwiązania. Dane epidemiologiczne, aczkolwiek niezbyt liczne, wskazują przy tym na zły stan zdrowia jamy ustnej tej części społeczeństwa. Obecnie brak jest wyodrębnionych funduszy na opiekę nad osobami niepełnosprawnymi, a środki finansowe zawarte są w ramach kontraktów stomatologicznych. Pacjenci ci, leczeni są więc na tych samych warunkach, jak pozostali chorzy w lecznictwie publicznym bądź prywatnym przez stomatologów, którzy podejmują się tego zadania. Konieczność szczególnego zaangażowania ze strony personelu medycznego, znaczna czasochłonność i wyższy koszt, wynikające niejednokrotnie z utrudnionej współpracy z pacjentem powodują, że zbyt mała liczba lekarzy decyduje się na świadczenie tych usług. Innym problemem jest leczenie zębów u chorych wymagających znieczulenia ogólnego. W kraju wykonywane jest ono w niewielu placówkach publicznej służby zdrowia. Wstępną decyzję dotyczącą warunków, w jakich wykonany zostanie zabieg w gabinecie stomatologicznym, bądź w warunkach szpitalnych, gdzie może być przeprowadzone znieczulenie ogólne, podejmuje lekarz stomatolog na podstawie oceny zdolności pacjenta niepełnosprawnego do współpracy z lekarzem. Kwalifikacji ostatecznej dokonuje anestezjolog po analizie wyników badań i dokumentów przedłożonych przez pacjenta. Trudności objęcia pacjentów niepełnosprawnych właściwą opieką stomatologiczną są też często skutkiem nieświadomości rodziców, którzy skupiają się głównie na problemach wynikających z istnienia choroby przewlekłej bądź niepełnosprawności. Towarzyszy temu niejednokrotnie obniżenie dbałości o higienę jamy ustnej i wynikające z tego faktu pogorszenie stanu zdrowia uzębienia i przyzębia. Zaznaczyć przy tym należy, że kształtowanie prawidłowych nawyków zdrowotnych u pacjentów niepełnosprawnych może być w znacznym stopniu utrudnione ze względu na różnego stopnia upośledzenie fizyczne i/lub psychiczne. Kwestią, na którą należy zwrócić uwagę jest zatem zapewnienie prawidłowego poziomu edukacji prozdrowotnej rodziców i opiekunów. Szczególną funkcję pełnią tutaj pielęgniarki, w których szkoleniu przed- i podyplomowym powinna znaleźć się tematyka obejmująca tę problematykę.

Słowa kluczowe: dzieci niepełnosprawne, opieka stomatologiczna.

Summary So far, there has not been a systematic approach to dental treatment of disabled children in Poland. Scarce epidemiological data emphasize poor dental status of such children. At present there are not special funds earmarked for dental care of disabled children. Disabled patients are treated as other patients, public or private, by dentists who care to see to their dental problems. Such situation results from time-consuming procedures and higher costs of treatment as well as greater involvement of the dental staff and parents. A problem of special difficulty is treatment of generally anaesthetized patients; this procedure is available at only a few places in Poland. The decision where and how a disabled child will be treated (at a dental surgery or a hospital where general anesthesia can be applied) rests with the dentist who can evaluate the patient's readiness to cooperate with him. The final approval is made by the anesthetist. Not infrequently, unawareness of the problem, focusing on the disease responsible for the disability or on another accompanying ailment make the parents neglect oral cavity hygiene. This leads to further aggravation of dental health status. Teaching both disabled children and their parents how to take care of the teeth properly can be quite a problem because of a different degree of physical and/or mental disability. Another question is shaping proper dental care attitudes of parents. Dental nurses have a special role to play here and that is why, their undergraduate and postgraduate training should include problems of dental health care of the disabled.

Key words: disabled children, dental health care.

Aktualnie dostępne są nieliczne dane epidemiologiczne opisujące stan zdrowia jamy ustnej pacjentów niepełnosprawnych w Polsce [1–8]. Wyniki badań przeprowadzonych w latach 90. przez Borysewicz-Lewicką i wsp. wśród dzieci uczęszczających do szkół specjalnych, wskazują na niezadowalający stan zdrowia jamy ustnej w tej grupie osób [1]. Adamowicz-Klepalska i Nowak-Edin przedstawiły problem występowania chorób jamy ustnej w grupie dzieci z zespołem Downa, które znajdują się w grupie dyspanseryjnej, ze względu na upośledzenie umysłowe i są znacznie bardziej narażone na próchnicę niż ich zdrowi rówieśnicy [2].

Limanowska-Shaw i wsp. dokonali oceny nawyków higienicznych oraz stanu dziąseł wśród młodzieży niepełnosprawnej czynnie uprawiającej sport, biorącej udział w VII Ogólnopolskich Letnich Igrzyskach Olimpiad Specjalnych [3]. Na podstawie wywiadu przeprowadzonego z pacjentami autorzy ustalili, iż 81,1% badanych codziennie wykonuje zabiegi higieniczne w obrębie jamy ustnej, 5,9% od dwóch do sześciu razy w tygodniu oraz 4,3% i 3,3% odpowiednio raz, bądź rzadziej niż raz w tygodniu. Podczas badania jamy ustnej brak zmian klinicznych w obrębie dziąsła brzeżnego zaobserwowano u 42,5% osób, u 57,4% występowało zapalenie objawiające się krwawieniem dziąseł, a u 38,2% spostrzeżono występowanie kamienia nazębnego. Należy przypuszczać, iż badana przez autorów młodzież niepełnosprawna wykazywała lekki lub umiarkowany stopień upośledzenia umysłowego, przy w miarę dobrej kondycji fizycznej. Systematycznie wykonywane ćwiczenia z pewnością w znacznym stopniu korzystnie wpływały na zdolności manualne w tej grupie badanych przyczyniając się do poprawy poziomu nawyków higienicznych.

Na znaczne zaniedbania stomatologiczne w grupie dzieci upośledzonych oraz fakt na udzielanie pomocy w sposób doraźny zwracają szczególną uwagę Szymańska i Bogucka-Gordziejko oraz Orlik i Mielnik-Błaszczak. Autorzy stwierdzili zbyt późne podejmowanie próby leczenia, następstwem czego jest konieczność wykonywania licznych ekstrakcji zębów stałych i mlecznych [4, 5].

Uważa się, że dzieci niepełnosprawne należą do grupy osób o zwiększonym ryzyku wystąpienia chorób jamy ustnej. Przyczynami tego stanu są m.in.: trudności we wdrażaniu prawidłowych nawyków dietetycznych oraz higienicznych, a także ograniczenia w ich wykonywaniu przez tę część populacji. Spowodowane jest to czasem mniejszymi możliwościami manualnymi tych pacjentów w porównaniu z grupą dzieci zdrowych, brakami pomocy ze strony rodziców w realizacji działań profilaktycznych, bądź małej świadomo-

ści opiekunów co do konieczności wykonywania regularnych zabiegów profilaktycznych i leczniczych. Problemem jest także brak stomatologów świadczących specjalistyczne usługi osobom niepełnosprawnym [9].

W okresie funkcjonowania Kas Chorych istniały wyodrębnione fundusze przekazywane w ramach kontraktów stomatologicznych placówkom zajmującym się opieką nad tą częścią społeczeństwa. W chwili obecnej pacjenci niepełnosprawni, leczeni są na tych samych warunkach, jak pozostali chorzy w publicznej służbie zdrowia lub w prywatnych praktykach stomatologicznych przez lekarzy, którzy podejmują się tego zadania. Ze względu na znaczną czasochłonność i wyższy koszt, wynikające niejednokrotnie z utrudnionej współpracy z pacjentem, niewielu z nich decyduje się na świadczenie usług stomatologicznych osobom o mniejszej sprawności. Przeprowadzanie leczenia wymaga nie tylko większego zaangażowania zarówno ze strony personelu, jak i rodziców, ale również odpowiedniego wyposażenia gabinetu. Obserwuje się, że aktualnie opieka stomatologiczna nad osobami niepełnosprawnymi nie ma charakteru planowego, lecz doraźny. Rodzice lub opiekunowie zgłaszają się z dzieckiem najczęściej dopiero w momencie wystąpienia bólu w obrębie jamy ustnej. Z drugiej strony ograniczenia dostępności do świadczeń stomatologicznych powodują, że pacjent z tej grupy ma mniejsze szanse na profesjonalną profilaktykę i leczenie.

Rodzice koncentrując się na problemach wynikających z istnienia choroby przewlekłej bądź niepełnosprawności odsuwają troskę o zdrowie jamy ustnej na plan dalszy, nie mając świadomości, jak duży wpływ na cały organizm chorego ma stan zdrowia jamy ustnej. Należy w tym miejscu podkreślić znaczenie profilaktyki próchnicy i jej powikłań, która we wszystkich dziedzinach medycyny traktowana jest priorytetowo [9–11].

Wiodącą rolę przypisuje się opiekunom dziecka, którzy na co dzień powinni wdrażać i kontrolować właściwe zachowania zdrowotne. Przeprowadzanie szkolenia rodziców powinno należeć do pielęgniarek bądź higienistek stomatologicznych, szczególnie odnośnie do instruktażu dotyczącego zasad przestrzegania higieny jamy ustnej oraz wykonywania podstawowych zabiegów profilaktycznych. Zagadnienie to podkreślone jest m.in. przez Wierzbicką i Adamowicz-Klepalską, które w swojej pracy omawiają znaczenie edukacji prozdrowotnej. Autorki przedstawiają zalecenia dotyczące zasad doboru i stosowania metod zapobiegania próchnicy zębów [12].

Także Jańczuk w swoim artykule opowiada się za wprowadzeniem zróżnicowanych programów w zależności od nasilenia aktywności choroby próchnicowej, czyli zależnie od ryzyka jej wystą-

pienia. Rozwiązanie takie powinno okazać się zarówno skuteczne, jak i korzystne ekonomicznie, gdyż pozwoli zmniejszyć nakłady finansowe na profilaktykę dla dzieci i młodzieży nie potrzebujących szczególnej prewencji, jednocześnie zwiększając intensywność zabiegów profilaktycznych w grupie osób zagrożonych, do których można zaliczyć dzieci niepełnosprawne i przewlekle chore [13].

Duże wyzwanie dla lekarza stomatologa stanowi leczenie dzieci ciężko upośledzonych, ze względu na brak możliwości współpracy ze strony pacjenta. W tych sytuacjach konieczne jest przeprowadzenie zabiegu stomatologicznego w znieczuleniu ogólnym. Taka forma leczenia wykonywana jest jednakże w nielicznych placówkach publicznej służby zdrowia. W województwie wielkopolskim w 2004 r. na przeprowadzanie zabiegów stomatologicznych w znieczuleniu ogólnym kontrakt z NFZ uzyskały dwie jednostki.

Wstępną decyzję dotyczącą formy, w jakiej przeprowadzone zostanie leczenie stomatologiczne pacjenta niepełnosprawnego umysłowo w gabinecie stomatologicznym bądź w szpitalu (leczenie w znieczuleniu ogólnym) podejmuje lekarz stomatolog, na podstawie oceny zdolności pacjenta niepełnosprawnego do współpracy przy uwzględnieniu ewentualnego współistnienia chorób towarzyszących. W pierwszej kolejności stomatolog przeprowadza wywiad z rodzicami bądź opiekunami dziecka, a następnie podejmuje próbę nawiązania kontaktu z pacjentem oraz bada jamę ustną i ustala potrzeby lecznicze. Z doświadczeń własnych wynika, iż z niektórymi dziećmi niepełnosprawnymi skierowanymi do zabiegów w znieczuleniu ogólnym udaje się nawiązać taki poziom kontaktu, że możliwe jest przeprowadzenie leczenia w standardowych warunkach gabinetu stomatologicznego. W innych przypadkach ostatecznej kwalifikacji pacjentów dokonuje anestezjolog po zapoznaniu się z wynikami badań i dokumentami przedłożonymi przez chorego. Leczenie z zakresu stomatologii zachowawczej i chirurgii stomatologicznej przeprowadzają lekarze specjaliści. Jeżeli kondycja pacjenta nie zezwalała na szczegółowe badanie jamy ustnej w gabinecie stomatologicznym, wykonuje się je na początku zabiegu i ustala tok postępowania leczniczego, wyznaczając zęby do leczenia lub ekstrakcji.

Postępowanie lecznicze w znieczuleniu ogólnym wymusza najczęściej bardziej radykalne postępowanie, gdyż nie może być przeprowadzane zbyt często. W trakcie jednego zabiegu lekarze starają się uwzględnić wszystkie potrzeby lecznicze [14, 15]. W rozmowie z rodzicami zawsze zaznacza się konieczność nawiązania regularnego kontaktu ze stomatologiem i dopilnowanie

wykonywania zabiegów higienicznych w obrębie jamy ustnej dziecka oraz zgłaszanie się na wizyty kontrolne w gabinecie. Niekiedy podejmuje się decyzję o ekstrakcji zęba z zaawansowanymi zmianami chorobowymi, który w innej sytuacji mógłby być leczony zachowawczo wieloetapowo.

Profesjonalna opieka stomatologiczna powinna jednak obejmować nie tylko profilaktykę i leczenie próchnicy. To także kompleksowa opieka nad ogólnym stanem zdrowia jamy ustnej – przeciwdziałanie powstawaniu i leczenie wad zgryzu sprzężonych z niepełnosprawnością, a wynikających ze wzmożonego lub osłabionego napięcia mięśni twarzoczaszki; terapia nawyków okołoustnych, takich jak ssanie palca, ślinienia się itp.

Ogromną rolę w pozytywnym nawiązywaniu kontaktu z pacjentem odgrywa cały zespół sprawujący opiekę stomatologiczną nad dzieckiem niepełnosprawnym. Z obserwacji wynika, że często rodzice i opiekunowie tych pacjentów przyjmują bardzo różne postawy podczas wizyty. Zachowania te obejmują skrępowanie i zażenowanie, obawę przed reakcją otoczenia, lecz również zniecierpliwienie i postawy roszczeniowe w stosunku do personelu.

Podstawą sukcesu w terapii jest nawiązanie pozytywnego kontaktu zarówno z pacjentem, jak i z osobami sprawującymi nad nim opiekę. Bardzo ważne jest uspokojenie i przełamanie barier, mające na celu przeprowadzenie jak najbardziej szczegółowego wywiadu, co pozwoli na dopasowanie dostępnych metod terapeutycznych do możliwości pacjenta. Zbierane informacje nie powinny zawęzać się tylko do danych związanych ze stanem zdrowia czy dolegliwościami w obrębie jamy ustnej, ale także dotyczyć sposobu prowadzenia dziecka, jego umiejętności poznawczych i możliwości nawiązywania kontaktu, sposobu komunikowania się i rytmu dnia.

Dziecko niepełnosprawne w zależności od obszaru dotkniętego upośledzeniem wymaga dostosowania opieki do jego potrzeb. Osoby z trudnościami fizycznymi, które wymagają posługiwania się wózkami inwalidzkimi, będą wymagały pomocy przy przemieszczeniu na fotel dentystryczny. Dziecku niewidomemu należy bardzo dokładnie wytłumaczyć całą procedurę tak, aby uniknąć odruchu obronnego spowodowanego strachem po włączeniu turbiny czy podczas wprowadzania instrumentów do jamy ustnej. Należy pamiętać o słownym uspokajaniu dziecka, gdyż nie będzie ono reagowało na uśmiech personelu ze względu na swoją niepełnosprawność. Podobnie osobom niesłyszącym należy w sposób możliwie wyczerpujący wyjaśnić planowane postępowanie. Warto rozważyć naukę podstawowych znaków z języka migowego w przypadku częstego kontaktu z osobami niesłyszącymi. Jeże-

li dziecko posługując się tą formą porozumiewania się, może ona znacznie ułatwić i przyspieszyć komunikację w gabinecie. Wszystkie te kwestie należy szczegółowo omówić z osobami sprawującymi opiekę.

Ponieważ dobro dziecka jest najważniejsze, należy zaznaczyć je w sposób jak najdokładniejszy z otoczeniem i planowaną procedurą, tak aby zminimalizować obawę i w pełni wykorzystać potencjał pacjenta. Nie jest to jednak możliwe bez ścisłej współpracy z rodzicami czy opiekunami. Ogromnym wyzwaniem dla personelu, zarówno lekarzy stomatologów, jak i pielęgniarek czy higienistek stomatologicznych, jest zbudowanie relacji z rodziną dotkniętą niepełnosprawnością opartych na zrozumieniu i wsparciu. Należy pamiętać, że pomimo, iż problemy stomatologiczne nie są najważniejszymi troskami dla tych rodziców, powinni oni być świadomi powiązań, jakie istnieją pomiędzy prawidłową higieną i zdrowiem jamy ustnej a ogólnym samopoczuciem dziecka.

W podsumowaniu należy podkreślić, iż opieka stomatologiczna nad dziećmi niepełnosprawnymi w Polsce jest niewystarczająca. Świadczy o tym fakt istnienia znacznego odsetka zębów z próchnicą, utraconych z powodu próchnicy oraz wysokie wskaźniki higieny jamy ustnej w tej grupie osób. Związane jest to z trudnościami, jakie napotyka lekarz stomatolog w pracy z dziećmi upośledzonymi umysłowo: brak współpracy ze strony pacjenta i opiekunów, brak odpowiedniego zaplecza technicznego oraz brak specjalistycznych procedur dla tej grupy. Wynika stąd potrzeba opracowania specjalistycznego profilaktyczno-leczniczego programu stomatologicznego, z uwzględnieniem standardów postępowania z pacjentem niepełnosprawnym, przy zapewnieniu odpowiednich środków finansowych na jego

realizację. Konieczne jest przygotowanie gabinetów z odpowiednim rozwiązaniem architektonicznym, technicznym oraz specjalnie przeszkolonym personelem medycznym [16]. Umożliwi to prowadzenie systematycznych kontroli, zabiegów profilaktycznych i leczniczych w obrębie jamy ustnej, wpływając na polepszenie stanu zdrowia osób upośledzonych. Zmniejszy się w ten sposób konieczność przeprowadzania doraźnej pomocy stomatologicznej w znieczuleniu ogólnym, najczęściej opierającej się na jednoczasowej sanacji jamy ustnej, a polegającej na wykonaniu licznych wypełnień i ekstrakcji. Zabieg łączy się z obciążeniem pacjenta i zwiększa koszty leczenia. Stąd kładzie się nacisk na regularne wykonywanie planowanej profilaktyki i leczenia.

Zwiększona musi zostać również dostępność dzieci upośledzonych w ciężkim stopniu do leczenia stomatologicznego w znieczuleniu ogólnym, gdyż w większości przypadków jest to jedyna skuteczna forma, w jakiej może zostać przeprowadzony zabieg w tej grupie pacjentów [17].

Niezbędnym czynnikiem, koniecznym do wprowadzenia określonych zadań jest czynne zaangażowanie rodziców lub opiekunów dziecka. Do nich również powinien zostać skierowany specjalny program edukacji prozdrowotnej, kładący nacisk na właściwe żywienie, systematyczne i dokładne wykonywanie zabiegów higienicznych u dzieci oraz odbywanie regularnych wizyt w gabinetach stomatologicznych. Przede wszystkim należy uzmysłowić opiekunom, iż gorszy stan uzębienia dzieci nie jest spowodowany niepełnosprawnością, lecz złym stanem higienicznym jamy ustnej. Program edukacyjny może być realizowany przez odpowiednio do tego zadania przygotowane pielęgniarki, w których szkoleniu przed- i podyplomowym powinna znaleźć się tematyka obejmująca powyższą problematykę.

Piśmiennictwo

1. Borysewicz-Lewicka M, Kaczmarek A, Krokos K. Ocena stanu uzębienia uczniów szkoły specjalnej. *Czas Stomatol* 1996; XLIX, 12: 813–816.
2. Adamowicz-Klepalska B, Nowak-Edin R. Stomatologiczny aspekt zespołu Downa u dzieci. *Czas Stomatol* 1999; LII, 6: 389–393.
3. Limanowska-Shaw H, Paszyńska E, Deręgowska-Nosowicz P, Borysewicz-Lewicka M, Opydo-Szymaczek J, Gromadzińska-Zapłata E, Suliborski S, Biskupski T, Łukomska M, Wochna-Sobańska M, Bruzda-Zwiech A. Ocena stanu dziąseł oraz nawyków higienicznych u sportowców Olimpiad Specjalnych. *Czas Stomatol* 2003; LVI, 6: 415–420.
4. Szymańska J, Bogucka-Gordziejko M. Zabiegi stomatologiczne wykonywane w znieczuleniu ogólnym u pacjentów w wieku rozwojowym. *Czas Stomatol* 1999; LII, 9: 591–596.
5. Orlik M, Mielnik-Błaszczak M. Ocena stanu uzębienia i higieny jamy ustnej u dzieci i młodzieży specjalnej troski. *Przegl Stomatol Wieku Rozw* 1997; 4, 20: 18–21.
6. Strużak-Wysokińska M, Wysokińska-Miszczuk J, Niedzielska K. Ocena stanu uzębienia młodzieży upośledzonej umysłowo, pozbawionej planowej opieki stomatologicznej. *Wiad Lek* 1984; XXXVII, 8: 619–624.
7. Pels E. Ocena stanu higieny jamy ustnej i stanu przyzębia u dzieci z zespołem Downa. *Przegl Stomatol Wieku Rozw* 1999, 1, 25, 14–17.
8. Opydo-Szymaczek J, Kaczmarek A, Krokos K. Ocena periodontologicznych potrzeb leczniczych uczniów szkoły specjalnej. *Pozn Stomatol* 2002; XXIX: 189–195.

9. Rump Z, Przybylska J. Rola współpracy pediatry ze stomatologiem w utrzymaniu zdrowia jamy ustnej przewlekle chorych: standardy postępowania. *Przeł Stomatol Wiek Rozw* 1998; 22/23: 56–60.
10. Wójciak L, Lausch-Żuk J, Twardowski A, Stachowiak K. Czynniki wpływające na profilaktykę i leczenie zębów u dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim. *Czas Stomatol* 1990; XLIII, 8: 459–463.
11. Rump Z. Promocja zdrowia jamy ustnej: strategia i treści merytoryczne dla populacji dzieci przewlekle upośledzonych. *Przeł Stomatol Wiek Rozw* 1994; 6–7: 100–102.
12. Wierzbicka M, Adamowicz-Klepalska B. Zalecenia w sprawie zasad doboru i stosowania metod zapobiegania próchnicy zębów i zapaleniom dziąseł w okresie przekształceń systemowych w ochronie zdrowia. *Czas Stomatol* 1999; LII, 5: 340–348.
13. Jańczuk Z. Z profilaktyką czy bez profilaktyki? *Mag Stomatol* 2002; 127, 4: 10–12.
14. Chłapowska J, Gromadzińska-Zapłata E. Uwagi na temat zabiegów stomatologicznych w znieczuleniu ogólnym u dzieci. *Pozn Stomatol* 1993; XXI: 137–140.
15. Dziedzic A. Specyfika, możliwości i ograniczenia opieki stomatologicznej nad pacjentami ze schorzeniami psychicznymi. *Mag Stomatol* 2000; 10: 40–46.
16. Kozak R. *Stan zdrowia zębów i przyzębia oraz potrzeby lecznicze dzieci upośledzonych umysłowo przebywających w specjalnych ośrodkach szkolno-wychowawczych województwa zachodniopomorskiego*. Praca doktorska. Szczecin 2004.
17. Stodółkiewicz A, Petkowicz B. Leczenie stomatologiczne dzieci z zastosowaniem znieczulenia ogólnego. *Mag Stomatol* 1994; 9: 34–35.

Adres I Autorki:

Katedra i Klinika Stomatologii Dziecięcej
AM w Poznaniu
ul. Rokietnicka 5D
60-806 Poznań

Wpływ aktywności zawodowej na jakość życia po udarze niedokrwiennym mózgu

Influence of employment on the quality of life after stroke

IWONA ROTTER, BEATA KARAKIEWICZ, JACEK BRODOWSKI

Samodzielna Pracownia Pielęgniarstwa Rodzinnego, Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie
Kierownik: dr n. med. Beata Karakiewicz

Streszczenie Celem pracy była ocena wpływu aktywności zawodowej chorych na jakość życia po udarze niedokrwiennym mózgu. Badaniami objęto 79 chorych po pierwszorazowym udarze. Jakość życia oceniono za pomocą kwestionariusza London Handicap Scale, a wyniki odniesiono do sytuacji zawodowej chorych sprzed zachorowania, jak i po zachorowaniu. Uzyskane wyniki wskazują, że aktywność zawodowa sprzed zachorowania nie wpływa na jakość życia badanych. Stwierdzono natomiast, że większość chorych po udarze nie wraca do pracy zawodowej, natomiast ci, którzy wznowili pracę uzyskują istotnie lepszą jakość życia.

Słowa kluczowe: udar mózgu, aktywność zawodowa, jakość życia.

Summary The aim of this work was to assess the influence of employment on the quality of life after stroke. Examination included 79 patients after first stroke. Quality of life was assessed with the London Handicap Scale. The results of QOL were compare to employment situation before and after stroke. It was found that employment before stroke has not influence on QOL. The most of patients did not come beck to work after stroke. Patients returning to work demonstrate a higher quality of life.

Key words: stroke, professional activity, quality of life.

Wstęp

Według definicji WHO, jakość życia (QOL) to indywidualny sposób spostrzegania przez jednostkę jej pozycji życiowej w kontekście kulturowym, systemie wartości oraz w odniesieniu do jej zadań, oczekiwań i standardów uwarunkowanych środowiskowo [1].

Ocenę jakości życia można traktować jako obraz sytuacji życiowej człowieka odnoszący się do pewnego fragmentu jego życia porównywany do określonego wzorca idealnego.

Badanie jakości życia nabiera szczególnego znaczenia w przypadku chorób przewlekłych, podczas których funkcjonowanie chorego ulega znacznemu zaburzeniu i ma istotny wpływ na jego sytuację życiową i jej subiektywny odbiór [5].

Oceniając jakość życia, najczęściej bierze się pod uwagę takie sfery życia, jak: warunki bytowe, stosunki rodzinne i społeczne, pracę, naukę, sytuację finansową, zdrowie, bezpieczeństwo, religię, spędzanie wolnego czasu oraz życie seksualne [1].

Przebyty udar mózgu wywiera znaczący wpływ na dalsze życie człowieka. Wynika to zazwyczaj z upośledzonej sprawności ruchowej, zaburzeń komunikacyjnych, emocjonalnych, kognitywnych, które stanowią częste następstwo udaru mózgu. W efekcie u chorego dochodzi do zmniejszenia aktywności społecznej, zawodowej, pogorszenia sytuacji ekonomicznej, co wiąże się z obniżeniem jakości życia.

Cel pracy

Celem pracy była ocena wpływu aktywności zawodowej chorych po przebyłym udarze mózgu na jakość życia.

Materiał i metody

Badaniami objęto 79 pacjentów po przebyłym pierwszorazowym udarze niedokrwiennym mózgu.

Wiek badanych mieścił się w granicach chorych od 25 do 70 r.ż. Dodatkowe kryteria włączenia do badań stanowiły: niewystępowanie przed zachorowaniem niesprawności fizycznej i chorób psychicznych oraz brak deficytów poznawczych i zaburzeń mowy uniemożliwiających czynny udział w badaniu.

U każdego chorego jakość życia oceniano trzykrotnie w warunkach środowiskowych – po 3, 6 i 12 miesiącach od momentu zachorowania. Do badania użyto kwestionariusza London Handicap Scale, który ocenia sześć kategorii jakości życia: mobilność (um), samoobsługę (us), pracę i czas wolny (up), integrację społeczną (uk), orientację (uo), samowystarczalność ekonomiczną (uz). Na podstawie uzyskanych wyników obliczono współczynnik ograniczenia aktywności – handicap.

Handicap = $0,456 + um + us + up + uk + uo + uz$.

Wartości handicap możliwe do uzyskania mieszczą się w przedziale od 0 do 1. Wynik

w okolicach 1 oznacza pełną niezależność i samodzielność pacjenta.

Uzyskane wyniki jakości życia chorych odniesiono do ich aktywności zawodowej sprzed zachorowania, jak i po zachorowaniu na udar niedokrwienny mózgu oraz poddano analizie statystycznej.

Wyniki

W tabeli 1 przedstawiono aktywność zawodową chorych przed zachorowaniem. W grupie badanej 29 osób (36,71%) przed zachorowaniem na udar mózgu było aktywne zawodowo, 22 osoby (27,85%) były emerytami, 20 chorych (25,32%) było na rencie inwalidzkiej, 2 osoby (2,53%) były bezrobotne, zaś pozostałe 6 osób (7,59%) były to kobiety pozostające na utrzymaniu męża.

Tabele 2 i 3 obrazują, jak kształtowała się jakość życia chorych po udarze w odniesieniu do aktywności zawodowej sprzed zachorowania.

Porównując uzyskane przez chorych wartości współczynnika ograniczenia aktywności w obu badanych podgrupach w analogicznych etapach badania nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w jakości życia chorych po udarze.

Podsumowując powyższe wyniki, należy stwierdzić, że aktywność zawodowa sprzed zachorowania nie wpływa na jakość życia chorych po udarze niedokrwiennym mózgu.

Przed zachorowaniem 29 osób (66,71% badanych) pracowało zawodowo. Po roku od zachorowania aktywnych zawodowo było 9 osób (11,39%). Niekorzystne następstwa udaru uniemożliwiły ponowne podjęcie pracy zawodowej 20 badanych chorym (25,32%).

Tabela 1. Aktywność zawodowa chorych z grupy badanej przed zachorowaniem

	Liczba badanych	% badanych
Czynni zawodowo	29	36,71
Emeryci	22	27,85
Renciści	20	25,32
Bezrobotni	2	2,53
Na utrzymaniu współmałżonka	6	7,59
Razem	79	100

Tabela 2. Jakość życia chorych po udarze niedokrwiennym mózgu czynnych zawodowo przed zachorowaniem (n – 29; 36,71%)

Badanie	n	N	HANDICAP			
			min–max	Q1–Q3	me	X ± SD
3	29	–	0,229–0,967	0,329–0,745	0,419	0,508 ± 0,235
6	29	–	0,276–1	0,453–0,821	0,560	0,621 ± 0,242
12	29	–	0,276–1	0,405–0,864	0,613	0,624 ± 0,247

Tabela 3. Jakość życia chorych po udarze niedokrwiennym mózgu nieczynnych zawodowo przed zachorowaniem (n – 50; 63,29%)

Badanie	n	N	HANDICAP			
			min–max	Q1–Q3	me	X ± SD
3	50	+	0,141–0,820	0,347–0,584	0,503	0,479 ± 0,160
6	50	+	0,181–1	0,425–0,683	0,575	0,570 ± 0,205
12	50	–	0,244–1	0,416–0,822	0,610	0,620 ± 0,220

Tabela 4. Jakość życia chorych, którzy po udarze niedokrwiennym mózgu wznowili aktywność zawodową w porównaniu do badanych niepracujących

Praca	n	N	HANDICAP			
			min-max	Q1-Q3	me	X ± SD
TAK	9	–	0,831–1	0,883–1	0,967	0,936 ± 0,070
NIE	79	–	0,244–1	0,404–0,686	0,566	0,579 ± 0,210

W tabeli 4 przedstawiono, jak kształtuje się jakość życia chorych, którzy po przebytych udarze niedokrwiennym mózgu wznowili aktywność zawodową w stosunku do niepracujących w 12 miesiącu obserwacji.

Uzyskane wyniki wykazały, że jakość życia chorych, którzy w ciągu roku po udarze powrócili do pracy zawodowej, była istotnie statystycznie wyższa niż QOL chorych niepracujących ($p < \cdot 10^{-6}$).

Dyskusja

Ostatnie 25-lecie XX wieku w zakresie badań nad udarem mózgu to okres, w którym z jednej strony na podstawie badań eksperymentalnych opisano sekwencję zmian molekularnych, jakie zachodzą podczas niedokrwienia mózgu [9], z drugiej zaś – w związku z rozwojem holistycznej koncepcji medycyny odpowiedzialnej za całego pacjenta – to zwrócenie uwagi na problemy egzystencjalne chorych, którzy przeżyli udar mózgu [8].

Badania jakości życia nabierają szczególnego znaczenia w odniesieniu do osób z chorobami przewlekłymi, powodującymi trwałe upośledzenie sprawności ruchowej czy intelektualnej.

Przebyty udar mózgu wywiera znaczący wpływ na dalsze życie człowieka. Następstwa wywołane tą chorobą często uniemożliwiają kontynuowanie dotychczasowego trybu życia i zmuszają chorego do wielu ograniczeń, w tym do zaprzestania aktywności zawodowej. W efekcie pogarsza się sytuacja ekonomiczna pacjentów, chorzy mają poczucie utraty statusu społecznego, co sprzyja występowaniu depresji i pogarsza jakość życia.

Jak kształtuje się jakość życia po udarze u chorych, którzy przed udarem byli czynni zawodowo w stosunku do niepracujących?.

Z przeprowadzonych badań wynika, że w ana-

logicznych etapach badania jakość życia chorych aktywnych zawodowo przed zachorowaniem, jak i niepracujących nie różniła się istotnie.

Natomiast analizując jakość życia pacjentów, którzy w ciągu roku po udarze powrócili do pracy, stwierdzono, że znacznie lepiej postrzegają oni swoje życie w porównaniu z pacjentami, którzy nie podjęli ponownie aktywności zawodowej. Niewątpliwie wynika to z faktu, że powrót do pracy uwarunkowany był lepszym stanem zdrowia, w tym lepszym stanem funkcjonalnym i emocjonalnym, co sprzyja dobrej jakości życia.

Podobne obserwacje dotyczące aktywności zawodowej po udarze poczyniła King, a także Niemi [4, 5]. Badania International Center for Disabled z roku 1986 świadczą o tym, że osoby niepełnosprawne nieczynne zawodowo są mniej usatysfakcjonowane swoim życiem niż ich pracujący koledzy [7]. Godnymi podkreślenia w tym miejscu wydają się założenia polskiej koncepcji rehabilitacji, zgodnie z którymi za jeden z elementów procesu kompleksowej rehabilitacji przyjmuje się rehabilitację zawodową, której celem jest przygotowanie osoby niepełnosprawnej do pracy, uwzględniając jej możliwości psychofizyczne i kwalifikacje zawodowe [2].

Wnioski

1. Sytuacja zawodowa sprzed zachorowania na udar mózgu nie wpływa na jakość życia po wystąpieniu choroby.
2. Większość chorych, którzy przed udarem byli czynni zawodowo, po przebyciu choroby nie podejmuje aktywności zawodowej.
3. Chorzy, którzy po przebytych udarze powracają do aktywności zawodowej uzyskują istotnie lepszą jakość życia w stosunku do osób, którym następstwa spowodowane chorobą nie pozwalają na wznowienie aktywności zawodowej.

Piśmiennictwo

1. Czernicki J, Broła W. Jakość życia chorych po udarze mózgu. *Post Rehabil* 1999; XII: 37.
2. Dega W, Milanowska K. *Rehabilitacja medyczna*. Warszawa: PZWL; 1994.
3. Dyga-Konarska M. Jakość życia w naukach społecznych i medycznych. *Standardy Med* 2000; X: 64.

4. King RB. Quality of life after stroke. *Stroke* 1996; 27: 1467.
5. Niemi M, Laaksonen R, Kotila M, Waltimo O. Quality of life 4 years after stroke. *Stroke* 1988; 19: 1101.
6. Pierzchała K, Kapustecki J, Saj R, Izydorczyk B. Samoocena jakości życia u chorych z udarem mózgu. *Post Rehabil* 1999; XII, 2: 31.
7. The ICD Survey of Disabled Americans: *Bringing Disabled Americans Into the Mainstream*. New York, NY: International Center for the Disabled; 1986.
8. Van Gijn J. Measurement of outcome in stroke prevention trials. *Cerebrovascular Dis* 1992; Suppl. 1: 23.
9. Warlow CP, Dennis MS, van Gijn J, Hankey GJ, Sandercock PAG, Bamford JM, Wardlaw JM. *Stroke – a practical guide to management*. Oxford: Blackwell Science; 2001.

Adres Autorek:

Samodzielna Pracownia Pielęgniarstwa Rodzinnego

PAM w Szczecinie

ul. Podgórna 22/23

70-205 Szczecin

Wpływ hipoterapii na sferę psychiczną i społeczną rehabilitowanych dzieci – uwagi własne

Influence of horse-therapy on psychical and social sphere of rehabilitated children

ANETA KLIMBERG*

Zakład Higieny Katedry Medycyny Społecznej Akademii Medycznej
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: dr hab. med. Jerzy T. Marcinkowski
Sekcja Hipoterapii Klubu Jeździeckiego „Tarpan” w Poznaniu
Poznańskie Towarzystwo Hipoterapeutyczne

Streszczenie Doświadczenia własne z zakresu hipoterapii (z 17-letniej działalności Sekcji Hipoterapii Klubu Jeździeckiego „Tarpan” w Poznaniu) potwierdzają korzystny wpływ nie tylko na narządy ruchu, ale także na sferę psychiczną i społeczną. Koń wpływa bardzo silnie na osoby rehabilitowane, czym przewyższa metody rehabilitacji z zastosowaniem martwego sprzętu. Poprawa stanu psychicznego wynika głównie z bezpośredniego kontaktu z żywym, dużym zwierzęciem. Jest to bardzo ważny czynnik dla niepełnosprawnych dzieci. Obecność konia, jego ruchów stwarza niepowtarzalną atmosferę. Między rehabilitowanymi dziećmi i końmi nawiązują się więzi emocjonalne. Wpływają one bardzo korzystnie na psychikę dzieci. Obcowanie z koniem i jego otoczeniem wzbogaca wiedzę niepełnosprawnych, często niezdolnych do samodzielnej egzystencji pacjentów, uczy ich samodzielności, odpowiedzialności i współpracy z innymi. Jazda konna sprzyja relaksowi i odprężeniu, wpływa na równowagę emocjonalną, powoduje osłabienie reakcji nerwicowych, mobilizuje i nie nuży, „wyostrza” zmysły. Dzieci nadpobudliwe szybko się uspokajają, są bardzo skupione. Hipoterapia motywuje do mówienia, wpływa mobilizująco na przebywanie pośród innych ćwiczących, zmniejsza odizolowanie od społeczeństwa, sprzyja nawiązywaniu kontaktów z innymi. Kolejnym bardzo istotnym czynnikiem jest uspołecznianie (socjalizacja) niepełnosprawnych dzieci, które nierzadko nie uczęszczają do przedszkola czy szkoły, gdyż są objęte indywidualnymi programami nauczania. Korzyści z uczęszczania na zajęcia hipoterapii podkreślają wszyscy rodzice i opiekunowie dzieci. Jako metoda rehabilitacji powinna być zalecana nie tylko do usprawniania fizycznego, ale także psychicznego (rehabilitacji psychopedagogicznej).

Słowa kluczowe: hipoterapia, rehabilitacja, usprawnianie.

Summary Self-experience in the field of horse-therapy (17 years of work of Horse-Therapy Section In Horsemanship Club *Tarpan* in Poznań) confirmed its beneficial influence both on movement organs and psychical and social spheres. Contact with horse has strong influence on rehabilitated persons; this is the advantage of this method of therapy among traditional methods using normal equipment. Improvement of psychical status in the result of close contact with alive, big animal it is very important factor for disabled children. Movements and the presence of horse create unique atmosphere between children and horses are linking emotional contacts, witch influence very beneficial psychical sphere of the children. Contact with horse and its surrounding improve the knowledge of disabled patients and teach them independence responsibility and cooperation with other people. Horse-riding: is favorable in relax, influence the emotional balance, lower neurotic reactions, mobilizes, sharpens senses. Excitable children quickly tranquilize, and are very concentrated. Horse-therapy give reasons to speaking and collectivity, lover the isolation from society, favour the contacts with others. Another very important factor is the socialization of disabled children, witch sometimes don't enter the kindergarten or school, because are on individual teaching program's. Advantages from coming to horse-therapy classes are emphasized by all parents and foster-parents. As the method of rehabilitation it should be recommended both in physical and psychical improvement (psycho-educational rehabilitation).

Key words: horse-therapy, rehabilitation, restoration.

* Wieloletni instruktor hipoterapii i jazdy konnej; przewodnicząca Komisji Rewizyjnej Poznańskiego Towarzystwa Hipoterapeutycznego.

Hipoterapia to działania mające na celu przywracanie zdrowia, sprawności ruchowej przy pomocy konia i jazdy konnej. Z tego względu jest to wyjątkowa i niepowtarzalna metoda usprawniania fizycznego, pod warunkiem że jest stosowana przez doskonale przygotowanego hipoterapeuty oraz konia. Doświadczenia w prowadzeniu zajęć hipoterapii wskazują na to, że tego rodzaju działania rehabilitacyjne poprawiają stan zdrowia we wszystkich trzech sferach, tj. sprawności 1) fizycznej, 2) psychicznej i 3) społecznej¹. Przez fakt, że te działania rehabilitacyjne oddziałują tak wszechstronnie (holistycznie), jest to bardzo wyjątkowa, a zarazem i niepowtarzalna metoda usprawniania, właśnie dzięki obecności konia (w tym wypadku współterapeuty).

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie efektów hipoterapii poza narządami ruchu, tj. w obrębie sfery psychicznej i społecznej rehabilitowanych.

Materiał badawczy

Dokumentacja i doświadczenia z okresu 17-letniej działalności Sekcji Hipoterapii Klubu Jeździeckiego „Tarpan” w Poznaniu (od 1987 r.) w zakresie rehabilitacji dzieci i osób dorosłych poprzez hipoterapię.

Zajęcia były i są nadal prowadzone na terenie Ośrodka Centrum Wyszkozenia Jeździeckiego „Hipodrom Wola” w Poznaniu przez wykwalifikowanych instruktorów hipoterapii i jazdy konnej oraz przez 10 pomagających im wolontariuszy. W zajęciach obecnie uczestniczy 40 osób, głównie dzieci. Przez okres pierwszych pięciu lat rehabilitowano głównie przypadki mózgowego porażenia dziecięcego. Po tym okresie kwalifikowano do hipoterapii także dzieci z zespołem nadpobudliwości, lekkim upośledzeniem umysłowym (także bez mózgowego porażenia dziecięcego), zespołem Downa.

Wyniki i ich omówienie

Koń, jego nie tylko ruchy, ale i oddziaływanie na sferę psychiczną pacjenta, daje większe możliwości usprawniania niż inne metody z zastosowaniem martwych przyrządów. Hipoterapia zapewnia bowiem bezpośredni kontakt ze zwierzę-

ciem, który w zdecydowanej większości przypadków pozwala na nawiązanie niewidzialnej więzi wykraczającej poza ramy innych ćwiczeń terapeutycznych, ograniczających się tylko do sfery fizycznej – wyłącznie na narządy ruchu.

Zdarza się bardzo często, że dziecko – które przywiązało się do któregoś z koni – prosi przed rozpoczęciem zajęć właśnie o swojego ulubieńca. Wyrazem tej więzi emocjonalnej jest zbliżanie się do wybranego konia z wyciągniętą z daleka rączką z jakimś smakołykiem. Przy okazji karmienia jest szczególnie bliski kontakt, możliwość dotykania pyska konia, obserwowania jego reakcji. Wyrazy tej więzi są namacalne: przed wejściem na konia, gdy tuli się bardzo mocno do jego nogi, próbuje wyciągać do góry ręce, aby móc objąć go za szyję. Po takim powitaniu dziecko nie ma żadnych oporów do wsiadania na tego właśnie konia². Siedząc na takim koniu chętnie tuli się do jego szyi, poklepuje go po łopatkach, zadzie itp. Jazda konna dla takiej osoby jest wówczas nieomal „mistycznym przeżyciem”, gdyż może się ona na grzbiecie dużego, silnego przyjaciele (konia) przemieszczać, nawet na duże odległości, co ma olbrzymie znaczenie dla jego psychiki, szczególnie wtedy, gdy jest to dziecko z dużą niesprawnością narządów ruchu, nie poruszające się samodzielnie. Stwarza mu niezapomniane przeżycia, a ponadto wyostrza zmysły. Koń stwarza naturalne i bardziej przyjemne doznania niż wózek, przy pokonywaniu dużych przestrzeni, nachyleń i nierówności terenu itp.³ Obcowanie z koniem i jego otoczeniem nie tylko wzbogaca wiedzę pacjenta, ale również uczy go samodzielności, odpowiedzialności i współpracy z innymi. Sama obecność konia, ciepło promieniujące od niego, pozwalają zapomnieć o bolesnych ćwiczeniach wykonywanych na koniu.

Należy tutaj zaznaczyć, iż takie dzieci bardzo często są uczulone na sierść zwierząt. Rzadko się zdarza, aby jednak takie uczulenie było przeszkodą w uczęszczaniu dziecka na zajęcia z hipoterapii.

Jazda konna działa relaksująco, poprawia równowagę emocjonalną, wytłumia reakcje nerwicowe, mobilizuje, a zarazem nie nuży, co nierzadko obserwowane jest podczas innych form rehabilitacji. Potwierdzeniem powyższych faktów jest to, że rehabilitowane dzieci niechętnie schodzą z konia

² Trzeba pamiętać, aby dziecko po skończonej jeździe pożegnało się także ze swoim koniem, jak i wolontariuszem.

³ Często w okresie letnim zamiast wykonywania ćwiczeń na ujeżdżalni wyjeżdża się z dzieckiem konno na spacer, gdzie może ono z wysokiego grzbieta konia podziwiać otaczającą go przyrodę, a także ma większą możliwość odbierania bodźców ze środowiska zewnętrznego.

¹ Tu warto przypomnieć definicję zdrowia wg WHO (1948 r.): „zdrowie jest stanem zupełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brakiem choroby lub niedomagania”.

oraz domagają się od rodziców i opiekunów kolejnych jazd konnych. Nierzadko zdarza się, że po przyjeździe na zajęcia – w oczekiwaniu na swoją kolejkę – „wyrwywają” się rodzicom, ponaglają ich, aby od razu mogły wsiąść na konia.

Należy dodać, że nie tylko sama obecność konia, czy większej liczby koni, oddziałuje korzystnie na stan psychiki dziecka. Obecność większej liczby osób (innych dzieci, które także ćwiczą na koniach; wolontariuszy, którzy bardzo często stają się także ulubieńcami dzieci) wpływa bardzo korzystnie na proces socjalizacji. Przejawia się to tym, że dziecko nawiązuje więzi z rówieśnikami, osobami dorosłymi, a szczególnie wolontariuszami, których nierzadko traktuje jak swoje starsze rodzeństwo. Nawiązują z nimi ścisły kontakt słowny – dialog z ćwiczącym, poprzez zadawanie wielu pytań (zaczynając od ich imion, imienia konia, na którym ćwiczy itd.). Dziecko często próbuje przekazać swoje zadowolenie, jest przejęte, często się śmieje, a dzieci nadpobudliwe szybko uspokajają się, a nawet wyciszają, są bardzo skupione.

Nawiązanie bardzo silnej więzi, zarówno w stosunku do konia, jak i osób zdrowych, pozwala na przybliżanie się do ról społecznych zdrowych dzieci. Możliwość pochwalenia się, szczególnie przed swoimi rówieśnikami, ale także i innymi członkami rodziny – nowym przyjacielem (koniem) – umożliwia często dziecku większą akceptację, szczególnie ze strony zdrowych rówieśników, przez co nierzadko staje w centrum zainteresowań. Takie zainteresowanie sprzyja wzbogacaniu zasobu słów; dziecko stara się opowiedzieć jak najwięcej o swoich przyjaciołach, przeżyciach z hipoterapii. Nierzadkie są przypadki, że starsze dzieci, sprawniejsze ruchowo, aktywnie uczestniczą w rehabilitacji innych dzieci, poprzez prowadzenie konia, przez co mają możliwość pokazania innym, że oni są już tak sprawni jak zdrowi wolontariusze.

Pomimo wspomnianych zalet należy pamiętać, że zbyt duże przywiązanie się dziecka do określonego konia, jak i wolontariusza stwarza pewne trudności. W przypadku niedyspozycji konia czy nieobecności wolontariusza może się zdarzyć, że dziecko odmówi jakichkolwiek ćwiczeń na innym koniu czy z innym wolontariuszem, albo nawet nie będzie chciało w ogóle jeździć na koniu. Należy więc w miarę posiadanych możliwości preferować częste zmiany, zarówno konia, jak i wolontariusza. Aby zbyt nie zniechęcić dziecka należy np. prowadzić zajęcia na jego ulubionym koniu, ale z innym wolontariuszem lub ulubiony wolontariusz zachwala dziecku zalety innego konia.

Obecność większej liczby koni⁴ nie tylko nie zakłóca pracy hipoterapeuty, nie rozprasza uwagi

dziecka, ale pomaga⁵. Mobilizuje do naśladownictwa. Dzieci chętniej ćwiczą, kiedy określone ćwiczenie pokazuje im rówieśnik. Dochodzi do integracji dzieci bardziej upośledzonych z mniej upośledzonymi. W większej grupie dziecko stara się być zauważone, pochwalone, nie odczuwa izolacji, chętniej wykonuje polecenia, rywalizuje, zapomina o lęku, bardziej koncentruje się obserwując inne konie i ćwiczących, uspokaja się.

Systematyczne uczęszczanie dzieci na hipoterapię poprawia u nich nie tylko sprawność fizyczną (o czym należy zawsze pamiętać): sylwetkę, chód, sprawność manualną, równowagę, ale także i koncentrację uwagi, samodzielność, poczucie własnej wartości. Ponadto motywuje do mówienia, już nawet w trakcie samych zajęć. O ile hipoterapia nie może być pomocna w rehabilitacji niektórych schorzeń, to jednak poprzez trening na koniu wpływa mobilizująco na przebywanie pośród innych ćwiczących, zmniejsza izolację społeczną, sprzyja nawiązywaniu kontaktów z innymi dziećmi niepełnosprawnymi. Nierzadko nawiązanie takiej przyjaźni bardzo pomaga hipoterapeucie przy zachęceniu dziecka do wykonania nowego, nieco trudniejszego ćwiczenia. Pierwsza próba wykonania takich ćwiczeń nierzadko związana jest z odczuwaniem przez dziecko dużego stresu, który może kojarzyć się jemu np. z bólem, strachem. Zaprezentowanie takiego nowego ćwiczenia przez inne dziecko, które będzie go wykonywało z uśmiechem, sprzyja chętniejszym próbom wykonania ćwiczenia. Niekiedy nawet wprowadzenie małej rywalizacji między dziećmi wpływa korzystnie na sam proces usprawniania. Chętniej i częściej wykonują nawet trudne ćwiczenia, wymagające od nich dużego wysiłku fizycznego. Jednak należy pamiętać, że nie można doprowadzić do zbytnej rywalizacji między dziećmi, aby słabsze i mniej sprawne dziecko nie zniechęciło się do wykonywania jakichkolwiek ćwiczeń.

Dyskusja

Wieloletnie doświadczenia z zakresu hipoterapii dowodzą, że jest to jedna z lepszych form rehabilitacji, albowiem poprawia nie tylko kondycję fizyczną pacjentów, ale przede wszystkim wpływa korzystnie na sferę psychiczną (emocjonalną) dziecka i jego funkcjonowanie społeczne,

⁵ Przeważnie w ośrodkach hipoterapeutycznych do zajęć wykorzystuje się jednego, dwa, najwyżej cztery konie jednocześnie. Podyktowane to jest nie tyle warunkami technicznymi, ekonomicznymi, lecz wynika z utartych przekonań, że w małej grupie osoby ćwiczące są bardziej skoncentrowane i lepiej wykonują polecenia.

⁴ Konie w większej grupie są bardziej spokojne.

co nie jest tak wyraźne w innych formach rehabilitacji. Poprawa stanu psychicznego wynika głównie z bezpośredniego kontaktu ze zwierzęciem. To zainteresowanie koniem przejawia się w czasie jazdy i ćwiczeń (głaskanie, klepanie konia, dotykanie wrażliwych uszu, sztywnej grzywy, ogona, karmienia zwierzęcia itp.). Są to wszystko bardzo ważne czynniki dla niepełnosprawnych dzieci. Ewidentnym dowodem korzyści dla psychiki dziecka jest fakt, że wiele z nich płacze po skończonych zajęciach, broni się przed zejściem z konia, budzi rodziców w nocy, pytając „kiedy pójdziemy do konia?”, w tygodniu pyta się często rodziców, kiedy będzie niedziela, pragnie zaprosić swoich znajomych i bliskich (dziadkowie, babcię, kuzynostwo, koleżanki i koledzy), by pochwalić się koniem i pokazać jak jeździ konno, ćwiczy na koniu, pochwalić się swoją sprawnością na koniu.

Kolejnym bardzo istotnym czynnikiem jest uspołecznianie (socjalizacja) niepełnosprawnych dzieci, które nierzadko nie uczęszczają do przedszkola czy szkoły, gdyż są objęte indywidualnymi programami nauczania. Te dzieci w czasie zajęć poznają się wzajemnie, nawiązują bliskie kontakty między sobą. Dużą rolę w nawiązywaniu tych kontaktów należy przypisać prowadzącym zajęcia: „zobacz, co robi inne dziecko”, „zrób to, co

ono robi” itp. Nierzadko zdarza się, że brak pomocy ze strony rodzica, podporządkowanie się poleceniom wydawanym przez instruktora, wyzwala u nich odruch samodzielności, umożliwia pokazanie przed innymi, a przede wszystkim przed rodzicami, że „ja też potrafię to sam zrobić”.

Należy podkreślić, że korzyści z uczęszczania na zajęcia hipoterapii podkreślają wszyscy rodzice i opiekunowie dzieci. Zwracają uwagę na wiele istotnych faktów, podkreślając m.in. to, że dziecko pod wpływem tych zajęć nie tylko staje się bardziej sprawne fizycznie, ale staje się też bardziej pewne siebie, samodzielne, otwarte, rozmowne, łatwiej nawiązuje kontakty z rówieśnikami, bo może opowiadać, że jeździ na koniu, przez co nierzadko staje się centrum zainteresowania ze strony rówieśników.

Wnioski

1. Hipoterapia poprawia nie tylko sprawność fizyczną, ale wpływa bardzo korzystnie na sferę psychiczną i społeczną.
2. Hipoterapia jest pełnowartościową formą usprawniania nie tylko fizycznego, ale także rehabilitacji psychopedagogicznej.

Adres Autorki:
Zakład Higieny
Katedra Medycyny Społecznej
AM w Poznaniu
ul. Rokietnicka 5c
60-806 Poznań